

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Henryk Kucharzewski*. Zmiany we krwi w błonicy—str. 673. II. D-r *Aleksander Zawadzki*. Przyczynę do kazuistyki ran postrzałowych żołądka (c. d.)—str. 681. III. D-r *Czesław Otto*. Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.)—str. 686.

IV. **Dział sprawozdawczy:** *Choroby wewnętrzne.* 305. *Bard*. Anaemia pernicioza botriocephalo—str. 692. 306. *Phe dran*. Uwagi o istocie bezkrwistości złośliwej (anaemiae perniciosae) i jej leczeniu—str. 693. 307. *Niedner*. Tamowanie krwotoków w haemoptoe—str. 695. 308. *Oettinger*. O cieśni przerosłowej odźwiernika—str. 696. 309. *Rosenbaum*. Uwagi o niedowładzie i niedomodze ruchowej żołądka—str. 697. 310. Określenie dolnej granicy żołądka za pomocą jedynie oglądania—str. 699. V. *Wiadomości pomniejszych.* № 311—317—str. 699. VI. *Z Tow. Lek. Warszawsk.*—str. 701. VII. XII *Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie*—str. 711. VIII. *Bibliografia*—str. 715. *Kronika bieżąca*—str. 718. *Zmarli*—str. 721. *Ogłoszenia.*

**Sommaire du Nr. 17.** I. D-r *H. Kucharzewski*. Sur les modifications du sang dans la diphterie—str. 673. II. D-r *Al. Zawadzki*. A propos des coups d'arme à feu de l'estomac—p. 681. III. D-r *C. Otto*. La cryoscopie dans les maladies du coeur et des reins—p. 686.

## I. ZMIANY WE KRWI W BŁONICY.

(Streszczenie zbiorowe).

Skreślił

*D-r Henryk Kucharzewski.*

Ordynator szpitala Ewangelickiego.

Zmiany we krwi w chorobach zakaźnych dawno już zwróciły na siebie uwagę klinicystów. Miały one służyć za wskazówkę bądź w rozpoznaniu cierpienia, bądź też w rokowaniu. Największą uwagę zwracali badacze na ilość białych ciałek krwi, oraz na wahania tej ilości, natomiast mniej zajmowano się ilością erytrocytów, hemoglobiny, ciężaru gatunkowego krwi, określaniem oddzielnych typów leukocytów i t. d.

Prawie wszystkie mniej więcej choroby zakaźne zbadane zostały w tym kierunku. Najczęściej jednakże zajmowano się tyfusem brzuszny, zapaleniem płuc włóknikowem, oraz błonicą. Zmiany we krwi, spotykane w tem ostatniem cierpieniu stanowią treść niniejszego artykułu, w których starałem się zebrać w porządku chronologicznym wszystkie prace, które się w tej kwestyi ukazały, aż do ostatnich lat.

Pierwszych z autorów, którzy zwrócili uwagę na leukocytozę w błonicy był Bouchut (1) 1868 roku; chociaż większą pracę w tej kwestyi ogłosił dopiero w dziesięć lat później z Dubroisay (2). Autorowie ci podają 24 wypadki błonicy i krupu, w których znaleźli zmniejszenie ilości czerwonych krążków krwi. Liczba białych ciałek natomiast znacznemu uległa powiększeniu we wszystkich przypadkach, w jednym z nich liczba ta dosięgła 105.000.

Dalsze spostrzeżenia Bouchut (3) nad zmianami krwi w błonicy potwierdziły pierwotne wyniki, otrzymane przez tegoż autora wspólnie z Dubroisay (l. c.). Pomiędzy innemi utrzymuje Bouchut, że w ciężkich przypadkach błonicy występuje zawsze ostra leukocytoza, która wzrasta z pogorszeniem i zmniejsza się z polepszeniem stanu chorego. W lekkich przypadkach błonicy, leukocytoza zupełnie nie występuje i choroba kończy się wyzdrowieniem.

W r. 1885 zajął się badaniem krwi w błonicy Gilbert (4). Jako materiał do badań służyły mu 22 przypadki błonicy. Autor ten zauważył w omawianem cierpieniu nieznaczne zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi. Leukocytoza występuje często, chociaż nie stale; wysokich cyfr nie dosięga; najwyższa cyfra, jaką autor mógł zanotować była 17000. Leukocytoza ta nie stoi w związku z natężeniem sprawy chorobowej. Gilbert odmawia leukocytozie rozpoznawczego i prognostycznego znaczenia dla błonicy.

Pée (5) w rozprawie swojej przedstawia pomiędzy innymi kilka przypadków błonicy gardzieli, w których obliczał ilość białych ciałek krwi. We wszystkich tych przypadkach znalazł liczbę powiększoną (maximum dochodziło do 23000) z polepszeniem stanu chorego leukocytoza stopniowo się zmniejszała.

Rieder (6) w monografii swej, poświęconej leukocytozie, przytacza 3 przypadki błonicy, gdzie badano krew na ilość białych ciałek. Leukocytoza w przypadkach Rieder'a wysokich liczb nie dosięgała i znikiała razem ze spadkiem ciepłoty. Autor ten utrzymuje, że na podstawie ilości leukocytów we krwi nie można rozróżnić błoniczego zapalenia gardzieli od zwykłej niezłośliwej anginy. Dalsze spostrzeżenia, mówi Rieder, powinny rozstrzygnąć, o ile miał rację Bou-

chut, że leukocytoza wzrasta z natężeniem choroby i że ma ona znaczenie dla rokowania.

v. Limbeck (7), który w książce swej przytacza przypadek Reinerta, utrzymuje, że błonica przebiega z umiarkowanym leukocytarnym odczynem.

Baginsky i jego uczniowie badali również krew w chorobach zakaźnych, pomiędzy innymi i w błonicy. Pierwsza praca w tym kierunku z kliniki Baginskiego wyszła z pod pióra S. Felsenthal'a (8). Autor ten obserwował 8 przypadków błonicy gardzieli i krtani. W jednym bardzo ciężkim przypadku, powikłanym posoczną, liczba białych ciałek krwi doszła do niebywalej cyfry 148,229. W innych przypadkach, których nie przytacza, spostrzegał on także bardzo wybitną leukocytozę. Leukocytoza ta znika ze znikaniem zjawisk zapalnych. Obraz histologiczny czerwonych krążków krwi żadnych zбочeń od normy nie przedstawiał. Z pośród białych ciałek krwi wielojądrowe liczbą swą znacznie przewyższały pozostałe typy. Eozynofilów było od 1—1.2%.

Z pracowni Miecznikowa w Paryżu wyszła praca Gabrielskiego (9) nad leukocytozą w przebiegu błonicy. Pomiedzy licznymi doświadczeniami i spostrzeżeniami tego autora spotykamy 4 przypadki błonicy gardzieli nieleczone surowicą w szpitalu Trousseau. Dwa przypadki zakończyły się pomyślnie, w dwóch drugich nastąpiło zejście śmiertelne. W dwóch pierwszych maksymalna liczba leukocytów we krwi dochodziła do 20,000, przytem leukocytoza stopniowo znikała, w dwóch drugich przypadkach ilość leukocytów wahała się od 34.100 do 43.000 i przed śmiercią nie zmniejszyła się. Autor ten na podstawie swych spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że leukocytoza w błonicy cechuje się swoistym charakterem, który odróżnia go od leukocytozy w innych chorobach zakaźnych.

Wzrastająca stopniowo leukocytoza w błonicy, powiada Gabrielski daje złe rokowanie, badanie zaś krwi może nam dać wskazówki o ile leczenie jest pożytecznem.

Felsenthal i Bernhard (10), asystenci Bagińskiego, badali ciężar gatunkowy krwi w rozmaitych chorobach zakaźnych, pomiędzy innymi i w błonicy. Ciężar gatunkowy krwi określali autorowie metodą Hammerschlag'a. Na podstawie swych badań przychodzi do wniosku, że pod wpływem infekcyi błonicowej ciężar gatunkowy krwi wzrasta, przytem zdaje się, że w ciężkich przypadkach uwidocznią się to lepiej, aniżeli w lżejszych, które szybko kończą się pomyślnie. Gdy sprawa chorobowa ma się ku końcowi, ciężar gatunkowy krwi obniża się. Spotykają się jednakże i wyjątki. W dwóch przypad-

kach na 8 spostrzeżeń stosunek był odwrotny. W końcu autorowie przychodzą do wniosku, że nie można ustanowić stałego prawa o zmianach ciężaru gatunkowego krwi w błonicy.

Powiększenie ciężaru gatunkowego krwi u chorych na błonicy spostrzegał także i Grawitz (11) w kilku przypadkach. Powiększenie to nie stoi w związku ze sprawą gorączkową; wraz ze znikaniem nalotów błoniczych ciężar gatunkowy krwi powraca do stanu normalnego.

Waldstein (12), badając krew chorych na błonicy, znalazł powiększoną ilość wielojądrowych leukocytów, oraz zmniejszenie limfocytów. Lecz gdy tylko sprawa miała się ku lepszemu, stosunek ten ulegał zmianie, ilość wielojądrowych zmniejszała się, jednojądrowe natomiast rosły w liczbie.

Morse (13) znajdował u dzieci w błonicy (30 przypadków) znaczną hyperleukocytozę. Autor upatruje pewną zależność tego zjawiska z występowaniem i znikaniem nalotów. Przypadki septyczne ze znacznym obrzękiem gruczołów cechowały się wybitną hyperleukocytozą, chociaż pojedyncze lekkie przypadki bez obrzęku gruczołów, dawały również dosyć znaczną leukocytozę we krwi. Wzrost białych ciałek krwi odbywał się na poczet wielojądrowych.

Ewing (14) na podstawie swych spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że błonica przebiega ze znaczną leukocytozą. Wzrost liczby białych ciałek krwi zaczyna się szybko po zakażeniu i występuje wcześniej u osobników osłabionych i w przypadkach niezwykle ciężkich. U zdrowiejących ilość leukocytów zmniejsza się stopniowo. W przypadkach śmiertelnych leukocytoza utrzymywała się na wysokim poziomie aż do samej śmierci. Wogóle wzrost liczby leukocytów szedł równolegle do rozprzestrzenienia się sprawy miejscowej, lecz nie odpowiadał krzywej ciepłoty. Rokowania na podstawie ilości białych ciałek krwi nie można było stawiać.

I. S. Bilings (15) badał ilość białych ciałek krwi w błonicy, a także ilość czerwonych, hemoglobiny oraz rozróżniał i liczył oddzielne typy leukocytów. Wnioski tego autora są następujące:

1. W średnich i ciężkich przypadkach błonicy czerwone ciałka krwi zmniejszają się liczebnie, regeneracja idzie wolno.

2. Liczba białych ciałek wzrasta z wyjątkiem bardzo lekkich i bardzo ciężkich przypadków, najczęściej odpowiada ona sile zakażenia, chociaż krzywa nie biegnie równolegle do przebiegu choroby, ponieważ ilość leukocytów jeszcze przez szereg dni stoi powyżej normy, chociaż wszystkie objawy zapalne już poznikały. Pomiędzy białymi ciałkami krwi przeważają wielojądrowe.

3. Hemoglobina zmniejsza się w tym samym stosunku co i ilość czerwonych ciałek.
4. Kształtu czerwone ciała krwi nie zmieniają.
5. Badanie krwi w błonicy nie ma dużego znaczenia dla rokowania.

Gundobin (16) badał krew u 25 chorych na błonicę; lecz za podstawę swych wniosków przyjął tylko 16 z tych przypadków. Résumé jego pracy jest następujące: ilość białych ciałek krwi w błonicy, jeżeli jest pozbawione rozpoznawczego znaczenia, to jednakże nie jest bez wartości pod względem rokowania. W początkach choroby ilość białych ciałek krwi wskazuje do pewnego stopnia na stan ogólny chorego. W przebiegu choroby leukocytoza może być zwiastanem lub też towarzyszem tego lub owego powikłania choroby, chociaż zmiany miejscowe w błonicy nie zawsze odpowiadają stopniowi leukocytozy. W spostrzeżeniach swych zauważył autor, że przypadki błonicy ciężkiej, zakończone śmiercią, dawały przez cały ten czas prawie jednakową ilość leukocytów; w przypadkach lekkich hyperleukocytoza szybko zniknęła; przypadki średniej siły odznaczały się w swym przebiegu to powiększeniem, to zmniejszeniem ogólnej liczby białych ciałek krwi, przyczyny tego faktu nie zawsze mogły być objaśnione objawami miejscowymi, lub też ogólnym stanem ustroju. Autor ten nie upatruje przyczynowego związku pomiędzy ciepłotą w błonicy i stopniem leukocytozy. Spotykał on przypadki ciężkiej błonicy ze znaczną hyperleukocytozą i ciepłotą podnormalną, również jak i przypadki lekkie z nieznacznym powiększeniem ilości białych ciałek krwi, lecz z wysoką ciepłotą. Związek leukocytozy z gorączką spostrzegać się daje jedynie w początkach choroby, kiedy ciepłota i ilość białych ciałek wzrasta, a następnie w czasie zdrowienia, kiedy obie wielkości jednocześnie zmniejszają się. Krew jest wskaźnikiem odżywiania ustroju i stanu wewnętrznych jego narządów. Jeżeli jad błonicy wydziela się bez śladu — wtedy krew jest normalną. Jeżeli są jakie pozostałości jadu lub też pozostały jakie zmiany w narządach wewnętrznych przez jad ten wywołane, wtedy skład morfologiczny krwi ulega zmianie. Wzgląd ten trzeba zawsze mieć na uwadze w okresie zdrowienia po błonicy, gdzie liczba białych ciałek krwi, daje nam pewną wskazówkę, kiedy można uważać chorego za zupełnie wyleczonego. Hyperleukocytoza błonicza, utrzymuje Gundobin, powstaje głównie wskutek wzrostu liczby absolutnej komórek neutrofilowych. Liczba procentowa tych ostatnich jest również powiększoną; ilość zaś limfocytów zmniejsza się. W okresie zdrowienia tak wzglę-

dna jako też i bezwzględna liczba neutrofilów zmniejsza się, natomiast liczba limfocytów wzrasta.

Raginsky (17) w referacie swym na XII Międzynarodowym Zjeździe Lekarskim w Moskwie, oraz w monografii swej o błonicy (18) wypowiada się mniej lub więcej w myśl wyżej przytoczonych autorów.

Filé (19) utrzymuje, że każde zakażenie błonice cechuje się w początkach leukocytozą; stopień tej leukocytozy odpowiada natężeniu samej choroby; w przypadkach, przebiegających pomyślnie, leukocytoza zmniejsza się z nastaniem zdrowienia, gdy tymczasem w przypadkach z zejściem śmiertelnym trwa aż do końca. Równolegle do natężenia sprawy chorobowej rośnie i liczba wielojądrowych leukocytów; eozynofile znikają zupełnie; przy powolnym przebiegu choroby w czasie zdrowienia ilość jednojądrowych zawsze jest zwiększoną, jako rezultat nowotworzenia.

Haze (20) badał ilość białych ciałek krwi oraz oddzielne ich typy (podług Uskowa) w pięciu przypadkach błonicy, nie leczonych wstrzykiwaniami surowicy. Autor przychodzi do wniosku, że stopień leukocytozy w początkach choroby nie odpowiada ciężkości przypadku i dla rokowania znaczenia nie ma. Z poprawą stanu chorego ogólna liczba białych ciałek krwi zmniejsza się, młode elementy rosną w liczbę, przejrzale zaś zmniejszają się. Gdy stan chorego pogarsza się widzimy zjawisko odwrotne. O ile przypadek jest lżejszy, tem prędzej morfologiczny skład krwi powraca do stanu normalnego.

E. Schlesinger (21) twierdzi, że błonicy u ludzi towarzyszy mniej lub też więcej wydatna leukocytoza. Z 24 przypadków błonicy, spostrzeganych przez tego autora w szpitalu Fryderyka w Berlinie w 21 skonstatowano powiększenie ilości leukocytów. Autor nie może oznaczyć ścisłego związku pomiędzy wiekiem, budową ciała, ciepłotą, a stopniem leukocytozy. Przy pomyślnym przebiegu i wyniku choroby spostrzegano zmniejszenie się hyperleukocytozy, gdy, zaś zejście było niepomyślne hyperleukocytoza nie zmniejszała się.

Włajew (22) zbadał około 134 przypadków błonicy w Elisawetyńskiej klinice chorób dzieci, z liczby tej ściśle badania przeprowadził nad 50 leczonymi surowicą i nad 30 nieleczonymi. Ilość leukocytów u chorych, których stan nie budzi już żadnej nadziei przewyższała cyfrę 30.000, w przypadkach ciężkich liczba ta wahała się pomiędzy 20.000 i 30.000, nieco lżejszych od 15.000—20.000 wreszcie w lekkich przypadkach od 10.000—15.000. Ze spostrzeżeń Włajewa widać, że liczba białych ciałek krwi w miarę pogorszenia wzrasta, w ten więc sposób leukocytoza może być wskaźnikiem stopnia ciężkości choroby i u chorych, gdzie liczba ta dosięga 30.000

zejście śmiertelne jest prawie nieuniknione. U chorych zdrowiejących ilość białych ciałek krwi zmniejszała się stopniowo, by wreszcie dojść do normy.

Przejrzawszy w ten sposób cały dorobek naukowy w tej kwestyi widzimy to, o czem już wyżej wspominaliśmy, że badacze główną uwagę zwracali na ilość białych ciałek krwi, i że niektórzy tylko z nich i w innym kierunku krew badali.

Jeżeli zechcemy streścić w krótkich słowach wyniki wszystkich wyżej wspomnianych prac, to wnioski będziemy mogli zrobić następujące:

1. Błonica przebiega z mniej lub więcej wyraźną hyperleukocytozą.
2. Zmiany w ilości białych ciałek krwi nie zależą od wieku i budowy ciała chorego.
3. Hyperleukocytoza nie stoi w związku z podwyższeniem i przebiegiem ciepłoty ciała.
4. Leukocytoza nie zupełnie zależy od ciężkości przypadków.
5. Hyperleukocytoza w przypadkach pomyślnych znika z zakończeniem sprawy błoniczej, natomiast w przypadkach śmiertelnych trwa aż do śmierci.
6. Ilość czerwonych ciałek krwi zmniejsza się (Bouchut, Dubrisay, Gilbert, Billings) natomiast kształt ich oraz zabarwienie zmianom nie podlegają.
7. Ilość hemoglobiny zmniejsza się (Billings).
8. Ciężar gatunkowy krwi powiększa się (Felsenthal i Bernhardt, Grawitz).
9. Ilość wielojądrowych leukocytów wzrasta znacznie w porównaniu z normą.
10. Ilość eozynofiliów jest zmniejszona, niekiedy znikają one z krwi zupełnie.

Jeżeli zastanowimy się obecnie nad kwestyą czy badanie krwi w błonicy ma pewne znaczenie dyagnostyczne i prognostyczne, to zdaje się, że na podstawie dotychczasowych badań i spostrzeżeń znaczenia dyagnostycznego badaniu krwi odmówić musimy.

