

# GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH PROF. A. GLUZIŃSKIEGO  
WE LWOWIE.

## O klinicznej wartości podawania cukru lewozwrotnego (lewulozy) dla ocenienia sprawności wątroby.

Podał

Dr Antoni Sabałowski,

lelew rządowy kliniki.

Badania kliniczne sprawności narządów rozmaitych, jak żołądka, wątroby, trzustki i nerek stanowią jedną z najnowszych gałęzi wiedzy lekarskiej. Badanie sprawności żołądka najlepiej jest już opracowane i rozpowszechniło się też w praktyce; sprawność nerek jest dopiero przedmiotem badań naukowych, wątroba zaś i trzustka, złączone sprawą cukrzycy, są już w swej działalności podpatrywane od szeregu lat i posiadają ogromną literaturę, obfitującą wciąż w mnóstwo spraw spornych i niejasnych. Szczegółowe badania wy dobyły na jaw mnóstwo spostrzeżeń, które nieraz od sprawy cukrzycy odbiegając, myśl badaczy kierują na nowe pola spostrzeżeń bardzo ciekawych, jakkolwiek nieraz ich wartość praktyczna nie da się na razie ocenić. I tak SCHAPIRO badał zatrzymywanie się strychniny w ustroju przy schorzeniach wątroby (*Petersb. med. Woch. 1891*), E. SCHWARZ zaś usiłował ocenić sprawność wątroby z ilości wydzielonego do moczu kwasu mlekowego po spożyciu pewnej dawki tegoż kwasu (*Wiener med. Woch. 1899*). Badania te nie doprowadziły do poważniejszych wyników i naśladowców nie znalazły.

Na samym zaś przełomie wieku XIX na XX zwrócono uwagę i badania na zachowywanie się wątroby wobec cukru lewozwrotnego, czyli t. zw. lewulozy.

Pierwszym, który wykazał lewulozę w moczu, był prawdopodobnie



VENTZKE w r. 1842. Znalazł on bowiem w moczu chorego ciało o własnościach chemicznych cukru, a skręcające płaszczyznę polaryzacji na lewo. Nadmienię tu tylko nawiasem, że w moczu mogą znajdować się i inne ciała lewoszwrotne, przede wszystkim białko, a następnie połączenia glikuronowe i kwas  $\beta$ -oksymasłowy. Po VENTZKE'm obserwowali lewulozurę, t. j. obecność cukru lewoszwrotnego w moczu, ZIMMER i CZAPEK w r. 1876. Nowszych spostrzeżeń jest już dość dużo; w miarę też mnożenia się spostrzeżeń, mnoży się literatura lewulozury i jej stosunku do cukrzycy [PALMA, HAYKRAFT, BOHLAND, NAUNYN, BAMBERG i inni], a z czasem pojawiają się prace doświadczalne w tym kierunku. Pierwsi ogłosili wyniki SACHS i STRAUSS. H. SACHS robił doświadczenia na żabach i zastosował także badania w tym kierunku u 8-u chorych ze zmianami w wątrobie (*Zeit. f. klin. Med.* 1899). Podawał on oznaczone ilości lewulozy [SCHERING'a] całym szeregiem żab prawidłowych, którym zapomocą odpowiedniego zabiegu uniemożliwiał swobodne oddawanie moczu. Po dłuższym lub krótszym czasie zabijał żaby i badał nagromadzony mocz na lewulozę, mięśnie na glikogen, a wątrobę co do jej rozmiarów. Badania żmudne, dokładne i liczne pozwoliły mu przyjść do wniosku, że sprawność przeróbki lewulozy u żaby zależy od wielkości jej wątroby. Badania na żabach, pozbawionych wątroby, wykazały, że u nich ta sprawność na przeróbkę lewulozy ogromnie podupada, gdy tymczasem przeróbka innych cukrów [dekstroza, galaktoza, arabinoza] bardzo mało jest upośledzona. Badania np. co do dekstrozy wykazały, że po wyjęciu poprzedniem wątroby i podaniu cukru gronowego, nagromadziło się dużo glikogenu w tkankach żaby [choć nieco mniej, niż bez t. zw. „odwątrobienia“]. Uzupełnia to badania MINKOWSKIEGO, który u zwierząt pozbawionych trzustki znajdował zawsze glikogen w wątrobie po podaniu lewulozy, nigdy zaś po podaniu cukru gronowego [dekstrozy]. Ta niezależność lewulozy od trzustki, a ścisła zależność od wątroby dała klinicytom pochop do zastępowania cukru gronowego przez lewulozę u chorych na cukrzycę [szczególniej w przypadkach t. zw. „cukrówki trzustkowej“], SACHS zaś próbował podawać lewulozę w przypadkach chorób wątroby—celem zbadania upośledzenia jej sprawności. Materiał jego kliniczny składał się z 8-u chorych, w tem 1 przypadek raka wątroby, 1 kamicy żółciowej ciężkiej, 5 *hepatitidis interstitialis chronicae* u pijaków i 1 raka nad brodawką VATER'a z silnym zastojem żółci. We wszystkich 8-u przypadkach wystąpiła lewuloza w moczu po podaniu jej chorem do spożycia na czczo w ilości 100 grm., co potwierdziło przypuszczenia i wnioski SACHS'a.

W 2 lata później pojawiła się obszerna praca kliniczna STRAUSS'a (*Deut. mediz. Woch.* 1901) nad przeróbką lewulozy w ustroju ludzkim. Materiał STRAUSS'a składał się z 29-u chorych na zmiany wątrobowe i 58-u zdrowych. Sposób podawania lewulozy ten sam, co u SACHS'a, t. j. zrana na czczo 100 grm. w lekkiej herbacie. Mocz zbierał osobno co godzinę przez kilka godzin [zwykle 4].

Z grupy badanych chorych wykazał STRAUSS u 90% lewulozurę pokarmową, zmiany zaś wątrobowe były następujące: *cirrhosis hepatis* 17 przypad-



ków, *carcinoma hepat.* 3, zamknięcie *ductus choledoch.* 4, *cholelithiasis acuta* 1, zwyrodnienie skrobiowate 1, zatrucie ostre 1, marskość wątroby i cukromocz 2.

Z grupy „zdrowych“ [58] tylko u 6-u pokazała się lewuloza w moczu, co odpowiada 10%.

Lewuloza pojawiała się zwykle w pierwszych 3-ch godzinach, ilość procentowa wahała się około 1%. Co do rubryki „zdrowych“, STRAUSS sam uważa, że byli to ludzie tylko względnie zdrowi, t. j. że nie mieli głębszych, stałych zmian chorobowych, ale bądź co bądź leżeli w klinice z powodu rozmaitych schorzeń przejściowych, nie dotyczących wątroby. Szkoda wielka, że rozpoznania ich schorzeń nie są uwidocznione w pracy STRAUSS'a, bo, jak później zobaczymy, mogłyby rzucić one pewne światło na owych 6 przypadków lewulozuryi u „zdrowych“. Co do wartości klinicznej lewulozuryi pokarmowej, to uważa ją STRAUSS za ważny przyczynek do rozpoznawania chorób wątroby i przytacza 3 przypadki, w których przy znacznem nagromadzeniu się płynu w jamie brzusznej przystąpienie lewulozuryi pokarmowej rozstrzygnęło rozpoznanie na rzecz marskości zanikowej wątroby (*cirrhosis hepatis*), a pozwoliło wykluczyć przewlekłe schorzenie gruźlicze otrzewnej (*peritonitis tuberc. chr.*), rozpoznanie poparte badaniem, uskuteczniłem po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej.

Wnioski SACHS'a i STRAUSS'a potwierdził BRUINING (*Berl. klin. Woch.* 1902. N. 25), który prowadził badania kontrolujące. Na 11 przypadków marskości wątroby (*hepatitis interstit. chron.*) miał on 10 przypadków lewulozuryi pokarmowej [po 100 grm. lewulozy], t. j. 20%. Ten sam rok daje prace STEINHAUS'a, FERRARINI'ego, BAYLOC'a i ARNAUD'a, sprawa zatem widocznie interesuje szerokie koła badaczy. FERRARINI miał na 16-u chorych 11 przypadków lewulozuryi [= 69%], STEINHAUS u 5-u zawsze [= 100%], BAYLOC i ARNAUD na 23-ch chorych 21 razy [91%]; ci ostatni podawali tylko po 60 gramów lewulozy swoim chorym (*Congr. de med. fran. Toulouse. 1902*). Najbardziej pouczające są przypadki STEINHAUS'a (*Deut. Arch. f. klin. Med. 1902*), które pozwolę sobie tu przytoczyć, zwłaszcza, że 2 z nich są zaopatrzone w rozpoznanie sekcyjne.

**P r z y p a d e k I.** Rozpoznanie kliniczne: *cirrhosis hepat. potator.*; wątroba na 4 palce niżej łuku żebrowego prawego, na powłokach ślad żółtaczki, w moczu brak barwików żółciowych, dużo urobiliny, raz stwierdzono 0,5% cukru prawozwrotnego. W brzuchu mała ilość płynu. Oględziny zwłok wykazały w wątrobie silny rozwój tkanki łącznej, otaczającej zraziki i wnikałej czasem wązkami nitkami w głąb zrazików („*cirrhosis annularis*“), trzustka wykazuje podobne bujania łącznotkankowe, jak w wątrobie, obfitujące w nacieki drobnokomórkowe. Wynik sprawności: po podaniu 100 grm. cukru gronowego mocz nie wykazywał redukcji, po 100 grm. lewulozy w 1-iej godzinie polaryzacyjną wykryto 18% cukru lewostronnego w moczu, próba NYLANDER'a i SELIWANOWA dodatnia; w 2 godz. 0,6% lewulozy.

**P r z y p. II.** *Adenocarcinoma hepatis*, mocz bez zmian, puchlina brzusz-



na, brak żółtaczki. Badanie drobnowidzowe wątroby wykazuje obok przerzutów nowotworu, wychodzącego z wnęki wątrobowej, znowu „*cirrhosis annularis*” wątroby z naciekami drobnokomórkowymi. Wynik sprawności: po podaniu dekstrozy [100 grm.] ani śladu cukru w moczu, po 100 grm. lewulozy w 2 godz. wykazano 0,13% cukru lewozwrotnego.

Obok tych badań, zgodnych z wynikami SACHS'a i STRAUSS'a, nie brakło i różniących się. I tak LANDSBERG ogłasza swe badania (*Deut. med. Woch. 1903*) na 28-u osobach oparte. Materiał składał się z przypadków następujących: *cirrhosis hepatis* 11, *carcinoma hepatis* 4, *cirrhosis hypertroph.* 2, wątroby zastoinowej 1, kamicy żółciowej 1, zamknięcia przewodu żółciowego 2, „zdrowych” 7.

Wśród 21 chorych było 9 przypadków lewulozuryi pokarmowej, t. j. tylko 43%, u 7-u „zdrowych” aż 4 razy, pomimo, że w 2 ch przypadkach przyłączyła się biegunka. LANDSBERG wogóle często spotykał biegunki po lewulozie. Odmawia on lewulozuryi znaczenia rozpoznawczego w schorzeniach wątroby, uważa ją raczej za wynik wrodzonej gorszej sprawności, a wysoką odsetkę prób dodatnich STRAUSS'a [90%] przypisuje tej okoliczności, że STRAUSS przeprowadzał swoje badania na przypadkach daleko posuniętej marskości wątroby, w których musiało się już wytworzyć krążenie oboczne z pominięciem wątroby, a co za tem idzie, przechodzenie lewulozy wprost do obiegu krwi. LANDSBERG oparł się tu widocznie na hipotezie COUTURIER'a i COLRAT'a, wysnutej z doświadczeń CLAUDE-BERNARD'a. Ten, jak wiadomo, przez uciskanie stopniowe żyły brzusznej wywoływał tworzenie się krążenia obocznego między żyłą brzuszną a próżną dolną (*cava inf.*). U zwierząt tak upośledzonych wykazać można czasem dekstrozurę pokarmową [QUINKE, ROBINEAUD, FRERICHS, NAUNYN, NOORDEN i inni]. Ta jednakowoż dekstrozurza, czasem tylko występująca, nie może wytrzymać porównania z częstym zjawianiem się lewulozuryi tak w marskości, jak i w innych schorzeniach wątroby. Co do doświadczeń LANDSBERG'a, to zauważyć jeszcze należy, że biegunki, które widywał często po podaniu lewulozy, musiały bardzo ujemnie wpływać na wchłanianie lewulozy przez jelita; prawdopodobnie w przypadkach tych wielka ilość podanego cukru odchodziła z kałem. Z drugiej strony wysoki poniekąd procent lewulozuryi pokarmowej i „zdrowych” [4 na 7] musimy sobie tak wytłómaczyć, jak już STRAUSS to objaśniał w swych przypadkach, t. j., że ci „zdrowi” wcale zdrowymi nie byli, kiedy szukali pomocy w klinice. W tem oświetleniu wydaje mi się zrozumiałym odmienny wynik badań LANDSBERG'a. Że badania na rzekomo zdrowych w celu stwierdzenia sprawności zdrowej wątroby było błędne w założeniu, wykazali badacze następni, między innymi CHAJES (*Deut. med. Woch. 1904*), który, staranniej wybierając osobniki zdrowe do tej próby, otrzymał na 21 prób tylko raz lewulozurę, t. j. 12 razy mniejszą odsetkę niż LANDSBERG. CHAJES zestawił w swej pracy także procentowo wszystkie wyniki dodatnie próby w schorzeniach wątroby i wykazał, że odsetka prób dodatnich po rok 1904 wynosił 87%. Z poza kół internistów ogłosił SAMBERGER 12 przypadków „*icterus syphiliticus*”, z których dziewięć dało próbę dodatnią na lewulozurę pokarmową (*Arch. f. Derm. u. Syphil. T. 67*).



Całokształt zaś badań klinicznych uzupełnił S. REBANDI, wykazując, że choroby zakaźne ostre mogą powodować lewulozurę pokarmową z powodu uszkodzenia, przemijającego wprawdzie, ale zato rozległego, komórek wątrobnych (*La Clin. med. Ital. 1905*). Badał on 39-u chorych, w tem 7 przypadków tyfusu brzuszego, 3 przypadki róży, 3 zimnicy, 6 przypadków ostrej gruźlicy i t. p., podawał lewulozę w ilości 1,9 grm. na każdy 1 klg. wagi ciała, a mocz zbierał przez 9 godzin co godzinę i badał z osobna i w 38-u przypadkach otrzymał próbę dodatnią. REBANDI uważa też zachowanie się podanej lewulozy za najczulszy probierz zmian śródkomórkowych wątroby w zatruciach tak toksynami chorobowymi, jak i truciznami wprowadzonymi przez jelita lub krew. Badania też REBANDI'ego rzucają poważne światło na tę ciemną dotychczas przyczynę lewulozury u ludzi nie wykazujących namacalnych zmian wątroby. Tak więc wszystkie wnioski zdążają do tego, że tylko schorzenia wątroby wywołują lewulozurę pokarmową. Twierdzenie to umocniły jeszcze badania z pracowni SEHR'a z kliniki SENATOR'a (*Zeit. f. klin. Med. 1905*). Badał on mianowicie zachowanie się cukrów *in vitro* pod wpływem rozmaitych części ustroju zwierzęcego. Wątroba, trzustka, gruczoły ślinowe i t. d., sproszkowane na surowo umyślnym sposobem, stanowiły zaczyn, który SEHR dodawał do rozczynów dekstrozy lub lewulozy. Z doświadczeń wynika, że tylko trzustka jest w stanie rozłożyć cukier gronowy, szczególnie w obecności białka mięsnego; lewulozę rozkładała w próbówce tylko miazga wątrobną i gruczoł ślinowy [choć ten ostatni tylko bardzo słabo]. Miazga trzustki była wobec lewulozy nieczynną. Potwierdzałoby się tu zdanie MINKOWSKIEGO, obrońcy jednolitości moczówki cukrowej, że trzustce przypada prawie wyłącznie rola spalania cukru gronowego, wątrobie zaś rola przerabiania innych cukrów na gronowy, jako ten, który jest jakby swoistym dla tkanek zwierzęcych. Jeśli się przytem weźmie pod uwagę skalę tolerancyi, jaką dla żab zestawił H. SACHS i jaka mniej więcej i ludzkiemu ustrojowi odpowiada, a przeciwstawi temu skalę tolerancyi, jaką PETITI podał dla dyabetyków, musi uderzyć dziwna antyteza tych skal. Dla żaby następują po cukrze gronowym, jako najstrawniejszym: lewuloza, galaktoza i arabinoza, w cukrówce zaś znalazł PETITI (*Zeit. f. diät. u. physik. Ther. T. 8*) najlepszą tolerancję dla laktozy, gorszą dla lewulozy, a najgorszą dla cukru gronowego. Zestawienie tych faktów z teorią MINKOWSKIEGO o wyłączności pracy trzustki w spalaniu cukru, nasuwa ciekawe wnioski, a mianowicie: że wątroba musi gromadzić cały zapas cukrów „niegronowych“, ponieważ inne narządy ich nie są w stanie przerobić, i że przeróbka cukrów w wątrobie i oddawanie ich w postaci cukru gronowego odbywa się stopniowo i prawdopodobnie tem powolniej, im gorzej dokonywa się inwersja danego cukru. Skala zaś zdolności inwersyjnej i fermentacyjnej *in vitro* schodzi się mniej więcej ze skalą SACHS'a. Przypuszczam, że powolne i stopniowe oddawanie ustrojowi cukru inwertowanego stanowi podstawę lepszej tolerancyi cukrów „niegronowych“ w cukrzyicy i powód, dlaczego wtedy ten cukier lepiej się trawi, który gorzej „*in vitro*“ fermentuje.



