

# GAZETA LEKARSKA

**T R E Ś C .** I. O. HEWELKE. Zastawka półksiężycowa aorty o czterech listkach. Str. 121. II. ADAM WIZEL. Uwag kilka o istocie niemocy płciowej pochodzenia nerwowego. (Dok). Str. 123. III. MICHAŁ PIETKIEWICZ. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet. Str. 128. *Dział sprawozdawczy.* 15. D. GERBARDT. Nieprawidłowości uderzenia serca. Str. 132. 16. G. TREUPEL. O nerwicach serca. Str. 135. *Odcinek.* W. DĄBROWSKI. Choroby zakaźne w Warszawie w r. 1909. Str. 137. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia dnia 5-go, 19-go, 26-go października, 2-go, 16-go, 23-go listopada, 7-go, 21-go grudnia 1909 r. Str. 139, 140, 141, 142, 143. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

## I. ZASTAWKA PÓLKSIEŻYCOWA AORTY O CZTERECH LISTKACH.

Podał

Dr med. O. Hewelke.

W lipcu r. b. zmarła na mym oddziale na wadę serca (*insuff. v. mitralis*) 73-letnia H. W. Przy otwieraniu znacznie w obu rozmiarach [15×14] powiększonego serca, znaleziono: zgrubienie i przykurczenie listków zastawki dwudzielnej z rozszerzeniem ujścia do szerokości 3-ch palców; zastawka trójdzielna bez zmian, podobnież tętnica płucna i jej zastawka; natomiast po rozcięciu aorty zauważyłem, że zastawka jej składa się z 4-ch kieszonek. Ogólny wygląd, dokładne wykończenie i wyodrębnienie wszystkich czterech listków, brak zmian chorobnych widocznych, a zwłaszcza istnienie w każdym węzła ARANTJUSZA—świadczą, że mamy przed sobą sprawę wrodzoną—anomalię rozwojową.

Obwód aorty u samej podstawy wynosi 8 ctm. Wielkość oddzielnych listków zastawki w porządku z lewa na prawo, mierzona długością odpowiedniej części aorty, wynosi:

$$2,4 + 2,7 + 0,9 + 2,0 = 8.$$

Zamykały one, przy napięciu, szczelnie światło aorty i pełniły funkcyę zastawki normalnej. Za życia nie było też z tej strony objawów wysłuchowych.

Najmniejsza--trzecia kieszonka—wraz z czwartą razem—co do wielkości przekraczają [2,9] nieco rozmiar przeciętny zwykłej kieszonki zastawki półksiężycowej aorty [2,35—2,6], a więc w sumie odpowiadają trzeciej zwykłej, a równają się prawie drugiej w danym przypadku; jak się bowiem przekonałem na kilkunastu pomiarach <sup>1)</sup>, wielkość oddzielnych kieszonek [mierzona jak wyżej] waha się od 1.80 do 2.90—przyczem nie daje się zauważyć jakiegokolwiek prawidłowości, tak, że raz ta bywa największą, to znów inna. Oczywiście wielkość zastawek odpowiada wielkości aorty. U mężczyzn obwód aorty zwykle jest większy, niż u kobiet; przy rozszerzeniu ogólnem aorty wskutek miażdżycy zastawki rozszerzają się do pewnego stopnia.

Średnia wielkość obwodu aorty nad samą linią zastawek, zmierzona na jedenastu sercach [męskich i żeńskich], nieco skurczonych pod działaniem for-



maliny, wypadła mi 7.24. Zgadza się to z cyfrą BULL'a, podaną przez VIERROBDT'a w jego *Daten und Tabellen* [str. 19, r. 1888]; na dwu sercach męskich świeżych rozmiar okazał się większym: 9.20 i 8.60 [śred. 8.9]. W omawianym przypadku obwód aorty [8] zajmuje miejsce pośrednie.

Nadliczbowość zastawek jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. Wielu ana-

<sup>1)</sup> Kieszonki	Zast.	Ppółksięż.	Obwód aorty
I.	II.	III.	
2.01	2.65	2.20	6.95
2.90	2.70	1.90	7.50
2.50	2.45	2.35	7.30
2.75	3.05	2.45	8.25
2.30	2.20	2.10	6.60
2.60	2.80	2.80	8.20
2.65	2.40	1.95	7.00
2.55	2.45	2.10	7.10
2.15	1.80	2.40	8.35

Serca leżały przez parę dni w roztworze formaliny.

ŚWIEŻE.

2.20	2.70	3.20	3.20
2.20	2.90	3.00	8.69

tomów nie wspomina o niem [HYRTL, HIRSCHFELD, ROKITANSKY, LUSCHKA]; BIRCH-HIRSCHFELD mówi tylko, że zdarza się niekiedy na obu zastawkach półksiężycowych; przytem częściej na aortalnej. HENLE powołuje się w tej kwestyi na CRUVEILHIER'a, który zdaje się być jedynem źródłem odnośnem.

W jego dziele: *Traité d'anatomie descriptive* [Méd. 1867 r.] znajduje się w odnośniku następujący ustęp, który [z powodu niezupełnej jasności] przytaczam dosłownie: „*J'ai vu cependant une de ces valvules avoir deux fois la largeur de deux autres. Un homme de 60 ans environ qui avait succombé á une maladie du coeur, présente l'exemple bien rare d'une aorte fournie de 2 valvules sigmoïdes seulement. Ces 2 valvules étaient très considérables et en rapport avec le diametre de l'orifice aortique, qu'elles obturaient complètement*“. Oprócz tego na str. 13 znajduje się uwaga również w dopisku: „*Il est extrêmement rare de rencontrer des anomalies dans le nombre des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire, soit en plus soit en moins*“. Oto wszystko, co w tej sprawie mogłem znaleźć w dostępnej mi literaturze.

O ile wiem od Sz. kol. DMOCHOWSKIEGO, w warszawkiem prosektoryum nie spostrzegano podobnego zбочenia w ciągu ostatnich lat 18-u. Jest to więc fenomen rzadki, coś w rodzaju anatomicznej czterolistnej koniczyny i to skłoniło mię do ogłoszenia tego przypadku.

---

## II. Uwag kilka o istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego.

Napisał

Adam Wizel,

starszy ordynator szpitala na Czystem w Warszawie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 5).

---

Przed 12-u laty zgłosił się do mnie skierowany przez kol. SŁONIMSKIEGO, młody, 29-letni mężczyzna, wysoki, o atletycznej budowie, ze skargą na niemoc płciową. Od 14-go do 20-go roku życia zajmował się uporczywie samogwałtem. Potem usiłował prowadzić normalne życie płciowe, ale okazał się impotentem. Popęd i erekcja — normalne, ale w stosownej chwili naprężenie zupełnie się nie zjawia. Chory oznajmia, że *ante coitum* ogarnia go straszliwy lęk, iż spółkowania nie będzie mógł dokonać, i rzeczywiście nie jest go w stanie wykonać [typowy przypadek koitofobii]. Dodać muszę, iż chory nie cierpiał ani na prostatoreę, ani na spermatorreę, że polucye miewał rzadkie i że wogóle aparat moczowo-płciowy żadnych nieprawidłowości nie wykazywał.

Chorego tego postanowiłem leczyć ze względu na powagę cierpienia sugestywną hipnotyczną.

Zaraz przy pierwszej próbie hipnotyzowania otrzymałem sen dość głęboki, który przy następnych próbach osiągnął głębię snu somnambulicznego. Jako typowy somnambulik, chory realizował jak najdokładniej wszystkie sugestye, zarówno hipnotyczne, jak i po hipnotyczne. Choremu można było poddawać wszelakie hallucynacje [wzrokowe, słuchowe, węchowe, smakowe, dotykowe], zarówno pozytywne, jak i negatywne. Wszystko się urzeczywistniało z jak największą dokładnością.

W tym stanie zacząłem poddawać choremu sugestye lecznicze. Chodziło mi przede wszystkim o zwalczenie chorobliwego afektu niepokoju. W tym celu poddawałem choremu, iż pozostając sam na sam z kobietą, będzie się czuł swobodnym, wolnym od jakichkolwiek obaw. Osiągnąwszy po pewnej ilości seansów ten efekt, iż chory w towarzystwie kobiety przestał odczuwać niepokój, zacząłem suggestyonować mu popęd i wyobrażenia seksualne wraz z towarzyszącymi im objawami somatycznymi. Na próby spółkowania przez długi czas nie pozwalałem, dopiero, gdy przekonałem się, iż chory wyzbył się był całkowicie afektu strachu i że, będąc sam na sam z kobietą, miewa silne i długotrwałe erekcje, pozwoliłem na odpowiednie próby, ciągle w dalszym ciągu suggestyonując choremu, że próby te z biegiem czasu zostaną uwieńczone zupełnym powodzeniem. Wynik był doskonały: chory z początku niezbyt udatnie, potem jednak coraz lepiej, aż wreszcie po paru tygodniach dokonał całkiem sprawnie aktu spółkowania. Chorego tego po skończonej kuracyi widział kol. SŁONIMSKI.

A oto drugi, jeszcze ciekawszy przypadek.

W listopadzie 1904 r. został skierowany do mnie przez prof. BARANOWSKIEGO chory N. N. z Rygi, z powodu trapiącej go niemocy płciowej.

Chory miał lat 32. Z opowiadania jego dowiedziałem się, iż od wczesnego dzieciństwa zajmuje się samogwałtem i że nałóg ten trwa u niego jeszcze do tej pory. Dowiedziałem się nadto, iż chory dotknięty jest pewną perwersją płciową, polegającą na tem, iż kobieta, jako całość, nie sprawia na nim wrazenia, i że tylko część ciała kobiecego, a mianowicie pośladki, działają nań pobudzająco. Następnie dowiedziałem się od chorego, że pożądanie płciowe nigdy nie wywołuje w nim chęci spółkowania, lecz pobudza go jedynie do samogwałtu i że skutkiem tego nigdy nie usiłował on nawet spółkować. Mimo tych wszystkich jednak zboczeń, postanowił ożenić się, nie przypuszczając w wielkiej swej naiwności, iż może się okazać nieudolnym w pojęciu małżeńskim.

Miodowe miesiące były dla chorego bardzo smutne. Doznawał, co prawda, wobec żony silnego pobudzenia [wchodziła tu w grę jego perwersya płciowa] i miewał silne i długotrwałe erekcje, ilekroć jednak próbował spółkować, zjawiał się u niego afekt niepokoju i erekcja natychmiastowo ginęła. Tu chory dodaje, że nawet w chwili największego pożądania nie odczuwał potrzeby spółkowania, lecz jedynie popęd do samogwałtu. Po wielokrotnych próbach bezowocnych, chory zrozumiał nareszcie, iż jest dotknięty niemocą płciową i wtedy postanowił leczyć się. Udał się tedy do Berlina i tam zasięgnął porady jednego z profesorów, specjalisty chorób moczowo-płciowych. Lekarz ów rozpoczął natychmiast kuracyę, która polegała na różnych miejscowych rękoczynach [sondy, przyżegania, elektryzacya i t. d.]. Leczenie trwało 6 tygodni, poczem profesor kazał choremu wrócić do domu, doradzając mu półroczną abstynencyę i zapewniwszy go, że po upływie tego czasu będzie on już zdrow. Chory powrócił do domu, pół roku żył w zupełnej abstynencyi,—jakież jedna było jego rozczarowanie, gdy przy pierwszych zaraz próbach spostrzegł, że jest on chory zupełnie tak samo, jak przed wyjazdem do Berlina. Wtedy przyjechał do Warszawy i tutaj zwrócił się do prof. BARANOWSKIEGO.

