

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU dra K. CHELCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

W sprawie patogenezy przewlekłej żółtaczki wrodzonej¹⁾.

(*Icterus acholuricus congenitus cum splenomegalia*).

Podał

W. Starkiewicz.

Do rzędu żółtaczek pochodzenia hemolitycznego, t. j. tych, których przyczynę stanowi wzmożony rozpad czerwonych krążków krwi, w ostatnich latach zaliczaną bywa rzadka postać przewlekłej żółtaczki wrodzonej, wyodrębniona zaledwie w r. 1900 przez MINKOWSKIEGO pod nazwą *icterus acholuricus congenitus cum splenomegalia*.

Hemolityczna teoria patogenezy tej żółtaczki, pomimo poważnych dowodów, przytaczanych na jej korzyść, nie została dotąd powszechnie uznana; według innych teorii, które poniżej w związku z przeglądem odnośnego piśmiennictwa pozwolę sobie szerzej omówić, przyczynę jej stanowiąc ma przewlekłe cierpienie drobniejszych dróg żółciowych bądź też wadliwa czynność samych komórek wątrobných.

Jako ilustracya obrazu klinicznego żółtaczki MINKOWSKIEGO posłuży następujący przypadek, spostrzegany w naszym oddziale szpitalnym, który ośmielam się przytoczyć zarówno ze względu na wielką rzadkość sprawy chorobnej, dotychczas w naszym piśmiennictwie nie opisywanej, jak z po-

¹⁾ Odczytano w Warsz. Tow. Lek. na posiedzeniu z dnia 7. V. r. b.

wodu wyników badania fizykalnego, popierających hemolityczną teorię jej patogenyzy.

Józef S. lat 15, uczeń szkoły w Mokotowie, z rodziny zdrowej, przybył na oddział dnia 22. I. b. r. z powodu bólów napadowych w dołku i ogólnego osłabienia.

Pierwszy napad bólu, trwający prawie godzinę, zdarzył się na dwa dni przed przybyciem do oddziału, powtórny — z wymiotami — zaraz dnia następnego po niestrawnym obiedzie. Ból ściśle ograniczał się do okolicy nadbrzusza. Poprzednio chory napadów podobnych nigdy nie miewał.

Według słów rodziców, chłopiec od urodzenia miał żółtą cerę i żółte białkówki oczu. Wobec dobrego ogólnego stanu dziecka i braku zaburzeń podmiotowych [nawet swędzenia skóry] nie zwracano się z tem do lekarzy. Żółtaczka zresztą nie była silna, czasem zaledwie była widoczna; mniejszą była w lecie, zwiększała się w porze zimowej.

Nasilenia przejściowe zdarzały się pod wpływem znużenia fizycznego [biegania, spacerów]. W ostatnich latach widziało chorego i interesowało się jego żółtaczką paru kolegów. Przed kilku tygodniami chory, dotąd zupełnie zdrowy, przybladł i zaczął słabnąć bez powodu tak, iż z trudnością mógł chodzić; pod wpływem żelaza szybko się poprawił. W tym okresie osłabienia czy anemii żółtaczka była wydatniejszą, również wzmogła się znacznie po ostatnich napadach bólu w dołku.

Mocz chorego nie miał nigdy barwy ciemniejszej, żółtaczkowej. Stolce bywały zawsze dobrze zabarwione.

Tyle wywiady. Przy badaniu znaleziono ciepłotę podniesioną powyżej 38°C, oddechów 20 na minutę, uderzeń tętna 88. Ogólny niedorozwój fizyczny [wygląd na lat 12 do 13-u], zresztą brak zbroczeń degeneracyjnych.

Barwa skóry i białówek blado-żółtawa. Gruczoły limfatyczne niepowiększone. W płucach oraz w sercu zmian żadnych.

Wątroba opukowo niepowiększona i niewyczuwalna wyraźnie, niebolesna. Śledziona na l. pachowej pod 7-m żebrem, na prawo niemal do l. sutkowej lewej; dolny brzeg jej, twardy i okrągły, wyczuwa się na szerokość 3-ch poprzecznych palców niżej łuku żebrowego. Język czysty, wilgotny. Brzuch niewzdęty, niebolesny. Ilość dobową moczu zmniejszona do 600 cm. sz.; c. wł. 1019; barwa nieco stężona. Białka ani cukru w moczu nie znaleziono; barwników żółciowych próbą GMELIN'a nie wykryto.

W spektroskopie mocz nierozcieńczony daje ciemną smugę na całej przestrzeni, barwy niebieskiej; a dopiero trzykrotnie rozcieńczony — wąską smugę absorpcyjną pomiędzy barwą niebieską a zieloną, charakterystyczną dla roztworów urobiliny. Również próba na urobilinę z roztworem chlorku cynku daje w moczu wynik dodatni.

Następnych dni chory przestał gorączkować, bóle w dołku minęły. Jednocześnie żółtaczkowa barwa skóry wyraźnie złągodniała.

Dnia 27. I. ponowny napad bólów w dołku i w prawym podżebrzu. Wzmoczenie żółtaczki. Ciepłota 38,6°C. Podczas badania znaleziono bolesność przy ucisku i nadmierne napięcie na miejscu pęcherzyka żółciowego.

Napad ten kolki wątrobowej trwał zresztą równie krótko, jak poprzednie, i dnia 16. II. chory w dobrym poczuciu ogólnem opuścił szpital. Po paru tygodniach chory odwiedził nasz oddział szpitalny: czuł się dobrze, bólów nie miał, żółtaczka nieznaczna, ale jest.

Nie wchodząc tymczasowo w rozbiór szczegółowy przypadku, zwróciłbym tylko ponownie uwagę na brak podmiotowych przypadłości w przebiegu choroby; do ostatnich jej tygodni żółtaczka stanowiła jedyny objaw nie-normalny, widoczny dla chorego i dla otoczenia. Napadów kolki wątrobowej, które przebył chory w ostatnim czasie, oczywiście nie podobna uważać za przyczynę żółtaczki wobec późnego ich wystąpienia oraz braku objawów zatkania wielkich dróg żółciowych. Z tych względów upatrywać w nich raczej należy zjawisko od zasadniczej choroby niezależne, bądź wtórne.

Podkreśliłbym dalej kilkotygodniowy okres upadku sił — anemii, w trakcie którego żółtaczka wybitnie się wzmogła. Wreszcie podniósłbym fakt, na który zwrócił uwagę sam chory i jego otoczenie, że znużenie fizyczne i zimno [pora zimowa] powodowały czasowe nasilenia żółtaczki.

Spostrzeżenia przewlekłej żółtaczki wrodzonej typu wyżej opisanego, jak już wspominałem, od lat kilku dopiero są notowane w piśmiennictwie. Znane od dawna postaci żółtaczek wrodzonych u noworodków jedne mają przebieg krótkotrwały, łagodny, inne kończą się śmiercią najczęściej już w pierwszych miesiącach życia chorego [żółtaczki u noworodków syfilitycznych, żółtaczka epidemiczna WINKEL'a]. Żółtaczki wrodzone, zależne od łagodnych spraw nowotworowych w wielkich przewodach żółciowych lub w ich pobliżu, oraz przypadki zarośnięcia tych przewodów wskutek spraw zapalnych w życiu zarodkowym mają oczywiście charakter zwykłych żółtaczek retencyjnych.

Pierwsze klasyczne spostrzeżenia żółtaczki wrodzonej typu, o który chodzi w niniejszej pracy, przyniósł dopiero komunikat MINKOWSKIEGO na XVIII Zjeździe medycyny wewnętrznej w Wiesbaden. Na zasadzie 8-u spostrzeżeń, dotyczących członków jednej rodziny w trzech jej pokoleniach, MINKOWSKI zestawił obraz kliniczny omawianego cierpienia i ustalił dlań, jako cechy podstawowe, wspomniane już wyżej: wrodzoną żółtaczkę, brak objawów zamknięcia wielkich przewodów żółciowych, brak barwików żółciowych w moczu (*acholuria*), natomiast urobilinurę, obrzmienie śledziony, wreszcie — przy tem wszystkiem ogólny dobry stan zdrowia i poczucia chorego. Do tych cech, notowanych i przez innych autorów, MINKOWSKI dodaje jeszcze rodzinny charakter cierpienia, tak wybitnie zaznaczony w jego spostrzeże-

niach. Prognoza ma być dobra: paru członków wspomnianej rodziny do-
czekało mimo żółtaczki nader późnego wieku.

Objawy kliniczne w przypadkach MINKOWSKIEGO nie dawały pola
do budowania teorii patogenetycznych. Zato doniosłe w tym względzie
znaczenie zyskał jeden z jego przypadków, zakończony śmiercią chorego—
jedyny sekcyjny do chwili obecnej.

Chory ów, mężczyzna 42-letni, zmarł z powodu obustronnego zapalenia
płuc krupowego. Badanie pośmiertne dało wyniki wysoce interesujące. Prze-
dewszystkiem, w wątrobie nie wykryto żadnych zmian chorobnych, któreby
mogły stanowić przyczynę żółtaczki. Zanotowano tylko zlekka brunatne
[lecz nie żółtaczkowe] zabarwienie wątroby i przypadkowy kamień w pe-
cherzyku żółciowym. Drogi żółciowe były wolne. Również badanie dro-
bnowidzowe nie stwierdziło w budowie wątroby zmian znaczniejszych:
w środkowych częściach zrazików znaleziono nieco barwika, nie dającego
odczynu na Fe, na obwodzie nieznaczne ich otłuszczenie, wreszcie lekkie
zmętnienie mięszone komórek, zależne niewątpliwie od zakażenia przed-
śmiertnego.

Śledziona wagi 1 kgm., mocno przekrwiona i przerosta, lecz bez wy-
bitniejszych zmian w budowie drobnowidzowej.

Szczególny widok przedstawiały nerki chorego: ich warstwa korowa
nawet makroskopowo wydawała się barwy brunatnej. Pod drobnowidzem
okazało się, że barwa ta pochodziła od złogów barwika ziarnistego, wy-
pełniających komórki kanalików krętych. Rozbiór chemiczny stwierdził
w nim obfitą zawartość Fe, w części w postaci połączeń białkowych —
ciał ferratynowych. Ilość Fe w nerkach była wprost olbrzymia: dość po-
wiedzieć, że z popiołu jednej tylko nerki zdołano otrzymać 0,5 grm czy-
stego żelaza. W innych narządach Fe nie znaleziono.