Przechodzę teraz do opisu doświadczeń, które z polecenia mego szefa i nauczyciela, prof. GLUZIŃSKIEGO, w klinice lwowskiej przeprowadzałem. Materiał mój składał się z 20-u przypadków, w czem było:

przypadków schorzeń wątroby swoistych	6
„ „ dróg żółciowych	2
„ t. zw. wątroby zastoinowej	6
„ chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych	5
„ „polyuriae e arteriosclerosi renum“	1.

Doświadczenia przeprowadzałem w sposób następujący: jeśli chory brał poprzednio leki, mogące dać w moczu redukcję lub czerwone zabarwienie po zakwaszeniu [jak np. jod], odstawiano je i czekałem tak długo, aż próby TROMMER'a i SELIWANOWA w moczu chorego wypadły ujemnie. Próbę SELIWANOWA na lewulozę wykonywa się, jak wiadomo, w ten sposób, że do moczu dodaje się szczyptę rezorcyny, a następnie ogrzewa z kwasem solnym dymiącym. Występująca silnie czerwona barwa, która po ochłodzeniu nie ustępuje, przemawia za obecnością lewulozy. Przy przestrzeganiu powyższej ostrożności próba jest czułą. Po przesączeniu moczu da się czerwony ten barwik słuukać z sączka wyskokiem, przyczem nie powinien się zmienić.

Ochroniwszy się tak od jednego źródła pomyłek, podawałem choremu zrana na ezczo 100 grm. lewulozy w lekkiej, niesłodzonej herbacie lub w postaci limoniady. Chorzy brali środek przeważnie chętnie, nudności zdarzały się rzadko, wymioty tylko u jednej chorej, a biegunka zjawiała się 2 razy. Mocz zbierano co godzinę osobno, zwykle przez 8 godzin. W tym czasie nie pozwalałem pić mleka i jeść potraw słodzonych, owoców i t. p. Mocz badałem zapomocą prób TROMMER'a, NYLANDER'a i SELIWANOWA, a oprócz tego, o ile ilość moczu na to pozwalała, oznaczałem jego wartość polarymetryczną. Przytoczę tu najciekawsze przypadki.

**P r z y p a d e k I.** B. B., lat 28, rozpoznanie kliniczne: *cirrhosis hepatis hypertroph., tumor hepatis et lienis chron., icterus; lymphadenitis tbc., infantilismus.* Chory zmarł na powikłanie w postaci zapalenia płuc włóknikowego. W czasie prób chory nie gorączkował, mocz, z wyjątkiem obecności barwików żółci, był prawidłowy, waga ciała 49 klg., trawienie dobre. Po 100 grm. lewulozy na ezczo mocz wykazywał po 2—5 godz. wyraźną redukcję i dodatnią próbę SELIWANOWA [z powodu małej ilości moczu polaryzowanie było niemożliwe]. W dwa dni później podano 100 grm. cukru trzcinowego. Wynik był następujący:

w 1 godzinę:	TROMMER b. silny; SELIW. b. silny; polar. na lewo 1%
w 2 godziny:	„ „ „ ; „ „ „ ; „ „ 0,6%
w 3 godziny:	„ słaby ; „ silny ; „ „ 0%
w 5 godzin:	„ „ ; „ „
w 9 godzin:	„ brak ; „ śladzik.



Następnie po dłuższym czasie podano 100 grm. cukru młecznego na czczo. Mocz badany potem nie wykazywał redukcji wzmożonej. Z protokołu sekcyjnego przytoczę tylko wyjątki: *hepatitis interstitialis chron. peribularis sub forma cirrhosis atrophicae, tumor lienis chron. fibrosus; icterus*. Wątroba pod mikroskopem: zraziki wątrobowe pomniejszone, naokoło nich silnie wybujala tkanka zapalna z naciekami drobnokomórkowymi; prócz tego tkanka ta w wielu miejscach okazuje już budowę włóknistą [organizacya]; w naczyniach gdziekolwiek miejsca skrobiowicowe.

Obraz anatomiczny tego przypadku przypomina co do wątroby żywo przypadek I-y STEINHAUS'a; wynik też prób za życia jest podobny. Co do wyników po podaniu sacharozy i cukru młecznego, zauważyć należy, że cukier trzcinowy [sacharoza] składa się z drobin dekstrozy i drobin lewulozy, jest więc rzeczą zrozumiałą, że przy silnem upośledzeniu przeróbki tej ostatniej musi się ona ukazać w moczu. Ponieważ cukru trzcinowego podano 100 grm., w czem było 50 grm. lewulozy, więc widocznie już ta ilość przekraczała granicę tolerancyi ustroju chorego. Cukier młeczny zaś składa się z drobin cukru gronowego [dekstrozy] i drobin galaktozy. Ta należy, zdaniem H. SACHS'a, do najtrudniej przyswajanych cukrów, jednakowoż w drobinie cukru młecznego ulega ona pod wpływem *bac. acidi lact.* przeróbce na kwas młecowy; dlatego cukier młeczny nie może być używany do prób; galaktoza czysta dawałaby może jakieś wyniki, nie miałem jej jednakowoż do dyspozycyi.

Przypadek II. A. H., lat 33, rozpoznanie kliniczne: *cirrhosis hepatis*. Chory nie gorączkuje, w moczu białka i cukru brak, barwików żółciowych ślad, znaczna puchlina brzucha, po wypuszczeniu tejże [płyn c. gat. 1015] podano choremu po tygodniu na czczo 100 grm. lewulozy. W 3 godz. potem pr. SELIWANOWA wybitna, TROMMER słaby, w 4 godz. ślad SELIWANOWA, później już wynik próby ujemny. W dwa dni po przeprowadzonym badaniu, ponieważ puchlina brzuszna była już znowu znaczna, ponownie wypuszczono 10 l. płynu o c. g. 1015, w którym lewulozy nie można było wykazać. W czasie próby i dni następnych miał chory biegunki, które w dniu drugiej punkcyi ustały. Nazajutrz po wypuszczeniu płynu podałem znowu lewulozę, która w godzinę już dała w moczu próby dodatnie SELIWANOWA i TROMMER'a, utrzymując się przez 3 godziny. Biegunki potem nie było; widoczne, że pomimo gorzkiego warunku przy pierwszej próbie, t. j. obecności puchliny uciskającej wątrobę, wynik był gorszy tylko wskutek biegunek. Dodać muszę, że dopiero po wypuszczeniu płynu pokazało się, że wątroba była zmniejszona tak, że nie dała się wymacać pomimo ogromnej wiotkości powłok.

[D. n.].



II. Z oddziału chorób wewnętrznych dra med. B. CHROSTOWSKIEGO i pracowni bakteryologicznej przy oddziale dra KRAJEWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, pod kierunkiem dra KARWACKIEGO.

# BAKTERYOMOCZ

## w niektórych sprawach zakaźnych.

Podał

Tadeusz Wretowski,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 49].

### Gruźlica.

Długi szereg poszukiwań w sprawie bądź wczesnego, bądź szybkiego rozpoznawania gruźlicy, jak również stopnia i rodzaju zaraźliwości cierpienia świadczy, że sprawa ta nastrocza nieraz bardzo poważne trudności. Stwierdzenie prątków Koch'a w moczu w tym razie do rzędu wielu innych objawów dodaje jeden o wartości pierwszorzędnej. Ze względu jednak na trudności techniczne badania w tym zakresie zostały rozpoczęte niedawno. Badacze przytem zadowalali się przygotowaniem preparatów drobnowidzowych z moczu, na których, stosując różne metody barwienia, starali się wykryć prątki gruźlicze. Jedni przytem, jak FOURNIER i BEAUFUMÉ [1902], FORSSELL OLOFF [1903], znajdowali niezmiernie często prątki gruźlicze w moczu chorych na różne rodzaje gruźlicy, drudzy zaś, jak np. SUPINO RAFFAELLO [1905], mieli przeciwnie stale ujemne wyniki.

FOURNIER i BEAUFUMÉ do badań swoich stosowali nast. technikę. Po odwirowaniu świeżo otrzymanego moczu osad barwili według ZIEHL'a, odbarwiali następnie wyskokiem z kwasem azotowym i podbarwiali błękitem metylenowym. Przy tym sposobie barwienia prątki gruźlicze pozostawały czerwone, a laseczki maskowe (*bac. smegmae*) odbarwiała się. FORSSELL OLOFF radzi po odwirowaniu moczu obmyć preparat w 50%-ym wyskoku z acetonem, poczem dopiero barwić karbolową fuksyną i odbarwiać w ciągu 3-ch minut 25%-ym kwasem azotowym.

Mimo, że laseczki maskowe znajdują się w wydzielinie na zewnętrznych narządach piciowych, to jednak nawet przy braniu moczu cewnikiem może nastąpić przypadkowe zanieczyszczenie moczu, utrudniające późniejsze badania. Laseczniki maskowe są to krótkie, niezgrabne pałeczki, podobne do



prątków KOCH'a i barwiące się jak te ostatnie według metody ZIEHL'a - NEELSEN'a - GABETT'a. Odkrył te laseczki LUSTGARTEN w tkance i wydzielinach kiłowych. ALVAREZ i TAVEL znaleźli je również w wielu wydzielinach normalnych i patologicznych bynajmniej nie kiłowych, w szczególności zaś w mastce napletkowej, skąd powstała i nazwa nowego lasecznika — *bacillus smegmae*. KARWACKI laseczki mastkowe spotykał przeważnie w wydzielinie prawidłowej. Czystą hodowlę laseczników mastkowych KARWACKIEMU udało się otrzymać z moczu chorego, podejrzanego o gruźlicę płuc.

Zmniejszona odporność laseczników mastkowych wobec kwasów, a zwłaszcza wobec wysokoku, stanowi cechę, odróżniającą laseczniki mastkowe od prątków gruźliczych. Klasyczna metoda różniczkowania polega na tem, że preparat, zabarwiony w zwykły sposób karbolową fuksyną, traktuje się przez 10 minut 3% - ym roztworem kwasu solnego w bezwodnym wysokoku, zmywa wodą i podbarwia wodnym roztworem błękitu metylenowego. Laseczniki gruźlicze przytem pozostają zabarwione na czerwono, a laseczniki mastkowe barwią się na błękitno. W większości wypadków metoda ta daje istotnie dobre wyniki, spotykają się jednak szczepy mastkowe odporne i wobec kombinowanego działania kwasu i wysokoku. W takich razach jedynie szczepienie śwince jest w stanie rozstrzygnąć, z czem mamy do czynienia. Laseczniki mastkowe, zastrzyknięte pod skórę, podobnie jak laseczniki rzekomobłonicze, nie wywołują cierpienia ogólnego.

Stosując powyższą technikę, przerobiłem badania moczu u 8-u chorych na ciężką gruźlicę płuc lub kiszek i ani razu nie zdołałem wykryć prątków gruźliczych. Aby stwierdzić prątki KOCH'a w moczu zwróciłem się zatem na drogę bakteriologiczną. Ponieważ prątki KOCH'a, o ile znajdują się w moczu, są wykle w skąpej ilości, postarałem się zwiększyć ich liczbę przez wzbogacanie drogą posiewania moczu na odpowiednie pożywki (*Anreicherungsverfahren*). W tym celu, podobnie jak przy durze, po uprzednim odkażeniu organów moczowych, wyjałowionym cewnikiem wypuszczałem mocz i robiłem szereg posiewów. Przy obiorze pożywki szło mi o to, aby otrzymać w możliwie krótkim czasie rozwój ewentualnych prątków, gdyż przy częstości występujących zanieczyszczeń hodowli innymi drobnoustrojami, te ostatnie, jako więcej zaprawione w walce o byt, rosnąć daleko szybciej, powstrzymywałyby rozwój prątków. Z początku robiłem posiewy na bulionie glicerynowym, a później na pożywce KARWACKIEGO, specjalnie nadającej się do hodowania prątków gruźliczych. Skład tej pożywki jest następujący. Do 1 części odwłóknionego płynu surowiczego dodaje się 3 części wody przekroplonej i 3% gliceryny. Wszystko to powoli ogrzewa się na wodnej kąpieli aż do wrzenia w ciągu godziny. Po odfiltrowaniu płyn w probówkach wyjaławia się przy 115-u stopniach, jak każda inna płynna pożywka.

Mocz w ilości 20 — 30 c. sz. zasiewałem do probówek zawierających 50 c. sz. pożywki. Po upływie doby część hodowli brałem aseptycznie do wirowki i wirowałem w przeciągu 10-u minut, aby w osadzie otrzymać większą liczbę poszukiwanych prątków. Następnie, zrobiwszy w celach dyagnostycznych szereg preparatów, jedno z nich utrzymywałem nad płomieniem BUNSEN'a



zwykłym sposobem, drugie zaś w specjalnym utrwalaczu, zawierającym na 100 c. sz. wody przekroplonej 7,5 sublimatu i 5,0 kwasu octowego lodowego. Dwa preparaty barwiłem znanym sposobem, używanym do barwienia prątków gruźliczych z plwociny, t. j. ZIEHL'em-NEELSEN'em-GABETT'em. Pozostałe preparaty barwiłem również tymże ZIEHL'em, a następnie odbarwiałem alkoholem z kwasem solnym w stosunku 97,0 na 3,0 w przeciągu 10-u minut i podbarwiałem wodnym błękitem metylenowym. W przypadkach wątpliwych sprawdzałem swoistość prątków na świnkach morskich.

Przeglądając literaturę w interesującej mię kwestyi, nie znalazłem ani jednej pracy, w którejby autor przeprowadził poszukiwania prątków gruźliczych w moczu drogą posiewów uryny.

Na 12 zbadanych przeze mnie przypadków gruźlicy płucnej, prawie wyłącznie bardzo ciężkiej z wysoką gorączką hektyczną, jamami w płucach i parokrotnie powikłanej gruźlicą kiszek — w 6-u przypadkach otrzymałem wyniki dodatnie i w 6-u ujemne.

W następujących przypadkach otrzymałem wyniki dodatnie.

I. Sz. M., l. 34, zapisała się na oddział 1/XI.05 roku. Silnie rozwinięta gruźlica płuc oraz kiszek. Ciepłota wieczorami podnosi się do 39,6, zrana spada prawie do normy; silne nocne poty, rozwolnienia. Obfite prątki gruźlicze w plwocinie. Po tygodniu pobytu chorej na oddziale zrobiłem posiew moczu na pożywkę bulionowo-glicerynową. Nazajutrz znalazłem pożywkę równomiernie mętną. Stosując wyżej opisaną technikę, po upływie paru dni sporządziłem szereg preparatów drobnowidzowych, lecz laseczników gruźliczych nie wykryłem. Wobec tego że sprawa swoista przyjęła ostry przebieg i stan chorej pogarszał się z dnia na dzień, po upływie 2-ch tygodni zrobiłem drugi posiew moczu. W moczu ślady białka; w osadzie nieliczne ciała ropne, wałeczków niema. Na preparatach drobnowidzowych, zrobionych z posiewu, otrzymałem nieliczne prątki gruźlicze.

Po kilku dniach chora zmarła. Sekcja potwierdziła rozpoznanie. W nerkach zmian chorobowych nie znaleziono.

II. F. T., l. 33, zapisała się na oddział 3/XI.05. Chora od kilku miesięcy. Ogólne wyniszczenie organizmu. Cierpienie ma przebieg galopujący. Gorączka niezbyt wysoka. Liczne prątki gruźlicze w plwocinie.

Posiew moczu, zrobiony w tydzień po zapisaniu się chorej na oddział. Mocz nie zupełnie przezroczysty, odczyn kwaśny, c. wł. 1,020; białka niewielkie ślady, cukru, wałeczków niema, obfite moczanu. Badanie drobnowidzowe posiewu na obecność prątków gruźliczych dało wyniki ujemne.

Stan chorej z dniem każdym obiektywnie i subiektywnie pogarszał się. Po upływie 2-ch tygodni zrobiłem nowy posiew moczu, w którym na preparatach drobnowidzowych wykryłem dosyć liczne prątki gruźlicze.

Aby przekonać się o stopniu jadowitości prątków, zastrzyknąłem śwince morskiej wagi 250 gr. do jamy otrzewnej 1,5 c. sz. płynnej hodowli prątków gruźliczych. Świnka chorowała przez 4 dni, chudła, straciła na wadze 97 gr.



i piątego dnia zdechła. Na sekcji w narządach jamy brzusznej znalazłem objawy mocnego przekrwienia. Po paru dniach po ostatnim posiewie chora zmarła. Na sekcji znaleziono w wysokim stopniu rozwiniętą gruźlicę płuc z jamami, oraz gruźlicę kiszek. Nerki obie białe, małe. Swoistych zmian gruźliczych w nerkach nie znaleziono.

III. St. J. l. 24. Zapisła się na oddział 23/X.05. Chora od roku: kaszel z obfitą wydzieliną, poty nocne, osłabienie. W lewym szczycie zmiany gruźlicze wyraźne: stłumienie, wydech mocno wydłużony, nieliczne drobne wilgotne rżężenia. Chora silnie gorączkuje, przyczem różnica między ciepłotą ranną a wieczorną dochodzi do 5-u stopni [35°—36° zrana i 4°—40,3° wieczorem]. W płwocinie dosyć liczne prątki gruźlicze. Stan chorej pogarsza się stale.

Po upływie 6-u tygodni od czasu zapisania się pacjentki do szpitala zrobiłem posiew moczu na pożywkę bulionowo-glicerynową. Mocz przezroczysty, jasny, c. wł. 1,010; białka, wałeczków niema. Nazajutrz hodowla lekko zmętniała, w górnej części pożywki utworzył się obfity biały kożuszek. Na preparatach drobnowidzowych, barwionych ZIEHL'em-NEELSEN'em-GABBET'em, znalazłem liczne laseczki, podobne zupełnie do prątków gruźliczych, albo też do laseczek mastkowych lub rzekomobłonniczych. Na preparatach, barwionych ZIEHL'em, odbarwianych wyskokiem z kwasem solnym i następnie podbarwianych wodnym roztworem błękitu metylenowego, większość pałeczek odbarwiła się; niektóre jednak pozostały zabarwione.

