

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. A. LANDE. KAROL DARWIN. Str. 195. II. WACŁAW MORACZEWSKI. O rozmaitych czynnościach wątroby. Str. 199. *Notatki lekarskie.* HENRYK WILCZYŃSKI. O wpływie lecytyny na miesiączkowanie. Str. 202. *Dział sprawozdawczy.* 32. LEOPÓL THUMIM. Stosunek wzajemny pomiędzy cechami płciowymi a nadnerczem. Str. 204. 33. BRUNO GLASERFELD. Ciążka nabłonkowe i stosunek ich do patogenyzy tężyczki. Str. 205. 34. OLSHO. Objętość i ciężar właściwy narządów. Str. 205. 35. H. BUSQUET. O wpływie ciepłoty zewnętrznej na cukromocz diabetyków. Str. 207. 36. H. SENATOR. O wpływie ciepłoty ciała na zawartość cukru we krwi. Str. 207. 37. K. SEIDEL. Leczenia stanów septycznych lawatywami z kolargolu. Str. 208. 38. REYMOND. Dogodności ciała w linii pośrodkowej (*linea mediana*) przy operacji zapalenia wyrostka robaczkowego. Str. 210. 39. FAYKISS. Zeszywanie tętnic. Str. 211. 40. ZEGAEKIN. Przyczynek do nauki o działaniu promieni ROENTGEN'a na nowotwory złośliwe o utkaniu raków. Str. 211. 41. BEURMAN, GOUGEROT i VAUCHER. Zapalenie sporotrichotyczne jądra i przyjędrza. Str. 211. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Posiedzenie dnia 19-go stycznia 1909 r. Str. 212. Posiedzenie dnia 26-go stycznia 1909 r. Str. 213. Posiedzenie dnia 3-go lutego 1909 r. Str. 214. *Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.* II posiedzenie naukowe dnia 29-go stycznia 1909 r. Str. 215. III posiedzenie naukowe dnia 5-go lutego 1909 r. Str. 216. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

Karol Darwin.

Napisał

A. Lande.

W roku bieżącym cały świat naukowy obchodzi setną rocznicę narodzin KAROLA DARWINA, a więc nie od rzeczy będzie w krótkości przypomnieć czytelnikom „Gazety“ o niespożytych zasługach tego genialnego męża, który stworzył w nauce nową epokę, jednając sobie zasłużone i sprawiedliwe miano KOPERNIKA czy NEWTONA biologii.

Syn lekarza, a wnuk znakomitego przyrodnika, poety i medyka, KAROL DARWIN pierwotnie miał zamiar pójść śladem swych przodków, ale, poczuwszy wstręt nieprzewyciężony do badań sekcyjnych, przerzucił się niebawem na pole studyów przyrodniczych, które go już od wczesnej młodości zaciekawiały. Pod wpływem dzieł HUMBOLDT'a zapałał chęcią zwiedzenia krajin podzwrotnikowych i dlatego postanowił w charakterze biologa uczestniczyć w podróży morskiej na żaglowcu „Beagle“, wysłanym przez rząd angielski w celach naukowych. Pięcioletnia ta wędrówka dostarczyła młodemu naturalście nieprzebranego materiału do mnóstwa ścisłych i ciekawych obserwacji z najrozmaitszych dziedzin przyrodoznawstwa, a na ich tle w młodzieńczej jego wyobraźni poczęły kiełkować pierwociny przyszłych genialnych pomysłów.

Osiadłszy na wsi wkrótce po powrocie z tej podróży, w zaciszu domowego ogniska, niezależny pod względem materyalnym, wolny od drobnych trosk codziennego życia, snuł DARWIN w dalszym ciągu wątek swych myśli; mimo wątlności zdrowia, nadwyrężonego podróżą morską, z niezmordowaną energią zajmując się pracami doświadczałnymi nad hodowlą zwierząt i roślin domowych, gromadził szybko wzrastający zasób faktów, na których fundamencie wznosił olśniewający gmach swej teoryi, ochrzczonej następnie mianem „darwinizmu“.

DARWIN dowodził zdolności przekształcania się organizmów drogą stopniowych, drobnych, nieuchwytnych czasem zbroceń indywidualnych, przekazywanych z przodków na potomstwo i coraz bardziej utrwalających się i potęgujących drogą dziedziczności. W ten sposób powstawać mogą z biegiem czasu między szczepem pierwotnym a odległym potomstwem takie różnice wybitne, jakie istnieją pomiędzy rozmaitymi gatunkami istot żyjących; nie masz więc ścisłej granicy między pojęciem gatunku a pojęciem odmiany, rasy, które uważać można poniekąd za formujące się nowe gatunki, za gatunki *in statu nascendi*. Aby wytłómaczyć sobie to zjawisko utrwalania się zbroceń, DARWIN wyraził przypuszczenie, że działa tu tak zwany przezeń dobór naturalny, coś nakształt doboru sztucznego, z takim powodzeniem stosowanego od lat wielu przez rozmaitych hodowców dla wytworzenia nowych odmian, a nawet ras bydła domowego, lub najdziwaczniejszych barw i kształtów w świecie roślinnym; polega on na tem, że do rozplódu używa się te tylko osobniki, które posiadają pożądaną dla hodowcy cechę, w najwyższym stopniu rozwiniętą. W naturze oczywiście inne czynniki odgrywają rolę. Z nieprzeliczonego mnóstwa osobników danego, przypuśćmy, gatunku, na świat się zjawiających, olbrzymia masa ginie pod wpływem rozmaitych nieprzyjaznych warunków zewnętrznych i te tylko, które dzięki pewnym swoistym a korzystnym dla siebie zbroceniom najbardziej są przystosowane do danych warunków otoczenia, mają szanse utrzymania się przy życiu, rozmnażania się, a więc i przekazywania swemu potomstwu tych właśnie znamion pożytecznych, którym same zawdzięczały swe istnienie; z nowego pokolenia znów tylko indywidua najbardziej przystosowane mają szanse przetrwania, i w ten sposób doskonalić się mogą i przeobrażać formy, odbiegając coraz bardziej od kształtów szczepu macierzystego. Przy doborze sztucznym działa wola hodowcy, tu—natura sama. Tam idzie o wytworzenie jakiejś sztucznej, pewnym potrzebom człowieka odpowiadającej rasy, tu—o wytworzenie formy, najbardziej do danych warunków bytu przystosowanej. Ale tysiące i miliony osobników giną nie tylko pod wpływem szkodliwych czynników zewnętrznych, lecz i w nieustannych zapasach pomiędzy sobą, walcząc o zdobycie środków pokarmowych dla zachowania osobistej egzystencji, lub o zdobycie samicy dla podtrzymania rodu swojego. W ten sposób powstała idea walki o byt w całej naturze ożywionej, dzięki której odbywać się ma wspomniany powyżej dobór naturalny.

A więc stopniowa ewolucya form zwierzęcych i roślinnych pod wpływem przeważnym doboru naturalnego dzięki walce o byt—oto kwintesencya teoryi DARWINA, wyłożonej głównie w znakomitem dziele „O pochodzeniu

gatunków" [1859] i opartej na kolosalnym materiale dowodowym, zebra-
nym następnie w dwutomowej księdze „O zmienności zwierząt i ro-
ślin pod wpływem udomowienia" [1868].

W ten sposób dogmat o stałości, niezmienności gatunku, którego zawzię-
cie bronił autorytet CUVIER'a i LINNEUSZA, a przeciw któremu bez powodzenia
walczyli już przedtem niektórzy badacze [BUFFON, GEOFFROY de ST. HILAIRE,
LAMARCK], został wreszcie obalony dzięki nieporównanej bystrości spostrze-
gania, umiejętnemu zestawieniu przekonujących faktów i oślepiającej przejr-
zystości i ścisłości wnioskowania, jakie w wiekopomnych swych pracach zło-
żył geniusz DARWINA. To też teoria jego sprawiła kolosalne wrażenie; wnio-
ski, jakie wysnuwał, tak żywo trafiały do przekonania ogółu, że zapanowały
w zupełności nad większością umysłów współczesnych badaczy, wyciskając
niezatarte piętno w najróżnorodniejszych gałęziach wiedzy ludzkiej. Mnóstwo
zagadnień z dziedziny biologii, socjologii, filologii, etyki i t. d. w świetle te-
oryi ewolucyjnej inne przybrało zabarwienie, wiele tradycją uświęconych po-
głądów w gruzy się rozpadało; to też nie dziwne, że prócz fanatycznych
wielbicieli znalazł darwinizm i zaciekłych wrogów, którzy często w ferworze
polemicznym niesprawiedliwie atakowali autora, przypisując mu myśli i ten-
dencye, których nie głosił, nie wyznawał. Pod tym względem najgorętszą opo-
zycyę—prawdziwą burzę wywołało dwutomowe dzieło „O pochodzeniu
człowieka i doborze płciowym" [1871], gdyż strącając „koronę
stworzenia" z tego uprzywilejowanego piedestału, na jaki wznosił ją antropo-
centryczny sposób pojmowania świata, odważyło się rozpatrywać człowieka
jako równorzędne ogniwo w olbrzymim łańcuchu istot organicznych. Kilka
dziesiątków lat wrzała bezustannie gorąca i zacięta polemika o poglądy wielkie-
go naturalisty, który, broniąc się energicznie, okazywał tak nadzwyczajny
spokój i tak bezprzykładną skromność, że nieraz rozbrajał wprost niemi najzago-
rzalszych swoich przeciwników. Z biegiem czasu opadły rozhukane fale spo-
rów namiętnych i rastał okres spokojnej i bezstronnej krytyki, ale i ta
niezawsze umiała być trafną, gdyż częstokroć zapoznawała fakt, iż w ca-
łości kształcie nauki DARWINA odróżniać należy dwie części: zasadniczą i dru-
gorzędną, a mianowicie: 1) samą ideę ewolucyi—z jednej i 2) pomysły,
mające na celu wyjaśnienie przyczyn ewolucyi z drugiej strony. Pierwsza
zasadnicza część nauki, oparta na bezspornych faktach zmienności gatunków
i zdolności dziedziczenia zбочeń, nie tylko wyszła zwycięsko z całej polemi-
ki, ale z biegiem czasu zyskiwała wciąż wzrastającą liczbę potwierdzających
jej prawdziwość dowodów, tak, iż w dobie obecnej świeci ona blaskiem bodaj
czy nie jaskrawszym, niż przy swych narodzinach; dziś nawet w sferze pisarzy
duchownych—skąd rekrutowali się najmniej może powołani, ale i najzago-
rzalsi przeciwnicy darwinizmu—odzywać się zaczynają odosobnione głosy z uzna-
niem dla teoryi rozwoju [jezuita WASMAN].

Druga natomiast część nauki DARWINA uległa pewnym przekształceniom
i uzupełnieniom, ale dodać należy, że krytyka odnośna często niedostateczną
zwracała uwagę na fakt, iż sam DARWIN we wskazanych przez siebie czynni-
kach nie widział bynajmniej alfy i omegi przyczyn, rządzących zjawiskami ewo-

lucyi, poruszając kwestye, które następni badacze uzasadnili i rozwinęli. Jakoż poglądy biologów naszego stulecia rozbiegły się pod tym względem w 3-ch głównych kierunkach:

Jedni uznają w dalszym ciągu dobór naturalny za najpotężniejszy czynnik ewolucyi—są to tak zw. neo- lub ultradarwiniści z WEISMAN'em na czele.

