

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. * * * — Redakcyja I. A. PULAWSKI. Choroba BRIGHT'a. Dwukrotna operacya EDEBOHLS'a. Objawy choroby BASEDOW'a w końcu życia. Str. 234. II. B. DĘBIŃSKI. Rola laseczników gruźliczych rozmaitych typów (ludzki, bydłocy, ptasi i t. d.) w patologii i sposoby ich różniczkowania. (Dokończenie). Str. 239. *Streszczenie zbiorowe.* Dr WŁADYSŁAW FALGOWSKI. O zapalnych zachorzeniach przydatków macicy, łącznie z zapaleniem przymacicznym i omacicznym. (Ciąg dalszy) Str. 243. *Dział sprawozdawczy.* 29. A. GONGER. Wytrzeszcz w zapaleniu nerek. Str. 248. 30. ZAK EMIL. O nowej dziedzinie, w której można stosować urotropinę (hexametylentetraminum) na podstawie jej wydzielania się. Str. 249. 31. SACHS OTTO. O zastosowaniu urotropiny (hexametylentetraminum) w dermatologii. Str. 249. 32. M. LABBÉ i BITH. Diureza w przebiegu duru brzuszego. Str. 250. *Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.* XXIV posiedzenie naukowe 7-go lipca, XXV 6-go października 1911 r. Str. 250, 253. *Wiadomości bieżące.* Str. 253. *Ogłoszenia.*

* * *

Sprawa obsady wakujących miejsc ordynatorów szpitalnych żywo interesuje ogół lekarski; uzyskanie bowiem stanowiska samodzielnego kierownictwa oddziałem szpitalnym w warunkach, w jakich żyjemy, stanowi szczyt marzeń młodego lekarza. Toteż zasady, któremi kierują się w tych razach sfery miarodajne, winny być raz nareszcie ujednostajnione, a nie zależne tylko od osób i okoliczności.

Po przejściu szpitali pod zarząd miejski ordynatora zatwierdza General-Gubernator Warszawski na przedstawienie Prezydenta miasta Warszawy i Inspektora szpitali; kandydata zaś wybiera komisya, składająca się z naczelnych lekarzy szpitali warszawskich pod przewodnictwem Inspektora szpitalnego.

Takie grono, niewątpliwie najbardziej kompetentne w sprawach gospodarstwa szpitalnego, ze względu na różnorodność uprawianych specjalności sztuki lekarskiej, dla oceny uzdolnienia kandydatów na samodzielne stanowiska ordynatorów we wszystkich gałęziach medycyny praktycznej, według naszego zdania nie jest szczęśliwie wybrane. Nikt chyba nie zaprzeczy, że najbieglejszemu internście trudno wyrobić sobie zdanie samoistne i zdanie to poprzeć dowodami, gdy chodzi o wykazanie zalet lub braków, cechujących kilku konkurujących okulistów lub ginekologów. W takim samym kłopotcie może się znaleźć najsprawniejszy chirurg przy wyborze psychiatry, i odwrotnie.

Ale z tego przykrego położenia wybawia jeden lub paru innych sędziów, a rezultat głosowania może być nie tyle następstwem istotnych zasług kandydata w porównaniu z innymi, ile—zaufania jednych sędziów do orzeczenia drugich, niezawsze opartego na krytycznej ocenie materiału faktycznego, czasami nawet kierującego się sympatyą i względami osobistymi.

Ustaliło się też przekonanie, że przy takim składzie sądu miejsce ordynatora właściwie obsadza jeden sędzia, a mianowicie naczelny lekarz tego szpitala, w którym posada taka wakuje.

Nie potrzeba dodawać, że gdyby w istocie praktyka potwierdziła tę pogłoskę, byłoby to nie tylko krzywdą dla ogółu lekarskiego, lecz również dla rozwoju szpitalnictwa.

W takim razie szpital byłby twierdzą, do której nikt z poza niej dostaćby się nie mógł. Owszem, pożądanem jest, aby w każdym szpitalu byli ordynatorami przedstawiciele różnych szkół i aby do tej świątyni wnosili zamiłowanie nie tylko do sztuki, lecz i do nauki lekarskiej; winni też wykazać, że potrafią zadawać zagadnienia i rozwiązywać je.

Słyszymy zdanie: nie potrzebujemy profesorów lecz lekarzy, co odpowiada wprowadzonemu już od dawna zwyczajowi, aby przy ocenie wartości kandydata na ordynatora nie uwzględniać prac naukowych. Co więcej, ta praca w naszych warunkach tak ciężka, stanowi piętno, tamujące rozwój działalności praktycznej lekarza. Ludzi mających cześć dla nauki nazywa się teoretykami, tak jak gdyby dla praktyka potrzebne było tylko natchnienie.

Należałoby raz już wyjść z tego błędnego koła. Jeżeli u nas szpitalnictwo ma się rozwijać ku pożytkowi ludzkości, zgodnie z wymaganiami i postęпами czasu, kwalifikacye ordynatora polegać winny nie tylko na wyrobieniu fachowem, ale i na samodzielności w pracy naukowej.

Wychodząc z tego założenia, w ocenie przymiotów kandydata na ordynatora należy brać na uwagę:

- 1) prace naukowe,
- 2) stopień wykształcenia fachowego, resp. techniki,
- 3) liczbę lat pracy szpitalnej.

Mając te dane na widoku, należałoby zamienić istniejącą dotąd radę naczelnych lekarzy przez komisję, składającą się ze specjalistów. Nadto pierwszeństwo do zajęcia wakującej posady mogłoby być oddane ordynatorom innych tego rodzaju oddziałów wszystkich szpitali; w ten sposób wejść mogłby w życie słuszny zupełnie awans w zależności od lat służby szpitalnej, zasług i zdolności.

Na opróżnione miejsce ordynatora rozpisuje się konkurs. Kandydaci składają swoje *curriculum vitae*, świadectwa praktyki szpitalnej i prace, ogłoszone drukiem.

Gdy lista kandydatów zostanie zamknięta, Inspektor szpitalny wzywa komisję specjalistów dla wszechstronnej oceny wartości kandydatów. Komisja ta składa się z Inspektora szpitalnego, jako przewodniczącego, z naczelnego lekarza szpitala, w którym wakuje posada ordynatora, z 3-ch lub 4-ch specjalistów i z 1-go lub 2-u przedstawicieli pokrewnej gałęzi medycyny; a więc dla wyboru internisty będzie 4-ch internistów i jeden chirurg, dla wyboru chirurga odwrotnie, dla wyboru syfilidologa — 3-ch syfilidologów, 1 internista, 1 chirurg, dla ginekologa—4-ch ginekologów 1 chirurg, dla psychiatry i neuropatologa—3-ch neuropatologów, 1 internista 1 okulista, dla okulisty — 3-ch okulistów, 1 chirurg-1 neuropatolog.

Aby takim komisjom nadać powagi, a jednocześnie obciążyć je odpowiedzialnością, wybór ich najodpowiedniejby było powierzyć gronu ordynatorów, w ten sposób, że każda grupa specjalistów przy końcu roku na cały rok następny wybiera komisję do kwalifikowania ordynatorów na posady wakujące pod przewodnictwem Inspektora szpitalnego w razie gdyby jeden z sędziów ubył, specjaliści sami obierają zastępcę.

Mając listę kandydatów i materiały przez nich przedstawiony, komisja winna wypracować sprawozdanie na piśmie, w którym znaleźć się powinny: ocena prac naukowych, przytoczone ważniejsze daty z *curriculum vitae* i stopień uzdolnienia technicznego, oparty na własnych spostrzeżeniach członków komisji lub na zdaniu osób, które komisja uzna za najbardziej kompetentne; komisja taka powinna mieć też prawo w razie różnicy zdań zejść na miejsce działalności kandydata i być obecną przy badaniu chorych i ordynacji kandydata.

Przy takiej zasadzie jesteśmy przekonani, że szpitalnictwo zdobywać będzie godnych przedstawicieli i dzielnych pracowników, których u nas nie brak, a którzy dzięki utartemu systemowi protekcyjnemu przez zręczne jednostki są hamowani w pracy owocnej z powodu braku warsztatu dla pracy samodzielnej.

Wtedy też młodzież lekarska dojdzie do przeświadczenia, że miasto, dbając o dobro chorych i godność instytucji, do których opieki jest powołane, daje urzędy tylko za zasługi i uzdolnienie, społeczeństwo też nabierze wiary, że piecza nad zdrowiem publicznem powierza się najodpowiedniejszemu.

Redakcja.

Choroba Bright'a. Dwukrotna operacja Edebohls'a. Objawy choroby Basedow'a w końcu życia.

Podał

A. Puławski,
ordynator oddziału.

Miałem sposobność spostrzegania przez czas dłuższy i badania pośmiertnego chorej, której dwukrotnie (raz z prawej strony, a w rok potem z lewej) była wykonana operacja odłuszczenia torebki nerkowej z powodu przewlekłego zapalenia nerek.

Wobec sprzeczności zdań co do pożytku tej operacji wogóle i wobec bardzo małej liczby spostrzeżeń, ogłoszonych w naszym piśmiennictwie¹⁾, sądzę, że krótki opis niniejszego przypadku nie będzie zbytecznym. U chorej tej prócz tego spotkałem zjawisko, które nieczęsto się zdarza — ostry rozwój choroby Basedow'a.

Objąwszy oddział w maju 1910 r., zastałem chorą T. N., która tam leżała z małymi przerwami blisko trzy lata. Jest to osoba lat 43-ich, niezamężna, służąca. Z danych, zapisywanych na karcie szpitalnej przez kol. SKŁODOWSKIEGO, mego poprzednika na oddziale, dowiaduję się, że chora ta w grudniu 1906 r. dostała obrzęków, duszności, leżała w szpitalu na Woli, poprawiła się i wróciła do roboty. Wkrótce jednak pogorszyło się jej tak, że w końcu stycznia 1907 r. spotykamy ją na oddziale kol. SKŁODOWSKIEGO. Zanotowano stan podgorączkowy, niewielkie obrzęki, sinicę kończyn i nosa, tętno 96, słabe. W moczu o cięż. włas. 1,018 znaleziono białka 8‰, wałeczki szkliste i ziarniste, komórki nabłonkowe. Ilość białka wahała się w dość szerokich granicach od $\frac{3}{4}$ ‰ do 13‰. Stan chorej stale się pogarszał, zjawiała się śpiączka, mdłości, ból głowy — jednym słowem objawy m o c z n i e y. Wtedy kol. SKŁODOWSKI powziął myśl wykonania operacji EDEBOHLS'a. Chorą przeniesiono na oddział chirurgiczny, gdzie ś. p. KARCZEWSKI d. 1/v 1907 r. wykonał *decapsulationem renis dextri*²⁾. Po odłuszczeniu torebki tłuszczowej nerkę wysunięto na zewnątrz. Ner-

¹⁾ B. BARTKIEWICZ (z oddziału A. GABSZEWICZA w szpit. Św. Rocha). Odłuszczenie torebki nerkowej w chorobie BRIGHT'a. (Opis jednego przypadku i literatura). Gaz. Lek. 1905 № 30.

