

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

PRZYCZYNEK

do budowy torbieli skórzastych jajnika.

PODAŁ

Józef Kowalczewski.

Rzecz odczytana na posiedzeniu Lubelskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 18 kwietnia 1904 roku.

Najwięcej skomplikowaną budowę ze wszystkich tworów patologicznych posiadają niezaprzeczenie tak zwane torbiele skórzaste jajnika, których sposób powstawania dotąd opiera się na mniej lub więcej uzasadnionych przypuszczeniach.

Zgodnie z poglądem Wilms'a pod nazwą torbieli skórzastych jajnika będziemy rozumieli takie twory patologiczne, które w swej budowie wykazują rozwój wszystkich trzech listków zarodkowych, jakkolwiek nazwa powyższa nie odpowiada istocie rzeczy. Dawniej nazwą tą chrzczone wszystkie guzy, posiadające jako część składową skórę. Wychodząc z przytoczonego wyżej założenia, wykluczamy podobieństwo dermoidów jajnika do innych również o niezmiernie skomplikowanej budowie guzów, jakie spotykamy w rozmaitych częściach organizmu ludzkiego, np. na głowie, szyi, w jamie klatki piersiowej, w jamie brzusznej i in., a które mają powstawać bądź wskutek nieprawidłowego rozwoju, już to przez wpuklenia, odsznurowania i t. p., bądź znowu wskutek rozwoju zbłąkanych komórek zarodkowych.

Zanim przejdę do opisu budowy dermoidów, przedstawię w krótkości niektóre poglądy w kwestyi powstawania takowych.

Już w starożytności i wiekach średnich znane były potworniaki i torbiele skórzaste. Spotykanie tych nowotworów uważano za nienormalną ciążę i tłómaczono sobie jako karę niebios za przestępstwo moralne. (Podług Astruc'a kara ta spadała na te panny i wdowy, «*quae rationis et castitatis prae se ferunt speciem*»). Pogląd, upatrujący w anormalnej ciąży przyczynę powstawania wzmiankowanych tworów przetrwał do końca 18 stulecia, kiedy w roku 1785 Blumenbach przyszedł do wniosku, jakoby potworniaki powstawały wskutek pewnego «*nisus formativus*», sam jednak nie mógł dać jasnego, zrozumiałego określenia tego *nisus*. Pomijam dalsze poglądy na powstawanie dermoidów jajnika Baillie'go, Meckel'a, Lebert'a, upatrujących również przyczynę powstawania dermoidów bądź w nienormalnej ciąży, bądź w heteroplasmii (*nisus formativus*), które to poglądy nie rozstrzygają wielu pytań.

Rokitansky wskazywał na pęcherzyk Graaf'a, jako na niewątpliwe miejsce pochodzenia torbieli.

W początku siódmego lat dziesiątka zeszłego stulecia zjawia się teoria Waldeyer'a. Sądzi on, że mianowicie komórki nabłonkowe jajnika (*membranae granulosae*) wskutek dzielenia lub pączkowania mogą dostarczać innych, niż są same, idących w kierunku niepełnego embryonalnego rozwoju produktów. Do takiego dalszego rozwoju żeńskich komórek zarodkowych, podług niego, nie jest niezbędne wejście męskiej materii rodnej. «Obfite przykłady partenogenetycznego rozwoju», mówi Waldeyer, «które się z dnia na dzień pomnażają, uwalniają nas w tym względzie od za wielkiej bojaźni».

Następnie Flaischleu na preparatach starał się dowieść możliwości przeistoczenia komórek woreczków Pflüger'a w nabłonek płaski i dalej w dermoidcysty.

Próbowano jeszcze wytłómaczyć sobie rozwój dermoidów, jako inclusio foetalis, bądź znowu objaśniano sobie powstawanie tych tworów wędrówką części zarodkowych, mianowicie, opierając się na nauczanie His'a, podług którego organy płciowe tworzą się z chorda dorsalis, fakt ten starano się postawić w związek z powstawaniem nowotworów jajnika.

