

GAZETA LEKARSKA

X ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH WE LWOWIE.

Witamy X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, witamy to wielkie zebranie pracowników nauki, połączonych nie tylko wspólnością lub pokrewnością zawodu, lecz przede wszystkim obywatelską wspólnością idei.

Imię nieodżałowanej pamięci MARCELEGO NENCKIEGO opromienia Zjazd tak, jak rzuca świetlane i ożywcze promienie na naukę polską.

Kiedy przed laty 7-u na IX-m Zjeździe w Krakowie MARCELI NENCKI w programowym swoim przemówieniu prorokował rozwój chemii biologicznej, która w ostatnich czasach dała zdumiewające wyniki, nie sądziliśmy, że w rok potem zwłoki tego wielkiego Męża będziemy żegnali na zawsze.

Niedawno znowu usłyszeliśmy dzwon żałobny, zwiastujący oddanie ziemi śmiertelnych powłok zacnego ducha, podtrzymującego u nas zapal do nauki, która z biegiem nieszczęsnych wypadków na skołatanej części naszej Ojczyzny chylić się zaczynała ku upadkowi.

HENRYK HOYER był drugim prelegentem na IX-m Zjeździe, jako przedstawiciel filozofii, na naukach przyrodniczych opartej.

Tych dwóch mocnych filarów, podtrzymujących naukę naszą, niema już pośród nas.

Jeden zgasł w pełni sił żywotnych, opromieniony sławą, ogólnie uznaną, w chwili może największego rozwoju genialnego umysłu, zostawił jednak uczniów lub spokrewnionych mu myślą pracowników, którzy we wszechnicach polskich dzierżą wysoko sztandar nauki. MARCELI NENCKI, którego los rzucał zdala od środowisk naszego życia, a który na nauce naszej odbił swe piętno, jak gdyby żył teraz pośród nas. Kto był jego uczniem i śledzi rozwój wiedzy przezeń uprawianej, kto przejął się jego duchem naukowym, ten nie może nie odczuć najwyższej, najgłębszej radości, że prace rozpoczęte w Szwajcaryi lub na dalekiej północy w dalszym ciągu rozwijają się

we Lwowie i w Krakowie, że dzieło w fundamentach założone przez naszego rodaka, tu u nas wieńczy się piękną koroną.

HENRYK HOYER nie pozostawił po sobie następców, bo ci, których nazwiska zasłynęły w dziedzinie histologii i embryologii, przeważnie nie byli jego uczniami. A jednak, jak się wyraził jeden z jego uczniów w ostatniem pożegnaniu, jest on „nieodżałowany, dla nas niezastąpiony, zgasły przedwcześnie pomimo lat podeszłych”, bo HOYER ratował od upadku ostatecznego naukę wśród tych, którym los nie pozwolił całkowicie oddać się jej w świątyniach wiedzy.

Jako przyrodnik, mający wielki wpływ na twórczość naukową w dziedzinie medycyny, medycynę właśnie w naszym środowisku, pozbawionem wyższej uczelni, ochraniał od szablonu rzemieślniczego, który już głęboko zaczął zapuszczać korzenie.

Ze łąką wdzięczności i niewygasłej pamięci żegnamy pionierów nauki naszej z życzeniem, aby ich działalność była drogowskazem dla dalszego jej rozwoju, aby te wielkie duchy znalazły naśladowców we wszystkich dziedzinach naszego życia społecznego.

Z okazji X Jubileuszowego Zjazdu lekarzy i przyrodników nie podobna nie wspomnieć o wielkim obywatelu, ś. p. ADRYANIE BARANIECKIM, który przed laty 40-u rzucił myśl zwoływania Zjazdów, wpływających ożywczo na rozwój nauki polskiej. Imię tego zacnego męża zawsze ze czcią niewygasłą wspomniane będzie.

Nie możemy nie wyrazić również najgłębszego żalu po stracie męża wielkich cnót, któremu śmierć nie dała przemawiać na pierwszym plenarnem zebraniu zjazdowem. Ś. p. HENRYK JORDAN położył tak wielkie zasługi na polu życia narodowego, że działalność lekarska i profesorska, zdawałoby się, stanowiły tylko dodatek do zajęć wielce pracowitego żywota jego.

Te wielkie duchy unoszące się nad nami, niech błogostawią dalszej naszej pracy.

Wielki zastęp prac, zgłoszonych na Zjazd przeważnie z pracowni, klinik i szpitali lwowskich, świadczy wymownie o rozwoju naukowym w tej najbardziej na wschód posuniętej uczelni naszej.

Z uczuciem radości widzimy plony dziesięcioletniej działalności klinik chirurgicznej i wewnętrznej. Rozgłos chirurgii polskiej poza granicami naszej ziemi w znacznej mierze zawdzięczamy kierownikowi kliniki chirurgicznej prof. LUDWIKOWI RYDYGIEROWI, inicjatorowi i prezesowi stałemu polskich Zjazdów chirurgicznych.

Klinika wewnętrzna prof. GLUZIŃSKIEGO jest jakby dalszym ciągiem świetnemi zapisanej zgłoskami Krakowskiej kliniki wewnętrznej, opromienionej aureolą imienia ś. p. Edwarda KORCZYŃSKIEGO, którego pośród nas widzieliśmy jeszcze na IX Zjeździe w Krakowie.

Kierownikom klinik życzymy, ażeby ich usiłowania, dążące do oświetlenia medycyny polskiej, tak dotąd skuteczne, w dalszym biegu znalazły odgłos wśród młodego pokolenia.

Komitet zjazdowy z prof. BYLIKIM na czele dołożył wszelkich usiłowań, ażeby Zjazd i Wystawa przyrodniczo-lekarska dały jak najlepsze wyniki.

Mamy nadzieję, że mozolna praca szanownych organizatorów Zjazdu uwieńczy się pomyślnym skutkiem.

Na Zjeździe odzwierciadła się w różnych dziedzinach przyrodoznawstwa i medycyny najnowsze kierunki i udział w nich naszych badaczy; z zadań, obejmujących szersze kręgi życia społecznego, obok zwalczania gruźlicy i alkoholizmu zapoczątkowana została przez prof. RYDYGIERA walka z rakiem, w której nasza sekcya przeciwrakowa Towarzystwa Hygienicznego z przygotowaniem występuje propozycjami.

I tu otwiera się nowe wielkie pole do dalszej pracy dla dobra ludzkości, do której spełnienia przyrodnicy na równi z lekarzami są powołani.

Byłoby pożądanem, ażeby Zjazd Jubileuszowy był początkiem nowej ery w imię tej wspólnej pracy, bo tylko wtedy myśl oryginalna w dziedzinie medycyny może się skryształizować, gdy medycyna zapłodnioną zostanie ożywczeimi sokami nauk przyrodniczych, i gdy nasi klinicyści więcej niż dotychczas będą przeszczepiać na grunt życia praktycznego zdobycze fizyki, chemii i biologii.

Pod tym właśnie hasłem odbyć się powinien przyszły XI Zjazd przyrodników i lekarzy polskich.

Mamy nadzieję, że dotychczasowe przeszkody zostaną usunięte, i że spełnimy gorące życzenie naszego serca i święty nasz obowiązek, witając w murach naszego miasta polskich przyrodników i lekarzy, związanych wspólnością pracy w sprawie rozwoju nauki polskiej.

Grono lekarzy, zgrupowanych przy Gazecie Lekarskiej, ofiarowując i ze swej strony usługi w celu urzeczywistnienia upragnionej myśli, ożywione duchem krzewiciela nauki u nas ś. p. HENRYKA HOYERA, przyłącza się do ogólnego życzenia z wnioskiem do X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, aby uchwalił odbyć XI Zjazd lekarzy i przyrodników im. HENRYKA HOYERA w Warszawie w r. 1910.

Redakcja.

I. O leczeniu dusznicy bolesnej.

Napisał

Dr Med. J. Pawiński.

Usunąć chorobę, złagodzić cierpienie—oto najważniejsze zadanie lekarza. Dla spełnienia jednak tego zadania trzeba przedewszystkiem wyrobić sobie dokładne pojęcie o naturze choroby. Dlatego też wprzódym przy-
stąpimy do naszkicowania zasad leczenia dusznicy bolesnej, powiemy kilka słów o powstawaniu i przebiegu tego cierpienia.

Nie ulega wątpliwości, iż źródłem tej, tak dziś rozpowszechnionej choroby, są zmiany w tętnicach wieńcowych, a zwłaszcza stwardnienie, zwapnienie. Wypowiedzieli to już przed 150-u prawie laty klinicyści angielscy, przede-
wszystkiem zaś JENNER, wkrótce po dokładnym opisie *anginae pectoris* przez HEBERDEN'a. Zaznaczyć wszakże winniśmy, że tylko takie zmiany tętnic odży-
wczycy serca prowadzą do dusznicy bolesnej, które zwężają ich światło, które ograniczają dopływ krwi do tego cierpienia.

Prócz tego pamiętać trzeba, że stopień zmian anatomo-patologicznych tętnic wieńcowych serca nie pozostaje w prostym stosunku do natężenia obja-
wów chorobnych, inaczej mówiąc, zmiany mogą być bardzo znaczne, a dusznica bolesna będzie bardzo słaba [nawet może jej nie być], i odwrotnie.

Od czego więc ta niestosunkowość pomiędzy zmia-
nami w tętnicach wieńcowych a stenokardją za-
leży?

Zdaniem naszym, od następujących okoliczności:

1) od stopnia pobudliwości aparatów nerwowych serca i ośrodków móz-
gowych;

2) od umiejscowienia zmian patologicznych.

Pewne terytoria mięśnia sercowego więcej usposabiają do powstawania
stenokardji, niż inne. Różnica ta zdaje się polegać w części na istnieniu lub
braku połączeń obocznych [anastomozów] pomiędzy rozgałęzieniami tętnic wień-
cowych, w części zaś na istnieniu mniej lub więcej ważnych aparatów nerwo-
wych w danym odcinku serca;

3) od natężenia zmian anatomo-patologicznych, będących następstwem
zmniejszonego dopływu krwi do mięśni serca. Liczne, daleko posunięte zwy-
rodnienia (*myocarditis fibrosa*) prowadzą zwykle do duszności. Ta zaś,
zwłaszcza skoro dosięga wysokiego stopnia, wyklucza zwykle steno-
kardję.

Jakkolwiek *angina pectoris* jest cierpieniem naczyń, niemiej ściśle jest związana z zaburzeniami in-nerwacyi i ze zmianami w mięśniu serca. Powie-działbym nawet, że w początku jest ona więcej cierpieniem nerwowem *angio-spasmus*, niż naczyniowem, w dalszym zaś rozwoju przyjmuje cechy zwyro-dnienia mięśnia sercowego.

Wspomniana dopiero co niestosunkowość zmian patologicznych w tętni-cach wieńcowych do natężenia objawów, właściwych dusznicy bolesnej, była powodem wytworzenia się we Francyi w połowie ubiegłego stulecia zapatry-wania, według którego *ang. pectoris* jest tylko nerwicą lub neuralgią serca.

Już angielscy klinicyści w końcu XVIII wieku, a później i niemieccy le-karze, a mianowicie KREYSIG i TIEDEMAN kładli nacisk na ischemię mię-snia sercowego, wywołaną zwężeniem naczyń wieńcowych i upatrywali w niej ważny czynnik w powstawaniu bólu stenokardyalnego. Prof. POTAIN uplasty-czył rolę, jaką odgrywa w patogenezie stenokardyi niedostateczny dopływ krwi do serca, porównawszy ją z chromaniem przestankowem u koni i na-zwawszy ją: *Claudication intermittente du coeur*. Zmniejszenie, lub wstrzy-manie dopływu krwi do pewnych odcinków serca, wywołuje, zdaniem POTAIN'a, podrażnienie gałązek czuciowych serca—ztałd ból. Jeśli przyjmiemy, że na dusznicę bolesną składają się zaburzenia w aparacie innerwacyjnym serca, w tętnicach wieńcowych i w mięśniu serca, to terapia nasza nie ograniczy się na przepisaniu choremu „surowicy, lub antysklerotycznych soli TRUNEČKA”, lecz zakreśli szersze kręgi i uwzględni powyżej wymienione czynniki.