Taki wynik badania pośmiertnego, przypominając
obrazy sekcyjne z przypadków hemoglobinuryi i za-
truć jadami krwi, [obfite nagromadzenie barwika,
zawierającego Fe, w narządach wydzielniczych, mia-
nowicie w nerkach, przy braku poważniejszych
zmian chorobnych w wątrobie] upoważniał MINKOW-
SKIEGO do szukania źródła żółtaczki nie w drogach
żółciowych, lecz we wzmożonym rozpadzie czerwo-
nych krążków krwi. Wydatne zmiany anatomiczne,
które znaleziono na sekcji w śledzienie, nasunęły
mu przypuszczenie, że ten wzmożony rozpad krążków
czerwonych odbywa się może pod wpływem zmienio-
nej chorobowo czynności życiowej tego właśnie na-
rzędu krwiotwórczego.

Komunikat MINKOWSKIEGO na Zjeździe wiesbadeńskim nie wywołał
żywszej dyskusji. Tylko SENATOR i ALBU wspomnieli o analogicznych swo-
ich spostrzeżeniach klinicznych.

W tym samym 1900 r. ukazała się w omawianej sprawie praca BETTMANN'a [2], która o krok dalej posuwa dopiero co przytoczoną teorię patogenetyczną MINKOWSKIEGO i uzasadnia ją danymi badania klinicznego. W spostrzeżeniu BETTMANN'a, skądinąd nie różniącym się od przypadków MINKOWSKIEGO, brak było tła rodzinnego żółtaczki. W obrazie klinicznym, jako rys charakterystyczny, podnieść należy okresowe nasilenia żółtaczki, którym towarzyszyły nieznaczne zaburzenia podmiotowe: dreszcze, niewielka gorączka, osłabienie. Nasilenia te żółtaczki zjawiały się pod wpływem różnych czynników, a mianowicie pod wpływem: 1) przejadania się i przepicia [po obfitem jedzeniu chorego ogarniała senność i cera stawała się bardziej żółtą, niż zwykle]; 2) pod wpływem znużenia fizycznego [spaceru, tańca]; 3) po wzruszeniach moralnych, a przede wszystkim 4) pod wpływem zimna. Podczas chłodu chory uczuwał dreszcze, żółtaczka zwiększała się. Po jednym z takich pogorszeń wskutek zimna u chorego stwierdzono objawy hemoglobinurii — ślad białka w moczu; barwik krwi i nieliczne czerwone krążki. To samo zresztą zdarzało się spostrzegać po dłuższych parogodzinnych spacerach szybkim krokiem. Objawy lekkiej hemoglobinurii u chorego udało się wywołać BETTMANN'owi i doświadczalnie znaną już dawniej metodą oziębiania rąk w wodzie lodowej. W kilka godzin po tej próbie zauważono wzmożenie żółtaczki oraz domieszkę Hb krwi w moczu. Stan krwi po tem doświadczeniu pod względem ilości składników morfologicznych nie uległ zmianie, natomiast mikroskopowo przedstawiał oznaki wzmożonego rozpadu krwi: liczne cienie czerwonych krążków krwi, mnóstwo płytek Bizzozero'a, szybkie powstawanie sieci włókniaka. W preparatach barwionych znaleziono polichromatofilję. Wreszcie, co najważniejsza, stwierdzono jasnoczerwone zabarwienie surowicy krwi, a więc hemoglobinemię. Badanie właściwości fizyologicznych krwi w przypadku BETTMANN'a okazało dużą skłonność czerwonych krążków krwi do oddawania barwika surowicy, oraz do szybkiego krzepnięcia, zmniejszoną odporność czerwonych krążków na wpływy mechaniczne, wreszcie wzmożoną zdolność surowicy do rozpuszczania obcych ciałek krwi. Izotonia krwi, określona metodą HAMBURGER'a - LIMBECK'a, okazała się prawidłową.

Wobec wielkiego podobieństwa powyższych cech klinicznych do zjawisk, spostrzeganych w hemoglobinurii, BETTMANN wnioskuje, że przyczynę żółtaczki w tym przypadku stanowiła hemoglobinemia, cechująca się raczej stałym oddawaniem niewielkich ilości barwika surowicy, niż napadami okresowymi, które wprawdzie zdarzały się, lecz tylko w postaci peronnej.

Powiększenie śledziony autor tłumaczy wzmożoną jej czynnością fizyologiczną, skierowaną ku przetwarzaniu szczątków czerwonych krążków krwi, a więc t. zw. przez PONFICK'a *tumor lienis spodogenes*. Żywszy rozpad czerwonych krążków pobudza czynność wątroby, skutkiem czego powstaje wtórna policholia i pleiochromia t. j. wzmożone wytwarzanie żółci, obfitującej w barwiki żółciowe, których nadmiar przechodzi w części do krwi.

Tak więc BETTMANN, wychodząc z założeń klinicznych, w rezultacie dochodzi do wniosków, naogół zgodnych z teorią MINKOWSKIEGO, opartą, jak wspominałem, na danych badania anatomicznego.

Różnica ich zapatrywań dotyczy tylko poglądu na znaczenie obrzmienia śledziony, w której MINKOWSKI upatruje pośrednią przyczynę kruchości czerwonych krążków i ich wzmożonego rozpadu, gdy BETTMANN, przeciwnie w rozpadzie krwi widzi zjawisko pierwotne, a śledzionie przyznaje tylko rolę bierną, przetwórczą w stosunku do szczątków zniszczonych ciałek krwi. Zgodności w tym względzie niema i u późniejszych autorów.

Kwestya, które z dwojga zjawisk — rozpadu krwi i przerost śledziony — uważać za pierwotne, a które za wtórne, następcze, zapewne też nie wcześniej doczeka się stanowczego rozstrzygnięcia, aż będzie dokładniej, niż dotychczas, wyświetlona czynność fizyologiczna śledziony.

Późniejsze prace kliniczne, poświęcone sprawie żółtaczki MINKOWSKIEGO, przyniosły sporą liczbę odnośnych spostrzeżeń. Niektóre z tych spostrzeżeń, jakkolwiek niewątpliwie zasługują na umieszczenie w tym dziale żółtaczek, odchylają się pod niektórymi względami od typu, opisanego przez MINKOWSKIEGO. W trzech spostrzeżeniach PICK'a [3] z r. 1901 brakło obrzmienia śledziony, mimo, iż pod innymi względami przypadki te nie różnią się od wyżej opisanych. Zastrzedz się z góry należy, że pod tym względem trzy te spostrzeżenia są odosobnione. We wszystkich pozostałych spostrzeżeniach, dotąd ogłoszonych, w przypadkach żółtaczki wrodzonej obrzmienie mniej lub więcej wybitne śledziony należy stale do obrazu cierpienia w odróżnieniu od pokrewnego typu przewlekłych żółtaczek nabytych, w których brak tego objawu o wiele częściej był notowany.

Wobec braku obrzmienia śledziony w swych spostrzeżeniach PICK odrzuca teorię hemocytolityczną żółtaczki MINKOWSKIEGO i skłania się raczej ku przypuszczeniu, że przyczynę cierpienia stanowi tu niewydolność wrodzona wątroby lub też być może nieprawidłowa komunikacja wrodzona pomiędzy drogami żółciowymi a limfatycznymi, przez które barwki żółciowe mogą się przedostawać do układu krwionośnego.

Dalej wspomnieć tutaj należy o żółtaczkach przewlekłych, klinicznie nie różniących się od żółtaczek typu MINKOWSKIEGO, lecz nie wrodzonych. Niezawodnie nie jedną z pośród nich wypadnie wyłączyć z pomiędzy nich i złożyć ją na karb pospolitych przewlekłych spraw chorobnych w drogach żółciowych. Rozpatrywane łącznie z żółtaczkami typu MINKOWSKIEGO spostrzeżenia te przyczyniają się w wysokim stopniu do zawikłania sprawy patogenezy tego cierpienia.

Inne wszakże zdradzają zbyt widoczne pokrewieństwo genetyczne z żółtaczkami, o których mowa, by można je było od nich wyosobnić. W jednym ze spostrzeżeń KRANNHALS'a [4] z r. 1904 żółtaczka klinicznie identyczna z żółtaczką MINKOWSKIEGO zjawiała się u kobiety dorosłej dopiero po drugim porodzie. Zasługuje na uwagę, że już na kilka lat przed

wystąpieniem żółtaczki u chorej tej znajdowano wielką, twardą śledzionę długości 21 cm. Za umieszczeniem tego przypadku w dziale, wyodrębnionym przez MINKOWSKIEGO, przemawia obok charakterystycznych cech fizykalnych stwierdzona u chorej hemoglobinemia i przedewszystkiem rodzinny charakter cierpienia: dwóch siostrzeńców chorej cierpiało od urodzenia na typową żółtaczkę MINKOWSKIEGO. W obrazie klinicznym spostrzeżeń MINKOWSKIEGO podnieść należy wybitną oligocytemię, nie notowaną w tym stopniu przez innych autorów, [2, 8 do 3, 5 milionów, raz jeden tylko 1 milion czerwonych krążków w 1 mm.]. Poza to, jak w przypadku BETTMANN'a, zwiększanie się żółtaczki po nadmiernem piciu i przejadaniu się, po wzruszeniach moralnych (*icterus ex emotione*).

Wreszcie, aby skończyć z piśmiennictwem niemieckiem, wspomnę o paru spostrzeżeniach żółtaczki przewlekłej, lecz nie wrodzonej, ogłoszonych w r. u. przez CLAUS'a i KALBERLAH'a [5] oraz przez H. STRAUSS'a [6]. Przypadki te, cechujące się obrzmieniem śledziony i brakiem barwików żółciowych w moczu oraz brakiem odbarwionych stolców, lecz bez zmian we krwi, owszem warto było podnieść w celu tem ściślejszego wyodrębnienia czystych postaci żółtaczki MINKOWSKIEGO.

Patogenezę ich wszakże sami autorowie uważają za odmienną od patogenezy żółtaczki MINKOWSKIEGO i skłonni są składać ją na karb zakażenia dróg żółciowych.

[C. d. n.].

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

Rana kłuta śledziony i przepony.

Przepuklina przeponowa. Wycięcie śledziony.