Być może, iż takich przypadków znalazłoby się więcej, nigdzie jednak w piśmie nictwie naszym wzmianki o tem nie znalazłem.

²⁾ Opis operacji tej i następnej podaję z notatek, udzielonych mi łaskawie z oddziału ś. p. KARCZEWSKIEGO.

ka była powiększona, dość miękka. Na całej jej długości (po stronie wypukłej) nacięto torebkę włóknistą i podważając ją zgębnikiem, odłuszczone prawie aż do brzegu miedniczki. Podczas odłuszczenia w kilku miejscach oderwały się kawałki miąższu wielkości łebka od szpilki. Przy odłuszczeniu torebki od tyłu trzeba było nieco odchylić nerkę. W trakcie tego odchylenia miąższ nerki w dolnej jej części nadpękł na długości 4—5 ctm., powstała tu płytka szpara. Po odcięciu odłuszczonej torebki, nerkę odprowadzono na miejsce. Ranę zaszyto bez drenu. Chora zniosła zabieg bardzo dobrze. Objawy mocznicy przeszły. Obrzęki zato zwiększyły się, białko w moczu znajdowano stale w wysokich procentach (do 12⁰/₁₀₀), wałeczki pokazywały się to w większej, to w mniejszej liczbie. 7/IV zanotowano, że rana zgoiła się zupełnie, 18/IV z brzucha wypuszczono 1/2 litra płynu blade-niebieskiego. Od 15/VIII chora leży na oddziale kol. SKŁOĐOWSKIEGO, ma dobrą diurezę, traci obrzęki i białko w moczu (do 1/2⁰/₁₀₀). Od grudnia jednak obrzęki się zwiększają, białko dochodzi do 12⁰/₁₀₀ i znów zjawiają się objawy mocznicy. Wtedy 3/IV 1908 r., a więc w rok po pierwszej operacji ś. p. KARCZEWSKI wykonał *decapsulationem renis sinistri* bez chloroformu w uśpieniu skopolaminowo-morfinowem. Tym razem nie wyrwano miąższu, ani też nie naruszono nerki. Ranę zaszyto całkowicie. I tym razem chora zniosła zabieg operacyjny zupełnie dobrze. Bezpośrednio po operacji białko w moczu dosięgało po dawnemu 10⁰/₁₀₀, a nawet 12⁰/₁₀₀, jednak w miesiąc po operacji diureza się poprawiła, tak że 18/V zanotowano dobową ilość moczu 2,000, c. wł. 1,011, białka 3⁰/₁₀₀, 11/VI białka 1 1/2⁰/₁₀₀, obrzęki znacznie się zmniejszyły i chorą można było wypisać d. 13/X do przytułku dla rekonwalescentów.

W końcu marca 1910 r. chora znów zjawia się na oddział ze skargami na nudności, ból głowy. Obrzęki były dość duże, chociaż moczu nie mało—do 2,000 ctm.³ na dobę o ciężarze wł. 1,007, białka 0,3—1⁰/₁₀₀ z małą liczbą wałeczek szklitych w osadzie. W dalszym przebiegu wystąpiły na pierwszy plan objawy mocznicowe—bole głowy, mdłości i wymioty. 18/VII zjawily się drgawki, trwające 10 minut. Od czasu do czasu bywały dreszczyki, poruszenia gorączkowe (do 38°). Obrzęki były nieznaczne.

Pod koniec września wystąpiły dość nagle nowe objawy. Chora stała się bardzo niespokojną, nerwową, można było zauważyć bardzo znaczne drżenie rąk, wyraźny wytrzeszcz w obu oczach, objaw GRAEFFE'go i STELLWAG'A, zdarzały się częste rozwolnienia, chora skarżyła się na nieznośne gorąco i poty przy stanie podgorączkowym (37,6°—38,4°). Tętno bywało stale przyspieszone (96—112). Obrzęki zwiększały się, białko dochodziło do 12⁰/₁₀₀, dobowa ilość moczu nie przekraczała 500 ctm.³ pomimo środków moczopędnych i pobudzających. Chora zmarła 24/XI 1910 r.

Badanie pośmiertne, wykonane łaskawie przez prof. POŻARYSKIEGO, wykazało: *Oedema pulmonum. Pericarditis seroso-fibrinosa. Struma modica*

glandulae thyreoideae. Morbus Brighti chronicus. Exophthalmus. Co się tyczy nerek, to nie znaleziono żadnych spraw wtórnych, zależnych od operacji (*peritonitis*, zrosty), małe uszkodzenia mięszu po pierwszej operacji zupełnie się zabiłzniły. Uderzającym było wytworzenie się bardzo tęgiej nowej torebki nerkowej, która była znacznie grubszą od normalnej. Torebka łatwo się zdejmowała. Badanie mikroskopowe nerek, według zdania prof. POŻARYSKIEGO, nie wykazało wytworzenia się nowych naczyń.

Czy i jaki był tu skutek operacji EDEBOHLS'a? Przedewszystkiem należy się zastrzedz, że w danym przypadku operacja była zrobiona nie typowo, t. j. nie od razu na obu nerkach, jak się to zwykle praktykuje, lecz z roczną przerwą. Po pierwszej operacji przeszły objawy mocznicy, ale białkomocz zmniejszył się dopiero w 4-ym miesiącu po operacji. W tymże czasie zmniejszyły się obrzęki i chora miała się przez jakiś czas nieźle. Nie upłynęło jednak roku po operacji, kiedy stan chorej znowu się pogorszył i na nowo wystąpiły objawy mocznicy. Po drugiej operacji stan się poprawił prędeziej i lepiej. Białkomocz się zmniejszył po upływie miesiąca, obrzęki prawie zniknęły i chora nie stała się wprawdzie zdolną do pracy, ale mogła jako tako żyć i ruszać się (w 6 miesięcy po operacji). Po upływie roku wszystko wraca do dawnego stanu: białkomocz, obrzęki, objawy mocznicy. Zjawia się gorączka (*pericarditis?*), objawy choroby BASEDOW'a (o czem niżej) i *exitus letalis*.

Trudno oprzeć się wrażeniu, że w danym przypadku operacja EDEBOHLS'a miała pewien wpływ dodatni na przebieg choroby, że, usuwając dwa razy ciężkie objawy mocznicy, przedłużyła marny zresztą żywot chorej.

Sam zabieg operacyjny chora, pomimo bardzo ciężkiego stanu, zniosła zupełnie dobrze.

Nie mam zamiaru zastanawiać się szczegółowiej nad szeroko omawianą w literaturze kwestyą odluszczenia torebki nerkowej w chorobie BRIGHT'a. Wyrezył mię pod tym względem we wspomnianej wyżej pracy kol. BARTKIEWICZ. Ze jednak od tego czasu zaszły pewne zmiany w poglądach na tę operacyę, przeto pozwałam sobie w kilku słowach o tem wspomnieć. Motywy teoretyczne, w imię których amerykański chirurg EDEBOHLS (1899) operacyę tę do skarbcza metod leczniczych choroby BRIGHT'a wprowadził, można powiedzieć, zupełnie upadły. Ani doświadczenia na zwierzętach, ani spostrzeżenia na materiale ludzkim nie wykazały, ażeby w zroście, który łączy mięsz obnażonej nerki z otaczającymi tkankami wytwarzały się trwałe naczynia, łączące się z rozgałęzieniami tętnicy nerkowej, t. j. żeby się wytwarzał nowy oboczny krwiobieg, o co przecie głównie chodziło. ') Prędeziej

1) MÜLLER wprowadził pewną modyfikacyę operacyi EDEBOHLS'a, polegającą na tem, że otwierał jamę otrzewnej i wyciągnawszy sieć, obwijał ją-około obnażonej nerki

już możnaby przypuszczać, że dobroczynny wpływ na przebieg zapalenia nerek może wywierać uwolnienie mięszu nerkowego od ucisku nierozciągliwej torebki. Tu znów doświadczenia na zwierzętach wykazały, że torebka zaczyna się odradzać już po jakich 2—3 tygodniach, przy czem staje się o wiele grubszą i tęższą. To samo spotykamy (nie wiadomo po jakim czasie?) na zwłokach ludzkich (tak było w moim przypadku we 3 lata na jednej, we 2 lata na drugiej nerce). Trzeba więc z góry przypuszczać, że poprawa nie może być trwałą. Kiedy ochłonięto z pierwszego entuzjazmu i poddano rewizji dawniejsze i późniejsze spostrzeżenia samego EDEBOHLS'a, ¹⁾ zauważono znaczne braki w jego opisach (brak szczegółowych badań osadu moczowego, nieoznaczanie ilości białka), tak że powątpiewano wogóle, czy miał on do czynienia z prawdziwą chorobą BRIGHT'a, czy po prostu nie był to tylko nerki ruchome z przemijającym białkomoczem. W dodatku okazało się, że na 51 przypadków EDEBOHLS miał 13% śmiertelności! To wszystko do operacji EDEBOHLS'a zniechęciło, a przynajmniej ograniczyło wskazania. Chirurg duński ROVSING stosuje odluszczenie torebki w t. zw. *nephritis dolorosa*, ISRAEL dołącza do tego krwawienia (*nephralgie hématurique*).

Tu i owdzie jednak spotykamy opis przypadków, w których operacja EDEBOHLS'a przyniosła korzyść i w zwyczajnem przewlekłym zapaleniu nerek. Do takich właśnie przypadków należy opisany przez BARTKIEWICZA (l. c.), a operowany przez GABSZEWICZA, w którym chora bezpośrednio po operacji poprawiła się pod względem stanu ogólnego, a chociaż białkomocz nie zniknął ani wałeczki, chora uważała się za zdrową jeszcze w 9 miesięcy po operacji. Co się z nią stało dalej? Do pewnego stopnia i spostrzegana przeze mnie chora mogłaby być zaliczona do kategorii tych „szczęśliwych”, którym operacja EDEBOHLS'a pewną ulgę przyniosła.