Hodowla, przeszczepiona na agar, wyrosła w postaci okrągłych, białych, wyraźnie zarysowanych osad, nieco wystających nad powierzchnią. Szczep na kartoflu glicerynowym dał bujny rozrost w formie powłoki białawej. Rozwojowi na żelatynie nie towarzyszyło jej rozpuszczanie. Szczep na mleku rósł bez ścinania go.

Po tygodniu, gdy stan chorej znacznie pogorszył się, zrobiłem powtórny posiew moczu, przyczem otrzymałem wyniki zupełnie podobne do poprzednich.

Na krótki czas przed śmiercią pacjentki KARWACKI zrobił posiew krwi i otrzymał czystą hodowlę laseczników rzekomobłonniczych, identycznych z wyhodowanymi przeze mnie w moczu.

Ostatecznie badania te wykazały, że w przypadku moim otrzymałem w hodowli z moczu niewielką liczbę prątków gruźliczych i w przeważającej liczbie prątki rzekomobłonnicze.

W niedługim czasie chora zmarła. Na sekcji stwierdzono rozpadową gruźlicę płuc. W nerkach zmian gruźliczych nie znaleziono.

Przypadek ten na zasadzie badań bakteryologicznych należy odnieść do rzędu form gruźlicy, powikłanej zakażeniem dodatkowem. Poza swoistymi prątkami gruźliczymi w grę tu wchodziło septyczne zakażenie lasecznikami rzekomobłonniczymi, którem, być może, tłumaczyć sobie można te niesłychane skoki ciepłoty u chorej. Że laseczniki rzekomobłonnicze w danym przypadku nie mogły być pochodzenia miejscowego, przypuszczając możliwość dostania



się ich do dróg moczowych z zewnątrz, przemawia fakt, że te same lasecznik były wyhodowane od tejże chorej ze krwi.

IV. T. R., l. 22, zapisała się na oddział 11/II.06. Kaszle od kilku miesięcy, ma bóle w piersiach, poty nocne, jest bardzo osłabiona. Od paru tygodni ma chrypkę. Krwią nie plą. W płwocinie dosyć liczne przecinki Koch'a. Chora stale gorączkuje — do 40°.

W tydzień po zapisaniu się chorej na oddział zrobiłem posiew moczu na pożywkę bulionowo-glicerynową. Mocz przezroczysty, c. wł. 1,015, oddziaływanie kwaśne; białka, wałeczków niema.

Prątków gruźliczych w pożywce nie znalazłem.

Stan chorej bardzo szybko pogarszał się. Ciepłota przyjęła charakter gorączki hektycznej. Mocz wziąłem na pożywkę KARWACKIEGO. Mocz przezroczysty, kwaśny, c. wł. 1,023; białka, cukru, wałeczków niema. Na preparatach barwionych znalazłem bardzo nieliczne prątki gruźlicze [około 10-u na preparacie].

We 2 tygodnie później chora zmarła. Sekcja: Gruźlica rozpadowa płuc. Zmian gruźliczych w nerkach niema.

V. L. M., l. 28, zapisała się na oddział 18/II.06. Ma silny kaszel, gorączkę, poty nocne, brak apetytu. Choruje od roku; bardzo wycieńczona. Częste krwioplucia. W lewym szczycie wybitne zmiany swoiste, mniej wyraźne w prawym szczycie. Ciepłota wieczorami dochodzi do 40°. W płwocinie niezmiernie dużo prątków gruźliczych. Następnego dnia po zapisaniu się chorej na oddział uskuteczniłem posiew moczu na pożywkę bulionowo-glicerynową. Mocz cokolwiek mętny, odczyn kwaśny; białka wyraźne ślady; w osadzie obfite ciała ropne; wałeczków niema.

Laseczników gruźliczych w posiewie nie wykryłem.

Stan chorej obiektywnie i subiektywnie szybko pogarszał się. Po upływie 3-ch tygodni powtórzyłem posiew moczu, tym razem na pożywkę KARWACKIEGO. W posiewie znalazłem kilka prątków gruźliczych, poza tem dosyć liczne okrągłe różowe kuleczki [produkty bakteryolizy prątków gruźliczych?]. Pacjentka wypisała się z oddziału w stanie bardzo ciężkim.

VI. K. J., l. 21, zapisała się na oddział 17/III.06. Choruje od 6-u miesięcy: miewa dreszcze, krwioplucia, poci się w nocy i dużo kaszle. Mąż umarł 2 lata temu na suchoty. Ma już 2 dzieci. Zmiany swoiste w obu szczytach nieznaczone. W płwocinie nieliczne prątki gruźlicze. Pacjentka przez pierwsze 8 dni w szpitalu nie gorączkowała, następnie przebyła anginę z gorączką do 39°. Później stan był znów bezgorączkowy i tylko czasem podgorączkowy. Krwioplucia występowały często i parokrotnie nader obfite. Wygląd chorej dobry. W tydzień po zapisaniu się pacjentki na oddział przy stanie bezgorączkowym zrobiłem posiew moczu na pożywkę KARWACKIEGO. Mocz przezroczysty, kwaśny, c. wł. 1,018, bez białka i wałeczków. Na preparatach drobnowidzowych znalazłem nieliczne prątki gruźlicze. Chora po



upływie 16-u dni wypisała się bez poprawy z zamiarem wyjazdu na wieś. Waga [65 kilo] pozostała bez zmiany.

Badania moje zatem potwierdziły przede wszystkim fakt, że laseczniki gruźlicze można wykryć w moczu chorych na gruźlicę. Dalej, że w przypadkach ciężkich można stosunkowo często znaleźć prątki w moczu [w połowie moich przypadków]. Cza-em można je wykryć i w przypadkach lżejszych. W przypadku gruźlicy świeżej, oznaczonym № VI, z niewielkimi zaledwie zmianami w szczytach, obciążonym jednak częstem i upartem krwiopłuciem, wykryłem prątki gruźlicze w moczu.

Co się tyczy stanu nerek, to prątki Koch'a w moczu występowały w moich przypadkach niezależnie od białkomoczu i wałeczkomoczu. W przypadkach, oznaczonych № I, III, IV, i VI nerki klinicznie były zupełnie zdrowe. Badanie pośmierne, uskutecznione w przypadkach oznacz. № I, III i IV, zmian właściwych zapaleniu nerek, nie wykryło. Jedynie w przypadku № II i V istniał niewielki białkomocz; poza tem w przypadku № V, pacjentka cierpiała jeszcze na przewlekły niezbyt pęcherza. W przypadku № II przy badania pośmiertnem znaleziono obie małe, białe nerki, które mogły ułatwić filtrację prątków do pęcherza. Badania pośmierne, przeprowadzone w przypadkach № I, II, III i IV, zarówno makroskopowe, jak i drobnowidzowe nie wykryły absolutnie żadnych zmian gruźliczych w nerkach. Fakt to bardzo ważny, przemawiający bowiem za tem, że prątki gruźlicze mogą przechodzić przez nerki, nie wywołując w nich zmian swoistych.

Patogenezę moczu objaśnić można w następujący sposób. W przebiegu gruźlicy płucnej istnieją etapy zarażania się prątkami gruźliczymi obiegu krwi. Momenty te schodzą się często z krwiopłuciem. Gruzełek, usadowiony w pobliżu naczynia może wywołać nadżarcie ścian naczynia i wylać swą zawartość do obiegu krwi. Że tak jest istotnie, świadczą liczne spostrzeżenia kliniczne, w których po krwotoku, sprawa, ograniczająca się wyłącznie do szczytów, dysseminuje się w dolnych płatach. Takie przerzuty nie mogą być wytłumaczone inaczej, jak za pośrednictwem obiegu krwi. O ile zaś laseczniki znajdują się w obiegu krwi, mogą być wydzielone przez filtr nerkowy, wywołując lub nie zaburzenia czynnościowe i anatomiczne w nerkach.

W końcu zaznaczę jeszcze, że badania moje, stwierdzając zaraźliwość moczu chorych na gruźlicę, wskazują na nieodzowność stosowania w tym kierunku profilaktyki.

[D. n.]



### III. O tętniakach (aneuryzmatach) naczyń mózgowych.

Podał

W. Męczkowski,

b. asystent oddziału dra K. CHSZCHOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Do najczęstszych objawów należy ból głowy, niekiedy bardzo silny. Bywa on odczuwany albo w całej głowie albo w połowie głowy albo wreszcie w pewnym określonym miejscu. Tylko w dwóch ostatnich wypadkach ból głowy pozwala z pewnym prawdopodobieństwem wnioskować o umiejscowieniu tętniaka.

Do równie częstych objawów, jak bóle, należą zawroty głowy, występujące niekiedy w postaci napadów z zaburzeniami świadomości; nawet bez jakiegokolwiek drgawek lub porażień. Objaw ten spotyka się nawet częściej wobec tętniaków, niż innych guzów mózgowia, a to z tego powodu, iż przy tętniakach częściej bywają zaburzenia w krążeniu krwi w mózgu.

Znacznie rzadziej spotyka się *neuritis optica*, tarcza zastoinowa lub zanik nn. wzrokowych. Pochodzi to stąd, że tętniaki mózgu są względnie do innych guzów mniejszych rozmiarów i że najczęściej są umiejscowione na podstawie mózgu, gdzie zresztą umiejscowione i inne guzy rzadko dają zmiany na dnie oka. Częściej jeszcze spotkać możemy ten objaw przy *aneur. a. carot. int.*, a to przez ucisk *sinus cavernosi* lub *n. optici*. Zdarzać się to jednak może i przy tętniakach innych naczyń, jak np. *a. vertebralis*, jak to było w przypadku OPPENHEIM'a i SIEMERLING'a (*atrophia n. optici ex neuritide*).

W związku z tym objawem wspomnieć należy o bardzo częstej skardze chorych, mianowicie o szumie w uszach. Jak wykazały nowsze badania *sacculus* i *utriculus* błędnika [labiryntu] łączą się zapomocą *canalis endolymphaticus* z *fossa jugularis*, a przez to i z układem limfatycznym mózgu. Stąd wszelkie wzmożenie ciśnienia wewnątrzmożgowego może dawać różne nieprawidłowe wrażenia akustyczne, jak szum i t. p.

Zaburzenia psychiczne w silniejszym stopniu nie należą do objawów częstych i spotykają się przeważnie przy tętniakach w przedniej połowie mózgu. Najczęściej mamy do czynienia ze stanem przygnębienia, melancholii. Niekiedy bywa osłabienie pamięci, intelligencji, zamglenie świadomości. *Delirium* bywa najczęściej przy pęknięciu tętniaka. Objawy psychiczne najwybitniej występują przy tętniakach *a. corpor callosi* i *a. communic. post.*, najrzadziej przy *a. basilar. et vertebralis*.

Tętno pod względem rozpoznawczym ma tu mniejsze znaczenie, niż przy guzach mózgowia. Zwolnienie tętna, objaw tak częsty przy guzach, a zależny



od wzmożonego ciśnienia w mózgu, spotyka się tu znacznie rzadziej. Zasadnicze sprawy, jak miażdżyca naczyń, wady serca, towarzyszące tętniakom mózgu i t. p., wywierają główny wpływ na tętno. Wybitniejsze zaburzenia w tętnie może powodować tętniak na rdzeniu przedłużonym, o ile przytem jest dotknięty *n. vagus* lub jego jądra (*aneur. a. vertebralis*).

Wymioty, jako bardzo częsty objaw, spotyka się przy najrozmaitszych tętniakach, najczęściej jednak przy umiejscowionych w tylnej jamie czaszkowej, a zwłaszcza na rdzeniu przedłużonym (*a. vertebral., a. basilaris*).

Drgawki przy tętniakach mózgowych nie należą do rzadkich zjawisk. Spotykamy tu najróżnorodniejsze postaci: od zwykłych drgań lub drżenia różnych grup mięśniowych do prawdziwych napadów padaczkowych. Zauważyć tu należy, iż częstokroć trudno rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą objaw ogniskowy czy też ogólny. Faktem jest, że bywają prawdziwe napady padaczkowe z utratą przytomności, a to niezależnie od umiejscowienia tętniaka. Często napady takie stanowią najpierwsze objawy i poprzedzają na długi czas inne objawy, umożliwiające właściwe rozpoznanie. Znane są przypadki, że chorych umieszczano w szpitalach dla epileptyków, zanim wybuch innych objawów lub badanie pośmiertne nie stwierdziło tętniaka w mózgu [przypadki BOURNEVILLE'a i FRÉMY'ego — *aneur. a. Fos. Sylv.*; CHARCOT'a — *aneur. a. basilaris*]. OPPENHEIM zaznacza również, iż spozostęgał napady padaczkowe w paru przypadkach tętniaków. Napady padaczkowe mają być także poprzedzane przez aurę zmysłową, jeżeli tętniak dotyka odpowiednich ośrodków lub dróg narządów zmysłów (*n. acut. — an. a. vertebr., a. cereb. post* lub *a. basilaris, n. opticus — aneur. a. carot. int., communic. ant. et post*).

Drgawki mają niekiedy charakter tępcowy ze szczękosciskiem i *opisthotonus*. Zdarza się to głównie przy tętniakach w tylnej jamie, zwłaszcza *aneur. a. vertebral. et a. basilaris*.

Co się tyczy etyologii; to w przypadku naszym głównym momentem był uraz. Uraz, powodując bezpośrednią zmianę w ścianie naczynia, nagłe naruszenie całości ściany lub rozciągnięcie naczynia, stanowi dość częstą przyczynę tętniaków [według GOWERS'a w 6% przypadków]. W naczyniach mózgowych uraz częściej nawet bywa przyczyną tętniaków. Wpływa na to mniejsza względnie liczba elementów elastycznych w tętnicach mózgowych, a zwłaszcza w miejscu ich rozgałęzień, gdzie okrężne włókna elastyczne rozstępują się i tworzą okrągłą lukę, z której wychodzi gałąź boczna. Do najczęstszych miejsc tętniaków urazowych należy wyjście *a. carot. int.* z *sinus cavernosus*, okolica *a. corp. callos.* i *a. communic. ant.*,—wreszcie *a. vertebralis*. Tętnica kręgową, przechodzącą przez szereg otworów międzykręgowych, a po opuszczeniu ostatniego wchodzącą przez *foramen occipitale*, przedstawia w tym względzie szczególnie pomyślny warunki. Łatwo sobie wystawić, że przy silniejszym ruchu, przy hiperekstenzyi w jakimkolwiek kierunku może nastąpić szczególne naciągnięcie naczynia, a przytem uszkodzenie ściany naczyniowej. Natura sama jakby wskazuje, że takie uszkodzenie jest możliwe: istnieje bowiem 5 fizjologicznych załamań biegu i wygięć tętnicy kręgowej, jakby po to, by zapobiegać takim uszkodzeniom i uczynić nieszkodliwym wszelki gwałtowny ruch



przy przesunięciu tętnicy w tym lub innym kierunku. Oczywiście rzecz, że uraz może być ostatecznym tylko powodem powstania tętniaka, gdy istotna przyczyna kryć się może w innych czynnikach, przygotowujących grunt. Czynniki te — to ogólne przyczyny tętniaków: 1) miażdżyca, 2) przymiot, 3) zator. Być może, że istnieją i inne czynniki, sprzyjające powstawaniu tętniaków. Wspomnę tu o poglądzie KARPLUS'a [z instytutu prof. OBERSTEINER'a], opartym na paru spostrzeżeniach, poniekąd pokrewnych z przypadkiem, powyżej przez nas opisanym. KARPLUS mianowicie spostrzegał parokrotnie tętniaki mózgowie u osób dotkniętych migreną (*hemicrania*), a oparte na tem wnioski tak formułuje: „Napady migreniczne są wyrazem oddziedziczonego usposobienia; napady te nie mogą zależeć od cierpienia naczyń na podstawie mózgu, natomiast prawdopodobnem jest, że odwrotnie — zaburzenia naczyniowo-ruchowe, powodowane przez napady, prowadzą do cierpienia naczyń i powstawania tętniaków“.

Pogląd powyższy, mający zresztą znaczenie tylko przypuszczenia, godzien jest zanotowania i z tego względu, że i w naszym przypadku chory przed urazem miewał bóle głowy, a matka jego miewała jakoby napady migreniczne.

Rozpatrzywszy w ogólnym zarysie symptomatologię i etyologię, przejdziemy do sprawy leczenia, t. j. do pytania, które musieliśmy sobie postawić w naszym przypadku po stwierdzeniu, iż mamy przed sobą tętniak tętnicy kręgowej. Pytanie to było tem pilniejsze, iż z jednej strony gwałtowne bóle, dokuczające choremu, wymagały śpiesznej akcji z naszej strony, — z drugiej zaś w przypadku podobnym grozi zawsze pęknięcie tętniaka. Jod, stosowany u chorego przez czas dłuższy, żadnego efektu nie sprawił. Wobec tego usiłowania swe zwróciliśmy w innym kierunku, mianowicie w kierunku wytworzenia w tętniaku skrzepu. Skrzep, jak wiadomo, może powstawać w tętniaku samoistnie, stanowiąc w podobnych wypadkach samowyleczenie. W tym celu stosowaliśmy, zresztą bez szczególnej wiary, żelatynę. Pozostawała nam nadto najważniejsza metoda, podwiązanie tętnicy kręgowej, co również prowadzi do wytworzenia skrzepu w tętniaku.