Podał

A. Ciechomski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 30].

Przechodząc do rozpoznawania ran kłutych śledziony, przedewszystkiem zaznaczyć należy, że samo umiejscowienie na klatce piersiowej w okolicy zwykłego wypukiwania śledziony, a więc w miejscu największego zetknięcia

się wypukłej powierzchni narządu z kłatką niezawsze przemawia na korzyść zranienia śledziony, trudno bowiem z wyglądu rany zewnętrznej wnioskować, w jakim kierunku drażyło narzędzie ostre: zarówno mogło ono ominąć omawiany narząd, jako też i dosięgnąć go zgola z innej strony z okolicy dalszej. Jakkolwiek na umiejscowienie rany powszechnie zwracają uwagę autorzy, zdaje się wszakże, że objaw ten chyba tylko z drugim o wiele ważniejszym, mianowicie krwawieniem w jamie otrzewnej, może mieć decydujące znaczenie.

Krew ze zranionej śledziony oczywiście zbiera się w dolnej części jamy brzusznej i daje się stwierdzić zarówno zapomocą opukiwania, jako też i dzięki obecności objawów właściwych dla krwotoku wewnątrzotrzewnego. Wyjątkowo, a więc w razie zrostów dokoła śledziony, krew nie spłynie ku dołowi, lecz wytworzy mniejszy lub większy guz w okolicy zranionego narządu, łatwo stwierdzany zapomocą badania fizykalnego.

Wypadnięcie śledziony zranionej lub nawet nieuszkodzonej całkowite lub częściowe przez ranę powłok zewnętrznych należy do zjawisk częstych wobec ran kłutych; przyczyna jego tkwi w skurczach przepony, a warunkiem sprzyjającym jest długość więzadeł śledziony oraz zwiótczenie mięśni brzusznych. Przy wypadnięciu śledziony całkowitem dziwić się należy, jak może wydostać się na zewnątrz narząd wogóle dość duży przez względnie niewielką ranę; dzieje się to dzięki elastyczności śledziony obok zaznaczonych przed chwilą przyczyn, znakomicie ułatwiających wypadnięcie; zresztą sam narząd po wypadnięciu natychmiast powiększa się wskutek zastoiny żylnej, a to z powodu nadmiernego wyciągnięcia oraz ucisku w ranie naczyń śledziony; w tych warunkach nie tylko ustaje krwawienie ze zranionego narządu, lecz, co gorsza, łatwo jeszcze może nastąpić jego zgorzel.

Rokowanie przy uszkodzeniach śledziony zależne jest przedewszystkiem od obfitości krwawienia; zatem przy pęknięciach śledziony śmiertelność będzie największa, przy ranach kłutych i ciętych najmniejsza, rany postrzałowe zajmą miejsce pośrednie.

Dlatego też zarówno postępowanie wyczekujące, jako też i operacyjne w ranach kłutych w porównaniu z innymi uszkodzeniami śledziony dały wyniki najlepsze. Według BERGER'a postępowanie wyczekujące przy pęknięciach śledziony dało 7,4% wyzdrowień, przy postrzałach 10%, a przy ranach kłutych 21,4%. Leczenie operacyjne 130-u różnych uszkodzeń śledziony dało 59,2% wyzdrowień. W ciągu ostatnich lat poszczególne śmiertelność po operacji wyniosła przy ranach kłutych 10,5%, przy pęknięciach 43%, przy ranach postrzałowych 61,1%.

Co do postępowania operacyjnego, to w ranach kłutych stosowano zeszyście, przypalanie żegadłem, wreszcie tamponowanie, wszystkie atoli zabiegi te muszą ustąpić pierwszeństwa całkowitemu wycięciu śledziony. Zeszyście rany z powodu kruchości śledziony jest bardzo trudne, niekiedy jest niewykonalne z powodu umiejscowienia się rany, jak to widzieliśmy w opisanym tu przypadku; przypalenie rany lub jej tamponowanie w celu powstrzymania krwawienia niezawsze jest środkiem niezawodnym dla tak unaczynionego i dość ruchomego narządu. Przedostawano się do śledziony zranionej

drogą najbliższą, a więc przez jamę otrzewnej, wyjątkowo tylko przez opłucną i przeponę, jak to uczynił MADELUNG i KOERTE oraz piszący te słowa.

Wypadniętą śledzionę nieuszkodzoną odprowadzano po rozszerzeniu rany zewnętrznej, zranioną zeszywano, wreszcie wycinano częściowo lub całkowicie. LEDDERHOSE z zebranych 32 takich przypadków zaznacza w 29-u wyzdrowienie. Podług BERGER'a z liczby 41 operowanych wypadnięć śledziony, jeden tylko przypadek, w którym przeoczono ranę na tylnej powierzchni śledziony, skończył się niepomyślnie; z tych w 8-u wykonano odprowadzenie, w 13-u wycięcie częściowe oraz w 20-u całkowite wycięcie śledziony.

Nawiązując literaturę dotychczasową badania krwi po wycięciu śledziony do odnośnego spostrzeżenia w naszym przypadku, winienem na wstępie zaznaczyć, że do badań takich przedewszystkiem nadają się właśnie przypadki wycięcia śledziony wskutek urazu; usunięcie narządu, bądź co bądź zdrowego dotąd, stwarza dla badań warunki prawdziwego doświadczenia fizjologicznego, jakie zazwyczaj dokonywamy na zwierzętach.

Jakkolwiek musi być brana w rachubę olbrzymia utrata krwi, towarzysząca zwykle urazowi śledziony, nie mniej przeto warunki badania są inne, aniżeli po wycięciu narządu chorego, np. przy przeroście śledziony idyopatycznym i t. p., tem bardziej, że przy cierpieniach powyższych mamy do czynienia z osobnikami niekiedy wielce upośledzonymi co do odżywienia ogólnego.

STAEHELIN (6) zebrał 21 przypadków wycięcia śledziony uszkodzonej. Z liczby tej w 11-u przypadkach stwierdzono wyraźne powiększenie gruczołów chłonnych, co zresztą sam widział w spostrzeżeniu opisanem przez siebie; w tym właśnie przypadku obrzmienie gruczołów wystąpiło po 3-ch miesiącach od operacji i trwało około 5-u miesięcy. W innych przypadkach wystąpiło nieco wcześniej i trwało zawsze dość długo, niekiedy nawet po upływie roku gruczoły jeszcze wyraźnie były powiększone.

Wobec powyższego objaw ten należy uważać jako dość stały, zdaniem S. brak powiększonych gruczołów chłonnych zewnętrznych nie wyklucza bynajmniej powiększenia gruczołów głębiej położonych, niedostępnych dla badania, wreszcie być może, że spostrzeganie takich chorych wymagało dłuższego przeciągu czasu.

Wynika zatem, że gruczoły chłonne biorą jakoby na siebie czynność śledziony, skutkiem czego objętość ich zwiększa się; obok tego przypuszczać należy, że w sprawie odkażania ustroju rola gruczołów chłonnych w nieobecności śledziony musi mieć znaczenie.

Zdawałoby się również, że usunięcie śledziony nie powinno pozostać bez wpływu na odporność ustroju względem zakażeń, tymczasem zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i doświadczenia na zwierzętach dały wyniki niepewne, bo w wielu razach sprzeczne.

Bole w nogach są dość znamiennym objawem po wycięciu śledziony w większości przypadków. U chorego, spostrzeganego przez STAEHELIN'a, wystąpiły one w 2-m miesiącu po operacji i dotyczyły głównie kości udowej i goleniowej; w przypadkach innych autorów bólem takim niekiedy towa-

rzyszyła gorączka; w spostrzeżeniu MERZGER'a bole w kościach długich po wycięciu śledziony przerosłej trwały 18 dni.

Obraz powyższy świadczy niewątpliwie o zaburzeniach w szpiku kostnym, który przecież po części spełnia czynność podobną do czynności śledziony.

Co się tyczy właściwego badania krwi, to zarówno obliczanie czerwonych krążków, jak i oznaczanie hemoglobiny nie daje żadnych osobliwszych wyników; zbytne opóźnianie się regeneracji krwi po wycięciu śledziony, na co kładł szczególny nacisk VULPIUS i inni autorzy, nie stwierdziło się w licznych spostrzeżeniach późniejszych, jakkolwiek zazwyczaj przypadkom urazowym towarzyszyła niekiedy olbrzymia utrata krwi; zresztą trudno wymagać, aby odnowa krwi odbywała się w tych razach szybciej, skoro po 2-ech miesiącach w przypadkach ciężkich znajdowano około 5 milionów krążków czerwonych, oraz około 14,5 grm. hemoglobiny.

Jak widzieliśmy w przypadku opisanym, tu liczba czerwonych krążków po 50-u dniach wynosiła 2300000, ilość zaś hemoglobiny sięgała 55%. Zwiększona liczba ciałek białych nie może być brana tu w rachubę, zazwyczaj bowiem mamy do czynienia z gojeniem się rany pooperacyjnej przez ropienie.

Jedynie natomiast badanie drobnowidzowe krwi po wycięciu śledziony daje wyniki bądź co bądź pewniejsze, z tych mianowicie wybitne zwiększenie się liczby limfocytów już w ciągu pierwszych dni po wycięciu śledziony stwierdzone zostało przez wszystkich prawie autorów zarówno po operacjach u ludzi, jak i po doświadczeniach na zwierzętach, a po raz pierwszy spostrzeżone przez CREDE'go, po zabiegu takim wykonanym w skutek torbieli śledziony.

Na zakończenie pracy niniejszej czuję się w obowiązku przytoczyć możliwie wszystkich autorów polskich, którzy pisali o wycięciu śledziony, z jakichkolwiek bądź powodów; czynię to z wysokim zadowoleniem, mam bowiem możność uczczenia pamięci rodaka naszego dra JULJANA SCHULTZ'a, który pierwszy u nas w kraju i wogóle jeden z pierwszych wykonał wycięcie całkowite śledziony wypadniętej z powodu urazu w r. 1855 z pomysłem zejściem. Jeżeli podług BARDELEBEN'a 1-sza *splenectomy* wykonana była w 1836 r. w Niemczech, a podług DONALDO'a we Włoszech przez CECARELLI'ego w r. 1581, to przyznać musimy, że niepospolitym był ten lekarz z Radomia, który w owym czasie wykonał w Zwoleniu kilka pomyslnych wycięć śledziony u psów, a po 3-ech latach z podobnym wynikiem wykonał zabieg taki u człowieka i zachęcał do operacji tej, jako dość łatwej.