Drudzy utrzymują, że najważniejszym czynnikiem zmienności form organicznych są przyczyny wewnętrzne, ściśle zależne od budowy samej materii ustrojowej i tworzą mniej lub bardziej udane hipotezy o strukturze żywej zarodki; są to t. zw. intrakauzalisci z NAEGELI'm na pierwszym miejscu.

Trzecia wreszcie grupa za najkardynalniejszy czynnik rozwoju poczytuje warunki zewnętrzne w najogólniejszym znaczeniu tego słowa, a więc ciepło, światło, pokarm, używanie i nieużywanie narządów i t. d. Są to t. zw. neolamarkiści z HERTWIG'em, jako najwydatniejszym swym przedstawicielem; kierunek ten dziś najwięcej czcicieli znajduje we Francyi, gdzie kult dla LAMARCK'a z łatwych do zrozumienia powodów olbrzymio wzrasta.

Prawda niezawodnie znajduje się po środku, a jest rzeczą prawdopodobną, że przyszłe badania wykażą istnienie innych jeszcze czynników w skomplikowanej nad wyraz kwestyi powstawania świata organicznego z przyczyn naturalnych. Dalecy jesteśmy od ostatecznego zdarcia zasłon z tej tajemnicy, i nie jedno stulecie przeminie, i nie jeden geniusz w rodzaju DARWINA się zjawi, nim zagadnienie to rozstrzygnięte zostanie.

Poza ugruntowaniem teorii rozwoju i próbami jej wyjaśnienia—co stanowi najgłówniejszy tytuł do chwały DARWINA—ogłosił on kilka jeszcze cennych bardzo prac biologicznych. Wymienimy tu dzieło „O krzyżowaniu i samozapłodnieniu roślin“ [1876], gdzie dowodzi, że dla większości roślin korzystniejszym jest krzyżowanie niż samozapłodnienie i wykazuje z nieporównaną bystrością postrzegania rolę, jaką pod tym względem grają owady; głęboko pomyślaną księgę „O wyrazie uczuć u człowieka i zwierząt“, wreszcie ostatnią pracę, na rok przed śmiercią ogłoszoną, „O tworzeniu się ziemi rodzajnej wskutek działalności dżdżownic“ [1881].

DARWIN należał do nielicznego szeregu tych szczęśliwych siewców nauki, co nie tylko plenne ziarna rzucili, nie tylko byli świadkami, jak bujnie poczęły one kielkować i szybko dojrzewać, ale stali się widzami, jak one dały plon obfity i jak potężnie zasiliły kulturę całej ludzkości.

Za życia będąc prawdziwym księciem nauki, otoczony aureolą geniuszu, erę stanowiącego w dziejach wszechwiedzy, z książęcymi chowanymi zaszczytami, legł po 73-ach latach niezmordowanej i owocnej pracy w murach Opactwa Westminsterkiego obok grobów najznakomitszych mężów, jakich z łona swego wydał naród angielski.

O rozmaitych czynnościach wątroby.

Podał

Dr Wacław Moraczewski.

Życie tego wielkiego narządu nie ogranicza się do wytwarzania glikogenu z cukru, do wydzielania żółci, zmieniania barwika krwi i t. p., lecz coraz bardziej wkracza w czynności całego organizmu, prawie każdą pochłoniętą substancję zmienia, rozkłada, buduje lub niszczy. Są to czynności prawie same przez się zrozumiałe w swych najogólniejszych, powiedzmy—energetycznych zarysach. Narząd, mający taką budowę, tak rozgałęzione naczynia, wytwarzający przeto tak ogromną powierzchnię, musi nawet przy małej ruchliwości cząsteczek proces każdy wzmacniać i przyspieszać. To, co zowieśmy procesem fizyologicznym jest przecie sprawą chemiczną i fizyczną, tylko przebiegającą w warunkach szczególnych. Sprawa ta czasami daje się naśladować i choć nasze chemiczne zabiegi są na pozór bardzo różne, to przecie istota ich może jest jednaka. Przywykliśmy wielką nierozwiązaną sprawę fizyologiczną przypisywać zacierom i roi się w nauce od rozmaitych amylaz, oksydaz, kinaz i t. p. ciał, które nawet wyciągać się dają z narządów, oczyszczać, wyskokiem strącać, przechowywać—słowem, w żaden sposób nie dadzą istnienia swego zaprzeczyć. I dlaczegożby istnieć nie miały te wszystkie „klucze”—jak je nazywa OSTWALD—otwierające rozmaite zamki chemiczne. Uważałbym jednak, snując dalej to porównanie, że klucz ten sam potrafi otwierać rozmaite zamki i sądzę, że długi szereg fermentów stopi się kiedyś w jedną kulkę, że te wszystkie tak różne sprawy będą jedną tylko na rozmaitych ciałach stosowaną sprawą. Wielokrotnie zrobiliśmy już to uproszczenie, przekonawszy się np., że każdy narząd ma oksydazę, albo, że oksydaza potrafi zastąpić amylazę albo lipazę. Jesteśmy świadkami znikania z powierzchni ziemi podpuszczki i doprawdy żegnamy ją bez rozdzierającego żalu, ciesząc się nawet, że pepsyna potrafi zarówno dobrze ścinać sernik, jak potem ścięty trawic. Jeżeli w organizmie sprawom chemicznym zazwyczaj towarzyszy wytwarzanie się mniejszej lub większej liczby cząsteczek wody, to dlaczegożby ten sam przebieg nie potrafił w rozmaitych warunkach rozbić tłuszczu na glicerynę i kwas, a potem cukru trzcinowego na lewulozę i dekstrozę, albo peptonu na kilka peptydów FISCHER'a. Czynnikiem zbyt mało uwzględnianym jest naprzód skład chemiczny ciał wchodzących w grę, a potem czynniki fizyczne, jak olbrzymia powierzchnia i jej wpływy, jak zbliżenie cząsteczek do siebie na bardzo bliską odległość, jak rozcieńczenie, powiedziałbym prawie rozciąganie ciał chemicznych, aż do utraty równowagi. Ogólne prawo fizyki opiewa, że dwa ciała przyciągają się do siebie w prostym stosunku do masy, a w odwrotnym do kwadratów odległości. Przyciąganie takie jest formą energii, jest siłą, może się stać przyczyną zmiany

chemicznej. Przyciąganie to wzmaga się w miarę malenia odległości, siła więc staje się ogromną i może jako czynnik działać równie potężnie, jak pewna ilość kaloryi albo wolt. Ponieważ jednak te sfery przyciągania niedostępne są na razie naszym badaniom, pozostaje czynnik, któryśmy wyżej wymienili—skład chemiczny ciał, biorących udział w odczynie, któremu tem więcej należy poświęcić uwagi.

Jakoż w ostatnich czasach badano wpływ wątroby na wytwarzanie acetonu i kwasu aceto-octowego, nie troszcząc się o wynalezienie tej acetonazy lub oksydazy, która to sprawuje, raczej badano w jakich warunkach sprawa ta z mniejszą lub większą zachodzi łatwością. G. EMBDEN ¹⁾ dowiódł, że wątroba wytwarza nie tylko kwas aceto-octowy i β -oksymasłowy z kwasów tłuszczowych, ale równocześnie spalać może aceton. Doskonały znawca cukrzycy H. Chr. GEELMUYDEN ²⁾ wykazał, że wątroba ludzi zmarłych na cukrzycę ma znacznie mniej acetonu niż inne narządy. Różnica ta polega na własności wątroby spalania acetonu, własności, która nawet w ustroju chorym się utrzymuje. Przenosząc te spostrzeżenia na organizm normalny, wnioskuje GEELMUYDEN, że w normalnym ustroju tem bardziej aceton ulega zniszczeniu i że w tych wypadkach, w których niespalony aceton w moczu wykazać się daje, muszą czynności wątroby być upośledzone. Z tłuszczów wytwarza wątroba i kwas β wodano-masłowy i kwas aceto-octowy, oba te kwasy w części niszczy, w części rozkłada na aceton, który potem ulega spalaniu albo w razie niedostatecznej czynności krąży we krwi. Nie będziemy się zastanawiali nad tem, czy wytwarzanie i niszczenie tej samej substancji w wątrobie korzystne jest lub celowe. Dawno pożegnaliśmy te idylliczne zapatrywania, wedle których ustrój pracował racjonalnie. Wiemy teraz, że ustrój odpowiada na pewne zjawiska innymi zjawiskami i wystarcza nam zupełnie ten brak idealu. Otóż sprawa acetonu nabiera dlatego doniosłości, że jest jakby przykładem zupełnie podobnych spraw w wątrobie, że jest typem takiej sprawy, która w danym wypadku dotyczy acetonu, w innym kwasu szczawiowego albo indykanu. I nic więcej nadto. Zależność, o której GEELMUYDEN wspomina, obowiązuje nie tylko aceton, ale dotyczy w równej mierze tłuszczów, białka i węglowodanów, całej przemiany materji.

Wątroba jest centralnym organem przemiany materji, mówi G. ROSENFELD ³⁾, wątroba zależnie od jakości pożywienia może spalać tłuszcze albo je zatrzymywać i prawdopodobnie te same warunki sprawiają, że aceton bywa spalany lub niespalany. Dochodzimy tedy do tej zawsze tak pożądanej jednolitości sprawy, do jednego typu sprawy, przy której wszystkie odpadki przemiany materji spalane bywają, albo przy której spalanie to odbywa się niekompletnie. Jakże to są warunki?

W wymienionej wyżej pracy ROSENFELD'a spotykamy doświadczenia, przy

¹⁾ G. EMBDEN. HOFMEISTERS Beiträge, t. 8, str. 129, t. 12, str. 304—348.

²⁾ H. Chr. GEELMUYDEN. HOPPE SEYLER'S Zeitsch. f. phys. Chem., t. 58, str. 255.

³⁾ G. ROSENFELD. Berl. klin. Woch. 1903, str. 764, 876.

których można zapomocą cukru uchronić wątrobę od zatłuszczenia, wynikającego przy wyczerpaniu organizmu. Jeżeli wygłodzonemu zwierzęciu wstrzyknąć florydzyne i doprowadzić do wydzielenia cukru, to po kilku dniach doświadczeń znajdujemy otłuszczenie wątroby. ROSENFELD tłumaczy to niedopaleniem się tłuszczów ¹⁾. Jeżeli w czasie tychże doświadczeń zastrzykniemy roztwór cukru pod skórę, to cukier się spali, nie wydzieli i nie uchroni wątroby przed zatłuszczeniem, a glikogenu w wątrobie nie zbuduje. Jeżeli cukier damy przez przewód pokarmowy, to cukru więcej się wydzieli, glikogen stworzy i od zatłuszczenia ochroni. Podobnie działa gliceryna i gliceryna jak i cukier potrafią wątrobę od zatłuszczenia uchronić, potrafią dalej aceton zniszczyć chociażby dawane pod skórę, t. j. „anhepatycznie“ jak się ROSENFELD wyraża, chociażby tworzyły mniej glikogenu w wątrobie. Zatem dodanie cukru w jakiegokolwiek drodze zmienia na tyle przemianę materii w wątrobie, że narząd ten potrafi znowu spełniać swe zadanie, t. j. spalać aceton, tłuszcz i t. p. Z chwilą kiedy mu pożywienia nie damy, kiedy go pozbawimy możliwości tworzenia glikogenu, wtedy i możliwość spalania acetonu ustaje. Wszystkie sprawy, które doprowadzają do wydzielania acetonu, gorączki, głód, zatrucia i t. p. można naprawić dodaniem cukru, albo raczej stwarzaniem warunków, w których wątroba może budować glikogen. Budowanie glikogenu jest jakby warunkiem spalania tłuszczu i wszelkich produktów rozkładu. Budowanie glikogenu jest jakby dowodem zdrowia i dzielności narządu. W tych samych warunkach pomyślnych odbywa się spalanie azotu i z chwilą, kiedy glikogenu wątroba nie buduje i spalanie azotu ulega zmianie, staje się to, co spotykamy przy wykluczeniu wątroby.