Inaczej rzecz się z ma wartością tej metody badania dla celów prognostycznych. Niektórzy badacze jak prof. Gundobin, Waldstein, Gabryczewski, Włajew zaznaczają wyraźnie jej znaczenie dla prognozy w błonicy.

Podług mego zdania dla rozstrzygnięcia podobnych pytań badania kliniczne powinny być koniecznie poparte i uzupełniane przez

doświadczenia nad zwierzętami, gdzie i dawka jadu i czas zakażenia mogą być ściśle i dokładnie oznaczone.

Jedynie na tej drodze możemy dojść do wyników pewnych i niezachwianych.

## L i t e r a t u r a .

1. Bouchut. De la leucocytémie aigue dans la résorption diphtérique. Gazette Médicale de Paris. 1868, Nr. 25.
2. Bouchut et Dubroisay. Leucocytose dans la diphtherie. Compt. Rend. de l'Academ. de Sc. 1877. T. 85.
3. Bouchut. De la leucocythemie aigue causée par la diphtérite. Gazette des hopitaux. 1879. Nr. 20.
4. Gilbert. Traité de Méd. Charcot, Bouchard, Brissaud. 1892. T. II.
5. H. Péé. Untersuchungen ueber Leucocytose. In. Diss. Berlin. 1890.
6. Rieder. Beiträge zur Kenntniss der Leucocytose und verwandter Zustände des Blutes. Leipzig. 1892.
7. v. Limbeck. Grundriss der klinischen Pathologie des Blutes. Iena 1892.
8. Felsenthal. Hämatologische Mitteilungen Archiv. f. Kinderheilkunde. XV Bd. 1892. Heft I i II.
9. Gabryczewski. Du role des leucocytes dans l'infection diphtérique. Annales de l'Inst. Pasteur. Nr. 10. 1894.
10. Felsenthal i Bernhard. Zur Kenntniss des specifischen Blutgewichtes kranker Kinder. Archiv. f. Kinder heilk. 1894. Bd. XVII.
11. Gravit. Klinisch-experimentelle Blutuntersuchungen. Zeitschrift f. Kl. Med. 1893.
12. Waldstein. Beobachtungen an Leucocyten sowie uber einige therapeutische Versuche i t. d. Berl. Kl. Woch. 1895.
13. Morse. A clinical and experimental study of the leucocytosis of diphtheria. Boston med. and. surg. Journ. March. 7. 1895.
14. I. Ewing. The leucocytosis of diphtheria under the influence of serum therapie. New-York. Medic. Journal. 1895. August 10 and 17.
15. Billings. The blood corpuscles in diphtheria with especial reference to the effect produced upon them by the antitoxin of diphtheria. Medical Record. 1896. April 25.
16. Gundobin. Kliniczskoje znaczenie lejkocitoza pri difteriji. Bolnicznaja Gazeta Botkina. 1897. Nr. 10—11.
17. Baginsky. Uber Veränderungen des Blutes in Krankheitszuständen des kindlichen Alters. Compt. Rend. du XII. Congres International de Médecine. Moscou. 1897.
18. Baginsky. Die Diphtherie. Nothnagel's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie 1897.
19. Filé. La leucocitosi nella infesione difteritica con speciale riguardo alla sieroterapia. Lo sperimentale. 1896.
20. Haze. K morfologii krwi pri difteriji w zawisimosti ot leczenija protivodifterijnoj syworotkoj. Diss. Petersburg. 1898.



21. E. Schlesinger. Die leucocytose bei Diphtherie Archiv. f. Kinderheil k. Bd. XIX. 1896.

22. Włajew. K woprosu o leczeniu karbolizowanej i niekarbolizowanej protiwodifteryjnoj syworotkoj. Wojenno-Med. Żurnał. 1896.

---

## II. PRZYCZYNEK

do

# KAZUISTYKI RAN POSTRZAŁOWYCH ŻOŁĄDKA.

(Odczyt wygłoszony na XI Zjeździe Chirurgów Polskich w Krakowie).

PODAŁ

*Aleksander Zawadzki.*

*(Ciąg dalszy).*

Doświadczenia podjęte na psach przez Klemm'a 31) dowiodły, że „buchon muqueux“ rzeczywiście istnieje, dość jednak słabych ruchów robaczkowych trzewiów, by zawartość ich przedostała się do jamy otrzewny; takżę wynik dawał nawet lekki ucisk na trzewia. Estor 37), zabarwiając pokarm podawany zwierzętom przed zadaniem rany, mógł dokładnie stwierdzić obecność kału w jamie otrzewny i spostrzegać sposób przedostawania się. Tenżę autor słusznie zauważył, że błona śluzowa, wyciuwując się przez dziurę w ścianie кишки, nie może sprzyjać gojeniu się tej dziury i że Reclus w tym względzie jest niekonsekwentny. Podobne do wyżej cytowanych doświadczenia na psach, podjęte przez Chaput 38), stanowczo dowodzą wyższości, a nawet konieczności leczenia operacyjnego.

Co do wielkości dziur wobec ran rewolwerowych i ran z broni małego kalibru, Klemm również zaoponował i wskazał niektóre warunki tworzenia się mniejszych; lub większych dziur na zasadzie własnych doświadczeń. Odnośne prace Bogdanika 39) z Białej i Habart'a 40) z Wiednia w zasadzie stwierdzają to samo. Najślabszym punktem w dowodzeniach Reclus'a są wskazania do wdania się operacyjnego (prócz krwotoku). Wypadnięcie organu przy ranach postrzałowych jest objawem niezmiernie rzadkim (na 30 spostrzeżeń Mac Cormac'a 13) tylko w jednym) wczesne stwierdzenie obecności gazów, lub kału w jamie otrzewny [zmniejszenie stłumienia w okolicy wątroby (Bryant 41)] jest bardzo trudne; wyczekiwanie zaś objawów zapalenia otrzewny, bodaj czy dopuszczalne, wobec da-

nych, jakie przedstawia nam dzisiejsza statystyka, że 1) wcześniej wykonana operacja daje lepsze wyniki, że 2) laparotomia późniejsza wobec tworzących się zrostów daje większe techniczne trudności i niebezpieczeństwo. Wszystko to razem wzięte dowodzi, jak zmienne są objawy przedziurawienia, staje się przeto niezmiernie trudnem do wyrokowania, jakie przypadki można leczyć wyczekująco, a jakie—trzeba operacyjnie. Nieomylnych dowodów przedziurawienia dostarczyć może tylko laparotomia, lub badanie pośmiertne.

Seun 42) w 1888 r. podał swój sposób rozpoznawania przedziurawień. Sposób ten dawał autorowi wyniki rozpoznawcze dobre, chorzy jednak umierali wskutek zapalenia otrzewny; uległ też ten sposób ostrej krytyce ze strony Morton'a 51), Dalton'a 43) i Coley'a 7). Kol. Karczewski 24) nie potępia tej metody, a jednak przy wdmuchaniu wodoru przez prostnicę przemieszczamy pętlę kiszek, a powodując jednocześnie choćby minimalne wychodzenie zawartości z kanału pokarmowego do jamy otrzewny—dajemy warunki sprzyjające zakażeniu większej jej powierzchni.

Już w 1883 roku, t. j. wkrótce po operacji Mariona Sims'a, Kocher 44) stanowczo orzekł, że przypadki samoistnego wyleczenia po przedziurawieniu żołądka mogą być zaliczone do niezmiernie rzadkich i że należy zawsze czynnie występować wobec ran postrzałowych brzucha; tę samą uwagę zrobił Mikulicz na zjeździe w Magdeburgu w 1885 r.

Stronnicstwo czynnego chirurgicznego postępowania liczy w swoich szeregach prócz wymienionych Trélat'a, Labbé, Mac Cormac'a, Chauvel'a, Terrier'a, Quenn, Peyrot'a, König'a, Bramann'a, Guert'a, Postempskiego, Nemetti, Senn'a, Bernays'a, Körte, Stegler'a, Jalaguier'a, który o tem tak mówi: Aujourd'hui l'accord est fait et, à part de très rares exceptions nous considérons, que la laparotomie immediate et non seulement justifié mais formellement indiquée pour tous les cas de plaie pénétrante de l'abdomen. C'est la conclusion à laquelle j'arrivais il y a sept ans dans la première édition de cet ouvrage; il me paraît inutile de reproduire arguments à cette époque avec les partisans de l'intervention. La question n'est plus guère discutée. Seuls Berger et Reclus, tout en étendant de plus en plus les indications opératoires demandent encore, qu'on attende pour qu'il soit. Mais Reclus lui même tend à devenir interventioniste (voyez traitée thérapeutique chirurgical 2 édition 1898 t. II, p. 633 Emil Forgue et Paul Reclus). Tyle mówi Jalaguier w podręczniku

chirurgii, wydawanej pod redakcją Reclus'a i Duplay'a w roku 1900.

W naszej literaturze po stronie czynnego występowania wypowiedzieli się, Gabszewicz 45) Adam Przyborowski 46), Mikulicz 48), Obaliński 47), Karczewski 24), Schroeter 49).

Tyle co do ran postrzałowych brzucha wogóle. Co do uszkodzeń kiszek, lub żołądka przy ranach postrzałowych brzucha przytoczę następujące cyfry. Siegel 10) podaje pewność zranienia trzewiów 30:1 lub 100:1,5, Nussbaum 6) na 1086 p. ran brzucha—79 razy żołądek, 635 kiszki, 173 wątroba, 29 śledziona, 5 trzustka, 78 nerki, 54 naczynia. Fischer 5) 60: 9% kiszki, 16% wątroba, 2,7% śledziona, 7,4% żołądek, 0,4% trzustka. Klemm 33) na 1600 p. ran brzucha tylko 33 bez uszkodzeń narządów wewnętrznych (badań pośmiertnych tylko w 3 przyp. dokonano). M. Cormac 13) na 30 laparotomii tylko 2 razy nie znalazł uszkodzeń. Reclus i Nogues 11) na 123 p.—17 bez uszkodzeń, Adler 23) na 154 p.—11 bez uszkodzeń. Lühe 9) na 191 p.—tylko 21 bez uszkodzeń trzewiów, w tych 21 jednak w 15 przypadkach uszkodzone były inne narządy brzuszne. Durosselle 19) na 155 p.—5 bez uszkodzeń trzewiów. O tem, które z tych ran są niebezpieczniejsze, czy żołądka, czy kiszek, trudno coś powiedzieć, wiadomo tylko, że grube kiszki zazwyczaj dają lepsze rokowanie (kał zbity).

Dawna statystyka Otis'a 4) podaje 99. 2% śmiertelności dla ran postrzałowych żołądka. Pezey podaje 75%. Reclus obliczał przy leczeniu zachowawczem 25%, cyfrę tę jednak otrzymał, naginając dane statystyczne do swoich celów. Jak już wyżej zaznaczyłem, i teoria jego i taki sposób korzystania ze statystyki uległy ostrej krytyce. Dzisiaj kwestyę tę rozpatrywać należy nieco inaczej: z każdym rokiem technika chirurgiczna posuwa się naprzód i te błędy, które dawniej czyniły samą laparotomię omal że równie niebezpieczną, jak rana postrzałowa brzucha, nie istnieją. Dlatego też cyfry z rozmaitych lat zebrane nie mogą nas przekonać i dać nam wskazówkę, jak należy postępować obecnie.

Jedno tylko mogę powiedzieć: znam prawie całą literaturę ran postrzałowych żołądka—w ostatnich czasach: leczone na drodze operacyjnej, dają one bardzo małą odsetkę śmiertelności.

Literaturę ran postrzałowych żołądka zebrał i opracował do 1894 roku Schroeter 49), od 1894—do końca 1898—Kukula 25), razem zebrał przypadków 87 (67 Schroeter, 20 Kukula) z tych—operowanych było 45.

Niepowikłanych ran postrzałowych żołądka operowanych było 12, tylko 2 cum exitu letali (16%). Z pomiędzy 38 operowanych chorych, u których prócz żołądka uszkodzone były i inne narządy, umarło 20 (60%). Z pomiędzy 5 nieoperowanych, którzy mieli rany postrzałowe żołądka bez powikłań, umarło 4-ech, również umarło 15 nieoperowanych z ranami postrzałowymi żołądka powikłaniami, 22 z takimi ranami wyzdrowiało bez operacji. W tych 22 przypadkach trudno twierdzić z całą pewnością, że żołądek był przestrzelony. A zatem, z pośród 42 nieoperowanych umarło 20 (47%), z pośród 45 operowanych umarło 22 (48%). Jeżeli jednak statystykę tę rozpatrywać z innej strony, t. j. wziąć pod uwagę, kiedy chorzy byli operowani, wówczas okaże się, że wcześniej wykonana operacja dawała lepsze wyniki: na 25 chorych operowanych przed 6-ma godzinami zmarło 6, z 14 operowanych później—10. Te 6 przypadków śmierci to: 1) Senn'a 50) 78 letni starzec, 2) Mackie's'a 50) peritonitis septica, 3) Morton'a 51)—śmierć po 6 godz. wskutek shock'u z powodu krwawienia art. intercostalis, 4) Bolles'a 25)—w 4 g. mors—shock, 5) Murph'y'ego 25)—nie wiadomo dlaczego, 6) Trachtenberg'a 25)

—anemia po zranieniu płuc i wątroby.

Siegel 10) podaje takie odsetki śmiertelności:

operacja przed 4-ma godz.	15%
od 5—8 „	44,4%
po 9—12 „	65,6%
później	70%

Adler 23)—operacja w ciągu 5 g.—18% śmiertelności.

Dörfler 18)—po 5 godzinach 50% śmiertelności, po 12 godzinach 70,3%.

Z drugiej strony, inne cyfry dają zabiegi, wykonane przed 1890 rokiem, inne—później. Z 6 operowanych z niepowikłaniami postrzałowymi ranami żołądka przed 1890 r. umarło 2, z 6 takichże po 1890 roku—żaden; z pomiędzy 12 z powikłaniami ranami umarło przed 1890 r.—11-tu, z 23 po 1890 r.—tylko 9-ciu. Następnie, 2 razy tylko wśród tych przypadków (Schroeter i Kukul'a) zauważono krwistki, zatykające otwory postrzałowe, w żadnym „bouchon muqueux“. Z pomiędzy 21 dobrze spostrzeganych przypadków w 14—zauważono zawartość żołądka, lub kiszek w jamie otrzewny.

Tyle ze statystyki. Co do charakteru ran i Schroeter i Kukul'a dochodzą do wniosków, że na wielkość uszkodzeń nie wpływa kaliber broni do tyła, byśmy mieli prawo spodziewać się po małym kalibrze broni—niewielkiego uszkodzenia. Doświadczenia, robione w tym kierunku, pokazały że kula 6 mm. z floweru przy słabym

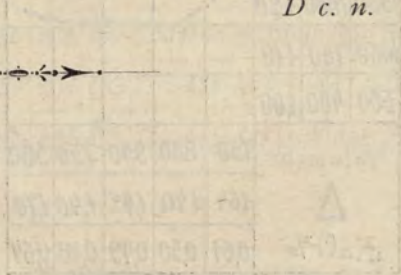
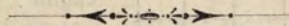
ładunku może dać i więcej dziur i większe, niż 8 mm. ze stalowym pancerzem (nowa broń). To samo można powiedzieć i o kierunku postrzału: znając z opowieści kierunek postrzału, trudno wnioskować z całą pewnością, co może być uszkodzone, o tem miałem sposobność przekonać się w moim i kol. Solm ana przypadku.

Według Coley'a 7) jedna kula daje przeciętnie 5,4 dziur, Senn 15) pisze, że kula, uderzająca wprost z przodu ku tyłowi, daje najwyżej 4 dziury, skośnie—14—16. W ścianach postrzelonego żołądka znajdowano zazwyczaj jedną, lub dwie dziury, albo też podłużną jedną dziurę, wskutek tego, że kula szła w kierunku prawie stycznej.

Dla rokowania wobec ran postrzałowych żołądka podaje Schroeter następujące dane. *Przypadki łejsze*: żołądek zdrowy, pusty, rana mała, zdala od krzywizn, wpustu lub wypustu, skośnie przebiecie ściany, obrażenie samego tylko żołądka. *Ciężkie przypadki*: żołądek chory, napęczniony, rana duża, obrażenie krzywizn, wpustu lub wypustu, obrażenie jeszcze innych narządów. Do schematu badania klinicznego takich chorych, podanego przez Schroeter'a, dodaje Kukula żądanie badania bakteriologicznego zawartości żołądka, tem bardziej, że w żołądku rozmaici autorowie znajdowali najrozmaitsze rodzaje drobnoustrojów, mogących, niewątpliwie, wywołać ropne, lub gnilne zapalenie otrzewny (Rosenheim 52)—staph. pyog. aureus, proteus vulgaris, Abelous—bac. lactis aërogenes i t. d.).

Kukula w 2 badanych swoich przypadkach znalazł bac. lactis aërogenes (u królików wywołuje—peritonitis—mors). Do tego trzeba dodać zarazki, które zazwyczaj dostają się do rany postrzałowej ze strzępkami ubrania, z kulą i z powierzchni skóry (Karliński 53), Kayser 54). Dlatego też rany te należy leczyć, jako otwarte.

D c. n.



III. Z Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej prof. A. Szezerbakowa  
w szpitalu Dz. Jezus.

## KRYOSKOPIA

i zastosowanie jej

### w chorobach serca i nerek.

Podał

*Dr Szesław Otto.*

Ordynator Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej U. W.

(Ciąg dalszy).

Na tablicy fig. 5 przedstawione są krzywe chorej lat 39 z całkowitą dyskompensacją serca. W okresie spostrzeżenia objawy duszności, które

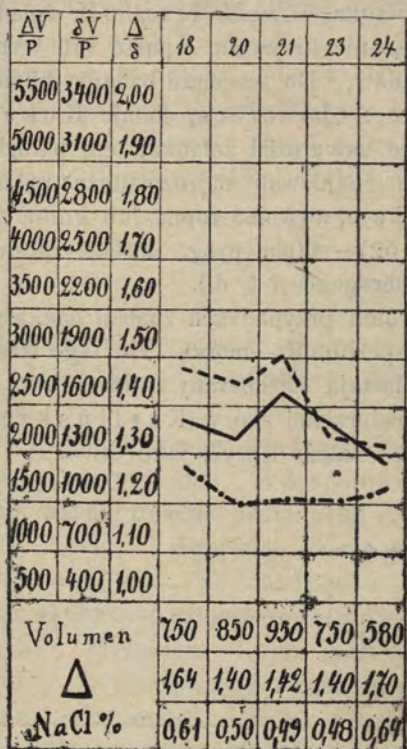


Fig. 5.

pierwotnie dokuczały, znacznie się zmniejszyły. Niemiarowość tętna i ból w okolicy serca zjawiały się napadami. Obrzęki nóg dość znaczne, ascites, rozedma płuc w słabym stopniu; granice serca powiększone w wymiarze poprzecznym, szmer skurczowy u wierzchołka, tony głucho; tętno małe, nierówne, nieprawidłowe; w moczu białka ani elementów nerkowych nie znaleziono. Badanie kryoskopowe moczu 18. XI 1901 i następujących dni wykazuje zmniejszenie  $\frac{V\Delta}{P}$  i  $\frac{\Delta}{\delta}$ , gdy  $\frac{\delta V}{P}$  w granicach normy.