W wyżej przytoczonej przeze mnie pracy LEHMAN takie obecnie widzi wskazania do wyłuszczenia torebek nerkowych: 1) nefralgie i krwawienia angioneurtyczne, 2) *oliguria* lub *anuria* w mocznicy w przebiegu ostrego zapalenia nerek, 3) mocznica w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek, o ile nerki są jeszcze do pracy zdolne.

Jak to już zaznaczyłem w opisie choroby niniejszego przypadku, u chorej mniej więcej na dwa miesiące przed śmiercią rozwinęły się objawy choroby BASEDOW'a. Objawem, który zwrócił moją uwagę w tę stronę, był obustronny wytrzeszcz (*exophthalmus*),

(e piłonefroplastyka). To dawało większe szanse rozwinięcia się naczyń, rozszerzających łożysko unaczynienia nerek. W kilku przypadkach takiej operacji u ludzi otrzymano dobre wyniki—ale spostrzeżenia były, niestety, za krótkie żeby mogły być decydujące. (LEHMAN. l. c.).

¹⁾ LEHMAN (z oddziału chirurgicznego w szpitalu miejskim we Wrocławiu). Ueber Indikationen zur Decapsulation der Niere. (Berl. klin. Woch. 1912. № 4).

o tyle wybitny, że zauważony został przez otoczenie chorej i przez nią samą. Bliższe badanie wykazało, że chora ma zupełnie wyraźny objaw GRAEFFE'go i STELLWAGA, że gruczoł tarczowy jest dość znacznie powiększony, co się uwydatniało tem więcej, że chora miała bardzo chudą szyję. Tętno, które zwykle było dość częste, dochodziło jednak teraz do 112 i więcej (przy ciepłocie nieco powiększonej do 38°). Inne objawy, które mi się wydawały przypadkowymi, jak niezwykle zdenerwowanie i niepokój u chorej dotychczas zupełnie spokojnej, raczej apatycznej, drżenie rąk, uczucie silnego gorąca i częste rozwolnienia, odpowiadały całkowi obrazowi choroby BASEDOW'a, którą widzieliśmy w danym przypadku *in statu nascendi*. Pod względem klinicznym jest to rzadkość, gdyż prawie zawsze chorzy zgłaszają się do nas w pełnym rozwoju choroby BASEDOW'a. Nawet i w danym przypadku nie mógłbym ściśle oznaczyć daty, kiedy się zjawiły pierwsze objawy choroby: zdenerwowanie chorej przypisywałem zmudzeniu długiem, męczącym cierpieniem, przyspieszenie tętna — gorączce i jakiemś powikłaniu (jakoż sekcyja wykazała *pericarditis*), rozwolnienia zresztą mogły zależeć od zapalenia nerek. Dopiero objawy oczne i wyraźne powiększenie gruczołu tarczowego (potwierdzone przez badanie pośmiertne) rzuciły niewątpliwe światło na całą sprawę. Takie ostre powstawanie choroby BASEDOW'a znane jest w literaturze np. po nagłym przestrawieniu lub zmartwieniu, po operacjach na wolu i innych, jak o tem wzmiankuje H. SATTLER w swojej monografii, ¹⁾ jak to zaznaczyłem w swoich własnych spostrzeżeniach. ²⁾ Ale i w takich przypadkach lekarz nie jest zwykle świadkiem samego faktu nagłego powstania choroby, tylko polega na opowiadaniu chorego lub otoczenia. Bardzo często pierwsze objawy choroby BASEDOW'a: zmiana usposobienia, drżenie, uczucie gorąca, nawet bicie serca uważane są przez otoczenie, a nawet i lekarzy za nerwowość, neurastenię, *climacterium* i t. d. Dopiero wole i objawy oczne rozstrzygają o rozpoznaniu.

W końcu muszę podkreślić w moim przypadku przypuszczalną etyologię choroby BASEDOW'a. Nie ulega wątpliwości, że w znacznej liczbie przypadków najbliższym powodem wybuchu choroby BASEDOW'a jest choroba zakaźna (influenza, gorączka połogowa, błonica gardzieli, *angina*, reumatyzm i t. d.). W swoim czasie (l. c.) zaznaczyłem, że taką etyologię spotykałem w 20% spostrzeganych przez siebie przypadków (75), dziś mam przeświadczenie, że procent ten z pewnością jest większy. Sądzę prócz tego, że podobnie jak zatrucie produktami bakteryi, tak również i zatrucie produktami wadliwej przemiany materyi może grać pewną rolę w powstawaniu choroby BASEDOW'a. W danym np. razie przewlekłe zapalenie nerek, ewent. mocznica mogła się do

¹⁾ H. SATTLER, Die Basedowsche Krankheit. Leipzig, 1910. Str. 567 i nast.

²⁾ A. PULAWSKI. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą GRAVES'a (BASEDOW'a). Gaz. Lek. 1909. №№ 41—49.

tego przyczynić. Dwaj amerykańscy lekarze z Bostonu BARKER i HANES ¹⁾ zwrócili niedawno uwagę, że objawy oczne właściwe chorobie BASEDOW'a (wytrzeszcz, objawy GRAEFFE'go STELLWAGA i MOEBIUS'a) spotykają się dość często w przewlekłym zapaleniu nerek, zwłaszcza tam, gdzie występują objawy mocznicy. W szpitalu JOHN HOPKINSA w ciągu 4-ch miesięcy na 33 przypadki choroby BRIGHT'a znaleźli oni powyższe objawy u 16-u chorych (48,4%). Wprawdzie w przypadkach powyższych ani razu nie zanotowano innych objawów choroby BASEDOW'a, ale przyznać należy, że spostrzeżenia te nie były dość dokładne (nie podawano np. liczby uderzeń tętna, nie zwracano uwagi na inne objawy, prócz ocznych i składu moczu), a przedewszystkiem trwały z byt krótko. Autorzy przypisywali objawy oczne wpływowi toksyn na t. zw. mięsień LANDSTRÖMA ²⁾ bez współudziału gruczołu tarczowego. Wydaje mi się rzeczą prostszą i prawdopodobniejszą uważać w takich razach te objawy za wyraz poczynającej się choroby BASEDOW'a, która z czasem może się rozwinąć w całej pełni, jak było w moim przypadku. Należałoby zwrócić na to uwagę w każdym przypadku wytrzeszczu i innych charakterystycznych objawów ocznych, jakie się niekiedy dają spostrzegać w przebiegu przewlekłej choroby BRIGHT'a.

Rola laseczników gruźliczych rozmaitych typów (ludzki, bydlęcy, plasi i t. d.) w patologii i sposoby ich różniczkowania.

Wykład w Pracowni Tow. Lek. Warsz.

Podał

B. Dębiński.

(Dokończenie. — Patrz № 8).

PARK zebrał 1,038 przypadków (włączając swe własne doświadczenia, dotyczące 403-ch chorych), w których ściśle określono pochodzenie prątków ludzkie lub bydlęce przez hodowlę i szczepienie zwierzętom.

Tych 1,038 spostrzeżeń dotyczy:

686 osobników powyżej 16-u lat,
132 dzieci od 5-iu do 16-u lat,
220 dzieci poniżej 5-iu lat.

¹⁾ F. BARKER i M. HANES Exophthalmos and other eye signs in chronic nephritis (Amer. Jour. of medic. sciences. 1909. October). Streszczone przeze mnie w Gaz. Lek. 1910. № 1.

²⁾ *Protrusio bulbi* jest następstwem skurczu mięśnia gładkiego, którego istnienie u ludzi zostało stwierdzone przez szweda LANDSTRÖM'a. Mięsień ten zależy od nerwu współczulnego. (LANDSTRÖM. Uber morbus BASEDOWII, eine chirurgische und anatomische Studie. Rozprawa doktorska. Sztokholm. 1907.) Str. 159 i nast. Podano szereg rysunków preparatów mikroskopowych tegoż mięśnia.

Na 686 osobników starszych ponad lat 16, tylko 9 razy skonstatowano prątki bydłecze, we wszystkich zaś pozostałych (677) wykryto ludzkie.

Na 132 dzieci od lat 5-u do 16-u lat stwierdzono 99 razy typ ludzki i 33 razy bydłeczy.

Na 220 dzieci poniżej 5-u lat znaleziono 161 razy prątki pochodzenia bydłeczego i 59 ludzkiego.

Proporcya zakażeń pochodzenia pierwszego lub drugiego w rozmaitych epokach życia człowieka była następująca:

| | ludzkie. | bydłecze. |
|--------------------|----------|-----------|
| od 0 do 5-u lat | 73,50% | 26,00% |
| od 5-u do 16-u lat | 75,00% | 25,00% |
| powyżej 16-u lat | 98,69% | 1,31% |

Rzecz oczywista więc, że zakażenie pochodzenia bydłeczego jest względnie małej wagi dla człowieka dorosłego. Tem nie mniej doktryna KOCHA, który twierdzi, że wszystkie środki sanitarne, podjęte przeciwko zarażeniu się gruźlicą bydłeczą, są zbyteczne, wydaje się niesłuszną, gdyż jak widzieliśmy, znaczna liczba zakażeń, szczególnie u dzieci do lat 16-u, jest pochodzenia bydłeczego.

Nie wykluczone jest również, że laseczniki bydłecze znajdują się tak rzadko u dorosłych tylko dlatego, że część ich przenikła do organizmu w pierwszych latach życia, wywołała zaś zmiany patologiczne dopiero w późniejszym wieku, przystosowując się do organizmu i powoli nabywając cech typu ludzkiego.

Podobne przystosowanie laseczników ludzkich do organizmu bydłeczego stwierdziło doświadczalnie wielu badaczy, jak: RABINOWICZ, BEHRING, ROEMER i RUPPEL, ARLOING, DAMMAN i MUSSEMEIER.

Jeżeli więc laseczniki ludzkie w krótkim stosunkowo czasie mogą się przystosować do organizmu bydłeczego i zmienić swoje cechy, to tem bardziej należy przypuścić, że w ciągu długiego życia człowieka typ bydłeczy może się również przekształcić na ludzki.

Co się tyczy laseczników ptasich, to są one zjadliwe dla kur i gołębi, które, szczególnie po wstrzyknięciu dożylnem, padają szybko, nawet bez zmian makroskopowych, lecz przy wielkiej obfitości laseczników w organach.

Króliki, bardziej odporne na laseczniki ludzkie, są więcej wrażliwe na prątki ptasie, szczególnie przy wstrzyknięciu dożylnem. Choroba rozwija się pod postacią posocznicy, ostrej gruźlicy prosówkowej lub też pod postacią przewlekłą, często powikłaną zmianami w stawach lub w układzie kostnym.