W początku, t. j. w 1-ym okresie choroby skargi chorego dotyczą głównie zaburzeń ze strony układu nerwowego. Sprawność samego mięśnia ser-cowego jest tylko nieznacznie dotknięta. Chory uskarża się na ból w średniej, lub górnej części mostka, tylko przy wyjściu na powietrze, niekiedy tylko przy przedszem chodzeniu, a zwłaszcza pod górę. Wtedy zmuszony jest zatrzymać się na chwilę, poczem już dalej, niekiedy nawet kilka kilometrów swobodnie, bez odpoczynku, bez bólu iść może. Jeśli przypadek jest czysty, t. j. bez powi-klania z wadami zastawek, cierpieniem nerek, sklerozą naczyń ogólną i t. p., to wymiary tępości serca, i tony mogą być zupełnie normalne. W podob-nych warunkach dusznica bolesna jest zwykle brana za cierpienie wyłącz-nie nerwowe, za nerwicę serca.

Niekiedy już wtedy, lub też nieco później występują objawy ze stro-ny kanału pokarmowego, a zwłaszcza zgaga, odbijanie i t. p., które wpajają w chorego przekonanie, że istota choroby polega na cierpieniu żołądka ¹⁾.

Jakie jest wtedy zadanie lekarza? Na pierwszym planie powinien być wpływ psychiczny. Należy uspokoić chorego wystraszonego swem cierpie-niem, nie mówić mu o „zwąpnieniu żył sercowych”, jak się to często zdarza.

¹⁾ „Dusznica bolesna, przebiegająca pod postacią cierpienia żołądka“, napisał dr. J. PA-WIŃSKI. Gazeta Lekarska, 1907 r.

Takie nieogłędne powiedzenie zatruje nieraz choremu spokój na całe życie, wprowadzi go w stan hipochondryczny, odbierając nadzieję wyzdrowienia.

Należy choremu zalecić przepisy higieniczne i dyetytyczne, zabronić używania tytoniu, napojów wyskokowych, a w razie potrzeby podawać przetwory bromu.

Jeśli w układzie tętniczym znajdziemy wzmożone napięcie (*hypertensio*), to oprócz diety przeważnie mleczno-roślinnej — odpowiednimi będą przetwory jodu (*Natrum* lub *Kali jodatum*, *Tr. jodi*, *Jodvasogen*, *Jodipina*, *Jodone Robin'a* i t. p.). Nie należy jednak rozpoczynać od dużych dawek, lecz od małych, licząc się z indywidualną wrażliwością. Bywa ona często niezmiernie wielką i przedstawia przeciwieństwo z dużą tolerancją, jaką co do jodu spostrzegamy u chorych, dotkniętych syfilisem.

Jeśli dusznica bolesna rozpoczyna się nie z wolna, lecz nagle od napadu, to po zastosowaniu bromu, morfiny, lub innego środka usmierzającego ból, należy przedewszystkiem chorego na kilka dni pozostawić w spokoju, najlepiej w łóżku. Nieraz tego rodzaju wypoczynek chroni chorego na całe miesiące, lub nawet lata od dalszych napadów. Skoro mamy do czynienia ze zbytnią wrażliwością systemu nerwowego, lekkie procedury hydropatyczne mogą być bardzo przydatne. W tymże samym celu, jak również dla tonizacji układu naczyniowego stosować można kąpiele kwasowęglowe ¹⁾. Należy tylko rozpoczynać od kąpiei słabszych i stopniowo przechodzić do silniejszych, licząc się bardzo ze stopniem napięcia naczyniowego. Przy znacznej hipertensyi kąpiele podobne uważam za przeciwwskazane.

Chorym dotkniętym zaburzeniami w czynności kanału pokarmowego, wątroby lub w przemianie materii należy zalecić użycie wód mineralnych, zawierających sole średnie lub chlorek sodu [Karlsbad, Marienbad, Terasp, Kissingen, Homburg i t. p.] Usunięcie ze krwi produktów nieprawidłowej przemiany pierwiastków, jakie się wytwarzają przy wspomnianych powyżej cierpieniach, wpływa pomyślnie nie tylko na zmniejszenie napadów, lecz działa na odżywianie mięśnia sercowego i na czynność nerek. Ponieważ w miejscowościach wymienionych znajdują się kąpiele, obfitujące w kwas węglowy, przybywa więc jeszcze jeden czynnik leczniczy, tonizujący serce i naczynia.

Tutaj pozwolę sobie zrobić praktyczną uwagę, ażeby chorzy po odbyciu kuracyi w powrotnej drodze nie zwiedzali większych miast, jak się to zwykle dzieje. Oglądanie muzeów i innych osobliwości, połączone ze zmęczeniem nie tylko psychicznem, lecz i fizycznym, z nieregularnym trybem życia wielkomiejskiego, staje się często powodem występowania nieraz bardzo groźnych napadów dusznicy bolesnej i utraty pomyślnych skutków kilkotygodniowego leczenia.

¹⁾ „O wpływie kąpiei, zwłaszcza zawierających kwas węglowy na krwiobieg“, napisał dr J. PAWIŃSKI. *Odczyty Kliniczne*, 1905 r.

Czas trwania początkowego okresu bywa różny m. Niekiedy bywa krótkim, napady stają się coraz częstsze, przechodzi on w okres drugi, lub kończy się nagle śmiercią. Po większej jednak części, zwłaszcza przy możliwości uregulowania sposobu życia, braku wzruszeń moralnych, troski o byt powszedni, okres ten trwać może nie tylko miesiące, ale i lata; chory umiera nie z dusznicy bolesnej, lecz z innej choroby. Zdarza się również, że *ang. pectoris* kończy się wyleczeniem, zależnem od wytworzenia się blizny w mięśniu serca, w miejscu, do którego zwężone tętnice wieńcowe doprowadzają skąpo krew. Poprawa, lub wyzdrowienie może także nastąpić wskutek wytwarzania się obocznego krążenia krwi ¹⁾.

Okres drugi charakteryzuje się występowaniem bólów już nie tylko przy prędkim chodzeniu, lecz przy wolnem. często w domu, wśród spokoju, niekiedy w łóżku, przy przewracaniu się z boku na bok. Należy przypuszczać, że zmiany sklerotyczne w tętnicach wieńcowych wzmagają się, że w wielu miejscach powstają w mięśniu serca ogniska, bądź to stłuszczenia, bądź to nekrozy anemicznej, w końcu zaś blizny łącznotkankowe. W okresie tym, wszystko co jest w stanie zwiększyć opory obwodowe, a więc pracę serca, wywołać może większy lub mniejszy ból, lub nawet napad stenokardyalny. W tymże czasie uwydatnia się bardzo szkodliwy wpływ bodźców nerwowych, moralnych podobnie i zaburzeń biorących początek z kanału pokarmowego. Zaznaczyć trzeba, że już w tym okresie niektórzy chorzy zaczynają uskarżać się na utrudnienie oddechu przy chodzeniu. Niekiedy nie są oni w stanie wyróżnić uczucia bólu od duszności, mówią tylko o zatykaniu, o opresyi w piersiach.

W wielu razach po ustąpieniu napadu, zwłaszcza silniejszego, tępość serca ulega powiększeniu w wymiarze poprzecznym. Rozszerzenie serca może kilka dni przetrwać — choć wogóle nie bywa ono znacznem. W tym okresie zaczynają też występować od czasu do czasu pewne oznaki słabnącej czynności serca; rzężenia wilgotne w dolnych częściach płuc, obrzmienie wątroby, nieco białka w moczu, szmer skurczowy u wierzchołka serca. Szmer ten zjawia się chwilowo niekiedy obok tonu, zwykle po ruchu, zmęczeniu. Powstaje on najczęściej wskutek wytworzenia się względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Napięcie naczyniowe z powiększonego staje normalnem, lub co częściej się zdarza, zmniejszonym (*hypotensio*). W takich okolicznościach kilkodniowy odpoczynek w łóżku, przy jednoczesnem użyciu naparstnicy, wywiera bardzo korzystny wpływ na poprawę cyrkulacji, przytem bywa często jedynym skutecznym środkiem przeciw występowaniu napadów duszniczych.

¹⁾ Coronararterien und Herzmuskel von Prof. Dr. HIRSCH und Prof. Dr. SPALTEHOLZ. Deutsche Med. Woch. 1907. Nr. 20.

cy bolesnej. Po pewnym czasie można przejść do strofantu, podając go w postaci nalewki 3 — 4 razy dziennie po 6 — 12 kropel.

Niektórzy przypisują wielką skuteczność w leczeniu napadów stenokardji diuretynie, która ma jakoby usuwać skurcz naczyń wieńcowych, ja jednak nie byłem w stanie potwierdzić pochwał, przypisywanych temu leкови.

Może ona tylko wpływać na serce drogą pośrednią przez swój wpływ moczopędny, jak również przez lekkie pobudzające działanie na mięsień serca. Co się tyczy przetworów jodu, to w okresie zmniejszającej się sprawności serca i spadku ciśnienia tętniczego należy być ostrożnym z ich zastosowaniem, zwłaszcza skoro odżywienie ogólne podupadać zaczyna. To samo można powiedzieć o kąpielach kwaso-węglowych.

W trzecim okresie dusznica bolesna jest już więcej chorobą mięśnia sercowego (*myodegeneratio cordis*), aniżeli naczyń. Na pierwszy plan występuje duszność, bole odgrywają już drugorzędną rolę: napady rozpoczynają się zwykle od krótkiego, słabego bólu, poczem zjawia się dychawica.

W przyrządzie cyrkulacyjnym występują już stale wyraźne oznaki upadającej energii mięśnia sercowego. Przedewszystkiem napięcie tętna zmniejsza się, serce ulega rozszerzeniu, wątroba znacznie nabrzmiwa, w płucach występują stale rzężenia wilgotne, obrzękowe, często zawały krwotoczne. W moczu zjawia się białko i to często w dużej ilości, wałeczki nerkowe. Obrzęk kończyn dolnych zwiększa się. W opłucnej, w jamie otrzewnej zjawiają się przesięki — słowem, mamy przed sobą obraz niewyrównanej wady zastawek serca.

Napady występują już bez widocznego powodu, bardzo często w nocy, towarzyszą im suche rzężenia [świsty], co nadaje im cechy dychawicy oskrzelowej. W innych znowu razach atak trwa krótko, lecz kończy się obrzękiem płuc i bywa często groźnym dla życia chorego.

W tym okresie wskazane są: naparstnica, strofant, teobromina w połączeniu ze środkami podniecającymi, jak kofeina, kamfora. W ogóle powiedzieć można, że skuteczność terapii w przypadkach tego rodzaju, w których przed wystąpieniem objawów zwyrodnienia mięśnia sercowego, istniała dusznica bolesna, jest wątpliwa, a rokowanie złe.

Leczenie samego napadu. Przedewszystkiem należy pozwolić przyjąć choremu pozycję, jaką sobie instynktownie sam wyszukuje. W napadach bardzo ciężkich wybiera on pozycję leżącą, albo stojącą z oparciem o drzwi, szafę i t. p. Niektórzy unikają napadów, lub łagodzą ich natężenie przez ogrzewanie w porze zimowej pokoju sypialnego, lub pościeli. Jeśli do bólu przyłącza się duszność, chory bezwarunkowo nie jest w stanie leżeć, najlepiej mu jeszcze w pozycji stojącej, lub siedzącej z głową opuszczoną nieco ku przodowi i opartą o jaki przedmiot. Jeden z moich chorych opowiadał mi, że jeśli dostaje napadu czyto w domu, czy też na ulicy, to szu-

ka przedewszystkiem miejsca, aby mógł usiąść, zachować jak największy spokój i nic nie mówić. To ostatnie stanowi najważniejszy warunek szybkiego ustąpienia napadu, a najtrudniejsze do wypełnienia. Przechodnie, widząc człowieka mocno cierpiącego zadają mu różne pytania, bądźto w chęci dopomożenia mu, bądźto ze współczucia, lub ciekawości. W celu uniknięcia tego poradziłem mu, aby miał przy sobie zawsze karteczkę z prośbą o nie rozpoczynanie rozmowy podczas ataku.