Wskazanie takie, zdawało się, było ściśle uzasadnione: rozpoznanie tętniaka tętnicy kręgowej było zupełnie pewne, nadto tętnica kręgowa jest dostępna dla zabiegu chirurgicznego. Jakkolwiek zabieg taki należy do poważnych, jednakże cierpienie samo jest jeszcze groźniejsze. Z tego też powodu chory nasz został w dniu 17 marca 1902 r. przepisany na oddział kol. BRON. SAWICKIEGO, który w dniu 24-yg marca przystąpił do podwiązania tętnicy kręgowej prawej. Lecz tu w czasie operacji zaszła okoliczność, która zmieniła jej kierunek. Po obnażeniu tętnicy kręgowej i nałożeniu ligatury, przekonaliśmy się, że szmer na czaszce nie tylko nie ustał, lecz zupełnie się nie zmienił ani w sile, ani w charakterze. Nałożenie przeto ligatury nie osiągało zamierzonego celu: ligatura nie powstrzymywała dopływu krwi do tętniaka, powodującego szmer skurczowy. Była wobec tego bezcelową. Dlatego też po pewnym czasie ligaturę zdjęto, a ranę zaszyto.

Taki wynik operacji był zupełnie nieoczekiwany. Przystępując do operacji, byliśmy przekonani o prawdziwości rozpoznania. Zajęcie X-go, XI-go



i XII-go nerwów czaszkowych mogło być wynikiem ucisku przez tętniak tętnicy kręgowej lub jej gałęzi, t. j. tętnic nerwów korzonkowych (*aa. radicales*) albo tętnicy rdzeniowej przedniej. Nie tylko my, bezpośrednio opiekujący się chorym, lecz i liczni koledzy, którzy mieli sposobność badania chorego, uważali rozpoznanie za pewne, podwiązanie t. kręgowej za wskazane. Tymczasem wyniki operacyi zawiodły.

Jakże teraz objaśnić sobie można taką niezgodność przebiegu operacyi z rozpoznaniem? Ponieważ chory zginął nam później z oczu, i o dalszych losach jego nie mogliśmy zasięgnąć wiadomości, mogę tylko w formie prawdopodobnego przypuszczenia przedstawić następujące objaśnienie.

Jak wiadomo, t. rdzeniowa przednia wkrótce po wyjściu z t. kręgowej łączy się z odpowiednim naczyniem strony przeciwnej i tworzy wspólny pień, przebiegający ku dołowi po przedniej stronie rdzenia kręgowego. Pień ten, często dość znacznej średnicy, przy pomocy licznych zespojeń z tętnicami międzyżebrowymi i lędźwiowymi, które wnikają przez dziury międzykręgowe do kanału kręgowego, stanowi jakby łańcuch połączonych z sobą naczyń. Pomijając nawet możliwość wszelkich zboczeń anatomicznych, rzec możemy, że t. rdzeniowa przednia otrzymuje krew nie tylko z t. kręgowej, lecz i z innego systematu—czyli zamknięcie [ligatura] t. kręgowej nie powoduje jeszcze zatamowania obiegu krwi w t. rdzeniowej przedniej.

Otóż jeśli wystawimy sobie umiejscowienie tętniaka nie w samej t. kręgowej, lecz w jej gałęzi, t. rdzeniowej przedniej, w takim razie możnaby sobie objaśnić, dlaczego zamknięcie t. kręgowej mogło nie wywołać zatamowania obiegu krwi w tętniaku. Zwłaszcza jeśliby tętniak znajdował się w miejscu połączenia tętnic rdzeniowych przednich obu stron, w takim razie tętniak ten byłby nadto zaopatrywany w krew z t. kręgowej lewej, której światło było wolne. Zresztą istniejący od pewnego czasu tętniak w prawej t. rdzeniowej, a stąd pewne naruszenie obiegu krwi w danej okolicy, mogło być wywołać dla celów kompensacyi rozszerzenie lewej t. rdzeniowej i wzmożenie jej działalności.

Tak więc zamknięcie t. kręgowej prawej mogło być nie wyrzecz szczególnego wpływu na tętniak t. rdzeniowej przedniej prawej albo też tętniak pnia połączonych obu tętnic rdzeniowych. Aby zaś wytłómaczyć sobie, w jaki sposób tętniak t. rdzeniowej mógł być uciskać nerwy czaszkowe X, XI i XII, musimy przypomnieć, że t. rdzeniowa przednia ma zwykle przebieg wężykowaty, zresztą wszakże bywają tak często zbożenia anatomiczne w przebiegu naczyń.

II. Drugi przypadek [z praktyki prywatnej, obserwowany wspólnie z mną przez wielu kolegów, a w końcowym okresie przeze mnie i kol. K. CHEŁCHOWSKIEGO] dotyczy 28-letniego mężczyzny, który w 11-ym r. życia zapadł na ostry gościec stawowy. Co 5 lat mniej więcej były nawroty gościca, a przy jednym z nich wystąpiło *endocarditis*, poczem pozostała *insuffic. v. aortae*. W lutym 1902 r. wystąpiło nowe obostrzenie gościca i *endocardit. ulcerosa* z nietypową, a często b. wysoką gorączką i ze znacznem obrzmieniem śledziony. Od samego prawie początku przebieg miał charakter ropnicy (*pyae-*



nia). Już w pierwszych miesiącach występowały co pewien czas zatory w kończynach, w śledzionie i jeden raz w mózgu: w czerwcu nagle wystąpił gwałtowny ból głowy w okolicy czołowej oraz zdrętwienie prawej ręki; objawy te trwały prawie przez 6 tygodni, poczem zdrętwienie oraz stały ból głowy zniknęły.

W początkach października, przy nieustannej gorączce, występuje znów nagle szalony ból głowy, nie dający się usunąć żadnymi środkami. W 4 dni potem występuje porażenie niezupełne prawej kończyny górnej oraz nieznaczne porażenie prawej kończyny dolnej. W tym czasie przy osłuchiwaniu czaszki zauważyłem szmer skurczowy, słyszalny na całej czaszce. Szmer ten najwyraźniej występował na obu wyróstkach sutkowych oraz na potylicy.

Ucisk *a. carot. comm. sin.* znosił szmer momentalnie; przy ucisku zaś *a. carot. comm. d.* następowało chwilowe osłabienie szmeru. Ze względu jednak na ciężki stan chorego próby te należało wykonywać ostrożnie.

Jednocześnie z porażeniem wystąpiła zupełna utrata mowy (*aphasia motorica*).

Stan taki trwał bez zmiany przez tydzień, poczem nastąpiła śmierć.

Szmer trwał niezmiennie przez cały czas, a delikatne próby z uciskiem dawały stale jednakże wyniki.

Badania pośmiertnego nie dokonano.

Rozpoznanie w powyżej opisanym przypadku trudności nie przedstawia. Niewątpliwie mieliśmy tu do czynienia z zatorom, którego źródło tkwiło w *endocarditis ulcerosa*. Co się tyczy umiejscowień, to również pewnem jest, że sprawa odgrywała się w zakresie *a. foss. Sylvii sin.*, a mianowicie wytworzył się tętniak *a. fossae Sylv. sin.*

Przypadek ten zgodny jest z tym, co *a priori* o tętniakach tej tętnicy powiedziećby można. Istotnie, zator należy może do najczęstszych przyczyn tętniaków w pierwszej połowie życia. A ponieważ z pośród naczyń mózgowych *a. fos. Sylv.* najczęściej podlega zatkania przez zator, przeto też tętniaki tego naczynia zdarzają się wogóle najczęściej. Tu jednocześnie bywają też najczęściej liczne tętniaki (*aneurysmata multiplicia*). Mechanizm powstawania takich tętniaków jest zrozumiały: cząstki nalołu odrywają się z zastawek, biegną z prądem krwi i zatrzymują się w naczyniu mózgowem w miejscu rozgałęzienia. Tu zamykają częściowo lub całkowicie światło naczynia, tamując prąd krwi, a przez to ściana naczynia pod wpływem ciśnienia zwiększonego rozciąga się poniżej zatoru, prowadząc do utworzenia tętniaka.

Być bardzo może, że zator, który w opisanym wyżej przypadku, miał już miejsce w czerwcu, przygotował w pewien sposób grunt. Być również może, że nowy zator w kilka miesięcy później w październiku wystąpił w tem samym miejscu *a. fos. Sylv.* W czerwcu jednak prawdopodobnie do utworzenia się tętniaka nie doszło, albowiem szmeru na czaszce nie dostrzegalem, na co od kilku lat stale zwracam uwagę.

Czy w danym przypadku mieliśmy do czynienia z *aneurysmata multiplicia*, z powodu braku badania pośmiertnego rozstrzygnąć nie podobna.



L I T E R A T U R A.

- 1) A. LE BRUN. Tętniak t. domózgowej; podwiązanie t. szyjnej wspólnej; wyleczenie. P. T. L. W. 1859, str. 143. 2) Prof. J. KOSINSKI. Podwiązanie t. szyjnej wspólnej w celu wyleczenia tętniaka. Klin. 1869 str. 65. 3) W. ORŁOWSKI. Aneurysma a. carot. comm. Ligatura Gaz. Lek. 1887 str. 590. 4) MATLAKOWSKI. Aneurysma traumat. a. carot. comm. Gaz. Lek. 1888, str. 111, 140, 166, 182. oraz L. T. L. w 1888, str. 385, 388. 5) OLSZEWSKI. Tętniak t. mózgowej. Czasop. Lek. 1900 Nr. 4. 6) LEWENSTERN. Przypadek tętniaka urazowego t. szyjnej wewnętrznej. Gaz. Lek. 1901. Nr. 27. 7) W. KAMOCKI. Przypadek tętniaka t. ocznej P. T. L. W. 1898. 806. 8) GABSZEWICZ. Exophthalmus pulsans. P. T. L. W. 169, 975, oraz Gaz. Lek. 1900, odbitka. 9) K. NOISZEWSKI. Aneurysma a. carot. int. Postęp okulista, 1901, kwiecień. 10) A. JURASZ. O skurczowym szmerze mózgowym u dzieci. Przegl. Lek. 1877, odbitka. 11) ADEL. Tętniak t. dołu SYLWIUSZA. Gaz. Lek. Nr. 47, str. 1174. 12) GRIESINGER. Das Aneurysma der Basilartarterie-Archiv der Heilkunde. 1862. III. 13) LEBERT. Ueber die Aneurysma der Hirnarterien. Berl. klin. Woch. 1866. 14) C. DURAND. Des aneurysmes du cerveau. Paris, 1868. 15) STOLPE. Ueber aneurysmata der Fos. Sylv. 1897. Kiel. 16) MAMUROWSKY u. MALOLETKOFF. Zur Casuistik von Aneurysmen der Gehirnarterien Neurol. Centr. 1897, str. 752. 17) LADAME. Un aneurysme de l'artère vertebrale. Revue medic. de la Suisse t. XVII, 203. 18) MACLAREN. Intracranial aneurysm treated by ligature of the common carotid (Jahresber. f. Neurologie, 1897). 19) HEY. Ueber aneurysmata an der Basis cerebri. Berlin 1898. 20) LADAME u. MONAKOW. Aneurysme de l'artère Vertebrale (Jahresber. f. Neurol. 1900). 21) P. MEYER. Ueber einen Fall von Hirntumor. Charité-Annal. t. XIV, 623. 22) OPPENHEIM u. SIEMERLING. Die ac. Bulbärparal. u. die Pseudobulbärparalyse. Charité-Annal. T. XII, str. 331, 395. 23) E. HOFFMANN. Ueber Aneurysmen der Basilararterien u. deren Ruptur als Ursache des plötzlichen Todes. Wien. klin. Woch. 1894. Nr. 44—47. 24) H. OPPENHEIM. Die Geschwülste des Gehirns. Wien. 1896. 25) KARPLUS. Aneurysma der Carot. int. Wien. med. Woch. 1900. Nr. 13. 26) SAATHOFF. Beitrag zur Pathologie der A. basilaris. Deut. Archiv. f. klin. Med. 1905, str. 384.

#### IV. O syfilitycznem cierpieniu tętnic kończyn

Podał

J. Bełkowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

4/V badano ciśnienie krwi w palcach u rąk [tonometrem GAERTNER'a]. Otrzymano liczby: na lewej ręce dla 2-go palca — 50, 3-go — 50, 4-go — 40, 5-go — 20; na prawej ręce dla 2-go — 50, 3-go — 60, 4-go — 60, 5-go — 60. Ponieważ wyczuwano wtedy na lewej ręce tętno w tętnicy promieniowej, a na prawej w łokciowej, możnaby więc przypusz-



cząć, że różnica w ciśnieniu krwi w palcach 2-im i 5-ym u obu kończyn zależała od obecności lub braku tętna w odpowiedniej tętnicy, doprowadzającej krew do palców, co dziwnie się zgadzało z otrzymanymi liczbami. W środku mają zauważono obecność tętna we wszystkich 4-ch tętnicach rąk; tętno zupełnie dobre było w tętnicy prawej łokciowej; w pozostałych znacznie słabsze. 18/VI badano po raz drugi ciśnienie krwi i otrzymano liczby: na lewej ręce 2-gi palec — 50, 3-ci — 45, 4-ty — 40, 5-y — 30; na prawej ręce 2-gi — 100, 3-ci — 105, 4-ty — 100, 5-y — 100. Prawdopodobnie i tutaj dobre tętno w prawej tętnicy łokciowej świadczyłoby za znaczną poprawą w krążeniu krwi w ręce prawej, wskutek czego i ciśnienie krwi powiększyło się prawie o połowę. Zauważyliśmy tegoż dnia, że paznokcie, umyślnie równo obcięte przed 5-u tygodniami, na prawej ręce wyraźnie więcej odrosły, niż na lewej.

Chory wypisał się w połowie lipca. Ciśnienie krwi w palcach u rąk w przeddzień wypisu znaleziono w lewej ręce: 75, 60, 60 i 70 mm. rtęci [licząc od 2-go palca do 5-go]; w prawej ręce: 120, 130, 115, 95 mm. rtęci. Pomimo, że ciśnienie tętnicze w palcach u rąk wzrosło wdwójnasób przez ostatnie 2 miesiące pobytu w szpitalu, sam chory ani w sile, ani w zręczności rąk nie widział żadnej różnicy w porównaniu z dawniejszym stanem; sądził, że ręce i dawniej, i teraz były zupełnie zdrowe. Wskazuje to doskonale, jak mało można liczyć na podmiotowe objawy przy zaburzeniach obiegu krwi w górnych kończynach. Natomiast oznaczanie ciśnienia tętniczego może tu mieć poważne znaczenie, zwłaszcza w ocenie wyników leczenia.

Przypadek ten odpowiada najzupełniej typowi, powtarzającemu się w opisach *arteriitidis obliterantis* kończyn autorów: młody wiek, zajęcie wszystkich kończyn, brak wszelkich danych etyologicznych w wywiadach. Zmuszeni jesteśmy rozpoznąć syfilis tętnic wobec wyników leczenia, i to rozpoczętego nawet bardzo późno. Rozpoczynając pierwszą kurację już w jakiś czas [w 3 lata] po amputacji jednej kończyny, wątpiliśmy bardzo, czy uda się uratować drugą. I rzeczywiście, poprawa następowała bardzo powoli. Raz jednak osiągnięta wystarczyła choremu na szereg lat. I druga kuracja, rozpoczęta w warunkach gorszych jeszcze, także trwała bardzo długo i stosunkowo późno dopiero zaczęła dawać wyniki. Możliwy więc wnosić, że nie jeden z chorych z *arteriitidis obliterans* kończyn, uznawany dziś za nie mającego nic wspólnego z syfilisem, możeby wyzdrowiał lub poprawił się przy dość wczesnym i dość wytrwałym leczeniu. Następujący przypadek stanowi rzadki przykład świeżych zmian syfilitycznych w aorcie.

2. Zapalenie aorty podostrawe u syfilityka; liczne zatory; zakrzep tętnicy szyjnej wspólnej i wewnętrznej (*carotis comm. et intern.*) z lewej strony; zgorzel stopy prawej.



30-letni pisarz, silnie zbudowany i dobrze odżywiany, przybył na oddział 21/XI 1895 r. Przed 2-ma laty miał owrzodzenie na członku, po którym i dziś jeszcze pozostała plamka i stwardnienie w rowku zaślędziowym (*sulcus coronarius*). Mimo nalegań brata i lekarza nie przedsiębrał leczenia swoistego. Przed 8-u dniami wskutek silnego bólu głowy położył się, nie mógł zasnąć i nagle stracił władzę w prawej połowie ciała. Porażenie zupełne prawej połowy ciała. Kończyna górna prawa sztywna, dolna wiotka; odruchy ścięgniste wzmoczone z obu stron, zwłaszcza z prawej; skórne osłabione. Prawie zupełna utrata dotyku i czucia bólowego na prawej połowie ciała. Tylko bardzo silne ukłucia i dotknięcia czuje, ale źle je umiejscawia. Zmysł mięśniowy stracony zupełnie: nie może znaleźć swej ręki, szuka jej, bierze cudzą za swoją. Przytomność silnie zamglona; podniecenie, bezsenność. Mówi niechętnie, z trudnością; zmienia wyrazy. Stan podgorączkowy. T. 37,8°. Przy tętnie 100 częstość oddechu — 30. Stopy i golenie obrzękłe w miernym stopniu, sine, bez żadnych zmian w sercu lub w moczu. Na lewym udzie — żółtawe smugi, odpowiadające jakby przebiegowi naczyń chłonnych i żył. Na prawej goleni owrzodzenie, pokryte strupem. Obrzmienie i bolesność gruczołów chłonnych w prawej pachwinie. Rozpoznano syfilis mózgu [tętnic mózgowych] i naznaczono leczenie swoiste.

Podczas pobytu w szpitalu temperatura utrzymywała się wciąż około 38°, a niekiedy podnosiła się i wyżej. Poprawa zrazu była dość wyraźna i szybka: zmysł mięśniowy i czucie poprawiły się znakomicie; ruchy w stawach biodrowym i kolanowym zaczęły wracać; przytomność i mowa także poprawiły się nieco. Natomiast chory oślepił na lewe oko.

Dnia 8/XII zczerniał palec u prawej stopy; nazajutrz cała przednia połowa stopy stała się ciemno - fioletową i zimną. Następných dni wysepki zgorzelinowe zjawiły się i na zewnętrznej powierzchni goleni. Jednocześnie z tem porażenie połowiczne przestało ustępować; przeciwnie — raczej wzrosło.