Z powodu urazu wycięcie śledziony wykonali: JAWUREK, LE-BRUN dwukrotnie PIETRZYCKI i GOLDHABER z zejściem pożądanem.

L I T E R A T U R A.

- 1) L. EDLER. Die traumatischen Verletzungen der parenchymatösen Unterleibsorgane (Archiv f. klin. Chir. T. 34. Z. 1 i 2).
- 2) Handburch der prakt. Chirurgie. T. III, s. 531.
- 3) SAWICKI. O ranach przepony (Gaz. Lek. 1889 r.).
- 4) BORSUK. Przyczynek do techniki operacyjnej zranień przepony. (Medycyna, 1893, str. 337).
- 5) PRZEWOŃSKI. Cztery nowe przypadki przepukliny przeponowej z ogólnemi uwagami o tejże chorobie. (Gaz. Lek. z 1888).
- 6) BERGER. Die Verletzungen der Milz und ihre chirurgische Behandlung. (Archiv. f. klin. Chir. 1902, T. 68, str. 809).
- 7) STAEHELIN. Blutuntersuchungen bei einem Fall von Milzeexstirpation. (Deut. Arch. f. klin. Med. T. 76, Z. 4 i 5).
- 8) SCHULTZ J. Wyróżnienie śledziony u kobiety z pożądanym skutkiem. (Tyg. Lek. 1855. IX, 249).
- 9) JAWUREK H. Odjęcie śledziony u dziecka czteroletniego. (Tyg. Lek. 1863. XVII, 82).
- 10) LE-BRUN A. Przypadek wycięcia śledziony. (Prot. posiedz. Pam. T. L. Warsz. 1863, L. 473).
- 11) Tenże. Odjęcie śledziony. (Prot. posiedz. Pam. T. L. W. 1864. LI, 401).
- 12) DOBIESZEWSKI Z. Wycięcie śledziony. (Refer. zbior. Klinika 1867, II, 199).
- 13) PIETRZYCKI A. Odjęcie śledziony, wyleczenie. (Przegląd Lek. 1874, XIII, 60).
- 14) GOLDBABER A. Wypadnięcie częściowe śledziony, odcięcie takowej, wyzdrowienie. (Przegl. Lek. 1877, XVI, 427).
- 15) GRODECKI. Rana cięta nadbrzuszną, wypadnięcie śledziony. Wyzdrowienie. (Gaz. Lek. 1896, str. 521).

Po należytem obmyciu, autor odprowadził śledzionę na swoje miejsce. Przebieg był nader pomyślny, pomimo, że od zranienia do podania należytej pomocy lekarskiej upłynęło dwa dni.

Przypadki wycięcia śledziony pochodzenia nieurazowego.

- 16) KOSIŃSKI. Wycięcie śledziony leukemicznej w r. 1879. Śmierć w 12 godzin po operacji wskutek krwotoku ze ścian jamy brzusznej. (Pam. T. L. W. 1893, str. 1162).
 - 17) BIZIEL J. Wycięcie śledziony z powodu białaczki. (Przegl. Lek. 1885, XXIV, 191).
 - 18) ORŁOWSKI W. Wycięcie śledziony. (Gaz. Lek. 1887, VII, 171).
- U 26-letniej kobiety wypuszczono naprzód około 16½ litrów przesięku otrzewnego, a po dwóch tygodniach usunięto śledzionę; śmierć nastąpiła w ciągu 6-ej doby po operacji, prawdopodobnie wskutek zapalenia otrzewnej; badanie wykazało guz włóknisty śledziony.
- 19) KOSIŃSKI J. Wycięcie śledziony. (Pam. T. L. W. 1897. Zesz. III, 796).
- Śledzionie wagi 10½ f. towarzyszył obfity przesiek w otrzewnej oraz marskość wątroby.
- 20) KOSIŃSKI J. Wycięcie śledziony. (Pam. T. L. W. 1897).
- Guz, wypełniającaj miednicę małą i dużą oraz dolną część jamy brzusznej, początkowo rozpoznany jako torbiel jajnika.
- 21) KOSIŃSKI J. Splenektomia przy bąblowcu śledziony, symulującym zropiałą torbiel jajnika z wynikiem niepomyślnym 3-go dnia po operacji. (Pam. T. L. W. 1896, str. 1162).

- 22) KRAJEWSKI W. Wycięcie śledziony z powodu przerostu; śmierć w tydzień po operacji wskutek zapalenia płuc. (Pam. T. L. W. 1896, str. 1162).
- 23) KLĘSK A. z kliniki prof. RYDYGIERA. O wycinaniu śledziony. Przegl. Lek. 1901. Nr. 33, str. 454).
- Przerost śledziony z zastoju, marskości wątroby i zwyrodnienia skrobiowatego.
- 24) JASIŃSKI S. O wycinaniu śledziony. (Przegl. Lek. 1901, Nr. 51, 52)
- Praca oparta na kazuistyce z kliniki prof. RYDYGIERA.
- 25) STANKIEWICZ C. Splenomegalia malarica. Śmierć po 2-eh tyg. w skutek rozlanego zapalenia otrzewnej. (Gaz. Lek. 1902, Nr. 39, str. 982.).
- 26) STRYCHARSKI z klin. prof. TRZEBICKIEGO. Trzy przypadki z dwoma wyzdrowieniami. (Now. Lek. 1902, Z. 10, str. 589).
- 27) CETNAROWSKI z tejże kliniki. Dwa przypadki, jeden z zejściem śmiertelnem wskutek krwotoku. (Przegl. Lek. 1903. Nr. 19, str. 275).

Przytoczona literatura oczywiście nie wyczerpuje całej kazuistyki wycięcia śledziony; przypadków takich spostrzegano u nas niewątpliwie więcej, żałować przeto należy, że nie zostały dotąd ogłoszone; ostatniemi laty urazy śledziony nie były rzadkością w szpitalach naszych; sam w roku przeszłym usunąłem narząd ten, zmiądzony postrzałem u młodzieńca, który zmarł po dwóch dniach.

Niechaj zatem i ta, chociaż dość skromna liczba ogłoszonych u nas spostrzeżeń, zachęci tych kolegów, którzy dotąd nie zdołali opisać spostrzeganých przypadków, do ich opublikowania.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

71. O. Wandel. Przyczynek do poznania istoty blednicy i do jej leczenia.

Obok teoryi IMMERMANNA i v. NOORDENA, według których istotę blednicy stanowi zmniejszenie się sprawności czynnościowej narządów krwiotwórczych, a zasadniczą jej cechą — *oligochromaemia*, dotychczas utrzymuje się teoria GRAWITZA oraz LLOYD-JONESA, upatrująca w zmianach we krwi w blednicy tylko cząstkowy wyraz ogólnej nerwicy naczyńioruchowej (*Splanchnicusneurose*). Wobec niemożności wywołania blednicy u zwierząt drogą doświadczalną, nie posiadamy innego sprawdzianu powyższych teoryi patogenetycznych poza skutecznością lub nieskutecznością leczenia, do tych

teorii dostosowanego. W myśl poglądów GRAWITZ'a w ostatnich latach wielu autorów usiłowało zastąpić dawne leczenie farmaceutyczne blednicy zabiegami wodolecznicznymi, mającymi na celu pobudzenie sprawności narządów krwiotwórczych drogą naczynioruchową. Wyniki tych usiłowań naogół były dotąd dość sprzeczne.

Autor w 21 przypadkach ciężkiej blednicy [40% i niżej do 60% Hb] stosował tytułem próby leczenie napotne zapomocą lamp elektrycznych żarowych z następczemi chłodnemi polewaniami; po 12-u kąpielach [a 4—6 tygodniach takiego leczenia] u tych samych chorych dla porównania stosował w pigułkach *Ferrum reductum*. Okazało się, iż leczenie napotne wpływało pomysłnie na ogólne poczucie chorych, natomiast objawy przedmiotowe choroby ustępowały bardzo nieznacznie. Ilość Hb wzrastała wprawdzie, lecz tylko w stopniu niewielkim [0,283% dziennie, gdy przy żelazie 1,43%]. Liczba czerwonych krążków u chorych z oligocytemią podnosiła się szybko do 4—5 mil. w 1 mm. sz., lecz niewspółmiernie z powolnym przybytkiem Hb, wskutek czego wskaźnik hemoglobiny czerwonego krążka nawet się obniżał. Jednocześnie zwiększała się liczba białych ciałek krwi oraz jej ciężar właściwy, skąd wniosek, że przyrost liczby krążków czerwonych był wynikiem tylko zgęszczenia krwi, nie zaś regeneracji.

To zgęszczenie krwi trwało zazwyczaj krótko: już po 48-u godz. stan krwi wracał do poprzedniego.

Widoczną poprawę przy leczeniu napotnem osiągnął autor w dwóch przypadkach, bezskutecznie przez czas długi leczonych poprzednio żelazem [0,6 i 1% dziennego przybytku Hb].

Z doświadczeń swoich autor wyprowadza wniosek, że procedury napotne nie mogą uchodzić za samodzielny środek leczniczy. Jednakże w pewnych przypadkach mogą stanowić cenny środek pomocniczy obok leczenia żelazem.

Niedostateczna synteza Hb w blednicy powstaje niezawodnie nie z powodu niewydolności komórek, budujących cząsteczkę Hb, lecz wskutek braku jej składników chemicznych, mianowicie Fe.

Żelazo w ustroju istnieje, według QUINKE'go, niezależnie od połączeń chemicznych w trzech następujących postaciach: 1) jako żelazo ustrojowe t. zw. Organ - Fe; 2) jako związki rozpuszczalne we krwi i 3) w postaci zapasów Fe, głównie w wątrobie i w śledzionie. Niezawodnie wszelkie leczenie przetworami żelaza zwiększa w ustroju ostatnią jego postać. Jednakże dalsze przechodzenie stąd żelaza do obiegu oraz łączenie się w związki organiczne z komórkami ustroju [jak w czerwonych krążkach krwi] niezawsze odbywa się dość sprawnie zapewne z braku podniet do tego w ustroju. Zadanie takiej potrzeby pełnią, zdaniem autora, procedury napotne w przypadkach blednicy, leczonych poprzednio żelazem.