Do środków bardzo skutecznych, zwłaszcza w przypadkach ze wzmożeniem napięciem naczyniowem należą nitryty. Działanie ich polega na własności rozszerzania naczyń. Pierwsze miejsce pomiędzy tymi lekami zajmuje nitrogliceryna [trynityryna], którą podajemy w roztworze wysokowym 1:100 w postaci pastylek, zawierających po 0.0005, lub w kroplach [1—3]. Niektórym chorym więcej pomaga wdechowanie amylnitritu [2—6 kropel], lub *Natrum nitrosum* [w roztworze 1.0—2.0 na 180 *Aq. destil.*] 3—4 łyżek dziennie. Niekiedy chinina w dozie 0.3 napad skraca. Niektórzy zalecają antypirynę, fenacetynę, salipirynę, pyramidon i t. p. Z zastosowaniem leków tych należy być bardzo ostrożnym, zwłaszcza w przypadkach z niedomogą serca połączonych. Leki te sprowadzają, często wśród obfitych potów, upadek sił i nawet groźną zapaść. Jeśli środki powyższe nie zmniejszają bólu stenokardyalnego, należy podać morfinę lub zastrzyknąć ją podskórnie w ilości 0.01—0.015 grm. Tam, gdzie tętno jest dobre, miarowe niema się co obawiać morfiny. W przypadkach, w których sprawność serca jest wątpliwą, należy naprzód zastrzyknąć kofeinę lub kamforę, a następnie morfinę.

Jeśli przyczyną napadu była niestrawność, błędy w dyecie, powodujące wzdęcie brzucha, wypada przedewszystkiem opróżnić kanał pokarmowy, najlepiej zapomocą ławatywy, zwłaszcza, jeśli idzie o prędki skutek. Unikać należy środków silnie działających, drastycznych, aby nie wywełać zbyt częstych wypróżnień, te bowiem, jako połączone z wysiłkiem fizycznym, mogą dać powód nie tylko do częstszych napadów stenokardyi, lecz i do groźnego nieraz wyczerpania serca.

Co się tyczy patogenezy i leczenia stenokardyi, pochodzącej z samozatrucia ustroju, jak również towarzyszącej influency i zakażeniu septycznemu, to wyłożyłem je w innych moich pracach ¹⁾.

Na zakończenie wypada nam jeszcze dorzucić słów kilka o samopomocy, jaką ustrój sobie wytwarza w niektórych przypadkach dusznicy bolesnej ²⁾. Dzieje się to za po-

¹⁾ O wpływie influency na serce. *Gazeta Lekarska*, 1890. Dusznica bolesna, jako objaw samozatrucia ustroju. *Gazeta Lekarska*, 1906 r. O wpływie suchego zapalenia osierdzia na powstawanie stenokardyi i dychawicy sercowej. *Gazeta Lekarska* 1897. Zaburzenia innerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych. *Gazeta Lekarska* 1901. Dusznica bolesna w zakażeniu septycznem. *Gazeta Lekarska* 1903.

²⁾ O samopocy organizmu w dusznicy bolesnej. *Gazeta Lekarska*, 1906.

średnictwem powstawania wad zastawek serca, po większej części czynnościowej natury, zwłaszcza zaś niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty i zastawki dwudzielnej. Wskutek tego praca pewnych części serca zmniejsza się, innych powiększa się. Ostatecznym zaś wynikiem podobnych zmian będzie regularniejszy i dokładniejszy dopływ krwi do tętnic wieńcowych, lepsze odżywianie się włókien mięsnych i wytwarzanie się przerostu, zwłaszcza lewej komórki.

II. Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU ŚW. ROCHA W WARSZAWIE.

Rana kłuta śledziony i przepony.

Przepuklina przeponowa. Wycięcie śledziony.

Podał

A. Ciechomski.

Wśród uszkodzeń śledziony rany kłute narządu tego są najrzadsze.

Podług BERGER'a (1) liczba ich nie przenosi więcej niż 42 przypadki, co wobec 500 mniej więcej znanych w literaturze uszkodzeń śledziony w ogólności stanowi istotnie liczbę niewielką. W 10-iu pomienionych przypadków stwierdzono wypadnięcie uszkodzonego narządu na zewnątrz przez ranę w powłokach brzusznych; oprócz powyższych 42-u przypadków 30 razy spostrzegano wypadnięcie śledziony nieuszkodzonej przez ranę zewnętrzną, co podciągnięto również pod kategorię ran kłutych śledziony.

Jako narząd miękki i nader obficie unaczyniony, śledziona częściej mogłaby ulegać uszkodzeniom, gdyby jej nie chroniły sąsiednie żebra, dlatego też narząd ten chorobowo powiększony, a więc wystający poza żebra, łatwiej podlegał winien uszkodzeniom, aniżeli zdrowy wielkości prawidłowej.

Podczas wojen dawniejszych, gdy walczono więcej białą bronią, rany kłute śledziony bywały częstsze, w czasach obecnych natomiast pierwsze i wyłączne prawie miejsce należy się postrzałom.

W wykazach statystycznych z wojny domowej amerykańskiej, jak również z wojny francusko-pruskiej niema ani jednego przypadku rany kłutej

śledziony, pomimo, że podczas ostatniej tej wojny wyraźnie stwierdzono w armii francuskiej 667 przypadków zranienia lancą.

LARREY podczas wojen Napoleońskich przekonał się, że ludzie władający wyłącznie ręką lewą [mańkuty] ulegali więcej uszkodzeniom śledziony już dlatego, że opuszczona ręka lewa stanowi bądź co bądź pewną osłonę boku lewego.

Przypadkowo rany kłute śledziony zdarzały się niekiedy przy czynnościach lekarskich, np. 3 razy przy nakłuciu próbnym jamy brzusznej, 3 razy nożem podczas operacji w sąsiedztwie narządu tego.

EDLER (2) zebrał 160 przypadków uszkodzenia śledziony; podług autora tego 21,8% przypada na rany cięte lub kłute.

Wypadnięcie śledziony na zewnątrz zarówno uszkodzonej jako też i nieuszkodzonej spostrzegać się daje niezbyt rzadko, a to wskutek tłoczenia narządu tego ku dołowi przez kurczącą się przeponę przy osłabianiu mięśni brzucha oraz wobec wiotkości i długości więzadeł śledziony.

Zranienie przepony, jako powikłanie przy uszkodzeniach śledziony, znacznie rzadziej niż pierwsze towarzyszy ranom kłutym, tymczasem przy ranach postrzałowych powikłanie takie zdarza się w 70,5% przypadków.

Zatem przy ranach ciętych lub kłutych częściej powinniśmy widywać wypadnięcie śledziony, o ile znowu przy postrzałowych — przepuklinę przeponową.

W przypadku, spostrzeganym przeze mnie, mieliśmy do czynienia z raną kłutą śledziony, drążącą przez opłucną i przeponę w kierunku z góry ku dołowi oraz powikłaną przepukliną przeponową; zarówno względna rzadkość takich zranień śledziony, jako też i powikłanie, towarzyszące tego rodzaju uszkodzeniu narządu, skłoniły mię do ogłoszenia niniejszego przypadku.

W dniu 25-go marca 1903 r. wieczorem przywieziono do szpitala K. M., szewca z zawodu, lat około 24 mającego, z powodu rany kłutej na klatkę piersiową oraz stłuczeń lewego barku, prawego przedramienia i czoła. Po usunięciu opatrunku, nałożonego natychmiast po wypadku przez lekarza Pogotowia, stwierdzono w 9-em międzyżebżu lewym na linii pachowej tylnej ranę kłutą długości 1 ctm., najwidoczniej drążącą do jamy opłucnej, zresztą prawie niekrwawiącą; obok tego stwierdzono kurczowe napięcie powłok brzusznych zwłaszcza w części górnej, powstające od czasu do czasu; podczas skurczów tych chory jęczy z bólu, trudno jednak ocenić natężenie i charakter owego bólu, u człowieka mocno odurzonego alkoholem, a więc prawie nieprzytomnego.

Około północy znalazłem objawy powyższe prawie bez zmiany, nadto tętno 100, równe i niewielkie. Ból w podżebrzu lewym zależał, zdawało mi się, od zranienia przepony. Nazajutrz objawy stały się wyraźniejsze, przede wszystkim chory oprzytomniał, skarży się na mocne bole w podżebrzu lewym podczas głębszego oddechu, wskutek tego unika jęku i mowy oraz stara się oddychać, o ile można, powierzchowniej. Całą noc chory nie spał z powodu owego bólu, nie wymiotował, a mocz czysty oddał dwa razy.

Badanie szczegółowe wykazało zmiany następujące: brzuch niewzdęty, natomiast deskowato twardy z powodu napięcia mięśni; opukiwanie wykazuje rozległe stępienie w lewej połowie jamy brzusznej, poczunające się od lewego podżebrza, oraz obecność wolnego płynu w jamie otrzewnej. Wiatry nie odchodzą, tętno 120, małe i miękkie, błona śluzowa warg, jak również skóra na twarzy blada.

Mając na względzie ów wolny płyn w jamie otrzewnej oraz stępienie odgłosu wypukowego z lewej strony, przypuszczaliśmy krwotok do jamy brzusznej wskutek zranienia jednego z narządów w niej zawartych, z uwagi zaś na potężne bóle z lewej strony przy oddychaniu przypuszczaliśmy ranę przepony i co za tem idzie—przepuklinę przeponową. Zarówno miejsce i kierunek rany na klatce piersiowej, tudzież rana przepony najwięcej przemawiały za zranieniem śledziony, jako narządu najbliższego, który musiał stanąć na drodze sztyletowi, drążącemu przez przeponę.

Z takim właśnie rozpoznaniem, które jak zobaczymy zaraz, całkowicie sprawdziło się, przystąpiłem do operacji.

W uspieniu chloroformowem po uprzednim zastrzyknięciu pod skórę morfiny wykonałem rozległe cięcie powłok klatki piersiowej w kierunku 9-go żebra przez zadane pchnięcie, przez ranę tę wyrezekowałem z 9-go i 10-go żebra odcinki po 12 — 14-u ctm. długości, poczem po otworzeniu opłucnej na całej długości rany oraz należytem jej rozszerzeniu znalazłem istotnie w lewej jamie opłucnej kawał sieci długości co najmniej 20 ctm., który przedostał się tu przez ranę przepony i uwiązał w niej najwidoczniej; płuco lewe było oczywiście zapadnięte; rana w przeponie długości 2 ctm. miała kierunek strzałkowy i znajdowała się nieco ku przodowi od środka kopułowego wypuklenia jej ku jamie opłucnej; po podwiązaniu i całkowitem odcięciu uwięźniętej części sieci przeciąłem przeponę w kierunku przednio-tylnym przez zadaną ranę, posuwając się najpierw aż do przedniej granicy przepony, aby tym sposobem odsłonić sobie przedewszystkiem przednio-górną okolicę jamy brzusznej z lewej strony; przecięcie przepony miało wtedy 18—20 ctm długości; po zasłonięciu opłucnej lewej serwetką muslinową, rozwarłem na boki otwór w przeponie, rozwarcie to dało rozległy i łatwy przystęp do jamy otrzewnej; tu przedewszystkiem znalazłem mnóstwo skrzepów krwi, a po usunięciu ich wydobyłem również dużą ilość krwi płynnej; skoro odsunąłem ku dołowi i ku wewnątrz gwałtownie tłoczące się trzewa wnet znalazłem śledzionę, a po uniesieniu ku górze dolnego jej bieguna spostrzegłem prawie na środku jej powierzchni zewnętrznej ranę długości 1½ ctm., dalej, przyglądając się powierzchni wewnętrznej, odpowiadającej wnęce, znalazłem również ranę długości 1 ctm., przebiegającą podłużnie w odległości 3 milim. od wnęki i równoległe do niej; mieliśmy zatem do czynienia z raną drążącą śledziony z wykluciem, znajdującem się zaraz przed wnęką.