ROSENFELD tłumaczy w ten sam sposób raptowne „zatrzymanie“ azotu, a raczej brak wydzielania, które spotykamy w cukrzycy. Coraz częściej spostrzegamy braki w wydzielaniu azotu i byłoby naiwnością twierdzić, że wtedy właśnie następuje przyrost organizmu, byłoby naiwnością mnożyć wtedy zatrzymany azot przez 6.25 i przeliczać go za białko. Przeciwnie sprawy takie świadczą o wielkiem niedomaganiu ustroju i zawsze tam spotykane bywają, gdzie grozi zatłuszczenie [anemia, białaczka, choroby wątroby]. Nawet obniżanie ilości azotu przez dodanie węglowodanów lub tłuszczu, tłumaczyłoby można według ROSENFELD'a przeładowaniem wątroby tłuszczem lub glikogolem i upośledzeniem jej czynności ²⁾.

Widzimy zatem, że normalny przebieg spraw w wątrobie spełnia rozmaite choć jednego typu czynności i spełnia w tych warunkach, w których czynności te wszystkie w pewnych granicach przebiegają. Skoro jedna ze spraw

¹⁾ ROSENFELD wszelkie otłuszczenie narządów tłumaczy zbieraniem się tłuszczów, a nie zwyrodnieniem.

²⁾ Oczywiście takie przeładowanie różni się zasadniczo od głodu wątroby, ale skoro czynnością wątroby jest spalanie tłuszczów i budowa glikogenu, to możemy sobie łatwo wyobrazić, że w warunkach np. wielkiego nadmiaru tłuszczu upośledzone bywają sprawy spalania acetonu. Stąd to wielokrotnie spostrzegane wzmaganie się acetonu i zależność od tłuszczu.

ustaje, zmieniają się albo może ustają i inne, jakby świadcząc o tem, że tworzyła je ta sama siła, a nie jakiś specjalny ferment.

Jeżeli dalej uwzględnimy, że to, co sprawia wątroba, sprawiają w mniejszym stopniu wszelkie organy: mięśnie, nerki, śledziona, to zapatrywanie nasze na przeróbkę materji w ustroju tem bardziej stanie się harmonijnem i jednolitem.

NOTATKI LEKARSKIE.

O wpływie lecytyny na miesiączkowanie.

Podał

Dr Henryk Wilczyński [Zakopane].

O przypadkach spostrzeganych przeze mnie odważam się pisać w przypuszczeniu, iż lekarze, posiadający odpowiedni i znaczny materyał, w dalszym ciągu kwestję wpływu lecytyny na miesiączkowanie wyświecić zechcą. O ile moja pamięć sięga, nie czytałem i nie słyszałem, by w stosunkowo nieznacznej literaturze o licytynie, jako czynniku fizyologicznym, ta właśnie kwestya poruszana była.

Lecytyna uważana jest jako *stimulans*. Widziano, iż kijanki w słoju z dodaną lecytiną rosły znacznie szybciej. Szkoła francuska z BOUCHARD'em na czele, opierając się jużto na doświadczeniu, już też na spostrzeganiu klinicznym i przyrodoznawczem, wywnioskowała, iż lecytyna w ustroju [mięśnie, białe ciała, gruczoły i t. d.] w dalszym ciągu swojej przemiany, zwłaszcza przy ruchu, rozkłada się i daje jedną ze składowych części—cholinę. Ta zaś ma wzmacniać czynność gruczołów [ślinienie u goniących psów, wzmoczenie łaknienia po przechadzce, wogóle ulepszone trawienie i t. d.]

Zważywszy, iż zwierzęta w okresach rui również „gonią”, przypuszczać by można, że i tu prócz innych momentów, ta sama cholina działa podniecająco na sekrecję gruczołów nasiennych, zarówno samczych, jak i samicznych.

Jeśli tak, to może w fakcie tym znalazłoby się jakie wyttómaczenie spostrzeżenia, o którym niżej, tem bardziej iż biologiczno-chemiczne badanie w wszystkich czasach t. zw. lipoidów, a więc i lecytyny, wykazuje, iż należą one do ciał, zwanych fermentami, te zaś, nawet w nieznacznych ilościach mogą mieć doniosłe znaczenie w powstawaniu bliżej nieznanych jeszcze zjawisk fizyologicznych i patologicznych.

Po raz pierwsz d próbowałem zastosować przetwór hemoglobinowy w połączeniu z lecytiną (jako *stimulans*) w przypadku niedokrwistości. W przypadku tym zmniejszanie się odsetki hemoglobiny ustało, pomimo że chory prowadził tryb życia raczej coraz bardziej wyczerpujący.

To zachęciło mię do dalszych prób, które bardzo często wypadaly ko-
rzystnie.

W r. 1905 także z powodu niedokrwistości i neurastenii, poleciłem pani K. K. [mężatka, lat 32] ten sam przetw6r. Przy widzeniu się w miesiąc póź-
niej byłem pytany, czy przetw6r ten nie zawierał srodka wstrzymujacego mie-
siaczkowanie, gdyż chora przez cale swe, jak pamięta, życie miewala miesiacz-
kę co 3 tygodnie, tym zaś razem wystąpiła z końcem 4-go tygodnia. Poronie-
nie wykluczone, zarówno jak i inne bodźce natury moralnej i fizycznej.

W r. 1907 leczyłem młodą pannę St. K. l. 17 (*phthisis incipiens*, Hmg 60%,
nervositas), pozostającą i dziś na mej opiece. Chora od 2-u lat miesiaczkowala
co 2 tyg. przez 5 dni obficie, pomimo że podczas miesiaczki lezala w ł6zku.
Molimina menstrualia objawialy się jako psychiczne kapryśne podniecenia. Przy
terapii dostawala lecytynę z hemoglobina. Po 6-u tygodniach Hmg 93%, po
dwu miesiacach miesiaczka przeszla do typu 3-tygodniowego, a nasłapnie do
typu 4-tyg., a raz jeden zdarzulo się, iż miesiaczka wystąpiła na 32-gi dzień,
po ciężkich bolach głowy z uczuciem przyplywu krwi do niej, to znaczy przy
zwiększeniu *moliminum menstr.*

Te dwa przypadki zniewolily mię do dalszych prób. Jednak miejsco-
wość i rodzaj chorych, jacy tu przebywaja, stoją na przeszkodzie do kry-
tycznej a bezstronnej oceny wynik6w tych prób. Po pierwsze—wysokość
[90) m.] miejscowości i tryb życia beczynny o obfitem jadłe i ustawicznem
„weranlowaniu“ mogą wpłynąć i na wzrastanie hemoglobiny i na zmianę typu
miesiaczki. Chorych, któreby w czasie podawania lecytyny pozostawaly *in*
conditionibus caeteris paribus quoad modum vivendi—prawie brak. Dlatego też
w dalszym ciągu przedstawię tylko kilka przypadk6w, dla mego przypuszcze-
nia cenniejszych.

1) W. R., lat 34. Zamężna od pół roku. Miesiaczkowanie od 3-ch lat
co 2 tyg. niezmiernie bolesne, bardzo obfite. Ustawiczne zażywanie podczas
miesiaczki kropel *Hydrast. Canad.* i czopk6w z belladoną. Po ślubie utraty krwi
jeszcze większe, bolesność trwająca tygodnie. W przypuszczeniu *endometritidis*
poprzednik m6j wykonał *abrasio uteri; effectus 0.* Z powodu wystąpienia zmian
szczytowych wystanie do Zakopanego. Po zgłoszeniu się chorej do mnie za-
leciłem jej wypoczynek, unikanie trzясącego ruchu, dyetę pożywną, a wobec *ob-*
stipationis spasticae—*t-ram Valerianae, t-ram Belladonae aa* na noc po 10—15 kro-
pel [później 15—20] i 3 pastylki reguliny. Zaparcie stolca zmniejszyło się, a mie-
siaczkowanie bez zmian w ciągu 6 u tygodni. 3 razy bolesne, ostatnio aż do
płaczu [osoba inteligentna, spokojna i cierpliwa]. Podałem wtedy lecytynę 3 ra-
zy dziennie po 0.05 w pigułkach *cum Ferro carbon.* Miesiaczka pierwsza po 3-ch
tygodniach mało bolesna, obfita [kolega ginekolog, proszony o badanie, stwier-
dził *myomata subserosa parva*]; następnie zu6w po 3-ch tygodniach bezbolesna,
a mniej obfita, z powodu może zwiększonej na ten raz dawki *Hydrast. Canad.*
Parke et Davis. Ponieważ do tego czasu nastąpiła w płucach znaczna poprawa,
chora wr6ciła do domu, a w razie pogorszenia miała się listownie do mnie
zwr6cić, czego dotychczas nie uczyniła. Przez znajomych wiem, iż ma się do-
brze. Jako pow6d bolesności i obfitości niezwyklej należy w danym przy-
padku przyjąć *myomata*, zmianę zaś typu 2 tyg. na 3 tyg. należy przypisać le-
cytynie, gdyż procent hemoglobiny podczas kuracyi nie uległ zmianie.

2) S. M., lat 23. Mężatka. Jako panna miesiaczkowala co 4 tygodnie,
jako mężatka [liczne poronienia, 1 ciężki por6d, *laceratio cervicis, ectropion la-*
biū, endometritis chr. cervicalis, consecut. fluor albus] co 3 tyg. Po 2.5 lecytyny,
wyższej w ciągu 10-u dni, miesiaczka co 4 tygodnie, a procent hemoglobiny
z 85-u podni6sł się na 103.

3) J. N. Mężatka, lat 30. Zwykle miesiaczkuje co 4 tygodnie. Od 9-u
miesięcy wybitna niedokrwistość, osłabienie, *palpitatio cordis, obstipatio, miestä-*

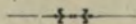
czkowanie co 2 tygodnie, 7—9 dni. Kąpiele morskie, brane przed 6-u tygodniami bez skutku, raczej pogorszenie. Wyjazd do Zakopanego. 29. X. 1908 zgłosiła się do mnie. *Genitalia* w porządku. Leczenie: Lecytyna z hemoglobina, w ciągu dni 10-u *t-ra Belladonnae + Regulin*. Miesiączkowanie od razu wróciło do dawnego typu 4-tygodniowego i utrzymało się do dzisiejszego dnia.

4) A. D., lat 15. Miesiączka co 4 tyg. *Adipositas*, Hmg. 83^o/₁₀₀. *Otitis media chronic. post scarlatinam*. Jeden z lekarzy otyatrów skierował chorą do Zakopanego (*otitis tbc.?*) i polecił zażywać *Lecithin-Perdynamin*. Chora po przybyciu [grudzień 1908 r.], zgłosiła się do mnie. Po zażyciu 1-ej butelki poleconego środka w ciągu 3-ch tygodni miesiączka wystąpiła z 2 tygodniowym opóźnieniem.

