

GAZETA LEKARSKA

TRESĆ. I. ADAM CHOJKO. Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego. Str. 1025. II. ADOLF KOZERSKI. Obecny stan leczenia syfilisu metodą EHRlich'a. (Dok.). Str. 1032. *Dział sprawozdawczy.* 150. L. GRIMBERT i R. BERNIER. Od czego zależy odczyn CAMMIDGE'a. Str. 1037.—151. BERGMANN i GULEKE. Przyczynek do teorii zatrucia trzustkowego. Str. 1038. *Odcinek.* JÓZEF JAWORSKI. V Międzynarodowy Kongres ginekologiczno-akuszerski w Petersburgu. Str. 1040. List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej”. Str. 1044. *Wiadomości bieżące.* Str. 1046. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz
przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego.

Podał

Adam Chojko.

UWAGI STATYSTYCZNE.

T. GRYGLEWICZ w Nr. 44 Gazety Lekarskiej z r. 1902, w pracy swej „Próby określenia wsyalności cukru gronowego w żołądku” omawiając przypadki moczówki cukrowej, spostrzegane w oddziale dra CHEŁCHOWSKIEGO od r. 1894 do r. 1902, wypowiada między innymi następujące uwagi:

1) że moczówka cukrowa, będąc chorobą przeważnie zamożnej ludności, rzadko bywa spostrzeganą w praktyce szpitalnej; w oddziale dra CHEŁCHOWSKIEGO w powyższym okresie czasu, t. j. w przeciągu lat 8-u, spostrzegano zaledwie 8 przypadków tego cierpienia, co stanowi 3^o/₁₀₀ wszystkich chorowanych, 2) że przypadki szpitalne moczówki cukrowej należą przeważnie do ciężkich postaci tej choroby, z dużą odsetką cukru w moczu, dochodzącą w połowie przypadków do 8^o/₁₀₀.

Otrzymawszy od dra CHEŁCHOWTKIEGO notatki, dotyczące moczówki cukrowej z praktyki szpitalnej i prywatnej od roku 1881 do r. 1910, nadto rozporządzając materiałem, udzielonym mi łaskawie przez zakład leczniczy nałęczowski, od roku 1880 do r. 1909, oraz kilkoma własnymi przypadkami, postanowiłem uwagi kol. GRYGLEWICZA sprawdzić na większej liczbie chorych, a zarazem wyciągnąć własne spostrzeżenia i wnioski, jakie mi się nastęrczała przy zestawianiu tego materiału. Liczba przypadków moczówki cukrowej, zebranych z powyższych źródeł wynosi razem 101; z tych przypada:

| | | |
|-----|---|----|
| I | grupa: na szpital | 23 |
| II | " na praktykę prywatną dra CHEŁCH. i moją | 46 |
| III | " na Zakład Nałęczowski | 32 |

Chorzy szpitalni należą do klasy biedniejszej; są to rzemieślnicy, wyrobnicy i t. p.; wśród nich znalazł się jeden lekarz. Chorych II i III grupy, t. j. prywatnych, [oprócz jednej służącej], oraz chorych nałęczowskich należy zaliczyć do klasy ludności więcej uprzywilejowanej.

Podług płci zanotowano:

w grupie II: mężczyzn 26 [56,52%], kobiet 20 [43,48%].

" III: " 18 [56,2%], " 14 [43,8%].

Materiał szpitalny pochodził wyłącznie niemal z oddziału męskiego.

Na poszczególne lata przypada:

T A B L I C A I.

| Rok | Szpital | Zakład Nałęczowski | Rok | Szpital | Zakład Nałęczowski | Rok | Szpital | Zakład Nałęczowski |
|------|---------|--------------------|------|---------|--------------------|------|---------|--------------------|
| 1880 | — | 0 | 1890 | 0 | 0 | 1900 | 1 | 3 |
| 1881 | 1 | 1 | 1891 | 0 | 3 | 1901 | 0 | 1 |
| 1882 | 1 | 0 | 1892 | 0 | 0 | 1902 | 2 | 2 |
| 1883 | 0 | 0 | 1893 | 0 | 1 | 1903 | 1 | 5 |
| 1884 | 0 | 0 | 1894 | 0 | 0 | 1904 | 2 | 2 |
| 1885 | 0 | 0 | 1895 | 1 | 0 | 1905 | 2 | 3 |
| 1886 | 0 | 0 | 1896 | 1 | 2 | 1906 | 3 | 1 |
| 1887 | 0 | 2 | 1897 | 1 | 0 | 1907 | 3 | 4 |
| 1888 | 0 | 0 | 1898 | 0 | 0 | 1908 | 0 | 2 |
| 1889 | 0 | 1 | 1899 | 2 | 1 | 1909 | 1 | 7 |
| | | | | | | 1910 | 1 (przy | najmniej dotąd) |

W tablicy tej ogólna liczba chorych cukrzycowych, leczonych w zakładzie nałęczowskim jest wyższą od liczby, podanej w grupie III, co tłumaczy się tem, że niektórzy chorzy powtarzali kurację w latach następujących.

Podług wieku chorych na moczówkę cukrową wypada:

T A B L I C A II.

| Wiek | do 10-u lat | 11—20 | 21—30 | 31—40 | 41—50 | 51—60 | 61—70 | 71 i starsi |
|--------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| W grupie I | — | 1 | 4 | 7 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| W grupie II | Mężczyzn | (1) | 4 (3) | | | 22 | | |
| | Kobiet | — | 2 | | | 18 | | |
| W grupie III | Mężczyzn | — | — | — | 1 | 5 | 5 | 4 |
| | Kobiet | — | — | 4 | 2 | 4 | 5 | 1 |

W grupie I [szpitalnej] wiek trzech chorych jest niewiadomym.

Rozpatrując bliżej powyższe zestawienia, musimy przyjąć przedewszystkiem, iż jakkolwiek moczówka cukrowa rzadko bywa spostrzegana w praktyce szpitalnej, niemniej jednak liczba spostrzeganych przypadków stale wzrasta [patrz tabl. I]. Kiedy w pierwszym dziesiątku lat notowanych było 2 przypadki, to w drugim już 6, w trzecim 15. Podług obliczeń kol. GRYGLEWICZA na 1000 chorych szpitalnych od r. 1894 do r. 1902 wypada 3 cukrzycowych, podług moich za ostatnie lata, t. j. od r. 1903 do r. 1910 — 4 na tysiąc. Liczby te zgadzają się z podanymi przez LÉPINE'a dla jednego z największych szpitali paryskich. W ostatnim dziesiątku zwracają naszą uwagę lata 1904, 5, 6 i 7, t. j. lata t. zw. rewolucyjne; w czteroleciu tem było 10 przypadków moczówki cukrowej, w pozostałych zaś 25-u latach było ich 13. Że ogólna liczba chorych na oddziale w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus jest większą, niż w dawnym, nie ma to znaczenia, świadczą o tem lata 1908, 1909 i 1910, w których przepełnienie nie było mniejsze, niż w latach rewolucyjnych, a notowani byli tylko dwaj chorzy z moczówką cukrową ¹⁾. Nie zgadza się z tem statystyka nałęczowska, co można tłumaczyć różnymi wzglę-

¹⁾ Jeden z nich wiązał ściśle powstanie swej choroby z zaburzeniami strąjkowemi.

T A B L I C A III.

Wykaz zmarłych w Warszawie z wyłączeniem przyjezdnych podług wieku.

Mozzówka cukiernia.

| Rok | Wiek 0-1 | | 1-5 | | 5-10 | | 10-20 | | 20-30 | | 30-40 | | 40-50 | | 50-60 | | 60-70 | | 70-80 | | 80-00 | | Razem | | Razem Na 10000 mieszkańców | |
|-------|----------|----|-----|----|------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|----|-------|-----|-------|-----|----------------------------------|------|
| | Płeć | M. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | M. | K. | | |
| 1899 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 6 | 7 | 8 | 1 | 1 | 1 | — | 15 | 18 | 33 | 0,51 |
| 1900 | — | — | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 7 | 2 | 4 | 1 | 3 | — | — | 12 | 18 | 30 | 0,44 |
| 1901 | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | — | 1 | — | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | — | 1 | — | 15 | 14 | 29 | 0,40 |
| 1902 | — | — | — | — | — | — | 2 | 2 | — | — | 4 | 3 | 3 | 3 | 7 | 3 | 7 | 10 | 4 | 3 | 1 | — | 28 | 24 | 52 | 0,71 |
| 1903 | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 4 | 2 | 4 | 6 | 4 | 3 | — | 1 | 1 | 19 | 16 | 35 | 0,46 |
| 1904 | — | — | 1 | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 6 | 6 | 7 | 3 | 4 | 4 | — | 1 | 22 | 21 | 43 | 0,56 |
| 1905 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | 1 | 3 | 4 | — | 4 | 7 | 2 | 6 | 9 | 3 | 2 | — | — | 20 | 23 | 43 | 0,56 |
| 1906 | — | — | — | — | 1 | — | 3 | 3 | — | 1 | 5 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 8 | 1 | 3 | — | 1 | 21 | 25 | 46 | 0,62 |
| 1907 | — | — | — | — | 2 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 | 7 | 2 | 10 | 10 | 5 | 9 | — | 3 | — | 1 | 31 | 31 | 62 | 0,81 |
| 1908 | — | — | — | — | — | — | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 6 | 4 | 5 | 8 | 5 | 1 | 5 | — | — | 22 | 28 | 50 | 0,66 |
| Razem | — | 1 | — | 3 | 3 | 9 | 11 | 12 | 12 | 26 | 19 | 26 | 32 | 47 | 49 | 56 | 64 | 21 | 24 | 4 | 4 | 205 | 218 | 243 | | |

dami. Zgadza się natomiast spostrzeżenia z prywatnej praktyki; chorzy notują wyraźnie związek choroby z przejściami moralnymi wskutek rozruchów. Zgadza się z tem doskonale tablica śmiertelności m. Warszawy, którą podaję niżej, zwłaszcza jeżeli uwzględnimy, że ci, co zachorowali w latach rewolucyjnych, figurują między zmarłymi w tablicy dopiero w latach późniejszych [patrz tabl. III].