Byłaby tu analogia z tymi przypadkami syfilisu, kiedy leczenie rtęciowe, nieraz aż nazbyt energiczne, może dawać nawet objawy zatrucia, a mimo to nie okazuje wpływu leczniczego na wykwity skórne, dopóki zabiegi napotne nie wprowadzą nagromadzonej rtęci do obiegu, nie uruchomią nieczynnych dotąd jej zapasów.

Tem również zapewne tłumaczy się dodatnie działanie zabiegów napotnych w niektórych postaciach niedokrwistości wtórnej, w których, jak wiadomo, nagromadzenie nieczynnego żelaza w narządach ustroju bywa nieraz nawet bardzo znaczne (*siderosis* wątroby, śledziony).

72. Morawitz. Przelewanie krwi w leczeniu ciężkich form małokrwistości.

Metoda ta, przyjęta z takim entuzjazmem przed 15 — 20 laty, dziś uległa zupełnemu prawie zapomnieniu, co nie wydaje się jednak rzeczą słuszną. Przelewanie nie może naturalnie nic pomódz w tych razach, gdy szpik nie jest już zdolny do krwiotwórczej działalności lub gdy rozmiary erytrolizy są takie, że szpik przy maksymalnej nawet działalności nie jest w stanie jej zrównoważyć; pozostają jednak zawsze wypadki, w których wystarcza podnieść w odpowiedni sposób zbyt opieszalą odwrotną działalność szpiku, aby ustąpiły najcięższe objawy małokrwistości.

Dużo bez wątpienia można tu osiągnąć systematyczną kuracją arsenikową; zasługuje też na uwagę polecane przez Grawirz'a dyetetyczne leczenie z płukaniami żołądka i kiszek; dobrze jest jednak mieć na uwadze i przelewanie krwi w tych razach, gdy zawodzą tamte metody lub gdy chodzi o szybką pomoc.

Przelewanie odwłóknionej krwi uważano przez długi czas za metodę niebezpieczną ze względu na możliwość zatrucia fermentem włóknikowym; objawami tego zatrucia miały być zdarzające się niekiedy po przelewaniach napady duszności, gorączka, obrzęki, rzekomo następstwa zakrzepów włoskowatych. Nowsze badania wykazały jednak, że zakrzepy takie mogą się zdarzać wtedy tylko, gdy używano do przelewań krwi jeszcze ciepłej, lub gdy wyciskano skrzep włóknikowy; o ile będziemy liczyć się z tymi względami, niema powodu do dawania pierwszeństwa trudniejszym i zapewne niebezpiecznym przelewaniom krwi nieodwłóknionej.

Objawy, o których była mowa, nie zależą więc z pewnością od zatrucia fermentem włóknikowym; przewidzieć ich natężenia nie można, bo za mało wiemy o czynnikach wchodzących tu w grę [izolizyny?]. W każdym razie, o ile się zdaje, przelewania nie były nigdy bezpośrednią przyczyną śmierci; są nawet spostrzeżenia, dowodzące, że w wypadkach z mocnym odczynem skutek bywa później szczególnie korzystny. Należy jeszcze dodać, że przelewania stosujemy zwykle w tych razach, gdy niema już nic do stracenia.

W ostatnich czasach we Francji próbowano zastąpić przelewania pewnymi metodami sero- i organoterapeutycznymi. Iniekcya surowicy hemolitycznej u królika wywołuje znaczne powiększenie liczby erytrocytów, które dochodzi do najwyższego stopnia po tygodniu i znika po trzech tygodniach [CANTACUZÈNE]; i dotychczasowe kliniczne wyniki były jednak, o ile się zdaje, mniej pomyślne, choć naturalnie nie można tu jeszcze wyrzec ostatniego słowa. Z lepszym skutkiem stosowano wewnętrznie szpik w tych zwłaszcza razach, gdy większa liczba erytroblastów w krwi świadczyła, że szpik chorego jest jeszcze zdolny do pracy twórczej. Wszystkie te próby nie usprawiedliwiają jednak obojętności, z jaką ogół lekarski traktuje dziś przelewanie krwi.

Większe zainteresowanie w tym kierunku powinna obudzić praca ogłoszona niedawno przez dra P. MORAWITZ'a, asystenta kliniki v. KREHL'a w Strasburgu. Autor ten opisuje sześć przypadków ciężkiej anemii, w których stosowano właśnie przelewanie krwi z wybitnym po części skutkiem. Krew wypływająca przez igłę z *v. mediana* zbierano wprost do wyjąłownego 500-centymetrowego słoika, zamykanego szklanym korkiem. Krew odwłókniano przez skłócanie z wyjąłowanymi kawałkami szkła już podczas upustu i potem jeszcze przynajmniej przez 5 — 10 minut; następnie pozostawiano ją w spokoju na 20 — 30 minut i potem precedzano przez gęstą wyjąłowaną kanwę do drugiego słoika; ostatecznie z 250 cm. sz. krwi świeżej można było zawsze otrzymać około 200 cm. sz. krwi odwłóknionej.

Krew wlewano zawsze przez rurkę szklaną, przywiązaną do odpreparowanej *v. mediana*; iniekcja przez igłę wklutą wprost przez skórę do żyły byłaby prostsza, gdyby nie okoliczność, że często żyła jest bardzo źle rozwinięta i prawie niepodobna trafić do niej igłą. Gdy szklana rurka napełniła się już krwią chorego, łączono z nią rurkę gumową, napełnioną już przez lejek ogrzaną odwiłkioną krwią; wlewanie 200 cm. sz. krwi trwało 20 — 30 minut. Cała operacja zabierała nie więcej, jak godzinę czasu.

Przeglądając zestawione przez MORAWITZ'a wyniki, należy wykluczyć przedewszystkiem dwa przypadki, w których chorzy pozostawali w klinice tylko przez parę dni po przelewaniu, za krótko więc, aby wyniki mogły być wyraźne, choć bądź co bądź w jednym z tych przypadków chora czuła się znacznie lepiej. Bez żadnego skutku pozostało dwukrotne przelewanie w jednym przypadku, gdzie jednak już za życia można było rozpoznać ciężką aplazję szpiku; autopsya wykazała tu istotnie taki zanik tkanki erytroblastycznej, że odtwórcza działalność szpiku stała się niemożliwością. Bardzo pomyślne były natomiast wyniki w trzech innych przypadkach. Na szczególną uwagę zasługuje przypadek ciężkiej anemii u 15-letniego chłopca, gdzie podczas trzytygodniowego arsenikowego leczenia stan wciąż się pogarszał, a poprawa rozpoczęła się dopiero po przelewaniu, i chory mógł po dwóch miesiącach powrócić do zwykłej pracy. W dwóch pozostałych przypadkach zastosowano przelewanie wprost jako *ultimum refugium* bez nadziei powodzenia, i jednak wbrew wszelkim oczekiwaniom udało się uratować życie.

Odczyn toksyczny spostrzegano dwa razy, i szczególnie wyraźnie w jednym z dwóch przypadków, wymienionych na pierwszym miejscu, już przy końcu przelewania zauważono sinicę i niepokój, chora dostała wymiotów, a po 10 minutach ukazał się obrzęk twarzy; w pół godziny przy dreszczach wstrząsających gorączka podskoczyła do 39°, a w godzinę po przelewaniu spostrzeżono hematuryę i hemoglobinuryę. Poprawa nie rozpoczęła się nigdy wcześniej jak w 3 — 4 dni po przelewaniu. Jeżeli weźmiemy jeszcze pod uwagę, że ilość przelewanej krwi jest stosunkowo wcale nie wielka [inni autorowie spostrzegali bardzo pomyślne wyniki już po przelewaniu 50—100 cm. sz. krwi], to łatwo możemy stąd wywnioskować, że przelewana krew działa przedewszystkiem jako środek podniecający krwiotwórczą działalność szpiku.

Przypadki opisane przez MORAWITZ'a dowodzą bezwarunkowo, że przelewania krwi powinny odzyskać szersze rozpowszechnienie w leczeniu ciężkich anemii, które dotąd prowadzi się w sposób zbyt wyczekujący. Pewną zmianę w tym kierunku zapowiadają gruntowne nowsze badania nad regeneracją krwi, po których można oczekiwać owoców nie tylko teoretycznych; mamy tu na myśli szczególnie prace CARNOT'a nad własnościami surowicy sztucznie z anemizowanych królików. Surowica ta, zastrzyknięta zdrowym zwierzętom, wywołuje bardzo znaczne niekiedy powiększenie liczby erytrocytów [np. z 5 do 11 milionów], trwające przez kilka tygodni; tak samo działa wodny wyciąg ze szpiku zwierząt anemicznych. CARNOT wypowieda przypuszczenie, że w surowicy zwierząt anemicznych nagromadzają się w znaczniejszej ilości tak zwane przez niego „hemopoetyny”, podniecające krwiotwórczą działalność szpiku; w normalnych warunkach wpływ ich równoważą w zupełności znane już dawniej hemolizyny.