Przedstawione fakty mają o tyle przekonywające znaczenie, iż chore były obserwowane ściśle, gdyż leczyły się w pensjonacie, w którym sam mieszkałem. Dalej, inne, uboczne możliwe wpływy są wykluczone, tem bardziej, iż próby były robione po zaaklimatyzowaniu się, kiedy mijał 1 miesiąc lub więcej.

Podawanie lecytyny nie jest obojętne. Niektóre chore wykazują podniecenie lub niepokój; a w kilku przypadkach, zwłaszcza tam, gdzie chore miały zmiany gruźlicze w płucach, zauważyłem u chorych z ciepłotą, dotąd normalną, wzniesienie jej, co prawda przejściowe, nawet o 0.5° C. Nakazuje to bądź co-bądź pewną oględność w podawaniu omawianego środka. Sam stosowałem lecytynę w rozmaitych ilościach, od 0.1 do 0.3 *pro die, in substantia* w pigułkach, lub jako przetwór *Lecithin-Perdynamin*.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



32. Leopold Thumin. Stosunek wzajemny pomiędzy cechami płciowymi a nadnerczem.

Badanie na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne wykazały stosunek pomiędzy gruczołem zarodkowym a typowym, tak zwanym gruczołem naczyń krwionośnych, przydatkiem mózgowym (*hypophysis*). Oprócz przydatka, stosunek taki zachodzi i pomiędzy gruczołami z „wydzielaniem wewnętrznym“, w pierwszym szeregu gruczołem tarczowym i nadnerczem a gruczołami zarodkowymi—jądrami i jajnikami. Bossi zaleca leczenie przetworami nadnercza osteomalacyi, autor spostrzegał również ich wpływ pomyślny na kobiety w okresie ciąży i pokwitania t. j. przy wypadnięciu czynności jajnika, obrzmieniu gruczołu tarczowego. Theodossieff widział przerost nadnerczy po usunięciu jajników [u suk]. Nadzwyczaj ciekawy stosunek widzimy przy zbożeniach w rozwoju narządu płciowego pod postacią rzekomego obojnactwa; w zestawieniu Neugebauer'a, obejmującym całą literaturę, w 13-u przypadkach znajdowano u tych osobników niekiedy kolosalny przerost nadnerczy, przerost nadnerczy dodatkowych, leżących w okolicy samych nadnerczy lub umieszczonych w tkance nerkowej [guzy Grawitz'a]. Wszystkie powyższe osobniki są kobietami, t. j. posiadają jajniki i pomimo posiadania gruczołu krokowego, pęcherzyka nasiennego lub też innych cech płciowych męskich, należą do kobiecych obojnaków rzekomych. Autor wreszcie przytacza przypadek z kliniki Landau'a. U 17-letniej dziewczyny z zanikiem jajników, a zresztą

z zupełnie normalnie rozwiniętymi narządami płciowymi po nagłym zatrzymaniu się miesiączki zjawiała się wtórna męska cecha płciowa w postaci obfitego zarostu na brodzie i męskiego owłosienia reszty ciała. Dziewczyna wkrótce umarła z powodu zakażenia po zastrzale (*panaritium*). Badanie pośmiertne potwierdziło stan narządów płciowych, a przytem wykazało umiarkowane powiększenie gruczołu tarczowego, kolosalny przerost tkanki nadnercza lewego przykrywającej górną połowę nerki, mniejszy przerost prawego nadnercza. Przerosty te, sądząc z ich rozwoju, mogą w zupełności odpowiadać chwili przerwania miesiączki. Chociaż przypadek ten nie daje pełnego wyjaśnienia wewnątrznej współzależności wszystkich tych spraw, jednakże autor widzi w nim bardzo ciekawy przyczynek do zajmującej nas kwestyi.

(Berlin, klin. Wochenschrift, 1909, Nr 3).

Wł. Staniszeowski.

33. Bruno Glaserfeld. Ciałka nabłonkowe i stosunek ich do patogenezy tężyczki.

W r. 1880 SANDSTRÖM odkrył na szyi zwierząt ssących i człowieka w pobliżu gruczołu tarczowego twory swoiste, które nazwał gruczołami przytarczowymi; KOH poddawszy je badaniu histologicznemu, nadał im nazwę: „ciałka nabłonkowe“ (*Epithelkörperchen*). U człowieka leżą one swobodnie bezpośrednio przy tylnej powierzchni gruczołu tarczowego i dolnej połowie jego płatów bocznych. Są to twory okrągłe lub spłaszczone, średnicy 3—15-u mm., grubości około 2-u mm., zazwyczaj parzyste, po dwa z każdej strony.

Stuczne ich wyłuszczenie u zwierząt [psa, małpy, kota i t. d.] przy starannem zachowaniu gruczołu tarczowego sprowadza kończącą się śmiertelnie tężyczkę; usunięcie gruczołu tarczowego z zachowaniem całkowitem ciałek nabłonkowych nigdy podobnych objawów nie powoduje, a częściowe wycięcie wspomnianych ciałek wywołuje krótkotrwałą i lekką tężyczkę. Klinika potwierdza dane doświadczalne. Tężyczkę obserwujemy u ludzi przy częściowej strumektomii, a mianowicie gdy zostawiamy płat środkowy i górną część płatów bocznych wola, natomiast nie pojawia się ona, gdy dolna część wola zostanie zachowana. Dziś więc wolno mówić tylko o *tetania parathyreopriva*.

Tężyczka nie jest nozologicznie wyraźną jednostką chorobną, ale zbiorem objawów, mogących występować z rozmaitych przyczyn: nie tylko przy operacji na wolu, ale przy pewnych cierpieniach zawodowych, przy ostrych chorobach zakaźnych, w ciąży, w chronicznych chorobach żołądka i we wczesnem dzieciństwie. Według dzisiejszych poglądów należy ona zawsze od wadliwego funkcjonowania ciał nabłonkowych wskutek zaburzeń czynnościowych, czy też przelotnych albo trwalszych zmian anatomicznych, jak np. krwawienia [badania pośmiertne osesków zmarłych przy objawach tężyczki], sprawy zapalne, przerost i t. p.

Należy zwrócić baczną uwagę na zmiany troficzne [obrzęki, choroby włosów, paznogci] w przebiegu tężyczki ludzkiej, które występują też i w doświadczeniach nad zwierzętami. Oczyniono też próby terapeutyczne z produktami gruczołów przytarczowych [wysuszone gruczoły wola] i osiągnano wyniki pomyślne, ale nie przy tężyczce dziecięcej.

(Berlin, kl. Woch. 1909, Nr. 3).

A. Lande.

34. Olsho. Objętość i ciężar właściwy narządów.

Podawane na sekcjach wymiary narządów wewnętrznych nie dają określonego pojęcia o ich rzeczywistej wielkości. Takie wyrażenia, jak: narząd

jest powiększony, duży, bardzo duży, są nieściśle, nienaukowe. Najwłaściwszem byłoby oznaczenie ciężaru właściwego przez zanurzenie narządów w wodzie i ważenie. Ciężar narządu [w gramach], podzielony przez liczbę centymetrów wypchniętej przez dany narząd wody, da nam jego ciężar właściwy. Ciężar właściwy narządów określił L. VERVOECK [Belgia] i ogłosił swoje wyniki w r. 1901. Metoda, której on używał, wymaga dwu ważeń: w wodzie i bez wody. V. opierał się na rozpoznaniu klinicznem i nie określił ciężaru właściwego płuc.

OLSHO wykonał w pracowni szpitala kolegium lekarskiego JEFFERSEN'a w Filadelfii badania narządów ze stu autopsyi. Podaję w skróceniu wyniki jego badań.

1. Ciężar właściwy normalnego serca wynosił przeciętnie 1029, chociaż różnice indywidualnie wahały się od 939 do 1152. W każdym przypadku odskakującym znacznie od podanej normy przeciętnej, autor radzi przeprowadzić badanie histologiczne. W przewlekłym zapaleniu mięśnia sercowego [20 przyp.] ciężar właściwy wynosił 1003 [najniższy 833, najwyższy 1083]. Serce przerosłe i rozszerzone ważyło 1037 [31 przyp.], prosty przerost [13 przyp.]—1032. Zwyródnienie tłuszczowe—1025 nacieczenie tłuszczowe—1061.

2. Nerka normalna waży średnio 1098 [1000—1190] *Nephritis acuta diffusa* [20 nerek]—1072, *nephritis parenchymatosa chronica* [103 nerek]—1049, *nephritis interstitialis chron.* [58 nerek]—1053.

3. Wątroba normalna [11 przyp.] waży przeciętnie 1057 [1029—1088]. Nacieczenie tłuszczowe [21 przyp.]—1028 [720—1093], marskość [7 przypadków]—1056 [1029—1069], wątroba zastoinowa—1077 [973—1100].

4. Śledziona bez widocznych zmian waży średnio 1048 [33 przyp.] *splenitis acuta* [19 przyp.]—1110, *splenitis chronica* [28 przyp.]—1135, *amyloid* [3 przyp.]—1027.

5. Płuca. Opisana wyżej metoda tu daje najlepsze wyniki dla porównania dwu narządów, co autor ilustruje na przykładzie:

Przyp. 38. Zmarły lat 36. Prawe płuco: waga 460, objętość—850 [w centymetrach wody], ciężar właściwy 541—*tuberculosis caseosa chronica*. Lewe płuco: waga 780, objętość 770, ciężar właściwy 1013—*tuberculosis caseosa chron. et atelectasis lobi infer.*

Widocznem jest z tego, że płuco prawe było czynne: mniejsza waga, większa pojemność, niższy ciężar właściwy.

Przyp. 53. Zmarły 57-letni. Prawe płuco: waga 560, objętość 580, ciężar właściwy 965—*emphysema, congestio, tuberculosis sanata*. Lewe płuco: ciężar 190, waga—180, ciężar właściwy—1055—*atelectasis*. Żaden opis nie może dać lepszego pojęcia o stanie płuc w danym przypadku. I wogóle co się tyczy płuc, porównanie wagi, objętości i ciężaru właściwego obu narządów daje najlepsze pojęcie o stanie ich tkanki czynnej.

Autor wprowadza ze swych badań następujące wnioski ogólne:

- 1) Zwyródnienie mięszone obniża ciężar właściwy narządów proporcjonalnie do stopnia zmian mięsowych.
- 2) Włókniste zmiany, zmniejszając objętość narządu, podnoszą jego ciężar właściwy proporcjonalnie do tych zmian.
- 3) Powyższe wnioski stosują się wogóle do wszystkich narządów, ale najściślej do płuc.

(*Proceedings of the pathological Society of Philadelphia, 1898, listopad.*)

A. Puławski.

35. H. Busquet. O wpływie ciepłoty zewnętrznej na cukromocz diabetyków.

Już CLAUDE BERNARD starał się wyjaśnić doświadczalnie na świnkach morskich wpływ nadmiernego oziębiania, bądź ogrzewania ciała na czynność glikogeniczną wątroby. U ludzi badania analogiczne prowadził LUETHJE i stwierdził, że cukromocz diabetyków, których pozostawiano w ciepłocie 30°, zmniejszał się znacznie. Doświadczenia autora dotyczyły trzech chorych, których kolejno pozostawiano w ciągu doby w ciepłocie 11°, następnie zaś 20°. Okazało się, że w tej ostatniej ciepłocie ilość cukru wydzielanego z moczem była mniejszą o 6—8-u grm. na dobę, niż w ciepłocie 11°.