W statystyce miejskiej liczba cukrzycowych zmarłych w ostatnim trzechleciu [r. 1906, 7 i 8] wzrosła znakomicie zarówno bezwzględnie, jak i w stosunku do ludności: kiedy w poprzednim siedmioletcu przeciętna liczba śmierci na cukrzycę wynosi 38 rocznie, to w ostatnim trzechleciu—53 [tak samo i w stosunku do ludności]. Przyrost ten śmiertelności pada głównie na wiek do lat 40-u: kiedy u ludzi starszych po nad lat 40 w pierwszym siedmioletcu wypadło 198 zejść śmiertelnych, to w ostatnim trzechleciu było ich 115, młodszych tymczasem w pierwszym było 52, a przez 3-y lata ostatnie 43-y. Jeszcze jaskrawiej to wypadnie, jeżeli przeciwstawimy sobie ludzi do lat 30-u i starszych: pierwsi [do lat 30-u] przez 7 lat dali 22 przypadków śmierci, przez ostatnie 3-y lata—28, natomiast starsi przez pierwsze 7 lat—243, przez ostatnie 3-y lata—130. Szczególniej rażącym jest rok 1909.

W statystyce szpitalnej również znajdujemy, iż na okres rewolucyjny przypadają głównie chorzy w wieku młodszym, a mianowicie: z 10-u chorych tego okresu przypada 8 do lat 40, dwu zaś tylko przekracza ten wiek, w pozostałych zaś 25-u latach młodszych znajdujemy 5, a starszych 8.

Zarówno więc statystyka miejska jak i szpitalna jaskrawo wykazują, że podczas ruchu rewolucyjnego liczba przypadków moczówki cukrowej znacznie się wzmogła i że ludzie młodszy, prawdopodobnie będąc podatniejsi na wpływy psychiczne, a może i więcej na nie narażeni, jako też i na wstrząśnienia fizyczne, łatwiej zapadali na cukrzycę, niż ludzie starsi. Do tego okresu czasu naprzykład należy przypadek moczówki cukrowej u 40-letniego J. P., zawsze przedtem zdrowego, który, nciekając podczas rozruchów, skończył z wysokości kilkumetrowej i wkrótce zgłosił się do szpitala z objawami cukrzycy.

Stwierdzając częste występowanie cukrzycy podczas niedawnych rozruchów, nie wypowiadam zresztą nic nowego. Znaczenie wpływów nerwowych dla powstawania i przebiegu cukrzycy zawsze było silnie podkreślane. W patogenezie cukrzycy zawsze przyjmowano jej postać nerwową. Dzisiaj zaś po stwierdzeniu częstego związku cukrzycy z cierpieniem gruczołów o wewnętrzny wydzielaniu [gruczołu tarczowego, nadnerczy a zwłaszcza przysadki mózgowej] i wzajemnego oddziaływania tych gruczołów na siebie i na trzustkę, nie brakuje głosów, pragnących rozszerzyć patogenę nerwową cukrzycy na większość jej przypadków ¹⁾. W ostatniej bowiem tylko instancji cukrzyca może zależeć od braku w ustroju zaczynu glikolitycznego, a więc od schorzenia wydzielających go komórek, a więc od zahamowania wydzielania wewnętrznego

¹⁾ U nas wymownie broni tego poglądu MORACZEWSKI. Przegl. Lek. 1909 str. 153.

trzustki. Czynności jednak trzustki i zaburzenia w nich pozostają pod wpływem układu nerwowego. Nawet tam, gdzie mamy do czynienia ze zmianami anatomicznymi trzustki, z zanikiem w niej wysepek LANGERHANSA, którym się przypisuje wydzielanie zaczynu glikolitycznego, nawet i tam można na zanik tych komórek sekrecyjnych patrzeć, jako na zwyrodnienie neuronu sekrecyjnego, którego zakończeniem właśnie jest komórka sekrecyjna, przez co choruje lub wyrodnienie ona razem z resztą swego neuronu ¹⁾).

Jaki wiek daje największą liczbę chorych cukrzycowych, wskazuje nam tablica II; widzimy z niej, iż najwięcej chorych w grupach II i III przypada na lata od 40-u do 60-u, natomiast wśród chorych szpitalnych lata od 20-u do 40-u mają wybitną przewagę. Zgadza się z tem statystyka chorych całego szpitala Dzieciątka Jezus za lata 1883, 4, 5, 6 i 7 ²⁾: na ogólną liczbę 16-u chorych znajdujemy 9 u w wieku lat od 20-u do 40-u, 4-ch w wieku starszym, wiek 3-ch chorych nie jest notowanym.

W stosunku do płci, jak już wyżej zaznaczyłem, w grupie II wypada kobiet 43,48%, a w grupie III—43,8%. W statystyce szpitala Dzieciątka Jezus w okresie pięcioletnim z pomiędzy 16-u chorych cukrzycowych było 7 kobiet, co daje 44,7%. Jak widzimy, odsetka kobiet wśród chorych na moczówkę cukrową jest zgodną we wszystkich posiadanych przezemnie źródłach i wynosi około 44%. Taką odsetkę wysoką podaje tylko SCHMITZ, u innych autorów znajdujemy od 20-u do 30% kobiet.

Nadmienić winienem, iż w statystyce miejskiej [patrz tabl. III] na ogólną liczbę 423 śmierci na cukrzycę znajdujemy 218 kobiet, co stanowi 51,5%.

Skąpemi liczbami rozporządzamy dla wykazania wpływu rasy na częstotść przypadków moczówki cukrowej w naszym kraju. W II grupie na 26 mężczyzn zanotowano 3-ch żydów, na 20 kobiet—3 żydówki, co stanowi razem 13,04% żydów. Statystyka naleęczowska na 18 mężczyzn daje 4-ch żydów, na 14 kobiet—6 żydówek: razem na żydów wypada 31%. Dotychczasowe więc dane nie upoważniają nas do takiego wniosku, jaki wypowiadają obey autorzy np. dla Prus i New Jorku, gdzie moczówka cukrowa wśród żydów ma być spotykaną niezwykle często [WALLACH dla Frankfurtu nad Menem podaje 10 razy większą śmiertelność na cukrzycę u żydów, aniżeli u chrześcian]. Z własnej 18-letniej praktyki w jednym z miasteczek prowincjonalnych wyniosłem również to przekonanie, że moczówka cukrowa nie jest częstym zjawiskiem wśród ludności żydowskiej; przez cały ten okres czasu spostrzegalem zaledwie dwa przypadki u żydów, którzy stanowili prawie połowę wszystkich moich chorych, u chrześcian natomiast 3 przypadki.

Innych źródeł, dotyczących tej kwestyi, w piśmiennictwie polkiem nie znalazłem ³⁾ a jednak dzielnice polskie z dużą odsetką ludności żydowskiej,

¹⁾ NAUNYN. Der Diabetes mellitus Wiedeń 1898 str. 418.

²⁾ Sprawozdania statystyczne, opracowywane przez KRAJEWSKIEGO, GARBOWSKIEGO i POLAKA. Za późniejsze lata sprawozdań tych już nie wydawano.

³⁾ BARTOSZEWICZ w statystyce śmiertelności Łodzi za rok 1909 (Przegl. Lek. 1910 str. 530) podaje na 4-ch żydów zmarłych z cukrzycy 1-go chrześcianina.

ze szpitalami osobnymi dla tej ludności, najlepiej nadają się do wyświetlenia częstości moczówki cukrowej u żydów. Biuro statystyczne przy magistracie warszawskim, zamieszczając w wydawanym corocznie „Ruchu ludności m. Warszawy” wykazy śmierci dla poszczególnych wyznań, mogłoby się wielce przyczynić do wyświetlenia wpływu rasy na moczówkę cukrową.

Wybitną różnicę znajdujemy pomiędzy chorymi szpitalnymi a chorymi II i III grupy, porównyując odsetkę cukru, znajduwanego w moczu, co wskazuje nam poniższa tablica.

| % cukru | Do 2,5% | Do 5% | Wyżej 5% | Brak dokładnych danych |
|---------|------------|-------------|------------|------------------------|
| I grupa | 1 (5,3%) | 4 (21,0%) | 14 (73,7%) | 4 |
| II „ | 9 (23,08%) | 13 (33,33%) | 17 (43,6%) | 7 |
| III „ | 6 (20,7%) | 15 (51,7%) | 8 (27,6%) | 3 |

Na oddziale utarło się przekonanie, że chorzy szpitalni zawsze mają ogromną odsetkę cukru, 8% lub nawet więcej. To samo widzimy i w naszej statystyce; jedyny wyjątek z r. 1899 można tłumaczyć tem, iż chory przybył do szpitala na krótko przed śmiercią w okresie znikania cukru z moczu, z dużymi zmianami gruźliczemi w płucach, gorączką i cierpieniem nerek; drugi wyjątek z r. 1895 tłumaczy się tem, że chory należał do innej klasy ludności. Lata rewolucyjne przyniosły nam wyjątki od tej reguły, gdyż na te właśnie lata przypadają 3 pozostałe przypadki ze średnią odsetką cukru w moczu. U chorych II i III grupy spotykamy przewagę średniej i niskiej odsetki cukru w moczu.

Łączność cukrzycy z artrytyzmem, tak często notowana u wielu autorów, a szczególnie Bouchard'a, w naszej statystyce sprowadza się do następujących liczb: w grupie II [chorych prywatnych] na 46 przypadków moczówki cukrowej znaleziono wybitne objawy artrytyzmu w 11, t. j. w 23,9%; w grupie III [nałęczowskiej] na 26 przypadków—w 5-u, t. j. w 19,2%; w pozostałych przypadkach tej grupy nie znalazłem odpowiednich notatek. W grupie I [chorych szpitalnych] artrytyzm nie jest notowanym ani razu.

Rodzaj zajęcia chorych cukrzykowych nie uwydatnia swego wpływu na częstość cukrzycy w naszej statystyce. Nie mogę jednak pominąć jednego szczegółu, a mianowicie, iż wśród chorych szpitalnych i prywatnych 5 razy notowani są lekarze. Jeżeli do tego dodamy 3 przypadki znane nam ze słyszenia, to musimy przyjąć, iż moczówka cukrowa wśród lekarzy spotyka się stosunkowo nie rzadko.

W tem miejscu nadmienić winienem, iż statystyka miejska, dotycząca ruchu ludności m. Warszawy, z której w pracy niniejszej korzystałem, stanowi mogłaby cenny materiał dla prac lekarskich, zwłaszcza wobec skąpych wogóle u nas źródeł statystycznych. Zdaje się jednak, że w wykazach śmiertelności uwzględnia się jedną tylko przyczynę śmierci, choćby nawet na kartce kilka chorób było podanych. Wpłynąć to może bardzo na wartość obliczeń odsetkowych.

II. Obecny stan leczenia syfilisu metodą Ehrlich'a.

Podał

Adolf Kozerski.

(Odczyt w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 6. IX, 1910 r.).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 40).