W danym przypadku widzimy, że kryoskopia moczu i klinika są z sobą w zupełnej zgodzie. Bywają jednakże przypadki, gdzie nie spostrzegamy żadnych zaburzeń w czynności serca a tymczasem kryo-

skopia uwydatnia je nadzwyczaj wybitnie. Na tablicy fig. 6 przedstawione są krzywe kryoskopowe moczu chorego, lat 43, który przy-

był do kliniki z objawami osłabionej czynności serca: osłabienie i zawroty głowy przy chodzeniu, łamanie w kościach, nieznaczny bolesny obrzęk prawego kolana, obrzęki nóg, ból w lewym łokciu i stawie barkowym; kaszel napadami, flegmy mało; przed kilku laty przechodził ostry gościec stawowy. Badanie przedmiotowe wykazuje, nieznaczną rozemę płuc i rżenia suche; granice serca powiększone w wymiarze poprzecznym, od czasu do czasu niemiarowość tętna, szmer

Grudzień 1901 r.

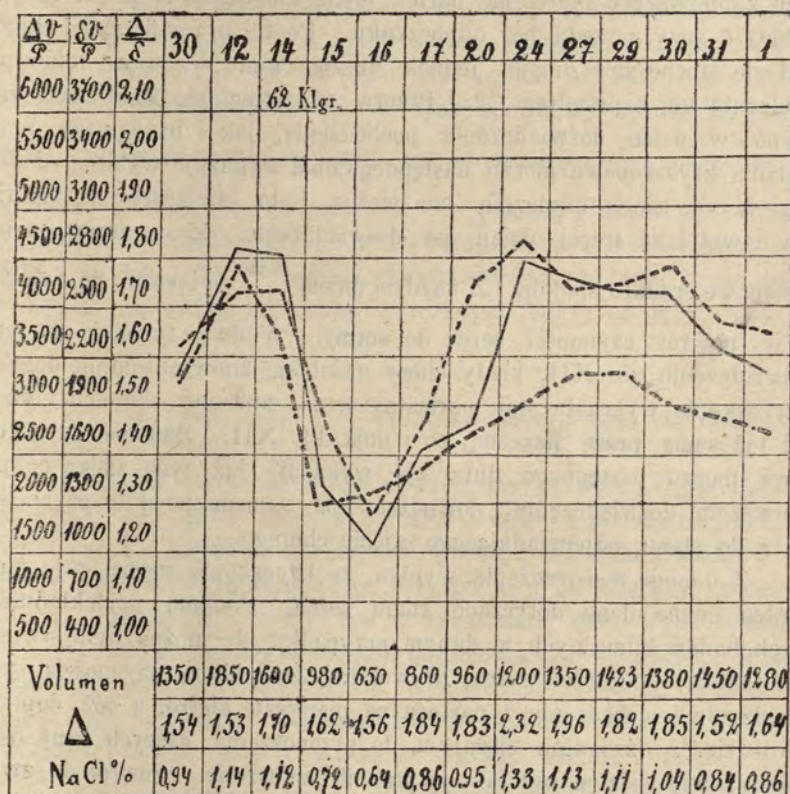


Fig. 6.

skurczowy u wierzchołka, drugi ton tętnicy płucnej wzmożony, tony serca głuche; tętno małe, nieprawidłowe, nierówne; wątroba powiększona, bolesna przy ucisku; w moczu ślady białka, elementów nerkowych nie znaleziono. Zalecono choremu naparstnicę. Badanie moczu kryoskopem dnia 30. XI. 1901, wykazuje niedostateczność mięśnia ser-

cowego: małe znaczenie  $\frac{V\Delta}{P}$  i  $\frac{\Delta}{\delta}$  przy stosunkowo dużym  $\frac{\delta V}{P}$ . Po trzech tygodniach pobytu w klinice na sercowych środkach w ustawicznym leżeniu chory czuł się natyle dobrze, że prosił o wypisanie ze szpitala. Klinicznie stwierdzono całkowitą kompensację serca, a kryoskopowe badanie moczu potwierdziło spostrzeżenie kliniczne. Chcąc jednak przekonać się, czy leczenie było dostateczne i czy serce zdolne jest wypełniać pracę odpowiednio do zajęć chorego, zrobiłem 14. XII następujące doświadczenie: kazałem choremu zejść i wejść po schodach z pierwszego piętra na parter (dwie kondygnacye po 17 stopni każda) 6 razy z rzędu bez odpoczynku. Po tej pracy fizycznej chory czuł się trochę zmęczonym, jednak duszności nie odczuwał; tętno po chodzeniu 96, a przedtem 72. Przerw w tętnie nie zauważono zarówno w dzień doświadczenia pochodzenia, jak i następnego dnia. Badanie kryoskopowe moczu następnego dnia wykazuje wybitną niedomogę serca, której klinicznie nie można było stwierdzić; występuje ona nawet i na trzeci dzień po doświadczeniu. Zastosowano znów nasercowe środki i spokój. Z każdym dniem  $\frac{V\Delta}{P}$  zwiększa się, wskazując powrót czynności serca do normy. W dwa tygodnie po tem doświadczeniu 29. XII, kiedy chory uczuł się znów absolutnie dobrze i kryoskopia wykazała stan normalny serca, zalecono choremu wykonać też samą pracę fizyczną, co i dnia 14. XII. Badanie kryoskopowe moczu następnego dnia nie wykazuje już tych zmian co po pierwszym doświadczeniu, dowodząc tem samym powrotu czynności serca do stanu, odpowiadającego zajęciu chorego.

Z danego spostrzeżenia wynika, że kryoskopia moczu daje nam bardzo cenne dane dotyczące stanu serca. Pomimo najdokładniejszych badań klinicznych w danym przypadku nie można było stwierdzić niedostateczności serca, wywołanej tak błahą czynnością, jak schodzenie i wchodzenie z parteru na pierwsze piętro, a cóż dopiero powiedzieć o dźwiganiu ciężarów, do przenoszenia których dany osobnik prawie codziennie był jako wyrobnik zmuszony. Powrót do zwykłego trybu życia dnia 16. XII wywołałby napewno daleko cięższe niż chodzenie po schodach zaburzenia w czynności serca, tak widocznie ujawnione kryoskopowem badaniem moczu. Jeżeli tego rodzaju spostrzeżenia będziemy stosować zawsze u chorych sercowych, to napewno będziemy w możności ustrzedz ich od ciężkich zaburzeń sercowych, które odkrywa kryoskopia moczu przy braku wszelkich wskazówek ze strony najdokłaźniejszego badania klinicznego.

Streszczając w krótkości spostrzeżenia z badań kryoskopowych



moczu chorych cierpiących wyłącznie na serce, należy przyjść do wniosku, że zmniejszenie  $\frac{V\Delta}{P}$ , któremu towarzyszy także małe znaczenie  $\frac{\Delta}{\delta}$ , wykluczające cierpienie nerek, pozwala rozpoznawać niedomogę mięśnia sercowego. Samo tylko obniżenie znaczenia  $\frac{\Delta V}{P}$  nie pozwala jeszcze rozpoznawać niedomogi serca, kiedy  $\frac{\Delta}{\delta}$  jest większe niż to wymaga norma, wskazując przez to na pewne zajęcie nerek. I rzeczywiście, zauważono, że zmiany chorobowe w kłębkach jak krwotoki, zator i t. p., są w stanie wywołać mechaniczną przeszkodę w ich czynności tak samo, jak ogólne zwolnienie krwioobiegu, wywołane cierpieniem serca. W tych warunkach trudno za pomocą tylko kryoskopii moczu wyjaśnić powód zmniejszenia znaczenia  $\frac{\Delta V}{P}$ ; spostrzeżenie kliniczne przychodzi tu z pomocą i rozstrzyga kwestyę. Najważniejsze jednak znaczenie kryoskopii moczu w chorobach serca polega na tem, że tam, gdzie najsumienniejsze badanie kliniczne nie wykazuje niedomogi sercowej, kryoskopia odkrywa ją bardzo wyraźnie.

Przechodzimy teraz do kryoskopii moczu chorych, cierpiących wyłącznie na nerki.

Czynność nerek może być upośledzoną wskutek zajęcia kłębków, nabłonka, kanalików moczowych, albo też wskutek zajęcia obu tych części nerek współcześnie. Zajęcie sprawą patologiczną każdej z tych części nerek łatwo można odkryć przy pomocy badania kryoskopowego moczu. Podług K o r a n y i'ego w kanalikach moczowych następuje wymiana soli kuchennej na związku bezchlorowe, znajdujące się w krwi. Jeżeli nabłonek jest uszkodzony, wymiana nie może iść prawidłowo: mniej soli kuchennej wchłania się do krwi i mniej niż normalnie związków bezchlorowych wydziela się ze krwi do moczu. Dlatego też dla ogólnej ilości cząsteczek  $\frac{\Delta V}{P}$ , wydzielonych przez kłębki,

ilość cząsteczek toksycznych  $\frac{\delta V}{P}$  jest znacznie mniejsza od normy, wskutek czego i  $\frac{\Delta}{\delta}$  musi się zwiększyć. Jeżeli będą uszkodzone same tylko kłębki, a nabłonek wcale nie uszkodzony, lub też w bardzo nieznacznym stopniu, to zmiany w kłębkach w zależności od wypełnianej czynności odbijają się na wydzielaniu wody i soli kuchennej,

inaczej powiedziawszy, uszkodzenie ich zmniejszy ogólną ilość cząsteczek na 1 kilogram wagi,  $\frac{\Delta V}{P}$  zmniejszy się znacznie,  $\frac{V\delta}{P}$  pozostanie bez zmiany lub trochę niżej od normy, a  $\frac{\Delta}{\delta}$  będzie w granicach normy.

Zmniejszenie się  $\frac{\Delta V}{P}$  dowodzi istnienia przeszkody w wydzieleniu przez kłębki wody i NaCl i może zależeć nie tylko od zmian patologicznych w samych kłębkach, ale i od zastojów krwi, wywołanego przez niedomogę sercową. Dwa te cierpienia wywierają identyczny wpływ na części składowe moczu. Małe zatem znaczenie formuły  $\frac{V\Delta}{P}$  oznacza nieprzepuszczalność kłębków (wskutek zmian w nich samych lub też wskutek zastojów krwi), małe znaczenie formuły  $\frac{\delta V}{P}$  oznacza niedostateczną czynność nabłonka kanalików moczowych. Zamiast przyjętych za normę 1900—2500 cząsteczek toksycznych na 1 kilogram wagi, otrzymujemy tutaj, w zależności od uszkodzenia nabłonka, liczby bardzo niskie 1000, 500, lub mniej.  $\frac{V\delta}{P}$  oznacza stopień oczyszczenia ustroju z substancji trujących i jeżeli w przebiegu choroby spostrzegamy kilka dni z rzędu, że  $\frac{\delta V}{P} = 500$  lub mało co więcej, rokowanie prawie zawsze złe.

Zwiększenie  $\frac{\Delta}{\delta}$  ponad normę, właściwą dla ogólnej ilości cząsteczek na 1 kilogram wagi ( $\frac{V\Delta}{P}$ ), oznacza pewną przeszkodę w wymianie cząsteczek i wskutek tego stosunkową nieprzepuszczalność nabłonka kanalików moczowych. Jeżeli, np. przy  $\frac{\Delta V}{P} = 3100$ ,  $\frac{\Delta}{\delta} = 1.80$ , to  $\frac{\Delta}{\delta}$  w danym razie oznacza, że przy ogólnej normalnej diurezie 3100, nabłonek kanalików moczowych jest niedostatecznie przepuszczalny.

W ostrych zapaleniach nerek, wywołanych przez choroby zakaźne, badania kryoskopowe moczu nie dają tak cennych wyników, jak w przebiegu przewlekłym i podostym. Zapalenia nerek pierwszej kategorii są wynikiem ogólnego zakażenia ustroju, i cechy kryoskopowe, właściwe dla moczu takich chorych schodzą do minimum, ustępując miejsca cechom więcej właściwym niedomodze serca. Ostro

cierpienie nerek po przebyciu chorób zakaźnych już daje obraz kryoskopowy moczu właściwy ogólnie zapaleniom nerek.

Na tablicy fig. Nr. 7 przedstawione są krzywe 18-o letniego chłopca, który przebył płonicę cztery tygodnie temu. Na 4 dni przed przybyciem do kliniki zauważył krew w moczu, lecz nie zwracał na to uwagi i dalej pracował (szewc). Dnia 15 października 1901 r. pojawił się obrzęk twarzy i kończyn dolnych, ból w pasie; dnia

Październik 1901 r.

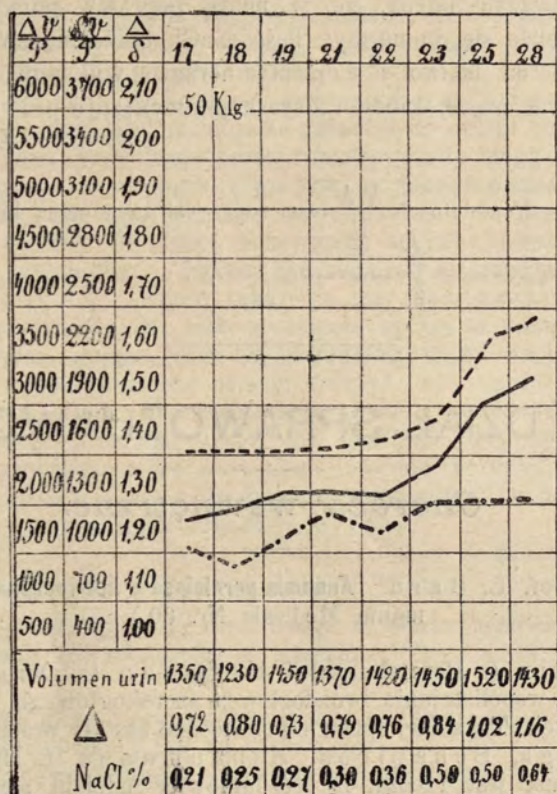


Fig. 7.

16-go przybył do kliniki. Badanie nie wykryło zmian w narządach wewnętrznych; tętno napięte, drugi ton tętnicy głównej wzmożony, w moczu białko (2%), krew, wałki nabłonkowe i gruboziarniste. Badanie kryoskopowe wykazuje, że u danego osobnika zajęte są kłębki. Przy ilości moczu 1350 c. sz., ilość ogólna cząsteczek na 1 kilogram wagi nie dosięga 2000, i przy obfitej diurezie dopiero 25. X dosięga normy (3000). Ilość cząsteczek tyk tysięcznych na 1 kilogram

wagi przez cały czas spostrzeżenia do 23. X prawie w granicach normy. Tem można objaśnić fakt, że przy tak małej ogólnej diurezie cząsteczkowej chory wcale nie cierpiał na bóle głowy. U tegoż chorego klinicznie nie stwierdzono zaburzeń w czynności serca, i małe znaczenie  $\frac{\Delta}{\delta}$ , odpowiadające ogólnej diurezie cząsteczkowej  $\frac{V\Delta}{P}$ , objaśnia dostateczną stosunkowo czynność nabłonka kanalików moczowych do wymiany soli kuchennej na związki toksyczne. Od 25 do 28. X badania kryoskopowe moczu wykazują prawidłową czynność nerek. Zauważyć można, że w miarę poprawy punkt zamarzania moczu przybliży się do normy; ilość NaCl także się zwiększa. Badanie moczu na białko i elementy nerkowe wykazuje, że giną one w tym samym czasie, kiedy i kryoskopia wykazuje prawidłową czynność nerek.

*D. c. n.*

*Uwaga.* Na tablicach  $\frac{V\Delta}{P}$  oznaczone jest za pomocą krzywej ———,  $\frac{\delta V}{P}$  za pomocą - - - - - , a  $\frac{\Delta}{\delta}$  - - - - -

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### *Choroby wewnętrzne.*

305. Prof. L. Bard. **Anaemia perniciosa e botriocephalo.** (La Semaine Médicale Nr. 30.)

Botkin (z Petersburga) i Hofmann (z Dorpatu) pierwsi wskazali na współistnienie brzożdglowca szerokogłowego i niedokrewności złośliwej. Tej samej sprawie poświęcone zostały prace: Reyher'a, Runeberg'a, Schapiro'a, Schumann'a (z Helzyngforsu). Ogólnie znaną jest rzeczą, iż brzożdglowiec udziela się ludziom za pośrednictwem pewnych gatunków ryb, żyjących już to w wodzie słodkiej, już to w słonej, dlatego też najwięcej przypadków zarażenia zauważono w Szwajcaryi i na wybrzeżach Bałtyku.

Autor szczegółowo opisuje 2 własne przypadki. W jednym nastąpił szybki powrót do zdrowia wraz po usunięciu pasorzyta z organizmu. W drugim niewątpliwie pasorzyt był sprawcą niedokrewności, lecz środki przeciwpasorzytnicze skutku nie wywarły, albowiem uległ on był przedtem rozpadowi gnilnemu i wywołał zejście śmiertelne. Przyczynę złośliwości omawianego pasorzyta Schapiro i Delio upatrują w zatruciu organizmu ludzkiego substancjami wytwa-

rzającymi się w pasorzydzie podczas jego choroby, lub też po jego śmierci. Na potwierdzenie tego mniemania podają przypadki niedokrewności, w przebiegu których odchody zawierały jaja pasorzyta, a jego samego nie można było wypędzić zwykłymi środkami, nawet przy badaniu pośmiertnym nie znajdowano go w trzewach.

Schaumann i Tallquist zastrzykiwali psom produkty maceracji brzożdżogłowca w wodzie solonej i zauważyli zmiany jakościowe w czerwonych ciałkach krwi. W jednym przypadku z zejściem śmiertelnym po 15 dniach od zastrzyknięcia ilość czerwonych ciałek spadła z 7,200,000 do 3,400,000. Wilczur spostrzegł 12 przypadków niedokrewności złośliwej wyleczonej przez wypędzenie brzożdżogłowca; pasorzyty były albo martwe, rozłożone, albo co najmniej chore, ich jaja wykazywały znaczne zmiany, w jednym zaś przypadku robak był tak cuchnący, iż, pomimo maceracji w kwasie karbolowym, nie nadawał się do badania bardziej drobiazgowego. Odszukanie przyczyny bywa bardzo łatwym, dopóki pasorzyt nie uległ rozpadowi, lub nie został wygnany; w razie przeciwnym wywiady mogą naprowadzić na drogę istotną. Same zmiany we krwi w niedokrewności złośliwej, jak dotychczas, nie dają podstawy do odróżnienia tła pasorzytniczego od innych. Co zaś się tyczy rokowania, należy zawsze brać pod uwagę dane wywiadów. Trzeba być tem ostrożniejszym, im dłużej trwa niedokrewność, dawność zakażenia ma znaczenie podrzędniejsze. Chociaż na pierwszy rzut oka wydawało by się to paradoksalnem—rokowanie będzie gorsze, jeżeli nie znajdujemy w trzewach winowajcy choroby; gdy zaś udaje się nam go odkryć, rokowanie będzie stać w zależności od stanu zdrowotności, lub zmian patologicznych pasorzyta. Ostatecznie można polegać na skutkach od użycia środków przeciwpasorzytniczych: we wszystkich bowiem przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, polepszenie następowało bezpośrednio po zadaniu leku i wypędzeniu robaka.