Jeżeli tłómaczyć zjawisko powyższe z punktu widzenia patologii ogólnej moczówki cukrowej, to stwierdzić wypada, że nie godzi się z niem ani teorya zmniejszonego spalania cukru, broniona przez BENGE JONES'a, NAUNYN'a i innych, ani teorya SEEGEN'a „zmniejszonego zatrzymywania cukru w wątrobie“.

W myśl pierwszej należałoby oczekiwać, że w wyższej ciepłocie cukromocz raczej się zwiększy wskutek osłabienia spraw spalania w ustroju. Z drugiej strony nie mamy żadnych podstaw do mniemania, że podniesiona ciepłota zewnętrzna wpływa na lepsze zatrzymywanie glikogenu w wątrobie. Natomiast tłómaczyłyby spostrzeżenia powyższe w sposób zadowalający teorya BERNARD'a wzmózonej glikogenicznej czynności wątroby. Należy przypuszczać, że niższa ciepłota zewnętrzna pobudza rdzeniowy ośrodek CHAUVEAU, regulujący wytwarzanie cukru w ustroju, i zwiększa drogą odruchową czynność wydzielniczą wątroby.

Dodać należy, że doświadczenia powyższe dają podstawę teoryczną empirycznie od dawna stwierdzonemu faktowi, że diabetycy znoszą lepiej wyższą ciepłotę zewnętrzną i że niska ciepłota wpływa na nich raczej niepomysłnie.

(*Presse Médicale* 1909, Nr. 3).

Al. Racinowski.

36. H. Senator. O wpływie ciepłoty ciała na zawartość cukru we krwi.

Autor wiąże badanie swoje z twierdzeniem LUETHJE'go i innych, że niska ciepłota zewnętrzna zwiększa cukromocz u psów z wyciętą trzustką, oraz podnosi zawartość cukru we krwi psów zdrowych. Zarówno w badaniach odnośnych LUETHJE'go, jak w doświadczeniach tych autorów, którzy mu zaprzeczyli, nie uwzględniano zupełnie zachowania się ciepłoty ciała zwierząt doświadczalnych, jakkolwiek wahania ciepłoty zewnętrznej w doświadczeniach tych [od 0° do 30°] mogły przekraczać zdolność termoregulacyjną ustrojów zwierzęcych. Z drugiej strony wiadomości nasze o wpływie ciepłoty ciała na przemianę cukru w ustroju są skąpe i dotąd sprzeczne. W moczówce cukrowej jedni znajdowali zwiększenie cukromoczu podczas gorączki, inni, przeciwnie, zmniejszenie. Według paru autorów, hipertermia powodować ma dużą skłonność do glikozuryi trawiennej. NOORDEN w zapaleniu płuc, HOLLINGER i w innych zakażeniach stwierdzali zwiększoną zawartość cukru we krwi. Zapasy glikogenu w ustroju podczas gorączki mają się zmniejszać.

W badaniach autora chodziło o stwierdzenie, jaki wpływ na zawartość cukru we krwi mają podniesienia ciepłoty ciała samoistne [nie wywołane przez zakażenie, przez wzmózoną pracę mięśniową lub wzmózony dowóz węglowodanów].

Podniesienie takiej ciepłoty, dochodzące powyżej 41°, wywoływano: 1) przez utrzymywanie zwierząt [królików] w ciągu 6-u do 7-u godzin w szafkach ogrzanych do 25°—35°, 2) przez nakłucie ośrodków termicznych według SACHS-ARONSOHN'a.

Na kilka dni przed doświadczeniem oraz po wywołaniu podniesienia ciepłoty, metodą miareczkową KNAPP'a, określono zawartość cukru we krwi, wziętej z *carotis*.

W obu seryach doświadczeń stwierdzono przytem zwiększenie się zawartości, dochodzące, jak przy nakłuciu SACHS-ARONSOHN'a, do 30% w stosunku do ilości poprzedniej. Taki rezultat doświadczeń autor tłumaczy zmniejszeniem zapasów glikogenu w ustroju oraz być może wzmocnieniem podczas gorączki rozszczepianiem substancji białkowych.

Różnorodność wyników, jaką otrzymywano w badaniach krwi na zawartość cukru u chorych gorączkujących, niezawodnie ma źródło swe w tem, że do wpływu podniesionej ciepłoty dołączał się tu jeszcze wpływ zakażenia ustroju, działający nieraz w przeciwnym, niż ciepłota, kierunku.

Zasługuje na uwagę fakt, że mimo wszelkiej hiperglikemii [do 2,8‰], jaką spostrzegano w niektórych chorobach zakaźnych, mogło jednak nie być cukromoczu. Tłumaczyć to należy wraz z NOORDEN'em w ten tylko sposób, że nerki w chorobach zakaźnych zwiększają swą nieprzepuszczalność dla cukru, tak samo, jak dla chlorków lub dla wapnia.

(*Zeitschrift f. klin. Medizin*, 1909, t. 67, z. 4).

W. St.

37. K. Seidel. Leczenie stanów septycznych lawatywami z kolargolu.

Pierwszym sposobem stosowania kolargolu, były, jak wiadomo, wcierania maści kolargolowej, które jednak z łatwo zrozumiałych powodów nadają się głównie do przypadków lżejszych i średnio ciężkich, o przebiegu przewlekłym lub podchrońicznym. W przypadkach ciężkich uznano użyteczność wewnątrzżylnych wstrzyknięć kolargolu po 3 do 10-u ctm. sz. 2‰-wego roztworu, powtarzanych w miarę potrzeby mniej lub więcej często. Ta nieszkodliwa i w wielu razach arcykuteczna metoda ma dwie głównie ujemne strony: przedewszystkiem niezawsze bywa łatwo trafić w żyłę, zwłaszcza u osób bardzo wyniszczonych, podskórne zaś wstrzyknięcie większej ilości kolargolu może prowadzić do nekrozy; powtóre, lekarz spotyka się tu często z nieprzewyciężonym oporem ze strony samego chorego i jego rodziny, szczególnie przy zwykłej konieczności powtarzania tych wstrzyknięć. Wobec tego w ostatnich czasach zwracano się coraz częściej do lawaty w kolargolu w tych, które — rozumując *a priori* przez analogię z działaniem innych wlewań leczniczych — powinnyby przy stosownem dawkowaniu działać nie wiele gorzej od wstrzyknięć wewnątrzżylnych; w danym razie dotychczasowe wyniki były jednak niezbyt jednostajne.

Aby wytłumaczyć przyczynę tej sprzeczności, na oddziale CREDE'go prowadzono od dłuższego już czasu próby na różnorodnym materiale klinicznym, które doprowadziły do bardzo interesujących i praktycznie ważnych wyników. Zwrócono więc naprzód uwagę, że kolargol może działać *per rectum* wtedy tylko, kiedy kiszka jest wolna nie tylko od kału, ale i od śluzu; chory przedewszystkiem musi dostawać zwykłą lawatywę wodną, w kwadrans zaś po wypróżnieniu należy wypłukać odbytnicę 0,5—1 litrem ciepłego 1‰-go roztworu sody albo lepiej soli.

Dawki kolargolu muszą być prawie 10 razy większe od używanych dotąd w lawatywach: jeżeli do wstrzyknięcia wewnątrzżylnego bierze się 0,05—

0,2 g. kolargolu, tu potrzeba 1,0—5,0 g. *pro dosi*. W kwadrans więc po wypłukaniu kiszki wstrzykuje się do kiszki w ciężkich przypadkach 50—100 g. 5%-wego kolargolu, w lżejszych przypadkach takąż ilość 2%-go kolargolu; jeżeli obawiamy się o zatrzymanie kolargolu, można dać 8—12 u kropel *Tet. Opii*, albo powtarzać częściej—4 do 6-u razy dziennie—dawki odpowiednio mniejsze. Poprzestawać na jednorażowej lawatywie kolargolowej byłoby rzeczą równie bezsensowną, jak zadowalać się jedną dawką salicylanu lub chininy w gościecu stawowym, wzgl. malaryi. Dawkę zwykłą powtarza się w przypadkach cięższych dwa razy dziennie; w miarę poprawy poprzestajemy na jednej lawatywie codziennie, zmniejszając zarazem dawkę, ale nie przerywamy leczenia przed upływem 1—2-u tygodni, aby w razie ewentualnego pogorszenia rozpocząć nowy szereg lawatyw.

Wypłukując kiszkę lub prześwietlając miednicę promieniami ROENTGEN'a, można dowieść, że większa część lawatywy kolargolowej ulega wessaniu w ciągu pierwszej godziny, reszta prawie całkowicie w ciągu drugiej godziny, a po 8—10-u godzinach w kiszce znajdują się co najwyżej ślady kolargolu; jeżeli natomiast przed lawatywą kolargolową nie oczyszczono kiszki ze śluzu, wtedy po sześciu jeszcze godzinach kolargol może dawać wyraźny cień na rentgenogramie. Nadzwyczaj przekonująco dowód szybkiego wessania się kolargolu z kiszki stanowi reakcja ogólna po lawatywie, identyczna z dobrze znaną reakcją ogólną po wewnątrzżylnych wstrzyknięciach kolargolu. W godzinę lub parę godzin po lawatywie, chory dostaje dreszczów, a bole w ogniskach sprawy septycznej—np. w stawach, stają się chwilowo silniejsze; wkrótce następują poty, a przynajmniej uczucie gorąca, spadek ciepłoty i uczucie wyraźnej ulgi. Trudno o lepszą rekomendację dla lawatyw kolargolowych nad trzy następujące przypadki:

1) Chirurg zakaził sobie ropą rzeźączkową ranę pod paznogiem; w dwa dni później było już zapalenie naczyń limfatycznych, a w dwa tygodnie wszelkie objawy najcięższego wielostawowego gościeca rzeźączkowego, nawet z chwilami nieprzytomności. W trzecim tygodniu zauważono powikłania sercowe; stawy wszystkich palców, obu napięstków, lewego kolana były spuchnięte aż do zniekształcenia, a po tygodniu sprawa przeszła jeszcze na prawy staw ramieniowy. Bez możliwości ruchu, upadając z każdym dniem na siłach, chory wytrzymał w tych warunkach jeszcze miesiąc przeszło; dopiero po dwu miesiącach choroby rozpoczęto lawatywy kolargolowe. Już pierwsza lawatywa [5-gramowa] wywołała szybki i tak wybitny odczyn, że przy następnych poprzestawano na 2-gramowej dawce, robiąc je nawet nie codziennie, lecz w kilkodziennych odstępach, przez miesiąc prawie. Po każdej lawatywie bole wzmagały się na kilka godzin, następnego dnia jednak stawy były mniej spuchnięte i bardziej ruchome. W kilka tygodni po ostatniej lawatywie chory opuścił łóżko, a w ciągu następnego roku powrócił do zdrowia prawie zupełnie.