Świnki morskie są mało wrażliwe na gruźlicę ptasia, która wywołuje u nich zwykle tylko zmiany lokalne.

Myszy są bardzo wrażliwe na prątki ptasie. Wstrzyknięcie ich do

otrzewnej zabija myszy po 2—4 tygodniach, przyczem daje się zauważyć obfite rozmnażanie laseczników w organach.

Dla człowieka i bydła laseczники ptasie nie są zupełnie lub są bardzo mało chorobotwórcze.

Laseczники rybnie dla świnek morskich, królików i ptaków nie są chorobotwórcze, natomiast u ryb, płazów i gadów wywołują zgorzel i gruzelki. Żaby są bardzo wrażliwe na prątki rybnie. Wstrzyknięcie tychże do worka chłonnego zabija je w ciągu kilku tygodni, przyczem organy wewnętrzne są usiane gruzelkami.

Laseczniki rzekomo-gruźlicze.

Przez pewien czas po odkryciu KOCHA przypuszczano, że jedynie laseczniki gruźlicze są kwasoodporne, wszystkie zaś inne drobnoustroje tej własności nie posiadają. Wkrótce jednak spostrzeżono, że są i inne bakterye również kwasoodporne. Prątek trądu np., morfologicznie przedstawiający dużo podobieństwa do laseczników gruźliczych, barwi się także sposobami EHRlich'a i ZIEHL-NEELSEN'a. Prątek ten odróżnia się jednak łatwo od lasecznika gruźliczego, gdyż barwi się zwyczajnymi barwikami anilinowymi nawet na zimno, podczas gdy do zabarwienia laseczników gruźliczych trzeba barwienia długiego lub też nagrzewania.

Dalej, prątki łoju napletkowego (*smegma*) i woszczku usznego (*cerumen*), jak to spostrzegli pierwsi ALVAREZ-TAVEL i GOTTSTEIN, należą również do grupy kwasoodpornych. W celu odróżnienia prątków łoju napletkowego i woszczku od laseczników gruźliczych, podawano następujący sposób:

Prątki rzekomo-gruźlicze, traktowane przez 10 minut na gorąco ługiem, z dodatkiem 5% wysokoku, i przemyte następnie starannie wodą i alkoholem, zostają pozbawione zupełnie otoczki tłuszczowo-woskowej, która się rozpuszcza i traci w ten sposób zdolności barwienia się metodą ZIEHL-NEELSEN'a. Przeciwnie, laseczniki gruźlicze, traktowane w ten sam sposób, zachowują swoje własności barwikowe.

Z biegiem czasu odkryto bardzo wiele prątków rzekomo-gruźliczych. Prątki mleka i masła (PETRI, RABINOWICZ, MOELLER, BINOT), prątki traw: tymotejki, *Grasbacillus* MOELLER'a, prątki gleby (KARLIŃSKI), nawozu (MOELLER), prątki śluzu nosowego i innych wydzielin u człowieka zdrowego (MOELLER, RABINOWICZ); prątki, znajdujące się u człowieka chorego: w niektórych chorobach moczopłciowych (CZAPLEWSKI, LASAR), w niektórych chorobach płucnych (MOELLER, FLEXNER), w zgorzeli płucnej (PAPPENHEIN, FRÄNKEL) — wszystkie te prątki, morfologicznie podobne do laseczników KOCHA, nie mogą być w żaden sposób odróżnione na preparatach od prątków gruźliczych. Były one prawdopodobnie w wielu razach powodem błędnego rozpoznawania.

Otóż, by odróżnić laseczники gruźlicze od rzekomo-gruźliczych, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na jedną cechę kardynalną, mia-

nowicie na tę, że laseczniki gruźlicze przy zastosowaniu metody ZIEHL-NEELSEN'a nie odbarwiają się kwasami i alkoholem absolutnym, są więc kwaso- i alkoholoodporne, gdy tymczasem prątki rzekomo-gruźlicze są tylko kwasoodporne, podlegają jednak odbarwieniu pod wpływem alkoholu. Tym sposobem metody, w których używano do odbarwiania tylko samych kwasów lub też z dodatkiem alkoholu rozcieńczonego, okazują się nieodpowiednimi. Cecha ta jednak nie jest stałą, są bowiem szczepy rzekomo-gruźlicze, które także trudno odbarwiają się nawet alkoholem absolutnym. Z tego powodu różni badacze podają rozmaite metody w celu ściślejszego różniczkowania laseczników gruźliczych od rzekomo-gruźliczych.

Metoda HONSELL'a.

- 1) Zabarwić preparat fuksyną karbolową (na gorąco),
- 2) zmyć wodą i wysuszyć,
- 3) odbarwić alkoholem kwaśnym przez 10 minut
Alcoh. abs. — 97,0
HCl. — 3,0),
- 4) zmyć wodą,
- 5) podbarwić rozcieńczonym roztworem alkoholowym błękitu metylenu.

Tak więc w ogromnej większości przypadków metoda ZIEHL-NEELSEN'a przy użyciu do odbarwiania alkoholu absolutnego lub też metoda HONSELL'a i innych dają wyniki zadowalające.

Niekiedy jednak wszystkie sposoby powyższe zawodzą. W tych przypadkach, szczególnie jeżeli od wykrycia laseczników gruźliczych zależy np. interwencja chirurgiczna, nie można polegać na metodach barwikowych, lecz należy zwrócić się do innych metod, jak hodowle i szczepienie zwierzętom.

Prątki rzekomo-gruźlicze rosną na zwyczajnych pożywkach (bulion, agar) przy temperaturze 22° — 37°.

Charakterystyczną cechą dla nich jest szybkość wzrostu (12 do 24 godzin). Prątki, wyhodowane z masła, tworzą nalot podobny do śmietanki, prątki traw (tymotejki i t. p.) rosną więcej sucho, inne rzekomo-gruźlicze wydają woń cuchnącą i t. d.

Szczepienie zwierzętom daje zupełnie pewne wyniki co do gatunku prątków.

Prątki rzekomo-gruźlicze, laseczniki łożu napletkowego, trądu i t. d. wywołują bardzo nieznaczne zmiany chorobotwórcze. Przy wstrzyknięciu do otrzewnej lub do żyły większych dawek tych prątków powstają takie same twory gruzelkowate, jak przy wstrzyknięciu każdego obcego ciała.

Dla celów dyagnostycznych należy stosować tylko metodę podskórną, która daje wynik ujemny lub ogranicza się do nieznacznego obrzmienia najbliższych gruczołów. Do organów wewnętrznych prątki

rzekomo-gruźlicze dostają się bardzo rzadko i nie wywołują nigdy zse-
rowacenia, lecz tylko ropienie lub zmiany włókniste.

PIŚMIENNICTWO.

WEBER. Med. Ges. in Giessen. (Ref. Deutsch. med. Woch. 1907 № 47). SPENGLER, Deutsch. med. W. 1907 № 9. CALMETTE et GUÉRIN. Ac. d. Sciences 19/vii. 1909. DIETERLEN. Deutsch. med. W. 1910 № 5. DIETERLEN. Tub. Arb. aus d. Kaiserl. Gesundheitsamt 1910. FILIGER u. JENSEN. Bibl. f. Laeger 1908 (dänisch). Ref. Zeit. f. Tub. 1909. S. 151. MÖLLERS. D. m. W. 1911 № 8. ROTHE. D. m. W. 1911 № 23. Feb. LEWIS. Journ. of exper. Med. 1910. S. 82. A CALMETTE. Bull. de l'Inst. Past. 1911 № 3. ALVAREZ et TAVEL. Arch. de phys. norm. et path. 1885. S. 303. GOTSTEIN. Deutsch. med. W. 1886. № 42. PETRI. Arb. a. K. G. A. 1898. RABINOWITSCH. Deutsch. med. W. 1900 № 26. RABINOWITSCH. Cent. f. B. t. XXXIII. 1903 № 8. MOELLER. D. m. W. 1894. № 24. MOELLER. C. f. Bakt. t. XXV. 1899. MOELLER. D. m. W. 1902. № 10. MOELLER. C. f. Bakt. t. XXXI. 1902. № 7. KARLIŃSKI. C. f. Bakt. t. XXIX. № 1901. 12 CZAPLEWSKI. Münch. m. W. 1897. № 43. CZAPLEWSKI. C. f. B. t. XXIII. 1898. № 3/4. LASAR. Münch. m. W. 1897. № 43. PAPPENHEIM. Berl. kl. W. 1898. № 37. FRAENKEL. Berl. kl. W. 1898. № 40. FRAENKEL. C. f. B. 1901. t. XXIX. CZAPLEWSKI. Die Untersuchen d. Auswurfs auf Tb. B. Jena. 1891. FISCHER. BUNGE u. TRAUTENROTH. Fortsch. f. Med. t. XIV. № 23 i 24. HONSELL. Berl. kl. W. 1898. S. 81. KÜHNE Recherches des bact. dans les tissus animaux, trad. franç. par HERMAN. Paris 1889.

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

O zapalnych zachorzeniach przydatków macicy,
łącznie z zapaleniem przymacicznem i omacicznem.

(Przegląd prac z roku 1910).

Podał

Dr Władysław Falgowski,

ginekolog w Poznaniu.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 8).

W 124-ch leparotomiach ginekologicznych, które wykonał CHOLODKOWSKI, wyrostek robaczkowy był zajęty 17 razy, najczęściej obok ropniaka jajowodu i ciąży pozamacicznej. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono nadzwyczajną długość wyrostka robaczkowego. Z drugiej strony przytacza autor szereg opisów przebiegu choroby, w których pomimo objawów daleko posuniętego zapalenia otrzewnej miednicy i znacznych zrostów jelit i sieci, pozostał wyrostek robaczkowy niezmiennym. Tutaj miał wyrostek robaczkowy długość prawidłową. Zdaje się więc, że na rozszerzenie się zapalenia na wyrostek robaczkowy wpływa decydująco nie, stwierdzone przez CLADE'go, połączenie pomiędzy naczyniami chłonnymi wyrostka robaczkowego a naczyniami prawostronnych przydatków macicy, ale długość wyrostka robaczkowego.

Leczenie bez operacji.