Niejedno niepowodzenie przypisywano wadliwej technice wstrzyknięć. Sposób podawania leku w tym krótkim czasie ulegał wielokrotnym i ciągłym zmianom. Dioksydiamidoarsenobenzol jest związkiem nietrwałym. Do użytku bywa nadsyłany jako trwały dwuchlorek. Przez dodanie dwu drobin ługu sodowego zamienia się dwuchlorek na czysty preparat „606“, uwalniając po dwie drobiny soli kuchennej i wody.

W tym celu bezpośrednio przed zastrzyknięciem należy dodać tyle ługu sodowego, ile jest potrzebne do wypędzenia kwasu solnego.

Ponieważ dwuchlorek trudno rozpuszcza się w małej ilości wody, EHR-
LICH polecał go zwilżyć małą ilością alkoholu metylowego.

Prof. GROSZ ostrzegał przed jego użyciem ze względu na zatrucie, jakie wywołuje. Praktyka wykazała, że miał słuszność. MICHAELIS zastąpił alkohol metylowy etylowym. ALT używał do rozrobienia 0,3 HATA'y 2,0—2,3 ctm. sz. normalnego ługu sodowego. WECHSELMANN, HERXHEIMER i inni używali 15—20%-ego ługu sodowego.

W razie, jeżeli papier lakmusowy lub fenolftaleina wykazywały odczyn silnie alkaliczny, neutralizowali płyn kwasem octowym.

Stosowano płyn kwaśny, zasadochłonny, obojętny i słabo alkaliczny. Spostrzeżenia HOFFMANN'a i świadectwo ALTA dostatecznie wykazują, że rozczyn kwaśny jest najbardziej jadowitym, już w małych dawkach działającym na serce, a nie działa skuteczniej. Płyn alkaliczny drażni mniej, najmniej zaś płyn obojętny.

Podawano „606“ jako rozczyn lub zawiesinę. Wewnątrzżylnie tylko jako rozczyn. I w jednym i w drugim przypadku wyniki są analogiczne. Ażeby otrzymać rozczyn, należy użyć dużej ilości wody, co przy śródżylnem stosowaniu jest obojętnem. Jeżeli jednak płyn, bądź co bądź drażniący, wpro-

wadzić w dużej ilości w mięsień lub pod skórę, występuje nacieczenie i bole, do pewnego stopnia proporcjonalne do ilości płynu. Dlatego WECHSELMANN dążył do stosowania płynu małej objętości i w tym celu używa zawiesiny.

Ażeby uniknąć pobocznego działania octanu sodu i jednocześnie zmniejszyć objętość wstrzyknięć, WECHSELMANN centryfuguje obojętną zawiesinę, pipetą wysysa płyn i rozciera pozostały osad z 6-u ctm. sz. roztworu fizjologicznego soli kuchennej.

BLASCHKO do tegoż samego celu dochodzi, dodając tylko tyle ługu sodowego, ile wypada z obrachunku. Podaje odnośną tabelę.

Teoretycznie NEISSER uważa, że wprowadzając zawiesinę neutralną, podajemy lek nierozpuszczony, którego obróbkę pozostawiamy ustrojowi. Działanie więc powinno być powolniejsze, zato może więcej długotrwałe. Wogóle najszybciej, lecz krótko działa wstrzyknięcie roztworu w żyłę; mniej szybko i trwale wstrzyknięcie roztworu podskórnie, mniej doraźnie, ale zato długotrwałe działa podskórne lub śródmięśniowe wprowadzenie zawiesiny. Wstrzyknięcie więc śródżylnne ma za sobą doraźność i siłę działania, zaś podskórne i śródmięśniowe teoretycznie działanie mniej doraźne, zato, sądząc po zwierzętach, budzi nadzieję udzielenia organizmowi przez czas jakiś trwającej odporności.

ALT, który ma najdawniejsze doświadczenie w tej sprawie, uważa stosowanie roztworu za daleko skuteczniejsze od podawania zawiesiny [WECHSELMANN, MICHAELIS].

Stosowaniu też zawiesiny przypisuje powolniejsze znikanie krętków, pomimo wyższych dawek. Nie będę zajmował czasu Sz. Kolegom opisem modyfikacji przygotowania płynu, modyfikacji, które zmieniają się z tygodnia na tydzień. W podróży mojej widywałem, że stosowano wstrzykiwania podług ostatniego przepisu MICHAELIS'a, kiedy tymczasem dnia poprzedniego widziałem, że sam MICHAELIS inaczej już płyn przygotowuje.

Niezwykle uproszczenie wprowadza KROMAYER, rozcierając „606“ w *Parafinum liquidum* i dopełniając tę ostatnią tak, ażeby 1 ctm. sz. emulsji zawierał 0,1 preparatu „606“. W tej formie zastosowawszy około 100 wstrzyknięć, nie znajdował, ażeby działanie było powolniejsze lub mniej skuteczne, zato nie widział obrzęków i nie wywoływał bólów. Wydalanie arsenu następuje również szybko.

Odczyn miejscowy po wstrzyknięciu przedstawia się, jak następuje.

Niema go wcale po waniu leku do żyły, jeżeli igła była udatnie wprowadzona. Po wstrzyknięciu w mięsień w kilka godzin występuje nacieczenie i ból miejscowy o bardzo różnym natężeniu. Trwa kilka godzin, dni, lub tygodni. Niekiedy występuje napadowo, czasem po kilkodniowej przerwie powraca. Ból jest zależny w dużej mierze od odczynu i ilości użytego płynu.

Odczyn kwaśny powoduje największe podrażnienie i jest bardziej trujący [ALT]; mniej drażni płyn zasadowy, najmniej obojętny. Nacieczenie bywa bardzo znaczne, choć bywa i niewielkie, zależnie od techniki zastosowania. Jako odczyn ogólny, w kilka godzin po wstrzyknięciu śródżylnym występuje dreszcz, krótkotrwałe podniesienie ciepłoty do 39,5°—40,0°, młtość i

i wymioty. Wszystko to ustępuje w przeciągu pierwszej doby. W wymiocinach brak arsenu [NEISSER].

Po wstrzyknięciu śródmięśniowem lub podskórnem zdarzają się też nudności, gorączka i zaburzenia w działalności serca. W przeciągu pierwszej doby zdarza się też miejscowy odczyn wykwitów. Polega on na przekrwieniu i uwypukleniu albo samych wykwitów, lub też ich bezpośredniego otoczenia. Zdaniem EHRLICH'a dzieje się to skutkiem swoistego działania leku na krętki, które, rozpadając się, uwalniają miejscowo wiele jadu, drażniącego tkanki. Wyrazem podobnego działania na ośrodki ma być, zdaniem EHRLICH'a, gorączka i wymioty. Podobnie zmiany, dotyczące nerwów, ulegają przelotnemu podrażnieniu w sferze czuciowej i ruchowej. Ból głowy, nerwobole wzmagają się na krótko, ażeby szybko ustąpić. EHRLICH uważa miejscowy odczyn za dowód niedostatecznej dawki leku.

Jedyny przypadek działania preparatu „606” za pośrednictwem pokarmu matka ogłasza TAEGE z kliniki JACOBI'ego. Niemowlę przychodzi na świat z matki luetycznej, zwiędłe, o wyglądzie starczym, bez rumieńców, apatyczne, niekrzyczące, niessące. Po 9-u dniach występuje swoisty *pemphigus* i *paronychia*. Matka dostaje wstrzyknięcie „606”. Czwartego dnia wysypka znika, dziecko ssie doskonale, krzyczy głośno, nabiera zdrowej barwy skóry. W mleku ani śladu arsenu. EHRLICH objaśnia, że uwolnione endotoksyny wywołują antytoksyny, które z mlekiem przechodzą na dziecko i wywołują wyzdrowienie.

Co do innych możliwych przyczyn niepowodzeń—to doświadczenia EHRLICH'a wykazały, że pewne gatunki krętków mogą być odporne na dany lek. Może być, że w przypadkach, nie poddających się leczeniu zapomocą „606”, mamy do czynienia z rodzajem szczególnie odpornego krętka bladego. W takim razie i „606” nie rokowałoby nadziei usunięcia syfilisu we wszystkich przypadkach.

Wreszcie wypada zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność. Pracownia frankfurcka wypuszcza preparat „606” seryami, z których nie wszystkie, jak powiada NEISSER, są jednakowej siły czynnej. Może więc w tem należy szukać wytłómaczenia.

Jeżeli mi wolno do powyższych rozważań i faktów dorzucić garść własnych spostrzeżeń i wrażeń, zebranych w 5-u niemieckich oddziałach szpitalnych, to dają się one streścić w sposób następujący.

Lekarz, zwiedzający owe szpitale, spotka się z rozmaitym stopniem dopuszczania go do dokładnego przyjrzenia się przypadkom. W jednych oddziałach słyszy on same superlatywy co do wyników, oglądać zaś może tylko koldry chorych podczas szybkiego galopu, w jakim przebiega salę wraz z gromadką zaproszonych.

W innych, na szczęście liczniejszych, słyszy i zachwyty, ale widzi też i niepowodzenia. Widziałem tedy szereg przypadków, w których gojenie

zaczynało się szybko. Czy równie szybko się kończyło, nie wiem. Widziałem przypadki, już ogłoszone jako prawie wyleczone po jednym wstrzyknięciu, w których okazało się jeszcze konieczne drugie wstrzyknięcie.

Widziałem przypadek zastarzałego syfilisu języka, odpornego na każde leczenie, przepięknie zagojony po „606“.

Widziałem duży szereg przypadków, przebiegających bez gorączki, bez bólów lub z bardzo małymi.

Widziałem jednak i przypadki wysokiej gorączki i szalonych bólów właśnie w oddziale, głoszącym bezbolesność wstrzykiwań.

Widziałem chorą, której po wstrzyknięciu „606“ wypadło wstrzykiwać kamforę z powodu niepokojącego stanu serca.

Widziałem chorą ze starymi pełzającymi gumiakami skóry i kości, nie poddającymi się „606“.

Mówiono mi o dwu chorych, u których po śródmięśniowym wstrzyknięciu „606“ w pośladki wystąpiła *paralysis peronei*.

Z racji przypadku SOBOTKI przeze mnie pytany kolega, który stosował wstrzyknięcie „606“, odpowiedział, że przelotne porażenie pecherza miewali i oni, dopóki używali alkoholu metylowego.

Widziałem przypadki hemiplegii z odczynem WASSERMANN'a dodatnim, które nie poddawały się leczeniu „606“.

Widziałem niemowlę, dobrze zbudowane, obarczone syfilisem dziedzicznym, umierające po wstrzyknięciu „606“.