St. Urban.

306. Alex. Mc Phedran. Uwagi o istocie bezkrwistości złośliwej (*anaemiae perniciosae*) i jej leczeniu. (The Lancet 1902 I).

Właściwa przyczyna bezkrwistości złośliwej jest również mało znaną w chwili obecnej, jak za czasów Biermera. W medycynie angielskiej rozpowszechnioną jest teoria samozatrucia z przewodu pokarmowego, którego wytwory działają, jakoby, niszcząco na krew żyły wrotnej.

Lekarze niemieccy przypuszczają istnienie toksyn, wpływających szkodliwie na narządy krwiotwórcze: przytaczają na dowód swej teorii zwiększoną ilość t. zw. myeloblastów we krwi i w szpiku kostnym. Zdaniem autora, przypuścić należy istnienie toksyn, które powodują zarazem rozpad krwi i nieprawidłowe wytwarzanie młodych krążków czerwonych. O istnieniu ogólnej przyczyny toksycznej świadczy nieprawidłowy w wysokim stopniu przebieg choroby z częstymi przestankami i obostrzeniami, nieprawidłowa gorączka, wymioty

i biegunka, zjawiające się od czasu do czasu. Ubóstwo krążków czerwonych jest tu tylko objawem, równorzędnym z innymi, nie zaś ich przyczyną. Dowodem tego jest stan ogólny chorego, znajdujący się częstokroć w rażącej sprzeczności z ilością czerwonych krążków. Autor przytacza przykład pewnego młynarza, który oddawał się uciążliwej pracy, mimo iż krew jego zawierała tylko 1 milion krążków krwi w 1 mm. sz. W innym przypadku przeciwnie, chory znajdował się w ciągłej śpiączce mimo względnie znacznej ilości 4 milionów krążków w 1 m. sz. Dowodem ogólnej przyczyny toksycznej jest również niezmiernie osłabienie ogólne, które występuje, zdaniem autora, jako najpierwszy objaw chorobowy, zanim jeszcze chory znacznie bleśnie, zanim się zjawia objawy dyspeptyczne. Dowodzi to, że ostatnie stanowią zjawisko wtórne w chorobie, nie zaś jej przyczynę. Niewątpliwie, zresztą, objawy dyspeptyczne wpływają niezmiernie szkodliwie na przebieg choroby i zwiększają zatrucie ustroju.

Niedawno William Hunter upatrywał ważny czynnik etyologiczny w owrzodzeniach dziąseł, dość często spotykanych w bezkrwistości złośliwej (z pośród 22 przypadków autora w 10-iu). Naturalnie, trudno nadawać im takie znaczenie, wobec tego, że wiele ludzi nosi je bez wielkiej szkody dla zdrowia; co najwyżej, mogą one sprzyjać powstawaniu niestrawności.

W 1 przypadku autora cierpienie rozwinęło się w  $\frac{1}{2}$  roku po wyleczeniu z rozstrzeni żołądka, na co chory ów cierpiał w ciągu 2 lat. W 2 przypadkach zdołano wykazać charakter rodzinny cierpienia. Z podmiotowych objawów nerwowych (zmiany patologiczne w układzie nerwowym autor uważa za objaw zatrucia równorzędny ze zmniejszeniem krążków krwi, nie zaś za skutek tego ostatniego) notowano najczęściej uczucie drętwienia w rękach, rzadziej w nogach. W 1 przypadku znaleziono dość znaczny bezład i wybitne osłabienie władz umysłowych; w 1—uporczywy nerwoból n. trójdzielnego, który ustępował podczas przestanków choroby.

Oceniając wyniki leczenia, należy brać pod uwagę wielką skłonność choroby do samoistnych, często nagłych zwrotów w przebiegu. Nieraz chory, zdający się być blizkim śmierci, po kilku dniach staje się zdolnym do uciążliwej pracy i odwrotnie. Z tego względu cierpienie omawiane nazwać by raczej należało bezkrwistością przepuszczającą, niż—postępującą.

Z pośród środków lekarskich autor broni arseniku, który pod wpływem nowszych teorii pochodzenia choroby niesłusznie wychodzi z użycia. W 1 dość ciężkim przypadku (750,000 krążków krwi) autor otrzymał na skutek stosowania arseniku zupełne wyleczenie. Środki odkażające przewod kiszkowy (bizmut, salol i t. p.), które weszły w użycie dzięki teorii żołądkowego pochodzenia bezkrwistości złośliwej, nie dają pomyślnych wyników. Wstrzykiwania podskórne roztworu chlorku sodu w przypadkach znacznej senności i odurzenia działały dość pomyślnie, niedogodność tu jednak stanowi wielka bolesność wstrzykiwań. Stosując też samo per rectum, autor otrzymywał niepożądaną biegunkę. Zdaniem Rumpfa, w bezkrwistości złośliwej znajdujemy hydremię i nadmiar chlorku sodu we krwi.

Wobec tego należałoby zarzucić wprowadzenie do ustroju wody i chlorku sodu, choć z drugiej strony przepłukanie niejako ustroju wydaje się racjonalnem.

Stosowanie surowie (końskiej oraz leczniczych Behringa i przeciwpaciorkowcowej) pozostawało bez wyników.

W 1 przypadku autor otrzymał znaczne zwiększenie ilości czerwonych krążków po użyciu sperminy P o e h l'a (10 ctm. sz. w ciągu 10 dni), wszakże na krótko. W ostatnim czasie autor próbuje łagodnych środków czyszczących, w celu usunięcia wytworów gnicia z kiszek, naprzemian ze środkami odkażającymi oraz z arsenikiem i strychniną. Wyniki dotychczasowe są dość pomyślne. Wogóle jednak, brak dokładnego pojęcia o istocie cierpienia zmusza do prowadzenia leczenia niejako poomacku. Autor doradza ostrożność w wypowiedzianiu zdania o zupełnem wyleczeniu, zalecając dłuższą obserwację nawet w przypadkach, kiedy ilość czerwonych krążków zwiększy się do normy.

*Wl. Starkiewicz.*

307. O. Niedner. **Tamowanie krwotoków w haemoptoë.** (Z kliniki prof. Leydena. Deut. Med. Woch. 23. 1902).

Przy zastrzykiwaniach roztworu żelatynowego, autor zauważył, że część klatki piersiowej, gdzie roztwór został zastrzyknięty, przestaje przyjmować udział w oddychaniu, prawdopodobnie dlatego, że tkanka podskórna, napelniona roztworem pęcznieje. Dobre zaś rezultaty, otrzymane przy tym sposobie, autor przypisywał mechanicznemu więcej działaniu, mianowicie pozostawieniu organu krwawiącego w spokoju, niż działaniu samego roztworu.

To go naprowadziło na myśl bandażowania danej części klatki piersiowej, co też uczyniono w kilku przypadkach ze świetnym rezultatem. Do bandaża używał lepkiego plastra kauczukowego Helfenberger'a, pokrajany w paski, 3 ctm. szerokości i 60 ctm. długości. Kręgosłup i mostek służą jako punkta stałe. Najpierw bandażował wierzchołek płucny, poczynając od 3 lub 4 wyrostka ościstego kręgu grzbietowego, przechodził przez ramię (wierzchołek) do mostka, resztkę pasków kładł w tym samym kierunku w ten sposób, aby każdy z nich stykał się z drugim. Dla ucisku bocznych części płuca kładł paski poprzecznie, poczynając także od 3—4 wyrostka ościstego tychże kręgów przez pachę do mostka.

Dla zabezpieczenia jamy nadobojczykowej, wklęsłości pod spina scapulae, pachy i sutki podkładano stosownej wielkości wałki z waty.

Co się tyczy samego bandażu, powinien on być nałożony wygodnie i prędko bez silnych poruszeń ze strony pacyenta, nie powinien wywoływać ucisku, chociaż powinien moeno ścigać chorą stronę. Bandaż taki pozostawia się na kilka tygodni (3).

*Alfred Heiman.*

308. D-r. Oettinger. **O cieśni przerostowej odźwiernika.** („De la sténose du pylore hypertrophique“. La Semaine Médicale Nr. 10. 7 maja 1902).

Pacjent autora, 37-letni wyrobnik, przed laty 20 zaczął doznawać po jedzeniu niewielkich bólów, oraz uczucia pełności i rozdymania w żołądku, które trwało zwykle kilka godzin i nieraz kończyło się wymiotami wodnistymi, kwaśnym płynem. Po kilku latach zjawily się wymioty pokarmowe, zazwyczaj w 2—3 godziny po jedzeniu, przyczem niejednokrotnie chory zauważał w wymiotach resztki pokarmów, zjedzonych przed kilku dniami. Ilość wymiocin bywała b. znaczna, dochodząc czasami do 7—8 litrów. Chory wychudł, stracił sen i apetyt.

Badanie przedmiotowe wykazało opuszczenie dolnej granicy żołądka na szerokość 3 palców poniżej pępka, nieomogę ruchową, oraz sokotok (rano naczęzo 2—3 litrów płynu, po przemyciu wieczorem dnia poprzedniego 750 ctm. sz.). Treść żołądkowa po próbnym obiedzie—z kwaśnością ogólną prawidłową, zależną głównie od kwasu masłowego przy zupełnym braku wolnego kwasu solnego oraz mlecznego. Macanie w okolicy odźwiernika dawało uczucie rozlanego stwardnienia, które jednak zarówno mogło należeć do odźwiernika, jak do narządów sąsiednich.

Ze względu na długotrwałość przebiegu i młody wiek chorego trudno było przypuszczać zwięzenie odźwiernika rakowate, brak odpowiednich danych w wywiadach i szczególnie brak wolnego kwasu solnego przemawiał przeciwko istnieniu blizny po wrzodzie okrągłym.

Jednakże, gdy stan chorego z dniem każdym stawał się cięższym, wykonano operację, podczas której stwierdzono zgrubienie części odźwiernikowej na przestrzeni 8—10 ctm. Po całkowitem wycięciu zgrubiałej części wyzdrowienie nastąpiło b. szybko. Wszystkie dolegliwości ustąpiły zupełnie, apetyt powrócił, trawienie odbywało się prawidłowo.

W wyciętej części odźwiernika znaleziono pod drobnowidzem nadmierny rozrost włóknistej tkanki łącznej w błonie podśluzowej oraz mięsnej, których grubość w odległości 2 ctm. od odźwiernika wynosiła łącznie 20mm. Błona śluzowa przedstawiała obraz t. zw. état mamelonné, zresztą żadnych nadżarć nie znaleziono. Otrzewna była zupełnie prawidłowa. Przerosła tkanka składała się z włókien, tworzących gęstą plecionkę, oraz z nielicznych komórek łącznotkankowych. Komórek rakowatych nigdzie nie znaleziono. W naczyniach tętniczych i żylnych, dość licznie rozsianych na całej przestrzeni przerosłej tkanki, nie znaleziono zmian żadnych. W wielu miejscach natomiast, obok drobnych żył, wypełnionych krążkami krwi, znaleziono skupienia białych ciałek, które autor uważa za rozszerzone naczynia limfatyczne. Podobne skupienia białych ciałek znajdowały się licznie w głębokich warstwach błony śluzowej.

Na mocy powyższych danych autor uważa swój przypadek za t. zw. linitis plastica, t. j. niejako zwyrodnienie włókniste odźwiernika z wybitnem zgrubieniem ścianek. Autor ściśle odróżnia cieśń



odźwiernika przerostową od podobnej sprawy, zajmującej żołądek na całej przestrzeni, opisanej przez Brinton'a, Hanot'a i in., jako „*linité généralisée*“. Ta ostatnia przebiega zazwyczaj szybko, prowadząc w ciągu 1—2 lat do śmierci. Charakteryzuje się niezmierną bolesnością w dołku, wymiotami, wybitnym wychudzeniem chorego. Towarzyszy jej nieraz zajęcie otrzewny i wysięk zapalny w jamie tejże. Rozstrzeni nigdy nie bywa, przeciwnie—żołądek bywa skurczony. Rozpoznanie cieśni odźwiernika przerostowej autor opiera na następujących danych: 1) młody wiek chorego, 2) długotrwały przebieg choroby, 3) objawy kliniczne cieśni z niewielkimi bólami.

Co do chemizmu trawienia Boas notuje jedynie brak kwasu solnego, oraz obecność mlecznego; autor zaś dodaje do tego—sokotok z prawidłową kwasnością ogólną, zależną od składników chloro-organicznych; zaznacza jednak, że podobny sokotok znajdował w przypadkach cieśni, spowodowanej przez ucisk odzewnątrz.

Z punktu widzenia anatomo-patologicznego, obie sprawy: cieśń odźwiernika przerostowa i *linité généralisée*, są najzupełniej identyczne i różnią się li tylko umiejscowieniem. Co się tyczy istoty sprawy, brak komórek rakowatych przemawia przeciwko przypuszczeniu raka. Garret uznaje sprawę za sarkomat. Kehri i Tilger szukają przyczyny rozrostu tkanki łącznej w zrostach z pęcherzykiem żółciowym, co wszakże da się zastosować do nielicznych tylko przypadków. Inni widzą punkt wyjścia w błonie otrzewny, która jednakże, o ile często odgrywa pewną rolę w *linité généralisée*, o tyle rzadko bywa zmienioną w przerście, ograniczonym do odźwiernika. Lebert uważa za przyczynę tej sprawy przewlekłej katar błony śluzowej; przeczą wszakże temu przypuszczeniu dość liczne przypadki, w których nie znajdowano żadnych zmian na błonie śluzowej. Za najwięcej uzasadnione uważa autor przypuszczenie Bouveret'a, który dla obu postaci choroby uznaje za prawdopodobne pochodzenie zapalne z punktem wyjścia w naczyniach limfatycznych, a więc coś w rodzaju elephantiasis ventriculi. W danym przypadku za tem przypuszczeniem przemawia znaczne rozszerzenie naczyń limfatycznych, stwierdzone w pobliżu drobnych żył, oraz w głębokich warstwach błony śluzowej.

Wł. Starkiewicz.

309. D-r. A. Rosenbaum. **Uwagi o niedowładzie i niedomodze ruchowej żołądka.** („Ueber Atonie des Magens und ihr Verhältniss zur motorischen Insuffizienz“.—Deutsche Mediz. Woch. 1902, Nr. 25).

W ostatnim czasie powstała kwestya, czy pluskanie w żołądku ma świadczyć jedynie o niedowładzie (atonii) żołądka, czy też uważać je należy za objaw trwałego zastoju miazgi pokarmowej, objaw niedomogi ruchowej. Pierwszego zdania trzyma się Stiller, drugie wypowiedzieli stanowczo Elsn'er i Zweig, uczniowie Boas'a.

Zdaniem autora, w układzie mięśniowym żołądka należy odróżnić 2 części odrębne i niezależne od siebie: układ mięśniowy dna i odźwiernika. Cierpienie pierwszego prowadzi do zwykłego niedo-

władę żołądka, cierpienie drugiego poiąga za sobą obniżenie jego sprawności mechanicznej—niedomogę ruchową. Że podział taki jest słuszny i odpowiada rzeczywistości, dowodzą tego badania doświadczalne fizyologów Pfunge'n'a, Moritz'a i innych. Jako dowód kliniczny przytacza autor szereg przypadków raka dna żołądka, w których sprawność ruchowa była zupełnie prawidłową mimo znacznej wielkości nowotworu dlatego, że część odźwiernikowa pozostała wolną.

W praktyce wielkowiejskiej często spotyka się typ pacjenta, którego cierpienie Stiller słusznie określa, jako *asthenia congenita universalis*. Wybujały wzrost, długa i płaska klatka piersiowa, wiotki brzuch, wata skóra i mięśnie, skąpy pokład tkanki tłuszczowej, błałość błon śluzowych—oto cechy charakterystyczne tego typu. Często towarzyszą temu stanowi t. zw. *costa decima fluctuans*, zwiśnięcie trzewiów brzusznych, nadmierne tętnienie aorty brzusznej (jako skutek wiotkości i płaskości brzucha) i wreszcie—łatwe do wywołania pluskanie w żołądku. Ten objaw ostatni występuje częstokroć u chorych wymienionej kategorii przy najzupełniej prawidłowych wymiarach i doskonałej sprawności ruchowej żołądka. Zdaniem autora, jest on wyrazem zwykłego niedowład, t. j. zwioteżenia układu mięśniowego dna żołądka. Do wywołania pluskania u takich chorych wystarcza obecność w żołądku bardzo nieznacznej ilości płynu—około 50 ctm., który często, wskutek obniżonej kurczliwości ścianek żołądka, nie daje się nawet wydobyć za pomocą sondowania. Naturalnie, w razie zwiśnięcia żołądka pluskanie występuje częściej i w stopniu wybitnym, lecz tylko dlatego, że zwiśnięcie jest objawem daleko posuniętego niedowład i że żołądek obniżony zbliża się więcej do ścianki brzusznej. W przypadkach zwykłego niedowład mięśni dna żołądka, połączonego ze zwiśnięciem, czy też bez niego, za stój miazgi pokarmowej bywa przejściowy, krótkotrwały. Jeżeli w godzinę po próbnem śniadaniu (200—250 ctm. sz. płynu) można wydobyć z żołądka 40—50 ctm. sz. treści, mamy niewątpliwie obok niedowład niedomogę ruchową części wydalającej żołądka, t. j. części odźwiernikowej. Zastój miazgi bywa wtedy trwały i da się wykazać nawet na czczo.

Najcięższą, wreszcie, postać niedowład stanowi rozstrzeń niedowładna (*atonische Ektasie*), której zwykłym powodem bywa cieśń odźwiernika. Samoistna rozstrzeń zdarza się nieraz u chorych, o których wyżej mowa, jako skutek nieprawidłowego i nadmiernego odżywiania się. Naczczo żołądek taki jest pusty, lub też zawiera do 200 ctm. sz. śluzowo-wodnistej wydzieliny błony śluzowej żołądka. Próbné śniadanie po 2 godzinach wydobyć można w tejże ilości, lub nawet w ilości zwiększonej—dzięki towarzyszącemu często tej sprawie sokotokowi. W niektórych przypadkach sokotok ten powoduje kurczowe zaciskanie się odźwiernika i wskutek tego zastój pokarmów, który niemniej od niedowład sprzyja rozwojowi rozstrzeni. Przypadki ostatniego rzędu, chociaż nie dają złego rokowania *quoad vitam*, nie są uleczalne. Jednakże celowe, energiczne leczenie, zdaniem autora, może przynieść znaczną ulgę choremu.

Wł. Starkiewicz.

310. **Określenie dolnej granicy żołądka za pomocą jedynie oglądania.**  
(La Semaine Médicale Nr. 10. 7 maja 1902).

Dotychczasowe sposoby określania wymiarów i granic żołądka polegają głównie na sztucznem rozszerzaniu takowego, czy to za pomocą odpowiednich środków chemicznych, czy też wypełniając go powietrzem. Pierwszy z tych sposobów posiada tę stronę ujemną, że wywołuje bądź niedostateczne, bądź nadmierne rozszerzenie, przy drugim często powodujemy przemieszczenie narządów jamy brzusznej, nawet używając zamiast sondowania sposobu Politzer'a. T. zw. gastrodiafania, t. j. prześwietlanie żołądka, nie jest wolna od wad powyższych, wymaga pozatem specjalnej instrumentacji i nie zawsze da się z łatwością wykonać.