Ostre zapalenie przydatków macicy leczy się zawsze zachowawczo, nigdy zapomocą operacji. Leżenie w łóżku, okłady z lodu, uregulowa-

nie stolca i podawanie wielkiej ilości płynów — są najważniejszymi czynnikami leczniczymi. Wielką ilość płynów podaje się w tym celu, aby łatwiej usunąć toksyny i zmniejszyć niebezpieczeństwo zapalenia nerek. Dalej potrzeba świeżego powietrza, słońca i dużo snu. Obfita, pożywna dieta wzmacnia siły odporne organizmu. WATKINS potępia w leczeniu zapaleń miedniczych używanie wszelkich leków podniecających, mianowicie zaś alkoholu, który, według najnowszych badań, zmniejsza zawartość opsonin we krwi. Leczenia szczepionką i surowicą WATKINS nie uznaje. Główna zasada polega na zapobieganiu ponownemu zakażeniu. Spowodować je może małżonek, albo też polega ono na samozakażeniu ze strony przewlekłej sprawy ropnej przewodów SKENEGO, gruczołów BARTHOLIN'a, pęcherzyków NABOTH'a i błony śluzowej macicy. Dlatego radzi WATKINS naciąć i wypalić przewody SKENEGO i wyciąć gruczoły BARTHOLIN'a. Powierzchnowe ogniska zakażone leczy on azotanem srebra. Do błony śluzowej macicy radzi zabierać się ostrożnie, aby uniknąć podrażnienia. Najważniejszą rzeczą jest wyleczenie małżonka! Obok leczenia lokalnego nie wolno zaniedbywać leczenia ogólnego, które polega na zmianie miejsca pobytu, ruchu na wolnym powietrzu, uregulowaniu trawienia i usunięciu często zachodzącego niezłytu okrężnicy i zatrzymania stolca.

W przewlekłym okresie zachorzeń leczyć można i przez pochwę, do której kładzie się tampony z waty, nasiąknięte jotionem, ichtyolem, gliceryną jodową lub innymi lekami. Przeciw bolesnym podrażnieniom podczas zapalenia jajnika, jajowodu i otrzewnej miednicy działa *Heroinum hydrochloricum* w 1‰-ym roztworze glicerynowym, lokalnie stosowanym, usmierzająco na bole. Nie wywiera ono ani ogólnie odurzającego, ani innego szkodliwego skutku. Działanie ból usmierzające następuje bardzo prędko i trwa 12—18 godzin. Środek ten działa wprawdzie tylko objawowo.

Z niszczących bakterye środków, które w kapsułkach lub jako proszek stosuje się skutecznie w pochwie, oczyściwszy ją poprzednio gruntownie, wymieniam k s e r a z ę. Kseraza jest to tłusty, szary proszek, zapachem przypominający drożdże, odporny na wpływ wilgoci i znaczne zmiany ciepłoty, który zarazem łatwo fermentuje. Chemicznie składa się kseraza z przyrządzonych na sposób swoisty drożdży piwnych, cukru grochowego, *bolus alba* i fizyologicznego połączenia soli odżywczych. Fizyologiczne działanie kserazy polega na tem, że przez kataralnie zmienioną błonę śluzową lub tkankę, pozbawioną naskórka, wchłania ona dość szybko wydzielinę wodnistą, śluzową, resp. śluzowatą, dalej zdaje się, jakoby wywierała ona swoisty wpływ na wydzieliny ropne i rzeźączkowe narządów moczowopłciowych. Nadaje się ona szczególnie do leczenia upławów cuchnących, i dalsze badania, mające na celu dokładniejsze poznanie jej działania, są polecenia godne.

Przetworów leczniczych, które stosowane bywają przez pochwę, istnieje cały szereg. Tutaj wymienię tylko kapsułki estera *dermasanowego* i gałeczki jotionowe. Pierwsze działają według PINNERA (Berlin) wprost cudownie. Przeciętnie ma wystarczać 8 pigulek do zupełnego wyzdrowienia, a przynajmniej do usmierzenia bólów i zniszczenia gonokoków. Miał on tylko 3 niekorzystne wyniki pomiędzy 50-ma przypadkami.

Natomiast SCHWAB odmawia tamponom przesiąkniętym lekami wszelkiej wartości leczniczej, używa ich jednak stale jako działających sugestywnie, i to u kobiet żadnych operacji, aby je ustrzedz przed niepotrzebnymi zabiegami. I WATKINS twierdzi, że w przewlekłym zapaleniu w miednicy należałoby porzucić stanowisko oddziaływania lokalnego zapomocą

tamponów, wkładanych w pochwę, przepłukiwań pochwy i stosowania leków *per vaginam*.

ZWEIFEL dowiódł na podstawie przeszło 100-u doświadczeń, że jajo-wody przepuszczają płyny, wprowadzone do wnętrza macicy, i zauważył, że wstrzyknięty wodnisty rozczyn błękitu metylenowego przedostaje się w ilościach, odpowiadających zawartości łyżeczki od kawy przez jajowody do zatoki odbytniczomaciczej. Spostrzeżenie to starano się wyzyskać w celach leczniczych. W lipskiej klinice kobiecej leczono, począwszy od listopada 1907 r., wszystkie przypadki zachorzeń przydatków macicy, od zwykłego zapalenia do ropniaków jajowodów, wstrzykiwaniami śródmacicznymi 2%-go rozczynu argentaniny. Poza tem odstąpiono od wszelkiej innej terapii. Ze 123-ch kobiet, leczonych w ten sposób, uważało się subiektywnie za wyleczone 88%; 78% udało się wyleczyć i obiektywnie. Stwierdzone przed zastrzykiwaniem zgrubienia znikły zupełnie. Miało się przytem do czynienia z przypadkami zarówno ciężkimi, jak lekkimi. Z początku wstrzykiwano zupełnie wolno 1 grm., później doprowadzono do 2,5 ctm. sz. i to pod silnym naciskiem. Leczono w ten sposób tylko stwierdzone zachorzenia jajowodów, jeżeli nie było już żadnych objawów świeżego zapalenia (gorączka, zapalenie tkanki łącznej miednicy i otrzewnej).

Wstrzykiwania robiono codziennie, z wyjątkiem czasu miesiączkowania. Do wyleczenia potrzeba było przeciętnie 25 — 30 wstrzyknięć, w ciężkich przypadkach 40 — 60. Początkowo leczono tylko klinicznie, później przeprowadzano leczenie — z wyjątkiem kilku pierwszych dni, podczas których chore leżały w klinice — ambulatoryjnie. Z wyleczonych mała część należała do chorych przychodnich. Kurację tę da się zatem przeprowadzić i w godzinach przyjęć. Wstrzykiwania takie nic nie pomagają w puchlinie jajowodu, są więc tutaj zbyt czyste. Wstrzykiwać trzeba się nauczyć dobrze, inaczej mogłyby zająć błędy, których jednak nie wolno kłaść na karb metody.

Złych skutków przy prawidłowem zastosowywaniu dotychczas nie zauważono, chociaż ogółem zrobiono już przeszło 3,500 wstrzyknięć.

Stałych wyleczeń osiągnięto w ten sposób 80%, o ile w tak krótkim czasie obserwowania o stałych wyleczeniach mówić można. U chorych, które leczyły się już przeszło rok, liczba wyleczeń wynosiła 84%. Osiągnięto więc dobre rezultaty nawet tam, gdzie inne, przedtem zastosowywane metody zawiodły. Jeżeli po 4—6-tygodniowem leczeniu nie widać żadnego skutku, wskazana jest i tutaj operacja.

THORN wątpi, czy jajowód przepuszcza płyny, wprowadzone do macicy, i przypisuje pomyślnie działanie wstrzykiwań śródmacicznym przekrwieniu, które, co prawda, z wiele mniejszem niebezpieczeństwem wywołać można tak samo innymi środkami. Thorn sądzi, że wstrzyknięte środki lecznicze w najlepszym razie przy zupełnie przepuszczalnym jajowodzie przenikają przez błony śluzowe do światła jajowodu. Prócz tego działanie argentaniny, chociażby się przedostała nawet do światła jajowodu, byłoby wszędzie bez skutku w tych przypadkach, w których gonokoków już niema, a więc w puchlinie, krwaku i ropniakach jajowodu. Leczenie zabiera też wiele czasu, a kobiety nerwowe absolutnie go nie znoszą. Tego rodzaju leczenia nie można też oddać zupełnie bez zastrzeżeń w ręce praktyka, gdyż przedziurawienia z wszystkimi im towarzyszącymi ciężkimi skutkami zachodzić mogą i zachodzą. Rozdęty albo zroplejały jajowód, który rzeczywiście wchłonie większą ilość płynu, pęka łatwiej, co znów przedstawia wielkie niebezpieczeństwo dla chorej.

BALERA w Lausannie postępuje w leczeniu jeszcze energiczniej. Wkłada on po rozszerzeniu szyjki macicznej możliwie gruby dren metalowy

do macicy. Dren, jako ciało obce, pobudza macicę i jajowody do skurczu, przeczco wypróżniają się lepiej gruczoły. Z drugiej strony dren zapewnia wolny odpływ wydzielinom na zewnątrz. Leczenie takie wykluczone jest naturalnie w ostrym okresie zapalenia i we wielkich, pozlepianych obrzmieniach przydatków macicy.

Jeżeli już się wyczerpią wszystkie zabiegi zachowawcze, masaż oburęczny oddaje nie małe usługi, mianowicie w starszych sprawach zapalnych ze zrostami. SELLEHEIM życzy sobie, aby ze względów etycznie-estetycznych zastąpić masaż oburęczny masażem magnesowym, przy którym chora nie doznaje (dzięki temu, że dotyku ręki nie potrzeba) pobudzenia psychicznego. Rękę na zewnątrz zastępuje się elektromagnesem pręcikowatym, do pochwy wkłada się kotwicę (płytę), albo szypułkę z nią wystającą. Zapomocą szypułki wykonać można masaż z wykluczeniem rąk.

Córaz więcej zwolenników zyskuje sobie słusznie masaż wibracyjny. Działa on zarówno subiektywnie, jak obiektywnie przez rozluźnienie tkanki, przekrwienie, wpływ wzmacniający na włókienka mięsne, ostatecznie przez znaczne uśmierzenie bólu. Ma on tę zaletę, że można go zapomocą przyrządu dozować dokładnie, prócz tego ma znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze o tyle, że wibracje brzucha przy zajęciu wyrostka robaczkowego odczuwa się jako ból. Przy prawdziwych bliznach i przy *parametritis posterior* masaż wibracyjny jest wprost niezrównany, zwłaszcza jeżeli się równocześnie zastrzykuje fibrolizynę w tkankę chorą lub zabliznową. BRUCART, który ma poza sobą 20-letnie doświadczenie, przypisuje masażowi wibracyjnemu i działanie antytoksyczne, które objawia się klinicznie-symptomatycznie zupełnie wyraźnie zwolnieniem tętnem, zwiększonym oddawaniem moczu i zwiększonym pragnieniem, zmniejszonym bólem i spadkiem ciepłoty. Przy masażu wibracyjnym okazuje się też prędzej, jak twierdzi ten sam autor, czy zachodzi konieczna potrzeba operacji. Leczenie masażem wibracyjnym jest przeciwwskazane, jeżeli zachodzi ciąża, świeże zapalenie i krwawienie.