Przy badaniu znalazłem: mężczyzna, dobrze odżywiony, układ nerwowy żadnych szczególnych anomalii nie przedstawiał, narządy płciowe dobrze rozwinięte, tylko na prąciu *hypospadiasis*.

Dany przypadek, jak widzimy był bardzo skomplikowany. Istniało tu potrójne zбочenie: 1) nałogowy samogwałt, wyłączający wszelką chęć spółkowania, 2) perwersja płciowa, 3) niemoc. Niewątpliwa rzecz, iż chory był typowym degenerantem, dwa pierwsze objawy są to zбочenia czysto degeneracyjne. Co się zaś tyczyło jego niemocy, to prawdopodobnie wchodził tu w grę moment neurasteniczny [nałogowy samogwałt musiał wywołać pewne zmiany w tylnej części cewki, a tem samem podziałać ujemnie na ośrodki płciowe w rdzeniu], jednakże przeważnie była ona natury psychicznej. Prócz momentu niepokoju grały tu wybitną rolę: perwersja płciowa oraz brak popędu do spółkowania [jest to przypadek niezmiernie doniosły ze względu na wielorakość czynników psychicznych, warunkujących patogenezę niemocy]. Specjalista berliński miał rację, poddając chorego leczeniu miejscowemu, zupełnie jednak nie miał słuszności, ignorując zбочenia psychiczne chorego.

I tego chorego postanowiłem leczyć hipnozą, uważając, iż w tak ciężkim przypadku należy zastosować najsilniejszą, a zatem suggestyę hipnotyczną. Aby jednak dopiąć celu, postanowiłem uprościć sobie kampanię: mając do czynienia z kilku anomaliami, uznałem za właściwe zwalczać każdą z nich osobno. Zacząłem od sprawy względnie najłatwiejszej, od samogwałtu nałogowego.

Po kilku seansach otrzymałem hipnozę dość głęboką, aby mózdz rozpocząć leczenie suggestyjne. Zacząłem tedy pokonywać suggestyą nałóg do samogwałtu. Skutek był znakomity: już po tygodniu chory począł odczuwać wstręt do onanizmu. Chory sam dziwił się temu, nie dowierzał samemu sobie. Umyślnie wywoływał w umyśle obrazy lubieżne, dostawał erekcyi, ale pociąg do samogwałtu nie zjawiał się.

Osiągnąwszy tak szybko pożądaný wynik, przystąpiłem następnie do walki z perwersją płciową. Ta była trudniejsza do zwalczenia i trzeba było na to więcej czasu. Jednakże po upływie trzech tygodni całkowicie ją pokonałem. Po zwalczeniu dwu powyższych zбочeń pozostało jeszcze trzecie, ale zбочenie to redukowało się teraz do czystej, niepowikłanej niemocy psychicznej. Rozpocząłem nową serję suggestyi i jednocześnie zaleciłem choremu obcowanie płciowe z żoną. Pierwsze próby były niepomyślne, następnie przy nieustannem stosowaniu leczenia suggestyjnego, stawały się coraz udatniejszymi, aż nareszcie po kilku tygodniach choremu udało się wykonać akt spółkowania. Co prawda, pierwsze te akty nie były jeszcze zupełnie normalne, spółkowanie nie kończyło się wytryskiem [aspermatyzm psychiczny], ale i ten objaw po pewnym szeregu suggestyi ustąpił [w okresie aspermatyzmu chorego zmuszony byłem, z powodu wyjazdu na dłuższy czas, powierzyć dokończenie kuracyi kol. SŁONIMSKIEMU, który stosując w dalszym ciągu hipnozę, osiągnął całkowite wyleczenie chorego]. Cała kuracja trwała 3 miesiące. Przed dwoma laty miałem wiadomość od chorego, że jest w dalszym ciągu zdrowszy i że jest szczęśliwym ojcem dwojga dzieci.

Jeżeli w powyższym przypadku było jeszcze dopuszczalne leczenie miejscowe [oczywiście nie wyłącznie miejscowe] ze względu na długotrwały samogwałt, to już zupełnie zbyteczne, a niekiedy wprost szkodliwe są próby leczenia miejscowego tam, gdzie o żadnych zmianach lokalnych nie może być mowy. A jednak i w tych przypadkach lekarze niejednokrotnie stosują zabiegi miejscowe, przyczem oczywiście skutku żadnego nie otrzymują.

Z przypadków tego rodzaju pozwolę sobie przytoczyć jeden z najja-skrawszych.

A. G., lat 27, przybył do mnie 28. III. 1907 r. ze skargą na niemoc płciową. Samogwałtu nie uprawiał, stosunku z kobietą nigdy nie miał. Popęd normalny, erekcje dobre, pollucyje rzadkie. Dwa lata temu ożenił się, nie przypuszczając wcale możliwości u siebie niemocy. Wkrótce jednak po ślubie przekonał się, że nie może spółkować. Ilekroć zbliżał się do żony, ogarniała go bojaźń, erekcja ginęła i chory robił fiasko. Zrozpaczony, udał się do jednego z warszawskich specjalistów. Lekarz natychmiast rozpoczął leczenie miejscowe i trzymał go na tej kuracji bez mała 2 lata. Stosowane były najrozmaitsze zabiegi, nie wyłączając najbardziej drażniących; wszystko na próżno. Niemoc trwała po dawnemu, w dodatku skutkiem długotrwałej, męczącej i bezowocnej kuracji rozwinęła się ogólna neurastenia—z depresją, bezsennością i t. d. W tym stanie chory, straciwszy w końcu wszelką wiarę w swego lekarza, zwrócił się do mnie.

Zadanie było niezmiernie trudne, albowiem do pierwotnej koitofobii chorego przyłączyła się potężna autosuggestya niemocy, powstała skutkiem bezowocności dwuletniej kuracji. Nie utraciłem jednak nadziei. Począłem choremu dowodzić, że niemoc jego nie jest bynajmniej uwarunkowana słabością narządów płciowych, że przeciwnie narządy te znajdują się w najnormalniejszym stanie, że cała jego choroba jest natury czysto psychicznej i zależy ona wyłącznie od braku zaufania do siebie i t. d. Przekonywając, tłumacząc, wyjaśniając, suggestyonując, doprowadziłem wreszcie stan psychiczny chorego do takiej równowagi, iż chory po upływie trzech tygodni dopełnił szczęśliwie aktu spółkowania. Radość chorego n.e miała granic. Potem miałem go jeszcze kilka tygodni w obserwacji: sprawność płciowa coraz bardziej się wzmagala, a po paru miesiącach chory przybył do mnie z wiadomością, iż żona jego zaszła w ciążę.

Nie będę mnożył przypadków, dowodzących, jak częste bywają nadużycia lekarzy w stosowaniu leczenia miejscowego. Przyczyny tych nadużyć są rozmaite. Z jednej strony wchodzi tu w grę przesadna wiara w zależność niemocy od zmian materyalnych w narządach płciowych, z drugiej ma tu znaczenie zapoznawanie czynnika psychicznego, tak doniosłego w patogenezie niemocy, wreszcie niepoślednią rolę odgrywa błędne przekonanie, iż leczenie miejscowe nawet w tych razach, gdy sprawa jest natury czysto psychicznej, może choremu pomódz, jako swego rodzaju środek suggestyjny. Otoż przeciwko temu ostatniemu pogładowi muszę zaprotestować.

Nie jest bynajmniej rzeczą obojętną, w jakiej postaci stosujemy suggestyę. Każdy chory, dotknięty niemocą, wiąże własną logiką niemoc ze słabością narządów płciowych. Jest to syllogizm, nieodparcie narzucający się jego umysłowi. Otoż, o ile już w niemocy neurastenicznej, gdzie, jakesmy tylekroć mówili, sfera psychiczna bywa prawie zawsze mniej albo więcej zaangażowana, niebezpieczną jest rzeczą zbyt silne akcentowanie stanu narządów płciowych, o tyle większe jeszcze grozi niebezpieczeństwo choremu, gdy zwrócona zostaje zbyt wielka uwaga na narządy płciowe w przypadku niemocy czysto psychicznej. W tych razach lekarz winien usiłować zburzyć fałszywy syllogizm, a nie dodawać mu jeszcze pokarmu przez zbytęcną interwencyę

miejscową. Prawda, że niekiedy i tą drogą udaje się uzyskać wyleczenie: lekarz, stąpając po drogach logicznych chorego i niby usuwając fikcyjną przyczynę fikcyjnej niemocy, zdąża do poprawy jego stanu psychicznego, a tem samem do wytworzenia potencji płciowej. W większości jednak przypadków postępowanie to zawodzi, a zawiódłszy raz, później już i lekarza i chorego zapędza w matnię. Lekarz wynajduje coraz to nowe sposoby rzekomego wzmocnienia narządów płciowych, a chory coraz bardziej utrwała się w przekonaniu, że narządy jego są nieuleczalnie słabe i że nic ich wzmocnić już nie jest w stanie. Zaczyna się beznadziejne i rozpaczliwe zmaganie się lekarza z chorym, a w walce tej obie strony okazują się coraz bardziej bezsilnemi.

Mówiąc o leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego, winniem w końcu poruszyć pewną kwestyę, wiążącą się bezpośrednio ze sprawą leczenia, a mianowicie kwestyę, czy choremu, niemocą podobną dotkniętemu, należy zalecać abstynencyę, czy też nie.

Większość autorów nakazuje w takich razach dłuższą abstynencyę i to nie tylko w niemocy czysto nerwowej, ale i w psychicznej. Sprawa ta wymaga bliższego omówienia.

Mojem zdaniem, nakaz abstynencyi w przypadkach niemocy czysto psychicznej nie wytrzymał zgoła krytyki. Wzbronienie stosunków płciowych budzi z konieczności w umyśle chorego ideę, że płciowe jego narządy są osłabione i wymagają odpoczynku, i, im dłużej trwa ta abstynencya przymusowa, tem bardziej nasila się i utrwała idea nieudolności płciowej, gdy tymczasem dążeniem lekarza winno być niedopuszczenie do tego, aby w umyśle chorego zakorzeniła się chorobliwa autosuggestya. Ja uważam, iż przy niemocy psychicznej należy działać wprost przeciwnie, należy zdążyć ze wszelkimi miarami do tego, aby chory, mimo pierwszych niepowodzeń, nie przerywał stosunków, lecz by w dalszym ciągu czynił próby odpowiednie, a już rzeczą jest lekarza wytworzyć i podtrzymać w chorym nastrój odpowiedni, wlać weń otuchę, odbudować upadłą wiarę, krzepić go moralnie w razie nowych niepowodzeń i póty perswadować mu, tłumaczyć, suggestyonować, aż wreszcie chory osiągnie jakikolwiek rezultat. Pierwsze, choćby najmniejsze powodzenie jest już wielkiem zwycięstwem i zaczątkiem późniejszego zupełnego zwycięstwa. Lekarz winien skorzystać z takich powodzeń i, opierając się na nich, prowadzić w dalszym ciągu dzieło psychoterapii. Oddziaływanie psychiczne winno bez przerwy trwać dalej, jednocześnie chory winien nieustawać w ćwiczeniach, aż wreszcie zupełne powodzenie zostanie przezeń osiągnięte.