Istniał jeszcze pogląd, jakoby dermoidy miały powstawać wskutek zabłądzenia epidermoidalnej tkanki przy tworzeniu kanału Wolff'a.

W roku 1895 zjawia się praca Wilms'a. Przychodzi on do wniosku, że dermoidy, posiadające w sobie rozwój wszystkich listków zarodkowych, a pozbawione własnych organów krwiotwórczych, są to «zarodki pasorzytnicze», które charakteryzuje, jako niezależną grupę, nazwą «szczątkowe pasorzyty jajnikowe».

Przeciw temu twierdzeniu w roku 1900 powstaje Baudler. Na podstawie embryologii twierdzi on, że dermoidcysty jajnika rozwijają się ze szczątków ciała Wolff'a. Wyklucza on zupełnie możliwość spotykania w dermoidach listka wewnętrznego, utrzymując, że spotykane, a napozór przypominające swą budową rozwój entodermy, twory — są to tylko torbiele.

Z powyższego widzimy, że przynajmniej dotąd powstawanie dermoidów jajnika nie wychodzi poza granice przypuszczeń.

Nie rozstrzygając kwestyi wspomnianej, na podstawie własnych badań przyłączam się w zupełności do zdania Wilms'a pod względem rozwoju w dermoidach wszystkich trzech listków zarodkowych.

Przystępując do opisu budowy dermoidów, na tem miejscu pozwolę sobie wyrazić podziękowanie prof. Przewoskiemu za udzielane mi wskazówki i kolegom Neugebauerowi, Br. Sawickiemu i Jakimiakowi za materyał.

Zbadałem szczegółowo na seryach skrawków 6 przypadków, kilka zaś tylko makroskopowo. Nie będę się wdawał

w opis każdego poszczególnego przypadku, postaram się natomiast dać ogólny obraz.

Co do częstości spotykania dermoidów jajnika, przytoczę niektóre dane, jakie znajduję u Wilms'a. Na 2275 guzów jajnika Olshausen obserwował 80 dermoidów. Manter znalazł na 190 przypadków 97 prawostronnych, 67 lewostronnych, 26 obustronnych dermoidów. Sam fakt obustronnego znajdowania dermoidów przeczy inclusioni foetali i teorii odsznurowania.

Podług wieku pacjentek najwięcej dermoidów spotykamy między rokiem 20 a 40, chociaż były obserwowane i w wieku dziecięcym. Tak Pauli na 198 dermoidów wydzieliła 8 na I-y, 35 na II, 45 na III, 47 na IV, 35 na V-ty, 17 na VI, 4 na VII-y lat dziesiątek.

Wielkość torbieli skórzastych bywa najrozmaitsza: od bardzo małej do wielkości głowy ludzkiej. Zazwyczaj spotykamy torbiele średniej wielkości i duże, te bowiem powodują pewne dolegliwości, wskutek których chore poddają się operacji. Małe guzy znajdowano zwykle przypadkowo na sekcji. Jak każda torbiel jajnikowa, i dermoidy mogą posiadać szypuły i ulegają wszystkim następstwom obecności takowych.

Powierzchnia zewnętrzna dermoidów wogóle bywa gładka, błyszcząca, niekiedy znajdujemy te guzy zrosniętymi za pomocą już to luźnych, bądź mocnych zrostów z sąsiednimi organami. Kształt dermoidy mają mniej więcej kulisty, małe zaś guzy jajowaty. Grubość ściany bywa najrozmaitsza. Możemy przyjąć, że, im mniejszy guz, tem grubość ściany bywa cieńszą, chociaż niekiedy spotykamy się z odwrotnym stosunkiem, mianowicie duża torbiel posiada miejscami bardzo zcieńczoną ścianę, gdy tymczasem małe dermoidy, położone w środku tkanki jajnikowej, czynią wrażenie, jakoby ściana ich była gruba.

W pewnem miejscu prawie każdego dermoidu przy szczególnem badaniu daje się wykryć stwardnienie, odpowiada-

jące, jak to niżej zobaczymy, charakterystycznemu narostowi na powierzchni wewnętrznej torbieli, często bardzo nawet dają się wyczuć kości. Bardzo rzadko spotykamy torbiele otwarte.