I leczenie obciążaniem (*Belastungstherapie*) wykazało dobre rezultaty, mianowicie w *parametritis posterior*, w wysiękach w miednicy, w starych zrostach i przewlekłych zapaleniach tkanki łącznej miednicy i otrzewnej.

Leczenie według metody BIER'a cieszy się wszędzie uznaniem. O. ADLER nie zauważył przyspieszonego wchłaniania ani w zapaleniu przydatków, ani w zapaleniu tkanki łącznej macicy, natomiast stwierdził znaczne zmniejszenie wrażliwości. Inni znów autorzy mają dobre wyniki i piszą o szybkim wchłanianiu zarówno w wysiękach, jak w obrzmieniu przydatków macicy i puchlinie jajowodów, tak dalece, że we względnie krótkim czasie chore odzyskały upragnioną zdolność do pracy.

Leczenie ciepłem powietrzem wywołuje bez wątpienia najsilniejsze przekrwienie, jest więc ze środków, którymi rozporządzamy, najlepszym do wyrabiania wessania i nadaje się dlatego szczególnie do leczenia przewlekłych zachorzeń przydatków macicy i przewlekłych wysięków w miednicy. Rodzaj ten leczenia nie jest dla chorych nieprzyjemny i dlatego poddają mu się chętnie. Najlepsze rezultaty osiągnięto dotychczas, zastosowując równocześnie piecyk, ogrzewany światłem elektrycznym i strumień ciepłego powietrza w pochwie. GRABLEY stosuje tusz ciepłopowietrzny, pędzony elektrycznością, z firmy DORES i NIEKOL w Brunswiku. Polecił on sporządzić z ebonitu (*Vulkanfiber*) kateter maciczny do tuszu ciepłopowietrzego. Na końcu kateteru znajdują się w kształcie wachlarza 4 wąskie otwory, którymi wlatuje gorące powietrze, co umożliwia zastosowanie gorącego powietrza wewnątrz macicy. Kateter taki wyjął-

wia się sublimatem albo alkoholem. Wyniki, które w ten sposób dotychczas osiągnięto, były w zapaleniu przymacicznem i omacicznem bardzo dobre i zachęcają do dalszych badań.

W końcu jeszcze słowo o leczeniu kąpielami.

Kąpiele błotne z powodu swego jednolitego działania termicznego wywierają wpływ na narządy naczynioruchowe i pobudzają reflektoryjnie w bardzo korzystny sposób przemianę materii. Poleca je się zatem w późniejszych okresach zapalnych zachorzeń przydatków macicy. Skuteczne są także kąpiele tilawenowe i tiopinolowo-siarczane, a do leczenia następczego nadaje się pobyt w Francensbadzie.

Mamy więc cały szereg metod leczenia zachowawczego mniej lub więcej polecenia godnych. Mówiąc ogólnie, byłoby najlepszym leczeniem skuteczne zapobieganie choroby. Ale właśnie na tym punkcie jesteśmy prawie bezradni, mianowicie co do rzeżączki. Tak nieżonaci, jak żonaci mężczyźni nie leczą się dostatecznie, i to zwykle z nieświadomości, czasem i z lekkomyślności. Dlatego rzeżączka wyrządza wielką szkodę społeczeństwu, której starano się zaradzić zapomocą prasy, pism ulotnych i ustnego pouczenia. Czy należałoby żądać świadectwa zdrowia przed wejściem w związek małżeński? Nawet „Société de prophylaxie sanitaire et morale” w Brukseli stanęło na tem stanowisku, że przeprowadzenie żądania takich świadectw zdrowia jest rzeczą nie do wykonania. Niezliczona liczba młodych kobiet pozostanie więc nadal ofiarami zakażenia rzeżączkowego.

Według SCHWARZ'a ulega 20% wszystkich kobiet zakażeniu. CUKOR twierdzi, że u połowy wszystkich zakażonych następuje później lub prędzej przerzut na jajowody. Wynika z tego, że każda dziesiąta kobieta dostaje rzeżączkowego zapalenia jajowodu z wszystkimi możliwymi powikłaniami.

Leczenie operacyjne.

Wskazanie do zabiegu operacyjnego odkłada się słusznie jak najdłużej, gdyż i tutaj nie można nigdy dać gwarancji, czy wynik będzie trwały. Statystyce wyników trwałych pogarszają wysięki kikutowe i nawroty, wychodzące z części tkanki, pozostawionej rozmyślnie albo mimowoli. Do tego dodać jeszcze trzeba niebezpieczeństwo zejścia śmiertelnego. Ostatecznie pozostają jeszcze do operacji ciężkie i uporczywe przypadki, w których długie leczenie zachowawcze zupełnie zawodzi, mianowicie wtedy, jeżeli wzmagające się osłabienie albo krwotoki i bez tego zagrażają życiu chorej. Częściej jednak stosunki socyalne, które nie dozwalają długiego leczenia zachowawczego, lub też komplikacje ze strony wyrostka robaczkowego zmuszają do wykonania operacji.

Ustanowienie wskazania do operacji obraca się więc w szerokich granicach, zależnych od osobistych zapatrywań lekarza.

ENGSTROEM np. operuje tylko dziesiątą część wszystkich przypadków, i to tylko wtenczas, jeżeli pomimo wszystkich zabiegów zachowawczych pozostaje jednak ropa w jednym lub w obydwu jajowodach albo w jajniku. Ale i w tych razach ogranicza on się o ile możliwości do zwykłego nacięcia i wypuszczenia ropy.

W budapeszteńskiej II-iej klinice kobiecej operowano w ostatnich 15-u latach 186 przypadków z jednakowem wskazaniem i ograniczaniem się także często do nacięcia, za którym przemawia też Z. FRAENKEL.

Na postanowienie usunięcia przydatków macicy wpływa decydująco nadzieja utrzymania chorej przy życiu. Kto dobrze i pewno operuje

przez pochwę, zdecyduje się łatwiej wobec mniejszej znacznie śmiertelności i dobrych trwałych wyników na operację.

MARTIN poleca obrznięte przydatki macicy usuwać przez pochwę, o ile nie są one za bardzo pozrastane. Twierdzi on, że każde przednie cięcie pochwowe i cięcie brzuszne ma swe ściśle ograniczone wskazanie, i że każdy operator powinien wykonywać stosownie do przypadku, czasami operacje przez pochwę, czasami zaś operacje brzuszne. I przy operowaniu przez pochwę, o ile się ma wprawę, można mieć dobre wyobrażenie o polu operacyjnym. Von OTT operuje przez pochwę zapomocą tylnego cięcia pochwowego, przyczem oświetla jamę brzuszną i rozluźnia zrosty pod kontrolą oka. Śmiertelność jest znacznie mniejsza niż przy cięciu brzuszem DÜTZMANN i FALGOWSKI operują z dobrym skutkiem przez pochwę zapomocą przedniego cięcia pochwowego, STRASSMANN zapomocą przedniego pochwowego cięcia płatowego, które udostępnia lepiej pole operacyjne. STRASSMANN nie jest zwolennikiem otwierania jamy brzusznej celem usunięcia resztek przewlekłego zapalenia przymacicznego i zapalnych obrznięć przydatków macicy, obawiając się niebezpieczeństwa, wynikającego z obecności bakteryi. Przez operowanie przez pochwę unika się najłatwiej wysięków kikutowych, przepuklin i ropniaków. Po 23-ch laparotomiach miał STRASSMANN 3 wyniki śmiertelne, ze 153-ch operowanych przez pochwę zmarły także tylko 3, pomiędzy temi znów ze 102-u leczonych zachowawczo i operowanych przez pochwę zmarła tylko jedna. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

→ 0 ←

29 A Gonget. Wytrzeszcz w zapaleniu nerek.

Pomiędzy licznymi objawami ocznymi, charakterystycznymi dla zapalenia nerek ostatnio autorzy amerykańscy szczególną uwagę zwrócili na wytrzeszcz (*exophthalmus*), zupełnie w dotychczasowych podręcznikach pomijany ¹⁾. Notowali go (niektórzy nawet bardzo często, bo u 48% odnośnych chorych) zazwyczaj jednocześnie ze wzmocnionem ciśnieniem krwi, a więc w przebiegu średniomiaszowego przewlekłego zapalenia nerek. Objaw ten równoległe do wysokości ciśnienia może się to wzmagać, to znów zmniejszać i zdaje się, że jest poniekąd wskazówką rokowania niepomysłnego. Wytrzeszcz częstokroć zjawia się w niejednakowym stopniu na obu oczach, a towarzyszą mu zwykle cechujące go znamiona (GRAEFE, STELLWAG, MÖBIUS). Co się tyczy patogenety, to większość autorów uważa zarówno *exophthalmus*, jakoteż i wzmoczone ciśnienie za wynik wspólny zatrucia, działającego za pośrednictwem nerwu współczulnego na włókna mięśniowe naczyń i na gładki mięsień MÜLLER'a; skurcz mięśnia mógłby powodować wysadzenie gałki ocznej. Zatrucie to wywołuje prawdopodobnie adrenalina (lub substancje pokrewne), której nadmiar we krwi znajdowano w chorobie BASEDOW'a, cechującej się pomiędzy innymi, jak wiadomo, mniej lub bardziej wybitnym wytrzeszczem.

(La Presse Med. 1912, Nr. 2).

A. Lande.

¹⁾ Porów. streszczenie z pracy BARKERA i HANESA. Gaz. Lek. 1910, Nr. 1

30. Zak Emil. O nowej dziedzinie, w której można stosować urotropinę (hexametylentetraminum) na podstawie jej wydzielania się.