Inna rzecz przy niemocy nerwowej lub nerwowo-psychicznej, gdzie mamy do czynienia z astenią ośrodków płciowych rdzenia. Tutaj w czasie stosowania leczenia, zwłaszcza miejscowego, wskazaną jest na pewien czas abstynencya, wszakże abstynencyi tej nigdy nie należy zbyt przedłużać. O ile tylko stan tylnych części cewki poprawi się i jednocześnie poprawi się ogólny stan nerwowy chorego, należy zaraz zalecić choremu próby spółkowania. Oczywiście w tym momencie należy pilnie czuwać nad psychiką chorego, dodawać mu otuchy, strzedz go od niewiary w swoje siły, podtrzymy-

wać na duchu w razie pierwszych niepowodzeń i t. d. W ten sposób postępując, doprowadzi go się do zupełnego wyzdrowienia.

### III. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet.

Podał

**Michał Pietkiewicz.**

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego polskiego w Kijowie w dniu 7. października 1909 r.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 5].

*Przypadek 1-y. Tuberculosis renis dextri. Tuberculosis ureteris dextri. Cystitis tuberculosa. Nephrectomia dextra.*

T. Sz., 28 lat, rusinka. Poród odbyła 1½ roku temu; dziecko karmiła piersią. W rok po porodzie była raz jeden miesiączka; później chora nie miesiączkowała. Zachorowała 4 miesiące temu, po silnem zaziębieniu [przy moczeniu konopi]. Na początku doznawała silnego bólu przy oddawaniu moczu. W miesiąc później zauważyła w moczu znaczną ilość krwi. Krwawienie z narządów moczowych powtarzało się bardzo często. Wieczorami chora doznawała ziębienia i gorączki.

12. I. 1905 r. zapisała się do oddziału ginekologicznego szpitala miejskiego. W płucach i w narządach płciowych zmian żadnych nie znaleziono. Oddawanie moczu bardzo częste; bolesne parcie na mocz. Mocz koloru soku mięsnego. Ciepłota ciała wieczorami 39,0°—do 40,2°C.

Badanie moczu, otrzymanego z pęcherza moczowego: Odczyn dwouisty. Ciężar gatunk. 1012. Białka 2,3‰ (w. ESSBACH'a). Indykan w ilości znacznie zwiększonej. W osadzie: dużo komórek nabłonka dróg moczowych [wielokątnych i okrągłych]. Leukocytów około 400, erytrocytów 80—100 w polu widzenia. Wałeczków szklitych 2—3 w preparacie. Drobnoustroje: paciorkowce w bardzo wielkiej liczbie. Prątków gruźliczych nie znaleziono!

Cystoskopia [18. I. 1905]: Pojemność pęcherza moczowego 75 ctm. sz. Śluzówka silnie przekrwiona, wybroczyny. Okolica brodawki prawego moczowodu usiana ziarniną i typowymi gruzelkami gruźliczymi; ujściem prawego moczowodu nie znalazłem. Brodawka lewego moczowodu znacznie powiększona, ujście jego rozwarte. Badanie było bardzo bolesne i wywołało krwawienie.

Wobec tego, iż badanie zapomocą cystoskopu stwierdziło stanowczo gruźlicę prawej strony pęcherza, chora została przeniesioną do oddziału chirurg-



gicznego tegoż szpitala [21. I. 1905]. Powtórne badanie zapomocą cystoskopu dało takiż wynik, jak poprzednio.

Chromocystoskopia [z karminem indygowym]: Mocz z lewej nerki zabarwił się dobrze po 10-u minutach. Mocz z nerki prawej nie zabarwił się wcale.

Kateteryzacja lewego moczowodu: Mocz z moczowodu zawiera niewielką ilość białka, dosyć dużo leukocytów, pojedyncze erythrocyty i wałeczki szkliste. Prątków gruzliczych nie znaleziono.

Operacja [3. II. 1905]: *Nephrectomia dextra*. Operował dr I. BONDAREW. Objętość nerki zwiększona; powierzchnia guzowata. Na przekroju kilka jam, napełnionych miazgą zserowaciałą. W ścianach jam znaleziono prątki gruzlicze. Wycięta górna część moczowodu, znacznie rozszerzonego, zawierała gęstą ropę.

Okres pooperacyjny bardzo pomyślny. Gorączka, trwająca długi czas przed operacją, ustąpiła. Objawy chorobne ze strony pęcherza moczowego zmniejszyły się znacznie. 24. IV. 1905 r., operowana opuściła szpital z raną zagojoną. W czasie pobytu w szpitalu przybyło jej 11 funtów wagi. Oddawanie moczu dosyć częste co 1½ do 2-u godzin, bez wielkiego bólu. W moczu niewielka liczba leukocytów i erythrocytów. Operowana wyjechała na wieś: o dalszym jej losie nie miałem żadnych wiadomości.

Przypadek 2-gi. *Tuberculosis ureteris dextri. Fistula ureterico-uterina. Salpingitis et endometritis tuberculosa.*

K. S., 30 lat, czeszka. Odbyła 2 porody. Pierwszy poród trwał 4 doby i został ukończony zapomocą kleszczy; pęknięcie krocza 3-go stopnia. Operacje zeszczenia krocza były robione, jak twierdzi chora, kilkakrotnie bez pomyślnego wyniku. Później robiono operację EMMER'a, również bezskutecznie. Drugi poród trwał jedną dobę i odbył się—10 miesięcy temu—pomyślnie, bez pomocy lekarskiej. Chora karmiła dziecko piersią przez cały czas [10 miesięcy] przed zapisaniem się do szpitala. Miesiączki nie było. Od czasu porodu chora doświadcza stale bólu w prawej pachwinie i gorączkuje. Wieczorami ciepłota ciała dochodziła do 38,4°C.

Od 5-u miesięcy, t. j. w 5 miesięcy po porodzie ostatnim, chora zauważyła wydzielanie się płynu przez pochwę, z początku w nieznacznej ilości, a później coraz więcej. Czasami bywały przerwy, jedno- i dwudniowe, kiedy płyn nie wydzielał się stale. Oddawanie moczu odbywa się dosyć często, niekiedy z bólem lub pieczeniem w cewce moczowej. Mocz stale mętny od kilku miesięcy. Krwawienia z narządów płciowych i moczowych nie było.

2. X. 1905 r. chora zapisała się do oddziału ginekologicznego szpitala miejskiego. Niedokrwiistość. Osłabienie. Brak apetytu. W płucach i w sercu zmian żadnych nie znaleziono. Gruczoły nie powiększone. Zewnętrzne części płciowe, cewka moczowa i pochwa jak u wieloródki. Część pochwowo macicy leży nisko. Wargi maciczne rozdarte z obu stron aż do sklepień bocznych, przekrwione i opadnięte; owrzodzeń niema. Od miejsca pęknięcia szyjki macicznej z prawej strony wyczuwa się twarde, nieruchome zrosty, idące ku sklepieniu przedniemu. W lewym sklepieniu widać smugę długą, bliznową.

tą, ruchomą, łączącą się z miejscem pęknięcia szyjki macicznej z lewej strony. Macica zgięta ku tyłowi, nieco powiększona, nieruchoma. Przydatki z prawej strony znacznie zgrubiałe, twarde, nieruchome, nieco bolesne, bez wyraźnej granicy górnej. Z lewej strony macicy przydatki bez zmiany. Z ujścia macicy wydziela się płyn, mający własności moczu. Po wstrzyknięciu do pęcherza moczowego roztworu błękitu metylenowego, płyn, wydzielający się z macicy, pozostał bezbarwnym: pęcherz nie komunikuje się z jamą maciczną. Po zaordynowaniu wewnątrznie błękitu metylenowego, otrzymałem nieznaczne zabarwienie płynu, wydzielającego się przez ujście macicy; mocz, wydzielający się przez cewkę moczową z pęcherza, zabarwił się silnie.

**Cystoskopia.** Mocz mętny. Pojemność pęcherza 300 ctm. sz. Błona śluzowa przekrwiona na dnie pęcherza z prawej strony; w innych miejscach bez zmian. Ujście lewego moczowodu prawidłowe, wydziela peryodycznie mocz przezroczysty. Cewnik, wprowadzony do lewego moczowodu, daje się posuwać bez przeszkody do samej miedniczki. Brodawka prawego moczowodu kolosalnie powiększona, o powierzchni nierównej, pokrytej po części ziarniną po części zaś gruzelkami. Kilka gruzelków znajduje się na dnie pęcherza po prawej stronie. Ujście prawego moczowodu szeroko rozwarte nakształt krateru, moczu nie wydziela wcale. Cewnik, wprowadzony do moczowodu prawego, wchodzi tylko na przestrzeni 2-u centymetrów; dalej nie udało się posunąć cewnika nawet najcieńszego kalibru.

Badania wyżej opisane wykazały, iż mocz z nerki prawej wydziela się przez przetokę prawego moczowodu do macicy i stamtąd do pochwy; z lewej zaś nerki mocz wydziela się drogą naturalną.

**Ilość dobową moczu:** z lewej nerki [drogą naturalną przez pęcherz i cewkę moczową] 1600—1950 ctm. sz.; z prawej zaś nerki [przez przetokę macicy] ilość moczu była bardzo zmienna, otrzymano na dobę nie więcej nad 425 ctm. sz.

**Badanie moczu, otrzymanego z pęcherza moczowego:** Kolor blado-żółty. Odczyn kwaśny. Ciężar gatunkowy 1012. Białka 0,05‰. Mucyny ślady wyraźne. W osadzie: komórki nabłonka dróg moczowych [wielokątne, rzadko okrągłe] w znacznej liczbie. Leukocytów 150—200, erytrocytów 3—5-u w polu widzenia. Wałeczków, nabłonka nerkowego i kryształów nie znaleziono. Drobnoustroje: gronkowce i w nieznacznej liczbie prątki gruźlicze.

**Katetyzacja lewego moczowodu:** Białka ślady. Leukocyty w nieznacznej liczbie. Prątków gruźliczych ani innych drobnoustrojów nie znaleziono.

**Badanie moczu, wydzielającego się przez ujście maciczne [z prawej nerki]:** Kolor blado-żółty. Odczyn silnie zasadowy. Ciężar gatunkowy 1010. Białka 1,6‰. W osadzie: komórki nabłonka dróg moczowych [wielokątne i przeważnie okrągłe] w znacznej liczbie. Leukocytów 200—300, erytrocytów 4 do 6-u w polu widzenia. Kryształów fosforanu amonowo-magnezowego dosyć dużo. Wałeczków i nabłonka nerkowe-

go nie znaleziono. Drobnoustroje: obok gronkowców znaleziono niewielką liczbę prątków gruźliczych.

Chromocystoskopia [z karminem indygowym]. Lewa nerka: mocz zabarwił się silnie po 8-u minutach. Prawa nerka: mocz nie zabarwił się wcale.

Próba z floryzyną była 2 razy dokonana z jednakowym wynikiem: mocz z lewej nerki dawał odczyn dodatni po 30-u minutach. Mocz z prawej nerki nie dawał wcale odczynu na cukier. Zapomocą aparatu polaryzacyjnego określono w moczu z nerki lewej 1% cukru; na całą ilość moczu badanego [142 ctm. sz.] po zastrzyknięciu floryzyny ilość cukru wyniosła 1,42 grama. U zdrowego osobnika ilość cukru wynosi, po zastrzyknięciu 0,01 floryzyny, 1,36 grama [ACHARD i DELAMARE]. Próba ROBERTSA dała u naszej chorej także około 1% [0,98%] cukru.