Ranę tę, krwawiącą niezbyt obficie, lecz bez przerwy, usiłowałem zeszyć, wszelkie jednak próby były bezowocne już choćby dlatego, że z powodu

blizkiego sąsiedztwa wnęki można było wykłuwać igłę zaraz niedaleko brzegu rany, a nitka podczas wiązania natychmiast przecinała cienką warstwę mięszu śledziony. Nic dziwnego przeto, że po próbach tych krwawienie było większe z rany i rozerwanego mięszu, nie pozostawało zatem nic innego jak tylko usunąć cały narząd. Usunięcie to wykonałem po wyosobnieniu i podwiązaniu pni naczyniowych śledziony. Najciekawsze wszakże było dalsze postępowanie z raną, mianowicie odgraniczenie jamy opłucnej od jamy otrzewnej. W tym celu brzegi górnej części rany przeponowej, która, jak powiedziano wyżej, biegła w kierunku strzałkowym, spoilem szwem z opłucną ścienną na wysokości 8-go międzyżebra; tym sposobem jama opłucnej całkowicie została zamknięta, a nadewszystko odosobniona od reszty rany; dalej pozostałą część rany przepony zeszyłem z brzegiem opłucnej, tworzącej jej uchylek przeponowy; zatem rozciągniętą ranę przepony spoilem z brzegiem opłucnej dokoła otworu w powłokach zewnętrznych, który wtedy przez 8-e i 9-e międzyżebra prowadził wprost do jamy otrzewnej. Oczywiście jama opłucnej lewej pozostała skróconą i pozbawioną całkowicie uchylka przeponowego.

Utworzony tym sposobem na klatce piersiowej obszerny otwór znakomicie udostępnił część górną jamy otrzewnej, jak również odsłonił mi należycie podwiązane naczynia śledziony, w których kierunku wprowadziłem na ostatek worek MIKULICZA z kilku paskami gazy wyjałowionej.

Mając na uwadze olbrzymią utratę krwi u chorego przed operacją, a więcej jeszcze pozbawienie go tak ważnego narządu, nie śmiałem wróżyć sobie łatwego przebiegu pooperacyjnego oraz pomyślnego zejścia w tym przypadku.

Natychmiast po operacji wobec wyraźnego upadku tętna zastrzyknięto pod skórę $1\frac{1}{2}$ litra 9‰ roztworu fizyologicznego soli, tudzież 2.0 olejku kamforowego.

Wieczorem około 9-ej ciepłota 35.6° , tętno 150, małe, drobne; powtórnie zastrzyknięto pod skórę 900,0 roztworu 9‰ soli oraz zalecono okład gorący na głowę, a wewnątrz kawę czarną z koniakiem i arakiem. D. 27. III stan znacznie lepszy, tętno 110, dość wyraźne, ciepłota $36,8^{\circ}$ — $37,4^{\circ}$, mocz oddaje chory dowolnie i obficie.

[C. d. n.].

III. Przyczynek do etyologii i terapii gorączki porodowej.

Staphylococcaemia, Serotherapia specifica.

Napisał

Józef Jaworski.

Według przemówienia w seceyi ginekologiczno-akuszerskiej X-go Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, w Lipcu, r. b., we Lwowie.

Poglądy o przyczynowości zakażenia połogowego, nawet w nowszych czasach, ulegały dużym zmianom i dopiero w miarę coraz dokładniejszych badań bakteryologicznych zapatrywania pod tym względem stopniowo, coraz więcej poczęły się ustalać.

Przed laty mniej więcej 20-u większość badań w tym kierunku podejmowanych zdawały się ku temu głównie zmierzać, że nawet różnorodne postaci zakażenia połogowego są dziełem właściwie jednej tylko istotnie czynnej w tym razie bakteryi, jaką jest paciorkowiec.

Są to, między innymi, badania: F. WIDAL'a ¹⁾, CZERNIEWSKIEGO ²⁾, DOYEN'a ³⁾, WINKEL'a ⁴⁾, WALDHARD'a ⁵⁾, G. FRAENKEL'a ⁶⁾, a także J. JAWORSKIEGO przy udziale O. BUJWIDA).

Autorzy ci dowiedli, że zakażenie połogowe, bez względu na jego stopień i umiejscowienie anatomiczne, zawsze bywa wywoływane wtargnięciem do narządów rodnych, w położu, paciorkowca. Wśród drobnoustrojów kanału rodowego wprawdzie znajdowano oprócz paciorkowca i inne bakterye chorobotwórcze, jak gronkowce, dwoinki tryprowe, prątki kątnicze, lasecznika ropy błękitnej t. d., głównym jednak sprawcą zakażenia połogowego w rozmaitych jego postaciach bywa paciorkowiec ropotwórczy.

Następnie przekonano się, że zakażenie połogowe występować może pod postacią zakażenia mieszanego, t. j. przyczyną jego mogą być wszystkie wyżej wymienione bakterye, lub wywołują go skojarzenia mikrobowe tylko pewnych grup bakteryi.

1) Semaine Medicale, 1888.

2) Archiv. f. Gynaekologie 1888.

3) Semaine Medicale, 1888.

4) Archiv. f. Gynaekologie, 1895.

5) Centralbl. f. Bakteriologie, 1889.

6) Kronika Lekarska i Wiener Medicinische Presse, 1892.

W miarę dalszych postępów bakteriologicznych badań nad zakażeniem połogowym ustalono, iż przyczyną jego mogą być tak dobrze paciorkowce, gronkowce we wszystkich odmianach swoich, jak i dwoinki tryprowe, nawet prątki kątnicze (*infection colibacillaire* CAPALDI'ego).

Z drugiej strony i sam gatunek paciorkowca, powodujący zakażenie niezawsze bywa jednaki, co właściwie, jak wiemy, wpłynęło na sposób przygotowywania surowicy odnośnej, którą uważać trzeba za mieszaną, t. j. otrzymaną przez uodpornienie koni rozmaitymi gatunkami paciorkowca.

O ile zakażenie połogowe, warunkowane paciorkowcami, bywa najpolsztą postacią bakteriologiczną gorączki połogowej, a nieco rzadszą—skojarzenie mikrobowe paciorkowców i gronkowców, to postać zakażenia połogowego wyłącznie gronkowcami należy do bardzo rzadkich. Zresztą, zakażenie takie, najprawdopodobniej częściej się wydarza niż bywa rozpoznawane, ponieważ ściśle badania krwi na bakterye w zakażeniach połogowych względnie rzadko bywają dokonywane. Co się zaś tyczy badań takich zawartości pochwy, w połogu, to one, jako niezupełne, nie mogą być miarodajnymi.

Seroterapia zaś swoista, t. j. surowica przeciwgronkowcowa, jako nie we wszystkich instytutach bakteriologicznych wyrabiana, stosowaną bywa również rzadko.

W literaturze, dotyczącej wogóle badania zakażenia gronkowcami i stosowania surowicy przeciwgronkowcowej, między innymi następujące prace zasługują na uwagę.

W. PETERSEN ¹⁾ w pracy swojej wyraża pogląd, że zakażenie gronkowcowe (*staphylococcosis*) jest chorobą zakażno - toksyczną, w której walka zwrócona być musi zarówno przeciwko zarazkom, jak i wytwarzanym przez nie toksynom. Usiłowania autora w celu otrzymania czystej gronkowcowej toksyny nie osiągnęły skutku.

Działanie surowicy przeciwgronkowcowej, zdaniem autora, jest przeważnie bakterjobójcze.

FR. PROESCHER ²⁾, pierwszy dowiódł na drodze doświadczalnej, że immunizacja bierna zwierząt przeciwko gronkowcom jest zupełnie możliwą. W celu otrzymania silnej surowicy przeciwgronkowcowej bywa koniecznem przeprowadzenia uodpornienia zapomocą żywych, złośliwych gronkowców. Według autora, surowica przeciwgronkowcowa działa w sposób pobudzający, jako *stimulans* na leukocyty: pod wpływem autotoksyny białe ciała krwi stają się dodatnio chemotaktycznymi i chciwie pochłaniają koki.

R. KRAUS u. E. PRIBRAM ³⁾, drogą doświadczalną przekonali się, że

¹⁾ W. PETERSEN. Ueber Immunisirung und Serumtherapie bei der Staphylococcosis. Baumgartens Jahresbericht, 1897, p. 28.

²⁾ FR. PROESCHER. Die Gewinnung von Antistaphylokokkenserum. Centralblatt f. Bakteriologie, I Abteilung T. XXXVII, 1904, Z. 2.

³⁾ R. KRAUS u. E. PRIBRAM. Ueber Staphylokokkentoxin und dessen Antitoxin. Wiener klin. Wochenschr. 1906. 17.

w odżywkach bulionowych gronkowca złocistego wytwarzają się i antytoksyny, a oprócz tego dowiedli, iż pewne hodowle przeciwgronkowcowe wydzielają jeszcze istotną toksynę, która przechodzi do filtratu hodowli.

VIGUERAT ¹⁾ stosował w celu leczniczym swoją surowicę przeciwgronkowcową, otrzymaną od kóz, w przypadkach ostrego *osteomyelitis*, w różnych sprawach ropnych. Leczone surowicą były tylko te przypadki, w których nie istniało zakażenie mieszane.

Surowica stosowana była po 10 ctm. sz. Objawów ubocznych i wysypki płuńczej w 2-ch przypadkach nie zdarzyło się zauważyć. Wyzdrowienie następowało szybko, już po paru dniach. Bakterye wydalone podczas leczenia przedstawiały oznaki rozpadu, albo były pozbawione swej złośliwości.

Koki leżały przeważnie na zewnątrz leukocytów, wobec czego najprawdopodobniej fagocytoza w sprawie tej nie odgrywa roli. Autor natomiast przypuszcza, że surowica przeciwgronkowcowa prawdopodobnie czyni nieszkodliwymi i neutralizuje wydzielane przez gronkowce toksyny.

Prace dotyczące wyłącznie leczniczego zastosowania surowicy przeciwgronkowcowej, nie są liczne. Między innymi E. MORITZ ²⁾ zastosował w ciężkim przypadku zapalenia wsierdza o cechach złośliwych, gdy inne leki pozostały bez skutku, surowicę przeciwgronkowcową 6-ciokrotnie po 5,0 ctm. sz. Ciepłota spadła, samopoczucie poprawiło się, przerzuty zniknęły; pozostały tylko objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej i przyspieszenie tętna.

Zbliżony co do wyniku przypadek, opisał B. APPING ³⁾. Przy skrytej postaci zakażenia, gdy zastosowanie surowicy przeciw paciorkowcowej okazało się bezskutecznym, autor przeszedł do zastrzykiwań surowicy przeciwgronkowcowej. Po pięciokrotnym zastrzyknięciu po 10 ctm. sz. surowicy, nastąpiła szybko poprawa, następnie zupełny powrót do zdrowia.

Natomiast dwaj autorzy angielscy, E. F. MAYNARD u. F. G. BUSCHNELL ⁴⁾ podali podobny przypadek co do powstania, lecz z wynikiem leczniczym ujemnym, zakończonym śmiercią, pomimo stosowania surowicy przeciwgronkowcowej. Z krwi otrzymano czyste hodowle gronkowca.

E. DOYEN ⁵⁾ w artykule, o leczeniu surowicą przeciwgronkowcową, podaje licznie duży materiał, lecz bardzo różnolity, co do rozmiarów i natężenia sprawy chorobnej. Wyniki autor otrzymał dodatnie od zastrzykiwań małych, po 5 ctm. sz. We wniosku końcowym DOYEN radzi zastrzyki-

¹⁾ VIGUERAT. Das Staphylokokkenheilserum. Baumgartens Jahresbericht, 1894, p. 32.

²⁾ E. MORITZ. Zur Serumtherapie bei endocarditis maligna. St. Petersburger Medicinische Wochenschrift, 1898, 19.

³⁾ G. APPING. Ein Fall von kryptogenetischer Septicaemie, geheilt durch Antistaphylokokkenserum, St. Petersburger Medicinische Wochenschrift 1900, 13.

⁴⁾ The Lancet. 1805, VIII. Referat w Semaine medicale.

⁵⁾ Revue thérapeutique, 1903, 4.

wania surowicy przeciwgronkowcowej w przypadkach ran tłuczonych, nieczystych.