Co się tyczy zawartości dermoidów, to składa się ona zwykle z tłuszczów, cholestearyny, złuszczonych, zrogowaciałych nabłonków płaskich, detrytu z domieszką mniejszej lub większej ilości włosów, czasem zębów i kości. O ile spotykamy torbiel na szypule i ta ostatnia ulegnie skrętowi, naturalnie, znajdujemy w zawartości domieszkę krwi.

Przechodząc do opisu powierzchni wewnętrznej dermoidów, musimy zaznaczyć, że przedstawia się ona rozmaicie. Można przecież wszystkie spotykane przypadki podprowadzić pod 2 kategorie: 1-o torbiele z jednym lub dwoma prostymi narostami; 2-o torbiele ze skomplikowanymi narostami. Obie te kategorie dermoidów mogą być, naturalnie, jedno lub wielokomorowe. Czasami zamiast wybitnego, rzucającego się w oczy narostu, znajdujemy tylko w pewnym miejscu poduszkowate wzniesienie. Pomijam opis powierzchni wewnętrznej torbieli, a zajmę się przedstawieniem budowy samego narostu, ewentualnie poduszkowatego wzniesienia, te bowiem części w swej budowie anatomicznej są niezmiernie interesujące.

Co się tyczy najsamprzód formy omawianych narostów, to spotykamy tutaj rozmaite obrazy. W małych torbielach zazwyczaj spostrzegamy jeden lub dwa połączone z sobą narosty, mniej więcej prawidłowych, kulistych, cylindrycznych, stożkowatych lub sześciennych kształtów. Przy dalszym rozwoju narostu mogą z niego wyrastać najrozmaitszej wielkości i formy wyrostki, które, napotkawszy w swym rozwoju na cienką ściankę torbieli wielokomorowej, przerastają ją, wrastają do sąsiedniej torbieli, która najczęściej jest zwykłą torbielą jajnikową, i tu, spotykając mniej przeszkód do swego rozrostu, rozwijają się szybko, niekiedy nawet wielkością przewyższając macierzysty narost. Takie właśnie formy czynią na pierwszy

rzut oka wrażenie podwójnych dermoidów. Przy bliższem rozpatrzeniu tych guzów można wykryć łączność między narostami, co jest niewątpliwym dowodem jednolitości narostu. W toku swej pracy spotkałem jeden podobny przypadek. Na zasadzie takich faktów Wilms przychodzi do wniosku, że torbiele skórzaste nigdy nie występują w większej ilości w jednym jajniku i że zawsze w napozór wielorakich dermoidach mamy do czynienia z pojedynczym narostem, który, napotkawszy przeszkodę dla swego rozwoju w danej torbieli, może się doskonale rozwinąć, napotkawszy drugą zwyczajną torbiel, oddzieloną od poprzedniej cienką pękającą przegrodą. Twierdzeniem swem Wilms obala przypuszczenie Seiffert'a o możliwości istnienia wielu dermoidów w jednym jajniku. Zgadając się z Wilms'em co do istnienia rzekomych wielorakich dermoidów, jednocześnie, zgodnie z poglądem Seiffert'a, twierdzę, że obecności wielu dermoidów w jednym jajniku wykluczyć nie można. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności przy tak małej stosunkowo ilości obserwacji, zdarzyło mi się zbadać z całą dokładnością dwa przypadki podwójnych dermoidów. Przypadki te w zupełności obalają mniemanie Wilms'a. Pierwszy z tych przypadków opiszę nieco obszerniej. Utrwalony w alkoholu nowotwór wraz z jajnikiem torbielowato zmienionym przedstawia niewielki guz, długości zaledwie $5\frac{1}{2}$ cm., szerokości i grubości $2\frac{1}{2}$ cm. Po przecięciu bieguna wewnętrznego guza zauważono jamę, wypełnioną zawartością tłuszczową z małą domieszką krótkich (2 cm.), jasnych, cienkich włosów. Przygotowując preparat do badania mikroskopowego, przedłużyłem cięcie w kierunku długiej osi jajnika i, ku wielkiemu zadowoleniu, spostrzegłem drugą torbiel skórzastą. Włosów w zawartości drugiej torbieli brak. Wymiary poszczególnych torbieli przedstawiają się, jak następuje: Długość torbieli wewnętrznej wynosi 2 cm., szerokość rozciętej i wyprostowanej ścianki 2 cm.; długość drugiej torbieli $1\frac{1}{2}$ cm., szerokość wyprostowanej ścianki $2\frac{1}{2}$ cm. Odległość pomiędzy oby-