Na zasadzie powyższych badań zostało stwierdzone, że 1) sprawność nerki lewej jest zadowolająca i 2) że nerka prawa uległa bardzo poważnej zmianie chorobnej. Jaki charakter miało schorzenie nerki prawej, czy została zajęta tak jak i moczowód sprawą gruźliczą, nie pewnego powiedzieć nie można. W każdym jednak razie istniało, zdaniem mojem, wskazanie do operacji wycięcia prawej nerki w celu pozbycia się przetoki moczowodowej. Dopiero po usunięciu tego w najwyższym stopniu uciążliwego dla chorej powikłania, można byłoby wyjaśnić kwestyę celowego leczenia choroby macicy i przydatków. Chora zgodziła się w zasadzie na operację, ale wolała poddać się jej w swoich rodzinnych stronach i w tym celu wyjechała do Czech.

W czasie dwumiesięcznego prawie pobytu chorej w szpitalu, a więc spokojnego leżenia i odpowiedniej kuracji, nie zauważyłem najmniejszego polepszenia stanu jej zdrowia; przeciwnie: gorączka, choć nie wielka, trwała wciąż bez zmiany [wieczorami dochodziła do czasem do 38,0°C] i bole w prawej pachwinie wzmagaly się raczej. Przedmiotowy stan rzeczy także nie uległ żadnej zmianie. Zbiór objawów chorobnych i obecność prątków gruźliczych w moczu, wydzielającym się przez ujście maciczne, przemawiały za tem, że mamy tutaj do czynienia ze sprawą gruźliczą prawego jajowodu, a być może także i macicy.

W obec tego, że prawa nerka była niebolesna i niewyczuwalna, a także na zasadzie wywiadu, możemy, zdaje się, na pewno twierdzić, że w tym przypadku pierwotnem siedliskiem gruźlicy były przydatki macicy z prawej strony. Płynna zawartość ogniska gruźliczego przerwała się do moczowodu i widocznie wylewała się pierwotnie do pęcherza, wskutek czego nastąpiło zakażenie gruźlicze dolnego odcinka moczowodu i ujścia jego w pęcherzu. W późniejszym dopiero czasie, prawdopodobnie wskutek niedrożności moczowodu [w miejscu przetoki], mocz utorował sobie drogę do jamy lub do szyjki macicy.

Obserwując chorą przez czas dłuższy, miałem wrażenie, iż mocz z nerki prawej, mając odpływ utrudniony, utworzył sobie zbiornik, być może w rozszerzonym jajowodzie. Bywały bowiem dni, kiedy z ujścia macicy wydzie-

Jała się bardzo mała ilość moczu, a czasami, chociaż rzadko, odpływu moczu nie było wcale. W takie dni chora czuła się gorzej: bole w prawej pachwinie wzmagaly się i ciepłota ciała była wyższą. Badając często zapomocą cystoskopu, nie widziałem ani razu, żeby mocz z nerki prawej wydzielal się przez ujście moczowodu do pęcherza. Chora opuściła szpital 29. XII. 1905 r.

[D. c. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 15. D. Gerhardt. Nieprawidłowości uderzenia serca.

Streszczając przed dziesięciu laty wiadomości ówczesne o nieprawidłowościach uderzenia serca, RIEGEL podzielił to zjawisko na allorytmie i arytmie; był to podział sztuczny, czysto objawowy, nie liczący się z mechanizmem powstawania tych nieprawidłowości. Nakreślony poniżej podział naturalny, podany przez HERINGA, jest owocem zarówno fizjologicznych prac szkoły ENGELMANN'a, jak klinicznych badań HERINGA, WENCKELBACH'a, MACKENZIE'go, i niema może w patologii dziedziny, w której między teorią a kliniką panowałaby taka zgodność, jak w nauce o arytmiami sercowych.

1. **Arytmia oddechowa.** Najczęściej w zależności od fazy oddechu, zmienia się tylko długość przerwy między pojedynczemi uderzeniami, które zresztą nie zdradzają absolutnie żadnych nieprawidłowości. Doświadczenia na zwierzętach dowiodły od dawna, że podczas wdechu tętno staje się szybszem, podczas wydechu wolniejszym, oraz że te zmiany rytmu są uwarunkowane przez całość nerwu błędnego, ponieważ znikają, gdy nerw ten przecięć lub zatruc atropiną. U ludzi zdrowych zjawisko to bywa trudne do dostrzeżenia, ale w pewnych warunkach - u dzieci zwłaszcza w okresie najżywszego wzrostu, u neurasteników, osób małokrwistych, rekonwalescentów, w chorobach mózgowych - może zaznaczyć się tak wyraźnie, że podczas wydechu tętno staje się dwa razy wolniejszym.

Arytmia oddechowa nie wskazuje na żadną chorobę sercową, ale raczej na stan pewnego podniecenia nerwu błędnego. W ogromnej większości przypadków odruchowe to zjawisko nie ma większego znaczenia, niż np towarzyszące mu często ożywienie odruchów naczyniowych i innych. Niekiedy jednak [w zapaleniu opon mózgowych i innych stanach o wysokiem ciśnieniu wewnątrzczaskowym] musimy tłumaczyć sobie arytmie oddechową tak samo, jak „mózgowe“ wolne tętno. Aby zauważyć arytmie oddechową, trzeba niekiedy zająć naprzód, aby chory oddychał powoli i głęboko.

2. **Skurcze nadzwyczajne (extrasystole)** są najczęstszą postacią arytmii. Prawdopodobnie są one wyrazem spotęgowanej wrażliwości mięśnia sercowego, który odpowiada skurczem na podniety, nie wywołujące tego skutku w warunkach zwykłych; taką podniety dla komory np. może być fala krwi, wlewającej się z początku normalnego rozkurczu. Należy przypuszczać, że dlatego właśnie skurcze nadzwyczajne mają miejsce zwykle w pewnych określonych fazach normalnego cyklu sercowego. Stosunek skurczów nadzwyczajnych do następujących skurczów normalnych bywa rozmaity, a odnoszące się tu wypadki można wyprowadzić teoretycznie, biorąc tylko pod uwagę: 1) że normalne podniety dla skurczów serca powstają w miejscu ujścia wielkich

żył i stąd dochodzą do komór w czasie dającym się zmierzyć, — oraz 2) że żadna część serca w chwili i bezpośrednio po swym skurczu nie jest w stanie reagować na odbieraną ewentualnie nową podniecie [faza odpornościowa]. Jeżeli więc np. komora, odbierająca niepotrzebnie pewną podniecie, odpowie na nią skurczem nadzwyczajnym [wypadek najczęstszy], to ten ostatni pozostawi — jak każdy wogóle skurcz — fazę odpornościową; jeżeli właśnie podczas tej fazy dojdzie do komory od strony przedsionka podniecie normalne, skurcz normalny nie będzie mógł oczywiście nastąpić i komora pozostanie w spokoju aż do odbioru następującej fali podnieci normalnych; jeżeli podniecie do nadzwyczajnego skurczu zostanie odebrana nie przez komorę, lecz przez przedsionek, wtedy wchodzi niejako w rolę podniecie normalnej, czyli, mówiąc inaczej, pomiędzy skurczem nadzwyczajnym a najbliższym normalnym będzie taka przerwa, jak między dwoma normalnymi skurczami i t. d.

Skurcz nadzwyczajny poza swą przedwczesnością odznacza się często jeszcze „daremnością”, ponieważ daje wtedy mocne uderzenie serca i mocny pierwszy ton przy bardzo słabym albo nawet znikającym zupełnie uderzeniu tętna; może to być skutkiem niedostatecznego napełnienia komory [porówn. tętno przy zwężeniu zastawki dwudzielnej], albo wyrazem skutku kurczowego zamiast perystaltycznego. Jeżeli normalny skurcz przedsionków zbiegnie się z przedwczesnym skurczem komór, poznamy to po chwilowym, lecz wybitnym zabarwieniu żył szyjnych. Wreszcie skurcze nadzwyczajne w nerwicach sercowych dają często bardzo przykre sensacje podmiotowe, jak w czasie „zatrzymywania się” albo przeciwnie „skoku” serca.

Skurcze nadzwyczajne mogą towarzyszyć wogóle zarówno czynnościowym, jak organicznym chorobom sercowym, to też ich znaczenie jest bardzo rozmaite. U gorączkujących [zwłaszcza w zapaleniu płuc] z tętnem poprzednio prawidłowym będą wskazywały na uszkodzenie mięśnia sercowego; po tytoniu lub kawie — na zaburzenie czysto czynnościowe; w połączeniu z wymienionymi tylko co podmiotowymi objawami pozwolą rozpoznać prawie na pewno nerwicę.

Skurcze nadzwyczajne są podstawą takich zjawisk, jak *pulsus bigeminus continuus* [każdy skurcz normalny staje się podnieciem do skurczu nadzwyczajnego] i niewłaściwie tak zw. hemisyistolii (= *pulsus bigeminus continuus*, w którym skurcz nadzwyczajny nie daje zupełnie uderzenia tętna]. Tachykardia napadowa może należeć do tej samej kategorii: w części przynajmniej przypadków można zauważyć w początku napadu pomiędzy skurczami normalnymi słabsze skurcze nadliczbowe, które stopniowo dorównują co do siły skurczom normalnym; liczba uderzeń serca w pełni napadu bywa więc często dwa razy większa od normalnej.

3. *Arhythmia perpetua* jest arytmia absolutną bez wszelkiej prawidłowości co do przerw i siły uderzeń. Staranniejsza analiza wskazuje, że pomiędzy prawidłowymi a równymi sobie co do siły, lecz niejednakowo odległymi skurczami — odbywa się szybko i bez żadnej prawidłowości szereg skurczów przeważnie „daremnych”; pod wpływem leczenia druga ta kategoria skurczów mniej lub więcej znika; pierwsza zaś pozostaje, nie osiągając jednak prawidłowości co do przerw. Cecha ta wskazuje, że nieprawidłowość, o której mówimy, nie może polegać na samych tylko skurczach nadzwyczajnych, choć według wszelkiego prawdopodobieństwa mamy tu i z tymi do czynienia. Odrębność tej nieprawidłowości leży jednak w innym miejscu; klucz do zrozumienia znajdujemy w badaniu tętna zylnego, którego cechy — fala skurczowa przy braku fali przedskurczowej — wskazują mianowicie na bezczynność przedsionków. Są pewne dane, że nieczynność ta jest spowodowana przez zwyrodnienie mięśniowego pasma Kerr'a, łączącego muskulaturę żyły głównej górnej z muskulaturą prawego przedsionka i doprowadzającego przypuszczalnie ku przedsionkom

podniety normalne. W tych warunkach jednak, jak wiemy z doświadczeń na zwierzętach, rozpoczyna pracować drugie, zapasowe ognisko podniety automatycznych—na granicy przedsionkowo-komorowej [mięśniowe pasmo HISA, które w warunkach zwykłych jest głównie tylko przewodnikiem podniety]; automatyzm tego ogniska ma właśnie skłonność do arytmii. Czytelnik rozumie teraz zapewne różnicę pomiędzy przyczynami arytmii absolutnej a przyczynami skurczów nadzwyczajnych; w tym drugim wypadku nie występowały na scenę żadne podniety nadetatowe, ale stawały się tylko podnietami zjawiska, nie mające zwykle tego znaczenia.