Wobec tego wielkiej wagi nabiera odkrycie d-ra Marka J. Knappe'a z Nowego Yorku, który to badacz dowiódł doświadczalnie, iż prostem oglądaniem można najzupełniej dokładnie określić dolną granicę żołądka, a w przypadkach zwiśnięcia trzewiów brzusznych również położenie małej krzywizny, nawet u osobników z grubym pokładem tkanki tłuszczowej.

W tym celu chorego należy ułożyć nawznak z obnażonym brzuchem i zalecić mu spokojne oddychanie. Lekarz staje w głowach chorego, lub obok na pewnej odległości i, schyliwszy się na tyle, by linia wzroku była na wysokości poziomu ścianki brzusznej chorego, uważa na ruchy oddechowe, dobrze widoczne nawet u osobników otyłych.

Wtedy łatwo zauważyć podczas każdego wdechu linię, odpowiadającą krzywiznie dużej żołądka. Przekonać się o tem można, opukując po palcach wskazującym i średnim, ułożonych w ten sposób, by linia wymieniona znalazła się pomiędzy nimi: przy lekkim opukiwaniu otrzymujemy wtedy różnicę odgłosu żołądkowego i kiszkowego.

Uwydatnić tę różnicę można, napełniając kiszki grube niewielką ilością powietrza.

Wł. Starkiewicz.

W. Jaworski już w r. 1899 zwraca uwagę na zjawisko przesuwania się dolnej granicy żołądka przy wdechu, „jeszcze nie zużytkowane w celach rozpoznawczych“, lecz dodaje, iż da się ono spostrzegać tylko u osób z cienkimi powłokami brzuszными przy napełnionym żołądku. Vide Podręcznik chorób żołądka. W. Jaworski r. 1899. str. 3. (Przypisek sprawozdawcy).

## Y. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

311. E. Körmőczy zajął się roztrząsaniem pytania, czy można na zasadzie obrazu hematologicznego rozpoznawać niedokrwistość złośliwą? i na zasadzie 14 spostrzeganych przypadków anaemiae perniciosae sądzi, że *nie*. Wnioski autora: 1) Obrazu hematologicznego w nie-

dokrwistości złośliwej nie można niekiedy odróżnić od takiegoż obrazu w niedokrwistościach wtórnych; lecz i w tych przypadkach w szpiku kostnym znajduje się dużo megaloblastów. 2) Obraz histologiczny w niedokrwistości złośliwej przedstawia często typ megaloblastyczny, częściej jednak typ makrocytyczny. Objawy te posiadają jednak tylko wówczas znaczenie rozpoznawcze, jeżeli i obraz kliniczny oraz inne wyniki badania krwi przemawiają również na korzyść rozpoznania niedokrwistości złośliwej. (D. M. Woch., 1902, № 1.)

J. W.

312. D-r. A. Drygas (z Poznania) opisuje **3 przypadki anaemiae perniciosae**. Jeden dotyczył 56-letniego mężczyzny, u którego przy badaniu pośmiertnym między innymi zmianami stwierdzono zanik błony śluzowej żołądka i kiszek. Dwa inne przypadki (1 dotyczył 36-letniej kobiety, 1 zaś 50-letniego mężczyzny) zakończyły się pomyślnie, co autor przypisuje wpływowi arseniku, który to środek chorzy ci stale podczas pobytu w szpitalu zażywali. (D. M. W., 1902, № 30.)

J. W.

313. D-r. P. Reckzeh opisuje (w Berl. Klin. Woch., 1902, № 29 i 30) **5 przypadków anaemiae perniciosae**. Wszystkie dotyczyły mężczyzn. Jeden z chorych miał 59 lat, a jeden 62 (jak wiadomo, najczęściej cierpienie to spotyka się w 40-ych latach). Jeden z chorych przez 30 lat nosił w sobie tasiemca (wzmiankowany chory 59-letni). We krwi w 3-ch przypadkach stwierdził R. przewagę limfocytów nad leukocytami wielojądrowymi, neurofilowymi. Wszyscy chorzy powiększenie śledziony, w jednym i wątroby. W 1 przypadku, który prędko zakończył się śmiercią, zmiany w szpiku kostnym były mniej wybitne, niż w 4 innych przypadkach, mianowicie w tym przypadku szpik kostny tylko w niektórych miejscach uległ metapiazii na czerwony szpik.

J. W.

214. Pryw. Doc. P. Priobrażenskiy przy badaniu pośmiertnym 35-letniego chorego, zmarłego na **anaemia perniciosa acuta**, między innymi zmianami (Gastritis catarrhalis chron. polyposa, Tumor lienis, Hyperaemia medullae osseae) znalazł wybitne *zmiany w układzie nerwowym*: 1) zmiany w komórkach mózgowych i rdzenia, 2) obecność ognisk (miliarnych) rozpadowych i sklerotycznych w białej istocie rdzenia przedłużonego, mózdzku, mlecza pacierzowego i w korzonkach rdzeniowo-mózgowych. (Ż. n. i ps., 1902, książka 3, str. 445—448.)

J. W.

315. H. Rubinstein opisuje **2 przypadki anaemiae perniciosae**, w których przy badaniu pośmiertnym *nie stwierdzono zaniku błony śluzowej przewodu pokarmowego*. Przypadki te przemawiają zatem przeciwko pogładowi, jakoby anaemia perniciosa była spowodowana zanikiem błony śluzowej żołądka, lub kiszek, który to pogląd w ostatnich latach zyskał dużo zwolenników. W pierwszym przypadku, dotyczącym 55-letniej kobiety, która zmarła wskutek niedokrwistości złośliwej, spowodowanej przez bródzdogłowca (Anaemia perniciosa e botriocephalo), badał autor nadto szpik kostny: tenże był limfoidnie zmieniony (t. j. był ciemno-czerwony) i zawierał bardzo dużo mega-

loblastów. Lecz, podczas gdy we krwi znajdował autor wybitną polichromatoflię, w szpiku kostnym zauważył ją tylko w normoblastach i w megaloblastach, wobec czego dochodzi do wniosku, że *polichromatofilia* czerwonych krążków krwi *jest oznaką zwyrodnienia* tychże, zgodnie z poglądami na tę sprawę Ehrlich'a, Pappenheim'a i Maragliano.—Drugi przypadek dotyczył czystej niedokrwistości złośliwej (anaemia pernicioza essentialis) u mężczyzny 54-letniego. (St. Pet. Med. Woch., 1901, № 15.) J. W.

316. H. Zwillinger w pracy swej o „naroślach gruczołowych (vegetationes adenoideae) i głuchoniemocie“, podaje, że badania prowadzone przez niego w zakładzie dla głuchoniemych na dzieciach w wieku od lat 7—12, w 56—72% przypadków wykazały wyrosłe gruczołowe, które mogą być uważane wprost lub pośrednio jako przyczyna głuchoniemoty i w pewnym procesie przypadków nie wpływały na powstawanie głuchoniemoty.

Operacja jest wskazaną we wszystkich tych przypadkach, gdyż daje się zauważyć dobry wpływ na rozwój inteligencji i uczenie mowy staje się ułatwionem (Gyógyászat. 1901. Nr. 49).

317. Według Harton-Smith'a niezbyt rzadko daje się obserwować **nieżyt pęcherza pochodzenia tyfusowego**. Występuje on zwykle w końcu przebiegu tyfusu brzuszego, czasem dopiero w okresie zdrowienia, rzadko zaś bardzo wewczesniejszym okresie choroby. Nie będąc leczonym, znika powoli sam przez się, może jednak trwać miesiące i nawet lata. Mocz zawiera ropę i pałeczki tyfusowe, odczyn zaś zwykle jest kwaśny. Czasem chorzy uskarżają się na parcie na mocz i ból przy urynowaniu, zwykle jednak objawy te nie dają się konstatować. Leczenie polega na podawaniu 3 razy dziennie po 0,65 g. urotropiny, dzięki czemu nieżyt znika zwykle w ciągu tygodnia; ażeby jednak uniknąć nawrotów, długo jeszcze należy zażywać ten środek. (Monatsber. f. Urol. Bd. 6. H. 5.) H. U.

## VI. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

*Posiedzenie d. 27 maja 1902 r.*

I. Borzymowski przedstawił 8-io miesięczne dziecko płci żeńskiej, rzadki okaz współlistnienia wielu wad rozwojowych wrodzonych; dziecko to miało: 1) czaszkę, znacznie spłaszczoną w wymiarze czołowym; 2) brak zupełny podniebienia miękkiego; 3) rozszczepienie podniebienia twardego; 4) zrost wszystkich palców na rękach i nogach (syndactylia) i 5) brak niektórych palców na rękach (ektrodactylia).

II. Cz. Otto wygłosił odczyt p. t. „Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek“, który obecnie drukuje „Kronika“.

W dyskusyi nad odczytem Otta zabiera głos pierwszy Ana-

stazy L and a u. Przedewszystkiem zwrócił mówca uwagę na pewne nieprawidłowości w technice, jaką posługiwał się prelegent. Według L., przemrażał on zbyt plyn, podlegający kryoskopowaniu, co, zgodnie ze zdaniem powag chemicznych, daje zazwyczaj cyfry niższe od rzeczywistych, a różnica dochodzić może nawet do 0.1° C. Dalej jednokrotne oznaczenie punktu kryoskopowego, jak to czynił Otto, jest ze względów ścisłości niewystarczające.

Określenie istoty ciśnienia osmotycznego wypadło u prelegenta nieściśle i niejasno; a stało się, według L., z tej przyczyny, że Otto nie uwzględnił zasadniczego prawa van t'Hoffa, które opiewa, że cząsteczki ciał rozpuszczonych (zarówno jak i cząsteczki gazów) znajdują się w ruchu ustawicznym i dzięki temu wywierają pewne ciśnienie na ścianki naczynia, w którym się dany rozczyzn znajduje, i na powierzchnię. I to ciśnienie właśnie nazywa się ciśnieniem osmotycznym. W zwykłych warunkach bywa ono zrównoważone przez ucisk ściany naczynia na ciecz i przez napięcie powierzchniowe,—pozostaje więc utajonem; i tylko, ażeby je ujawnić, ażeby przekonać się o rzeczywistem jego istnieniu, stykamy ze sobą przez błonę pół przepuszczalną dwa rozczyzny o rozmaitem stężeniu; nie jest to jednak *conditio sine qua non* dla istnienia ciśnienia osmotycznego, jak tego chce prelegent, a jedynie sposobem dla jego ujawnienia.

Co dotyczy części klinicznej pracy Otta, L. czyni następujące uwagi. Przedewszystkiem uważa za niesłuszne przyjmowanie bez zastrzeżeń teorii Koranyi'ego o wydzielaniu moczu, która obecnie podlega powszechnej krytyce i nawet przez samego autora nie jest już tak żarliwie broniona, jak dawniej. Określanie pracy nerkowej przy pomocy metody Claude'a i Balthazard'a również wymaga pewnego omówienia. Opartem ono jest na hipotezie Koranyi'ego (mianowicie na wyodrębnianiu pod względem czynności fizyologicznej kłębków i kanalików nerkowych); ponieważ zaś sama hipoteza Koranyi'ego dotąd pozostaje jedynie niestwierdzoną hipotezą, więc L. uważa na niesłuszne opieranie na niej wniosków, dotyczących określania pracy nerek. Według niego, należy zupełnie odrzucić t zw. diurezę molekuł wytworzonych ( $\frac{\delta V}{P}$ ), a zatrzymać tylko diurezę całkowitą ( $\frac{V\Delta}{P}$ ), która jedynie dać może pojęcie o dobowej pracy nerek.

Wreszcie, L and a u zwraca uwagę, że prelegent przypisuje niekiedy badaniu kryoskopowemu takie zalety, których ono nie posiada. Np. w przypadku niedomogi sorea, w którym prelegent badał kryoskopowo wpływ serca na sprawność nerek, nie można, jak to czyni prelegent, twierdzić, że badanie kryoskopowe wykryło niedomogę nerkową, gdyż ciśnienie osmotyczne uległo nieznacznej bardzo zmianie (—1,5°—1,7°), natomiast daleko wyraźniejszym wskaźnikiem niedomogi nerkowej była w danym przypadku znacznie zmniejszona ilość dobowego moczu, która z 2 litrów spadła do 900 ctm-sześciennych.

P r u s z y ń s k i podnosi cenność materiału, zawartego w badaniach prelegenta, jakkolwiek i jemu wydaje się formuła Claude'a

i Balthazard'a nie wytrzymującą ścisłej krytyki. Jako dowód tego posłużyć mogą cyfry, otrzymane przez samego prelegenta w 2-eh jego przypadkach, z których okazuje się, że ilość substancyi, wydzielanych przez kłębki równała się ilości substancyi wyrobionych, czyli, że nastąpiła zupełna zamiana cząsteczek solnych na cząsteczki azotowe, gdy tymczasem analiza moczu wykazała dość znaczną ilość chlorku sodu. Najważniejszymi wskaźnikami w określaniu sprawności nerek jest  $\Delta$  (ciśnienie osmotyczne) krwi,  $\Delta$  moczu, ilość ogólna moczu i ilość chlorków. Wskaźniki dotychczas podawane grzeszą tem, że nie mogą uwzględniać liczby cząsteczek, uległych dysocjacji. Kryoskopia znajdzie, zapewne, w przyszłości uzupełnienie przez wprowadzenie elektrycznego przewodnictwa cieczy ustroju.

Janowski zaznacza, że Pruszyński słusznie zwrócił uwagę na ten fakt, że kryoskopia określa w badanym płynie ciśnienie osmotyczne, wywierane nie tylko przez ciała chemiczne, ale i przez ich wolne iony. Właśnie dlatego jednak można powiedzieć, że o czynności nerek całkowitej daje znakomite pojęcie  $\Delta V$ . Kryoskopia wykazuje nam, ile w ogólnej sumie znajduje się w 1 litrze cząsteczek, działających osmotycznie; ilość tę oznaczamy przez  $\Delta$ , i ona nie przesądza bynajmniej, jakie się na nią złożyły cząsteczki chemiczne; jeżeli nadto ilość danego gazu jest wiadoma ( $V$ ), to  $\Delta V$  da nam zupełnie dokładne pojęcie o ilości wydzielanych przez cały organizm cząsteczek, zdolnych wywierać ciśnienie osmotyczne; dzieląc  $\Delta V$  przez wagę ciała  $P$ , otrzymamy  $\frac{\Delta V}{P}$ , t. j. dokładny wskaźnik t. zw. molekularnej diurezy, innymi słowy, otrzymamy ilość substancyi, wydzielanej przez 1 gram tkanki nerkowej, i to informuje nas w zupełności o sprawności lub niedomodze czynnościowej nerek.

J. wbrew twierdzeniu prelegenta sądzi, że przed nefrektomią należy kryoskopować właśnie krew, a nie moc. I nie przeczy temu spostrzeżeniu prelegenta, wykazujące  $\delta$  krwi w mocznicy—0,58, bowiem w tym przypadku mogły być obrzęki lub wodnistość krwi. Przed wycięciem nerki należy więc określać  $\delta$  krwi, a w przypadkach wątpliwych zestawiać ją nadto z ilością suchej substancyi w krwi.

Wobec nadarżającej się okoliczności J. wyraża przekonanie, że dobrze byłoby, ażeby, jako miernik ciśnienia osmotycznego, było ciśnienie w atmosferach. Podstawą do obliczeń odnośnych jest fakt, że 22,3 litry wodoru ważą 1 kilo, czyli że trzeba je ścisnąć 22,3 razy, ażeby pomieścić je w 1 litrze; stąd wynika, że ciśnienie atmosferyczne każdego ciała jest tem mniejsze, im molekula jego jest większa; (np. dla jednostki tlenu  $\frac{22,3}{16,2}$ , dla jednostki NaCl —  $\frac{22,3}{58,5}$ , dla normalnej krwi w przybliżeniu 6 atmosfer z górą i t. d.). Cyfry te, jako ogólnie zrozumiałe, powinny być wprowadzone w użycie.

W końcu Janowski zaznacza, że na jego oddziale prowadzone są badania nad kryoskopią wysięków i przesieków i że, o ile się zdaje, jak dotąd, wynikają z nich poważne dane praktyczne. Okazuje się

mianowicie, że  $\Delta$  wysięków jest mniejszą od  $\delta$  krwi,  $\Delta$  zaś przesieków — większą. Wynika też stąd stwierdzenie ciekawego faktu teoretycznego, że zapalenie, powodując złe odżywianie tkanek, ułatwia znacznie filtrację białka, ale nie wpływa bynajmniej na filtrację składających się na  $\Delta$  soli, których przedostawanie się przez błony surowicze zależy, oczywiście, nie od stanu anatomicznego ostatnich, lecz od praw ciśnienia osmotycznego.

Na wniosek Janowskiego, ażeby miernikiem ciśnienia osmotycznego był nie punkt zamarzania, lecz ciśnienie atmosferyczne, Landau odpowiada, że najracjonalniej byłoby posilkować się w medycynie jednostkami, przyjętymi w chemii fizykalnej; taką jednostką jest t. z. Mola (Ostwald). Za jednostkę uważane jest ciśnienie osmotyczne roztworu posiadającego punkt zamarzania —  $1,85^{\circ}$ , gdyż przy tej temperaturze krzepną gramomolekularne roztwory wodne wszystkich ciał, nie dysocjujących w wodzie na jony. Landau podziela zupełnie zdanie Janowskiego, że w rozpoznawaniu niedomogi nerkowej należy zwracać uwagę nie tylko na punkt zamarzania krwi, ale i na stopień jej rozwodnienia, resp, na ilość zawartego w surowicy azotu lub suchej substancji. Według Landaua, niedomoga nerkowa np. istnieć może przy normalnem ciśnieniu osmotykiem krwi, jeżeli zawartość azotu w surowicy jest mniejsza, niż 1,2%. Na wyrażone przez prelegenta powątpiewanie, czy rzeczywiście należy się tak wystrzegać przemrażania wobec tego faktu, iż prelegent w jednym przypadku mocznicy znalazł punkt zamarzania krwi —  $0,58^{\circ}$ , — Landau odpowiada, że ten przypadek nie broni wcale całej metodyki, jaką posługiwał się prelegent w swych badaniach, jako że Koranyi spostrzegł przypadek mocznicy, w którym punkt zamarzania krwi był jeszcze wyższy ( $-0,49^{\circ}$ ).

Pawiński sądzi że badania kryoskopowe mogą odgrywać pewną rolę pomocniczą w badaniach klinicznych; jednak wyniki badań prelegenta nie uprawniają, według P., do takich wniosków, że kryoskopia rzuca nieraz zupełnie odmienne światło na cały stan chorego, gdyż badanie kliniczne dostarcza zupełnie wystarczających danych.

P. zwraca uwagę, że prelegent często używał terminu „niedomogi serca“, gdzie, zdaniem P., na zasadzie objawów, przytoczonych przez prelegenta, o niedomodze w znaczeniu czysto kliniczem mowy być nie mogło. O niedomodze decyduje przede wszystkim nie tętno, a duszność.