Słyszałem od jednego z najdokładniejszych obserwatorów, że ma wśród swojej kazuistyki trzy przypadki wyleczenia brodawki zastoinowej po „606“. Lecz słyszałem też od niego, że niema co się łudzić, ażeby po „606“ nie było recydyw.

Zapytany przeze mnie, czy zamierza usunąć stosowanie rtęci, odrzekł żywo, że nie. „Jakąż więc rolę przypisuje pan „606“ w leczeniu syfilisu“, zapytałem. „Przedewszystkiem, odrzekł, wiem, czem mam leczyć ciężkie przypadki syfilisu, niepoddające się rtęci. Co do reszty zaś—przyszłość pokaże“.

Widziałem szereg przypadków śródmięśniowych i podskórnych wstrzykiwań „606“ z bardzo małym odczynem miejscowym, lecz widziałem i przypadki z olbrzymim nacieczeniem. Słyszałem zdanie lekarza, stosującego wstrzykiwania „606“, że nie widzi tej niebywalej szybkości, z jaką mają zniknąć objawy wczesne.

Wreszcie widziałem szereg wstrzykiwań wszelkiego rodzaju, co do których techniki gotów jestem podać bliższe szczegóły.

Zestawiając powyższe dane, zacerpnięte zarówno z literatury, jak z wrażeń osobistych, pozwoliłbym sobie sformułować następujące wnioski tymczasowe. Niema dowodów na to, ażeby „wielkie wyjałowienie“ udało się osiągnąć u człowieka co do syfilisu tak, jak to jest możliwem u królika. Przeciwnie, jest wiele dowodów *contra*. Tem nie mniej swoistość działania preparatu HATA'y na twory syfilityczne, jak się zdaje, nie ulega wątpliwości. Nie podobna jednak już określić ściśle stosunku, jaki zajmie nowy środek względem rtęci i jodu. Brak nam statystyki porównawczej powodzeń i niepo-

wodzeń. Przytem warunki, w jakich nowy środek wchodzi w świat, różnią się znacznie od dotychczas używanych.

Frankfurckie laboratorium wydziela bezpłatnie preparat „606“ w obfitej ilości znacznej liczbie lekarzy niemieckich, bardziej zaś skąpo małej liczbie lekarzy poza granicami Niemiec.

Sądząc z odezwań się EHRlich'a, sprawa znajduje się w fazie prób niejako dyskrecjonalnych, dokonywanych na ludziach.

Eksperymentatorowie dzielą się zdobywanem doświadczeniem z wynalazcą wszechstronnie, dopomagając do ustalenia norm. Co zaś do publiczności lekarskiej, nie operującej jeszcze nowym środkiem, to nie sądzę, ażeby przed nią uchylono już całkowicie zasłonę i wprowadzono do sali doświadczeń. Za to chochliki dziennikarskie otwarty mają dostęp do tej części sali, w której zgromadzono trofea zwycięstwa.

Dotychczasowe doniesienia w literaturze niemieckiej są bardzo zachęcające. Jednak nie można ich nie brać *cum grano salis*. Mam głębokie przekonanie, że autorowie mówią prawdę, ogłaszając wyniki dodatnie. Lecz jestem też dowodnie przekonany, że tymczasem nie ogłaszają wszystkiego, co zdołali dostrzedz ujemnego. W fazie prób dyskrecjonalnych mają do tego prawo. Niezawodnie przyjdzie czas, kiedy ogłoszą wszystko bezstronnie.

Tymczasem jednak niech nam wolno będzie czytać sprawozdania z pewnem zastrzeżeniem, tem bardziej, że i wśród eksperymentatorów panuje wielokrotnie różnorodność zdań i spostrzeżeń. Jedni traktują środek jako w granicach właściwych niejadowity, inni, przeciwnie, spostrzegają częste zatrucia, ogłaszają wyniki śmiertelne. Według spostrzeżeń jednych odczyn WASSERMANN'a ginie 100 razy na 100, według innych mniej, niż w połowie przypadków.

Jednak już z tymczasowych doniesień wyłaniają się niektóre wskazówki.

W ciężkich przypadkach *lues malignae, tarda*e, jeśli zawiedzie rtęć, mamy nowy środek, pożyteczny, działający silniej i bardziej swoisto od dotychczasowych związków arsenowych, a nie wywołujący ślepoty.

Także u chorych dobrej budowy, którzy znajdują się w najwcześniejszym stadium syfilisu, sądzę, że warto, może w połączeniu z rtęcią, próbować, czy jednak nie uda się osiągnąć choć u niektórych upragnionego wielkiego wyjałowienia. O łączeniu nowej metody z dawną wspomina już ALT, podkreślając, że „606“ szczególnie korzystnie działa po leczeniu rtęcią. A kombinując nową metodę ze starą, otrzymamy może doświadczenia nie tak farmakologicznie czyste, ochronimy jednak naszych chorych od skutków zaniedbania rtęci, jeżeliby „606“ okazał się niewystarczającym we wszystkich przypadkach, lub choćby w niektórych. W każdym razie stoimy wobec faktu epokowego znaczenia, który należy powitać z radością, żałując jedynie, że wiadomości, rozniesione przez prasę, nie ściśle odpowiadają rzeczywistości i wywołały u wielomilionowych mas chorych bezkrytyczne gorączkowe pragnienia stosowania środka wtedy, kiedy ten nie jest jeszcze dostatecznie zbadany i jest tylko dla stosunkowo małej liczby dostępny.

PIŚMIENICTWO.

- 1) P. EHRLICH. Ueber den jetzigen Stand der Chemotherapie. 31. X. 1908 Odbitka z Beichte d. deutsch. Chem. Gesell. 2) P. EHRLICH. Ueber Partialfunktionen der Zelle. Muech med. Woch. 1909, Nr. 5. 3) S. HATA. Chemotherapie der Spirillozen. Verhandl. d. deutsch. Kongr. f. innere Medicin. 4) ALT. Das neueste Ehrlich-Hata—preparat gegen Syphilis. Muech. med. Woch. 1910, Nr. 11. Dyskusya Nr. 26. Zur Technik etc. Muech. med. Woch. Nr. 34. 5) PFLUGHÖFT. Zur Behandlung mit Arsacetin. Muech. med. Woch. 1910, Nr. 26. 6) SCHREIBER u. HOPPE. Ueber die Behandlung d. Syphilis m. d. neuen Ehrlich-Hataschen Arsenpraeparat (Nr. „606“). M. med. Woch. 1910, Nr. 27. Die intravenöse etc. Berl. kl. Woch. 1910 Nr. 31. 7) WECHSELMANN. Die Beh. d. Syph. m. Diox. Muech med. Woch. 1910 Nr. 26. 8) WECHSELMANN. Berl. klin. Woch. 1910, Nr. 27. Dermatologische Zeitschr. 1910, t. 17, z. 7. Berl. kl. Woch. Nr. 32. Deutsche m. W. 1910, Nr. 32. 9) WECHSELMANN u. K. LANGE. Ueber d. Technik d. Injection des Diox. Deutsche m. Woch. 1910, Nr. 30. 10) FISCHER u. HOPPE. D. Verhalten d. E. H.-praeparates i mensch. Körper. M. m. Woch. 1910, Nr. 29. 11) A. NEISSER. Ueber d. neue E. Mittel. Deut. m. W. 1910, Nr. 26. 12) NEISSER u. KUZNETSKY. Ueber d. Bedeutung d. E. Arsen, f. d. Syphilisbehandlung. Berl. kl. W. 1910, Nr. 32. 13) MICHAELIS. Demenstr. M. m. Woch. 1910, Nr. 28. Ueber d. Anw. Berl. kl. W. 1910, Nr. 30. Die subcutane Anwendung etc. Berl. kl. W. 1910, Nr. 33. 14) W. PICK. Bericht. M. m. W. 1910, Nr. 28. 15) DORER. Dyskusya M. m. W. 1910, Nr. 28. 16) GÉRONNE u. HUGGENBERG. Berl. kl. Woch. 1910, Nr. 28. 17) H. LOEB. Erfahrungen... M. m. Woch. 1910, Nr. 30. 18) F. LESSER. Schwere Lungensyphilis etc. Deutsche med. W. 1910 Nr. 31. 19) BOHAC u. SOBOTKA. Ueber unerwünschte Nebenerscheinungen etc. Wien. kl. W. 1910, Nr. 30, 31. 20) H. ISAAK. Ergebnisse etc. Berl. kl. W. 1910, Nr. 33. 21) A. GLÜCK. Kurzer Bericht etc. Berl. kl. W. 1910, Nr. 33. 22) TREUPPEL. Erfahrungen etc. Deutsche med. W. 1910, Nr. 30. 23) TOMASZEWSKI. Ueber d. Wirk. d. E., auf d. Syph. des Kaninchens. Berl. kl. W. 1910, Nr. 33. 24) E. HOFFMANN. Die Behandlung etc. Medic. Klinik 1910, Nr. 33. 25) KROMAYER. Theoretische u. etc. Berl. kl. W. 1910, Nr. 34. 26) FRAENKEL u. GROUVEN. Erfahrungen etc. M. m. W. 1910, Nr. 34. 27) BLASCHKO. Kritische Bemerkungen etc. Berl. kl. W. 1910, Nr. 35. 28) HARTUNG. Dyskusya. Berl. kl. W. 1910, Nr. 35. 29) BONHÖFFER. Dyskusya. Berl. kl. W. 1910, Nr. 35. 30) UTHOFF. Dyskusya. Berl. kl. Woch. 1910, Nr. 35. 31) IVERSEN. Ueber die Behandlung etc. Muech. med. Woch. 1910, Nr. 33. 32) TAEGE. Erfolgreiche etc. M. m. W. 1910, Nr. 33. 33) EHRLICH. Berl. kl. W. 1910, Nr. 32. Wiener. kl. W. 1910, Nr. 31. Bemerkungen etc. Medizin. Klinik 1910, Nr. 33.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



150. L. Grimbert i R. Bernier. Od czego zależy odczyn Cammidge'a.

Próba CAMMIDGE'a ze swą dziwną techniką, podaną początkowo przez autora i kilkakrotnie przezeń modyfikowaną jeszcze w sposób dziwniejszy, dała impuls do całego szeregu prac i obserwacji klinicznych w tym kierunku. Nie bez ironii fakt ten autorowie tłumaczą niedostatecznym obeznaniem się klinicystów z chemią, a w szczególności z własnościami ozazonów, na których obecności i własnościach CAMMIDGE budował daleko idące wnioski. Natomiast pracownicy chemii biologicznej przeszli nad próbą tą do porządku dziennego,

uważając skomplikowaną technikę autora za niepotrzebne zagmatwanie sprawy, a wnioski za fałszywe, jako polegające na nieistniejących własnościach ozazonów [np. stopień rozpuszczalności ich w kwasie siarczanym!]. Sam jednakże fakt, że w moczu, poddanym hydrolizie, zjawiają się ciała, dające ozazon z fenylhydrazyną, wydawał się autorom dostatecznym powodem do zbadania tej sprawy pod względem chemicznym. Badania autorów były przeprowadzone nad setką moczków, wolnych od cukru i białka i pochodzących tak od osobników zdrowych, jak też i chorych; pomiędzy ostatnimi było kilku z cierpieniami trzustki. We wszystkich przypadkach otrzymano prawie stałą ilość ozazonu i to bez względu na to, czy trzymano się techniki CAMMIDGE'a, czy też stosowano możliwie najprostsze metody, a więc tylko oczyszczenie moczu i gotowanie go z jakimkolwiek kwasem w celu doprowadzenia do hydrolizy. Otrzymany jednakże ozazon okazał się mieszaniną: autorowie wydzielili z niego nierozpuszczający się w wodzie kipiącej glikozazon, i drugi rozpuszczający się, który przy dokładniejszym badaniu okazał się glikurozazonem. Ciała te były dokładnie zbadane pod względem chemicznym i był określony ich stopień topliwości, jako najważniejsza cecha charakterystyczna.