Z załączonego przeglądu literatury odnośnej, okazuje się, że kazuistyka seroterapii przeciwgronkowcowej w porównaniu np. z przeciwpaciorkowcową, jest wprost ubogą. Najwidoczniej, *staphylococcaemia* rozpoznawaną bywa rzadko, a seroterapia swoista jeszcze rzadziej stosowaną.

Chociażby z powyższych względów ogłaszam sam przez się ciekawy przypadek zakażenia płożowego gronkowcami, rozpoznany zapomocą dwukrotnego badania krwi chorej na bakteryje, a leczony surowicą przeciwgronkowcową.

Przypadek przeze mnie leczony przedstawia się w krótkości, jak następuje.

Osoba 28-letnia, 4 razy rodząca, poroniła w 5-tym miesiącu ciąży. Poronienie nie nastąpiło od razu, lecz trwało dni kilkanaście przy stanie podgorączkowym. Gdy wystąpiły, obok krwawień uprzednich, dreszcze, odchody cuchnące, chorą poddano badaniu dokładnemu. Okazało się, że z bardzo rozwartego ujścia zewnętrznego macicy, poszerzonego wskutek starego wysokiego rozdarcia szyjki, zwiesza się do pochwy worek płodowy w kształcie klepsydry, napęczniony wodą płodową, w której balotuje swobodnie płód. Po otwarciu worka tego wylało się zeń mniej więcej ze 100 grm. cieczy mętnej z odcieniem gliniastym mocno cuchnącej, oraz wypadł płód, rozmiarami odpowiadający 4-u miesięcowi ciąży, zmacerowany. Łożysko w części na pewnej przestrzeni odklejone usunięto palcem, a jamę macicy przepłukano roztworem lizolu. Ciepłota jednak nie spadała, przeciwnie podniosła się nieco. Po 12-u godzinach od chwili usunięcia płodu i łożyska ciepłota dosięgła 40,1°, tętno 120, odchody cuchnące. Ponownie przepłukałem obficie jamę macicy tym samym roztworem, a w podbrzusze zastrzyknąłem 50 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej. Ciepłota obniżyła się zaledwie o 1,0, tętno wskazywało poprzednią liczbę uderzeń na minutę. Zastrzyknąłem ponownie 50 ctm. sz. tej samej surowicy, a po 12-u godzinach od ostatniego zastrzyknięcia jeszcze 30 ctm. sz.

Tym sposobem chora mniej więcej w ciągu 36 — 40 godzin otrzymała 130 ctm. sz. surowicy przeciwpaciorkowcowej MARMORKA. Ciepłota najniższa podówczas zrana wynosiła 38,5°, wieczorem 39,1°. Tętno — 120 uderzeń na minutę, nierówne. Taki wynik zastosowania terapii uznałem za ujemny; postanowiłem na razie wobec przebiegu choroby zachować się wyczekująco. Gdy jednak w dwa dni po ostatnim zastrzyknięciu surowicy chora doznała wstrząsającego dreszczu i podwyższenia ciepłoty do 40,8°, a uderzeń tętna do 140 na minutę, zarządziłem zbadanie krwi na bakteryje. Tutaj dodać muszę, że przy spadku ciepłoty wystąpiła wielka duszność i ból w klatce piersiowej w okolicy serca, tętno nierówne, małe, przeszło 120 uderzeń na minutę. Przy badaniu okazuje się, że uderzenie serca jest na dużej przestrzeni, wierzchołek serca przeniesiony jest na lewo i na dół i przechodzi nieco za linię sutkową. Na wierzchołku serca szmer skurczo-

wy; wzmożenie drugiego tonu tętnicy płucnej; stłumienie serca w wymiarze podłużnym powiększone.

Kol. L. KARWACKI badania krwi dokonał w d. 30. I. 1907 r. Pod datą 2. II. 1907 r. uprzejmie mi doniósł o wyniku. „Posiałem 5 ctm. sz. krwi, wziętej strzykawką z żyły, do 200 ctm. sz. bulionu. Po 48-u godzinach obfity rozrost w posiewie gronkowców, nadzwyczaj silnie rozkładających czerwone ciała. Na pożywce stałej po 24-u godzinach słabe wytwarzanie żółtego barwika. Zdaje się, iż jest to odmiana złocista. Wobec takiego wyniku badania krwi niezwłocznie zastrzyknąłem przy C. 40,1°, tętnie 130 na minutę, 30 ctm. sz. surowicy przeciwgronkowcowej, pochodzącej z Instytutu Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu. Po 12-u godzinach ciepłota spadła na 37,0°, tętno na 110. Przy takim stanie, pierwszy raz od początku choroby, po zastrzyknięciu tej samej surowicy przeciwgronkowcowej 20 ctm. sz. ciepłota spadła po 24 g. na 36,8°, tętno 100 uderzeń na minutę. W ciągu następnych 24-ch godzin zastrzyknąłem jeszcze dwa razy po 10 ctm. sz. tej samej surowicy. Wahanía ciepłoty ustaliły się w granicach: zrana 36,5°, wieczorem 37,0° — 37,2°. Tętno pozostało, acz równem, jednak przyspieszonym, przez dłuższy czas i mniej niż 96 uderzeń na minutę, nie wynosiło nawet w parę tygodni po spadku ciepłoty. Ponowne krwi zbadanie w d. 15. II. 1907, t. j. w dwa tygodnie po 1-szem zastrzyknięciu surowicy przeciwgronkowcowej, dało wynik następujący: posiew krwi — 5 ctm. sz. do 200 ctm. sz. bulionu, nie dał ani śladu hemolizy. Pod mikroskopem posiew jałowy. Surowica aglutynuje własnego gronkowca tylko do rozcieńczenia 1 : 5. Chora powoli i stopniowo wracała do sił. Na osłabienie, duszność, występującą przy zmęczeniu, uskarżała się i w ciągu następnych tygodni. Przy końcu kwietnia wyjechała na południe.

Rozpatrując przypadek powyższy, na podstawie powstania, przebiegu klinicznego, oraz badania krwi na bakterye, przychodzę do wniosku, iż miałem do czynienia z posocznicą gronkowcową *in puerperio*, wikłaną ostrem zapaleniem wsierdza. Leczenie, polegające na zastosowaniu surowicy swoistej, przeciwgronkowcowej, jak się okazuje, dało wynik nie tylko zupełnie dodatni, lecz i szybki.

Spostrzeżenie opisane i poczerpnięte z literatury oraz badania moje ¹⁾ nad surowicą przeciw paciorkowcową i jej stosowaniem w gorączce porodowej nastroczą uwagi następujące:

Zakażenie samymi gronkowcami w położu, zdaje się, iż częściej się wydarza, niż bywa rozpoznawane.

Przypadki zakażenia gronkowcami, częściej, niż innego pochodzenia, przebiegają z ciężkimi zachorowaniami wsierdza.

¹⁾ Surowica przeciw paciorkowcową oraz stosowanie jej w gorączce porodowej. *Odczyty Kliniczne. Serya XIV. Z. 10. Warszawa 1902.*

Surowicę przeciwgronkowcową w odnośnych przypadkach uważać można poniekąd za środek leczniczy swoisty.

Surowica przeciwgronkowcowa z Instytutu Medyczny Doświadczelnej w Petersburgu, pomimo, że każde 10 ctm. sz. jej zawiera 0,5 ac. carbol-con., użyta nawet w większych niż średnie dawki, przy zdrowych nerkach nie wywołuje w nich zaburzeń.

W przypadkach gorączki połogowej, gdy się decydujemy na stosowanie seroterapii, będzie rzeczą bardzo pożądaną i celową przeprowadzenie badania krwi chorej na bakteryje.

Badanie odchodów w przypadkach gorączki porodowej, na czem porzucamy nawet BUMM, nie wystarcza, a nawet, wogóle, chybia celu.

Brak wyraźnego odczynu ze strony ustroju po zastosowaniu surowicy przeciw paciorkowcowej w przypadkach gorączki porodowej, w pewnych razach może być pobudką i wskazówką do przedsięwzięcia badania krwi chorej na bakteryje.

Wyraźny odczyn, lub brak tegoż po zastosowaniu surowicy przeciw paciorkowcowej lub przeciwgronkowcowej, stanowi ważną oznakę prognozy, co już dawniej stwierdziłem i na co uwagę zwracałem.

Zupełny brak odczynu ustroju po zastosowaniu jednej z dwu tych surowic, upoważnia w pewnej mierze do przypuszczenia, iż zakażenie wywołane zostało różnoimiennymi kokami z zastosowaną surowicą.

IV. Teorya jonów i jej zastosowanie w medycynie.

Napisał

Dr med. J. Pruszyński,

Ordynator szpitala św. Rocha.

Ciśnienie osmotyczne, które oznaczamy zapomocą plasmolizy, hemolizy czerwonych krążków krwi, osmometru PFEFFER'a, gęstości pary, punktu wrzenia cieczy lub najczęściej stosowanej i najbardziej praktycznej metody, kryoskopii, zależy od liczby cząsteczek, zawartej w danej cieczy.

Według VAN T'HOFF'a w roztworze rozcieńczonym ciało rozpuszczalne zachowuje się jak gaz i ulega prawu BOYLE'a i MARIOTTE'a, prawu GAY-LUSSAC'a oraz prawu AVOGADRO'a. W zastosowaniu do stężenia cząsteczkowego pierwsze prawo brzmi:

„Przy stałej ciepłocie ciśnienie osmotyczne roztworu jest w stosunku prostym do jego stężenia”. [Prawo BOYLE'a - MARIOTTE'a - VAN T'HOFF'a].

Drugie:

„Przy stałej objętości ciśnienie osmotyczne roztworów rozcieńczonych

$$P_t = P_o \left(1 + \frac{1}{273} t\right)$$

zwiększa się w stosunku prostym do temperatury absolutnej”. [Prawo GAY-LUSSAC'a - VAN T'HOFF'a].

Trzecie:

„Przy jednakowym ciśnieniu osmotycznym i jednakowej temperaturze jednakowe objętości różnych cieczy zawierają jednakową liczbę cząsteczek”. [Prawo AVOGADRO'a - VAN T'HOFF'a].

Dwa pierwsze prawa można przedstawić w równaniu:

$$P V = RT$$

gdzie P jest ciśnienie osmotyczne, V — objętość roztworu, T — temperatura absolutna, R — współczynnik stosunkowy (t. zw. *Gaskonstante*), który tak dla gazów, jako też dla większości cieczy wyraża się liczbą 1.991.

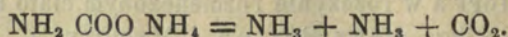
Według BLAGDEN'a obniżenie cząsteczkowe punktu zamarzania jest w stosunku prostym do ilości ciała rozpuszczonego i wyraża się wzorem $K = \frac{t}{m}$, gdzie t jest obserwowana temperatura zamarzania, m ilość grammo-cząsteczek [moli] lubich części na 100 wody. Takie cząsteczkowe obniżenie punktu zamarzania (K) dla wody = 18.6° jest stałe dla wszelkich roztworów rozcieńczonych, dla kwasu octowego wynosi 39,0°, dla benzolu 49°.

Stąd wynika, że jeżeli w 100 grm. wody rozpuścić 1 mól substancji, natenczas punkt zamarzania takiego roztworu = - 18.6°. Tymczasem ARRHENIUS zauważył, że roztwór molowy NaCl w 100 grm. wody (58.5 na 100) powinien mieć punkt zamarzania 36,3°, a więc o $\frac{36.3}{18.6} = 1.95$ razy niższy, aniżeli wynika to z prawa BLAGDEN'a.

A więc w równaniu $PV = RT$ należałoby wprowadzić współczynnik *i*, który oznacza stosunek liczby wyrażającej punkt zamarzania, stwierdzonej doświadczalnie, do liczby odpowiedniej, wyprowadzonej na drodze teoretycznej.

Takie odstępstwo od prawa BOYLE'a-MARIOTTE'a-GAY-LUSSAC'a znane jest dla gazów, ulegających dysocjacji.