73. Zondek. Chirurgiczne leczenie przewlekłego zapalenia nerek według Edebohls'a.

Podstawy anatomiczne, na których EDEBOHLS oparł uzasadnienie swej operacji, polegają na tem, że w następstwie zabiegu wytwarzają się zrosty łączno-tkankowe pomiędzy nerką a jej otoczeniem; w tej to tkance łącznej przebiegają obfite znacznego kalibru naczynia krwionośne, przyczem nowopowstałe tętnice przeważają swą liczbą i wielkością żyły, i prąd krwi w owych tętnicach skierowany jest zawsze do nerki, a nie odwrotnie. Stąd wywnioskował EDEBOHLS, „że przekrwienie tętnicze nerki stanowi podstawę zmian, zachodzących po operacji, które w następstwie prowadzą uleczenie lub poprawę w chorobie BRIGHT'a”. Wywody niniejsze autor poddał w swej pracy szczegółowej krytyce. Przedewszystkiem nie możliwym było, jego zdaniem, rozstrzygnąć, czy naczynia rozgałęziają się tylko w zrostach, mocno spojonych z powierzchnią nerki, czy też przenikają w samą nerkę. Widziane przez EDEBOHLS'a naczynia w zrostach mogły wszak być fizyologicznymi naczyniami torebki, które odgałęziają się od tętnicy nerkowej lub jej gałęzi i rozchodzą się po torebce, względnie powstają przez zlanie się żył torebkowych i zbiegają się do żyły nerkowej, jej gałęzi lub żyły nadnercza. Gdyby jednak udało się z zupełną pewnością wykazać, że naczynia torebkowe przenikają w miąższ nerki, to i wtedy nie możnaby przyjąć wniosku EDEBOHLS'a. Wszak są, jakkolwiek niezbyt często, fizyologiczne gałęzie tętnicy nerkowej, które z obwodu przenikają narząd i odżywiają odpowiadającą ich kalibrowi część nerki, lecz wyłącznie tę tylko część. Również istnieją i żyły, większego czy mniejszego kalibru, co z obwodu przenikają w głąb nerki. Jakim więc sposobem, pyta ZONDEK, można podczas operacji rozstrzygnąć, czy naczynia w zrostach są fizyologiczne, czy też nowopowstałe? Za niedowiedzione też należy uważać twierdzenie, że nowopowstałe naczynia torebki przenikają w nerkę i to znacznie zmienioną wskutek zapalenia przewlekłego, stwardniałą przez bujanie śródmiążsowej tkanki łącznej. Przeciwnie, przez dekapulację możemy właśnie porozrywać istniejące fizyologicznie naczynia torebki; byłyby to te naczynia torebki, które wybiegają z wnętrza nerki i rozgałęziają się w torebce, a przy zdejmowaniu torebki włóknistej z powierzchni nerki łatwo mogą uleść uszkodzeniu. I właśnie te naczynia wydają się autorowi w pewnej mierze środkiem, zabezpieczającym utrzymanie fizyologicznej równowagi cyrkulacji w nerce. Naczynia torebkowe stanowią przeto wentyle przy wysokich fizyologicznych wahanach ciśnienia krwi w nerce, a przez zdjęcie torebki pozbawiamy nerkę tego środka ochronnego, inaczej mówiąc — wyrządzamy choremu krzywdę. Na tem jednak nie kończą się zarzuty, stawiane przez autora teorii EDEBOHLS'a, zaznacza on bowiem i brak zupełny eksperymentów na zwierzętach, a następnie odmawia znaczenia decydującego historyom chorób, przytoczonym przez EDEBOHLS'a. Dalej autor polemizuje z wywodami anatomicznymi LITTEN'a, który uzasadniał racjonalność operacji EDEBOHLS'a; wreszcie, na zasadzie osobistych doświadczeń stanowczo wypowiada się przeciw stosowaniu tego zabiegu, powtarzając raz jeszcze te słowa, które wypowiedział w 1903 r. w swej „Topografii nerek”: „Leczenie operacyjne metodą EDEBOHLS'a przewlekłego zapalenia nerek, uznanego ogólnie za chorobę nieuleczalną, z którą jednak osobnik może żyć długie lata, uważam za zabieg bardzo poważny, a który nie ma najmniejszej racji bytu i nie zasługuje na zalecenie”.

(*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Gedenkb. f. Mikulicz*).

W. Dobrowolski.

Przegląd bibliograficzny.

— x-x —

DR WACŁAW MĘCZKOWSKI. MONOGRAFIE HISTORYCZNE
SZPITALI W KRÓLESTWIE POLSKIM. T. I.

Ocecił Bronisław Sawicki.

„*Es wäre vielleicht besser manches Neue nicht zu erlernen, als das Alte zu vergessen*” mawiał ongi na swych wykładach prof. TRAUBE. Jakkolwiek trudno nie zgodzić się z powyższem twierdzeniem, to jednakże my nigdy nie przejawialiśmy zbytnej dbałości o swój dawny dobytek w dziedzinie nauki i sztuki lekarskiej. Dość powiedzieć, że dotąd nie posiadamy historii medycyny polskiej. Wprawdzie GĄSIOROWSKI wydał w latach 1839 do 1855 z niezmiernym nakładem pracy napisane 4-tomowe dzieło „Zbiór wiadomości do historii sztuki lekarskiej w Polsce od czasów najdawniejszych aż do najnowszych”, lecz jest to, jak zresztą sam tytuł zaznacza, dopiero zebranie materyału, na którym się oprze przyszły nasz dziejopis. Poza dziełem GĄSIOROWSKIEGO posiadamy zaledwie parę prac, szkicowo rysujących historyczny rozwój poszczególnych działów naszej medycyny. Tu muszę przedewszystkiem wymienić przez J. PESZKEGO opracowany źródłowo choć krótko rys chirurgii polskiej, pomieszczony w *Geschichte der Chirurgie GURLT'a*. Niestety, praca ta obejmuje tylko okras czasu do XIX wieku. Zresztą brak nam nie tylko dzieł i artykułów o szerszym zakresie; z trudnością zdobywamy się nawet na pracowników, którzyby gromadzili materyał i wydawali monografie. Zdarzało się nieraz, że w razie potrzeby opracowania czegoś okolicznościowego, wypadało zwracać się w tej sprawie do nielekarzy. Historję szpitala Dzieciątka Jezus do dzieła „Rys historyczno-statystyczny szpitali i t. d.” musiał GIRSZTOWT zamówić u JULJANA BARTOSZEWICZA. Gdy z powodu wydawnictwa jubileuszowego wypadło opracować historję Warszawskiej Akademii medyko-chirurgicznej oraz fakultetu lekarskiego w Szkole Głównej, nie znalazł się nikt z ich byłych wychowañców, ktoby zechciał oddać tę usługę swej *almae matri*. Trzeba było dopiero drogą konkursu uzyskać taką pracę, którą napisał student B. BARTKIEWICZ. Dał on rzecz sumiennie opracowaną na podstawie dokumentów drukowanych, nie może ona jednakże zastąpić dokumentu, spisane go przez naocznych świadków, którzy żyli bolem i radością owych czasów, a którzy dotąd pełni są najwyższego kultu dla szkoły ówczesnej.

Ostatnie czasy zdają się zapowiadać pewną zmianę na lepsze. Zjawia się nieco więcej prac z dziedziny historii naszego szkolnictwa lekarskiego i szpitalnictwa, a w sukurs starszym pracownikom [BIELIŃSKI, PESZKE] przychodzi kilku nowych [GIEDROYĆ, MĘCZKOWSKI, LACHS, WRZOSEK]. Do rzędu najslabiej opracowanych działów naszej historii medycyny należy szpitalnictwa. Poza wydawnictwem GIRSZTOWTA, które przedstawia zaledwie część zamierzonego na szeroką skalę dzieła, możemy wymienić tylko dwie większe monografie [GIEDROYCIA Historję szpitala Św. Łazarza

w Warszawie oraz pomieszczoną w „Zbiorze prac ku uczeniu prof. (BALIŃSKIEGO) Historię szpitala Św. Łazarza w Krakowie]. A przecież historia naszego szpitalnictwa, to jeden z ważniejszych dokumentów naszej kultury. Dość powiedzieć, że pierwszy szpital Św. Ducha, rozpoczynający nową erę w dziejach ogólnego szpitalnictwa, powstał [we Francji] około 1195 r., a już w 1221 r. fundują u nas szpital Św. Ducha w Prądniku pod Krakowem, w 1222 także szpital w Sandomierzu, w 1282 — w Kaliszu i t. d. Szpitale nasze nie tylko dawały przytułek biednym, sierotom, podrzutkom, lecz i leczyły chorych w znaczeniu dzisiejszem, a nawet dawały pomoc żołnierzom. Począwszy od STEFANA BATOREGO, zakładano u nas nawet t. zw. szpitale żołnierskie, do leczenia wojska przeznaczone [w Warszawie, Tykocinie, we Lwowie, Kamieńcu Podolskim, Wilnie]. Wykazuje to, żeśmy pod względem szpitalnictwa szybko zdążali za postępami kultury zachodniej.

Na nieszczęście znaczna liczba dokumentów, dotyczących historii naszego szpitalnictwa, już uległa zniszczeniu, inne butwieją na strychach lub w archiwach. Możliwie szybkie ich zużytkowanie jest konieczne. Od czasów GIRSZTOWTA kołatała się ta myśl wśród nas, wcielenie jej jednakże w czyn wywołało tyle zmudnej i uciążliwej pracy, że dopiero obecnie znalazł się pracownik w osobie dra MĘCZKOWSKIEGO, który postanowił myśl tę w czyn wprowadzić. Wydał on obecnie tom pierwszy dzieła p. t. „Monografie historyczne szpitali w Królestwie Polskiem”, obejmujący opis dwu szpitali w Kaliszu oraz szpitala w Milanowie. Wśród tych trzech prac na pierwszym miejscu należy postawić monografię szpitala Św. Ducha i Św. Trójcy w Kaliszu. Pod względem wartości śmiało można tę pracę postawić obok BARTOSZEWICZA monografi szpitala Dzieciątka Jezus; ta, napisana przez nielekarza, ustępuje nawet pracy MĘCZKOWSKIEGO pod względem wyzyskania materiału czysto lekarskiego. Przy opracowywaniu wspomnianej monografii MĘCZKOWSKI zużytkował obok materiału już znanego znaczną liczbę dokumentów bądźto na miejscu zdobytych, bądź też w Archiwum głównem akt dawnych wyszukanych. Dobrze uczynił autor, podając swój opis na szerszem tle stosunków u nas i na zachodzie. Tym sposobem cały obraz stał się żywszym i jaśniejszym. Na wstępie przytacza M. szczegóły powstania pierwszego szpitala Św. Ducha w Montpellier i wpływ jego na rozwój szpitalnictwa wogóle; następnie kreśli historię założenia takiegoż szpitala w Kaliszu. Do rzędu bardzo interesujących należy rozdział o wprowadzeniu u nas zakonu t. zw. Duchaków, o ich regule, organizacji i stosunku do społeczeństwa. Pod tym ostatnim względem bardzo ciekawy szczegół przedstawia instytucja t. zw. prowizorów czyli opiekunów, wybieranych z grona mieszczan przez połączone zebranie urzędów miejskich. Prowizorowie ci mieli w swych rękach całą administrację zakładu i zarząd majątkiem szpitalnym, a miasto było odpowiedzialne za czynność prowizorów. Tym sposobem już w XV i XVI wieku, społeczeństwo polskie uznało szpital za instytucję dobra publicznego. W dalszym ciągu M. podaje dzieje założenia i organizację szpitala Św. Trójcy w Kaliszu, opisuje smutny stan obu szpitali w końcu XVIII wieku, czego obraz przechował nam referat Komisji Dobrego Porządku. Do rzędu ciekawszych należy także rozdział o rządach pruskich w Kaliszu. Pomimo krótkotrwałości rządów niemieckich w tem mieście, uczyniły one wiele zwłaszcza pod względem uporządkowania strony majątkowej szpitala. „I wyznać należy, mówi autor, zrobili oni dużo, a nadewszystkiem we wszystkich ich czynnościach przebija dokładność, systematyczność i porządek”. W dalszym ciągu M. opisuje dzieje obu szpitali, połączonych w jeden pod wezwaniem Św. Trójcy, za czasów Księstwa Warszawskiego [mianowanie pierwszego lekarza stałego w szpitalu] oraz Królestwa kongresowego, przedstawia działanie Rad opiekuńczych, wreszcie