W uzupełnieniu przemówienia Pawińskiego, Landau zaznacza, że udało mu się stwierdzić fakt dotyczący kryoskopii w niedomodze sercowej, a mianowicie, że w tym stanie chorobowym ciśnienie osmotyczne krwi bywa zazwyczaj podniesione, co dowodzi nagromadzenia się we krwi produktów przemiany materji.

*Posiedzenie d. 3 czerwca 1902 r.*

I. Neugebauer przedstawił:

1) orzyslaną mu przez d-ra Kellera z Bloemfonteinu fotografię murzyna, dotkniętego jakby prawdziwem obojnactwem; N. ma pewne



wątpliwości co do tego przypadku, opierając się przedewszystkiem na doświadczeniu ogólnem, że dotychczas nie znaleziono ani razu u człowieka prawdziwego obojnactwa;

2) szereg fotografii chłopca akrobaty wykazujących dokładnie charakter zagięcia pomiędzy miednicą a grzbietem przy pewnych produkeyach akrobatycznych;

3) obturator Hollweg'a, zalecany i sprzedawany w Niemczech, jako przyrząd do zapobiegania poczęciu, a dziś haniebnie zdyskredytowany: wynalazca przyrządu skazanym został w Magdeburgu na 5 miesięcy więzienia za uszkodzenie zdrowia i zaniedbanie przepisów lekarskich w 6-u przypadkach;

4) preparat macicy, amputowanej u 60-letniej dziewczicy wskutek uciskowych dolegliwości wobec *fibromatosis uteri*;

5) preparat, dotyczący ciąży pozamacicznej, przysłany z prowincyi

II. J. L u x e n b u r g przedstawił *preparat anatomiczny pierwotnego raka płuca z przerzutami w kręgosłupie*.

Chory 57-letni przybył do szpitala wolskiego po raz pierwszy przed 5-u miesiącami z powodu bulów w prawym boku z gorączką i potami. Wypuszczono wtedy około  $\frac{1}{2}$  litra płynu surowiczego; powtórne przekłucie próbne wykazało nieco zawartości krwawej. Choremu zrobiło się lepiej, ale zupełnego zdrowia nie odzyskał. Obocemu zapisał się na oddział powtórnie ze skargą na uczucie bolesnego ściskania na około klatki piersiowej, które w krótkce znikło; natomiast wystąpiły nieznośne bóle od tyłu bioder. *Status*: stłumienie od IX żebra z prawej strony z tyłu ku dołowi, zniesienie oddechu, osłabienie drżenia. Przekłucie próbne z wynikiem ujemnym. Płwocina śluzowo szklistawa nie zawiera laseczników gruźliczych. Lekki opistotonus. Żywa bolesność kręgosłupa przy ruchach tułowia i na ucisk—szczególnie w górnej piersiowej i lędźwiowej okolicach. Brak lewego odruchu kolanowego i osłabienie czucia (jakiego—*przy p. refer.*) w tej że kończynie. Pozatem ciepota 38—39°, ziemisty odcień skóry, pewne wyniszczenie. *Rozpoznanie*: złośliwa sprawa nowotworowa w prawem płucu z ewentualnymi przerzutami w kręgosłupie. Dalszy przebieg choroby (bezwład i znieczulenie dolnych kończyn, objawy ze strony pęcherza i kiszki, postępujące wyniszczenie) popierał rozpoznanie, które przez badanie pośmiertne zostało ostatecznie stwierdzone. *Badanie pośmiertne*: Dolny płat prawego płuca lekko przyrośnięty, twardy jednolicie; na przekroju biało szarawy—miejscami mniej, miejscami więcej twardy; drobne oskrzeliki rozszerzone; większego ogniska rozmięczenia niema. W górnych płatach—ostry obrzęk. Gruczoły okołooskrzelowe nieco powiększone. *W wątrobie*—jedno ognisko rakowate, białe, wielkości jaja kurzego, dochodzące do górnej powierzchni. Wzdłuż IV—VII kręga piersiowego oraz I—II lędźwiowego, szczególnie po bokach trzonów—półkoliste wyniosłości, białe dość twarde, drażące do kanału kręgowego przez otwory poprzeczne i dochodzące do opony twardej rdzenia. *Rdzeń* pozornie na przekrojach niezmienny. W gęstej, ciągnącej się, białobarwnej zawartości, miejscami zmieszanej z krwią, zeszkobanej z przekroju zajętego płata płucnego

znaleziono duże komórki nowotworowe. Na preparatach z głównego ogniska w płucu znaleziono nacieczenie nowotworowe pęcherzyków i dróg limfatycznych. Komórki nowotworowe części jednojądrowe, nie wielkie, części zaś duże wielojądrowe. Wobec tego o naturze nowotworu rozstrzygnie badanie innych miejsc płuca i ognisk przetworowych.

W dyskusji nad demonstracją *Luxenburga*:

*Prezes* zapytuje, co było pierwotnym punktem wyjścia nowotworu: tkanka płucna, czy drobne oskrzeliki, i wyraża przypuszczenie, że, prawdopodobnie, te ostatnie.

*Tuchendler* zapytuje, czy *L.* w przypadku swym nie obserwował płwociny o wyglądzie galarety malinowej, jaką mówca spotykał w 3-ch opisanych przez niego przypadkach raka płuc.

*Luxenburg* w odpowiedzi zaznacza, że krwi w płwocinie nie spostrzegął, natomiast dany przypadek nastęrcza wytłomaczenie pochodzenia owej galaretowatej malinowej płwociny: galaretowate (nie śluzowe) zlepki, znajdujące się w oskrzelach, przy rozpadzie nowotworu i krwawieniu dają charakterystyczną dla raka płuc płwocinę. W danym przypadku, prawdopodobnie, porażenie mięśni oddechowych przeszkodziło jej wydaleniu.

III. *Skowroński* przedstawił 3-letniego chłopca ze skurczem spastycznym rąk typu przepuszczającego (*intermittens*). U chłopca tego *Flatau* nie znalazł żadnych zmian, które wskazywałyby na jakieś cierpienie organiczne ustroju nerwowego. *F.* wyklucza również tężyczkę wobec niezmienionej mechanicznej i elektrycznej pobudliwości nerwów obwodowych i sądzi, że w danym przypadku mamy do czynienia z t. zw. *idiopathische Contracturen Henoch'a*, które wystąpiły na tle histeryi i krzywicy (siostra pacjenta cierpiała na czkawkę histeryczną, a sam pacjent leczył się u *Skowrońskiego* z powodu prawostronnego skrzywienia kręgosłupa pochodzenia krzywiczego).

*Ja worski Józef* wygłosił odczyt p. t. „*Surowica przeciw paciorkowcowa oraz jej stosowanie w gorączce pologowej*“.

Na wstępie mówca szczegółowo scharakteryzował pod względem biologicznym i chorobotwórczym paciorkowca ropotwórczego, podał dokładny opis otrzymywania przez *Marmorek'a* jadowitych hodowli tych paciorkowców oraz sposób uodporniania przeciwko nim zwierząt, opisał sam proces wytwarzania i otrzymywania surowicy prze-

ciwpaciorkowcowej za pomocą coraz jadowitszych hodowli, jak to czyni *Marmorek*, i podkreślił zasadniczą różnicę pomiędzy tym sposobem a innym, polegającym na stopniowym osłabianiu hodowli drogą sterylizacji (*Roger—Charrin*). Nadto mówca opisał badania nad wytwarzaniem specjalnej odmiany surowicy t. zw. *polyvalens* w Instytucie bakteriologicznym w *Louvaen* przez uodparnianie zwierząt różnymi gatunkami paciorkowców; wreszcie, opisał własności fizyczne surowicy przeciw paciorkowcowej i przeszedł do części klinicznej. Przedewszystkiem mówił o pierwszych próbach z surowicą przy łóżku chorych (od r. 1895), następnie rozebrał krytycznie literaturę odnośną (niemie-

cka, angielską, francuską i polską), poczem scharakteryzował działanie lecznicze surowicy i rozpatrzył dodatnio i ujemnie jego strony. Przy opisie działania fizjologicznego i terapeutycznego surowicy przeciw paciorkowcowej (pobudzające, antytoksyczne, fagocytyczne, bakteriobójcze), nakreślił prelegent mechanizm powstawania odporności przeciw bakterjom i podał odnośne doświadczenia, czynione przez różnych autorów nad surowicą przeciw paciorkowcową, które stwierdzają takie jej działanie. W drugiej części odczytu *Jaworski* rozpatrzył etyologię, patogenezę, anatomię patologiczną, przebieg kliniczny, rokowanie i zejście różnych postaci gorączki połogowej i uzasadniał twierdzenie, że gorączka połogowa przedstawia dla seroterapii warunki bardzo niekorzystne ze względu na skłonność sprawy chorobowej do uogólniania się, na liczebność dróg, któremi zakażenie się szerzy (naczynia chłonne, żyłne), samo utkanie macicy oraz niejednakie przyczyny, wywołujące gorączkę połogową. W końcu przedstawił *Jaworski* historię spostrzeżeń własnych gorączki połogowej wraz z tablicami krzywych ciepłoty leczonych przez niego surowicą przeciw paciorkowcową. Na 13-e przypadków, w 9-iu mówca przeprowadził obserwację ścisłą (obserwacja obejmowała okres czasu od kilku dni do 6 tygodni). Ilość surowicy, zastrzykiwanej w oddzielnych przypadkach wahała się od 20 ctm. sz. do 60 ctm. sz. naraz, a od 150—160 ctm. sz. na dobę, od 240—420 ctm. sz. w ciągu paru tygodni trwania choroby. Obok surowicy stosowane było, w razie odpowiedniego wskazania, leczenie odkażające i chirurgiczne. *Wyniki leczenia:* w 5-iu przypadkach surowica działała nie tylko korzystnie (odnośnie ciepłoty, tętna, całego przebiegu), lecz i szybko; w 1-ym przypadku tylko łagodziła cięższe objawy; w 2-ch—działanie jej było wogóle połowiczne; w 1-ym zupełnie nie okazała działania. Na 9 przypadków było 7 wyzdrowień i 2 śmierci.

*Wnioski.* 1) Surowica przeciw paciorkowcową *Marmoreka* nie posiada działania pewnego w każdej postaci gorączki połogowej.

2) Surowica, stosowana nawet w dużych ilościach i przez czas dłuższy, okazuje się nieszkodliwą.

3) Działanie szybkie, przecinające zupełnie sprawę chorobową, spotyka się stosunkowo rzadko. Częściej przejawia się jej wpływ w ustępowaniu cięższych objawów zakażenia, w korzystnym zwrocie choroby i skróceniu jej przebiegu.

4) Surowica działa lepiej, o ile stosowaną bywa wcześniej i odrazu w większych dawkach (od 20—50 ctm. sz.); zastrzykiwania powtarzać trzeba co 12 godzin, a nawet częściej, a w miarę, jak ciepłota spadać zaczyna, te odstępy czasu można przedłużać, lecz zastrzykiwań w takich razach zaprzestawać nie należy przez 1—2 doby.

5) Dla oceny istotnej wartości leczniczej surowicy przeciw paciorkowcowej potrzebnym jest dokładne rozpoznanie bakteriologiczne rodzaju zakażenia; zaś do zastosowania jej leczniczego jest ono pożądanem, ale nie niezbędnem, bowiem nieobecność paciorkowców we krwi podczas badania nie wyklucza możliwości, iż zakażenie połogowe przez te pasorzyty zostało wywołane.

6) Seroterapia gorączki płożowej nie może być swoistą w ścisłym znaczeniu wyrazu z powodu wielopostaciowości pod względem etyologicznym i patogenetycznym samego cierpienia; z tego względu, teoretycznie rzecz biorąc, surowica wieloważna (t. z. polyvalens) okazać się powinna właściwszą i znaleźć szersze zastosowanie.

W dyskusji nad odczytem Jaworskiego:

Zaborowski wyraża się sceptycznie o wartości leczniczej surowicy przeciwpaciorkowcowej, uważa ilość przypadków, spostrzeganych przez prelegenta, za zbyt małą dla wyprowadzania jakichkolwiek wniosków, przypisuje dobre zejście w niektórych spostrzeżeniach prelegenta raczej leczeniu odkażającemu, miejscowemu, aniżeli surowicy, wreszcie zaznacza, że najcięższe postaci zakażenia płożowego przebiegają często pomyślnie bez wszelkiego leczenia.

Kucharzewski wspomina o badaniach swoich nad wpływem rozmaitych surowic leczniczych, a pomiędzy innymi i surowicy przeciwpaciorkowcowej na krew normalnego ustroju. Wstrzykując tę ostatnią królikom podskórnie w dawce od 0,5—5,0 gr. na kilo wagi, otrzymał następujące dane: ciepota oraz waga ciała nawet pod wpływem największych dawek surowicy żadnym zmianom nie ulega. Małe dawki surowicy na krew wpływu nie wywierają żadnego, natomiast większe zmniejszają nieco liczbę czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny i wywołują hyperleukocytozę, trwającą do 2—3 dni; na ciężar gatunkowy krwi surowica pozostaje bez wpływu. Wstrzymując się narazie od szerszych wniosków, mówca podziela najzupełniej zdanie Jaworskiego, że surowica przeciwpaciorkowcowa działa nieszkodliwie na ustrój zwierzęcy.

Pruszyński zarzuca dotychczasowym badaniom nad leczniczym wpływem surowicy omawianej zasadnicze wady w metodyce. W większości przypadków nie przeprowadzono wcale badania bakteriologicznego, a w razie stwierdzonej obecności paciorkowców nie określano stopnia ich zakaźności przez badania na zwierzętach.

Kijewski Fr. sądzi, że próby kliniczne powinny być przeprowadzane. Mówca sam w 2 przypadkach mógł stwierdzić dodatni wpływ surowicy na przebieg cierpienia. Wobec tego, że surowica, jak wykazują dotychczasowe badania, nie wywiera ujemnego wpływu na organizm, w każdym ciężkim przypadku posocznicy oprócz zabiegów chirurgicznych bez żadnej obawy stosowaną być winna surowica przeciwpaciorkowcowa.

Sawicki Br. uważa przedstawienie przez prelegenta kwestyi leczniczego działania surowicy omawianej za ważne i pożądane, pomimo niewielkiej przytoczonej przez prelegenta statystyki. Według mówcy, chodzić winno raczej o *jakość* obserwacji, aniżeli o *ilość* spostrzeganych przypadków. Na zasadzie doświadczenia własnego, sądzi S., że nie można odrzucać leczniczego działania surowicy a przeprowadzić należy dalsze próby. Mówca wzmiankuje o 2-ch przypadkach ciężkiej posocznicy (jeden z septycznym zapaleniem żyłaków, drugi, w którym sposoczeniu uległa część torbieli trzustkowej wielokomorowej, wszytej w jamę brzuszną), gdzie wszystkie środki zawodziły, a zastosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej wywołało

polepszenie i następnie wyzdrowienie chorych. W obu przypadkach otrzymano z ropy hodowlę paciorkowca. W jednym z tych przypadków wstrzyknięto w ciągu 19 dni 176 ccm. surowicy, w drugim (ropne zapalenie żył)—w ciągu 12 dni—320 ccm. W końcu S. wspomina o powikłaniach, jakie występować mogą przy stosowaniu surowicy (wysypka, obrzmienia wielu stawów, ropnie w miejscu zastrzykiwań).

Jaworski w odpowiedzi zaznacza, że w odczycie nie chodziło mu tyle o kazuistykę, ile o przedstawienie całokształtu seroterapii przeciwpaciorkowcowej.

Zaborowskiemu odpowiada, że mylną jest jego informacja, jakoby we Francji zaniechano stosowania surowicy; stosują ją powszechnie i nie tylko w gorączce połogowej, lecz również w róży, anginach mieszanych, bronchoneumoniach streptokokowych i t. d. Leczenie musiało być w niektórych przypadkach prelegenta skombinowane, bowiem poleganie na surowicy wtedy, kiedy w macicy pozostają resztki gnijącego łożyska, uważa mówca za niemożliwe; taką wyłączność seroterapii doradzać może Marmorek, który nie jest klinicystą.

Sawickiemu i Kijewskiemu J. odpowiada, że przytoczone przez nich przypadki istotnie zasługują na szczególną uwagę ze względu na to, że dowodzą niedostateczności w niektórych razach samych zabiegów chirurgicznych, które w ich przypadkach nie mogły spowodować spadku ciepłoty i powstrzymać postępowania się sprawy chorobowej, co nastąpiło dopiero po zastrzyknięciu surowicy.

Pruszyńskiemu odpowiada, że upustów krwi chorym i zastrzykiwania tej krwi zwierzętom w celu zbadania jadowitości w danym przypadku paciorkowców, a następnie dopiero stosowania seroterapii swoistej nikt dotąd nie przedsięwziął—i jest to, zdaniem mówcy, rzecz bardzo dalekiej przyszłości.

Wreszcie, J. zaznacza, że wnioski swe wyprowadza z wielkimi zastrzeżeniami.

*Posiedzenie d. 17 czerwca 1902 r.*

I. Zaborowski przedstawia preparat i chorą, której usunął metodą Doyen'a macicę oderwaną od pochwy i pękniętą w czasie porodu. Bezpośredni wskazaniem do zabiegu było krwawienie do wolnej jamy otrzewnej i alarmujący stan ogólny chorej. Krwawienia ani ocenić, ani opanować inaczej, jak drogą cięcia brzuszno nie było można. Macica pękła podczas 5-go z rzędu porodu (4 poprzednie operacyjne z powodu zwężonej miednicy), w godzinę po odejściu wód płodowych. Wtedy chorą rozwiązano zaraz operacyjnie przez pochwę, a w trzy godziny później Z. przystąpił do laparotomii. Po zatrzymaniu krwawienia przez podwiązanie art. uterina, wobec zawartości jamy otrzewnej nie zupełnie pewnej pod względem aseptycznym (pęknięcie z lewej strony w części pochwowej przepuszczało z łatwością 3 palce, drążyło głęboko do tkanki łącznej i stykało się z otworem widocznym od strony otrzewnej), dalej—wobec znacznych wylewów krwawych do więzów szerokich, które, podobnie jak otrzewną,

wypadało drenować workami Mikulicza (a te ostatnie groziły ciężko pracującej kobiecie przepukliną), wreszcie, wobec niepewnej sprawności narządu na przyszłość, Z. zdecydował się macię usunąć zupełnie i zastosował przytem po raz pierwszy sposób Doyen'a, używany powszechnie przy usuwaniu wielkich włókniaków. Sposób zastosowany w powyższym przypadku po raz pierwszy z powodu porodowego pęknięcia macicy, uważa Z. za lepszy, niż inne, używane dotychczas. Trwa krótko (a Z trwał 23 minuty), oddzielanie macicy od więzów na tępo pociąga mniejsze krwawienie. Zasztyta zupełnie ściana brzuszna mniej skłonna jest w przyszłości do przepuklin, występujących po worku Mikulicza i wszywaniu części pochwowych w ranę brzucha. Za zabiegi jedynie racjonalne przy pęknięciach macicy Z. uważa w przypadkach pęknięcia zupełnego, t. j. drażącego i krwawiącego do otrzewn laparotomię, bezpośrednie opatrzenie i wydrenowanie rany ze względem zachowaniem lub usunięciem macicy. Zaś w przypadkach, w których otrzewna pozostała nietkniętą, uważa Z. za racjonalne cięcie zewnątrzotrzewnowe Bandenhener'a (sposób wypróbowany i zalecany przez K r a j e w s k i e g o) lub otwarcie jednego ze sklepień pochwy, o ile droga ta wystarczy do opanowania krwawienia.