Cząsteczka $NH_2 Cl$, jak to okazał ST. CLAIRE DEVILLE, przy ogrzewaniu rozszczepia się na HCl i NH_3 , stąd też gęstość pary jest dwa razy mniejsza, niż być powinna, gdyż liczba cząsteczek podwaja się; gęstość pary karbaminianu amonu potraja się, gdyż sól tarozszczepia się według wzoru:



Proces dysocjacji, według ARRHENIUS'a, zachodzący w roztworach solnych, jest powodem, że przy oznaczeniu stężenia cząsteczkowego należy uwzględnić współczynnik *i*.

W roztynach rozcieńczonych cząsteczki elektrolitów rozszczepiają się na jony. Jony, które pod wpływem prądu elektrycznego kierują się do anody, noszą nazwę anjonów, te zaś, które dążą do katody kationami.

NaCl w rozcieńczonym roztynie istnieje jako Na⁺ [katjon] i Cl⁻ [anjon].

Według CLAUSIUS'a jony znajdują się w roztynie w stanie ruchomym przed przeprowadzeniem prądu i tylko wolne jony mogą przyjmować na siebie ładunki elektryczne, które przenoszą je do odpowiednich elektrod. Taką siłą dysocjacyjną obdarzone są różne rozpuszczalniki, a bodaj czy nie w największym stopniu woda. Stąd wynika, że ciśnienie osmotyczne jest większe w cieczy, w której ciało rozpuszczalne rozszczepia się na jony, aniżeli wtedy, gdy w niej istnieją same cząsteczki.

W roztynach rozcieńczonych NaCl rozszczepia się na jony Na⁺ i Cl⁻. Nie leży jednak sądzić, że występuje tu sól metaliczny, który rozkłada wodę, ani też gaz chlorny; ciała te są zupełnie innego rodzaju. Produkty dysocjacji nie są tylko pojedynczymi atomami, lecz przedstawiają się w postaci ugrupowań atomowych; np. KOH rozszczepia się na K i OH.

Przy dysocjacji w roztynie jedne cząsteczki pozostają niezmienione; — te nazywa ARRHENIUS nieczynnymi, inne rozszczepiają się na jony; są to cząsteczki czynne. Jeżeli m oznacza liczbę cząsteczek nieczynnych, n zaś liczbę cząsteczek czynnych, k liczbę jonów, na które cząsteczka się rozkłada, natenczas w cieczy znajduje się

$$m + nk \text{ cząsteczek,}$$

Stąd wynika, że stosunek cząsteczek czynnych do ogólnej liczby cząsteczek

$$\alpha = \frac{n}{m + n} \quad (1)$$

stopień zaś dysocjacji, t. j. stosunek cząsteczek nierozszczepionych i rozszczepionych do wszystkich cząsteczek

$$i = \frac{m + nk}{m + n} \quad (2)$$

czyli

$$i = \frac{m + \alpha(m + n)k}{m + n} = \frac{m}{m + n} + \alpha k$$

$$\frac{m}{m + n} + \alpha = 1$$

$$\frac{m}{m + n} = 1 - \alpha$$

a więc
czyli

$$i = 1 - \alpha + \alpha k$$

$$i = 1 + (k - 1) \alpha$$

Oznaczenie przewodnictwa elektrycznego opiera się na własnościach prądów rozgałęzionych.

Jeżeli wyobrazimy sobie, że od strony Q idzie prąd w kierunku strzałki do a, to rozgałęziając się, przepływa tak w kierunku b jak d, i docho-



Rys. 1.

dzi do c. Następnie obie gałęzie prądu łączą się, aby powrócić do stosu.

Siła prądu w różnych gałęziach nie będzie jednakowa.

Wiadomo, że siła prądu [i] jest w stosunku prostym do

$$i = \frac{E}{R}$$

do siły elektrobodźczej (różnicy napięcia, różnicy potencjałów E) i w odwrotnym do oporu, R.

$$\text{Siła prądu w abc} = \frac{\text{różnica potencjałów między a i c}}{\text{opór a b c}}$$

$$\text{a siła prądu a d c} = \frac{\text{różnica potencjałów a d c}}{\text{opór a d c.}}$$

w części nierozgałęzionej a Qc siła prądu jest sumą sił obu rozgałęzień. Jeżeli obie gałęzie mają jednaki opór, natenczas siła prądu przez każdą z tych gałęzi przechodzącego, jest połową ogólnej siły.

Opór obu gałęzi przewodnika nie jest równy sumie oporów obu gałęzi, lecz o wiele mniejszy, aniżeli opór każdego przewodnika oddzielnie.

Jeżeli obie gałęzie są równej długości i posiadają jednakową średnicę, natenczas prąd idzie od a przez obie gałęzie w jednym czasie; jest więc to samo, jak gdyby był jeden przewodnik od a do c, lecz o podwójnem przecięciu. Opór takiego przewodnika jest tylko połową poprzedniego. A więc te dwie gałęzie razem przedstawiają opór równy połowie tylko oporu każdego przewodnika oddzielnie.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

65. Payr. Przeszczepianie gruczołu tarczowego do śledziony.

Autor przerobił szereg doświadczeń nad przeszczepianiem tkanki gruczołu tarczowego, która to operacja może znaleźć zastosowanie w przypadkach charłactwa po wycięciu tarczycy, oraz w przypadkach kretynizmu. PAYR uważa śledzionę za narząd najbardziej nadający się do tego rodzaju szczepień, dzięki nader obfitemu ukrwieniu śledziony. Tkanki w nią wszczone łatwo się przyjmują i rozwijają. PAYR twierdzi, że przy jego sposobie operowania nie ma obawy krwotoków podczas samej operacji, ani też po niej. Technika operacji jest następująca.

Przedewszystkiem wydobytą śledzionę z jamy brzusznej owija się w serwetę, zmaczaną w roztworze fizyologicznym soli i takimiż serwetami osłania się jamę otrzewną. Następnie P. obnaża tarczycę i wycina kawałek gruczołu, przeznaczony do przeszczepienia. Wycięcie to wykonywa za pomocą bardzo ostrego noża, przyczem stara się nie dotykać tkanek rękami. U zwierząt, które autor operował, a były to przeważnie koty i psy, przeszczepiał on cały jeden płat tarczycy.

Jeden raz operował P. na człowieku i tu wszczepił wyrostek stożkowy (*processus pyramidalis*) gruczołu. Po wyjęciu odpowiedniego płata z gruczołu, PAYR przecina go wzdłuż tak, że tenże płat tworzy dwie połowy, połączone ze sobą mostkiem z otoczki. Następnie składa ten kawałek tak, że otoczka znajduje się wewnątrz, a powierzchnię tworzy obnażona tkanka gruczołowa. W tem położeniu utrzymuje on przeszczepiony kawałek zapomocą paru szwów katgutowych i owija go także w serwetę, zmaczaną w roztworze soli. Najtrudniejszym aktem operacji, według autora, jest wytworzenie w śledzionie kieszeni, w którą ma być włożony wszczepiony gruczoł.

Ma ona odpowiadać ściśle wielkości wszczepionego kawałka. Zapomocą specjalnie obmyślonemu do tego celu noża w kształcie dłuta P. wytwarza taką kieszeń przez wbicie go pomiędzy otoczkę a mięsz śledziony w miejscu jak najbardziej oddalonym od wrót. Wytworzywszy kieszeń, P. szybko wkłada w nią przeznaczony do wszczepienia kawałek tarczycy i obszywa nad nim brzegi kieszeni zapomocą pętlowego szwu katgutowego; w końcu miejsce rany pokrywa siecią. Wszczepiony w ten sposób kawałek tarczycy rozwija się w śledzionie i fizyologicznie zupełnie zastępuje wyciętą tarczycę, jak tego dowiódł PAYR drogą licznych (około 30) doświadczeń na zwierzętach. W doświadczeniach tych postępował on według następującego planu. Pierwszym zabiegiem było wyjęcie połowy tarczycy i wszczepienie jej do śledziony. Po zupełnem wyzdrowieniu zwierzęcia po tej pierwszej operacji P. usuwał resztę tarczycy. O ile zwierzę nie ginęło od postronnych powikłań, P. spostrzegal je w ciągu czasu od pół roku do trzystu dni. Przez cały ten czas zwierzę zwykle nie zdradzało żadnych objawów spowodowanych brakiem tarczycy. Jako ostatni akt doświadczenia, P. wycinał śledzionę z wszczepioną tarczycą. Zawsze potem następowała śmierć wśród zwykłych objawów braku tarczycy.

Z doświadczeń nad ludźmi autor przytacza przypadek przeszczepienia czteroletniej dziewczynie-matołkowi kawałka tarczycy, wziętej od zdrowej matki tejeż pacjentki. Dziewczynka ta poza zupełnym brakiem jakichkolwiek oznak intelligencji była tak nierozwinięta cieleśnie, że nie umiała stać, chodzić, siedzieć i oddawała mocz i kał pod siebie. Uprzednio też dziewczynka przez dłuższy czas była leczona preparatami tarczycy bez żadnego wyniku. W trzy

miesiące po operacji dziecko zaczęło po trochu siadać, stać, a nawet i chodzić. Władza umysłowa także nieco się rozwinęła.

(Arch. f. klin. Chir., 1906. T. 80, str. 730).

S. Hubicki.

66. Cristiani i Kummer. O czynnościowym rozroście przeszczepionych kawałków tarczycy u człowieka.

Autorowie wbrew mniemaniu ENDERLEN'a dowodzą, że przeszczepiona tkanka gruczołowa nie tylko zachowuje swoistą funkcję fizyologiczną, lecz i rozrasta się, tworząc gniazda młodych komórek gruczołowych. CRISTIANI na zasadzie swoich doświadczeń wypracował pewne prawidła, których zachowanie gwarantuje przyjęcie się wszczepionej tkanki. Prawidła te są następujące:

- 1) Przeszczepianie może być dokonywane tylko w granicach jednego gatunku zwierząt.
- 2) Przeszczepiane kawałki muszą być bardzo niewielkie, ale zato liczne.
- 3) Przeszczepiona tkanka musi być żywa, to jest czas pomiędzy wyjęciem kawałka gruczołu a wszczępieniem go powinien określać się sekundami.

Autorzy opisują przypadek wycięcia dużego woła u 36-letniej kobiety, przyczem pozostawiono z gruczołu tylko wyrostek stożkowaty. Obawiając się charłactwa, wycięto dwa kawałki tkanki z usuniętych części i wszczepiono pod skórę prawego barku. Chora była spostrzegana w ciągu trzech lat i przez cały ten czas nie zdradzała żadnych objawów braku tarczycy. Wszczepione maleńkie kawałki rozrosły się tak, że je można było wyczuwać pod skórą w kształcie ziarn dużego grochu. Po trzech latach, gdy i pozostawiony wyrostek stożkowaty gruczołu tarczowego rozrósł się, wycięto jeden z przeszczepionych pod skórę barku kawałków i poddano go badaniu mikroskopowemu. Okazało się wówczas, że tkanka gruczołowa znacznie rozrosła się, tworząc ogniska w rozmaitym okresie rozwoju, począwszy od prostych gromadek komórek nabłonkowych bez śladu światła, a kończąc na wykształconych zupełnie pęcherzykach z zawartością klejową.

(Münch. med. Woch. 1906. № 49).

S. Hubicki.

ODCINEK.

WALKA Z RAKIEM.

Aczkolwiek choroba, rakiem zwana, znaną była już w starożytności, dopiero jednak w czasach najnowszych przystąpiono do systematycznego badania istoty jej i przedsięwzięto szereg środków i metod do zwalczania tej klęski, jaką ona ludzkości wyrządza. Zapomocą dokładnie zbieranej statystyki, omal we wszystkich krajach Europy i Świata Nowego, ustalono, że liczba zachorowań, ewentualnie śmiertelność na raka, stale i stopniowo wzrasta że liczba zejść śmiertelnych na raka wzrasta w stosunku wyższym, niżby to, odpowiadało przyrostowi ludności, że kobiety zapadają na raka wogóle częściej

niż mężczyźni, że na raka choruje obecnie w pewnych miejscowościach przeciętnie, więcej ludzi w młodszym wieku, niż poprzednio.