dwoma workami, t. j., innemi słowy, grubość przegrody 1 cm. odległość zaś pomiędzy obydwoma wielkościami mniej więcej pestki od wiśni narostami, usadowionymi na dolnych ścianach, wynosi około $2\frac{1}{2}$ cm. Z powyższego widzimy: że 1-o torbiele omawiane są bardzo młode. Fakt ten sam przez się przeczy twierdzeniu Wilms'a. Ażeby nastąpił przerost narostu przez zcieńczoną, ewentualnie pękającą, przegrodę, potrzeba, by torbiel doszła do pewnej wielkości, o ile narost nie siedzi na samej przegrodzie, tymczasem opisywane narosty są bardzo małe i wyrastają z identycznych ścianek. 2-o grubość przegrody wynosi 1 cm. Trudno sobie wyobrazić, ażeby małe, wielkości pestki od wiśni, narost mógł wrosnąć i przerosnąć przez tak grubą warstwę. Makroskopowe badanie nie rozstrzyga ostatecznie danej kwestyi. To też poddałem cały guz wraz z przegrodą nadzwyczaj szczegółowemu badaniu na seryi skrawków i nigdzie nie wykryłem jakiegokolwiek łączności pomiędzy obydwoma tworami dermoidalnymi. W drugim przypadku spotkałem się z podobnym obrazem, z tą jednak różnicą, że grubość przegrody wynosiła tylko 3 mm. I tu również badanie nie wykazało łączności pomiędzy obydwoma narostami torbieli. Jako jeszcze jeden dowód niezależności obydwóch torbieli może posłużyć fakt, że w drugim przypadku włosy na jednym naroście były kasztanowate, na drugim jasno blond. W literaturze wogóle nie spotykamy wzmianek o istnieniu dwóch lub wielu dermoidów w jednym jajniku z wyjątkiem przypadku Seiffert'a.

Ażeby uprościć sobie zadanie i możliwie ściśle przedstawić obraz wszystkich poszczególnych, wchodzących w skład narostu dermoidu, tkanek i organów, postaram się drobiazgo wo opisać jeden z obserwowanych przypadków, mianowicie wyżej wzmiankowany, a to z dwóch powodów: 1-o dla tego, że pomimo swej nieznacznej wielkości narosty przedstawiają nadzwyczaj skomplikowany obraz, 2-o, że mamy tutaj do czynienia właściwie z dwiema torbielami skórzastymi.

Powierzchnię wewnętrzną torbieli, położonej u wewnętrznego bieguna zmienionego jajnika wraz z narostem prawie całkowicie pokrywa powłoka skórna z krótkimi (do 2 cm.) jasnymi włosami. Co do tych ostatnich, to przeważnie spotykamy jasne i cienkie włosy, niekiedy tylko ciemne, a w jednym przypadku obserwowałem włosy o barwie kasztanowatej. Długość włosów i obfitość ich bywa rozmaita, nie spotkałem atoli torbieli dermoidalnej, pozbawionej kompletnie uwłosienia.