Arytmia absolutna może towarzyszyć chorobom sercowym, pociągającym za sobą rozszerzenie serca, a zwłaszcza przedsionków. Pod względem rokowania trzeba tę nieprawidłowość rozważać poniekąd w podobny sposób, jak skurcze nadzwyczajne; ma więc ona wtedy znaczenie poważne, gdy rozwija się szybko przy tętnie prawidłowym (*myocarditis acuta*, otrucia naparstnicą i t. p.), nie ma natomiast wagi tak dużej, jak t. zw. nawykowa arytmia starców.

4. Zaburzenia przy utrudnionem przewodnictwie podniety pomiędzy przedsionkami a komorami. Przewodnikiem normalnych podniety na tym dystansie jest, jak już wspomnieliśmy, przebiegające w przegrodzie sercowej pasmo mięśniowe HISA. Aby zrozumieć należące tu nieprawidłowości, trzeba przypomnieć, że odpornościowa faza, w jakiej pozostaje jakakolwiek część mięśnia sercowego podczas owego skurczu i po nim, dotyczy nie tylko odbioru, ale i przewodnictwa nowej podniety, oraz że zdolność do odbioru i przewodnictwa podniety powraca nie od razu, lecz stopniowo. Jeżeli przewodnictwo w pasmie HISA jest upośledzone w nieznacznym tylko stopniu, bez przedłużenia odpornościowej fazy co do przewodnictwa, przedłuży się tylko przerwa pomiędzy skurczem przedsionków i komór, ale praca serca pozostanie rytmiczną. Przy poważniejszym zakłóceniu przewodnictwa, gdy mianowicie przewodnictwo w pasmie HISA po każdorazowym jego skurczu powraca zbyt wolno, arytmia jest nieunikniona. Przypuśćmy w tym wypadku, że pewna fala podniety przebiegła tu z przedsionków do komór przez pasmo HISA zupełnie wypoczęte, więc z normalną mniej więcej szybkością; następna fala podniety będzie musiała dojść do komór z pewnym opóźnieniem, ponieważ będzie przebiegała przez pasmo HISA, znajdujące się dopiero przy końcu fazy odpornościowej po poprzednim skurczu; przy następnej fali opóźnienie skurczu komór będzie jeszcze znaczniejsze i t. d., aż wreszcie pewna fala podniety wejdzie do pasma HISA wtedy, gdy to ostatnie będzie się znajdowało w samym początku swej fazy odpornościowej, i naturalnie do komór wcale nie dojdzie, czyli, mówiąc inaczej, przepadnie zupełnie jeden skurcz komór; zato następna fala podniety znajdzie pasmo HISA znów zupełnie wypoczętem, wywoła więc skurcz komór bez opóźnienia, a dalej powtarzać się będzie ten sam cykl. Jednym słowem, w tętnie będziemy tu mieli przerwę np. co 6, 5 czy mniej uderzeń—zależnie od stopnia zaburzenia w danym wypadku—następujących po sobie coraz to później.

Przy zupełnej utracie przewodnictwa w pasmie HISA, zgodnie z doświadczeniami na zwierzętach, komora staje się sama dla siebie ogniskiem podniety automatycznych i zaczyna kurczyć się rytmicznie, lecz znacznie wolniej niż przedsionki—około 30 razy na minutę—i wogóle zupełnie niezależnie od ich skurczów [które można zawsze kontrolować przez tętno żyłne lub zapomocą promieni RÖNTGEN'a]: samodzielność komór jest wtedy tak zupełna, że np. praca fizyczna albo atropina nie są w stanie przyspieszyć tętna, choć przyspieszą skurcze przedsionków. Pojedyncze uderzenia tego wolnego tętna są duże i silne, bo komory napełniają się dobrze.

Zupełna utrata przewodnictwa w pasmie HISA niekoniecznie musi być

ostateczną i nieraz staje się znowu na pewien czas częściową; zdaje się jednak, że tylko powrotem zupełnej utraty przewodnictwa towarzyszą znane napady głębokich omdleń lub drgawek z zupełnym brakiem tętna, trwające nie dłużej nad  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{8}$  minuty [napady ADAMS—STOKES'a]. Doświadczenia wskazują istotnie, że po zupełnem zniesieniu przewodnictwa w pasmie HISA komora chwilowo zatrzymuje się i potem dopiero rozpoczyna powolne skurcze, o których mówiliśmy.

Objawy częściowej utraty przewodnictwa w pasmie HISA, tak samo jak skurcze nadzwyczajne, mogą powstawać na tle nerwic [działanie nerwu błędnego] lub zatruc [zwłaszcza naparstnicą], to też zdarzają się niezbyt rzadko u rekonwalescentów po ostrych chorobach zakaźnych, nie mając tu zwykle poważniejszego znaczenia. Objawy zupełnej utraty przewodnictwa pomiędzy przedsionkami a komorami wskazują wogóle na ciężkie anatomiczne uszkodzenia w okolicy pasma HISA, jak gumat lub blizny zwyrodnieniowe.

5. *Pulsus alternans* z prawidłowem kolejnem następstwem skurczów normalnych i słabszych—wskazuje na upośledzenie kurczliwości komór, wzgł. na przedłużenie fazy odpornościowej co do kurczliwości; dlatego właśnie po skurczu normalnym musi tu nastąpić słabszy, po tym zaś może już nastąpić znowu normalny—zawsze w czasie właściwym. *Pulsus alternans* i skurcze nadzwyczajne są więc zjawiskiem wręcz przeciwnej natury; pomimo to mogą zdarzać się u jednego i tego samego chorego, co naturalnie będzie wtedy świadczyć o czynnościowym charakterze obu anomali.

Na tem można zakończyć przegląd najważniejszych nieprawidłowości w uderzeniu serca, które zresztą mogą oczywiście kojarzyć się z sobą do pewnego stopnia. Pozatem należy jeszcze wspomnieć o możliwości niezależnych od siebie skurczów w tych częściach serca, które *de regula* pracują jednocześnie, a więc np. obu przedsionków lub obu komór; jest to zjawisko prawie zupełnie jeszcze niezbadane.

(*Ergeb. d. inn. Med. u. Kinderh., 1908, t. II.*)

J. Rzepko.

## 16. G. Treupel. O nerwicach serca.

Rozpoznanie nerwicy serca autor zaleca stawiać tylko po wielokrotnem ścisłem badaniu chorego i dokładnych wywiadach, uwzględniających całkowicie czynniki wywołujące.

Badanie fizykalne serca należy przytem wykonywać z całą drobiazgowością, w pozycji stojącej, leżącej i po ruchach czynnych chorego. Dłuższe spostrzeganie chorego winno wyjaśnić, że serce w warunkach różnorodnych okazuje dostateczną sprawność czynnościową i wymiary jego pozostają w granicach normy. Wywiady wreszcie powinny sięgać do początku choroby i dojść do źródeł jej, nieraz potrącając o tajone uczucia i pociągi chorego.

Autor rozpoznał w sposób powyższy 400 przypadków czystej nerwicy serca, nie włączając tu zaburzeń sercowych, zależnych od zmian organicznych w unerwieniu serca, nerwic pochodzenia toksycznego i tych, które widuje się w okresie dojrzewania płciowego, ciąży oraz okresu zwrotnego u kobiet; uwzględniając natomiast przypadki „frenokardyi“, opisanej przez M. Herz'a [patrz *Gaz. Lek.* 1909, str. 700].

Na podstawie takiego materiału autor wyprowadza wniosek, że etiologię cierpienia co najmniej w  $\frac{1}{3}$  przypadków stanowią przedewszystkiem wzmożone lub nieprawidłowe pobudzenia erotyczne; pozatem poważną rolę odgrywają w niej inne przyczyny jak „uczucie braku czegoś“ (*Unbefriedigsein*) wskutek rozczarowań towarzyskich lub zawodowych, obawy i pokrewne stany psychiczne.

Cechę swoistą wszelkich nerwic serca stanowi to, że zaburzenia podmiotowe ulegają w nich nasileniom napadowym, z uczuciem obawy i ucisku w piersiach i w sercu, kołataniem serca, kluciem, promieniującym często ku dołowi i na zewnątrz od serca, i wahaniami cyrkulacyjnymi [czerwienienie się i blednienie, poty, czasem omdlenia]. Częste zjawisko w napadzie stanowi uczucie potrzeby głębokiego wdechu powietrza, westchnień. Pochodzenie takich napadów autor wiąże z jakimś dawniej przeżytym pobudzeniem, najczęściej erotycznym, podczas którego chory doznał bicia serca. Przy następnych pobudzeniach pokrewnych zakres zaburzeń podmiotowych zwiększa się. Wreszcie nawet wspomnienie o nich lub widok osoby czynnie lub biernie uczestniczącej w pobudzeniu pierwotnym chorego — wywołuje napad. W dalszym ciągu wystarcza do tego byle jakie podrażnienie — nagłe obudzenie, dzwonek telefonu i t. p. Ciągłe powtarzanie się napadów zamienia je w stan przewlekły.

Jest zadziwienia godnym, jak długo nieraz mięsień serca opiera się znużeniu wskutek długotrwałych palpacji neurastenicznych. W rezultacie dochodzi jednakże i tu do zaburzeń rytmu serca i siły pojedynczych jego skurczów. Autor spostrzegał w nerwicy serca nieraz całymi miesiącami wszystkie istniejące postaci niemiaryowości tętna, z wyjątkiem tylko dysocjacji serca, zależnej zawsze od zmian w pęczkach mięśni przedsionkowo-komorowych.

Zależność zaburzeń sercowych neurastenicznych od stanu wypełnienia przewodu pokarmowego jest również częsta, jak w wadach serca organicznych; kombinacja ich z nerwicą żołądka i kiszki — pospolita.

Wymiary serca, określane ortodiagnostycznie i zapomocą najłżejszej perkusji (*Schwellenwerthsperkussion*), bywają zwykle prawidłowe. Czasem u młodych osobników uderza mały wymiar serca; to samo widuje się w napadach kołatania serca. Rozszerzenie komór, które powstaje czasem po długich latach palpacji neurastenicznych, należy złożyć już na karb zmian organicznych w znużonym mięśniu sercowym. Postać serca pozostaje prawidłową; t. zw. „postać kropli“ nie jest charakterystyczną dla nerwicy serca. Autor potwierdza natomiast spostrzeżenie AUG. HOFFMANN'a o zwiększonej ruchomości serca przy zmianach pozycji ciała w stanach neurastenicznych. Charakterystycznym jest przytem wielkie niezrównoważenie czynności serca: silne podniesienie liczby uderzeń tętna w pozycji stojącej, czasem odwrotnie zwolnienie i niemiaryowość tętna.

Tętno i ciśnienie krwi bywa różnorodne. Wzmoczone ciśnienie o 20 u do 30-u mm. Hg. wskutek zmian wazomotoryjnych widuje się często. Powstaje wszakże kwestya, czy stałe wzmoczenie ciśnienia i napięcia tętna można składać tylko na karb zaburzeń nerwowych. Ciśnienie 180—200 mm. Hg. wzbudzać winno zawsze podejrzenie o utajonem cierpieniu organicznem serca lub nerek. Autor widywał samoistne hipertonie u różnych członków tej samej rodziny.

Do zaburzeń wysłuchowych, częstych w nerwicy serca, autor zalicza nieczysty pierwszy ton u wierzchołka, nieraz u wszystkich otworów serca, czasem ze wzmoczeniem tonu. Szmer ten lepiej słycać w pozycji stojącej i w znużeniu chorego.