Z pracy swej autorowie wyprowadzają następujące wnioski:

1. „Odczyn trzustkowy CAMMIDGE'a“ wykazuje każdy mocz, czyto pochodzący od osobnika chorego czy zdrowego, bez względu na to, czy trzyma się ściśle techniki CAMMIDGE'a, czy też stosować metodę najprostszą.

2. Stopnia rozpuszczalności ozazonu w kwasie siarczanym nie można uważać za poważną podstawę do rozpoznania, gdyż nie można przypuszczać, ażeby jakikolwiek stan chorobny mógł zmienić rozpuszczalność ciała, którego własności chemiczne są ustalone.

3. Z obrazu mikroskopowego kryształów nie można wnioskować, że to są te lub inne ozazon, gdyż forma kryształów zależy od szybkości krystalizacji, od środowiska i od zanieczyszczeń.

4. Ozazon w moczu, poddanym hydrolizie, tworzą się z połączenia fenylhydrazyny ze związkami glikuronowymi [kwas glikuronowy] i z węglowodanami, ulegającymi łatwo zdwojeniu; ciała te znajdują się w moczu normalnym.

5. Chociaż ciała te normalnie znajdują się w moczu, to jednakże przy pewnych stanach chorobnych być może wydzielanie się jednego lub drugiego z nich ulega jakimś głębszym zmianom. Wtedy być może odczyn CAMMIDGE'a mógłby być użyteczny, ale pod warunkiem, ażeby te dwa rodzaje ozazonów ściśle odróżniać i oddzielać; przechodziłoby to już ze względu na trudności granicę metody klinicznej.

(*La Presse Médicale* 1910, Nr. 74).

J. Belkowski.

151. Bergmann i Guleke. Przyczynek do teorii zatrucia trzustkowego.

Od czasu pracy GULEKEGO o doświadczalnej martwicy trzustki i o przyczynach śmierci w ostrych cierpieniach trzustki, ustala się pogląd, że ciężkie objawy w chorobie tej zależą od ogólnego zatrucia ustroju. Poglądu tego trzymają się autorowie najważniejszych w tej dziedzinie prac z lat ostatnich, jak HESS, PÓLYA, ROSENBACH, a nawet z poglądu tego osiągnięto już i wnioski praktyczne: chirurgowie, mający do czynienia z urazami trzustki, nie tyle obawiają się obecnie krwotoku lub ewentualnej utraty substancji gruczołowej, ile przedostawania się wydzieliny trzustkowej do jamy brzusznej, co najczęściej prowadzi do zapalenia otrzewnej i śmierci. Wobec tego obecnie byłoby nie na miejscu wyczekiwanie, aż przeminą objawy wstrząsu.

W pracach doświadczalnych, mających na celu wywołanie martwicy trzustki u zwierząt, w początkach posilkowano się takimi metodami, które z patogenezą tego cierpienia u ludzi nie miały nic wspólnego [wstrzykiwanie Hg, HCl, soku żołądkowego do przewodów]. Później do celu tego dążono, wywołując sztuczne zatory tętnic [BUNGE, HESS i OPIE], lub wprowadzając do przewodów takie substancje, których obecność w przewodach możnaby przypuszczać i u człowieka. Dopiero PÓLYA, jak się wydaje, wszedł na drogę właściwą, wykazując, że czynna trypsina, skoro dostanie się do trzustki, może wywołać martwicę w bardzo krótkim czasie. GULEKE, wstrzykując oliwę w przewody trzustkowe psów w okresie trawienia, zawsze otrzymywał martwicę; wstrzykując zaś na czczo, otrzymywał tylko lekkie dolegliwości lub chroniczne zapalenia.

Celem pracy autorów były potwierdzenie już poprzednio wypowiedzianego przez nich przypuszczenia, że śmierć w ostrych chorobach trzustki zależy jedynie od zatrucia ustroju wydzieliną trzustkową.

W pierwszej seryi doświadczeń wprowadzano psom do jamy brzusznej trzustki, wycięte u drugich psów, pokrajane na kawałki lub też uprzednio poddane autolizie. Śmierć w tych przypadkach następowała najpóźniej po 20-u godzinach przy objawach zapalenia otrzewnej, i tem wcześniej, im trzustka była więcej rozdrobiona, lub poddana autolizie; jeżeli była wycięta podczas trawienia, toksyczność jej także była większa. Ażeby wykazać, że zabójcze działanie nie tylko zależało od rozkładu nekrotycznego, ale że i sama wydzielina własność tę posiada, w drugiej seryi doświadczeń wprowadzano do jamy brzusznej psa czynną wydzielinę trzustki, pochodzącą z przetoki drugiego psa; wydzielina ta, w ilości 15-u ctm. sz., w 8 godzin zabijała psa. Dalej wykazano, że zapomocą t. zw. wewnętrznych przetok trzustkowych [prowadzących do jamy brzusznej] następują również ciężkie objawy zatrucia, po 1—10-u dniach zabijające zwierzęta.

W trzeciej seryi doświadczeń wstrzykiwano psom przez pewien czas podskórnie gotowe przetwory trypsyny; następnie wprowadzano im do jamy brzusznej wycięte trzustki, i operację tę na 5 razy psy zniosły 4 razy dobrze, kiedy tymczasem bez uprzednich wstrzykiwań wszystkie zdychały. Świadczyłyby to o nabytej odporności, a więc o wytwarzaniu się we krwi antyproteolitycznych zacyków [antytrypsyny]. Z doświadczeń tych autorowie dawne przypuszczenia swoje uzupełniają wnioskami następującymi:

1. Przy rozpadzie autolitycznym trzustki powstaje śmiertelne zatrucie ustroju tak w przypadkach ostrej martwicy trzustki u ludzi, jak i w doświadczeniach na zwierzętach.

2. Zatrucie to także może pochodzić od samej tylko wydzieliny trzustkowej tego samego lub innego zwierzęcia, lub wreszcie przetworu farmakologicznego.

3. Zwierzęta mogą nabywać uodpornienie czynne przeciw temu zatruciu.

4. Nie sama tylko trypsina bierze udział w zatruciu, ale i nie sama steapsyna [zaczyn rozszczepiający tłuszcze], jak tego chcą niektórzy autorowie. Teorię HESSA, która zatrucia ustroju w martwicy trzustki uzależnia od przechodzących do krwi rozczywnów mydeł, autorowie na zasadzie prac MUNKI i FRIEDENTHAL'a odrzucają.

ODCINEK.

V Międzynarodowy Kongres ginekologiczno-akuszerski w Petersburgu.

Podał

Józef Jaworski.

I.

Kongres ten, który się odbył pomiędzy 22-im — 27-ym września r. b. w Petersburgu, różnił się od poprzednich pod paru względami. Nasamprzód, Kongres w Petersburgu obesłany był lepiej co do ilości prac, a także ich różnorodności. Powtórnie, na porządku rozpraw postawiono aż pięć kwestyi t. zw. programowych. Mianowicie: Cięcie cesarskie. Referenci: BUMM [Berlin]; BRANDT [Christyania]; DOLÉRIS [Paryż]; PESTALOZZA [Rzym]; ROUTH [Londyn]. Leczenie nieoperacyjne raka macicy: Referenci: MANGIAGALLI [Medyolan]; BETRIX [Genewa]; DOYEN [Paryż]; MEYER [Kopenhaga]. Droga pochwowa w akuszeryi i ginekologii. Referenci: MARTIN i JUNG [Berlin-Goettingen]; TREUB [Amsterdam]; WERTHEIM [Wiedeń] i jako korreferenci kilkunastu współpracowników Instytutu ginekologiczno-akuszerskiego wraz z swym przewodnikiem prof. de OTTEM. Czwartą kwestyą programową był: Przegląd porównawczy różnych metod operacyjnych leczenia odchyleń i przemieszczeń macicy. Referenci: SCHAUTA [Wiedeń]; WESTERMARK [Sztokholm]; HOFMEIER [Würtzburg]. W końcu piąta kwestya—o znaczeniu układu nerwowego w powstawaniu i regulowaniu krwotoków macicznych—z powodu nie przybycia na Kongres głównego referenta—MACNAUGHTONA-JONESA—nie przysłała pod obrady.

Bogate obesłanie Kongresu da się wytłómaczyć między innymi i tem, że okres czasu od ostatniego—był wyjątkowo długi, pierwotny bowiem termin Kongresu przypadł na rok 1905, lecz z powodu wydarzeń politycznych został odroczony aż do r. b.

Potrzebie, rzeczą w pewnej mierze osobliwą na Kongresie tym była *abstinentia* sił naukowych, skupionych około uniwersytetów rosyjskich, w osobach profesorów, docentów, ordynatorów klinik, znajdujących się w państwie, w którym Kongres się odbywał. Dostyc bogata produkcya naukowa 14-u uniwersytetów, właściwiej klinik akuszerskich i położniczych, a także zakładów rządowych takich, w ogóle w Rosyi, a specjalnie w Petersburgu, jaką daje się spostrzegać w czasopismach lekarskich tamtejszych, a nawet zagranicznych, nie została zaprezentowana Kongresowi.