2) Ropnico-posocznica zagadkowego pochodzenia, trwająca przeszło od dwu miesięcy. Chory nieprzytomny, mocny obrzęk czoła, twarzy, szyi, obrzęki o ropówkowym wyglądzie na prawem ramieniu, lewem przedramieniu i ręce, lewej gołeni, prawem podbrzuszu. Przez cztery dni stosowano 5-gramowe, potem 3-gramowe lawatywy, dwa razy dziennie. Już po dwu dniach stwierdzono znaczną poprawę stanu ogólnego i ognisk obrzękowych; tylko na prawem ramieniu nacieczenie ropne rozwijało się dalej, wymagając nacięcia. Po tygodniu leczenia szybka poprawa; w trzy tygodnie po przybyciu do szpitala chory wypisał się na własne żądanie.

3) Ropówka szyi u 12-letniego dziecka, rozwijająca się od pięciu dni. Twarde nacieczenie lewej strony szyi; dziecko nieprzytomne. Stosowano dwa razy dziennie 1-gramowe lałatywy; po czterech dniach leczenia nacieczenie znikło, ciepota i tętno powróciły do normy.

Przypadki takie, których wagę oceni każdy praktyk, świadczą wystarczająco, że nowa metoda nie zawodzi nawet w ciężkich warunkach, o ile stosować ją nie za późno i z należytą wytrwałością; bezskuteczność małych i nielicznych dawek nie jest żadnym argumentem przeciw kolargolowi. Należy pragnąć, aby leczenie kolargolowe w ogólności przystępnej postaci lałatyw zostało wypróbowane i w takich ogólnych sprawach zakaźnych, jak septyczna płonica i błonica, róża, wąglik, tyfus brzuszny i t. p., wobec których tak często, niestety, trzeba załować się „metodą wyczekującą“.

(*Deutsche med. Woch.* 1908, Nr. 31).

J. Rzepko.

38. Reymond. Dogodności cięcia w linii pośrodkowej (*linea mediana*) przy operacji zapalenia wyrostka robaczkowego.

W ciągu ostatnich trzech lat autor wykonał 45 operacji wycięcia wyrostka robaczkowego, otwierając zawsze jamę brzuszną cięciem w linii pośrodkowej, czego potem bynajmniej nie żałował. W 19-u przypadkach operacja została dokonana z powodu samego tylko zapalenia wyrostka robaczkowego, w pozostałych zaś 26-u przypadkach laparotomia była wskazana jednocześnie i z powodu innych cierpień, jak włókniak, zapalenie trąbek i t. d. Przypadki, o których mowa, zaliczały się do wyraźnych zapaleń wyrostka robaczkowego, przedstawiającego jedną z trzech cech makroskopowych: przedziurawienie wyrostka, ognisko ropne lub zrosty z narządami sąsiednimi.

Motywy, z racji których autor uważa cięcie w linii pośrodkowej za *locus electionis* w znacznej liczbie przypadków *appendicitidis*, są następujące:

1) Jeżeli ognisko zapalne ma umiejscowienie klasyczne, to zabieg jest równie łatwy przy cięciu pośrodkowym, jak i bocznym; jeżeli umiejscowienie jest nieprawidłowe, to cięcie pośrodkowe może lepiej ułatwić dostęp do ogniska. Dostęp do ognisk wtórnych jest przy tem cięciu bez porównania łatwiejszy.

2) Linia pośrodkowa ułatwia więcej, niż wszelka inna, dostęp do tych ognisk chorobnych, które mogą istnieć współrzędnie z zapaleniem wyrostka robaczkowego. U kobiet cięcie pośrodkowe umożliwia zbadanie narządów płciowych, interwencję w przypadkach cierpień podejrzewanych lub pozostających w stanie utajonym. W razie, gdy cierpienie, przypisywane wyrostkowi robaczkowemu, zależy w istocie od przydatków, cięcie pośrodkowe pozbawia całej wagi omyłkę rozpoznawczą.

3) W większości przypadków jama otrzewnej pozostaje w daleko większym bezpieczeństwie. W zasadzie jest racjonalnijszem pod względem chirurgicznym przy usuwaniu zakaźnego ogniska wewnątrzotrzewnego otworzyć najpierw otrzewną i zabezpieczyć ją, zanim przystąpimy do samego ogniska. Wyjątek stanowią te przypadki, gdzie ropień jest ściśle odgraniczony i gdzie interwencja chirurgiczna powinna się ograniczyć do otwarcia tego ropnia.

4) Co się tyczy możliwości ewentracji, autor stwierdza, że w żadnym przypadku nie miał do czynienia z podobnym następstwem operacji.

Jeżeli zachodzi konieczność drenowania, to dren umieszczamy na poziomie rany lub przeciwotworu.

(*Revue de Chir.* 1908, N. 11).

W. Dobr.

39. Faykiss. Zeszywanie tętnic.

Aby wyrobić sobie pojęcie o wartości poszczególnych metod, autor łączy odcinki przeciętych tętnic następującymi sposobami: szew z wywinięciem (*Um-krempelung*) błony wewnętrznej i protezą PAYR'a lub bez niej, szew okrężny bez wywinięcia i wreszcie metoda wgłabiająca MURPHY'ego. Ogólna liczba doświadczeń dotyczyła 40-u psów, przy czem preparaty badano pod mikroskopem. Na zasadzie tego autor stwierdził, że warto stosować jedynie szew z wywinięciem błony wewnętrznej i sposób PAYR'a, gdy metoda wgłobienia jest niepewna. Przy pierwszym z tych sposobów lepiej nałożyć 2—3 szwy U-owate, aniżeli przez cały czas operacji trzymać tętnicę w szczypczykach. Prowizorycznie zatamowuje się krwotok najlepiej zapomocą specjalnych kleszczyków. Głębokie szwy z cienkiego jedwabiu zasługują na pierwszeństwo wobec szwów, oszczędzających błonę wewnętrzną, ponieważ głębokie szwy jej nie przeryniają. Aby uniknąć krwawienia z uklad, nawlekamy igły podwójnie. Przy sprawie gojenia na pierwszy plan występuje śródbłonek, na drugim planie znajduje się tkanka łączna błony zewnętrznej, wreszcie następuje wrastanie włókien przężnych.

Zarówno na podstawie własnych doświadczeń, jak i na zasadzie przeglądu literatury o szwie tętnic u ludzi [ogółem 70 przypadków, w czem 17 razy wykonano szew okrężny], autor wypowiada się oględnie w sprawie szycia naczyń u ludzi: można spróbować tego zabiegu w przypadkach, gdzie podwiązanie wywołałoby bez wątpienia zgorzel odnośnej okolicy. We wszelkich innych przypadkach lepiej oddać pierwszeństwo pewnemu podwiązaniu przed wątpliwem w swych skutkach zeszywaniem.

(*Beitr. z. klin. Chir., t. 68, str. 606.*)

W. D.

40. Żegałkin. Przyczynek do nauki o działaniu promieni Roentgen'a na nowotwory złośliwe o utkaniu raków.

Zdania rozmaitych autorów w sprawie działania promieni ROENTGEN'a na nowotwory złośliwe zgadzają się ze sobą przynajmniej o tyle, iż w promieniach ROENTGEN'a uznano czynnik, wpływający niszcząco na tkankę nowotworową. Ażeby jednak wzmiankowane promienie działanie swoje ujawnić mogły, trzeba, ażeby tkanka nowotworowa łatwo była dla nich dostępna, co daje się osiągnąć łatwo wtedy, jeżeli nowotwór umiejscowiony jest powierzchownie. Nowotwory głęboko usadowione przeważna część badaczy uważa za niedostatecznie dostępne dla promieni ROENTGEN'a i wobec tego za nienadające się do leczenia nimi. Najlepsze wyniki dotychczas osiągnięto przy leczeniu promieniami ROENTGEN'a raków płasko-komórkowych skóry. Autor opisuje dwa podobne własne przypadki: raka płasko-komórkowego lewego nozdrza u kobiety lat 50, i u mężczyzny lat 78. W obu przypadkach naświetlenie przeprowadzone było energicznie, aż do pojawienia się pierwszych objawów zapalnych, z dobrym ostatecznym wynikiem, trwającym już od 10-u miesięcy. W pierwszym przypadku podkreślić należy nadzwyczaj długi okres leczenia [16 miesięcy] z wielokrotnymi przerwami wskutek objawów podrażnienia w otoczeniu na skórze.

(*Med. Obozr. Nr. 21.*)

F. Majewski.

41. Beurman, Gougerot i Vaucher. Zapalenie sporotrichotyczne jądra i przyjądrza.

Wyżej wzmiankowana sprawa bardzo podobna jest do sprawy gruźliczej, przeto w wątpliwych przypadkach należy przeprowadzić badanie bakteriolo-

giczne. Do badań tych najlepiej nadaje się szczer samiec, u którego już po dwu tygodniach po zastrzyknięciu do jamy otrzewnej ropy, zawierającej sporotrichozy, rozwija się zawsze *orchitis sporotrichosica*, później i sporotrichoza narządów wewnętrznych, pociągająca za sobą śmierć zwierzęcia. Przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy przyjądrze mocno nacieczone; całe jądro otoczone tkanką zapalną, zawierającą ropnie. Nieraz, jak to bywa w ostrej gruźlicy, znajdujemy w jądrze granulacye; dość często znów znajdujemy gruzelki sporotrichotyczne w przyjądrzu, w powrózku, a niekiedy i w jądrze, jak przy chronicznej gruźlicy u dorosłych. Również, jak to bywa w gruźlicy, ropnie sporotrichotyczne pękają na zewnątrz, przez co na mosznie tworzą się przetoki.

Histologiczne badania sporotrichozy wykazują dokoła jądra martwicę i zwyrodnienie serowate, jak to bywa w gruźlicy, tak, iż gdybyśmy w tych zmianach nie znaleźli pasorzytów sporotrichozy, histologiczne rozpoznanie byłoby niemożliwe. W miejscach dotkniętych chorobą, znajdujemy bardzo liczne pasorzyty. Wystarczy wziąć kroplę ropy i zasiał ją na żelatynie *sabouraud*, aby otrzymać hodowle sporotrichozy. Następnie w ropniach jądra jest ich tak kolosalna liczba, że możemy je zobaczyć, rozbarszy kroplę ropy na szkiełku i zabarwiwszy ją Gramem. Sporotrichozy mają kształt podługowaty, niektóre podobne są do grubych pałeczek, inne znów są okrągławe.

(*Annales de Dermatologie et de Syphilographie* 1908. tom IX, z. 8 i 9).
Springer.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 19-go stycznia 1909 r.

J. GRUNDZACH przedstawił kamień żółciowy dość znacznych rozmiarów, który wyszedł *per viam naturalem* po kilkunastodniowej niedrożności przewodu pokarmowego.

Prof. E. PRZEWOSKI odczytał pracę p. t. „Przyczynę do sprawy zapalenia włóknikowego“.

Na zasadzie licznych badań mikroskopowych, dokonanych zarówno na materiale sekcyjnym, jak doświadczalnym na zwierzętach, prelegent wypowiada wnioski następujące:

1) Pojawianie się włóknika nitkowatego stanowi zjawisko niezmiernie częste we wszelkich sprawach zapalnych, ostrych lub obostrzonych, z tem zastrzeżeniem, że raz bywa go niewiele, innym razem—ilość bardzo znaczna.

2) Nitki włóknika należą do tych tworów patologicznych, które w ostrych lub obostrzonych ogniskach zapalnych zjawiają się najwcześniej, częstokroć wcześniej, niż leukocyty.