Leczenie nerwicy serca, poza stanem ogólnym chorego, winno uwzględnić źródła pierwszych objawów. Powinno więc być przedewszystkiem psychiczne: stąd właśnie konieczność drobiazgowego zbadania chorego w celu zyskania sobie jego zaufania. Wiara chorego w brak cierpienia organicznego serca i dobrą jego sprawność czynnościową, będzie początkiem zdrowienia z nerwicy. Unikać należy wszelkich zabiegów, utrwalających w umyśle chorego jego cierpienie: masażu serca, elektryzacji i t. p. Kąpiele gazowe



są bynajmniej niezawsze dobrze znoszone. Podawanie środków sercowych jest wręcz szkodliwe, nieraz zwiększa nawet cierpienie, ustala niemiarowość tętna. Natomiast korzystnie działają środki kojące i krzepiące. Autor zachwala stosowanie, szczególnie u dorosłych, kodeiny, czasem w połączeniu z fenacetyną lub aspiryną. Dytetę i tryb życia chorego należy troskliwie uregulować. Tytoń i kawę należy zupełnie usunąć, alkohol stosownie ograniczyć (?), ilość ogólną płynów—sprowadzić do właściwej miary [ $1\frac{1}{2}$  litra]. Normowanie ilości spokoju i ruchu zależy od wypadku; u ludzi, prowadzących czynne życie, parę dni absolutnego spokoju wpływa nieraz korzystnie na cierpienie. Często podróż ze stosownymi wypoczynkami przynosi znaczną poprawę lub nawet wyzdrowienie. Wreszcie czas, przynoszący zapomnienie niespełnionych pragnień i dający choremu właściwą miarę odczuwanych zaburzeń, stanowi niepośledni czynnik leczniczy.

(*Münch. med. Woch.* 1909, Nr. 47).

W. St.

## ODCINEK.

### Choroby zakaźne w Warszawie w r. 1909.

W roku ubiegłym Gazeta Lekarska zaczęła zamieszczać dane o ruchu chorych zakaźnych w szpitalach warszawskich. Wprowadzenie tej rubryki okazało się nader pożytecznym, bo, jakkolwiek nie jest ona jedynym źródłem, z którego można czerpać informacje o przebiegu chorób zakaźnych leczonych w Warszawie, to jednakże dzięki temu, że odpowiednie liczby podane są co tydzień i za najbliższy ubiegły okres tygodniowy, dają one pojęcie zarówno lekarzom, jak publiczności o stanie obecnym, a nie o dawno ubiegłym. Sprawozdania wydziału statystycznego są niewątpliwie dokładniejsze, gdyż oparły się nie tylko na rozpoznaniu przy przyjmowaniu chorego do szpitala, sprawozdania te jednakże zjawiają się zbyt późno i dlatego też nie budzą zainteresowania ogółu, gdy tymczasem ogłaszane przez Gazetę Lekarską dane, czerpane z tego samego źródła, lecz podawane na czasie, wielokrotnie były cytowane przez inne pisma lekarskie i prasę codzienną i tą drogą popularyzowane wśród warstw najszerszych.

Obecnie, mając zamiar po ukończeniu roku liczby podawane co tydzień zsumować, aby wyprowadzić z nich wnioski o przebiegu chorób zakaźnych ostrych w Warszawie w roku ubiegłym, muszę się zastrzedz, że liczby otrzymane będą jeszcze dlatego mniej dokładne, niż te, jakie w przyszłości ogłosi wydział statystyczny, że w naszych wykazach za styczeń podana została liczba chorych zakaźnych, którzy przybyli do dwu tylko szpitali, mianowicie do szpitala Św. Stanisława i Starozakonnych, a więc nieco mniejsza od rzeczywistej, obecnie bowiem chorzy zakaźni są rozrzućeni po wszystkich naszych szpitalach, nie wyłączając szpitala Św. Łazarza. W ogólnych jednakże dość wysokich cyfrach rocznych ta różnica, dotycząca tylko jednego miesiąca stycznia, zacierania się.

Ogólna liczba chorych zakaźnych w szpitalach warszawskich wynosiła 4210. Najwięcej chorych przybyło w miesiącu styczniu, lutym, marcu, drugiej połowie września, października, listopadzie i grudniu, co odpowiada tym okresom czasu, w których szpitale najbardziej

były przepelnione chorymi. Z powyższej liczby chorych zmarło 330, co stanowi 7,85%.

Co się tyczy poszczególnych chorób zakaźnych, to największa liczba chorych, mianowicie 1133 przypada na tyfus plamisty, następnie na tyfus brzuszny 687, płonicę 527, ospę 526, różę 459, gorączkę powrotną 215, grypę 219, błonicę 195, odrę 158, biegunkę krwawą 80, zimnicę 7 i koklusz 4. Przeglądając wykazy tygodniowe, łatwo się przekonać, że niemal wszystkie wymienione choroby trwały w Warszawie przez cały rok, w żadnym bowiem wykazie tygodniowym niebrak odpowiednich rubryk. Wszystkie więc te choroby panowały w Warszawie nagminnie, a tylko od czasu do czasu liczba zachorowań wzrastała tak znacznie, że można było mówić o epidemiach, które właściwie były tylko nasileniami stałe panujących chorób zakaźnych. Tyczy się to bezwzględnie tyfusu brzuszno i plamistego, ospy, odry, płonicy, błonicy, róży i grypy, odnośnie zaś gorączki powrotnej, to liczba chorych stale się zmniejszała, a od początku listopada chorzy dotknięci tem cierpieniem wcale już nie przybywali do szpitali; możnaby więc sądzić, że gorączka powrotna wygasła. Wzorem tych stale u nas panujących chorób zakaźnych, może służyć tyfus brzuszny, który przez cały rok ani na chwilę nie wygasał i jedynie w miesiącach cieplejszych, od maja do sierpnia włącznie, nieco mniejszą liczbą ofiar zasilał szpitale. Wzrost liczby chorych na tyfus brzuszny datuje się od szeregu lat i tem więcej daje do myślenia, że nastąpił po okresie bardzo pomyślnym, który przypisać można było uzdrowotnieniu miasta przez wzorową kanalizację i wodociągi. To wzmaganie się tyfusu brzuszno jest najlepszym wskaźnikiem tego, że warunki zdrowotne naszego miasta zmieniły się na gorsze; prócz tego zaś szerzenie się tyfusu brzuszno jest większem nieszczęściem dla mieszkańców miasta, niż wielu innych chorób zakaźnych, gdyż choroba ta dużo ofiar zabiera: z 687-u chorych, którzy przybyli do szpitali w roku ubiegłym, zmarło 88-u, co stanowi 12,81%.

Większych epidemii, w znaczeniu powyżej już określonym, było w Warszawie w roku ubiegłym trzy, mianowicie: epidemie tyfusu plamistego, płonicy i ospy. Tyfus plamisty, tak samo jak brzuszny, panował przez cały rok bez najmniejszej przerwy, jednakże zaraz na początku roku liczba chorych przybywających do szpitali zaczęła wzrastać gwałtownie, tak, że w ciągu tygodnia nieraz przybywało po 50 — 67-u chorych i dopiero w końcu pierwszego półrocza liczby te zmniejszać się zaczęły. Znaczna część tych chorych przysłana była z więzień i aresztów policyjnych. Z 1133 dotkniętych tyfusem plamistym zmarło 67-u, czyli 5,65%. Płonica w pierwszym półroczu panowała stale, od czerwca zaś przybywało do szpitali coraz więcej chorych, a od września do listopada włącznie liczba chorych tak wzrosła, że tygodniowo przybywało do 30-u. Ogółem w ciągu roku w szpitalach było 527-u chorych na płonicę, z których zmarło 39-u, czyli 7,4%. Trzecia wreszcie epidemia, mianowicie epidemia ospy trwa dotąd, a rozpoczęła się w październiku tak nagle, że od razu liczba przybywających do szpitali chorych wzrosła kilkakrotnie. Od początku roku do chwili wybuchu epidemii przybyło do szpitali 192-u chorych, w ciągu zaś trzech ostatnich miesięcy 328-u, razem więc w ciągu roku przybyło 526-u chorych, z których zmarło 87-u, czyli 16,52%. Duża jak widzimy, śmiertelność i częste pojawianie się epidemii sprawia, że ospa jest prawdziwą plagą zarówno Warszawy, jak całego kraju.

Z pozostałych chorób największą rubrykę stanowi róża, która dała 4,57%

śmiertelności, następnie grypa; wrzście błonica o łagodnym względnie charakterze [śmiertelność 8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>] i odra [śmiertelność 3,7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>].

Prócz wyżej wymienionych chorób, które stale panowały w mieście naszym, zanotować należy jeszcze 80 przypadków biegunki krwawej, z którą chorzy przybywali prawie wyłącznie w lecie i na jesieni, oraz kilka zaledwie przypadków koklusu i zinnicy. Należy jednakże zauważyć, że mała liczba chorych, przyjętych do szpitali z takimi chorobami, jak koklusz, grypa i t. p., bynajmniej nie dowodzi, że choroby te wcale nie panują w mieście, lub w nieznacznym jedynie rozmiarach, gdyż tacy chorzy przeważnie leczą się w domu i tylko pojedyncze przypadki mogą się znaleźć w szpitalach, które są przepełnione ciężko chorymi.

Wogóle brak miejsc wolnych w szpitalach, szczególnie dla chorych zakaźnych, jest jedną z dotkliwszych bolączek naszego szpitalnictwa i niezawodnie jedną z ważniejszych przyczyn tak gwałtownego szerzenia się chorób zakaźnych w ostatnich latach. Los chorych wszelkich innych kategorii, nie mających możności dostania się do szpitali, jest niewątpliwie godnym najwyższego współczucia, ci wszakże chorzy pozostający w domu i pozbawieni nieraz pomocy lekarskiej, nie przynoszą przynajmniej szkody innym, gdy tymczasem chory, dotknięty chorobą zakaźną, pozostając w domu z powodu braku miejsc wolnych w szpitalach, prócz tego wytwarza na około siebie ognisko zarazy, zataczające nieraz szerokie kręgi. Nie ulega też najmniejszej wątpliwości, że liczba chorych zakaźnych w szpitalach naszych byłaby znacznie większą, gdyby nie stały brak miejsc wolnych.

Muszę tu jeszcze dodać, że podana powyżej ogólna liczba chorych zakaźnych, którzy przybyli do szpitali w ciągu całego roku ubiegłego, byłaby o wiele większą, gdyby dołączyć od niej liczbę chorych na zapalenie płuc, która w sprawozdaniach zeszłorocznych nie była zamieszczona, nadal jednak będzie stale podawana. Chorzy na zapalenie płuc stanowią najliczniejszą kategorię, od lutego bowiem do końca roku ubiegłego liczba ich wynosiła 1721.

W. Dąbrowski.

---

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

---

Posiedzenie dnia 5-go października 1909 r.

1) Rzętkowski odczytał rzecz p. t.: O sprawności emigracyjnej leukocytów w różnych sprawach zakaźnych. Sprawność tę R. ocenia przy pomocy „wskaźnika emigracyjnego,” który oznacza odsetek neutrofilów, jaka ubyła ze krwi naczyń kończyny mocno przewiązanej w porównaniu z krwią kończyny wolnej tego samego osobnika. Wskaźnik ów u osób zdrowych ma wynosić przeciętnie 2,5, w stanach ropnych podnosi się do 40-u i wyżej. Zwiększa się również w stanach leukocytozy trawiennej. Pomiedzy wysokością leukocytozy a wskaźnikiem emigracyjnym nie ma równoległości.