Z kilkunastu profesorów rosyjskich akuszeryi i ginekologii, na Kongres przybyło tylko dwu. Stwierdzając fakt ten z obowiązku sprawozdawcy, nie uważamy za potrzebne nad nim się zastanawiać, ponieważ podłożem jego mają być podobno względy natury prywatnej.

Czwartą cechą charakterystyczną Kongresu była jego organizacya, róż-

na w porównaniu nie tylko z Kongresami międzynarodowymi ogólnymi, lecz i ze specjalnemi.

Organizacya ta polegała nie jak dotychczas, wyłącznie na przedstawicielstwie państwowem, lecz istotnie na przedstawicielstwie przez oddzielne Komitety narodowe. A więc obok Komitetów państwowych, po raz pierwszy, na liście wydrukowane zostały Komitety lekarskie i tych narodów, które pozbawione są samodzielnego bytu politycznego i nie tworzą państw, jakoto: Polacy, Czesi, Kroaci.

Z utworzeniem i uznaniem przez Komitet Organizacyjny Kongresu — Komitetu Narodowego Polskiego samodzielnego z prawami i przywilejami, które przysługują innym komitetom narodowym, było najtrudniej, najciężej, bo też aż trojaka dyplomacya, jak się okazuje, ma nawet w rzeczach nauki i sztuki zawsze, w razie międzynarodowych Kongresów czy wystaw, coś do powiedzenia na niekorzyść naszej odrębności narodowej.

Tak zawsze bywało, a ostatnio na międzynarodowym Kongresie lekarskim ogólnym, w Peszcie, r. u. nawet podkomitet polski wraz z czeskim zupełnie skreślono; na Kongresie higieny szkolnej w Paryżu, przed paru miesiącami, zgodzono się tylko na związek towarzystw pedagogicznych polskich, wreszcie, jak wiadomo, odmówiono ostatnimi czasy na urządzenie osobnego „Pawilonu Sztuki Polskiej“ na przyszłorocznej wystawie międzynarodowej w Rzymie.

Tutaj, na V Kongresie międzynarodowym ginekologiczno-akuszerijnym stało się inaczej.

Nie chcę wchodzić na tem miejscu, w jaki sposób udało się nam uzyskać prawa te, z jakich korzystają inne narody, bo sprawa to zawila i posiada już całą historję: częste i długie narady, delegacye, wyjazdy i przyjazdy, wreszcie już prawie archiwum—odezw, listów, depeusz, protokołów i t. d., złożone ze 100 i kilkudziesięciu egzemplarzy.

Ostatecznie w Iym numerze: „*Journal du V Congrès International d'Obstetrique et de Gynécologie*“ pod redakcyą dra L. KRIWSKIEGO, wydanym w d. 22-im IX. r. b., t. j. w dniu otwarcia Kongresu na str. 5-ej czytamy, co następuje: „*La liste des Comités nationaux (voir p. 1 du complément) doit être complétée comme suit:*

Comité Général Polonais. (Président—prof. dr A. MARS [Léopol]). Vice-Président—dr F. NEUGEBAUER (Varsovie). Membres du Comité: Prof. L. BYLICKI, dr G. FESTENBURG, dr KWIATKIEWICZ, dr STROJNOWSKI, Prof. dr F. KOSMIŃSKI, prof. dr A. SOŁOWJ (Léopol), prof. dr S. BRAUN, prof. S. DOBROVOLSKI, prof. dr A. ROSNER (Cracovie); dr H. ŚWIĘCICKI, dr J. POMORSKI (Posen); dr I. BORYSOWICZ, dr J. JAWORSKI, dr C. STANKIEWICZ, (Varsovie).

Zgodnie z regulaminem i zwyczajem wśród prezesów Komitetów narodowych zasiadł za stołem prezydyalnym i kol. FR. NEUGEBAUER, który po wywołaniu przez sekretarza jeneralnego, w porządku kolejowym, wyrazem „*Pologne*“, wszedł na katedrę i jako zastępca nieobecnego prezesa Komitetu Narodowego Polskiego, powiedział po francusku, co następuje: „Będąc zastępcą Prezesa Komitetu Polskiego, profesora MARSA ze Lwowa, pozbawionego możliwości przybycia z powodu choroby, jako wiceprezes tegoż Komitetu, mam zaszczyt oznajmić Panom, że ginekolodzy i akuszerzy polscy, biorący udział w pracach Kongresu tego, dołożą starań razem z innymi interesującymi się nauką narodami, aby spełnić zadanie naukowe, do którego Kongres dąży. My życzymy Kongresowi najzupełniejszego powodzenia i jaknajobfitszego plonu“ [str. 12 Dziennika Kongresu].

Jako delegat wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej przemówił po polsku prof. B. KADER: „Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie, jednego z najstarszych Uniwersytetów w Europie włożył na mnie,

jako na dziekana swego, zaszczytny obowiązek wyrazić V Międzynarodowemu Zjazdowi ginekologów i położników powinszowania i życzenia, by Zjazd ten przyczynił się do rozwoju i postępu tej ważnej gałęzi wiedzy lekarskiej, której Panowie poświęcić macie obrady swoje. Niniejszem spełniam to polecenie zaszczytne. Do życzeń tych pozwałam sobie dołączyć jeszcze jedno, a mianowicie: by ten, kto Zjazd ten zorganizował, miał po Zjeździe uczucie zasłużonego zadowolenia, że przyczynił się do sprawy pod względem naukowym doniosłej, a w organizacyi swej dla wszystkich sprawiedliwej“ [str. 17 i 18 Dziennika kongresu].

Jako delegat Związku Polskiego Lekarzy i Przyrodników w Petersburgu przemówił po francusku w te słowa prof. J. ZIEMACKI: „Polski Związek Lekarzy i Przyrodników w Petersburgu polecił mi wyrazić powinszowanie z powodu otwarcia V-go Międzynarodowego Kongresu Akuszerji-Ginekologicznego oraz życzenia Panom świetnych wyników z prac Panów“. [str. 20 Dziennika Kongresu].

Treść i forma przemówień naszych była w przeddzień otwarcia Kongresu nasamprzód drobiazgowo omawiana wspólnie przez przedstawicieli Komitetu Narodowego Polskiego, obecnych w Petersburgu t. j. przez A. ROSNERA, FR. NEUGEBAUERA, J. JAWORSKIEGO i delegatów, t. j. B. KADERA i J. ZIEMACKIEGO, następnie dopiero wspólnie ułożona i napisana.

Na przesów honorowych między innymi powołano profesorów A. ROSNERA i B. KADERA z Krakowa.

Podawszy dane, co do strony formalnej Komitetu Polskiego na tym Kongresie, przechodzę obecnie do sprawy istotnej, t. j. do uczestnictwa lekarzy polskich w pracach naukowych Kongresu. Prac początkowo zapowiedziano względnie dużo, bo około 15-u, ostatecznie wygłoszono jednak ośm.

Wprawdzie, za postąpienie takie lub inne każdy bywa odpowiedzialny sam, pojedynczo, przy wystąpieniach jednakże niejako wspólnych, mających charakter zbiorowy, nb. wobec aeropagu wszechświatowego, i, powiedzmy otwarcie, dla nas Polaków specjalnie nie zbyt życzliwie usposobionego, każde uchybienie — jest, co najmniej, przykre dla nas wszystkich. Niechęć nad tem się rozwodzić, stwierdzam tylko, że np. na siedmiu, wyraźnie siedmiu, członków Komitetu Polskiego ze Lwowa, nikt nie przybył na Kongres, a tylko jeden, prof. MARS, poczuł się w obowiązku wobec Kongresu nieobecność swoją usprawiedliwić. Toż samo z odczytami, na ośm odczytów, zapowiedzianych przez kolegów ze Lwowa, ani jeden nie przyszedł do skutku, bo żaden z tych kolegów nie przyjechał, a nawet nie uprzedził, że nie przybędzie. Dodam, że zawiadomienia takie, o ile bywają nadsyłane, drukowane są w Dzienniku Kongresu.

Obecnie podaję według porządku programowego, w zwięzłym streszczeniu, odczyty, wygłoszone na Kongresie przez lekarzy Polaków, niektóre w języku francuskim, inne w niemieckim.

Prof. ROSNER demonstruje swój przyrząd do tamowania krwotoków po hebesteotomii. Przytacza 26 własnych przypadków hebesteotomii. Raz przed skonstruowaniem przyrządu tego widział bardzo gwałtowny krwotok, w przypadku zresztą niepowikłanym. Kilka razy używał przedstawionego uciskadła zawsze z doskonałym skutkiem. Krwotok ustawał natychmiast i nie ponawiał się więcej, a także nie wytwarzał się wcale krwiak, który uważać należy za niepożądane powikłanie pooperacyjne.

MORAWSKI. Przyczynę do cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego. Klinika Krakowska wykonała w ciągu ostatniego roku 9 cięć cesarskich sposobem SELLHEIMA: 4 razy otrzewnej nie naruszono zupełnie; 4 razy otworzono ją na małej przestrzeni mimowoli, lecz zaszyto na -

tychmiast; 1 raz okrojono ją na pęcherzu; 1 raz skaleczono pęcherz moczowy. Wszystkie operowane opuściły klinikę zdrowe, wszystkie dzieci—żywe. Autor nie przypisuje mimowolnemu otwarciu otrzewnej większego znaczenia; operacja ta w połączeniu z cięciem PFANENSTIELA chroni chore od przepuklin pooperacyjnych. Dalej pozwala na bardzo konserwatywne traktowanie porodu, ponieważ można bardzo długo czekać i operować dopiero w obliczu bezpośredniego wskazania. Wysoki pierścień skurczowy jest tutaj czynnikiem korzystnym. Tylko ścieśnienia absolutne, nie zakążone, pozostaną, zdaje się, nadal wskazaniem cięcia cesarskiego klasycznego.

JÓZEF JAWORSKI [z Warszawy]. O krwotokach macicznych pochodzenia syfilitycznego, podał patogenezę, symptomatologię, rozpoznanie, dyagnostykę różniczkową i leczenie krwotoków tych, zilustrowawszy odczyt swój opisem 5-u przypadków spostrzeganych i leczonych przez siebie.

RADWAŃSKA i SCHLANK. Nowy sposób leczenia zapalenia przewlekłego szyjki macicy i pochwy. W klinice krakowskiej prof. ROSNERA leczono przewlekłe nieżyty szyjki macicy i pochwy za pomocą bakterij bulgarskich. Bakterye te zaszczipiano na bulionie cukrowym i jako czyste hodowle wlewano do pochwy, codziennie, przez 15—20 dni, nie stosując podczas leczenia tego żadnych przepłukiwań.