II. B. R. G e p n e r przedstawił chorego z mięsakiem dolnej powieki, w postaci guza wielkości małego laskowego orzecha, czerwonego, w fałdzie przejściowej dolnej, tuż pod rogówką. Drugi mniejszy, melanotyczny guz znajduje się ku wewnątrz od pierwszego, trzeci nie melanotyczny, wiszący na nóżce, na brzegu tarsus powieki górnej, prócz tego liczne mniejsze lub większe plamy melanotyczne na łącznicy powiek, na fałdzie półksiężycowej i na białkównce. Rozwinęło się to wszystko z wrodzonego *naevus telangiectodes*,

III. Jau Piltz wygłosił odczyt p. t. „O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenicy w przebiegu organicznych chorób nerwowych“.

Po krótkim wstępie historycznym Piltz w I części swego odczytu opisał najróżnorodniejsze zniekształcenia źrenicy i zmiany w ustawieniu samej źrenicy, jakie spostrzegał w przebiegu *paralysis progressiva*, *tabes dorsalis*, *lues cerebro-spinalis* i *katatonii*. P. przypisuje nieregularności źrenicy duże znaczenie rozpoznawcze, wobec tego, że napotykał je czasami jako przejaw początkowy odruchowej nieruchomości źrenicy na światło.

W II-iej części odczytu Piltz przedstawił wyniki własnych badań doświadczalnych, które dokonywał na królikach, psach i kotach przy pomocy metody następującej: drażnił prądem indukcyjnym oddzielne gałązki krótkiego i długiego nerwu rzęskowego (n. *ciliares breves et longi*), Piltz otrzymywał częściowe kurczenie lub rozszerzanie się źrenicy, a przy kombinacji podrażnień niektórych gałązek n. *ciliares breves* i niektórych gałązek *nervi ciliares longi* mógł wywołać zmianę w położeniu całej źrenicy i zmiany i w jej konturach, dające się zaobserwować klinicznie.

Wyniki badań prelegenta: 1) patologiczne zmiany w konturze źrenicy są objawem często spotykanym w *paralysis progressiva*, *tabes*

dorsalis, lues cerebro-spinalis, czasami zaś i w przebiegu innych chorób nerwowych i umysłowych (objaw nierównomiernego oddziaływania oddzielnych części tęczówki spotykamy np. również i w przypadkach katatonii)—zaś u ludzi zdrowych widzimy te objawy tylko w razach wyjątkowych; 2) wobec tego, że doświadczalnie na zwierzętach, drażniąc oddzielne gałązki długich i krótkich nerwów rzęskowych, otrzymujemy zmiany, odpowiadające zmianom, spostrzeganym klinicznie, to należy przypuszczać, że ostatnie nie są niczem innym, jak stanami podrażnienia, niedowładu lub porażenia częściowego tęczówki, w zależności od zmian patologicznych w oddzielnych gałązkach długich lub krótkich nerwów rzęskowych, a właściwie w ich ośrodkach.

W dyskusyi nad odczytem *Prezes* na podstawie własnego doświadczenia potwierdza wywody prelegenta, podnosi znaczenie rozpoznawcze pomienionych objawów źrenicowych i wyraża przekonanie, że nierówność konturów źrenicy zależną jest najpewniej od zaniku odpowiednich komórek w ośrodkach nerwu okoruchowego.

*M. Bornstein.*

## VII. XII Zjazd Chirurgów Polskich w Krakowie.

W dniu 14 lipca r. b. uczestnicy zjazdu, w liczbie około 70, zebraли się w sali wykładowej kliniki chirurgicznej uniw. Jagiellońskiego o g. 8-ej rano. W zastępstwie prof. *Kadera* oprowadzał i pokazywał klinikę doc. *Chlumsky*. Wkrótce przybył prof. *Kader* i pokazał dorobek świeży—sale ortopedyczne i do mięsienia, pracownię—chemiczną i bakteriologiczną, muzeum; w suterrenach—gipsownię ortopedyczną. Niestety, wszystko to, czem lśni dzisiejsza klinika krakowska, co postawiło ją na jednym poziomie z najpierwszemi klinikami europejskimi, wzięte jest od dostawców na kredyt; rząd nie chce za to płacić—więc prof. *Kaderowi* zafantowano pensję i ruchomości, ale srogi i energiczny ten litwin dobrej miny nie traci i twierdzi, że i z tem uporać się potrafi.

O g. 9 rano rektor *Rydygier*, stały Prezes Zjazdów, we wstępnem przemówieniu zaznaczył, że Zjazdy rozwijają się pomyślnie, liczba uczestników i prac z roku na rok się zwiększa, że w tym roku ministeryum wojny pozwoliło lekarzom wojskowym oficjalnie uczestniczyć w Zjazdach. Na zastępcę p. rektor proponuje prof. *Kadera*, na prezesa honorowych Zjazdu dr. *Szuman*a z Torunia, prof. *Ziemickiego* ze Lwowa i dr. *Sawickiego* Br. z Warszawy. Kasjerem zostaje nadal prof. *Trzebicki*, sekretarzem doc. *Bossowski*.

Docentowi *Bossowskiemu* rektor *Rydygier* w imieniu uczestników składa podziękowanie za pięknie opracowane sprawozdanie z XI Zjazdu, jednocześnie zaś zwraca się do uczestników z prośbą, by nadsyłali swoje prace do sprawozdania najpóźniej przed Nowym Rokiem. Nad kwestyą drukowania prac w Przeglądzie Chirurgicznym i nie wydawania zjazdowej książki własnym sumptem uczestnicy przeszli do porządku dziennego.

Szereg zapowiadanych wykładów w liczbie 60 rozpoczął

1. prof. Kostanecki. O t. zw. *densensus testicularum*. Godzinnym blisko wykładem, wypowiedzianym jasno i pięknie, ugościł uczestników ten mówca z Bożej łaski, dowiódł chwiejności zasad, na których opierał się dawny pogląd na rolę gubernaculum Hunteri w zstępowaniu jąder do moszny i, opierając się na badaniach Bramana, Klatsch'a, Frankl'a i swoich dochodzi do wniosku, że 1) najważniejszą odgrywa rolę w tej sprawie t. zw. *conus inguinalis* 2) we właściwym sensie niema żadnego *descensus* wskutek skracania się lub zaniku gubernaculum Hunteri, *conus* mocno przytrzymuje jądro i wówczas, gdy inne tkanki rosną i powiększają się w swoich wymiarach, jądro, mocno przytrzymane, pozostaje się w tem miejscu, gdzie znajdowało się w 3—4 miesiącu życia zarodka i w ten sposób ostatecznie znajdujemy je w mosznie.

2. Po tym ciekawym i pouczającym wykładzie zabrał głos prof. Trzebicki w sprawie *chirurgicznego leczenia chłoniaków na szyi*.

Jest to choroba przeważnie wieku dziecięcego, np. w Szwajcaryi 6% na nią zapada, najczęściej chłoniaki umiejscowione są na szyi (88% wszystkich przypadków). Wyleczenie następuje częstokroć samoistnie drogą wessania, otorbienia, zropienia, lub zwapnienia (Virchow).

Co do niebezpieczeństwa, jakie grozi choremu z powodu chłoniaków, to już ta pewność, że przyczyną ich jest gruźlica mimo dobrego nieraz wyglądu chorego, zawsze wzbudza w nas obawę co do dalszych losów chorego i, chociaż Mohr dowiódł, że siła zarazkowa, zawarta w chłoniakach jest słabsza od płwocinowej, to jednak dane statystyczne wskazują, że po upływie  $\frac{1}{2}$ —1 roku 33,5% chorych zapada na gruźlicę płuc (Trélat). Do gruczołów pętlki dostają się z jamy ustnej i migdałków. Kąpielowi lekarze są za leczeniem zachowawczem—solanka, morski klimat przy koniecznem dobrem odżywianiu i przestrzeganiu zasad higieny; nie zawsze jednak z powodu warunków pieniężnych, lub daleko posuniętego okresu cierpienia możliwe jest leczenie zachowawcze, w tych więc co najmniej przypadkach należy stosować leczenie operacyjne. Bergmann wprawdzie kilkanaście lat temu wygłosił zdanie, że doszczętne wyluszczenie chłoniaków jest utopią, że należy wyluszczać u dzieci tylko łatwo dostępne, pojedyncze, ruchome chłoniaki; mimo to Blass, który zebrał dane szczegółowe o 227 przypadkach, leczonych na drodze operacyjnej, podaje 53,2% zupełnego wyleczenia; z pomiędzy 20 operowanych, dotkniętych gruźlicą płuc, 16 wyzdrowiało zupełnie. Autor w okresie 1891—1901 r. wykonał zabieg operacyjny 860 razy u 822 chorych; przy układaniu statystyki uwzględnił przypadki do 1898 roku, zdołał zebrać dokładne mniej więcej dane od 175 operowanych, z tych 101 wyzdrowiało, u 15 wznova miejscowa, u 19 gruźlica płuc i niezdolność do pracy, 40 zmarło. Na wyniki pooperacyjne ogromny wpływ ma stan majątkowy; w statystyce autora 19-stu z gruźlicą następczą płuc i 40-stu zmarłych—to wszystko biedacy. Odsetka wyzdrowień 57,7% zbliża się do podanej przez Blass'a.



Co do techniki operacyjnej to jedni, jak Dollinger w celach kosmetycznych robią cięcia małe, na miejscach uwłosionych i prawie po omacku zdala wyluszczają chłoniaki, inni robią cięcia duże, a rany nie zaszywają, gojąc ją per secundam; później dopiero po zagojeniu można bliźnę wyciąć i nałożyć szew. Autor operuje doszczętnie, robi tyle i takie cięcia, by mieć łatwy dostęp do chłoniaków, unika podwiązki żyły jarzmowej. Stara się ją oszczędzać, zaznacza wreszcie, że chorzy ci uspienie chloroformowe wogóle znoszą źle.

W dyskusji zabierali głos:

Szuman (Toruń) przypuszcza, że odsetka wyzdrowień po operacji jest wyższą po nad podany 58%, sposób Dollinger'a uważa za karygodny.

Bogdanik (Biała). Najłatwiej operować chłoniaki przerosłe, trudniej zserowaciałe, lub zropiałe. W przypadkach, gdzie stosowano leczenie miejscowe, maść, jodynę i t. d., rozwija się peradenitis, która znakomicie utrudnia przebieg operacji.

Kryński (Warszawa). Kładzie nacisk na konieczność wypreparowania uprzednio pęczka naczyniowego, szczególnie w przypadkach trudnych, ułatwia to i czyni łatwym cały zabieg.

Bossowski (Kraków). Wypowiada się za doszczętną operacją u dzieci. Operował 200 razy i miał 50% wyzdrowień. Zaznacza możliwość gruźlicy prosówkowej po operacji.

Szuman potwierdza zdanie Bogdanika.

Sawicki Br. (Warszawa). W przypadkach lżejszych (mało i mało chłoniaki) u bogatych stosuje leczenie zachowawcze, biednych—operuje. Mimo 2—3 krotnych nawrotów ostatecznie udaje się otrzymać dobre wyniki. Nie operuje chorych wyniszczonych, lub takich, u których proces przebiega gwałtownie z gorączką, tacy giną od chloroformu, gruźlicy danych narządów i t. d. Kładzie nacisk na potrzebę budowania odpowiednich uzdrowisk dla chorych na chłoniaki gruźlicze.

Miezkowski (Poznań) wspomina o 3 przypadkach gruźlicy prosówkowej na 17 dzień po operacji (klin. Czerny'ego).

Horczyński (Kraków). Operuje tylko te przypadki, gdzie chłoniaki wyczuwa się jako jedną prawie całość, rozsianych nie operuje, dla takich uważa za odpowiednie leczenie zachowawcze na wsi.

Kader (Kraków) zgadza się z Horczyńskim i w tych przypadkach stosuje tylko przylepiec rtęciowy. Zaleca technikę Doyen'a, szybko dąży do żyły jarzmowej, podwiązuje ją, lub oddziela i wyluszcza szybko gruczoły ku górze, wogóle kładzie nacisk na potrzebę szybkiego operowania.

Rydygier. Chętniej operował dawniej, niż obecnie; na wskazanie wpływa zamożność chorego i jego stan ogólny, szczególnie zaś obciążenie dziedziczne. Dobre wyniki daje leczenie w Rabce, Rymańowie, Iwoniczu. Cięcia robi rozległe, dąży najpierw do wielkich naczyń.

3. Po wyczerpaniu dyskusji zabrał głos p. Sołowij ze Lwowa: *Leczenie operacyjne raka macicy.*

Po wstępie historycznym, autor poddaje krytyce rozmaite sposoby operacyjne. Z powodu złych wyników po Schroederowskiej operacji zaczęto częściej operować przez pochwę, dla tego sposobu. Chrobak podaje 5,6% śmiertelności, inni 5%, trwałych jednak wyliczeń liczą zaledwie 25%, nastąpił więc znowu zwrot ku operacji Freund'a z doszczętnem usuwaniem gruczołów etc., Winter podaje dla tej operacji 24% śmiertelności (124 przypadki), Wertheim 38%. Autor jest zwolennikiem operowania przez pochwę, kładzie nacisk na dokładne przygotowanie chorej do operacji, aseptykę macicy, oczyszczenie kanału pokarmowego, wczesne rozpoznanie i operowanie zgodnie ze zdaniem Winter'a, który mówi, że dobre wyniki daje nie rozległa, lecz wczesna operacja.

Rak szyi ze względu na obfitość naczyń należy do najniebezpieczniejszych. Gdzie rak wykroczył po za trzon macicy, tam należy ograniczyć się do zabiegów paliatywnych (żegadło Paquelin'a, łyżeczowanie, formalina i t. p.). Co do techniki uważa ligatury za lepsze, niż klamry.

Rydygier zgadza się z wnioskami autora.

Kryński jest przeciwny rozcinananiu macicy, z obawy przezszezczenia raka; guzy te należy wyluszczać in toto.

Ziembicki zaznacza, że przy wprawie klamry oddają znakomite usługi, co do sposobu wyluszczenia — woli rozkawałkować macicę, niż operować przez powłoki brzuszne.

Sawicki (Warszawa) lubi ligatury, klamry stosuje bardzo rzadko. Spostrzegął przy zaciskadłach Doyen'a 2 razy krwotoki następce.

W dalszym ciągu podnoszono sposób operowania Kraske'go, zaznaczano, że krwotoki po klamrach są rzadkie, a zgorzeli kiszki można uniknąć, zakładając po za nie gazę.

Wojciechowskiemu w 2 przypadkach pękły klamry.

Szuman. Wogóle podwiązuje naczynia; w przypadkach, gdzie dostęp ma utrudniony, i dzisiaj jeszcze ucieka się do klamer; w jednym przypadku po zdjęciu klamer miał peritonitis septica.

Ziembicki odpowiada Szumanowi, że klamry w chirurgii macicy to postęp, a nie nien umiejętność nakładania ligatur.

Czwarty z kolei zabrał głos Bogdanik.

4. *O urazowym pęknięciu kiszki grubej.* Spostrzegął przypadek pęknięcia colonis descendentis w pobliżu S. Romanum po tępych urazach brzucha bez zranienia powłok brzusznych, chory zmarł w 14 godzin po wypadku. Zastanawiając się nad objawami, zaznacza, że stan danego chorego był po wypadku całkiem dobry, że nawet objawu, wskazanego przez Berg'a (wymioty kałowo-żółciowe), nie było, że rozpoznanie wogóle jest trudne, operować należy jednak nawet w przypadkach wątpliwych, gdyż w razie pęknięcia kiszki, bez operacji chorzy giną bezwarunkowo, wcześniej wykonany zabieg chirurgiczny ratuje.

Prof. Ziembicki po za peritonizmem przypisuje bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze skurczowi mięśni brzusznych.

A. Zawadzki (Warszawa) zwraca uwagę na wczesne zniknięcie stępienia wątroby w razie pęknięcia kiszki.

Rydygier kładzie nacisk na rodzaj i szybkość tętna, woli wykonać laparotomię rozpoznawczą, niż wyczekiwać.

Krassowski zwraca uwagę na szybko występujące zwolnienie tętna.

*D. c. n.*

*Aleksander Zawadzki.*

## VIII. BIBLIOGRAFIA.

**Choroby narządu słuchowego.** Podręcznik dla lekarzy i studentów. Napisał d-r med. Teodor Heiman. Z 161 rysunkami w tekście. Warszawa. 1902. Wydane z udziałem zapomogi kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym imienia d-ra J. Mianowskiego.

Jedna z luk naszego piśmiennictwa wypełniona została przez d-ra T. Heimana, autora bardzo licznych, drukowanych w czasopiśmiech lekarskich prac z dziedziny chorób narządu słuchowego. Autor wydał podręcznik chorób narządu słuchowego i, jak sam w przedmowie zaznacza, dzieło jego jest właściwie pierwszym u nas podręcznikiem oryginalnym chorób ucha, gdyż, choć już w r. 1868 D-r Br. Taczanowski wydał po polsku krótki podręcznik otyatrii, praca ta jednak była tylko skróconą kompilacją jednego z dawniejszych wydań dzieła Tröltseh'a i obecnie nie odpowiada dzisiejszym wymaganiom naukowym.

Zasluga d-r Heimana polega przede wszystkim na tem, że praca jego dotyczy działu medycyny, który u nas w wykładach klinicznych jest traktowany po macoszemu.

Jak każdy podręcznik, i praca d-ra Heimana jest kompilacją. Autor posiłkował się podręcznikami Schwartze'go, Politzer'a, Urbantschitsch'a i Jacobson'a od których wiele zapożyczył.

Praca d-ra Heimana składa się z 2 części: ogólnej i szczegółowej. 10 rozdziałów części ogólnej poświęcił autor omówieniu historii przedmiotu, znaczenia i ważności chorób ucha, anatomii i fizjologii ucha zewnętrznego i środkowego, ucha wewnętrznego, błędnika usznego; następnie opisał sposoby fizykalnego badania narządu słuchowego, objawy ogólne, przyczyny, częstość, rozpoznanie i rokowanie, leczenie ogólne, higienę ucha i technikę badania pośmiertnego ucha.