W dyskusji MUTERMILCH sądzi, że zmniejszenie liczby neutrofilów we krwi z kończyny przewiązanej tłomaczyby też można większem ich przyleganiem do śródbłonna naczyń w stanach zastoju lub może nierównomiernem ich rozmieszczeniem w różnych częściach kończyny [żyłach i naczyniach włoskowatych]. W celu stwierdzenia, że odbywa się tu istotnie emigracja neutrofi-

łów, należałoby prowadzić doświadczenia na zwierzętach. W stanach [zakaz-nych obok zjawisk chemotaksy dodatkowo może odbywać się chemotaksa ujemna; dlatego nie należy oczekiwać, że wskaźnik emigracyjny będzie tu zawsze wzmożony. Wskaźnik ten powinienby iść w parze ze zdolnością opsoniczną surowicy. Technika badania możnaby zmodyfikować i przewiązywać tylko palce, nie ramię powyżej łokcia.

KARWACKI zwraca uwagę, że wynik badania może zależeć nie tylko od zdolności emigracyjnej leukocytów, lecz i od ścianek naczyń. Krew należałoby brać z żyły.

KNAPPE sądzi, że przy nieznacznych różnicach w ilości leukocytów wnioski mogą być błędne już z powodu mnożenia przez 1000 nawet drobnej omyłki cyfrowej.

ŻURAKOWSKI podnosi potrzebę równoległych badań bakteriologicznych; KOPCZYŃSKI przestrzega przed uciskiem pni nerwowych przy przewiązywaniu kończyny.

R. w odpowiedzi zwraca uwagę na wielkie różnice w cyfrach otrzymanych, wykluczające omyłkę przy obliczaniu. Zagęszczenia lub rozrzedzenia krwi nie wykrywało jednoczesne liczenie krążków.

#### Posiedzenie dnia 19-go października 1909 r.

1) EHRlich'ówna wygłosiła rzecz: „O wartości metody barwienia GASIS'a w rozpoznaniu gruźlicy.“ Praca ta drukowana będzie w Gazecie. W dyskusji wyjaśniono, że metoda GASIS'a nie pozwala odróżnić laseczniki gruźlicy bydłowej od laseczników ludzkich.

2) T. HEIMAN wypowiedział odczyt „O otosklerozie.“

Na podstawie 45-u przypadków otosklerozy, zbadanych drobnowidzowo, H. przychyliła się do zdania badaczów, uważających otosklerozę za zapalenie, idące z jamy bębnekowej. Podstawę anatomiczną cierpienia stanowi zrost kostny strzemięcia z okienkiem owalnym oraz zamurowanie okienka okrągłego. Przy rozpoznawaniu główną uwagę zwracać należy na objawy słuchowe; poza-tem H. podnosi uwypatnienie się fałdy przedniej na błonie bębnekowej i ułożenie nieprawidłowe trzonka młotka. Za najczęstszą przyczynę otosklerozy H. uważa małokrwiistość; syfilis nie odgrywa tak wielkiej roli. Pomaga najwięcej leczenie ogólne; leczenie miejscowe jest zbyt rzadkie. Przypadki złośliwe są rzadkie.

W dyskusji GURANOWSKI za charakterystyczne dla otosklerozy uważa zawsze unieruchomienie strzemiączka w okienku owalnym. W celu stwierdzenia etiologii syfilitycznej pożądanym byłoby wykonywanie próby WASSERMANN'a. Dziedziczność choroby G. stwierdził w 33% swoich przypadków. Leczenie ogólne G. stawia również na pierwszym planie; radzi próbować surowicy MALHERBE'a.

#### Posiedzenie dnia 26-go października 1909 r.

1) MISZEWSKI przedstawił dziecko 8 dniowe z dużym guzem, zachodzącym do jamy ustnej (*lymphangioma*).

2) S. KOPCZYŃSKI przedstawił przypadek odosobnionego porażenia m. piersiowego długiego po uśpieniu chloroformowem [niedowład mięśnia zębatego przedniego].

3) SŁAWIŃSKI wygłosił rzecz p. t.: Przyczynę do chirurgii naczyń krwionośnych. Praca ta drukowana była w Gazecie.

W dyskusji prof. KRYŃSKI uważa, że kwestya leczenia zgorzeli na tle arteriosklerozy przez zastępowanie tętnicy przez żyłę jest fizjologicznie błędnie postawiona. Przyszłość ma latanie żył. J. ŚWIĄTECKI zwraca uwagę na sposób zeszywania tętnic bez protezy. J. CZARKOWSKI podnosi, że CARREL zaleca nie przeszczepianie, lecz zdjęcie *tunicae vaginalis* naczynia przy leczeniu zgorzeli arteriosklerotycznej. W *gangraena spasmodica* usunięcie torebki jest pożą-

dane również ze względu na jednoczesne usuwanie przytem splotów n. sympatycznego.

### Posiedzenie dnia 2-go listopada 1909 r.

1) K. ORZEŁ przedstawił dziecko 3-miesięczne z przepukliną mózgową ogromnych rozmiarów (większych niż główka dziecka). Badanie dna oka okazało objawy zaniku nerwów wzrokowych.

2) K. GLIŃSKI przedstawił: a) przypadek rozległych zmian z obu stron klatki piersiowej wskutek syfilisu; b) przypadek zimnych ropni gruźliczych, powstałych na plecach chorego przypuszczalnie wskutek przedostawania się wysięku opłucnego do tkanek powierzchniowych podczas wielokrotnych przekłuczeń opłucnej. Twarde guziki podskórne po przekłuczeniach opłucnej widywano niejednokrotnie; guziki te zazwyczaj nie przechodzą w ropienie. W danym przypadku—zawartość ropni, wstrzyknięta świniec morskiej, wywołała gruźlicę prosówkową.

3) KOZERSKI wygłosił rzecz p. t. O miejscowym działaniu radu na tkankę zwierzęcą i ludzką. Przy słabym napromienianiu radium działa na tkankę pobudzająco, w kierunku jej rozmnażania się; przy silniejszym — komórki obumierają. Każda tkanka ma różną wrażliwość na promienie radium. Ta różna wrażliwość tkanek powoduje, że jednym napromienieniem można wywołać zniszczenie tkanki chorej i wzrost zdrowej. K. omówił technikę naświetlań i przedstawił wyniki terapeutyczne. W dyskusyi J. ŚWIĄTECKI omawia sprawę biologicznego działania promieni X i przypomina swoje doświadczenia z promieniami  $\beta$  i  $\gamma$ . Promienie  $\beta$  przechodzą w głębi tkanek w promienie  $\gamma$ , tak jak promienie katodalne przechodzą w rentgenowskie na ścianie rurki CROOKES'a. Ostatnią fazę przemiany promieni radowych i ROENTGEN'a stanowią przypuszczalnie promienie ultra-fioletowe. KARWACKI cytuje pracę DOMINICIEGO, według której promienie radium powodują szybsze dojrzewanie, a następnie zrogowacenie komórek nowotworowych.

### Posiedzenie dnia 16 listopada 1909 r.

1) S. MUTTERMILCH przedstawił preparaty krwi z przypadku niedokrwistości, wywołanej przypuszczalnie obecnością włosogłówki (*trichocephalus dispar*) u 14-let. chłopca. U chorego poza anemią nie stwierdzono żadnych zmian chorobnych w narządach wewnętrznych, ani w wydalinach ustroju. Tylko w kale — olbrzymią liczbę włosogłówek. Ilość Hb. — 10%, czerwonych krążków 700,000, białych ciałek 2500 w 1 mm. sz. Śród nich 88% limfocytów i tylko 12% neutrofilów. Anizocytoza, nieliczne makrocyty; słaba polichromatofilia. Chory zmarł w 2 dni po badaniu.

2) KARWACKI przedstawił preparat mikroskopowy ropy z przypadku ropni wielolicznych u młodego chłopca gruźliczego. Ropa zawiera cienkie nitki, ułożone w splotach, które K. określa jako *bac. necroseos*.

3) LUXENBURG przedstawił przypadek nadliczbowego żebra szyjnego u 25 l. chorego z objawami ucisku splotów białkowych. W dyskusyi RZĘTKOWSKI pokazał rengenogramy żeber szyjnych u chorego 21-letniego, PUŁAWSKI przytaczał 2 przypadki z piśmiennictwa amerykańskiego; L. ZEMBRZUSKI uwracał uwagę, że objawy subiektywne zależne od żeber nadliczbowych szyjnych zjawiają się dopiero po dojściu do dojrzałości płciowej.

4). RZĘTKOWSKI zdał sprawę z badań swych nad składem chemicznym mięśnia sercowego w stanach zaburzeń kompensacyi. W rozszerzeniu komory prawej R. stwierdził w mięśniu jej zmniejszenie odsetkowe białka [substancyi kurczliwej], powiększenie ilości  $H_2O$  i zwłaszcza NaCl. R. wyraża przypuszczenie, czy dyskompensacja polega na utraceniu przez mięsień zdolności przerabiania materiału energetycznego [sucha substancja — białko i NaCl] na pracę pożyteczną pod wpływem zatrucia up. NaCl. Przypuszczenie to popierają dane kliniczne [pomyślny wpływ diety

mlecznej KARELA]. W dyskusyi PAWIŃSKI podkreśla ważność badań chemicznych mięśnia sercowego, nie okazującego nieraz w stanach nieomogoty zmian anatomo-patologicznych. Trudność stanowi to, że mięsień serca badamy najwcześniej po 24 god. od śmierci. MUTERMILCH przypomina badanie HÖSSLIN'a nad zawartością suchej substancji mięśnia sercowego. Zwiększenie zawartości wody w badaniach autora świadczyć może o upadku odżywiania w mięśniu. Zwiększenie NaCl może być nie przyczyną, lecz następstwem dyskompensacji. Określenie substancji energetycznych, podane przez R., jest niejasne.

A. LANDAU sądzi, że zmniejszenie suchej substancji serca mogło być tylko pozorne, względne, wskutek obrzęku serca. Stąd również wyższa zawartość chlorków. Zasób substancji energetycznych, w określeniu R., jest wielkością zupełnie nieokreśloną.

W odpowiedzi R. zaznacza, że w badaniach chodziło o skład komór; dlatego nie określał N, NaCl i t. d. w całym sercu. Ilość NaCl była zwiększona wyraźnie o 42% przy tej samej ilości H<sub>2</sub>O. Przybliżony charakter pojęcia „substancji energetycznych“ sam podkreślał.

#### Posiedzenie dnia 23 listopada 1909 r.

1) A. HEIMAN przedstawił 2 przypadki przetoki wrodzonej szyi, omówił ich patogenezę i leczenie.