Ten sposób leczenia zastosowano na podstawie licznych doświadczeń i badań nad bakterjami bulgarskimi, które posiadają własność rozwijania się na podłożach innych. Bakterye te wytwarzają kwas mlekowy, który utrudnia rozwijanie się innych bakterij i tem samem je niszczy. Leczenie to trwa 15 do 20-u dni, upławy zmniejszają się, już po 3-ch dniach, a zwłaszcza ustępuje uczucie palenia i pieczenia, objawy zatem bardzo dokuczliwe. Przy leczeniu w sposób niezwykły zagajają się nadżerki. Autorzy ten sposób leczenia stosowali na 31 chorych z bardzo dobrym skutkiem.

FALGOWSKI z Poznania mówi: O ostrej relaksacyi mięśnia macicy pod wpływem narkozy ogólnej, dowodząc, że może to spowodować przy manipulacjach łatwe przedziurawienie.

Twierdzenia te znajdują energiczne zaprzeczenie [OPITZ]. Mięsień macicy nawet przy głębokiej narkozie nie traci swego napięcia.

FALGOWSKI: O operowaniu drogą pochwową adnexitów. Na podstawie 32 przypadków uważa, że operowanie drogą pochwową adnexitów jest bardzo dogodne; tą samą drogą operuje on i wczesną ciążę pozamaciczną, a nawet nieduże międzywielądowe guzy; sterylizacja z rezekcją trąbek, według mówcy, wykonywaną być może łatwo i pewnie.

SCHLANK. Badanie kliniczne i doświadczalne nad opatrywaniem pępowiny noworodków. W klinice krakowskiej prof. ROSNERA pępowiny nie podwiązuje się, tylko miażdży się ją zapomocą specjalnej klamry. Taki sposób opatrywania pępowiny ma tę wyższość nad innymi, że zapomocą klamry tej po 10-o minutowym ucisku, kikut pępowiny pozostaje pozbawiony 30% wody, wskutek czego utrudniona bywa infekcja. Nadto, jak doświadczenia wykazują, pępowina po utracie 30% wody schnie znacznie szybciej, i zupełnie nie ulega gniciu. Bywa zaś zupełnie inaczej, gdy taki sam kawałek pępowiny niezmiądzony schnie na wolnem powietrzu.

SCHLANK z kliniki prof. ROSNERA przedstawił fotografie dwu potworków: *Acardiacus* i *Phocomelus*, który urodził się jako bliźniak.

RADWAŃSKA z tej samej kliniki—wielki mięśniak więzcu macicznego okrągłego.

FR. NEUGEBAUER. O ciąży bliźniaczej izochronicznej

heterotopicznej, czyli koincydencya ciąży macicznej i pozamacicznej izochronicznego pochodzenia.

Opierając się na zebraniem z wszechświatowego piśmiennictwa kazuistycznym materiale przeszło 200 przypadków, mówca omówił doniosłe znaczenie tej tak nader niebezpiecznej komplikacji ciąży prawidłowej, bodaj najmniej-bezpieczniejszej komplikacji. Na 68 kobiet nieoperowanych zmarło aż 32, czyli 47%!! Izochroniczna ciąża bliźniacza heterotopiczna nie jest bynajmniej tak rzadkiem zjawiskiem, za które do dziś dnia uchodzi. Lwow i MORRISON obserwowali każdy aż trzy przypadki, 9-u autorów, pomiędzy nimi mówca, obserwowali po dwa przypadki osobiście.

Mówca omawia pokrótce etyologię, zaznaczając uderzająco wielką liczbę pierwiastek (24 pierwiastki, jedna XIX-gravida). Według zdania mówcy właśnie ciąża maciczna odgrywa rolę predysponującą dla pozamacicznej implantacji drugiego jaja, a nie jakikolwiek stan patologiczny jajowodu. Dalej mówca omawia obraz kliniczny czyli symptomatologię oraz rozpoznanie, szczególnie w pierwszych dwu miesiącach ciąży, nadmiernie trudne—na przeszło 200 spostrzeżeń li tylko 11 razy rozpoznanie przed operacją było trafnem.

Terapia powinna być we wszystkich przypadkach operacyjną, mianowicie wypada dokonać cięcia brzuszego, skoro tylko stwierdzono ciążę pozamaciczną, nie zwracając uwagi na ciążę maciczną równoczesną, unikać zaś wypada zarówno kolpotomii jak i dyagnostycznego skrobienia—*Curettagé diagnostique*—pomimo, że w przypadku de ORT'a ciąża maciczna dotarła do normalnego końca, chociaż w 10-ym tygodniu wyskrobano w celach dyagnostycznych kawałek doczesnej macicznej.

Na 113 laparotomii uratowano 93 kobiet czyli 82%, zmarło pomimo operacji 20 czyli 18%. Statystyka w roku 1910, zestawiona przez mówcę, wykazuje na 207 przypadków 51 śmierci czyli tylko 25%. Statystyka za ostatnie 5 lat wykazuje znacznie mniejszą śmiertelność, dzięki rychło wykonanej laparotomii.

Mówca illustrował odczyt swój opisem kilku wybitniejszych spostrzeżeń, rzucając na ekran odpowiednie rysunki lub fotografie.

Na wystawie, połączonej z Kongresem, NEUGEBAUER wystawił około 600 fotografii z własnych zbiorów pochodzących, dotyczących kazuistycznych spostrzeżeń z całego obszaru położnictwa, ginekologii, nauki o potwornem ukształtowaniu i t. d. Zbiór ten zawiera cały szereg unikatów oraz bardzo rzadkich spostrzeżeń.

List otwarty do Redakcyi „Gazety Lekarskiej“.

Szanowny Panie Redaktorze!

Jak wiadomo, Otwock stał się od lat kilkunastu miejscowością, do której udają się chorzy piersiowi—suchotnicy dla kuracyi klimatycznej na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu. Liczba ich dochodzi do paru tysięcy rocznie. Miejscowe sanatoria i pensjonaty pomieszczają małą tylko część tej liczby, reszta lokuje się po willach, dworach i domach prywatnych. Wobec braku w Otwocku wszelkich urządzeń higienicznych i małego zamyłowania do czystości wśród naszej ludności, a zwłaszcza izraelitów małożamownych, stano-

wiących tu większość chorych, musimy uważać wszystkie domy otwockie, przyjmujące lokatorów, za zakażone gruźlicą, a więc za ogniska szerzenia tej choroby.

Mając to na uwadze, Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze rozwinęło propagandę konieczności odkażania mieszkań w Otwocku, aby zaś to zadanie ułatwić, urządziło tu stację dezynfekcyjną, która swych czynności dokonywa po cenach kosztu, a więc bardzo dostępnych [dla zupełnie niezamożnych darmo], i wydaje na to odpowiednie zaświadczenie na piśmie ¹⁾.

Pomimo odezwo i ogłoszeń—Towarzystwo Przeciwgruźlicze nie posiada władzy wykonawczej—korzystanie z usług naszych miewa miejsce bardzo rzadko. Wynika to zapewne z niedostatecznego zrozumienia ważności tej sprawy zarówno przez lokatorów, jak i przez właścicieli nieruchomości. W tych ostatnich niechęć do dezynfekcyi wzbudza obawa, że będzie ona dowodem, iż mieszkanie zajmował suchotnik, co może odstraszać wynajmujących. Pomimo, że każdemu wiadomo, iż do Otwocka zjeżdżają się sami suchotnicy, panuje tu ogólna *phthiseophobia*, swoista po obu stronach, a zawsze szkodliwa w następstwach. Lokatorzy chorzy niechęcią uchodzą za suchotników [co jest zrozumiałem], właściciele domów utrzymują, że „z zasady“ nie wynajmują mieszkań suchotnikom. Ile w tem dobrej wiary? Wszakże gospodarz nie bierze od lokatora świadectwa lekarskiego, iż jest wolny od gruźlicy! U takich mieszkań są może najmniej pewne, ponieważ—wobec „zasady“ nie poczuwają się do obowiązku oczyszczania mieszkań przy zmianie mieszkańców.

Ponieważ w samej rzeczy dezynfekcyja jest sprawą bliżej obchodzącą lokatorów niż gospodarzy, należy, aby od pierwszych wychodziło domaganie się jej. Gdy jednak duży odsetek ich nie ma pojęcia tej potrzeby, należy ich o tem pouczać.

Uświadamiania tego powinni dokonywać lekarze, wysyłający chorych do Otwocka i miejscowości sąsiednich. W szeregu rad i przepisów o żywieniu się, przewietrzaniu i t. d., powinni na pierwszym miejscu wypisywać: „wynajmuj bezwarunkowo mieszkanie zdezynfekowane; niech gospodarz pokaże ci koniecznie dowód piśmienny, że dezynfekcyja została przeprowadzona“.

Tą drogą można będzie z czasem skłonić właścicieli nieruchomości otwockich do zastosowania tego wymagania higieny i bez przymusu policyjnego, na który policya sanitarna nie prędko się zdobędzie.

Mamy nadzieję, że rzecz się da przeprowadzić przy dobrej woli i wytrwałości kolegów. Boć wszakże pominięcie takiego nakazu przez lekarza, wysyłającego chorego do miejscowości zakażonej, będzie błędem zawodowym wobec współczesnych wymagań nauki, a grzechem z zaniedbania obowiązku wobec własnego sumienia.

Dr med. Otton Hewelke.

Warszawa, 2-go października 1910 r.

¹⁾ Dr GEISLER w Otwocku—objął nadzór nad działalnością stacyi dezynfekcyjnej Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Wiadomości bieżące.

— Po trzydniowych obradach, w dniu 8-ym b. m., zakończył się Zjazd chirurgów polskich w Warszawie.

Dla braku czasu Zjazd wyczerpał zaledwie część materiału zapowiedzianego; obok referatów drobniejszych spadł z porządku dziennego nawet jeden z tematów głównych Zjazdu — o aseptyce i antyseptyce. Z powodu nadmiaru odczytów również dyskusya zajęła mniej miejsca, niżby może było pożądanem dla gruntownego wyczerpania kwestyi i ustalenia stanowczych wniosków.

Udział w Zjeździe internistów nie był liczny. Większość odczytów cechował wysoki poziom naukowy; niektóre wykłady były znakomite.

Z wniosków praktycznych bardzo energicznie propagowany był, zwłaszcza przez klinikę krakowską, wniosek o potrzebie interwencji chirurgicznej w zapaleniu wyrostka robaczkowego w każdym jego okresie. Znieczulenie rdzeniowe znalazło na Zjeździe przychylnie przyjęcie tylko z zastrzeżeniem stosowania dawek umiarkowanych [do 0,08] i co za tem idzie — przy ograniczeniu tego sposobu narkozy wyłącznie do operacyi na dolnej połowie ciała.