Badając raz płwocinę chorej na krupowe zapalenie płuc, której dawano wskutek ropnego zapalenia miedniczek urotropinę, Z. zwrócił uwagę na stosunkowo bardzo nieliczną obecność zarazków; postanowił więc zbadać, czyto urotropina, wydzielając się w płwocinie, wywiera wpływ zabójczy na drobnoustroje, i czy wogóle w płwocinie można środek ten wykryć. W tym celu dawał chorym na zapalenie oskrzeli urotropinę w kapsułkach żelatynowych po 2—3 gr. dziennie, badał płwocinę tych chorych i wykrywał wyraźnie urotropinę, postępując w sposób następujący: do niewielkiej ilości płwociny, dodawał cokolwiek kwasu fosforowego i znaczną ilość soli kuchennej, destylował w małej kolbie, poczem z kilku ctm. sz. przekropliny przerabiał czułą próbę z floroglucyną i ługiem potasowym (według met. JORISSENA — NICOLAIERA) na obecność aldehydu. Po dodaniu niewielkiej ilości floroglucyny wlewa się kroplami 10 $\frac{1}{2}$ -go ługu potasowego: w obecności nawet bardzo nieznacznych ilości formaldehydu następuje czerwone zabarwienie z żółtawym odcieniem. Płwocina przed zażyciem przez chorego urotropiny dawała odczyn ujemny, po zażyciu — dodatni, pozwalając wykryć produkty rozkładu heksametylentetraminy, lub nawet — po zastosowaniu przez autora innej metody badania — nierozłożonej urotropiny. Dalej okazało się, iż urotropina zostaje wydzielana i przez oskrzela, przeczo posiada doniosłe znaczenie w celach leczniczych jako środek odkażający w owrzodzeniach płuc w przebiegu gruźlicy, zgorzeli, w rozszerzeniach oskrzeli. Fakt, iż w płwocinie wykrywał Z. nierozłożoną urotropinę, zgadza się z poglądem GÖHL'a i SALUS'a, iż urotropina, jako taka, a nie dzięki rozkładowi na części składowe, działa jako wysmienity środek przeciwnilny, zwłaszcza przy wyższych ciepłotach ($\frac{1}{2}$ %-y rozczyzn przy 37° działa mniej więcej tak samo, jak 2%-y przy 17°; rzeczywistość, doświadczenia Z. *in vitro* wykazały, iż urotropina, dodana w nieznacznych ilościach do płwociny, hamuje gnicie.

Wiadomo również, iż urotropina daje się wykryć w żółci, a w przypadkach zapalenia pęcherzyka żółciowego, zwłaszcza wywołanych lasecznikiem durū (bardzo na urotropinę wrażliwym), uważana jest przez niektórych autorów jako środek swoisty. Zdaniem autora, posiada heksametylentetramina wpływ hamujący na sprawę gnilną zawartości żołądkowej przy zwięzieniu odzwiernika. Z. przytacza przypadek wrzodu żołądka ad pylorum ze zwięzieniem, gdzie chory miał ciągle cuchnące odbijania, a po kilku dniach zażywania urotropiny nieprzyjemna woń przeszła, po odstawieniu lekarstwa w krótkim czasie znowu powróciła, po dalszym stosowaniu zaś znikła.

(Wien. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 4).

Stefan Sterling.

31 Sachs Otto. O zastosowaniu urotropiny (hexametylentetraminum) w dermatologii.

Po omówieniu istniejącej literatury o wydzielaniu się urotropiny i działaniu jej nie tylko w chorobach narządów moczopłciowych, ale i podczas zapalenia opon i poliomyelitis (wykrywano części składowe urotropiny w cieczy mózgowo-rdzeniowej), w przypadkach ropienia ucha środkowego oraz nieżyty nosa, przechodzi autor do własnych spostrzeżeń, dokonanych w 10-u przypadkach herpet zoster oraz w 5-u przypadkach erythemat. exsudat. multiformis et bull., w których po dawkach 4—6 grm.

dziennie wewnątrz, jak również w strupkach w 2-u przypadkach *impetigin. contagiosae*, wykrywano w zawartości pęcherzyków, zapomocą próby JORISSENA lub z fenilhydrazyną produkt rozkładowy urotropiny—formaldehyd. Technika badania była następująca: zapomocą włoskowato wyciągniętej pipety przenoszono zawartość pęcherzyka do probówki, do której dolewano taką samą ilość 10%-go lub nasyconego roztworu soli kuchennej oraz kilka kropel 2%-go kwasu octowego, dopóki mieszanina nie dawała odczynu słabo kwaśnego; następnie plyn chwilę gotowano, filtrowano i z ochłodzonym przesączem robiono wymienione próby; strupki rozciera się dokładnie z 10%-ym roztworem soli kuchennej, dolewa kilka kropel 2% kw. octow., filtruje i t. d. Wydzielająca się urotropina, ewentualnie jej produkty rozkładowe, drażnią przypuszczalnie miejsca, w których odbywa się zapalenie, i tem się, zapewne, tłómaczy spostrzeżenie SACHS'a, iż po kilkudniowym używaniu urotropiny pole zapalne wokół wysypki w przebiegu *herpet zoster* i *erythematidis exsud. multif.* było silniej zaznaczone, aniżeli w zwykłe przebiegającym przypadku.

Na podstawie spostrzeżeń autorów co do działania urotropiny w innych cierpieniach oraz na podstawie własnych spostrzeżeń (zwłaszcza w 1 przypadku *eryth. exsudat. multif. et bull.*, w którym już po 8-u dniach wewnętrznego stosowania urotropiny bole w jamie ustnej, utrudniające jedzenie, zniknęły, a pozostałe po pęknięciu pokrywki pęcherzykowej nadżarcia zaleczyły się prawie zupełnie) autor przypuszcza, iż środek ten w leczeniu różnych, prowadzących do tworzenia się pęcherzyków chorób skórnych, szczególnie dla uniknięcia nawrotów tych cierpień może znaleźć zastosowanie, w ten sposób, iż po krótkim dawaniu większych ilości (6—8 grm. dziennie) możnaby przez długi przeciąg czasu stosować nieznaczne dawki urotropiny.

Stefan Sterling.

(Wien. klin. Wochenschr. 1012, Nr. 4).

32. M. Labbé i Bith. Diureza w przebiegu duru brzuszego.

Autorowie u 9-u chorych, dotkniętych dorem brzuszny, określali codzien z jednej strony ilość płynu dostarczanego ustrojowi, z drugiej zaś ilość wydzielanego moczu, nazywając stosunek obu cyfr wykładnikiem diurezy.

Okazało się że durowi brzuszemu towarzyszy:

1) zmniejszenie się diurezy w okresie gorączki (wykładnik waha się między 0,46 a 0,17) czyli *hypouria*;

2) wolne i stopniowe potęgowanie się diurezy podczas okresu zwalniania gorączki; w przypadkach rozwolnienia wykładnik może wyjątkowo nawet się obniżyć w tym okresie;

3) obfite wydzielanie się moczu, które można nazwać czasem kryzą moczową w początkach zdrowienia (wykładnik wahał się między 0,94 a 0,30); słowem wielomocz, który autorowie nazywają *hyperuria*;

4) powrót do normy w ciągu mniej więcej miesiąca.

Na diurezę wpływają, ogółem mówiąc, następujące czynniki: rozwolnienie, pocenie się, wydzielanie wody z powierzchni płuc.

Główną jednak przyczynę *hipouryi* i *hiperuryi* stanowią zatrzymanie wody przez tkanki ustroju oraz następnie obfite jej wydzielanie, na co wskazali GARNIER i SABAREANN i dowiedli zapomocą krzywych wagi i moczu chorych na tyfus w rozmaitych okresach choroby.

Prócz wody ulegają retencji i chlorki, podczas gdy inne składniki moczu (moczniak, kwas moczowy, fosforany, siarczany) przesączają się

przez nerki prawidłowo. Zjawisko to, obserwowane w innych chorobach zakaźnych, należy uważać za objaw obronny ustroju w walce z infekcją.

Jednocześnie podczas choroby odbywa się w organizmie cały szereg procesów (niszczenie tkanek w okresie gorączki i ich odbudowa w okresie zdrowienia), które mogą zakłócać ów stosunek między wagą chorego a wagą oddawanego przezeń moczu.

Landé.

(la Presse Médic. 1912, Nr. 12).

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

XXIV posiedzenie naukowe 7-go lipca 1911 r. wspólne z sekcją neurologiczną.

1. RENCKI omawia dwa przypadki policytemii z przedstawieniem jednego chorego. Przypadek pierwszy dotyczy mężczyzny, lat 53, który cierpi na bóle i zawroty głowy, uczucie gorąca i uderzenia krwi do głowy, czasem popada w omdlenia; nieważne bicie serca, czasem duszność; chorób zakaźnych nie przechodził. Stan obecny chorego wykazuje wybitne zaczerwienienie twarzy, zwłaszcza policzków, nosa i uszu, a na nich zarysowują się poroszerzane naczynia krwionośne. Błony śluzowe, zarówno jak i spojówki — ciemno-wiśniowe. Z organów jamy brzusznej wątroba znacznie powiększona, sięga na 4 palce niżej łuku żeberkowego, twarda, gładka, a śledziona sięga ku dołowi aż do pępka i nie dochodzi do linii środkowej ciała na 2 palce. W innych organach wybitniejszych zmian niema. Na uwagę zasługuje jedynie badanie krwi: liczba ciałek czerwonych 9,400,000, c. b. 16,400; hgb. 98%, limfocytów obojętnochłonnych 85,3%, a limfocytów małych 6,3%.

Przypadek drugi dotyczy mężczyzny, lat 69. Objawy subiektywne i obiektywne bardzo podobne do powyżej cytowanych. Badanie oczu wykazało: *conjunctivitis catarrh. oc. utr. i hypermetropia*; na dnie oka żyły siatkówki znacznie poroszerzane. Badanie krwi: c. cz. 9,700,000, hgb. 10,5%, c. b. 17,400, z tego zasługuje na uwagę liczba limfocytów wielojądrzastych 86,25%, jednojądrzastych 3,50%, limfocytów dużych 6,00%. bardzo nieliczne ciałka czerwone jądrzaste. W dyskusji REIS podaje wynik badania ocznego chorego z policytemią, który poza objawami hipermetropii i *catarrhus incip.* posiada charakterystyczne dla policytemii zmiany na dnie oka, a mianowicie silnie nastrzykanie o nieprawidłowo ciemnym zabarwieniu. RENCKI zwraca uwagę, że przypadki policytemii nie są zbyt rzadkie, miał już kilka w swej praktyce.