Chorego przepisano na oddział chirurgiczny, gdzie 20/XII odjęto mu udo w górnej  $\frac{1}{3}$  części. Tętnice znaleziono drożne, ale bardzo twarde i wąskie. Rana goiła się dość dobrze. Gorączka i po zagojeniu nie ustąpiła, nawet wzmogła się. Tętno bardzo częste. Przytomność i objawy nerwowe gorsze, niż poprzednio. Pod koniec życia kaszel i pokrzywka. Zmarł 7/I.

Przy badaniu pośmiertnem prof. PRZEWOSKI znalazł serce małe; mięsień sercowy słabo rozwinięty; zastawki zdrowe. W aorcie wstępującej, tuż nad zastawkami aorty, widać na błonie wewnętrznej drobną naczynka krwionośna w postaci białawych nitek, a na ich przebiegu — rozrzucone guziczki czerwone (*endoaortitis subacuta*). Idąc wyżej, widać na błonie aorty liczne owrzodzenia, pokryte skrzepami przyżyciowymi. Tętnica szyjna wspólna (*carotis communis*) tuż przy wyjściu z aorty zamknięta skrzepem przyżyciowym. Tętnica szyjna wewnętrzna (*carotis interna sin.*) zarośnięta zupełnie; taż sama tętnica wewnątrz czaszki znowu zatkana skrzepem tylko. *Thrombus obturatorius art. fossae Sylvii sin.* Tętnice mózgowe zgrubiałe i zwężone. Rozmięknienie lewej półkuli zajmuje: *corpus striatum*, *thalamus opticus*, *capsula interna*, *claustrum* i znaczna część białej substancji zrazów czołowego, ciemie-



niowego i skroniowego. Zawały krwotoczne starsze i świeższe w obu nerkach. Zakrzep żyły udowej lewej (*thrombosis venae fem. sin.*).

Zupełną niespodzianką przy badaniu pośmiertnem były rozległe, a dość świeże zmiany rozpadowe w obu płucach [podostre], pochodzenia gruźliczego. Chory nie kaszlał wcale, a przy pierwszym badaniu żadnych zmian w płucach nie znaleziono.

W przypadku tym u młodego [30 l.] syfilityka już w 2 lata po zakażeniu znaleziono zgrubienie, stwardnienie i zwężenie tętnic mózgowych, tętnie w amputowanym odcinku kończyny dolnej; przede wszystkim zaś — podostre zapalenie błony wewnętrznej aorty. Jest to cierpienie rzadsze, do dziś jeszcze podawane w wątpliwą przez autorów niemieckich [SCHROETTER], a bronione i szczegółowo opisywane przez francuskich [HUCHARD]. W naszym przypadku przebieg tego cierpienia był skryty: zdradziło się ono dopiero zatorom tętnicy szyjnej i stało się punktem wyjścia dla licznych zatorów w nerkach, zapewne i w drobnych tętniczkach kończyn dolnych, czemu odpowiadał obrzęk ich, a potem zgorzel. Przypuszczać należy, że naprzód nastąpił zator *art. carotis int.* przed wejściem jej do czaszki, i że ta część tętnicy zdażyła zarosnąć przed śmiercią. Po obu stronach tego najwcześniejszego zatoru powstawał zakrzep, który z jednej strony zajął całą *carotis comm.*, z drugiej zaś zamknął *carotis int.* wewnątrz czaszki i *art. fossae Sylvii*. Ten zakrzep następczy zapewne był przyczyną pogorszenia objawów mózgowych po pierwszym okresie wyraźnej poprawy.

Wspominaliśmy już wyżej, że istnieje teoria, broniona przez THOMA'ę i jego uczniów, tłumacząca *arteriitis oblit.* kończyn tem, że w tętnicach tych powstają skrzepy i ulegają organizacyi. Teoryi tej przede wszystkim można zarzucić, że nie tłumaczy, co ma być powodem tych zakrzepów, które oczywiście musiałyby być i liczne, i w różnych tętnicach ciała. Powtóre obraz zarośniętych w ten sposób tętnic byłby wcale inny, niż to, co dotąd widywano; byłby raczej taki, jak w dopiero co opisanym przypadku, gdzie przed i za zarośniętym odcinkiem tętnicy znaleziono zatkanie jej skrzepem. Już przy badaniu makroskopowem, a tem bardziej na seryach skrawków można byłoby i należałoby w myśl tej teoryi wykazać to zupełne zarośnięcie odcinka tętnicy, to stare skrzepy skanalizowane, to świeższe jeszcze ze śladami barwika i wreszcie z czerwonymi krążkami. Dopóki obrazy takie nie zaczynają się stale, a przynajmniej często, powtarzać przy odnośnych badaniach, dopóty teoryę tę można uważać za pozbawioną dowodów.

Jako ilustracyę tego, jak wyglądają tętnice, nie jednocześnie zatkanie skrzepami, przytaczam niezwykły przypadek bardzo licznych zatorów w różnych narządach i we wszystkich 4-ch kończynach przy zapaleniu wsierdzia

3. Zapalenie wsierdzia podostrawe. Zatory w wszystkich 4-ch kończyn.

27-letni ofycalista, dobrze zbudowany, lecz błądy i źle odżywiony, przybył na oddział I/X 1897 r. Choroba zaczęła się w marcu 1896 roku, w woj-



sku. Zjawiły się wtedy bóle w obu łydkach. Po 2-ch miesiącach bóle zniknęły, a natomiast zjawiły się obrzęki na nogach [zwolniono go wtedy od wojska]. Obrzęki po kilku tygodniach zniknęły, i znowu powróciły dawne bóle w kończynach dolnych. Bóle w kończynach i obrzęki zmieniały się kolejno jakoby parę razy. Po roku [w czerwcu 1897 r.] przy chodzeniu uczuł nagle ból w prawej stopie i od tego czasu zauważył utratę czucia w prawej nodze i stopie. Z tego powodu leżał około 4-ch tygodni w szpitalu [w Kutnie]. Po wyjściu ze szpitala wkrótce zjawiły się owrzodzenia na prawej stopie. W stopie tej stałe bóle.

Stan gorączkowy [39° — 40°] Tętno — 90. Częstość oddechu — 24. U wierzchołka serca wyraźny szmer przedsurczowy i pomruk koci (*frémissement cataire*).

Kończyna prawa dolna zgięta i przykurczona niemal pod kątem prostym w stawach biodro-udowym i kolanowym. Wskutek tego chory chodzić nie może. Okazuje się jednak, że ruchy bierne w tych stawach są wolne i niebolesne; to samo i ruchy czynne. Chory przykurcza kończynę z obawy przed bólami, których doznaje przy dotknięciu ziemi stopą, przy poruszaniu stopą i jej dotykaniu. Ręce i stopy chłodne. Ostatnie członeczki wszystkich palców u obu rąk zgrubiałe. Zupełny brak tętna w obu tętnicach promieniowych, w ramieniowej lewej, w tętnicach stopowych na obu kończynach i w prawej udowej. Odruchy kolanowe nieco wzmożone, zwłaszcza z lewej strony. Bardzo wyraźny objaw stopowy z lewej strony i mniej wyraźny z prawej. Osłabienie dotyku i czucia bólowego na prawej stopie. Owrzodzenia skóry u kostek tej stopy.

Rozpoznano *stenosis mitralis, endocarditis subacuta*, zatory kończyn.

Podczas pobytu w szpitalu obok gorączki, częstych dreszczów i wzrastającego upadku sił wystąpiły objawy zgorzeli z początku na prawej stopie, a po tygodniu i na lewej. Po kilku dniach zgorzel posunęła się i na gołeń. Chory zmarł dn. 11/X 1897. Przy badaniu pośmiertnym [pr. PRZEWOŃSKI] znaleziono: Serce mało powiększone; mięsień zwiotczały. Lewy otwór żylny przepuszcza koniec palca; *chordae tendineae* skrócone i zrośnięte. Zastawki dwu — i trójdziałna w stanie zapalenia podostrawego z kruchymi złożami włókniaka (*endocarditis verrucosa*). W śledzionie, wdwójnasób powiększonej, kilka starszych i świeższych zawałów krwawych. Wątroba powiększona, zmętniała. W nerkach liczne blizny po dawnych zawałach krwawych. *Aneurysma dissecans art. hypogastricae dextrae*, oraz zupełne zamknięcie światła tej tętnicy. W prawej tętnicy udowej na 2 palce pod więzmem POURART'a — światło zamknięte skrzepem na przestrzeni 4 — 5 ctm.; skrzep z wyraźnym śladem barwika. Idąc dalej, w dolnej części tętnicy udowej u przejścia jej w podkolanową znaleziono stary skrzep kanalizowany. Lewa tętnica udowa na kilka palców pod więzmem POURART'a zamknięta starym skrzepem skanalizowanym. Lewa tętnica pachowa zamknięta świeżym, jeszcze nie odbarwionym skrzepem. W prawej ramieniowej skrzep stary kanalizowany.

Przypadek ten można użytkować jako argument przeciwko teorii



THOMA'y. Prócz tego na uwagę w nim zasługuje brak jakichkolwiek skarg i sensacji w kończynach górnych, mimo zamknięcia tętnicy pachowej lewej i ramieniowej prawej i braku tętna w obu tętnicach promieniowych. To samo widzieliśmy już w 1-ym opisanym tu przypadku; to samo było w przypadkach, opisanych przez WINIARSKIEGO i STARKIEWICZA. Dalej należy podkreślić znieczulenia na prawej stopie i wzmożenie odruchów ścięgowych, nawet objaw stopowy (*Fussphänomen*). Wzmożenie odruchów ścięgowych notowano już kilkakrotnie w przebiegu *arteriitidis obliterantis*.

Następny przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że choroba rozpoczęła się od kończyn górnych, a więc wprost odwrotnie, jak bywa zazwyczaj.

4. *Arteriitis obliterans* obu kończyn dolnych i prawej górnej.

23-letni młynarz K., silnie zbudowany i dobrze odżywiony, przybył na oddział 20/XI 1897 r. Przed 2-ma laty miał jakiś napad nerwowy, czy padaczkowy z utratą przytomności. Przez 2 miesiące potem był zdrow. Następnie zjawily się bóle klujące w całym ciele. Po 4-ch miesiącach bóle umiejscowiły się w prawej górnej kończynie. Palce obrzmiały, posiniały; chory utracił w nich czucie. Wreszcie 2 członki 3-go palca zmartwiały i odpadły. W innych palcach bóle zniknęły; pozostała tylko sinica i zniekształcenie paznokci na 2-ch palcach. Przez  $\frac{1}{2}$  roku potem K. był względnie zdrow. Następnie zjawily się znowu bóle w całym ciele, a głównie w krzyżu. Po 2 — 3-ch miesiącach — bóle w obu kończynach dolnych. Od kilku miesięcy bóle w lewej kończynie dolnej zniknęły, a w prawej powiększyły się i zjawila się zgorzel 3-ch palców prawej stopy. Bóle odznaczały się gwałtownością; zjawily się przeważnie w nocy; nie można było obejść się bez silnych narkotyków.

Poprzednio K. był zdrow. Matka chorego bardzo nerwowa; siostra cierpi na obłąd popołogowy. Żadnych nadużyć. Syfilisu nie było. Stosunków płciowych K. nie miał wcale. Przednia połowa prawej stopy obrzmiała, zaczerwieniona, z sino - fioletowym odcieniem. Nekroza 1, 2 i 3-go palców prawej na całej przestrzeni bez wyraźnej linii demarkacyjnej. Wymiary prawej kończyny dolnej w różnych miejscach o 2 — 3 ctm. mniejsze, niż lewej. Na prawej ręce brak dwóch członków palca środkowego; pozostałe palce tej ręki sino - czerwone; paznokcie zgrubiałe, zniekształcone. Czucie dotyku i bólu zachowane w zupełności. Siła prawej kończyny górnej nieco mniejsza, niż lewej, lecz niezła. Brak tętna w prawej tętnicy promieniowej i łokciowej, oraz we wszystkich tętnicach stopowych [na obu nogach]. W dolnej części prawego przedramienia na powierzchni grzbietowej, tuż nad *proc. styloideus radii*, wyczuwa się tętno dodatkowe. W tętnicy promieniowej lewej tętno małe i miękkie. Stan bezgorączkowy. Śledziona powiększona. Gruzoły chłonne powiększone; w prawej pachwinie bolesne. Żadnych objawów, przemawiających za wadą serca, syringomyelią. Bóle stopy i tu były tak gwałtowne, że chory chodził o kulach, przykurczając silnie prawą kończynę dolną w stawach biodrowo - udowym i kolanowym, byle nie dotknąć stopą ziemi. Po odjęciu uległych zgorzeli palców u stopy bóle znacznie zmniejszyły się.

Oprócz wczesnego, a silnego zajęcia kończyny górnej w przypadku tym



zasługuje na podkreślenie dziedziczne neuropatyczne usposobienie — fakt, na którym opiera teorię swoją OPPENHEIM.

Co do leczenia, to znakomitą poprawę po stosowaniu rtęci i jodu otrzymaliśmy, oprócz opisanego wyżej chorego, jeszcze w jednym przypadku u 20-kilkoletniego subiekta handlowego z amputowaną golenią, o którym nie mam dokładniejszej notatki.

ERB i inni autorowie ostrzegają przed podawaniem naparstnicy chorym, dotkniętym *endoarteriitide obliterante*. W tym względzie znany mi jest przypadek, w którym po wyczerpaniu przeróżnych środków leczniczych kilkakrotnie osiągnięto znakomitą poprawę, naprzód czasową, a potem i trwałą, po leczeniu naparstnicą, wbrew zdaniu powyższemu. Był to:

5. 50-kilkoletni uczony z brakiem tętna w obu tętnicach (*dorsalis pedis* i *tibialis postica*) prawej stopy. Od 9-u miesięcy obraz typowego chromania przestankowego, wciąż postępującego. Nadzwyczaj dotkliwe bóle w stopie: chory obawiał się najłżejszego dotknięcia, nawet zbliżenia cudzej ręki do stopy. Sam mógł stopy dotykać. Wychudzenie chorej kończyny; wyprysk na stopie i goleni. Obrzęk stopy i goleni najwyraźniejszy i najbardziej uparty ponad kostką zewnętrzną.

Chory ten zauważył, że cierpiąca kończyna nigdy nie potnieje, nawet przy obfitych ogólnych potach. Paznokcie u palców chorej nogi obcał raz na 3 miesiące, kiedy u zdrowej musiał to robić co miesiąc. Żadnych danych przyczynowych, prócz chyba namiętnego palenia. Uderzenie wierzchołkowe serca w 6-em międzyżebżu na linii sutkowej. Tętno częste i pobudliwe. Tony serca czyste. W moczu zmian żadnych.

Bezwzględna więc obawa przed naparstnicą w przypadkach *endoarteriitidis obliterantis* jest przesadzona. Kto wie nawet, czy tętnica, zwężona wskutek przerostu lub arteryosklerozy, tracąc sprężystość i kurczliwość, jest jeszcze w stanie zwęzać się pod wpływem naparstnicy.

## L I T E R A T U R A.

- 1) BIEGAŃSKI. Niedomoga mięśni wskutek stwardnienia tętnic. *Medycyna*. 1893 r. str. 13.
- 2) CHARCOT. *Leçons du mardi*. 1887, 1891 i 1892 r.
- 3) CHEŁCHOWSKI. Księga jubileusz. prof. HOYERA.
- 4) ELZENBERG. Choroba RAYNAUD'a pochodzenia syfilitycznego. *Gaz. Lek.* 1892 r. N. 5.
- 5) ELZHOŁZ. Ueber intermittirende Gehstörung bei Gefässerkrankungen. *Wien. med. Woch.* 1892. N. 49 i 50.
- 6) ERB. Ueber das „intermittirende Hinken“ und andere nervöse Störungen in Folge von Gefässerkrankungen. *Deutsche Zeit. f. Nervenheilk.* XII, str. 64. 1898.
- 7) GOLDFLAM. O chromaniu przestankowym. *Medycyna*. 1894, str. 471 i 496.
- 8) GOLDFLAM. Dalsze uwagi nad chromaniem przestankowym. *Medycyna*. 1901. N. 1 i 2.
- 9) GOLDFLAM. Przyczynek do etyologii oraz symptomatologii chromania przestankowego. *Medycyna*. 1904. N. 1.
- 10) HIGIER. Uwagi w sprawie myastheniae paroxysmalis angioscleroticae. *Gazeta Lek.* 1901. N. 12, 13, 14.
- 11) HUCHARD. *Traité clinique des maladies du coeur*.
- 12) KADER. Przypadek claudicationis intermittentis CHARCOT'a, zakończony gangr. praesen. pedis. *Przegląd Lek.* 1900. N. 50.
- 13) LUXENBURG. Przedstawienie chorego z t. zw. chromaniem przestankowym. *Pam. Tow. Lek.* 1903, str. 159.
- 14) NARTOWSKI. Gangraena angiosclerotica na tle kiłowym. *Przegląd Lek.* 1900. N. 1.
- 15) NEUMANN. Syphilis 1896 w podręczniku *Pat.*



i Ter. Szczeg. NOTHNAGEL'a. 16) OPPENHEIM. Intermittirendes Hüncn und neuropathische Diathese. Deutsche Zeitschr. f. Nervenl. XVII, str. 317. 17) PAŃSKI. Przypadek claudicationis interm. angioscleroticae. Czas. Lek. 1900. N. 4. 18) SCHRÖTTER. Erkrankungen der Gefäße 1899 w podręczniku Pat i Ter. Szczeg. NOTHNAGEL'a. 19) SIMON. Onietypowych i poronnych postaciach przestankowego chromania. Now. Lek. 1905. N. 7. 20) SZADEK. Przyczynę do kazuistyki zgorzeli samoistnej pochodzenia przymiotowego. Przegląd chorób skórnych i wener. 1906. N. 1 i 2. 21) WEISS. Untersuchungen ueber die spontane Gangrän der Extremitäten und ihre Abhängigkeit von Gefässerkrankungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 40, str. 1. 22) WVEDENSKY. Ueber Arteriitis obliterans und ihre Folgen. Arch. f. klin. Chir. T. 57, str. 98. 23) ZAWADZKI J. i LUXENBURG. Przypadek wrzodu okrągłego żołądka na tle zmian syfilitycznych. Gaz. Lek. 1893. N. 47.