okres Rad Dobroczynności Publicznej. W tym dziale autor przytacza dużą liczbę interesujących szczegółów, świadczących, jak społeczeństwo stopniowo usuwano od spraw szpitalnych, a te sprowadzono z torów właściwych na tory polityczne. Już w 1865 r. Komisya Rząd. Spraw Wewn. nakazała, aby Rady Opiekuńcze Szczeg. zawiadamiały bezwarunkowo o swych posiedzeniach naczelnika żandarmeryi: tylko w jego obecności mogło się odbywać posiedzenie Rady. Ciekawe są też szczegóły rusyfikacyjnej działalności Rożnowa, który samowolnie regulował stosunki szpitalne swymi okólnikami. W 1869 r. rozesłał nawet do szpitali okólnik, którym nakazuje, aby lekarze, pragnący ogłaszać w pismach peryodycznych swe prace, przedstawili je uprzednio do rozpatrzenia władzy swojej i jedynie po uzyskaniu z jej strony pozwolenia oddawali do druku. Niezmiernie interesującą swą pracę M. uzupełnia wieloma tablicami liczbowymi, odpisami różnych dokumentów, planami szpitala w obecnym jego stanie, wreszcie fotografiami lekarzy. Śmiało rzec można, że praca Męczkowskiego powinna służyć za wzór, jak tego rodzaju monografie należy pisać. Można by jej jeden zarzut uczynić: szkoda, że autor nie daje nam obrazu działalności lekarskiej szpitala z ostatnich lat czterdziestu. Jest to okres czasu, niezmiernie ważny dla dziejów medycyny wogóle, a szpitalnictwa w szczególności. Byłoby rzeczą niezmiernie ważną dowiedzieć się z takiej monografii, o ile szpitale kaliskie podążały za ruchem nauki lekarskiej, o ile odpowiadały swemu zadaniu, jako lecznice, a nie jako przytułki dla zniezdolniałych. Jednakże, czyniąc ten zarzut, muszę jednocześnie zaznaczyć, że dość trudno jest piszącemu taką monografię w dzisiejszych warunkach odpowiedzieć temu wymaganiu. Łatwiej jest nieraz napisać coś o leczniczym znaczeniu szpitali w okresie czasu pomiędzy rokiem 1835 a 1865, niż o latach późniejszych. W tamtym okresie czasu sporządzano, a nieraz i drukiem ogłaszano sprawozdania z działalności ważniejszych szpitali, i te to właśnie sprawozdania przedstawiają dziś cenny materiał. Męczkowski skorzystał ze sprawozdań HELBICHA oraz NEUGEBAUERA i dał nam w swej monografii choć pobieżny obraz lecznictwa szpitalnego za wspomniany okres. Z upadkiem obywatelskich Rad Opiekuńczych i wprowadzenia urzędniczych Rad Dobroczynności Publicznej przerywają się te sprawozdania, co dla historyka szpitali wytwarza brak wielkiej doniosłości. Dziś, chcąc stworzyć sobie pojęcie o działalności wielu z pomiędzy naszych szpitali z ostatnich kilku dziesiątków lat, trzeba by się oddać specjalnym poszukiwaniom w księgach kancelaryjnych i na strychach szpitalnych lub się posiłkować tradycją z ust żywych świadków, ten okres pamiętających. Zresztą i tą zmuśną drogą niezawszeby się udało uzyskać pożądany materiał wobec tego, że najważniejsze dokumenty, t. j. karty szpitalne co lat kilka bywają niszczone. W tych warunkach tylko osoby, bardzo blisko ze szpitalem związane, mogłyby opracować choć pobieżny rys działalności szpitala. Być może przeto, że lekarze, pracujący dziś w szpitalu Św. Trójcy w Kaliszu, postarają się czasem ten brak w pracy dra Męczkowskiego uzupełnić. Po tem, com wyżej powiedział o monografii szpitala Św. Trójcy, niewiele mi pozostaje powiedzieć o dwóch innych monografiach. Jedna z nich, napisana przez dra Męczkowskiego wspólnie z d-rem BEATUSEM, podaje rys historyczny szpitala Starozakonnych w Kaliszu, odznacza się temiż cechami, co poprzedzająca monografia, lecz zawiera mniej szczegółów interesujących, ponieważ i sam szpital powstał stosunkowo niedawno. Ciekawym jest wstęp do tej pracy, dający krótki opis towarzystw czyli bractw żydowskich, mających na celu pomaganie ubogim i ratowanie nieszczęśliwych. Szkoda tylko, że ten opis jest zbyt krótki. Ostatnia monografia „szpitala w Milanowie” choć krótka, interesuje z tego względu, że przedstawia nam najjaskrawszy do-

wód, jak trudno było u nas do czasów ostatnich przedsiębrać jakąkolwiek pracę kulturalną. Węgę ofiarodawcy, w r. 1853 przez najwyższe władze kraju zatwierdzoną, w r. 1839 pogwałcono, Siostry Miłosierdzia wbrew zapisowi usunięto i na zamknięcie szpitala, wyrażaie w zapisie zagwarantowane, nie pozwolono, a nową ustawę mu narzucono.

W końcu niniejszej notatki muszę zaznaczyć, że, o ile treść pracy dra MĘCZKOWSKIEGO zasługuje ze wszech miar na pochwałę, o tyle szata jej zewnętrzna jest w wysokim stopniu zaniedbana. Pomijam tu niejaki błąd językowy; natomiast muszę zaznaczyć złą korektę, brak liczb kolejnych na pietywszych 130 stronicach, poprzestawianie stronic, wypuszczenie całych ustępów [str. 224 u dołu], cyfrowanie paragrafów raz liczbami rzymskimi, drugi raz arabskimi [str. 225] i temu podobne. Są to rzeczy, być może błahę, a jednakże szkoda, że tak ładny duch mieści się w tak brzydkim ciele.

NOTATKI LEKARSKIE.

Kilka uwag o leczniczym znaczeniu digalenu.

Skreślił

F. Arnstein (Kutno).

W ostatnich czasach zaczyna wchodzić w użycie lekarskie surogat naparstnicy digalen, o którym w prasie lekarskiej zagranicznej znajdujemy szereg prac farmakologicznych i klinicznych, w mniej lub więcej entuzjastyczny sposób zachwalających ten lek w chorobach serca, połączonych z niedomogą mięśnia sercowego.

Ponieważ u nas digalen nie wszedł w powszechne użycie, jak o tem świadczy prawie zupełny brak¹⁾ w naszej prasie lekarskiej prac poświęconych leczniczemu działaniu tego leku, przeto sądzę, że nie będzie pozbawione pewnego interesu podanie kilku przypadków, w których z przyczyny objawów niedomogi mięśnia sercowego przy wadach zastawek stosowałem przez dłuższy czas digalen, a to tem bardziej, że w przypadkach tych stosowaną była poprzednio lub na zmianę z digalenem naparstnica, jako też inne leki sercowe.

¹⁾ Prócz artykułu o digalenie z kliniki lekarskiej we Lwowie przez dra TURNHEIN'a, drukowanego w r. 1905 Nr. 33 Przeglądu Lekarskiego, nie znam żadnej pracy polskiej o tym leku.

Przedewszystkiem kilka słów dotyczących samego leku. Digalen jest działającą składową częścią naparstnicy. Stosuje się on w postaci roztworu w dawce jednorazowej 1 ctm. sz. co się równa 0,3 miligrama czystego digalenu, 3 do 5 razy na dobę. W handlu roztworów digalenu znajduje się w buteleczkach po 15 ctm. sz.: do flaszeckki dołączony jest kroplomierz, na którym liezbami oznaczona jest miara centygramowa. Roztwór digalenu podaje się wewnątrznie lub w postaci zastrzykiwań podskórnych i wewnątrznych.

Przypadki, w których stosowałem digalen są następujące: Ch. S., mężczyzna 46-letni, od dawna ma *insufficienciam val. mitralis*. W roku zeszłym na wiosnę pierwszy raz wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego. Chory zaczął doznawać męczenia się przy chodzeniu, szczególnie po schodach, bicia serca, kaszlu, a wkrótce potem zaczęły obrzękać stopy, które stopniowo się zwiększały. Pod wpływem leżenia przez dwa tygodnie w łóżku i brania naparu naparstnicy w dawce na 1 na 200 z początku co 3 godziny łyżkę, a następnie 3 razy dziennie po łyżce, objawy chorobne ustąpiły i chory wrócił do zwykłego zajęcia, wymagającego dużego ruchu.

Po kilku miesiącach na nowo wystąpiły objawy niedomogi serca, lecz w wyższym stopniu; obrzęki tym razem były znacznie większe, dochodziły do kolan; ilość moczu znacznie się zmniejszyła, duszność znaczna, sinica, tętno dochodziło do 110 o małym napięciu. Chory w ciągu kilku tygodni brał z początku naparstnicę w powyżej podanych dawkach, a potem naparstnicę z diuretyną, a obok tego ze względu na zastoje w jamie brzusznej [duża wątroba] leki czyszczące. Skutek leczenia był bardzo nieznaczny i obrzęki się nieco zmniejszyły, ilość moczu nieco się podniosła: z 3-ch szklanek na dobę do 4-ch, nie udało się jednak tym razem w ciągu 4-ch przeszło tygodni doprowadzić do zniknięcia obrzęków, które były już to mniejsze, już większe. Zacząłem przeto po pewnej przerwie stosować digalen w dawce 1 ctm. sz. z początku 3, a po kilku dniach 4 razy na dobę, do czego mnie skłoniła i ta okoliczność, że chory uskarżał się na nudności i ból w dołku. Już na drugi dzień po użyciu 4-ch dawek digalenu, ilość moczu z 3-ch szklanek na dobę zwiększyła się do 4 $\frac{1}{2}$, lecz dalsze użycie leku nie wpłynęło ani na dalsze zwiększenie ilości moczu, ani też na zmniejszenie obrzęków; chory przez dwa tygodnie brał digalen, który zupełnie dobrze znosił, przyczem stan chorego nie był bynajmniej lepszy aniżeli przy braniu naparstnicy. Chory dziś bierze już to naparstnicę lub inne leki sercowe (strofant i t. p.), już digalen z jednakowym skutkiem; widoczne zwyrodnienie mięśnia sercowego dosięgło wysokiego stopnia i już leki sercowe nie są zdolne zwalczyć zaburzeń cyrkulacyjnych.