Trzy narody, trzy państwa dobrze pomyślały, umiejętnie zorganizowały i stanowczo przeprowadzają walkę z rakiem. Państwami temi są: Niemcy, Anglia ze swemi koloniami i Stany Zjednoczone Ameryki pół. Niemcy w walce tej dają przewagę stronie naukowo-teoretycznej, gdy Anglia i Ameryka równolegle z badaniem naukowym podejmują i energicznie przeprowadzają działalność humanitarno-filantropijną w celu ulżenia nieszczęsnej doli licznych chorych na raka.

W Niemczech w r. 1900, dzięki zapoczątkowaniu i energii kilku lekarzy berlińskich powstaje „*Deutsches Komitee für Krebsforschung*”, a jednocześnie z nim osobne pismo — „*Zeitschrift für Krebsforschung*”. W trzy lata później, t. j. w r. 1903, w szpitalu Charité w Berlinie urządzono osobny Instytut: „*Institut für Krebsforschung*”, powstały z funduszu, zawotowanego w r. 1902 przez komisję budżetową parlamentu niemieckiego na badania nad rakiem, oraz ofiarowanych prywatnie 150,000 marek. Pierwszą większą pracą, z inicjatywy „Komitetu” powstałą, była ankieta jednodniowa 15 października 1900 r., dla statystyki raka w Niemczech i Holandyi zarządzona. Specyalne pismo, poświęcone rakowi, odgrywa rolę pierwszorzędną w walce przeciwko chorobie tej. Liczba prac ogłaszanych o raku w tem piśmie, w języku niemieckim, wynosi tyleż, co we wszystkich pozostałych językach. Instytut przeznaczony jest specyalnie do badań nad istotą i przyczynami oraz sposobami leczenia raka. Oprócz pracowni znajdują się tam oddziały dla chorych rakowatych, nieuleczalnych.

Drugim Instytutem w Niemczech do badania raka jest Instytut w Heidelbergu, powstały z inicjatywy prof. CZERNY'ego, a ufundowany z ofiar prywatnych, które wyniosły 250,000 marek. Rząd badeński łoży na utrzymanie zakładu tego. W Niemczech istnieje oprócz tego wiele komitetów i mniejszych instytutów do badania raka, z których najważniejsze — we Frankfurcie i „Komitet” Lekarzy Turynii.

W Anglii, instytucją naukową, mającą na celu badanie istoty raka i sposobów leczenia, jest Towarzystwo lekarzy i chirurgów w Londynie, które zebrało, przed kilku laty, 2,500,000 franków, na fundusz, t. zw. „Cancer Research Fond”. Dwa szpitale angielskie dla rakowatych zasługują na uwagę: Cancer hospital, na 80 łóżek, na przedmieściu Londynu, Brompton, położony naprzeciwko znanego szpitala dla suchotników, — Consumption hospital, i szpital Middlesex, posiadający od r. 1792 specyalny oddział dla rakowatych. Wszystko tutaj zrobiono, aby ulżyć cierpieniom fizycznym i moralnym tych nieszczęśliwych.

W pracowniach Middlesexu, należących do „Cancer investigation Committee”, ogniskuje się praca teoretyczna. W koloniach zamorskich Anglii również prowadzone są badania nad rakiem co do rozpowszechnienia się choroby tej na pewnych wyspach, między różnemi ludami.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki istnieją na cel ten przeznaczone zarówno instytucje naukowe, jak i humanitarno-dobroczynne. Do takich należą: Cancer hospital w New-Jorku, założony przez COLLUN'a i ASTOR'a. Wiele innych mniejszych szpitali istnieje we wszystkich większych miastach Ameryki. Nie brak też pracowni naukowych specyalnych. Do najwięcej znanych należy przy Uniwersytecie w Buffalo, powstała w r. 1898.

We Francji, niema specyalnej instytucji ani naukowej, ani humanitarno-filantropijnej, któraby skupiała bądź badania naukowe nad rakiem, bądź dawała schronienie wyłącznie tym tylko chorym.

We Francji więc sprawa walki z rakiem nie ogniskuje się w instytucjach specyalnych. Istnieją już na ten cel fundusze wielkie.

W pozostałych państwach Europy działalność przeciw chorobie raka w mniejszym, lub większym zakresie przeprowadzana jest na wzorach bądź niemieckich, bądź angielskich.

U nas w Polsce, a specjalnie w Królestwie Polskiem, bardzo nie wiele pod tym względem zrobiono. Zasługuje na uwagę, że w Warszawie, już w r. 1591, a zatem na dwa wieki wcześniej, niż w Anglii (szpital Middlesex w r. 1792), powstał szpital staraniem PIOTRA SKARGI. „Szpital dla Gnojników“, to jest w gnoju porzuconych, jak napisano w edykcje erekcyjnym, a który głównie rakowatych przygarniał. Dzisiaj szpital ten jest dla chorych wenerycznych i skórnych, posiada jednak osobny oddział dla rakowatych obu płci, których rocznie tutaj około 50—60 przebywa. Drugą instytucją humanitarno-filantropijną u nas, gdzie rakowaci znajdują schronienie, jest przytułek w Królikarni, pod Wąsławką, na 42 łózek dla nieuleczalnych, których około 50 rocznie przebywa, a w liczbie tej $\frac{1}{3}$ rakowatych.

W dniu 6 lutego r. 1906, z inicjatywy piszącego te słowa, na posiedzeniu klinicznym Warsz. Towarzystwa Lekarskiego powołany został z łona jego członków, „Komitet w celu badania i leczenia choroby rakiem zwanej“. „Komitet opracował program prac i zadań, a w ciągu krótkiego czasu istnienia swego przedsiębrał pewne czynności i podejmował różne zadania, o czem pisma lekarskie we właściwym czasie donosiły.

Oprócz czynności tych, J. JAWORSKI, członek „Biura Komitetu“, przedstawił na obecnej Wystawie Przyrodniczo-Lekarskiej i Hygienicznej we Lwowie, tablice przez siebie ułożone, w liczbie 9-ciu, w których jest podana statystyka zachorowań i śmiertelności na raka macicy i sutki (u kobiet) we wszystkich krajach, a także osobno, w m. Warszawie.

Według rachunku prawdopodobieństwa, przy uwzględnieniu wszystkich za i przeciw, śmiertelności na raka wśród ludności Królestwa Polskiego, według J. JAWORSKIEGO, wynosi około 7,000 osób rocznie.

Wobec tego, że rak wśród ludności naszej, podobnie jak i w innych krajach, coraz więcej ofiar zabiera, wobec tego, że dotychczas prawie nic u nas w celu zwalczania tej klęski społecznej nie uczyniono, wnoszę abyśmy przystąpili do solidarnej, świadomej, zarazem jak najbardziej wszechstronnej działalności. W tym celu proponuję wprowadzenie w życie następujących wniosków.

I wniosek: Przystąpić do utworzenia w większych środowiskach miejskich Polski „Lig do walki z rakiem“, które będą miały na celu uświadomienie społeczeństwa co do racjonalnej pomocy chirurgicznej w odpowiednim okresie choroby raka pewnych narządów, powtórnie, — otwieranie przytułków dla nieuleczalnych.

II wniosek. Utworzyć, oprócz „Komitetów miejscowych“ w miastach, gdzie są Towarzystwa Lekarskie, lub oddziały Towarzystwa Hygienicznego, jeden „Centralny Komitet“, z siedzibą w jednej z naszych stolic, dla wszystkich ziem polskich, któryby na podstawie materiałów dostarczanych przez „Komitety miejscowe“ zajął się badaniem etyologii, sposobu szerzenia się i t. d. raka.

III wniosek. Zgromadzony materiał w kwestyi raka ogłaszać w dodatku do jednego z naszych czasopism lekarskich, p. n. „Materiały do badania raka w Polsce, lub, w miarę potrzeby, w osobnym wydawnictwie książkowym.

JÓZEF JAWORSKI.

NOTATKI LEKARSKIE.

Sposób szybkiego (*event.* momentalnego) rozpoznania obfitości kwasu moczowego w moczu.

Podał

Dr Wacław Mayzel.

Sposób szybkiego rozpoznania obfitości kwasu moczowego w moczu, zalecający się dla celów praktycznych, z uwagi na dwojakie źródło kwasu moczowego [t. zw. endogenicznego i egzogenicznego, z pokarmów obfitujących w zasady purynowe], polega na silnem wstrząśaniu moczu, do którego dodano w nadmiarze kwas solny.

Zabieg ten mechanicznego wstrząśania nie tylko przyspiesza niezmiernie strącanie się krystalicznego kwasu moczowego, lecz także zarazem strąca ten kwas dokładnie.

Do stożkowatego dużego kieliszka z grubego szkła nalewa się 60 ctm. sz. moczu i dodaje w nadmiarze przynajmniej 10 ctm. sz. kwasu solnego zwykłego, dymiącego [zawierającego kwas siarczany], i wstrząsa silnie zapomocą grubszego pręta z drzewa [lub np. grubszą t. zw. kantówką]. Wstrząśanie powinno być bardzo szybkie co do częstości i silne, a mocz ostudzony. Kilkanaście do kilkudziesięciu wstrząsań wystarcza do momentalnego wykrystalizowania kwasu moczowego w postaci kryształów rozmaitej wielkości i formy, jeżeli mocz obfituje w kwas moczowy, a zdradza się to mętem [zmętnieniem] mniej lub więcej znacznym. Jeżeli męt nie powstaje natychmiast albo wkrótce, po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godzinie, lub po dłuższym czasie, ani też po *event.* ponownem wstrząśaniu prętem, można być pewnym, że mocz nie zawiera „obfitego“ kwasu moczowego.

Wstrząśanie samo moczu zakwaszonego, w kolbce na przykład, a więc bez pomocy drewnianego pręta, daleko powolniej strąca kwas moczowy.

Męt powstający od wstrząśania rozpoznaje się zapomocą mikroskopu, jako pochodzący od kryształów; w razie braku mikroskopu, służyć może i lupa b. silnie powiększająca. Zresztą, strącający się kwas moczowy osiada po pewnym czasie na ścianach kieliszka i na jego dnie w postaci proszku [i może być *event.* wagowo oznaczony]. Jeżeli jednak mocz zawiera dużą ilość białka, które również strąceniu ulega, natenczas do rozpoznania natury mętu konieczny jest mikroskop. W razie użycia leków z grupy *balsamica*, powstaje od kwasu solnego i wstrząśania męt jednostajny, nieproszkowany i nieopadający w postaci warstewki.

Doświadczenie przekonywa, że obfitość kw. moczowego w moczu nie jest w żadnym stosunku do jego ciężaru właściwego. Mocz może być nadzwyczaj lekki (1,006—1,010), a bogaty w kwas moczowy, gdy mocz ciężki przy dyecie bez zasad purynowych lub przy zatrzymywaniu kw. moczowego w ustroju (*retentio*) będzie w kwas ten ubogi.

Jednocześnie z rozpoznaniem obfitości kw. moczowego w moczu, przy podanym sposobie nabieramy wyobrażenia o obfitości indykany i ska-

to ksyłu w moczu z zabarwienia na kolor różowy, siny lub zielono-granatowy [zwłaszcza po ogrzaniu].

Wpływ mechanicznego wstrząśnięcia na przyspieszenie krystalizacji kwasu moczowego jest tu analogiczny ze znanym z fizyki zjawiskiem, że woda oziębiona do 0, w spokoju pozostawiona, nie tężeje w lód, a natychmiast ścina się za wstrząśnięciem.

Wiadomości bieżące.

— Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

X. Sekcja fizyologiczna [ciąg dalszy].

Z Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. we Lwowie.

22) Prof. dr PRUS. „O drganiach włóknkowych serca” (*delirium cordis*).

23) Tenże. „Od czego zależy samodzielna czynność serca”.

24) Tenże. „O wskrzeszaniu”.

Z Zakładu chemii fizyologicznej Uniw. we Lwowie.

25) Dr Stef. DĄBROWSKI. „O naturze chemicznej podstawowego barwika moczu”.

26) Dr DĄBROWSKI oraz p. I. BROWIŃSKI. „Metoda określenia ilości podstawowego barwika moczu”.