W części szczegółowej autor omawia w 12 rozdziałach: choroby ucha zewnętrznego (choroby muszli usznej, przewodu słuchowego zewnętrznego), choroby ucha środkowego (choroby błony bębenkowej, trąbki Eustachiusza, jamy bębenkowej), następstwa spraw ropnych ucha środkowego, nowotwory i nerwice jamy bębenkowej, choroby wyrostka sutkowego, choroby ucha wewnętrznego, głuchoniemotę, o związku między chorobami narządu słuchowego a chorobami całego ustroju i pojedynczych jego narządów. Oddzielny rozdział (XXII)

poświęcił autor omówieniu znaczenia chorób narządu słuchowego dla służby wojskowej, pod względem sądowo-lekarskim, dla ubezpieczenia na życie i dla służby na kolejach żelaznych. Wreszcie, w oddzielnym rozdziale (XXIII) autor w krótkości opracował choroby nosa i jamy nosogardzielowej.

Jak widać z przytoczonej treści podręcznika d-ra Heimana, mamy przed sobą pracę obszerną, w której autor chciał dać czytelnikowi całokształt dzisiejszego stanu nauki o chorobach narządu słuchowego.

Pojedyncze rozdziały są opracowane niejednakowo.

Bardzo obszernie opracował autor rozdział, w którym traktuje o następstwach spraw ropnych ucha środkowego, jak również i rozdziały: o chorobach wyrostka sutkowego i o głuchoniemocie, w których autor podaje swe wskazówki co do wniosków w tych sprawach. Nie mniej ważne wskazówki autora mamy i w rozdziale o znaczeniu chorób narządu słuchowego dla służby wojskowej pod względem sądowo-lekarskim, dla ubezpieczenia na życie i dla służby na kolejach żelaznych.

Podręcznik jest napisany miejscami, być może, za rozwlekle; opisy operacji nie zawsze są jasne. Wogóle, styl podręcznika nie jest jednolity.

Język bardzo często razi wyrażeniami i zwrotami niezgodnymi z zasadami języka polskiego.

Usterki te łatwo dostrzeże czytelnik.

Praca d-ra Heimana ma przedewszystkiem wartość dla tych lekarzy i studentów, którzy nie znają obcych języków. Książka zawiera 161 rysunków w tekście, z tych tylko kilka jest oryginalnych; reszta rysunków jest zapożyczona od różnych autorów.

*Aug. Łogucki.*

D-r P. G. Unna. **Terapia ogólna chorób skóry.** Przekład z niem. D-rów J. Grabowskiego i H. Żukowskiego. War. 1902.

Jakkolwiek F. Hebra i jego znakomici następcy postawili naukę o chorobach skóry na stanowisku, odpowiadającym zupełnie rozwojowi pozostałych gałęzi nauk medycznych, to jednak samo leczenie chorób skóry, aczkolwiek również postępowało w swoim rozwoju, nie miało jednak do niedawna trwałych podstaw, było przeważnie empiryczne. Opisy działania leków na skórę, podawane w farmakologiach, służącym nam dotąd za podręczniki, są bardzo pobieżne i pozbawione oceny krytycznej.

Jeżeli braki powyższe uczuwać się dawały bardzo dotkliwie lekarzom, zajmującym się wyłącznie leczeniem chorób skórnych, to tem więcej cierpiał na tem ogół kolegów, pozbawiony podstawowych zasad leczenia tychże chorób, opartych na danych anatomicznych, fizjologicznych i patologicznych.

Wydana niedawno praca D-r P. G. Unny jest właśnie podręcznikiem, mającym na celu zaznajomienie nas z leczeniem ogólnem chorób skóry, opartem na podstawie powyższych zasad.

We wstępie pracy swej autor zaznacza, że terapia ogólna chorób skóry, w ścisłym naukowym znaczeniu, powinna poszukiwać praw, a przynajmniej prawideł, i na drodze indukcyjnej wykazać je w stałych stosunkach oddzielnych środków i sposobów leczenia do stale napotykaných poszczególných pierwiastków anatomicznych i narządów skóry, do różnych jej czynności fizyologicznych, wreszcie do jej stanów i spraw patologicznych.

Dokładne poznanie wyliczonych czynników jest w stanie wykazać nam, jaki istnieje związek przyczynowy pomiędzy środkiem leczniczym a chorobą.

Podług autora, tylko wyniki takiej nauki, która początkowo nie uwzględnia poszczególných chorób, lecz rozwija się w dziedzinie sposobów leczenia czysto doświadczalnych, zestawionych systematycznie, mogą złożyć się na treść terapii ogólnej. — Otrzymane powyższym sposobem wyniki z pojedynczych wypadków pozwolą na wyprowadzenie wniosków, które zamienią empiryczną czynność leczniczą na czysto naukową.

Ponieważ tak pojmowane zabiegi lecznicze, mające na celu usuwanie objawów choroby, są wskazaniami, przyjmowany zatem przez autora system jest systemem wskazań, pod które podciągane są częstokroć nie powiązane pomiędzy sobą środki do usuwania tych samých objawów i przy nich wymieniane są choroby, w których głównie się zdarza stawianie odpowiedniego wskazania.

W usystematyzowaniu wskazań autor nie trzyma się fizyologicznych czynności skóry, ponieważ na najważniejsze z nich zabiegi lecznicze wpływu nie wywierają. Nie opiera również wskazań na objawach patologicznych, gdyż pojęcie ich kliniczne jest nie ustalone; system, którego trzyma się autor, jest anatomiczny.

W wykonaniu tak nakreślonego przez siebie planu autor omawia najpierw rozmaite wpływy i środki, działające na całą skórę, później na warstwy: rogową, koleczastą i przydatki naskórka. Następnie, trzecią grupę obejmują wskazania dla skóry właściwej i tkanki łącznej podskórnej.

W poszczególnym opisie działania każdego czynnika na skórę znajdujemy wyjaśnienie zmian chemicznych, jeżeli przytem ulega im dany środek i tkanka, na którą tenże działa; wyjaśnienie objawów fizyologicznych, występujących pod wpływem powyższego działania i oddziaływanie tychże na stany patologiczne skóry.

Wielkie bogactwo treści, zawartej w omawianej pracy Unn'y, nie pozwala nawet na pobieżny rozbiór każdego z oddzielnych oddziałoń; książkę tą należy samemu przeczytać od początku do końca.

Jakkolwiek cenna ta praca wyszła w oryginale przed kilkoma laty, w niczem jednak nie straciła dotąd wysokiej swej wartości; książka ta powinna znajdować się na stole każdego lekarza, a tłumaczom za ich mozolną pracę należy się rzetelne uznanie.

*J. Wojciechowski.*

# KRONIKA BIEŻĄCA.

*Dnia 1 września 1902 r.*

(HO) W grudniu roku bieżącego (od dnia 19 do 23) odbędzie się w Kairze pierwszy *egipski zjazd lekarzy*.

Ustępstwa, jakie na cenie biletów mają dać pierwszorzędne kompanie okrętowe, dotąd nie są jeszcze określone.

Bezpośrednio po ukończeniu prac zjazdowych rozpoczną się wycieczki po Kairze i okolicach. Komitet miejscowy ułożył program po cenie około 97 fr. 50 c., w czem objęte są koszta powozów, osłów, przewodników, wejścia na piramidy i t. p.

1-szy dzień (rano) zwiedzenie cytadeli, moszei sułtanów Hasana i Mohamed-Aly (po południu) stary Kair, kościół Koptów, wyspa Rhodes (gdzie był znaleziony Mojżesz) moszeja d'Amron (jeżeli wypadnie to w piątek—można będzie być obecnym przy modlitwie derwiszów).

2-gi dzień. Piramidy Ghizeh, Sfinks, świątynia sfinksa (śniadanie), inne świątynie. Po powrocie muzeum egipskie.

3-ci d. Matariel (drzewo dziewicy), Héliopolis obelisk. park strusi, (po obiedzie) na osłach do grobu kalifów, las skamieniały, powrót przez Mokattam, z kądem najpiękniejszy widok na Nil.

4-ty d. Wycieczka do Sakkara (15 mil Nilem) statkiem do Bedrachen, na osłach do Memphis i do piramid w Sakkara. Grób Apisa, Miry, Ti.

Dla chcących zwiedzić Górny Egipt towarzystwo Thos, Cooki S-ka daje ustępstwo 50%. Statki wycieczkowe (dnia 30 grudnia) (kurs tygodniowy) zabiorą turystów po 25 funtów szterlingów. Statki nadzwyczajne (express), wychodzące 27 i 30 grudnia oraz 3 stycznia (kurs 19 dni), będą przyjmować pasażerów po 14 funtów i 10 szyl. W cenę tę wchodzi koszt utrzymania w hotelach Luxorn i Assnena (zwykle ceny te są 50 i 21 funtów).

Dla tych członków, którzy by chcieli odbyć tę drogę pospieszniej—sporządził komitet następującą marszrutę kolejną: wyjazd z Kairu wieczorem o g. 6<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, przybycie do Luxorn rano o 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub>.

1-szy dzień. Wycieczka do Teb, groby królewskie Deinel-Bakri, Ramses, Mediac, Abon, królowej Hatason.

2-gi dzień. Świątynia Karanku i Luxorn. O 11.20 wyjazd do Assuban, przybycie o g. 6,30 (w.)

3-ci i 4-ty dzień. Wycieczka do Philae, pierwsza katarakta. Zwiedzenie, na osłach, sanatorium, wycieczka łódką wokół wyspy Elefantiny. Postój w hotelach Karnak w Luxor, a w Assnannie w hotelu Katarakty i Wielkim.

Cena obejmująca wszystko (kolej 1 kl.), 2 dni w Luxor, dwa w Assnannie około 126 fr. 75, druga 92 fr. 50 (koszta kolei z 50% ustępstwa).

Na czas pobytu w Kairze komitet otrzymał następujące ceny w hotelach.

Continental—około 20 fr., Savoy—22,50., d'Angleterr—17,50, Shepards h.—20, Gheziret Palace h.—20 fr. (stanowi to 25% ustępstwa), Eden-Palace h.—10 fr. (cena specjalna dla uczestników), H. Nilu—12 fr. 50, Bristol—10 fr.

Panie towarzyszące nie potrzebują opłacać składki członka.

Będą urządzone zabawy i festyny dla członków uczestników i ich rodzin.

Przewodnictwo w komitecie narodowym francuskim zjazdu egipskiego objął prof. Lannelongue i do niego należy zwracać się o wyjaśnienia. (Journal des praticiens 17. 1902).

—d— W letniem półroczu r. 1902 było w ośmiu uniwersytetach austriackich, t. j. bez krajów korony węgierskiej 16584 uczniów, z czego na medyków przypada 2470. Kobiet uczęszczało na wydział lekarski w Pradze 2, w Krakowie 9. W uniwersytecie krakowskim było 139 uczniów i uczennic (z nich tylko 76 uczniów zwyczajnych), we Lwowie 90 uczniów wydziału lekarskiego.

—w— Société Belge de Chirurgie zwróciła się do nas z prośbą o podanie do wiadomości ogółu chirurgów, że w r. b. w Brukselli w dniach 8, 9 i 10 września odbędzie się doroczny kongres belgijskich chirurgów. Prezes tego kongresu D-r Ch. Willem's uprasza Chirurgów wszystkich krajów o przybycie na wzmiankowany zjazd celem odbycia narad w sprawie założenia projektowanego przezeń *międzynarodowego Towarzystwa Chirurgów*.

Na kongresie w r. b. przedysputowane będą 3 tematy:

1. Leczenie appendicitidis. Referenci: A. Broca (Paryż), A. Gallet (Bruksella), C. Roux (Lozanna) i Sonnenburg (Berlin).
2. Leczenie złamań. Referenci: A. Depage (Bruksella), Rottschild (Frankfurt), Th. Tuffier (Paryż).
3. Aseptyka operacyjna odnośnie do przygotowania rąk, pola operacyjnego, materiału opatrunkowego i do szycia. Referent: Walravens (Bruksella).

Życzący sobie przyjąć udział we wzmiankowanym kongresie zechcą zgłaszać się do prezesa D-ra Ch. Willem's'a, lub do sekretarza D-ra H. Verneuil'a. (Rue Royale, 310).

—w— 2-i międzynarodowy kongres dla elektroterapii i radiografii odbędzie się w Bernie 1—6 września r. b.

—w— Międzynarodowy kongres dla zwalczania gruźlicy odbędzie się w r. 1904-ym w Ameryce w St. Louis.

—w— 2-i międzynarodowy kongres dla zapobiegania syfilisowi i chorobom wenerycznym odbędzie się w Brukselli dnia 1—6 września r. b.

—w— W Antwerpii od 1 do 7 września r. b. odbywać się będzie międzynarodowy kongres dla pielęgnowania obłąkanych, zwłaszcza dla rodzinnej opieki nad obłąkanymi.

—w— IV międzynarodowy Kongres ginekologów i akuszerów odbędzie się w Rzymie 15—21 Września r. b.

—w— Rząd Włoski zawiadomił wszystkie państwa, że na przyszłość Włosi nie będą przyjmować udziału w tych wszystkich zjazdach międzynarodowych, na których i językowi włoskiemu nie będą przyznane prawa języka wykładowego.

—w— W październiku r. b. zacznie wychodzić w Petersburgu miesięcznik popularny p. t.: „Przemysł i zdrowie“. Ma to być organ higieny zawodowej oraz prawodawstwa fabrycznego i sanitarnego. Wychodzić będzie pod redakcją D-ra A. P o g o ż e w'a. (B. G. Botk. 31.)

—w— Na kolejach państwowych w Prusach zaprowadzone będą wagony lekarskie, składające się z 2 pomieszczeń: jedno przeznaczone będzie dla dokonywania w niem opatrunków i nie cierpiących zwłoki operacji; drugie — przeznaczone będzie dla rannych; w pomieszczeniu tem będzie się mogło znajdować 8 rannych w pozycji leżącej i 4 w pozycji siedzącej. (W. M. W. 29.)

—w— Celem ograniczenia partactwa lekarskiego w Niemczech, rozkazem ministeryalnym z dnia 28 czerwca r. b. nakazano, by osoby, nie uprawnione do tego, a trudniące się zawodowo leczeniem, obowiązkowo zawiadומowały o tem lekarza powiatowego. Zarządzenie to ma na celu możność rozciągnięcia nad partaczami należytego nadzoru.

—w— W departamencie Finistère prefekt zabronił kupcom zawierania produktów spożywczych w papier już używany (w stare pisma, w kajety i t. d.)

—w— Prof. Max Gruber został powołany z Wiednia do Monachium.

—w— W Anglii coraz częściej spotyka się w handlu mleko podbarwione (najczęściej zapomocą methyloorange). Podbarwianie mleka barwnikami anilinowymi ma na celu nadanie mleku wyglądu mleka, obfitującego w śmietankę. (R. Wr. 23.)

—w— Kol. Augustyn Łogucki, współpracownik naszego pisma, mianowany został ordynatorem nadetatowym szpitala S-go Ducha.

—w— Naczelnym lekarzem szpitala starozakonnych w miejsce ustępującego kol. Zygmunta K r a m s z t y k a mianowano kol. Jakóba S z w a j c e r a, dotychczasowego naczelnego lekarza szpitala (zapasowego) S-go Stanisława.

—w— Karol Binz, profesor farmakologii w Bonn, obchodził 1 lipca 70-letnią rocznicę urodzin.

—w— Rektorem uniwersytetu w Bernie został prof. Kocher.

—w— Prof. Schweninger (ongi lekarz Bismarka), który dotychczas był dyrektorem oddziału chorób skórnych w szpitalu Charité w Berlinie, ustąpił z zajmowanego stanowiska i mianowany został profesorem historii medycyny. Z tego powodu pisma lekarskie niemieckie zamieszczają o prof. Schweningerze nadzwyczaj niepoehlebne wzmianki. „Berlin Klin. Woch“ w Nr. 30 pisze: „Szerokie koła są niezmiernie zdziwione mianowaniem na stanowisko profesora historii medycyny D-ra Schweninger'a, którego prace naukowe w tej dziedzinie są nam nieznane i który stoi poza obrębem naukowej medycyny. Widocznie przykładano do tego bardzo wielką wagę, by uwolnić katedrę chorób skórnych od tego „badacza“. Zresztą, spo-



dziewać się należy, że na wykłady Schweninger'a z historii medycyny będzie uczęszczać również tak dużo, lub również tak mało słuchaczy, jak dotychczas na wykłady w prowadzonej przezeń klinice chorób skórnych". Katedrę chorób skórnych zawdzięczał Schweninger Bismarkowi.

—*w*— W stanie New-Jersey wyznaczono 10000 dolarów na walkę z komarami w mieście Elizabeth,—a stan New-York również na cele walki z komarami wyznaczył 50000 Franków.

—*w*— Władze policyjne w Sewastopolu nakazały mieszkańcom tępienie szczurów, będących, jak wiadomo, głównymi roznośicielami dżumy.

—*w*— W Elizawetgradzie mianowano lekarzem gimnazjum żeńskiego kobietę — lekarza z pensją rubli 500 rocznie. Nadto za wykłady higieny pobierać ona będzie rubli 400 rocznie.

—*w*— Komitet dla uczczenia 80-ej rocznicy urodzin prof. Rudolfa Virchow'a zebrał 53652,15 Marek na założenie fundacji imienia Virchow'a.

—*w*— Komitet, powołany przez króla angielskiego, do budowy sanatorium dla suchotników, z pomiędzy 180 nadesłanych prac przyznał 1-szą nagrodę pracy D-ra Ar. Latham'a i budowniczego Will. West'a (z Londynu), 2-ą—pracy D-ra F. Wethered'a i budowniczych La wet. Allen (z Londynu), 3-cią—pracy D-ra E. Morland'a i budowniczego G. Morland'a (z Croydon). Nadto zaszczytną wzmianką odznaczono prace: 1. D-ra P. Hichens'a (z Northampton) i budowniczego R. Schuetz'a (z Londynu), 2. D-ra Turban'a (z Davos) i budowniczego J. Gros'a (z Zurychu), 3. D-ra J. Walker'a i budowniczych: Smith et Brewer (z Londynu), 4. D-ra J. Will'a (z Bexhill) i bud. Will's'a (z Londynu).— (W. med. W. 33).

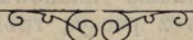
—*w*— Panujące w obecnem lecie niezwykle zimna i częste deszcze wpływają bardzo niekorzystnie na stan zdrowotny miasta, powodując bardzo liczne przypadki zapaleń i nieżytów dróg oddechowych, zwłaszcza wśród biednej klasy ludności. Ztąd też, już od połowy sierpnia szpitale przepełnione są emfizematykami, którzy zwykle dopiero pod koniec jesieni gromadnie zapisywali się do szpitali, gdzie, —z małemi przerwami, zalegali łóżka aż do nastania cieplejszej pory wiosennej.

## Z M A R L I.

D-r Władysław Florckiewicz, dnia 13 sierpnia r. b. w Zakopanem, przeżywszy lat 68. Zmarły był od lat 23 znanym praktykiem warszawskim. Stopień doktora medycyny otrzymał w r. 1861-ym na uniwersytecie krakowskim.

Prof. Pasternacki w Petersburgu.

W Przemyślu zmarł w dniu 19 sierpnia nagle d-r Wojciech Stankiewicz, adjunkt szpitala tamtejszego, w 30 roku życia. Nagły zgon jego wywołał w Przemyślu ogólny żal, mimo bowiem młodego wieku ś. p. Stankiewicz potrafił w krótkim czasie zjednać sobie sympaty i wzięłość wśród publiczności.



---

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 19 Августа 1902 г.