3) Ścinanie się włóknika w sprawach zapalnych odbywa się nie bezładnie, lecz zawsze w pewien typowy sposób, mianowicie w postaci siatki z punktami węzłowymi. Nitki sieci włóknika umiejscawiają się przeważnie w kanałkach sokowych, punkty zaś węzłowe lokalizują się: a) dokoła wszelkich tworów komórkowych w postaci t. zw. ośrodków krzepnięcia HAUSER'a.

W wypadku tym skupienia włókniaka mają kształt promienisty i są najgęstsze w bliższości komórki uszkodzonej, a coraz rzadsze w miarę oddalenia się od niej.

b) Dookoła drobnych żył i w tym razie nitki włókniaka mają przebieg pionowy i promienisty w stosunku do ściany naczynia, tworząc w ten sposób niejako pochwy krzepnięcia dookołażyłne.

c) W świetle drobnych naczyń chłonnych, przyczem główny kierunek nitek włókniaka jest równoległy do osi naczynia.

d) Wreszcie na powierzchni błon surowicznych, śluzowych i t. p., w postaci nalotów błoniatych, w których kierunek nitek włókniaka idzie równoległe do powierzchni błon. W przypadkach nawarstwiania się włókniaka na powierzchni błon częstokroć brak na niej nabłonka; nie jest to jednak warunek niezbędny: nienazbyt rzadko nabłonek zostaje zachowany wśród warstw włókniaka na mniejszej lub większej przestrzeni, a nawet czasami okazuje wyraźne zmiany postępowe w postaci pięknych figur karyokinetycznych.

Sieć włókniaka z punktami węzłowymi spotyka się w ostrych sprawach zapalnych w głębi tkanek, w głębi błon, dookoła ropni i t. p. Ośrodki krzepnięcia HAUSER'a zdarzają się w głębi tkanek bardzo często. Pochwy krzepnięcia dookołażyłne, najobfitsze i najpiękniej wykształcone, widywał prelegent w ścianach przewodu kiszkiowego (w *colitis phlegmonosa*, w tyfusie brzuszonym), następnie w *ependyma ventriculorum cerebri*, w zapaleniu ropno-włókniakowym, w ścianach ropni mózgu.

Fakt, że pochwy krzepnięcia występują tylko dookoła żył, nigdy zaś dookoła naczyń włoskowatych i drobnych tętniczek, prof. PRZEWOSKI uważa za dowód tego, że substancja włókniakorodna (*fibrinogen*) z naczyń krwionośnych przenika do ognisk zapalnych tylko przez układ żylny. O ile przytem napotyka zaczyn włóknikowy (*fibrinoferment*), to powstaje pochwa krzepnięcia dookołażylna.

Posiedzenie dnia 26-go stycznia 1909 r.

KOPCZYŃSKI ALEKSANDER przedstawił chorego z guzem lewego uda. Chory 43-letni, przed 8-u laty upadł na widły żelazne i przebił sobie lewe udło na wewnętrznej jego powierzchni. Po opróżnieniu operacyjnem krwisteku podskórnego, który przytem powstał, obie rany zagoiły się całkowicie. Tylko na miejscu rany wypadkowej pozostał guzik tętniacy, wielkości śliwki, który powoli powiększał się i stopniowo doszedł wielkości pięści. Po upływie 4-eh lat na lewej goleni wystąpiło rozszerzenie żył, obrzęki o charakterze *elephantiasis* i owrzodzenia. Na jesieni r. z. guz na udzie zaczął rosnąć bardzo szybko, jednocześnie obrzmiały lewostronne gruczoły pachwinowe oraz pachowe. Obecnie guz zajmuje całą przestrzeń trzonu uda, jest niebolesny, elastyczny, skóra na nim przesuwalna. Na całej jego powierzchni, najlepiej na stronie wewnętrznej uda, słyhać wyraźny szmer naczyniowy. Tętnica udowa wyczuwalna wyraźnie, podkolanowa niewyczuwalna. Odżywianie chorego pozostało dobre. K. uważa guz za tętniak wrzekomy naczyń udowych, z którego ścian w ostatnim czasie rozwija się nowotwór złośliwy, prawdopodobnie mięsak. Jedyne wskazanie lecznicze stanowi wyluszczenie kończyny dolnej.

HANDELSMAN JÓZEF przedstawił chorego z zanikiem postępującym mięśni, zasługującym na uwagę z powodu długotrwałej remisji. Chory, 32-letni, od dzieciństwa słabo władał kończynami górnymi przy zachowanej w zupełności funkcji kończyn dolnych. Przed 3—4 laty zauważył stopniowo wzrasta-

jące chudnienie i osłabienie kończyn górnych i dolnych. Przy badaniu stwierdzono zanik mięśni karku i szyi, zanik mięśni barkowych. W kończynach górnych największe zaniki na ramionach, najmniejsze w dłoniach i przedramionach. W kończynach dolnych, przeciwnie, zanik wybitny mięśni grupy n. strzałkowego, mniejszy—mięśni uda. Zaniki mięśni tułowia i brzucha wybitne. Chód „bociani“. PR i AR słabe i powolne. Babiński. Czucie zachowane. Pobudliwość elektryczna osłabiona ilościowo bez odczynu zwyrodnienia. Mówca podnosi: 1) długotrwałość remisji [cierpienie niezawodnie rozpoczęło się w najwcześniejszym dzieciństwie, pogorszenie od 3-ich lat]; 2) mieszanym charakter zaników mięśni (*dystrophia musculorum* typu ERB) w kończynach górnych i zaniki typu CHARCOT-MARIE w dolnych).

KOPCZYŃSKI STANISŁAW przedstawił przypadek histeryi, symulującej stwardnienie wieloogniskowe.

J. K., lat 21, przed 4-ma laty spadł z drzewa i od tej pory zaczął doznawać „trzęsienia“ najpierw w nogach, potem w rękach, w całym tułowiu i głowie.

Przy badaniu—typowe, nadzwyczaj silne drżenie zamiarowe we wszystkich kończynach. Mowa powolna, skandowana. Jednakże 1) brak zaniku nerwów ocznych, 2) brak drżenia gałek ocznych, 3) brak jakiegokolwiek objawów spastycznych w kończynach. W identycznym niemal przypadku BYCHOWSKIEGO badanie pośmiertne nie okazało żadnych zmian anatomicznych w układzie nerwowym i potwierdziło w ten sposób rozpoznanie histeryi.

Posiedzenie dnia 3-go lutego 1909 r.

FR. KIJEWSKI przedstawił chorego po operacji pneumotomii.

W dyskusji nad odczytem prof. PRZEWOSKIEGO [patrz wyżej] OTTO podnosił, że według jego badań włóknik w tyfusie brzuszny zjawia się stale w ogniskach zajętych dopiero w 2-gim i 3-im tygodniu choroby; natomiast w 1-ym i 4-ym tygodniu mówca nigdy go nie widywał. Włóknik występuje tu w postaci siatki z promienistym układem nitek, umiejscowionej głęboko w podśluzówce, niekiedy zaś [raz jeden z pośród 28-u przypadków] w postaci grubej błony, pokrywającej niezmienną błonę śluzową. O tej ostatniej postaci włóknika w tyfusie wspominali poprzednio VIRCHOW i HOFFMANN. O. widywał również „pochwy krzepnięcia“ w postaci pierścienia dookoła żyły, czasem spotykał nawet dwa pierścienie, połączone ze sobą zapomocą cienkich nitek. Wewnątrz żył widywał nieraz ośrodki krzepnięcia HAUER'a.

W tyfusie fagedenicznym O. widywał włóknik w postaci szaro-brunatnego nalotu na powierzchni wrzodziejącej błony śluzowej. Pod mikroskopem błony te składały się z grubych beleczek [zlepów włóknika], od których promienisto rozchodziły się w głąb sąsiednich tkanek cienkie nitki włóknika. W siatce włóknika znajdowano zawsze komórki nekrotyczne oraz liczne leukocyty, nieraz w stanie zwyrodnienia lub nekrozy koagulacyjnej. W części doświadczałnej prelegent wspominał o zawłokach z olejkami terpentynowym, przy których siatka włóknika zjawiała się niezmiernie szybko, nieraz już po godzinie. Tłómaczy się to silnym obrzękiem, który przytęm powstaje [dopływ substancji włóknikorojonej] oraz szybko następującymi zmianami wstecznymi w komórkach tkanek okolicznych [skąd zaczyn włóknikowy]. Przy stosowaniu aseptycznym zawłok bez olejku terpentynowego, włóknik zjawiał się w ilości skąpej i dopiero po 36-u godzinach od włożenia zawłoki. W zapaleniu płuc

włóknikowem O. widywał tylko siatkę włóknika w pęcherzykach płucnych, pochw zaś krzepnięcia dookoła żył oraz ośrodków HAUSER'a tu nie spotykał.

Prof. KRYŃSKI zaznacza, że sposób powstawania wysięku włóknikowego jest zrozumiały w teorii t. zw. ośrodków krzepnięcia HAUSER'a, gdzie komórki zmartwiałe i dopływające wskutek działania chemotaktycznego leukocyty dostarczają i substancję włóknikoroдную i zaczyn włóknikotwórczy. Warunków takich K. nie widzi przy powstawaniu „pochew krzepnięcia okołożyłnych“.

Jest niezrozumiałem, dlaczego w tych mianowicie miejscach krzepnie wysięk i taką przybiera postać. Jeżeli i tu punktem wyjścia dla sprawy krzepnięcia są rozpadające się komórki, to owe pochwy nie różnią się w gruncie rzeczy od ośrodków krzepnięcia HAUSER'a.

ANASTAZY LANDAU streszcza ostatnie teorie powstawania włóknika, przypominając, że zaczyn włóknikotwórczy [obecnie trombina] zawarty jest w osoczu i limfie w postaci nieczynnej, jako zymogen, leukocyty zaś oraz komórki tkankowe wydzielają substancję uczulającą, t. zw. trombokinazę, która przeprowadza zawarty w osoczu zymogen w stan czynny. Sole wapienne, według badań ARTHUS'a i innych, a wbrew zdaniu HAMMERSTEIN'a, są niezbędne dla koagulacji. Tworzenie się ośrodków HAUSER'a tłumaczyć należy w ten sposób, że komórka lub leukocyt, stanowiący ich jądro, pod wpływem toksyny lub innych bodźców wydziela trombokinazę, która przeprowadza w stan czynny trombogen soku tkankowego. Substancja włóknikotwórcza, ścinając się pod wpływem trombin i soli wapiennych soku tkankowego, układać się będzie oczywiście premie nisto, dookoła komórki uszkodzonej, jako zbiornika trombokinazy. W myśl teorii przytoczonych dziwnym wydaje się fakt, że krew i limfa pozostają w stanie płynnym, jakkolwiek zawierają wszystkie składniki, niezbędne dla powstawania włóknika, nie wyłączając trombokinazy, którą wszakże wydzielają umierające leukocyty. Fakt ten jednak tłumaczy się obecnością we krwi antytrombiny, znoszącej działanie trombin.

W odpowiedzi OTTOWI prof. PRZEWOSKI stwierdza, że szczegółów w przemówieniu swem nie uwzględnił, chodziło mu jedynie o wykazanie, że włóknik występuje zawsze typowo, pod postacią siatki, w której punkty węzłowe stanowią zbiorowiska włóknika dookoła komórek, dookoła małych żył i naczyń chłonnych, wreszcie na powierzchni błon śluzowych.