2) A. TUCHENDLER przedstawił chorego z samoistnym rozszerzeniem przełyku wskutek skurczu wpustu (*cardiospasmus*). Chory lat 33-ich, skarży się na utrudnienie, w połykaniu pokarmów, które nie przechodzą do żołądka, a przy nachyleniu się z łatwością wylewają się z przełyku. Bólów nie miewa. Przy mocnym wdychaniu i wydechaniu może łatwiej przelknąć; lepiej łyka w pozycji stojącej. Sonda twarda przechodzi na odległość 40 cm. od zębów; obok wprowadzonej sondy miękkiej wylewa się płyn śluzowy z resztkami pokarmowymi, bez wolnego HCl. Przy sondowaniu ma się wrażenie dużej przestrzni. Jednokrotnie udało się przepchnąć sondę do żołądka i otrzymać zawartość z wolnym HCl. Rozpoznanie skurczu wpustu potwierdziło badanie rentgenoskopowe [JUDT] i wziernikowanie przełyku. JUDT wyjaśnił metodykę badania rentgenoskopowego w omawianym przypadku.

2) Wiceprezes HEWELKE pokazał 4-listną zastawkę aorty. Opis przypadku podany w całości w numerze bieżącym Gazety.

3) BONDY wygłosił rzecz p. t. „Próba tuberkulinowa wśródskórna [MANTOUX]“. Próba polega na wstrzyknięciu w skórę kropli  $\frac{1}{500}$  roztworu tuberkuliny [ $\frac{1}{100}$  mgr.] z dodatkiem stowainy. Odczyn dodatni stanowi charakterystyczne nacieczenie, o właściwym cyklu rozwojowym. Ogólnych objawów nie bywa. Anafilaksję notowano. Autor sprawdził próbę w 37-u przypadkach. Odczyn dodatni otrzymuje się i przy obecności nieczynnych ognisk gruźliczych. Dużą doniosłość posiada u oseków. Ujemny odczyn, wobec czułości próby, ma znaczenie pierwszorzędne.

W dyskusyi GANTZ nie sądzi, żeby próba MANTOUX miała jakąś wyższość nad odczynem PIRQUET'a i t. p., posiada też te same wady, co inne próby tuberkulinowe. Może nie być obojętną. A. LANDAU widywał odczyn gorączkowy po zastosowaniu podskórnem 0,002 mgr. tuberkuliny. Na próbach tuberkulinowych, wykazujących gruźlicę nie kliniczną, a anatomiczną, trudno się opierać w wątpliwych przypadkach. DEBIŃSKI uważa metodę MANTOUX za najbardziej zbliżoną do dawnej metody KOCHA i widzi w niej te same wady. Sekretarz Stały SOKOŁOWSKI przypisuje najnowszym metodom tuberkulinowym wartość tylko względną; większą doniosłość mają one u dzieci.

BONDY w odpowiedzi zaznacza, że jednak próba MANTOUX różni się zasadniczo od metody KOCHA tem, że nie wywołuje gorączki.

#### Posiedzenie dnia 7-go grudnia 1909 r.

1) BORSUK i KOZERSKI przedstawili chłopca z mięsakiem żuchwy, leczonęgo pomyślnie promieniami ROENTGEN'a.

2) MALINOWSKI przedstawił chorobę z guzami bolesnymi na kończynach, umiejscowionymi wzdłuż nerwów. M. rozpoznaje t. zw. chorobę RECKLINHAUSEN'a.

3) S. MUTERMILCH wygłosił rzecz p. t. „O stosowaniu w odczynie WASSERMANN'a antygeny nieswoistego. Stosując jako antygen wyciąg alkoholowy z serca świnki morskiej według LANDSTEINER'a MUELLER'a i POETZLE'go w 36-u przypadkach syfilisu w różnych okresach, M. otrzymał 4 razy wynik ujemny odczynu, 1—wynik wątpliwy i 31—dodatni. W 9-u przypadkach cierpień parasyfilitycznych wynik dodatni otrzymano 8 razy; na 17 przypadków podejrzanych—2 razy dodatni; z pośród 91 przypadków obojętnych [gruźlica, rozedma płuc, cierpienia nerwowe i t. p.] wynik dodatni wypadł w 4-ch, z tych w 3-ch przypadkach bliższe badanie stwierdziło syfilis w wywiadach.

M. wypowiada wniosek, że w odczynie WASSERMANN'a nie może być mowy o niwecznikach swoistych i wogóle komórkowych. Wiązanie komplementu jest zapewne wyrazem łączenia się lipidów z pewnymi związkami koloidalnymi w surowicy krwi.

W dyskusji WOJCIECHOWSKI zaznacza, że otrzymywał jednakowe wyniki, stosując w odczynie WASSERMANN'a wyciąg z serca świnki i wątrobę syfilityczną. W płonicy odczyn WASSERMANN'a występuje tylko w okresie trwania samej choroby, później ginie. ŻURAKOWSKI zapytuje, czy M. nie badał chemicznie owego wyciągu alkoholowego z serca świnki.

MUTERMILCH w odpowiedzi dodaje, że w badaniach kontrolujących używał płynów mózgowo rdzeniowych parasyfilitycznych, zamiast surowicy swoistej, z pomyślnym wynikiem. Badanie chemiczne wyciągu z serca rozpoczął, lecz zarzucił wobec tego, że surowica swoista odchyła komplement również z wyciągami z innych narządów prawidłowych i z czystymi związkami chemicznymi.

4) T. WRĘTOWSKI mówił „w sprawie rozpoznawania bakteryologicznego cholery”. Praca ta drukowana będzie w Gazecie. W. St.

#### Posiedzenie dnia 21 go grudnia 1909 r.

1) J. KOELICHEN wygłosił odczyt „o surowiczem zapaleniu opon mózgowych i pierwotnem nabytem wodogłowie”. Rzeczą tą drukowaną będzie w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusji S. KOPCZYŃSKI podaje krótki opis własnych trzech przypadków zapalenia surowiczego opon mózgowych.

HIGIER przeprowadza analogię między *forme fruste* wodogłowie ostrego a ostrym obrzękiem angioneurotycznym QUINCKE'go, uważa za mało prawdopodobne, aby wodogłowie mogło kiedykolwiek symulować wiatr rdzenia, zaznacza ważność punkty lędźwiowej z punktu widzenia leczniczego i rozpoznawczego i podkreśla trudność rozpoznawania różniczkowego między *encephalitis chr.* a wodogłowie przewlekłym.

M. BORNSTEIN zwraca uwagę na częste występowanie porażenia n. odwodowego oka (*n. abducentis*), a zaznaczając związek między *meningitis serosa* a objawami naczynioruchowymi, wspomina o dwu przypadkach odnośnych.

RZĘTKOWSKI przypomina, że był pierwszym z autorów polskich, który opisał przypadek *meningitidis serosae acutae*, podkreśla trudności rozpoznawcze przewlekłego zapalenia i ostrzega przed zbyt hipotetycznym tłumaczeniem patogenezy cierpienia.

LANDAU zaznacza, że tylko szczepienie na zwierzętach, a do pewnego stopnia badanie cytologiczne może wykazać, czy przypadki zapalenia surowiczego opon u tuberkulików można uważać za nieswoiste.

2) KARWACKI w imieniu swoim i kol. SZOKAŁSKIEGO wygłosił odczyt „o hodowaniu krętków gorączki powrotnej w pijawkach”. Praca ta niezadługo drukowana będzie w Gazecie. A. L.

## Wiadomości bieżące.

— Z zapisu 5000 fr. Sekretarza Stałego, dra A. SOKOŁOWSKIEGO w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem przyznawane będą co lat cztery nagrody konkursowe za najlepszą pracę z dziedziny kliniki lub anatomii patologicznej chorób dróg oddechowych. Komitet konkursowy stanowią będą pod przewodnictwem Sekretarza Stałego redaktor Pamiętnika Tow. Lek. i czterech członków, wybranych przez prezesa z pomiędzy kolegów, znanych z prac swoich nad gruźlicą.

— W wydziale szpitalnym Stowarzyszenia Lekarzy Polskich obradowano w dniu 27-m stycznia r. b. nad sprawą pożądaných reform w przytułku dla rekonwalescentów przy ul. Dzielnej. Podniesiono liczne braki w organizacji tego przytułku, zależne w znacznej części od przestarzałych i mało liczących się z życiem dzisiejszem ustawy i regulaminu instytucji. Należałoby również poddać kiedykolwiek pod szerszą dyskusję sprawę przytułku dla ozdowieńców, istniejącego przy szpitalu Dzieciątka Jezus. Instytucja ta, w założeniu swem czysto filantropijna, w naszych warunkach stała się w pewnym stopniu regulatorem liczby chorych w szpitalu, miejscem zapasowym, do którego spycha się nadmiar t. zw. chroniczków, bynajmniej niezawsze ozdowieńców. W okresie zaś szerzenia się groźniejszych epidemii regularnie wznawia się projekt zamiany tego przytułku na zapasowy oddział szpitalny. Stanu takiego oczywiście nie podobna uznać za prawidłowy, znaleźć nań jednak lekarstwo niełatwo wobec stałego braku miejsca w szpitalach zwłaszcza dla chorych zakaźnych, czego właściwą miarę daje zamieszczony wyżej artykuł kol. W. DĄBROWSKIEGO.

— Redakcja Medycyny i Kroniki Lekarskiej ogłasza trzy konkursy z nagrodą po rub. sto z daru kol. MAJKOWSKIEGO, RZĘTKOWSKIEGO i KOPYROWSKIEGO: 1) za najlepszą pracę oryginalną lub streszczenie zbiorowe, drukowane w ciągu r. 1910 w Medycynie i Kronice Lekarskiej, 2) za najlepszą pracę drukowaną w tymże terminie z dziedziny t. zw. pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii, i 3) za najlepszą pracę z dziedziny chorób skórnych i wenerycznych, drukowaną w Medycynie i Kronice Lekarskiej w ciągu r. 1910 i 1911. O ostatnią nagrodę ubiegać się mogą tylko lekarze w pierwszym dziesięcioleciu swej działalności lekarskiej.

— Kasa chorych lekarzy przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich rozpoczyna swe czynności 1-go lutego. Do odszkodowania w razie choroby będą mieli prawo tylko ci z zapisanych do kasy, którzy wpłacili wpisowe w kwocie rub. 5.

— Wystawa Hygieniczna p. n. „Czystość to zdrowie” mieścić się będzie w Galerii Luxenburskiej przy ulicy Senatorskiej i ma być otwarta 15-go kwietnia.

— Podług wiadomości pism codziennych, wydział dobroczynny magistratu uchwalił dokonać w szpitalu Św. Łazarza szeregu od dawna pożądaných zasadniczych przeróbek, mianowicie zaś rozszerzyć ambulatoryum, urządzić pralnię mechaniczną i suszarnię, ulepszyć mieszkania dla służby.

— Na zeszłorocznym Zjeździe międzynarodowym w Budapeszcie postanowiono, że stałe biuro międzynarodowe Zjazdów lekarskich znajdować się będzie w Hadze; rząd holenderski zobowiązał się ponieść wszelkie wydatki organizacyjne.

— III międzynarodowy Kongres laryngologiczno-rynologiczny odbędzie się w Berlinie w końcu sierpnia lub na początku września r. b. W sprawach dotyczących tego kongresu zwracać się należy do Sekretarza komitetu gospodarczego prof. ROSENBERG'a [Berlin N. W. 6, Schiffbauerdamm Nr. 26], albo do Sekretarza komitetu międzynarodowego dra FINDERA [Berlin, W. 62. Nettelbechstrasse 17].

Do numeru niniejszego dołącza się jako dodatek bezpłatny broszurkę prof. JAWORSKIEGO i doc. MIĘSOWICZA: „O deprawacyi wykonawstwa lekarskiego“.

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

Druk. K. Kowalewski, Warszawa, Mazowiecka 8.