W przypadku tym digalen nie okazał się pod względem działania leczniczego lepszym od naparstnicy; co jedynie na jego korzyść przemawia to to, że daleko lepiej był znoszony.

Pani C. osoba otyła, 52-letnia, od kilku lat doznaje trudnego oddechu, męczenia się przy chodzeniu, niekiedy bicia serca. Przed trzema miesiącami zaczęły jej obrzękać stopy, a ilość moczu stopniowo się zmniejszać tak, że chora nie oddawała moczu więcej na dobę jak 2 do 3-ch szklanek. Wezwany do chorej w tym czasie, znalazłem zwiększenie rozmiarów serca w obu kierunkach, szmer wyraźny w miejscu wysłuchowym aorty, tętno przeszło 110, drobne, obrzęk nóg dochodzący do połowy goleni. Przepisałem *Inf. hbae Digitalis e 1:200* co 2 godziny łyżkę. W ciągu 3-ch pierwszych dni stan bez zmiany. Czwartego dnia przy ciągłym braniu naparstnicy oddech lepszy, tętno 90, ilość moczu, w ciągu 3-ch pierwszych dni nie przechodząca 2 $\frac{1}{2}$ szklanek, zwiększona do 4-ch szklanek na dobę, obrzęk nóg

nico mniejszy. Przy dalszem braniu naparstnicy w znacznie mniejszych dawkach ilość moczu pozostała taż sama, obrzęk nóg znacznie się zmniejszył, nie udało nam się jednak doprowadzić tak przy użyciu naparstnicy, jako też i innych leków sercowych do zupełnego zniknięcia obrzęków, a gdy po 2-ch tygodniach obrzęki na nowo zaczęły się powiększać, a tętno znowu dosięgło 110, zaczęliśmy podawać wewnątrz digalen w ilości 1 ctm. sz. trzy razy dziennie. Już po 2-ch dniach ilość moczu się zwiększyła, obrzęk zaczął się zmniejszać, a częstość tętna zmniejszyła się do 85; przy dalszem braniu w ciągu 10-u dni leku ilość moczu pozostała ta sama, obrzęki mniejsze, lecz nie zniknęły i dotychczas trwają.

W trzecim przypadku, spostrzeganym przeze mnie od 3-ch miesięcy, a dotyczącym pana R., chorego 31-letniego i b. otyłego, którego razem zenną kilka razy widzieli koledzy: PAWIŃSKI, E. ZIELIŃSKI i SIERPIŃSKI, i u którego przed pół rokiem zjawił się silny kaszel, napadowe silne bicie serca, rytm galopujący, tętno stale przeszło 120, a następnie coraz zwiększający się obrzęk nóg, dochodzący do kolan, tak naparstnica, i inne leki sercowe, jako też digalen nie sprowadziły żadnej zmiany w stanie chorego, nie wpłynęły ani na zmianę tętna, ani na zwiększenie ilości moczu i zmniejszenie obrzęków. W przypadku tym nie widzieliśmy żadnej różnicy w działaniu naparstnicy i digalenu.

Trzy powyższe przypadki, przez dłuższy czas przeze mnie spostrzegane, nie pozwalają na wyprowadzenie ostatecznych wniosków co do działania digalenu; ogólne wrażenie, jakie wyniosłem ze stosowania digalenu, jest to, że działa on nieco szybciej aniżeli naparstnica, że chorzy lepiej go znoszą przez dłuższy czas; co zaś do jego wpływu na zaburzenia cyrkulacyjne, spowodowane niedomogą mięśnia sercowego, nie mógł bym mu przyznać wyższości nad naparstnicą i dlatego sędzę, że jego prawdziwe działanie lecznicze jest takie samo jak naparstnicy; może być, że przy stosowaniu podskórnem działanie jego jest pewniejsze. W każdym razie ze względu na szybsze działanie i na lepszą tolerancję, digalen w wielu razach z korzyścią zastąpić może naparstnicę.

Wiadomości bieżące.

— Redakcja „Przeglądu Filozoficznego” ogłasza konkurs na rozprawę p. t.: „Wyjaśnienie i opis”.

Od czasów Arystotelesa poprzez wieki średnie i znaczną część ery nowożytnej utrzymywał się niezachwianie pogląd, że znamieniem i zadaniem naukowego poznania rzeczywistości jest wykrywanie przyczyn badanych zjawisk i faktów: „*vere scire est per causas scire*” [teorya wyjaśnienia, *explication, Erklärung*]. Pogląd ten obecnie zarzucają liczni przedstawiciele filozofii i nauk szczegółowych, przeciwstawiając mu zdanie, że zadaniem naukowego poznania rzeczywistości jest opis badanych zjawisk i faktów (teorya opisu, *description*,

Beschreibung). Rozpatrzenie obu poglądów z punktu widzenia historycznego, metodologicznego i epistemologicznego tworzy temat zadania konkursowego.

Część historyczna winna wykazać początek i rozwój teorii opisu oraz obecny jej stan w różnych jej rozgałęzieniach i odmianach. Nie wymaga się jednak od tej części wyczerpującego uwzględnienia wszystkich szczegółów, wystarczy, jeżeli uprzytomni główne fazy rozwoju teorii opisu i zasadnicze jej kierunki współczesne. Część historyczna przygotowuje zarazem ściśle określenie pojęć wyjaśniania i opisu, niezbędne dla rozważań dalszych.

Część druga winna rozpatrzyć stosunek obu teorii z punktu widzenia metodologicznego; ma więc przedstawić i ocenić wpływ obu teorii na metodę badań naukowych, uwzględniając szczególnie pytanie, czy różnica w poglądach na zadanie badań naukowych, [wyjaśnienie czy opis] oddziałują na stawianie się i formułowanie problemów naukowych i na sposób ich rozwiązywania; nie będzie można przytem pominąć kwestyi, czy wspomniana różnica poglądów ma jednakowe znaczenie dla wszystkich nauk, czy też tylko dla niektórych i dlaczego?

Część epistemologiczna winna postawić spór między teorią wyjaśniania a teorią opisu na gruncie teorii poznania i rozpatrzyć pytanie, jakie znaczenie posiada każda z obu teorii dla interpretacji wyników badań naukowych. Ponieważ teoria wyjaśniania łączy się najściślej z pojęciem związku przyczynowego, przeto należy zbadać, o ile przeobrażenia tego pojęcia, dokonywane się w filozofii nowożytnej, a zwłaszcza współczesnej, wpłynęły i wpływają na dążenia do zastąpienia teorii wyjaśnienia teorią opisu. W ostatecznych wynikach pracy winien czytelnik znaleźć ocenę względnej wartości obu teorii.

Rozprawa musi być napisana oryginalnie i samodzielnie, z uwzględnieniem dotyczącej literatury i wymagań metody naukowej. Szczególny nacisk należy kłaść na ścisłość w rozumowaniu i na jasność w przedstawieniu rzeczy. Objętość rozprawy nie powinna przenosić czterech arkuszy formatu „Przeglądu Filozoficznego”. Rękopisy, pisane maszyną, zaopatrzone godłem, wraz z nazwiskiem autora w zamkniętej kopercie, należy nadesłać najdalej do dnia 31-go grudnia 1898 r. pod adresem: Warszawa, ul. Nowogrodzka 44. Redakcja „Przeglądu Filozoficznego”.

W konkursie brać udział mogą tylko autorowie polscy.

Najlepsze opracowanie tematu konkursowego otrzyma nagrodę 500 rubli i będzie wydrukowane w „Przeglądzie Filozoficznym”. Inne zaś prace, nienagrodzone, ale przeznaczone do druku w „Przeglądzie Filozoficznym”, otrzymają honorarium autorskie w ilości rb. 20 od arkusza.

— Wszystkie szpitale z wyjątkiem szpitala w Tworkach przejdą w krótkie pod zarząd magistratu. Nad innymi instytucjami filantropijnymi dobroczynnymi nadzór ma mieć kancelarya generał-gubernatora.

— Dr ADAM WIZEL mianowany został starszym ordynatorem oddziału psychiatrycznego szpitala Żydowskiego w Warszawie.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.

Salit

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

Duotal

Duotal „Heyden“ przetwór gwajakolu nie trujący, 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 śluzowe i znosi się dobrze w rozczynach stężonych.

Próby i literaturę dostarcza:

Chemiczna fabryka von Heyden, Radebeul—Drezno, lub przedstawiciel

Ludwik Freider, Warszawa, Leszno 60.

Wstrzykiwania podskórne wyjąłwione**W I C C.**

Acid. arsenicum 0,01

Acid. arsenicos. 0,01 c. Natr. caust.

Arrhenal 0,025—0,05 - 0,075—0,10

Atoxyl 0,10

Ferr. kakodylicum 0,05—0,075—0,10

Liq. Fowleri c. aq. destill. aa p. aeq.

Natr. arsenicum 0,01

Natr. arsenicos 0,01 c. Acid. carbol.

Natr. kakodylic 0,01—0,02—0,03—0,05—0,075—0,10

stale gotowe posiada

Apteka E. GESSNERA

w Warszawie.

Miasteczko MICHALISZKI gub. Wileńskiej poszukuje lekarza.

Subsydyum 500 rb. rocznie wypłaca się z góry, mieszkanie ze wszystkimi wygodami. Okolica dobra. Adres: miasteczko Michaliszki, gub. Wileńskiej aptekarz Tauber

D-r Wacław MAYZEL, b. Asyst. Uniw. wykonywa w swej pracowni do celów dyagnostyki lekarskiej: rozbiory chemiczne i mikroskopowo-bakteryologiczne analizy moczu głównie, oraz badanie płwociny, nasienia, kału i t. d. Kryoskopia
Badania mikroskopowe w szerszym zakresie.

Ulica Marszałkowska 97 A, róg Nowogrodzkiej, tel. 56-56.