KRYŃSKIEMU odpowiada, że przy tworzeniu się pochw krzepnięcia fibrynoferment powstaje z komórek i znajduje się w soku tkankowym, substancja włóknikotwórcza zaś może dopływać ze krwi [przez ściany małych naczyń np.]. A. LANDAUOWI odpowiada, że szczegóły przezeń poruszone uwzględnił w swej pracy drukowanej.

W. Starkiewicz.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

II posiedzenie naukowe dnia 29 stycznia 1909.

I. Prof. BARĄCZ przedstawia preparaty mikroskopowe grzybka promienicy z przypadku przedstawionego na poprzednim posiedzeniu.

II. KIELANOWSKI przedstawia 32-letniego chorego z zupełnym brakiem włosów, powstałym na tle zaniku skóry już w 12-m roku życia.

III. A. RYDYGIER [jun.] przedstawia 3-ch chorych, u których wykonał operację wycięcia gruczołu krokowego metodą L. RYDYGIERA [seniora] i omawia różne sposoby leczenia przerostu gruczołu krokowego.

W dyskusyi, w której zabierali głos prof. HERMAN, prof. RYDYGIER i prelegent, podnoszono trudności operacyi sposobem RYDYGIERA, oraz to, że o ile operacya ta daje bardzo dobre wyniki w początkowych okresach przerostu gruczołu, o tyle w późniejszych, komplikujących się przez znaczne powiększenie średniego płata, oraz przez zapalenie ropne pęcherza i miedniczek, lepiej jest stosować metodę FREYER'a.

IV. PISEK przedstawia sfigmomanometr HERZ'a, daje pochlebną tegoż ocenę na zasadzie własnych badań, oraz omawia różne metody mierzenia ciśnienia krwi i służące do tego przyrządy.

W dyskusyi zabierali głos prof. BECK, FEUERSTEIN, prof. KADYI, prof. RENCKI, wykazując braki powyższego sfigmomanometru i nie rokując mu żadnej przyszłości, w odpowiedzi na co prelegent odpierał ich zarzuty.

III posiedzenie naukowe dnia 5 lutego 1909 r.

I. Prof. ŁUKASIEWICZ przedstawia: 1) 2-u chorych z *lichen ruber p'anus*. U jednego z nich guzki znajdują się na błonie śluzowej policzka i bocznych częściach języka, co jest wogóle rzeczą rzadką. Leczenie zastrzykiwaniami atoksylu i arsacetylu daje w obu przypadkach dobre wyniki;

2) chorą 20-letnią ze *sclerodermia circumscripta* i ze *sclerodactylia*.

II. WALLACH przedstawia preparat potworniaka, wyjętego operacyjnie u 4-tygodniowego dziecka z okolicy kości krzyżowej.

III. Prof. HERMAN przedstawia preparat nerki gruźliczej, wyjętej operacyjnie. Pomimo jednego tylko drobnego ogniska gruźliczego, chromocystoskopia dawała wyniki ujemne ze strony nerki chorej, a w moczu znaleziono prątki gruźlicze.

W dyskusyi zabierali głos: prof. GLUZIŃSKI, prof. RENCKI, prof. ZIEMBICKI, prof. RYDYGIER, prof. SIERADZKI i prelegent, zaznaczając, że nie zmiany w nerce samej, ale bądź skurecz zwieracza wskutek owrzodzenia przy ujściu moczowodu, bądź też charakterystyczna dla chorej gruźliczo nerki *polyuria* mogły wpłynąć na słabsze zabarwienie moczu indygo-karminem ze strony chorej. Podnosili przytem potrzebę i korzyści uretroskopii, oraz połączone z nią niebezpieczeństwo zakażenia zdrowej nerki przez prątki gruźlicze.

IV. HORNOWSKI wygłasza odczyt: „O przyczynie niejasnych przypadków w śmierci po zabiegach operacyjnych“ [drukowano w Gaz. Lek. Nr. 2 i 3 roku b.]

W dyskusyi zabierali głos docent NOWICKI, zaznaczając, że zmniejszony feochromizm komórek znajdował w chorobach nerek u ludzi i u królika z obu wyciętymi nerkami; prof. SIERADZKI, prof. GLUZIŃSKI, KIELANOWSKI, doc. SZUMOWSKI i prof. RYDYGIER, zapytując prelegenta, jak objaśnić sobie przypadki śmierci po kilku wdychach chloroformu, dlaczego tak rzadko przy działaniu chloroformu wyczerpuje się istota chromafinowa, dlaczego w przypadkach, obserwowanych przez doc. NOWICKIEGO, znajdował tenże również brak istoty chromafinowej, pomimo, że przebieg kliniczny był odmienny.

W odpowiedzi zaznaczył prelegent, że bynajmniej nie twierdził, ażeby schorzenie układu chromafinowego miało być zawsze przyczyną śmierci po chloroformie; śmierć ta może następować i wskutek porażenia ośrodków oddechowych i wskutek schorzenia mięśnia sercowego. Rzadkość śmierci wskutek wyczerpania układu chromafinowego dowodzi, że u większości chorych układ ten zdolny jest do odradzania się; wrodzona słabość tego układu, mała jego ilość w organizmie, mogą być powodem śmierci nie tyle w przypadkach pooperacyjnych, ale i w całym szeregu innych, jak to wykazują badania prelegenta przy *gastroenteritis acuta* osesków, o czym tymczasem prelegent nie wspominał, gdyż badania jego nie są jeszcze ukończone. Objawy kliniczne mogą być nader rozmaite, skutek ich jednak jest jednakowy: wyczerpanie i niemożność wytwarzania się istoty tonizującej.

J. Hornowski.

Wiadomości bieżące.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu drugiego tygodnia bieżącego miesiąca, od dnia 7-go do 13-go lutego do szpitali warszawskich przybyło 79 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 3, odrę 3, szkarlatynę 3, różę 5, tyfus wysypkowy 35, brzuszny 13, gorączkę powrotną 3, błonicę 1, influencję 5, zimnicę 1. W tymże czasie zmarło: na odrę 1, na szkarlatynę 1, na tyfus wysypkowy 1, na tyfus brzuszny 2. Daje się zauważyć znaczny wzrost panującej w mieście epidemii tyfusu wysypkowego.

— Prof. MARS i prof. GLUZIŃSKI wybrani zostali na członków honorowych Tow. Lek. Krakowskiego.

— W Łodzi i okolicy panuje tyfus plamisty i powrotny.

— Komitet 14-go międzynarodowego Zjazdu Lekarskiego [Budapeszt, od 29-go sierpnia do 4-go września 1909] przypomina, że ostateczny termin nadsyłania referatów w rękopisach upływa 28-go lutego. Adres: Biuro Zjazdu VIII. Essterházy Utcá 7. Budapest. Wpisowe w ilości 25-u koron należy posyłać pod tymże adresem na imię prof. de ELISCHER'a.

— „Tygodnik Lekarski” podaje statystykę prac 4-go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich. 17 sekcji odbyło 61 posiedzeń, na których wygłoszono 447 odczytów; prócz tego dwa odczyty programowe wygłoszono na uroczystych zebraniach ogólnych. W rozprawach brało udział 297-u członków. Postanowień powzięto 17, propozycji zrobiono 67, wycieczek odbyto 14. Oprócz czeskich, było 17 odczytów polskich, 3 rosyjskie, 3 słoweńskie i po 2 chorwackie i serbskie.

— Od 8—13 marca w Uniwersytecie Berlińskim [Invalidenstrasse Nr. 43] urządzony będzie kurs mikroskopii i mikrofotografii naukowej z zajęciami praktycznymi na najnowszych przyrządach Zeiss'a do ultramikroskopii. Kierownikami będą: prof. AMBRONN, oraz drzy KOHLER i SIEDENTOFF. Liczbę słuchaczy na wykładach teoretycznych ograniczono do 60-u, na zajęciach praktycznych do 30-u. Opłata za kurs teoretyczny 6 mar., za zajęcia praktyczne 20 mar. Zapisywać się można zawczasu u prof. BÉLÓWSKY'ego—Berlin, Institut Mineralog. Invalidenstr. Nr. 43].

— Do Uniwersytetu Strassburskiego dopuszczono jako słuchaczki, kobiety, posiadające patent dojrzałości szkół niemieckich; cudzoziemki winny również posiadać patenty niemieckie.

— Moskiewskie Towarzystwo lekarzy fabrycznych otrzymało pozwolenie na urządzenie w Moskwie w połowie kwietnia r. b. 1-go Wszechświatowego Zjazdu w sprawie medycyny i higieny fabrycznej.

— W jak smutnym stanie znajduje się sprawa wychowania podrzutków w wewnętrznych guberniach Cesarstwa, dowodzi fakt, że w jednym z ziemstw gub. Jarosławskiej w ciągu kilku lat ostatnich z 381 niemowląt, wziętych na wychowanie, zmarło 316.

— Dr ŁOBAS [Berdjansk, gub. Taurydzka, ulica Woroncowska d. KOŁCZUSEN-ki, zajmujący się sprawą medycyny więziennej, specjalnie zaś rolą i stanowiskiem lekarzy więziennych w więzieniach rosyjskich, zwraca się do tychże lekarzy z prośbą o odpowiedzi na następujące pytania: 1) Pomieszczenia więzienne [cele, kozy, średnia ilość powietrza na jednego aresztanta]. Oświetlenie, opalanie i przewietrzanie. Na czym aresztanci śpią? Czy są jadalnie, czy też jadają w celach? 2) Pożywienie [jakie i w jakiej ilości produkty przeznaczone są na pożywienie dla aresztantów?]. 3) Usuwanie niaczystości [ustępy, kubły, doły ściekowe]. 4) Sprawa robót obowiązkowych [czy podział aresztantów pod tym względem dokonywany jest zależnie od ich sił, zdrowia i uzdolnienia? Kto się tem zajmuje? Czy otrzymują za pracę wynagrodzenie?]. 5) Wolne zajęcia. 6) Czy zadowolane są potrzeby duchowe aresztantów i jak jest urządzona ta sprawa [rozrywki, czytanie, opowiadanie, szkoły? 7) Kary. 8) Zachęty. 9) Częstość zachorowań. 10) Przyczyny chorób [pomieszczenie, pożywienie, roboty, kary i inne przyczyny]. 11) Szpitale i inne zakłady lecznicze. 12) Rola i autorytet lekarza więziennego w sprawie rozmieszczenia więźniów, pożywienia ich, robót, kar i t. p.

Dr Ł. prosi również o nadesłanie prac z zakresu życia więziennego lub o wskazanie organu, w którym były drukowane.

O G Ł O S Z E N I E.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że w dniu 21-go kwietnia r. b., jako w rocznicę śmierci ś. p. Doktorowej ZENOBII SOKOŁOWSKIEJ, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie rub. 200 ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatorach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia [ulica Niecała Nr. 7], na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych lub ich Zastępców—najpóźniej do dnia 10-go kwietnia r. b. z załączeniem poświadczeń 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia udzielane są w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego [ul. Niecała Nr. 7] oraz w biurach PP. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernialnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia,

Członek Komitetu, *Dr M. Jakowski.*

Redaktor, **Doc. Dr Jan Pruszyński.**

Wydawca, **Dr W. Szumlański.**

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mamowicka 8.