Szczegółowe sprawozdanie z wysoce interesujących obrad podamy w numerach następných.

Drogim gościom naszym, opuszczającym Warszawę, szlemy wyrazy serdecznego pożegnania.

— „Zdrowie“, organ naszego Towarzystwa higienicznego, obchodzi w miesiącu bieżącym 25-tą rocznicę swego istnienia. W notatce okolicznościowej, ozdobionej podobizną założyciela Zdrowia — JÓZEFA POLAKA, redakcyja zobrazowała pokrótce dzieje swego czasopisma, rzetelnie zasłużonego dla sprawy szerzenia higieny w naszym kraju.

Gazeta Lekarska ongi witała radośnie powstanie Zdrowia; dziś, w rocznicę jubileuszową, a w okresie wysokiego jego rozwoju, zasyła mu tem serdeczniejsze życzenia dalszej owocnej pracy na poważnym posterunku społecznym.

— Koło lekarzy w Krynicy przesłało memoryał do Namiestnictwa, zaś lekarze poznańscy skargę do Sejmu galicyjskiego, przedstawiając jaskrawy nieład, panujący w tem zdrojowisku, i żądając reform odnośnych. Pożądanemby było, żeby wzorem Krynicy wszystkie nasze zdrojowiska, corocznie, po zakończeniu sezonu, obok zysków zestawiały również bilans braków swoich, i corocznie usilnie domagały się ulepszeń w sferach miarodajnych.

— Z powodu uwag naszych w sprawach szpitalnictwa naczelnik wydziału dobroczynnego, p. KOBĄLEWSKI, prowadzi z nami kompletną polemikę... na łamach Kuryera Warszawskiego. W ostatniem wyjaśnieniu swoim pan K. przytacza dobowe liczby przeciętne chorych w szpitalu Św. Stanisława z paru lat ostatnich, niższe od liczby miejsc etatowych, na dowód, że „w tym szpitalu, w którym przebywają chorzy zakaźni, chorzy nie leżeli nigdy na siennikach, w przejściach między łózkami, jak to zaznaczono w Gazecie Lekarskiej“. Niestety, pan K. zbija twierdzenia, których w Gazecie Lekarskiej nigdy nie z a z n a c z a n o.

Raz jeszcze zmuszeni jesteśmy powtórzyć wyraźnie, że uwagi nasze o siennikach na ziemi dotyczyły bynajmniej nie szpitala Św. Stanisława, a szpitali ogólnych, w których, jak to powszechnie wiadomo, w okresie niektórych epidemii niejednokrotnie przetrzymywano również chorych zakaźnych.

Cytowane przez pana K. liczby przeciętne chorych zakaźnych w szpitalu Św. Stanisława stawiają sprawę wolnych miejsc w tym szpitalu w oświetleniu zupełnie wa-

dliwem, przede wszystkim dlatego, że, jako przeciętne, nie dają wskazówki o zapełnieniu oddziałów dla poszczególnych kategorii chorych zakaźnych. Sprawę tę bezwarunkowo lepiejby oświetliły cyfry roczne biletów odmownych lub też ogólne cyfry śmiertelności z chorób zakaźnych w mieście, stale wyższe od cyfr śmiertelności chorych z samego szpitala Św. Stanisława, jak to uwidoczniają zestawienia statystyczne, prowadzone w tej rubryce naszego pisma.

Dopiero te przesłanki uczyniły zrozumiałą palącą potrzebę starań o budowę nowych pawilonów dla chorych zakaźnych, starań — których skuteczne popieranie stanowić będzie wielką zasługę obywatelską pana KORALEWSKIEGO.

Uwagi nasze w sprawach szpitalnictwa, oparte na materiale, naocznie sprawdzanym, uwydatniały właśnie potrzebę takich starań. Dlatego mogliśmy się raczej spodziewać, że będą przyjmowane przez władze szpitalne z całą życzliwością. Niestety, z przykrością stwierdzić musimy, że w wyjaśnieniach pana K. uwagi te są traktowane, jako wycieczki polemiczne, i powodują tylko sprostowania jednostronne i czysto formalne.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 4-go do 16-go września r. b. do szpitali warszawskich przybyło chorych 111, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 6, odrą 3, płonicą 26, błonicą 6, różą 13, tyfusem plamistym 1, tyfusem brzuszny 19, grypą 5, zapaleniem płuc 40 i biegunką krwawą 2.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 14 osób, mianowicie: na ospę 2, płonicę 1, błonicę 1, tyfus brzuszny 1, na zapalenie płuc 8 i biegunkę krwawą 1. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 46 osób, mianowicie: na ospę 1 osoba, na odrę 2, płonicę 27, błonicę 3, różę 2, tyfus brzuszny 5, koklusz 3 i biegunkę krwawą 3.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła dnia 10-go września 2647.

W ciągu tygodniu od 11-go do 17-go września przybyło do szpitali warszawskich 132 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 10, odrę 1, płonicę 21, płonicę 27, błonicę 12, różę 14, tyfus brzuszny 28, grypę 7, zapalenie płuc 31 i biegunkę krwawą 2.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 19 osób, mianowicie: na płonicę 4, tyfus brzuszny 4, zapalenie płuc 9 i różę 2. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, wynosiła 49 osób, mianowicie: na ospę zmarły 2 osoby, odrę 6, płonicę 30, błonicę 4, różę 3, tyfus brzuszny 5, koklusz 5 i biegunkę krwawą 2.

Od 18-go do 24-go września przybyło do szpitali warszawskich 122 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 6, odrą 4, płonicą 27, błonicą 6, różą 18, tyfusem brzuszny 13, tyfusem plamistym 1, grypą 4, zapaleniem płuc 37 i biegunką krwawą 6.

W tymże tygodniu zmarło w szpitalach 22 osób, mianowicie: na ospę 4, płonicę 4, błonicę 1, różę 3, tyfus brzuszny 4, zapalenie płuc 5 i na biegunkę krwawą 1. W całym zaś mieście w tymże czasie na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, zmarło 44 osoby, mianowicie: na ospę 5, odrę 5, płonicę 21, różę 2, błonicę 2, tyfus brzuszny 7 i na biegunkę krwawą 2.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach w dniu 17-ym września wynosiła 2544 i w dniu 24-ym września również 2544.

— W sprawie zimnicy. Towarzystwo Przyrodnicze imienia SENCKENBERG'a w Monachium rozesłało do licznych towarzystw i kółek przyrodniczych w Niemczech odezwę, polecającą zbadanie wszechstronne komarów *Anopheles*, przenoszących zimnicę na ludzi, ze względu, że choroba ta występuje w Niemczech

wcale nierządno. Idzie tu o jak najdokładniejsze poznanie wszelkich biologicznych stosunków komarów, a pożądane są też wiadomości o sporadycznym lub endemicznym występowaniu zimnicy.

Z powodu podobieństwa *Anopheles maculipennis* do *Culex annulatus*, różnicowanie ich jest konieczne, a nietatwe. W razie wątpliwości przesłać należy okazy [adres: Muzeum im. SENCKENBERG'a w Monachium, Victoria Allee 7] przechowane w 20% alkoholu w szklanych kcrkiem zatkanych rurkach z watą, aby powietrze w rurce nie uszkodziło owada.

Zdaje się, że *Anopheles* czasem zimuje w studniach, piwnicach, zwłaszcza w chlewach świńskich, że więc nie tylko ludzi, lecz i świnie kąsa. Okres lotowy *Anopheles* przypada na lipiec i wrzesień. Pożądane jest zbadanie: w jakiej porze dnia i nocy komary latają, czy pojedynczo, czy w mniejszych lub większych gromadach, — i o ile obecność ich zależy od bliskości wody. Larwy *Anopheles* poznać można po ich ułożeniu poziomem, w wodach stojących, w lipcu i sierpniu. Dla rozróżnienia gatunku należy larwy wyhodować w naczyniu szklanem, zawiązanem muslinem, lub przesłać zarówno gąsienice, jak i poczwarki [według adresu] w rurkach szklanych, do połowy wodą wypełnionych.

Anopheles znaleziony został dotychczas w Niemczech w Akwizgranie, w okolicach Kasselu w Turyngii, w Schwarzwaldzie, około Lipska, na Rugii i na wybrzeżu morza Północnego.

Szpitalnych przypadków zimnicy w Niemczech notowano rocznie około 1900 [średnio 1000]. Bez wątplienia jednak zimnicy w ogóle jest daleko więcej. Już znane są w Niemczech nawet endemiczne ogniska malaryczne, np. w Marchii [stąd w północnych Niemczech nazywają zimnicę „Marschfieber“], w górę Renu — aż do południowej Alzacji, na bagnach nadreńskich, między Kehl, Strasburgiem, w Turyngii [2 ogniska], a w Wilhelmshafen i nad morzem Północnem zdarza się coraz więcej przypadków malaryi.

Wobec tego że i w naszym kraju występuje malarya, choć rzadko, możnaby również zająć się zbadaniem stosunków biologicznych anofelesów, zwracając się z odpowiednią odezwą do warszawskiego Towarzystwa miłośników przyrody — a zwłaszcza do łódzkiego Towarzystwa entomologicznego.

— W ciągu tygodnia od 10-go do 17-go września zachorowało na cholere w całym Państwie Rosyjskiem 4412 osób, zmarło 2071; od 18-go do 24-go września zachorowało 3038 osób, zmarło 1474. Od początku epidemii tegorocznej zachorowało osób 198246, zmarło 92329.

— Z powodu cholery we Włoszech projektowana na listopad wycieczka lekarska do Hiszpanii, Afryki, Sycylii i Dalmacyi nie odbędzie się.

— Termin Zjazdu balneologicznego we Lwowie został przyspieszony; Zjazd odbędzie się 29-go i 30-go października r. b.

— We Lwowie powstało Ruskie Towarzystwo Lekarskie, do którego zgłosiło się 63-ch członków na 150 lekarzy i weterynarzy rusinów. Zarząd Towarzystwa tworzą: przewodniczący OZARKIEWICZ, zastępca DRZYMALSKI, skarbnik BEREŻNIŃSKI, sekretarz WACHNIAŃSKI, gospodarz KOBRYŃSKI. Honorowym prezesem wybrano prof. HORBACZEWSKIEGO z Pragi.

Do numeru niniejszego dołącza się, jako dodatek bezpłatny: „Środki lecznicze Laboratorium chemicznego Magistra H. KŁAWE“.

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

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Małowiecka 8.