## V. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Skreślił

**Dr Franciszek Kijewski,**

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 49].

Liczne niezmiernie spostrzeżenia kliniczne wykazały dodatnie nader wyniki zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej. Wybór jednak odpowiedniej chwili do operacji dla wielu praktyków nie jest łatwym. Jedni by chcieli operować tylko w wyjątkowo ciężkich przypadkach, t. j. tam, gdzie już nie zrobić nie można, inni znów, liberalniejsi pod tym względem, wskazania swoje rozszerzają, zastrzegając jednak przytem, że pewien procent chorych zginąć może skutkiem samego zabiegu, a stąd też przy wyborze wskazań stawiają pewne ograniczenia. Jest to dowodem, że pomimo nader obszernego opracowania kwestyi kamicy żółciowej, sprawa ta dla wielu lekarzy praktyków nie jest jeszcze jasną, przedstawia wiele trudności, wiele niedomówień.

Jeżeli dążenie RIEDEL'a, aby operować po pierwszym napadzie, ma jeszcze mało zwolenników, to przynajmniej praca jego przyczyniła się do tego, że chirurdzy społeczeńsi starają się o wczesne i radykalne zastosowanie zabiegów chirurgicznych.

Po pierwszym napadzie kamicy, lekkim, połączonym z nieznacznem podniesieniem ciepłoty, bez żółtaczkii, choremu nie przyjdzie nawet do głowy, aby poddać się operacji, domowy lekarz jego również mu tego nie zaproponuje, tem bardziej, że takie lekkie napady mogą się kończyć zupełnie pomyśl-



nie bez żadnych powikłań. Lecz pamiętać należy, że w drogach żółciowych istnieją warunki, sprzyjające ponowieniu się sprawy.

Doświadczenie nam wskazuje, że w wyjątkowych tylko razach napady kolki wątrobowej się nie ponawiają, każdy zaś nowy napad wywołuje szereg nowych zmian na błonie śluzowej i w całych wogóle ścianach dróg żółciowych. Usunięcie zaś kamieni, ułatwienie odpływu żółci zakażonej i wysięku zapalnego, oraz ochronienie dróg żółciowych od nowych uszkodzeń można najszybciej osiągnąć na drodze operacyjnej.

Stąd też wyprowadzić można wniosek, że wyjątkowe tylko przypadki kamicy żółciowej nie nadają się do leczenia chirurgicznego.

Badania JANOWSKIEGO <sup>1)</sup> wykazały, jakie właściwie zachodzą zmiany w ścianach pęcherzyka żółciowego wobec kamieni. Zmiany dotyczą wszystkich warstw—nabłonek mętnieje, zmienia postać, łuszczy się,—w tkance podśluzowej następuje rozwój włókien,—początkowo włókna mięsne grubieją, a następnie zanikają,—otaczająca zaś tkanka łączna grubieje i przeistacza się stopniowo w zbitą tkankę bliznowatą. A przecież to początek sprawy; przy dalszem trwaniu powstają coraz to większe zniszczenia, tworzą się mniej lub więcej rozległe i głębokie owrzodzenia, po których zagojeniu się powstają blizny tak rozległe, że pęcherzyk zupełnie się kurczy i przedstawia pod postacią twardego guzika. Niekiedy zmieniony pęcherzyk pod wpływem ucisku ze strony zwiększonego wysięku, zebranej żółci i kamieni pęka, i zawartość jego wylewa się do jamy otrzewnej, powodując groźne zapalenie jej, które doprowadzić może do śmierci. NECK <sup>2)</sup> zebrał 11 takich spostrzeżeń w 1904 r.

Przy długotrwałej kamicy w pęcherzyku żółciowym następuje niekiedy rozwój raka, co daje najgorsze rokowanie. Z faktem tym liczyć się należy, gdyż wpływa on bezsprzecznie na przyspieszenie zastosowania zabiegów chirurgicznych.

Podobne zmiany, jak w pęcherzyku, odbywać się mogą i w przewodach żółciowych i doprowadzać niekiedy do zwężenia, a nawet zamknięcia światła. Wszystko to nie pozostaje bez wpływu ujemnego na otoczenie. Powstaje szereg zrostów czasami bardzo rozległych z siecią, wątrobą, poprzecnicą, *duodenum*, żołądkiem,—niekiedy nawet tworzą się przetoki pomiędzy tymi narządami a drogami żółciowymi, jak to było w przypadku, spostrzeganym przez REJCHMANA i JAWDYŃSKIEGO.

Obrażenie błony śluzowej dróg żółciowych może być punktem wyjścia zakażenia, które tak często kończy się niepomyślnie. Jeżeli odpływ żółci zostanie wstrzymany zbyt długo, fatalnie się to odbija na wątrobie i trzustce, nie mówiąc już o zmianach, jakie może powodować *cholaemia*.

---

<sup>1)</sup> JANOWSKI. O zmianach anatomicznych w pęcherzyku żółciowym pod wpływem kamieni. *Gazeta Lekarska* 1891 r. str. 95, 128, 163, 182, 201.

<sup>2)</sup> NECK. *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie* T. LXXI.



Zmiany w wątrobie, powstałe pod wpływem zastoju żółci, u nas opracowali OBRZUT <sup>1)</sup>, STEINHAUS <sup>2)</sup>, RUPPERT <sup>3)</sup> i JANOWSKI <sup>4)</sup>. Do prac tych badaczy odsyłam po szczegóły, dotyczące tej sprawy.

Oto szereg zmian, jakie spotkać można w przebiegu kamicy żółciowej.

Przez wczesne operowanie ochraniaimy organizm od tych wszystkich powikłań. Jeżeli dobrze zastanowimy się nad ciężkimi zmianami, jakie powodować może kamica, to znajdziemy zupełne usprawiedliwienie dążności RIEDEL'a, aby operować nawet po pierwszym napadzie.

Wyniki przy wczesnem operowaniu muszą być dodatnie, gdyż warunki, w jakich chory narząd i cały ustrój pozostają, są dobre.

Ostatnie komunikaty o wynikach, jakie otrzymali chirurdzy po zabiegach na drogach żółciowych, zachęcają niezmiernie do stosowania leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej.

M. ROBSON, który przemawia za absolutnie wczesną operacją w znaczeniu RIEDEL'a, otrzymał po cholecystostomii 1% śmiertelności, po pierwszej seryi *choledochotomiae*—16,2%, a po ostatnich 76-u operacjach tylko 3,9% śmiertelności <sup>5)</sup>.

KEHR <sup>6)</sup> na 1111 laparotomii skutkiem kamicy miał wogóle 180 zejść śmiertelnych; na 281—*cystotomiae, cysticotomiae* — 5 śmierci, na 253 *cholecystectomiae* — 9 zejść niepomyślnych, na 273 *choledochotomiae* — 11, a z pomiędzy 194-ch podobnych operacji połączonych z zabiegami na żołądku, kiszkiach, wątrobie, trzustce — 32 zejścia śmiertelne. Największą odsetkę wyników niepomyślnych dały operacje przy *cholangitis purulenta diffusa* i raku, gdyż na 146 przypadków aż 123 zakończyło się śmiercią. KEHR zaznacza, że 90% przez niego operowanych wróciło do zupełnego zdrowia, w 10%—pozostały, jako następstwo operacji, niewielkie zaburzenia.

Według WILLIAMA MAYO'a na 1500 operacji śmiertelność ogólna wynosiła 4,43% [w pierwszym tysiącu 5%, a w ostatnich 500—3,2%].

Na 845 cholecystotomii zejście śmiertelne miało miejsce w 2,15%; w 272 ch przypadkach z ostatniej seryi 500, śmiertelność zmniejszyła się do 1,47%.

Na 319 cholecystektomii śmierć w 3,13%, a w ostatniej seryi—1,62%.

---

1) OBRZUT. Przegląd Lekarski. 1888. N. 5, 6, 7 i 8.

2) STEINHAUS. Ueber die Folgen des dauernden Verschlusses des ductus choledochus. Arch. f. exper. Path. und Pharmakol. T. 28.

3) RUPPERT. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1890 i 1891.

4) JANOWSKI. Przyczynek do anatomii patol. marskości wątroby u człowieka, powstałej pod wpływem zastoju żółci. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1892.

5) M. ROBSON, l. c.

6) KEHR. Die interne und chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit. München. 1906.



Operacje na przewodzie żółciowym wspólnym w 207-u przypadkach M. dzieli na 4 grupy.

Grupa pierwsza obejmuje 105 przypadków z 2,9% śmiertelności, w których obecność kamienia nie wywołała poważniejszych zaburzeń. Żółtaczką była nieznaczna, albo wcale nie występowała; zatkanie przewodu było niecałkowite lub przemijające.

Do 2-ej grupy [61 przypadków z 10% śmiertelności] należały przypadki z zakażeniem nie tylko przewodu wspólnego, lecz i przewodów wątrobnych, z żółtaczką i gorączką przepuszczającą.

3-a grupa obejmuje 29 przypadków [34% śmiertelności] całkowitego zatkania przewodu wspólnego. W tych przypadkach drogi żółciowe albo wcale nie zawierała żółci, albo żółć była bardzo rozwodniona, o zabarwieniu ciemnozielonym, albo też przedstawiała się w postaci jasnej, bezbarwnej śluzowej wydzieliny. Stan ogólny chorego był ciężki [tętno słabe i szybkie, obrzęki na stopach; przesięki do jamy otrzewnej, białkomocz].

Chociaż ostre zatkanie przewodu żółciowego wspólnego z objawami zakażenia jest bardzo niebezpieczne, to jednak wobec tego, że taka ostro powstająca sprawa nie bywa zwykle stałą, należy w wielu wypadkach przeczekać z operacją.

Do grupy 4-ej należą sprawy złośliwe [12 przypadków 33 $\frac{1}{3}$ % śmiertelności]. Rak pierwotny przewodu wspólnego lub brodawki nie ma tendencji do szerzenia się; 2 pomyślnie operowane przypadki zakończyły się śmiercią po 3-ach latach. Operowanie natomiast raka szerzącego się z pęcherzyka i przewodu pęcherzykowego lub też z główki trzustki na przewod wspólny żółciowy nie przedstawia zupełnie szans powodzenia.

Trzustka była w mniejszym lub większym stopniu dotknięta w 86-u na 1500 przypadków. Z tego sprawa ostra w 4-ch przypadkach [2 śmiertelne], w 6-u sprawa podostra, w tem 2 przypadki torbieli krwistej, w 9-u rak [5 śmiertelnych]; wreszcie w przeważnej liczbie [67] trzustka przedstawiała zmiany właściwe zapaleniu przewlekłemu.

Na mocy powyższych danych M. dochodzi do wniosku, że śmierć w przypadkach przezeń operowanych następowała albo w następstwie zakażenia i zmian w wątrobie [zniszczenie komórek wątrobnych i ich zwyrodnienie tłuszczowe], lub też wskutek zmian we krwi, powodowanych cholemią.

Stąd też autor przemawia za wczesnem operowaniem, t. j. wtedy, kiedy kamień znajduje się jeszcze w pęcherzyku; z przejściem kamienia do przewodu wspólnego nie mamy już do czynienia z cierpieniem umiejscowionem, lecz zazwyczaj z zakażeniem wątroby i cholemią.

Czy to pod wpływem wspólnej pracy w szpitalach, czy też pod wpływem prasy lekarskiej zagranicznej, w ostatnich czasach dał się zauważyć w Warszawie pewien zwrot w zapatrywaniach internistów na sprawę leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej. Wyrazem tych zmienionych poglądów był odczyt DUNINA w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem 27-go czerwca 1905 r.



„O wczesnem operowaniu w niektórych chorobach wewnętrznych“.

W szeregu tych chorób, w których reforma w kierunku wczesniejszego operowania jest niezbędna — są kamienie żółciowe. „Praktyka, obejmująca wiele lat przebiegu choroby u jednych i tych samych chorych, wskazuje, że środki wewnętrzne są bezsilne wobec tej choroby, a mianowicie, że leczenie doszczętne należy do wyjątków. Osiągamy więc zazwyczaj chwilowe uspokojenie objawów, które po pewnym czasie napowrót wybuchają. Chorzy tacy latami się leczą i ciągle są chorzy, przytem często tracą siły, narażają się na powikłania nieraz groźne dla życia i bardzo często kończą na operacji, ale która wtedy z powodu zrostów dokonywana bywa w złych warunkach. Tymczasem wykonana wczesnie operacja jest łatwa i w kilka tygodni uwalnia chorego zazwyczaj doszczętnie od cierpień“<sup>1)</sup>.

Tyle mówi sprawozdanie! Prelekcyja ta dotąd nie została ogłoszona drukiem; stąd też przekonywające wywody DUNINA, oparte na długoletniem doświadczeniu, nie mogły wywrzeć należytego wpływu na szerokie koła lekarskie. Wielu internistów, nie mając możności uczestniczenia w posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zna też odczyt DUNINA zaledwie z krótkiego sprawozdania, które nie może dokładnie oddać myśli autora.

Nawiązana dyskusya ujawniła znacznie większą liberalność internistów pod względem stosowania zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej, chociaż jeszcze daleko to ustępstwo nie odpowiada dążeniom chirurgów; wczesne jednak operowanie, po pierwszym napadzie, znajduje przeciwników. Pojedynczy napad kolki żółciowej aczkolwiek bardzo bolesny nie grozi życiu, dlatego też śpieszenie się z operacją nie jest usprawiedliwione [HEWELKE, PRUSZYŃSKI].

JANOWSKI jest zdania, że operować należy dopiero przy wystąpieniu objawów, dowodzących niewątpliwie, że kamienie powodują stałe miejscowe zatrzymanie żółci, lub jej zakażenie. „A więc częste i silne napady kolki, albo objawy *cholecystitidis* recydującego, uporczywa bardzo żółtaczka, 6 tygodni i dłużej trwająca choćby bez gorączki, oraz powtarzająca się przy każdym napadzie gorączka z żółtaczką, lub mała nawet ale długotrwała gorączka stanowią jedynie wskazania do operowania w kamicy żółciowej“.

RZĘTKOWSKI utrzymuje, że operować należy wczesnie, a jeżeli wczesnie nie decydujemy się na operację, to współdziałają tu niepewność w rozpoznaniu, trudności operacyjne techniczne, nieuzasadniona ufność w środki wewnętrzne i opór ze strony chorego. „Nieuzasadniona ufność w leczenie wewnętrzne, zwłaszcza ze strony lekarzy, zasługuje bardziej na podkreślenie. Idzie o to, że w istocie lekarze wewnętrzni bardzo często przeceniają to, co może zdziałać medycyna wewnętrzna, a niedoceniają tego, co może zrobić chirurgia“.

Z pomiędzy chirurgów zaznaczyć należy przemówienie KRAJEWSKIEGO.

<sup>1)</sup> Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego r. 1905, zeszyt III, str. 645—646.



Właściwie nie kamica żółciowa, jako taka, jest przedmiotem naszych obaw i skłania do operacji. Niejednokrotnie przygodnie u chorych lub na sekcji znajdujemy cały pęcherzyk wypełniony kamieniami, które jednak żadnych dolegliwości nie sprawiały. Dopiero, jeśli się przyłączy zakażenie i powstaje *cholecystitis*, dopiero wtedy kamica żółciowa daje objawy pod postacią kółki. Jeśli zważymy stosunki anatomiczne, w jakich się znajduje pęcherzyk i drogi żółciowe, to musimy dojść do przekonania, że bardzo jest wątpliwem, aby raz zakażony pęcherzyk mógł się sam od tego zakażenia uwolnić. To też dla KRAJEWSKIEGO nie ulega wątpliwości, że kto raz uległ napadowi kółki wątrobowej, ten będzie miał stale nawroty, dopóki się nie podda operacji, w której równoznaczną z usunięciem kamieni rolę odgrywa drenowanie pęcherzyka. Wczesne operowanie i radykalizm w operowaniu, według KRAJEWSKIEGO, stanowią dwa niezbędne warunki powodzenia w chirurgicznym leczeniu kamicy żółciowej.

Tak stanęła sprawa u nas chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej. Życzyć należy, aby ta reforma w kierunku wczesnego operowania w kamicy nie obejmowała tylko Warszawy, aby znalazła ona oddźwięk i w innych ogniskach naszej nauki lekarskiej. Jeżeli przewodnicy naszych uczelni będą zwracali baczniejszą uwagę na ten punkt, to szybko zmienią się poglądy naszych internistów na łagodny charakter kamicy, interniści prędzej będą się decydowali na oddanie chorego do rąk chirurgów, a wyniki operacyjne z pewnością nie będą gorsze, aniżeli u obcych.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 257. Fuernrohr. Znaczenie promieni Roentgen'a dla neurologii.

Z przedmowy, napisanej do dzieła autora przez OPPENHEIM'a, dowiadujemy się, że ten razem z CASSIRER'em na Zjeździe niemieckiego Towarzystwa rentgenowskiego przedstawił wspólną pracę pod nagłówkiem „Radiologia i Neurologia”, lecz praca ta, zdaniem OPPENHEIM'a, nie zwróciła dostatecznej uwagi świata lekarskiego; z tego więc względu OPPENHEIM polecił FUERNROHR'owi zebrać cały materiał, odnoszący się do zastosowania promieni rentgenowskich w neurologii, aby wykazać, jak doniosłą rolę odgrywają powyższe promienie w rozpoznawaniu najróżnorodniejszych cierpień układu nerwowego. FUERNROHR wywiązał się bardzo sumiennie ze swego zadania, zebrałszy wszystkie, dotychczas ogłoszone drukiem przypadki cierpień nerwowych, w których zastosowanie promieni ROENTGEN'a pozwoliło wykryć właściwą przyczynę choroby albo też potwierdziło dokładne rozpoznanie kliniczne.