2. HALBAN przedstawia przypadek władu rdzenia rodzinnego u syna na tle syfilisu dziedzicznego. Chory ma lat 25. — Między 12—14-ym rokiem życia cierpiał na bóle w nogach krótkotrwałe, przeszywające; od dwu lat cierpi na zaparcie stolca. Z końcem 1910 r. po znacznym wysiłku dostał napadu omdlenia nóg, parastezyi lewej kończyny górnej i utrudnienia mowy. Napady te od tego czasu powtórzyły się kilka razy. Chory stanowczo zaprzecza zakażenia przymiotowego. — WASSERMANN dodatni. Objawy przedmiotowe: źrenice nierówne, *nystagmus*, drżenie rąk, brak

odruchów, ROMBERG wybitny, chód nieco ataktyczny. Psychicznych zmian na razie brak.

Przypadkowo zbadano matkę chorego i wykazano u niej niewątpliwe objawy wiađu rdzenia na tle syfilisu; chory był pierwszym dzieckiem i prawidłowo urodzonym, następnie było pięć poronień w różnych odstępach czasu. Przed 15-u laty cierpiała ona na bole przeszywające i osłabienie w nogach, a w zimie 1910 r. utworzyła się jej rana na palcu nogi lewej, skąd wyropiała *epiphys. dist. II phalangis*. Badanie obecne wykazuje źrenice nierówne, *paresis m. externi or. dextri*. Objaw BABIŃSKIEGO dodatni; brak odruchów kolanowych, ROMBERG wyraźny, próba WASSERMANN'a dodatnia. Prelegent, omawiając te przypadki, podnosi, że objawy wiađu rdzenia w wieku młodocianym powolniej się rozwijają, a niektóre objawy mniej silnie i później występują, niż u dorosłych.

3. HALBAN przedstawia przypadek rozpoczynającego się porażenia postępującego w wieku młodocianym u chłopca 15-letniego. Objawy: znaczna nierówność źrenic, brak oddziaływania na światło, lekkie drżenie gałek. Rozwój fizyczny dość lichy; wybitniejszych zaburzeń psychicznych brak, ale usposobienie nierówne razi nieumotywowaną wesołością. Próba WASSERMANN'a dodatnia. Wywiady wykazały u ojca objawy zakażenia syfilitycznego, a matka umarła na porażenie postępujące. Mowca uważa, że to występowanie tych samych objawów u rodziców, zarówno jak u dzieci, chorych na wiađu lub porażenie postępujące, wskazuje, że oprócz przymiotu pewne usposobienie rodzinne odgrywa tutaj rolę.

4. ROTHFELD wspólnie z TOCZYKIM przedstawia przypadek z przypuszczalnym guzem przysadki. Chory, lat 37, od dwu miesięcy gorzej widzi, oprócz tego skarży się na bole głowy w czole i senność. Badanie stwierdza bolesność pni nerwowych, podwyższenie odruchów kolanowych i *hemianopsiam bitemporalem*, chociaż wzziernikiem widać wyraźne zblednięcie części wewnętrznych obu tarcz nerwu wzrokowego. Mowca objaśnia budowę anatomiczną i różnicą w ukrwieniu zewnętrznych części tarcz nerwu ocznego tę różnicę między badaniem wzziernikiem a perimetrem. Mowcy przypuszczają guz przysadki, lecz zastrzegają sobie dalsze badanie. W dyskusji zabierają głos HALBAN, ORZECZOWSKI, ROTHFELD i SABAT, który pokazuje rentgenogram danego przypadku i wykazuje na nim nieznaczne rozszerzenie siodełka.

5. SABAT objaśnia na tablicach i rysunkach swój nowy sposób zastosowania fotografii promieniami ROENTGEN'a do badania ruchów serca i przepony.

6. ORZECZOWSKI omawia stronę kliniczną przypadku akromegalii, operowanego drogą śródnosową przez LITWINOWICZA. Kobieta, lat 33 — od czterech lat utraciła menstruację, poczęła tyć, zaczęły jej grubieć kończyny, a wreszcie twarz. W ostatnim roku zaczęły łamać się paznokcie i wypadać zęby; utraciła też węch. Na uwagę zasługuje jeszcze zbrunatnienie górnych i dolnych powiek, a także zanik sutek. Miała dwoje dzieci, z których ostatnie przed 6-u laty sama wykarmiła. Badanie wzziernikiem wykazało zanik pozapalny nerwów wzrokowych. W czasie przyjęcia chorej mocz był wolny od białka i cukru; po wstrzyknięciu zaś 0,75 mg. adrenaliny wystąpił cukromocz (2—4 gr. cukru na dobę). Ponieważ chora domagała się operacji, to pomimo znacznych niepewności operację wykonano, jednak z wynikiem śmiertelnym z powodu *coma diabeticum*.

Nowicki podaje wynik sekcyjny tego przypadku. Guz wielkości kasztana, wagi 12,5 grm., uciskał na nerwy oczne i powodował taśmo-

wate ich spłaszczenie; przyczem nerw prawy w połowie swego przebiegu wykazuje brózdę skośną, w której zakresie brak zupełny włókienek. Brózda odpowiada przebiegowi tętnicy mózgowej przedniej. Siodełko tureckie znacznie powiększone. Na przedniej ścianie w kości otwór pooperacyjny. Z innych organów silnie rozwinięte nadnercza, prawie dwukrotnie powiększone, trzustka prawidłowa. Jajniki zupełnie torbielowato zniszczone. Mamy tutaj do czynienia ze sprawą nowotworową przysadki i następują akromegalią.

LITWINOWICZ wykonał hipofyzektomię drogą podśluzowego wyłuszczenia przegrody nosowej i opisuje szczegółowo swą metodę operacyjną.

REICHENSTEIN MAREK zaznacza, że zmiany anatomiczne w danym przypadku popierają jego wyniki kliniczne nad cukrzycą, że te przypadki, które odiaływają na wstrzyknięcie adrenaliny zjawieniem się cukru w okresie aglikozurycznym, mają swe źródło w hiperfunkcyi nadnerczy. Przypadki przeciwnie wykazują wybitne zaniki w trzustce.

ZIEMBIICKI W. przypuszcza, że w danym przypadku należy przyjąć albo cukromocz przepuszczający (*glycosuria intermittens*), albo jakieś nieznane warunki chwiejnej równowagi w wydzielaniu cukru, tak że jednorazowe wstrzyknięcie adrenaliny mogło spowodować jej zaburzenie; Z. opisuje podobny przypadek. HOŁODYŃSKI z powodu braku charakterystycznych dla akromegalii zmian w oku przypuszczał zaciśnięcie nerwu wzrokowego przez tętnicę.

XXV posiedzenie naukowe 6-go października 1911 r.

1) WICZKOWSKI omawia 8 przypadków pierwotnego raka płuc badanych na swym oddziale i przedstawia jednego chorego z tem cierpieniem.

W dyskusyi SABAT pokazuje kilka rentgenogramów z nowotworami płuc i wykazuje ich cechy charakterystyczne. JURASZ proponuje zastosować bronchoskopię, jako środek rozpoznawczy dla raka płuc, szczególnie jeśli udałoby się wyjąć kawałek tkanki i zbadać go mikroskopowo. NOWICKI zaznacza, że na ogólną liczbę raka w lwowskim instytucie anatomo-patologicznym w 2,1% znalazł raka płuc, ze znaczną przewagą u mężczyzn. Najczęściej zajmuje on części środkowe lub dolne płuc. PISEK uważa jako charakterystyczną cechę raka płuc wypuk deskowaty, wygląd odpowiedni i drobniutkie gruczołki. WICZKOWSKI podtrzymuje swe twierdzenie, że rak umiejscawia się w górnych płatach, lecz nie w samych szczytach.

Wiadomości bieżące.

— Kol. JÓZEF JAWORSKI, współwłaściciel naszego pisma, został wybrany na członka honorowego Towarzystwa Lekarzy Czeskich w Pradze.

— Prof. CZERNY został wybrany na stałego prezesa honorowego międzynarodowego związku badania raka.

— Zmarły niedawno prof. LANNELONGUE cały swój majątek zapisał na cele dobroczynne, między innymi 700 tys. franków przeznaczył dla Towarzystwa ochrony i rehabilitacyi młodych dziewcząt.

— Przypadki włośnicy (*trichinosis*) coraz się mnożą w naszym mieście. W obecnej chwili dotknięty jest tą chorobą jeden z lekarzy, jeden adwokat, a więc plaga ta szerzy się nie tylko wśród najbiedniejszej ludności, ale obejmuje i warstwy zaможniejsze. Sprawa rzeźni, sprawa nadzoru nad mięsem domaga się jak najprędzszego załatwienia.

— Komitet kolonii letnich za naszym pośrednictwem zwraca się do kolegów prowincjonalnych z prośbą o dostarczenie wiadomości, czy w okolicach przez nich zamieszkałych nie udałoby się wynaleźć pomieszczenia na sezon letni na 60—90 dzieci, bezpłatnie lub za pewną cenę dzierżawną na kilka lat. Pożądaną jest miejscowość sucha, zdrowotna, posiadająca dobrą kąpiel i niezbyt odległą od kolei. Towarzystwo prowadzi gospodarstwo, zaopatrując się w produkty na miejscu, a płacąc za wszystko gotówką, jest dobrym odbiorcą. Produktów zaś potrzebuje dużo, bo licząc trzy zmiany dzieci po 60—90 na sezon, korzystałoby z pobytu na kolonii 180—270 dzieci w ciągu 3-ich miesięcy. Są to dzieci w wieku lat 8-u do 13 u, utrzymywane przez osoby dozorujące w karności, nie robią więc szkód i nie dają się otoczeniu we znaki. Towarzystwo kolonii letnich, będąc w możności w roku bieżącym powiększyć liczbę dzieci wysyłanych na wieś, pragnęłoby jak najlepiej je umieścić, dlatego zwraca się z powyższą prośbą do lekarzy, jako do ludzi znanych ze swych obywatelskich uczuć i niejednokrotnie wspierających instytucję kolonii letnich.—Zarząd kolonii letnich mieści się przy ulicy Ś.-Krzyskiej № 25.

— W gub. Charkowskiej lekarz SZAPIRO został skazany na miesiąc aresztu za wydanie fałszywego świadectwa o chorobie przysięgiemu sędziemu MARKOWOWI; tego ostatniego skazano za to samo na 3 tygodnie aresztu.

— W Kremieńczugu pociągnięto do odpowiedzialności 10-u lekarzy za odmówienie pomocy lekarskiej w nocy.

— W Astrachaniu oddano pod sąd lekarza za nieokazanie pomocy ranionemu naczelnikowi więzienia.

Redaktorzy: **Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.** Wydawca, **Dr W. Szumlański.**

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

**WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“
i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“**

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3,50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą; rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, k wartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2,40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Oplata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4,50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Sw. Gertrudy 2, w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbès.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.