27) P. Witold GAWIŃSKI. „Badania nad kwasem olejowym tłuszczu mleka”

28) Dr S. DĄBROWSKI oraz p. Wit. GAWIŃSKI. „Badania ilościowe nad wydzielaniem kwasów proteinowych w moczu zdrowych osób oraz w wypadkach chorób”.

29) P. J. BROWIŃSKI. „Kwasy proteinowe we krwi”.

30) Dr Zygm. MOTYLEWSKI. „O ułatwianiu się soli rtęciowych z roztworów i wynikających stąd przeszkodach wykrycia i określenia rtęci w narządach.

31) Dr G. GITTELMACHER-WILENKO. „O działaniu amalgamatu sodowego na cholesterynę w alkoholu amyłowym i stosunku otrzymanych związków do koprosteryny”.

32) Dr S. DĄBROWSKI. „Demonstracja przyrządów: a) do zagęszczania w próżni plynów oraz b) do wyciągania eterem większej masy ciała stałego, pomysłanych i sporządzonych w Zakładzie”.

33) Prof. dr BĄDZYŃSKI oraz doc. dr A. GOŃKA. „Przyczynek do poznania składu chemicznego organicznej substancji podstawowej zęba”.

XI. Sekcja patologiczna [ciąg dalszy].

33) Dr KARWACKI i dr DEMBIŃSKI Warszawa, oraz dr EHRENBERG Kraków, [referat]. „O odporności” mianowicie ostatni o teorii odporności, pierwsi zaś o zastosowaniach praktycznych”.

34) Prof. PRUS [Lwów]. „O objawach, tudzież o zmianach wątroby występujących po wstrzyknięciu kwasu siarkowego do przewodów żółciowych”.

35) Tenże. „Ostosunku przerostu serca do choroby nerek”.

36) Tenże. „O znaczeniu komórek eozynochłonnych w tkankach”.

XXVII. Sekcja medycyny wojennej.

Gospodarz: starszy lekarz sztabowy dr I LINK, szef sanit. 11-go korpusu.

1) Dr FRIEDMAN lekarz sztabowy. „Woda do picia, z uwzględnieniem zaopatrzenia w wodę do picia armii na polu walki”.

2) Dr CHAJES lekarz pułkowy. „O chorobach umysłowych w armii”.

3) Dr HAMBURGER lekarz sztabowy. „Jaglica (*rachona*)”.

4) Dr TURNAU lekarz pułkowy. „Implantacja zębów”.

5) Dr BERGER lekarz pułkowy. „Działanie najnowszych przetworów leczniczych”.

Dr Mosing. „Rozwój fizyczny wychowanków szkół wojskowych w czasie ich pobytu w zakładach”.

7) Dr KARCZEZY lekarz sztabowy. „Ostateczny rezultat operacji doszczętniej przepuklin [Statystyka 460-u przypadków operowanych w szpitalu wojskowym we Lwowie].

XXIV. Sekcja weterynaryjna [ciąg dalszy].

19) Dr Stanisław MAJEWSKI lekarz wet. [Piotrków]. „O zwalczaniu gruźlicy u zwierząt zapomocą ochronnego szczepienia”.

XIX. Sekcja ginekologiczno-położnicza [ciąg dalszy].

48) Czyżewicz A. [jun.]. „W sprawie miesiączkowania jajowodów”.

49) Tenże. „*Hyperemesis gravidarum*”.

50) Tenże. „Kilka uwag w sprawie częstości, powstawania i kierunku skrętu szypuły guzów jajnika i przyjajnika”.

51) Tenże. „Przedstawienie preparatów z 2-ch przypadków ciąży zewnątrzmacicznej”.

52) Litwinowicz Tadeusz. „O pęknięciu macicy z użyciem kazuistyki, c. k. szkoły położnych we Lwowie z lat 1867 — 1906”.

53) Tenże. „O wynikach badania krwi w przypadkach nowotworów macicy”.

54) RUBIN. „O powstaniu łożyska przodu”.

55) HOJNACKI. „Hygieniczno-estetyczne względy w prowadzeniu ciąży, porodu i położu”.

56) Tenże. „Temat zastrzony”.

57) CYKOWSKI. „O obrocie zapobiegawczym”.

58) ZAWADZKI. „*Cardiopathia uterina*”.

59) Tenże. „O leczeniu niezytu szyjki i jamy macicy metodą BIER'a”.

60) Tenże. „Przyczynki do patogenezy i leczenia gorączki porodowej”.

— Projekt organizacyi miejscowych Komitetów Zjazdów Lekarsko-Przyrodniczych, opracowany przez doktora Józefa JAWORSKIEGO [Warszawa], a przyjęty przez Warszawski Komitet przedstawicieli X-go Zjazdu.

I. Cele. II. Skład. III. Czynności.

I. Cele.

Miejscowe Komitety zjazdowe mają na celu:

A) Propagowanie szerszego uczestnictwa w Zjeździe.

B) Organizację oddzielnych wydziałów naukowych według specjalności.

C) Udział w przygotowaniu prac naukowych dla obesłania niemi Zjazdu.

Komitety powstają po ogłoszeniu miejsca i terminu Zjazdu w miastach polskich, posiadających Towarzystwa Lekarskie.

II. Skład.

Każdy Komitet składa się z przedstawicieli oddzielnych specjalności, po jednym dla każdej specjalności, z wyjątkiem medycyny teoretycznej, medycyny wewnętrznej i chirurgii, które posiadają po dwóch przedstawicieli.

Przedstawiciele powoływani bywają każdorazowo na dany Zjazd, drogą wyboru przez Towarzystwa Lekarskie, na wniosek Zarządów Towarzystw.

Zarząd Towarzystwa zawiadamia o wyborze przedstawicieli Wydział Gospodarczy Zjazdu.

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne mają prawo korzystania z usług przedstawicieli, powołanych przez Towarzystwa Lekarskie w miastach stołecznych: w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Lwowie, Wilnie.

U w a g a. Komitety miejscowe przy Towarzystwach Lekarskich prowincjonalnych, o ile zechcą, wybierają delegata do Komitetów w miastach stołecznych.

III. Czynność Komitetów.

A) Komitety odbywają periodycznie, od chwili oznaczenia terminu i miejsca Zjazdu, posiedzenia organizacyjne, zwolywane przez swego gospodarza, lub jego zastępcę, powołanych z wyboru.

Wyniki narad tych komunikowane są członkowi stałej Delegacji zjazdowej, o ile on nie uczestniczy w naradach.

B) Komitety znoszą się w sprawach naukowych i z nimi związanych natury ogólnej, z Wydziałem Gospodarczym czynnym, w miejscu mającego się odbyć Zjazdu — przez swego gospodarza.

C) — przez oddzielnych przedstawicieli z gospodarzami poszczególnych wydziałów.

D) przez swoich oddzielnych przedstawicieli zwolują posiedzenia specjalistów:

1) w celu wyboru tematów dla wykładów zbiorowych, wyboru tematów dla wykładów samodzielnych;

2) w celu omówienia w gronie specjalistów organizacji pracy dla należytego obesłania danego Wydziału;

3) w celu wzajemnego informowania się o postępie prac przygotowanych na Zjazd;

4) w celu informowania o czynnościach:

a) Wydziału Gospodarczego;

b) Oddzielnych wydziałów naukowych w miejscu, mającego się odbyć

Zjazdu.

U w a g a. Wszystkie czynności te przedstawiciele załatwiają i z kolegami na prowincyi.

Miejscowy Komitet Zjazdowy w Warszawie, znosi się w sprawach naukowych Zjazdu z lekarzami rodakami, zamieszkałymi w miastach Cesarstwa Rosyjskiego.

Czynności miejscowych Komitetów Zjazdu kończą się z chwilą rozpoczęcia się Zjazdu.

Projekt powyższy, o ile uzyska aprobatę Stałej Delegacji Zjazdu, wejdzie jako aneks do ustawy Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Salit

Płynny związek salicylowy. Tani, szybko działający środek do wcierania we wszelkiego rodzaju chorobach pochodzenia gośćcowego. Skóra znosi go dobrze nawet w stanie nierozcieńczonym. Nie posiada działania ubocznego na narządy wewnętrzne.

Duotal

Duotal „Heyden“ przetwórcz gwałajakolu niestrujący, bez smaku i zapachu. Doskonały środek w gruźlicy płuc i przewlekłych katarach dróg oddechowych.

Novargan

Rozpuszczalny białkan srebra. Stosuje się w rzeżączce, zwłaszcza w okresach ostrych. Nie wywiera działania żrącego na błony łożowe i znosi się dobrze w rozcżynach stężonych.

Próby i literaturę dostarcza:

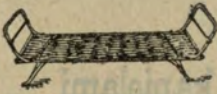
Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel
Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

w Warszawie.

Fabryka ulica Ciepła № 12.



Magazyny:

Warszawa, ul. Grzybowska № 19.
Petersburg, ul. Morska № 15.
Moskwa, ul. Wielka Łubianka.
d. Tow. Ubezp. „Rossya“.

Poleca: przedmioty do nowoczesnych urządzeń szpitali, sal operacyjnych oraz gabinetów lekarskich.

a mianowicie: Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacji ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z flaszkami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kołach dla chorych i t. p.

Wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19.

Ceny niskie. — Katalogi illustrowane gratis i franco na żądanie.

W zakresie szpitalnictwa wprowadziliśmy ostatnio znaczne ulepszenia i bardzo wiele zupełnie nowych przedmiotów, na które prosimy żądać specjalnego dodatku do katalogu lekarskiego na 1907 rok.

Towarzystwo Przemysłu Chemicznego w Bazylei (Szwajcarya)
Oddział farmaceutyczny.

Phytinca

Składnik organiczny ziaren roślinnych, zawierających fosfor (anhydroksymetylendwufosforan kwaśny wapnia i magnu) zawiera 22,8 % fosforu w związku organicznym, zupełnie nieszkodliwym.

Środek odżywczy, silnie pobudzający łaknienie.

Wskazany przy:

Neurastenii

Histeryi

Zmęczeniu fizykiem

Zożach

Gruźlicy kostnej, skórnej i płucnej

Bezkrwistości i nieprawidłowych menstruacyach

Rekonwalescencji

Ciąży

Karmienia i t. d.

Postaci: Phytina w kaps. żelat. po 0,25, w pastylkach po 0,125, w płynie (rozł. 20^o/_o), w opłatkach po 0,5, w granulkach po 0,5 i t. p.

FORTOSSAN

Sól obojętna Phytiny z cukrem mlecznym w postaci tabletek. Przeciw krzywicy, zożom, wzrostowi nadmiernemu, chorobliwym objawom przy wzroście nadmiernym i t. d.

PHYTINAT CHININY

Zawiera 57% chininy i 43% Phytiny w formie łatwo rozpuszczalnej. Wskazania: neuralgia, migrena, cukromocz. Postaci: 1/1, flak. 50—1/2, flak. 25 tabletek posrebrzonych.

SALEN

Ester metyl-etyl-glykolu kwasu salicylowego, bez zapachu, wchłania się b. łatwo przez skórę, nie drażni, mało lotny, w małych dawkach stosowany i tani. Wskazania: reumatyzm mięśniowy i stawowy nerwice poch. reumatyz

Sprzedaż wyłączna na Królestwo Polskie i Rosyę

Pabjanickie Tow. Akc. Przemysłu Chemicznego w Pabjanicach (gub. Piotrkowska)

Uprzejmie uprasza się zwracać o próby i literaturę, któremi chętnie służy franco i bezpłatnie, pod powyższym adresem.

Królewskie Zdrojowisko Kissingen

Zdrojowisko pierwszorzędne

Leczenie wewnętrzne i kąpielami

Kąpiele solankowe, obfitujące w kwas węglowy.

RAKOCZY

Pandur
Maxbrunnen

Kąpiele mineralne i borowinowe, tętnie.

Sezon od 15 kwietnia do 31 października.

Przesyłka wód mineralnych: Zarząd Król. kąpeli mineralnych, za granicą za pośrednictwem aptek i składów materiałów aptecznych.

Prospekty: Związek kąpielowy.