Trudno w krótkim streszczeniu przytaczać wszystkie podane historie



chorób, zebrane na 375 stronicach druku, z czego przypada 57 str. na spis odnośnej literatury; dla przykładu wspomnę o niektórych rzadziej spotykanych przypadkach stosowania promieni ROENTGEN'a.

Autor przytacza kilka przypadków żeber szyjnych, które, uciskając sąsiednie spłoty nerwowe, były przyczyną zaburzeń czuciowych, zaników mięśniowych, a nawet choroby BASEDOW'a; tylko dzięki promieniom ROENTGEN'a zdołano rozpoznać właściwą przyczynę cierpienia i na drodze chirurgicznej usunąć ją z doskonałym wynikiem dla chorego.

W przypadku uporczywej rwy kulszowej, trwającej i leczonej bezskutecznie w ciągu paru lat, promienie ROENTGEN'a wykazały mechaniczną przyczynę cierpienia, mianowicie nieznaczny wykwit kostny (*exostosis*), uciskający nerw kulszowy.

W wielu przypadkach zaburzeń stawowych i kostnych, zwłaszcza przy władzie rdzeniowym i syringomyelii, jedynie dzięki rentgenowskim promieniom udało się dokładnie rozpoznać cierpienie; toż samo stwierdzają liczne przypadki ciał obcych i nowotworów mózgu i rdzenia.

Interesującego się daną kwestyą czytelnika odsyłamy do oryginału. Na zakończenie zaznaczyć musimy słuszność poglądu autora, że dla otrzymania prawdziwej korzyści z zastosowania promieni ROENTGEN'a potrzebną jest bardzo dokładna technika.

W niektórych przypadkach należy robić po parę, a nawet kilka zdjęć, co możliwem jest, mając do rozporządzenia przyrząd ROENTGEN'a na oddziale szpitalnym.

(*Die Röntgenstrahlen im Dienste der Neurologie. Berlin 1906*).

K. Stróżeński.

**258. W. Muehsam. Porażenie mięśni gałki ocznej po znieczuleniu rdzeniowym. H. Lang. Porażenia po znieczuleniu rdzeniowym stowainą i nowokainą.**

MUEHSAM i LANG przytaczają po dwa przypadki porażenia mięśni gałki ocznej po znieczuleniu zapomocą wstrzyknięcia do rdzenia rozczywna nowokainy lub stowainy; razem z poprzednio opisanymi liczbą podobnych przypadków dochodzi do dziesięciu.

Przypuszczenie FEILCHENFELD'a, że stowaina działa przede wszystkim na nerw odwodzący (*abducens*), nowokaina zaś na bloczkowy (*trochlearis*), nie sprawdza się, gdyż wśród opisanych przypadków nie dostrzegamy tego wyboru, dwaj zaś chorzy, spostrzegli przez LANG'a, mieli objawy porażenia kończyn dolnych. Porażenie nerwów gałki ocznej występuje w przeciągu 3 — 10 dni po operacji, osiąga szczytu zwykle w ciągu 48-u godzin, potem zaś, pozostając przez pewien czas bez zmiany, znika powoli. Wyzdrowienie zupełne nastąpiło w opisanych przypadkach w ciągu 1 — 4-ch tygodni.

Zdaniem ADAMS'a, mamy tutaj do czynienia z wylewem krwi w okolicy jądra VI pary. Większość jednak autorów uważa porażenie nerwów gałki ocznej za wynik toksycznego zapalenia nerwów obwodowych.

Dodać nakoniec wypada, że w jednym z przypadków MUEHSAM'a stowaina w drugim zaś LANG'a nowokaina nie wywołały zupełnego znieczulenia, wobec czego trzeba się było uciec do użycia chloroformu.

(*Deutsche medizinische Woch. 1906 Nr. 38*).

Henryk Goldberg.

**259. Hoffa. W sprawie leczenia gruźlicy chirurgicznej surowicą Marmorka.**

Autor stosował przeciwgruźliczą surowicę MARMORKA u 40-u chorych



w klinice, a później niejednokrotnie w sanatorium dla dzieci w Hohenlychen — z początku podskórne, a następnie w lałatywach. Szkodliwego wpływu na ogólny stan chorych Hoffa nigdy nie zauważył. Przy stosowaniu surowicy podskórnej występował niekiedy charakterystyczny odczyn surowicy w postaci pokrzywek, miejscowych nacieczeń i t. p., lecz po pewnym czasie objawy te znikwały, nie sprawiając poważniejszych dolegliwości i chorzy tacy późniejsze zastrzykiwania znosili lepiej. Przy wprowadzaniu surowicy do kiszczi prostej, zamiast zastrzykiwań, odczyn posurowiczny zupełnie nie występował. Surowica, zatrzymywana w kiszce zarówno łatwo przez dzieci, jak i przez starszych, wysysała się bardzo dobrze.

Zastrzykiwań podskórnych autor robił każdemu choremu od 19—48, przy czym do zastrzykiwań brał od 9—10 c. sz. surowicy. Ogółem chory otrzymywał od 50-u do 200-u c. sz. Po 8-u — 10-u zastrzykiwaniach następowała przerwa, trwająca 8 dni. Na 11 przypadków gruźlicy chirurgicznej, leczonej w ten sposób, autor otrzymał z wyzdrowienia, 1 znaczną poprawę, a w większości pozostałych 8-u przypadków szybką poprawę stanu ogólnego, apetytu, oraz wybitne skrócenie okresu zdrowienia w porównaniu z podobnymi przypadkami, nie leczonymi surowicą. Głębokie owrzodzenia i długo trwające przetoki goiły się szybko.

Z 18 u przypadków, gdzie surowica wprowadzona była do kiszczi prostej, z początku codziennie po 5 c. sz., później po 10 c. sz. w przeciągu 3-ch — 4-ch tygodni, — w 2-ch przypadkach Hoffa otrzymał zupełnie wyzdrowienie, w 3-ch znaczną poprawę, w 4-ch niezłą poprawę i 2 pozostały bez poprawy. W jednym z tych przypadków przetoka, istniejąca od 2-ch lat, już po 3-em zastosowaniu surowicy zamknęła się. Z 18 u przypadków, leczonych surowicą MARMORKA w Hohenlychen, autor we wszystkich stwierdził poprawę.

Wyniki leczenia surowicą przeciwgruźliczą MARMORKA, obliczone przez autora procentowo, przedstawiają się jak nast.: W 15% autor otrzymał szybkie i pewne wyliczenie, w 2% znaczną poprawę, w 36% poprawę. Hoffa jest zwolennikiem stosowania surowicy przez kiszkę prostą, gdyż metoda ta jest bardzo prosta, nie wymaga czasu, ani specjalnych zabiegów i pozwala jednocześnie wprowadzać większe ilości surowicy.

Przyjmując pod uwagę otrzymane wyniki leczenia, autor wypowiada się za jak najszerszym stosowaniem surowicy przeciwgruźliczej MARMORKA w przypadkach gruźlicy chirurgicznej.

(*Berlin. Klin. Woch.* 1906. Nr. 44).

T. Wrctowski.

---

## Wiadomości bieżące.

— Komitet pomocy koleżeńskiej dla rodzin lekarzy powołanych na Daleki Wschód<sup>1)</sup>.

Na początku lutego 1904 r. tutejszy świat lekarski dowiedział się, że do służby wojskowej na Dalekim Wschodzie z powodu wojny rosyjsko-japońskiej

---

<sup>1)</sup> Wiadomości niniejsze są obszernym wyciągiem ze sprawozdania sekretarza Komitetu, kol. RZĘTKOWSKIEGO, które odczytane zostało na Zgromadzeniu ogólnem kolegów 6-go grudnia 1906 r.



powołano kilkudziesięciu kolegów z Warszawy i z prowincyi. Wybór padł zrazu przeważnie na kolegów młodszych, których zasoby materyalne były po największej części albo żadne, albo też bardzo małe. Wyrwani ze środowiska swego zarobkowania i posłani na plac boju, gdzie czekała ich surowa służba i przyszłość ciemna, pozostawiali oni swe rodziny po największej części w bardzo ciężkiem położeniu materyalnym, nieledwie w nędzy. Zdając sobie dokładnie sprawę z tych okoliczności i chcąc przyjść z pomocą rodzinom kolegów, powołanych na plac boju, kol. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI w dniu 18 lutego 1904 roku zebrał w swem mieszkaniu grono kolegów, którym przedstawił konieczność zajęcia się losem rodzin, pozbawionych swych żywicieli i opiekunów. Projekt przyjęto sympatycznie i postanowiono niezwłocznie poruszyć tę sprawę w szerszem gronie kolegów. D. 23-go lutego 1904 r. w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem postanowiono niezwłocznie przystąpić do zorganizowania pomocy koleżeńskiej. Przyszło to tem łatwiej, że już gdzieindziej omawiano tę sprawę. Mianowicie d. 22-go lutego 1904 r. podniósł ją na posiedzeniu redakcyjnem „Gazety Lekarskiej“ kol. ADAM CIĄGLIŃSKI. Na wniosek prezesa Towarzystwa, kol. DUNINA utworzył się niezwłocznie komitet organizacyjny, do którego weszli koledzy CIĄGLIŃSKI ADAM, RZĘTKOWSKI KAZIMIERZ i SAWICKI BRONISZAW. Posypały się obficie od zgromadzonych na posiedzeniu kolegów składki i zapisy, tak że już tego wieczora zebrano sto kilkadziesiąt rubli gotówką i kilkaset rubli w zapisach. W d. 27 lutego 1904 roku kol. BRONISZAW SAWICKI zwołał do swego mieszkania liczniejsze grono kolegów celem ostatecznego zorganizowania pomocy koleżeńskiej. Na posiedzeniu tem zorganizował się ostatecznie komitet wykonawczy, do którego — prócz kolegów CIĄGLIŃSKIEGO, RZĘTKOWSKIEGO i SAWICKIEGO BR. — weszli kol. FLATAU, kol. SZWAJGER i kol. HERTZ. Na miejsce kol. HERTZA, który ustąpił, wszedł wkrótce kol. ALTKAUFER, przyczem kol. CIĄGLIŃSKI wziął na siebie obowiązki skarbnika, a kol. RZĘTKOWSKI — sekretarza komitetu.

Zgromadzeni postanowili wówczas, co następuje:

1. Odnośnie do gromadzenia funduszu w uznano za konieczne podzielić wszystkich lekarzy warszawskich na grupy płatnicze z inkasentami [z grona kolegów] dla poszczególnych grup. Ci koledzy — inkasenci dla poszczególnych grup płatniczych [takich jak np. szpitale, lecznice, domy zdrowia, komitety redakcyjne pism i t. p.] — znoszą się z członkami Komitetu, którym oddają zebrane pieniądze, otrzymując od nich odpowiednie pokwitowania. Członkowie Komitetu oddają te pieniądze skarbnikowi, który ich kwituje. Postanowiono też, że tylko lekarze mogą brać udział w pomocy koleżeńskiej.

2. Polecono Komitetowi zaagitować na prowincyi sprawę pomocy dla rodzin kolegów, powołanych na Dal, Wschód.

3. Dano Komitetowi zupełne pełnomocnictwo co do udzielania zapomóg poszczególnym rodzinom według jego uznania pod warunkiem wszakże, że rodziny te istotnie będą potrzebowały zasiłku, co przez Komitet stwierdzone i dokładnie ustalone być winno. Zapomogi te mają być wypłacane aż do czasu powrotu tych kolegów z placu boju.

4. Co do charakteru samych zapomóg postanowiono, aby zapomogi te miały charakter pożyczek koleżeńskich bezterminowych i bezprocentowych, które osoba biorąca lub jej rodzina zwróci Warszawskiej Kasie Wdów i Sierot po lekarzach.

W myśl tych wskazówek Komitet przystąpił niezwłocznie do czynności. Postanowiono udzielać zapomóg tylko takim, co do których ze strony kilku kolegów otrzymać można było zaświadczenie, że istotnie potrzebują pomocy koleżeńskiej. Niezależnie od tego uchwalono nadto szczegółowe zbieranie i notowanie dokładnych wiadomości o stanie materyalnym potrzebujących pomocy. Wogóle w sprawie kwalifikowania do zapomóg Komitet starał się być bardzo skrupulatnym, pomimo poważnych trudności, jakie się nieraz w tym względzie nastęrczały, a to w tym



celu, by nie narażać się na zarzut zbyt hojnego szafowania groszem publicznym. Dlatego też po otrzymaniu wiadomości co do danej osoby lub rodziny potrzebującej zapomogi, jeden z członków Komitetu znosił się z nią osobiście, przyczem zostawała określana wysokość zapomogi od 40-u rubli [na pojedynczą osobę] i po 10 rubli dodatku [na każde dziecko] miesięcznie. Nadto—w myśl zasady „*bis dat qui cito dat*”—Komitet postanowił, że w razach niecierpiących zwłoki każdy z poszczególnych członków Komitetu ma prawo zakwalifikować potrzebujących do zapomogi natychmiastowej tymczasowo w kwocie *maximum* 25-u rubli, którą to zapomogę skarbnik wypłaca niezwłocznie na asygnację odnośnego członka Komitetu. Ten zaś na najbliższym posiedzeniu Komitetu przedmiotowo usprawiedliwia wydaną przez siebie kwalifikację. Po odbiór zapomóg zgłaszają się do skarbnika pobierający je lub też wypłacaniem zapomóg zajmują się członkowie Komitetu, którzy pobierają od skarbnika potrzebne kwoty za pokwitowaniem w jego księdze, wypłacają osobom interesowanym za ich pokwitowaniem, te ostatnie zaś pokwitowania po okazaniu ich Komitetowi *in pleno*, zostają wręczone skarbnikowi i przez tegoż zachowane.

Dalej poruszono sprawę udziału kolegów prowincjonalnych w zabiegach Komitetu Warszawskiego. W myśl uchwał szerszego grona kolegów, na posiedzeniu d. 27.II.04 postanowiono zwrócić się do członków Tow. Lekarskich i Hygienicznych na prowincyi i wogóle do znanych Komitetowi kolegów prowincjonalnych z wezwaniem, aby zajęli się niezwłocznie tą sprawą w miarę swych potrzeb i możliwości. W ten sposób zniesiono się z Częstochową, Łodzią, Piotrkowem, Kaliszem, Lublinem, Płockiem, Łomżą, Suwałkami, Kutnem, Radomskiem, Gostyninem, Soczewką. Zwłaszcza gorący oddźwięk sprawa pomocy koleżeńskiej znalazła w Częstochowie, dzięki kol. WŁADYSŁAWOWI BIEGAŃSKIEMU. Na zapytanie, wystosowane w tej mierze przez kol. BIEGAŃSKIEGO do Komitetu Warszawskiego, w jakim stosunku mają być do siebie usiłowania kolegów częstochowskich i warszawskich, postanowiono „pozostawić prowincyi zupełną autonomię, to znaczy, że prowincya sama u siebie składki zbierać będzie, sama—prowadzić czynności kasowe, sama—wyszukiwać osoby potrzebujące i sama im wypłacać. Komitetowi zaś Warszawskiemu Komitety prowincjonalne będą w razie potrzeby komunikować: 1) sumę całkowitą zebranych pieniędzy oraz 2) nazwiska osób, korzystających z zapomóg, wraz z sumą wypłacanych im pieniędzy. Komitet Warszawski w razie potrzeby będzie pomagał w miarę możliwości materialnie innym Komitetom lub też kierował potrzebujące Komitety prowincjonalne do tych Komitetów, które rozporządzają większymi zasobami, będą mogły ze swych sum udzielać innym“. W ten sposób Komitet Warszawski, wciągając do czynności ratunkowej wszystkich kolegów prowincjonalnych, starał się uniknąć: 1) niepotrzebnej zwłoki i straty czasu w udzielaniu zapomóg rodzinom kolegów prowincjonalnych, 2) wielokrotnego przesyłania pieniędzy i pokwitowań z prowincyi do Warszawy i odwrotnie, 3) trudności w kwalifikowaniu istotnych potrzeb i zamożności osób potrzebujących, ew. zgłaszających się o pomoc. Nadto starano się zachęcić prowincję do samodzielnego działania w kierunku samopomocy koleżeńskiej masowej, do czego nie miała ona dotychczas sposobności.

Niemale trudności nastręczało Komitetowi zbieranie funduszków. Rolę inkasentów przyjęli na siebie koledzy, którzy też na początku bardzo energicznie pełnili swe obowiązki, lecz z czasem akcja zbierania funduszków zaczęła słabnąć nie tyle skutkiem zmniejszenia się energii inkasentów, ile raczej skutkiem zmniejszenia się ofiarności ogółu. Ci i owi z kolegów, pod wpływem wiadomości o tem, że niektórzy koledzy, powołani na Dal. Wschód zarabiają tam bardzo dobrze, tak iż nawet większe sumy przesyłają do Warszawy, ochłodli znacznie w akcji ratunkowej i częścią zmniejszyli składki, częścią zaś zaprzestali zupełnie wnoszenia ich. Wobec tego dochody Komitetu w drugiej połowie akcji jego znacznie zmalały. Sprawa ta była szeroko roztrząsana na drugim 26.XI.04 i trzecim 23.VI.05 Zgromadzeniu Ogólnem kolegów, należących do akcji. Mianowicie na II-em Zgromadzeniu Ogólnem od-



czytano list kolegi BIEGAŃSKIEGO z Częstochowy, w którym korespondent wyraził przekonanie, że położenie materialne lekarzy na wojnie nie jest tak złe, tak iż mogą oni robić oszczędności i pomagać rodzinom, że przeto należy zredukować do *minimum* liczbę i wysokość zapomóg, a natomiast zarezerwować większe sumy na zapomogi dla rodzin, pozostałych po kolegach, którzy zginą na wojnie. Po dyskusyi, Zgromadzenie Ogólne zdecydowało: 1) „Co się tyczy wniosku ograniczenia wsparć i zarezerwowania funduszów na czas powojenny, to zgromadzenie zgola nie podzielają zapatrywań, jakoby położenie materialne większości kolegów na placu boju było tak dobre, iżby ci mogli pomagać pozostałym tu rodzinom swoim. Do szczęśliwych wyjątków należą tacy, którzy nadsyłają stamtąd pieniądze, większość wydaje wszystko, są zaś i tacy, którym rodziny nadsyłają z Warszawy zasiłki. Wobec tego niemożliwe jest ograniczenie zapomóg wydawanych rodzinom kolegów, znajdującym się w frutnem położeniu. 2) Co się tyczy przeznaczania sum remanentowych, to jakkolwiek obecni w zupełności podzielają zdanie kol. BIEGAŃSKIEGO, to jednak o remanencie w obecnej chwili nie można jeszcze mówić wobec tego, że nadwyżka dochodów nad wydatkami, jaka teraz istnieje, może się z czasem wyczerpać, zwłaszcza, że liczba płacących składki wciąż się zmniejsza, a liczba potrzebujących — zwiększa”. W myśl powyższego Zgromadzenie Ogólne zamierzyło zwrócić się za pośrednictwem Komitetu do ogółu kolegów z następującem wezwaniem: „Zgromadzenie Ogólne kolegów w sprawie pomocy koleżeńskiej dla rodzin lekarzy, powołanych na Daleki Wschód, poleca Komitetowi, aby zwrócił się do kolegów, którzy nie przystąpili jeszcze do płacenia składek oraz do kolegów zalegających w ich wnoszeniu, aby zechcieli niezwłocznie przystąpić do organizacyi pomocy koleżeńskiej”. Nadto Zgromadzenie Ogólne kategorycznie zażądało od Komitetu, aby na najbliższem posiedzeniu ogólnem ujawnił publicznie listę nieplacących składek. Wobec tego jednak, że następne Zgromadzenie ogólne odbyło się już w tym czasie, kiedy można było spodziewać się rychłego powrotu kolegów [d. 23 VI.05], Komitet, przewidując, że pomimo znacznie słabszą ofiarności ogółu — wystarczy mu funduszów dla zadosycczynienia swym zobowiązaniom, ku wielkiemu swemu zadowoleniu nie potrzebował uciekać się do tak energicznego środka, jakim byłoby niewątpliwie ujawnienie publiczne nazwisk opieszłych płatników, zalecone Komitetowi przez II Zgromadzenie ogólne kolegów.

Na prowincyi sprawą pomocy koleżeńskiej najżywiej zajęto się w Łodzi, dzięki kol. S. STERLINGOWI i w Częstochowie — za inicjatywą kol. W. BIEGAŃSKIEGO.

W kwietniu r. 1904 na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego poruszono sprawę zorganizowania na wzór Warszawy — pomocy koleżeńskiej. Wyznaczono specjalny „Komitet pomocy dla rodzin lekarzy, powołanych na Daleki Wschód”, składający się z 3-ch osób, który  $\frac{2}{3}$  wkładów obowiązany był wypłacać lekarzom łódzkim, resztę zaś — w miarę zapotrzebowania — innym. D. 10.V.04 wydano do kolegów łódzkich odezwę, nawołującą do płacenia składek, zaś d. 20.XI.04 drugą, nawołującą do powiększenia dotychczasowych składek [do 2-ch rb. zamiast pierwotnie 1 rb. miesięcznie], zaznaczając, że „szczególny obowiązek ciąży w tej mierze na kolegach, którzy uzyskali zwolnienie od służby wojskowej”. W listopadzie r. 1904 dochody Komitetu łódzkiego wynosiły około 140 rb. miesięcznie, wydatki zaś [3 zapomogi] 100 rb. mies. W ostatnich miesiącach akcyi fundusze Komitetu Łódzkiego zmniejszyły się i Łódź zmuszona była uciec się do Warszawy po pożyczkę, której Kom. Warsz. naturalnie nie odmówił kolegom łódzkim.

W Częstochowie zbierano składki w kwietniu, maju i czerwcu r. 1904 w ilości przeciętnie 100 rb. mies., poczem przerwano zbieranie składek, w listopadzie zaś r. 1904 zaczęto je zbierać ponownie. W r. 1904 udzielono jedną zapomogę w kwocie rb. 50-u. O dalszych zabiegach kolegów częstochowskich nie posiadamy żadnych wiadomości.



W Kaliszu Komitet pomocy koleżeńskiej zorganizował się w maju r. 1904. Należało doń 53-ch kolegów.

W Radomiu zainicjowano akcję pomocy na jednym z posiedzeń Radomskiego Tow. Lekarskiego [12.XI.04]; postanowiono zbieranie składek od lekarzy i farmaceutów gub. Radomskiej.

Wreszcie należy też na tem miejscu z wielkiem uznaniem zaznaczyć, że w akcji ratunkowej przyjęli także udział koledzy z Poznańskiego, z własnej inicjatywy przesyłając za pośrednictwem kol. CZĘPAWSKIEGO kwotę [z górą rb. 300] na zasilenie funduszów Komitetu Warszawskiego, za co w swoim czasie Komitet Warszawski przesłał na ręce kol. CZĘPAWSKIEGO podziękowanie. Koledzy z Galicji nie przyjęli w akcji ratunkowej żadnego żywszego udziału.

Komitet Warszawski pomocy koleżeńskiej dla rodzin kolegów powołanych na Dal. Wschód przez cały czas swej działalności od lutego r. 1904 do ostatnich czasów odbył z górą 40 posiedzeń. Przez czas ten nadto odbyły się 3 Zgromadzenia Ogólne kolegów płatników oraz 3 posiedzenia Komisji Rewizyjnej, do której należeli koledzy: GEPNER [ojciec], JULJAN KRAMSZYK i RYCHLIŃSKI, powołani przez I Zgromadzenie Ogólne [d. 14.IV.04] oraz w charakterze zastępcy kol. A. SOKOŁOWSKI, powołany przez III Zgromadzenie Ogólne [d. 23.VI.05].

O ruchu pieniężnym daje pojęcie następujące sprawozdanie skarbnika Komitetu kol. CIĄGLIŃSKIEGO, odczytane na temże Zgromadzeniu Ogólnem.

Okres sprawozdawczy obejmuje 25 miesięcy [od 1-go marca 1904 r. do końca marca 1906]. W okresie tym z pomocy koleżeńskiej korzystało 30 rodzin lekarzy, powołanych na Daleki Wschód: 20 warszawskich i 10 z prowincji; prócz tego udzielono pożyczki Komitetowi Łódzkiemu w wysokości 200 rubli. Ogólna suma wypłaconych pożyczek 11670 rubli—w 255-u miesięcznych ratach, co przedstawia średnią wysokość zapomogi miesięcznej 45 rb. 76 kop. [Jeśli dla ścisłości wyłączyć z tego rachunku 200 rb. pożyczki dla Komitetu Łódzkiego w 2-ch miesięcznych ratach, to średnia wypadnie 45 rb. 37 kop.]. W rzeczywistości jednak w y s o k o ś ć z a p o m o g wahała się między 40 a 70 rublami. Zapomogi niższe, 25-orublowe udzielane były tylko w takich wypadkach, jeżeli dana rodzina otrzymywała część zapomogi z innego źródła [Kółka prowincjonalnego lub instytucji, w której pracowała głowa rodziny]. O k r e s korzystania z zapomogi był bardzo rozmaity: najkrótszy — 1 miesiąc, najdłuższy — 22 miesiące. Średnio—8, 4 m i e s i ę c y. Suma wybranych na rodzinę zapomóg w zależności od wysokości miesięcznych rat i długości okresu pobierania tychże wahała się w bardzo szerokich granicach od 50-u rb. do 1030-u rb. Przeciętnie wynosiła 382 rb. Z w r ó c o n o do chwili obecnej 450 rb.—mianowicie Komitet Łódzki 200 i 4 osoby 250 rb.

Prócz sumy wydanej na pożyczki, stan bierny zawiera jeszcze pozycję 86 rb. 76 k., jako koszta inkasa i poczty; nieodebrane lecz wyasygnowane 50 rb. i zwrot kol. HERTZOWI 136-u rb. Ogólna suma wynosi 11942 rb. 76 k.

S t a n c z y n n y przedstawia się, jak następuje:

Składki kolegów	13095.90
Zwrot pożyczek	450.00
Nieodebrane	50.00

razem 13595.90.

Remanent zatem przedstawia się w postaci 1653-ch rb. 14-u kop. Pieniądze wpływające, w miarę gromadzenia się, składane były w Banku Handlowym na rachunku za 5-dniowem wymówieniem. Rachunek ten, zamknięty po dzień 5 grudnia r. b., wykazuje na dobro funduszu naszego 110 rb. 65 k. uzbieranych procen-



tów, które należy dołączyć do wyżej wymienionego remanentu; w ten sposób remanent wyniesie sumę 1763 rb. 79 kop.

Wogóle w składkach przyjęło udział 422-ch kolegów, którzy zadeklarowali je w sposób następujący:

po	Rb.			Rb.
	0. 50	miesięcznie	17 kolegów	8. 50
"	1	"	166 "	166. 00
"	2	"	134 "	268 00
"	3	"	64 "	192. 00
"	4	"	1 "	4. 00
"	5	"	28 "	140. 00
"	10	"	6 "	60. 00
ze składek rocznych i półrocznych			6 kol. wypadło	18. 00
				422-ch kolegów 856. 50 k. mies.

Przeciętna miesięczna za cały okres wnoszenia składek, t. j. 19 miesięcy [od III.04 do IX.05 włącznie] wynosi 700 rb.

Na zakończenie podajemy protokół Zgromadzenia Ogólnego Członków Kasy pomocy dla rodzin lekarzy, powołanych na Daleki Wschód z d. 6-go grudnia 1906 r.

Zgromadzenie zagań dr SZWEJCER, zaznaczając, że dzisiejszem posiedzeniem Komitet kończy swą działalność i rozwiązuje się. Następnie zaproponował wybór na przewodniczącego dra St. MARKIEWICZA. Wybór przez aklamację przyjęto. Przewodniczący powołał na asesorów kol. KAMIENSKIEGO i KORZONĄ, a na sekretarza RYŁKĘ, poczem przystąpiono do porządku dziennego.

1) Sekretarz Komitetu, kol. RZĘTKOWSKI zdał sprawę z czynności Komitetu od czasu zawiązania się, do czasu obecnego rozwiązania. Komitet ten składali koledzy: CIĄGLIŃSKI, SAWICKI BR., RZĘTKOWSKI, SZWEJCER, FLATAU, HERTZ, a następnie zamiast tego ostatniego ALTKAUFER.

2) Skarbnik, kol. CIĄGLIŃSKI zdał sprawę z ruchu kasowego.

Okres sprawozdawczy obejmuje czas od marca r. 1904 do kwietnia 1906 r. Przez ten czas wpływy składek od kolegów, wraz ze zwrotem pożyczek zapomogowych [450 rb.] stanowiły 13595 rb. 90 kop., wypłaty zaś 11942 rb. 76 kop. Z tej sumy zapomogi wynosiły 11670 rb., reszta zaś wydatki administracyjne i inne. Remanent wynosi 1653 rb. 14 kop.

Na tem miejscu kol. CIĄGLIŃSKI składa serdeczne podziękowanie kolegom Poznńskim, którzy za pośrednictwem kol. CHŁAPOWSKIEGO nadesłali na ręce Komitetu 307 rb. 90 kop.

3) Kol. GEFNER [ojciec] odczytał sprawozdanie Komisji rewizyjnej, odbytej w d. 25 września 1906 r. Komisya znalazła książki kasowe w zupełnym porządku i wnosi o zatwierdzenie rachunków. Zebranie wniosek zatwierdziło.

4) Przewodniczący proponuje wniosek, aby sprawozdanie kol. sekretarza RZĘTKOWSKIEGO zostało opublikowane i podane do wiadomości szerszego ogółu lekarzy. Wniosek przyjęto, a sposób i technikę opublikowania sprawozdania pozostawiono do uznania ustępującego Komitetu.

5) Co do remanentu, to, zgodnie z wnioskiem Komitetu, nieco przez Zebranie zmodyfikowanym, uchwalono przelać do Kasy Wsparcia wdów i sierot po lekarzach i włączyć do funduszu nieruchomości Kasy Wsparć Tow. Lek. Ewentualne zwroty zapomóg mają być dołączane do tegoż funduszu nieruchomości Kasy Wsparcia Tow. Lek.



6) Co do sposobu zwrotu zapomóg do Kasy Wsparcia Tow. Lek. Zebranie uznaje:

że kwity osób, które brały zapomogi, nie mają znaczenia zobowiązań i że osoby te nie powinny być ujawniane;

że te z osób, które brały zapomogi i które zechcą dobrowolnie zwrócić na rzecz funduszu nieruchomości Kasy Wsparcia pewne sumy w charakterze zwrotu pobranych zapomóg, będą miały, na życzenie, zwrócone kwity, które wystawiły, podejmując zapomogę.

7) Co do sumy, otrzymanej od kolegów z Poznania, uchwalono, że Komitet mocen jest, po porozumieniu się z kol. CHŁAPOWSKIM, zwrócić pewną część remanentu, do użytku, wskazanego przez kol. CHŁAPOWSKIEGO.

8) Protokół niniejszego posiedzenia postanowiono rozesłać kolegom płacącym składki oraz tym lekarzom, których rodziny, ewentualnie żony, brały zapomogi.

Na tem posiedzenie ukończono.

(podpisano) Przewodniczący: *St. Markiewicz*. Sekretarz: *M. Ryłko*.

— Komisya Rewizyjna w zastosowaniu się do uchwały pierwszego Ogólnego Zebrania, dopełniła sprawdzenia sporządzonego sprawozdania rachunkowego z fundusów zapomogowych i przekonała się, że wykazane w tem sprawozdaniu dochody w sumie 13395 rb. 90 kop. i wydatki w sumie 11942 rb. 76 kop. usprawiedliwione są odpowiednimi dowodami i że stan rachunku Banku Handlowego i posiadana gotówka zgodne są z rzeczywistością.

Z tych przeto powodów Komisya Rewizyjna wnosi:

aby Ogólne Zebranie sprawozdanie, za czas od d. 6-go marca 1904 r. do d. 25-go czerwca 1906 r. sporządzone, zatwierdzić raczyło i odpowiednie pokwitowanie wraz z podziękowaniem Komitetowi Koleżeńskiemu za wzorowo prowadzoną pracę udzielić zechciało.

Warszawa, 25.VI. 1906 r.

(podpisano) *A. Sokołowski, K. Rychliński, Jul. Kramsztyk, Bolesław Gepner*.

— „Lwowski Tygodnik Lekarski“ [№ 50] donosi, iż w gronie chemików i lekarzy we Lwowie poruszono myśl uczczenia ś. p. MARCELEGO NENCKIEGO przez umieszczenie biustu jego w budynku chemii lekarskiej uniwersytetu Lwowskiego i uroczyste odsłonięcie popiersia, podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie 1907 r.

— Rada uniwersytetu Warszawskiego w myśl orzeczenia specjalnej komisji i na wniosek wydziału lekarskiego przyznała premium CHOJNACKIEGO w sumie 900 rubli kol. STANISZAWOWI GAŁECKIEMU za pracę z medycyny popularnej p. t. „Wykład o suchotach płucnych“.

— Wyszedł z druku „Kalendarz lekarski“ dra POLAKA na r. 1907. Prócz działu adresowo - informacyjnego zawiera: drobne notatki cyfrowe o rozpuszczalności przetworów, ratowanie pozornie zmarłych, otrucia, farmakologię podług wskazań, długość okresu inkubacyjnego chorób infekcyjnych, wzrost i wagę człowieka w różnych okresach życia, śmiertelność i średnią długość życia, technikę terapeutyczną, wreszcie prawie na 100-u stronicach opis środków lekarskich.



— We Frankfurcie nad Menem otwarto z zapisu wdowy SPYER'owej Instytut dla wytwarzania i badania nowych leków, które bezpośrednio działają na przyczynę i siedlisko chorób.

— Bankier paryski, BISCHOFSEIMER ofiarował milion franków na świeżo założony w Paryżu instytut badania raka.

— Wielki książę i wielka księżna badeńska z okazji swego złotego wesela przeznaczili 302000 marek na różne cele lekarsko - filantropijne. Między innymi prof. VULPIUS w Heidelbergu, dyrektor zakładu leczniczego ortopedyczno - chirurgicznego otrzymał zapis, od którego procenta [10000 marek rocznie] mają być obracane na ulgowe lub bezpłatne leczenie w tymże zakładzie.

— Suma, zapisana przez dra BARBIERI'ego [patrz G. L. str. 143] na utworzenia funduszu imienia BILLROTH'a, od którego procenta mają być udzielane jako stypendya dla uczących się w II klinice chirurgicznej w Wiedniu, wynosi, jak się obecnie pokazało, 300000 koron.

— Wdowa po prof. STORER'u w Wiedniu zapisała 125000 koron na fundusz imienia męża, i procenta od tej sumy udzielone będą na stypendya dla biednych studentów medycyny w Wiedniu.

— Zmarły w r. b. okulista prof. COHN we Wrocławiu zapisał uniwersytetowi Heideberskiemu 10000 marek z przeznaczeniem procentów od tej sumy na nagrody za prace z dziedziny okulistyki.

---

## Od Wydawcy.

---

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1907 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku bieżącym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

---

*Druk K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.*

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor, Dr Wł. Gajkiewicz.