Z dolnej ściany worka torbieli wznosi się ku górze na samym wewnętrznym biegunie jajnika nie wysoki, mający szeroką podstawę, narost, wielkości pestki od wiśni. Strona zewnętrzna i tylna pochyła, wskutek czego w tych miejscach nie można określić początku właściwego narostu. Pozostałe dwie strony, t. j. wewnętrzna i przednia biegną więcej prostopadle. Jeżeli będziemy patrzyli na narost z góry, to ujrzymy, że nie cała jego powierzchnia opatrzona jest jednokową powłoką. Podczas gdy na zewnętrznej części tej powierzchni widzimy skórę, wewnętrzna część przedstawia się zupełnie gładką, jakby pokrytą błoną śluzową. Granica między temi powłokami jest ostra tylko w przedniej części, znajdujemy tam szczelinę, której brak w tylnej części, to też granica tutaj nie zarysowuje się tak wyraźnie. Jeżeli teraz obejrzymy narost od strony wewnętrznej, a zarazem przedniej, to przekonamy się, że powyższa szczelina sięga aż do podstawy. Niedosyć na tem, łączy się ona z nieco szerszą szczeliną, położoną u dołu narostu, a wytworzoną z jednej strony dolną powierzchnią narostu, mającą tutaj formę półkuli, a ścianką torbieli. Przyglądając się uważniej, zobaczymy, że w zatoce tej znajduje się cienka przepona. Zewnętrzny koniec tej przepony łączy się ze ścianą torbieli w jedną całość. Co się tyczy górnej powierzchni przepony, to w najbardziej ku przodowi położonej swej części jest ona zupełnie wolną od połączeń, ku tyłowi zaś łączy się z dolną powierzchnią kulistą w tem miejscu części narostu w środku swej dłu-

gości. Przez obecność wspomnianej przepony pojedyncza przedtem zatoka, otaczająca narost kulisty, dzieli się na dwie poszczególne zatoki, które nie zachowują jednakowego charakteru. Idąc dalej ku tyłowi, napotykamy zupełne połączenie błonki z kulistą częścią narostu. Obiedwie zatoki i część kulista narostu pokryte są jakby błoną śluzową,

(C. d. n.)



Spostrzeżenia z praktyki.

Nowy objaw meningidis basilaris.

W Méd. Record z Marca r. b. znajduje się opis nowego objawu *meningidis basilaris*, który został też streszczony w numerze ostatnim „Kroniki Lekarskiej“. Nowy objaw w chorobie względnie częstej, poważnej, prawie zawsze śmiertelnej, w początkowych okresach nie łatwo rozpoznawalnej, jest bardzo mile widzianem zjawiskiem zarówno dla klinicysty neurologa, jak dla lekarza praktyka, tembardziej, że, jak S q u i r e s, autor artykułu, zapewnia, już 4-go dnia choroby objaw stwierdzić się daje i to stale z tym samym skutkiem. Zainteresował mnie ten objaw szczerze, przyznam się atoli, na czas bardzo krótki, kiedy go obserwowałem po raz pierwszy przed laty kilkunastu u chorych z zapaleniem opon mózgowych.

Przed laty 13-tu lub 14-tu po raz pierwszy zwrócił uwagę jakiś lekarz niemiecki (zdaje się, K r a u s e), a za nim autorzy amerykańscy, na pewne przemijające zaburzenia w rytmie oddychania i tętna w przypadkach nowotworów tylnej jamy czaszkowej, zwłaszcza *tuberculi solitarius cerebelli*, występujące ze zmianą pozycyi głowy. Przy przechylaniu głowy w tył, zdaniem odnośnych autorów, spostrzega się w niektórych przypadkach zwolnienie tętna, arytmia, połączone niekiedy z krótkotrwałym typem oddychania Cheyne-Stokes'a. Sprawdzając w owym czasie zjawisko to, przekonałem się o względnej rzadkości tegoż, natomiast o stale

występującem w tych warunkach rytmicznym rozszerzaniu i zwężaniu źrenicy. Ten właśnie objaw opisuje Squires u dzieci z zapaleniem opon mózgowych, radząc kłaść dziecko równo twarzą do góry, głowę wziąć między swoje kolana i wykonywać nią ruchy: wtedy przy przechylaniu głowy w tył źrenica się rozszerzy, przy przechylaniu naprzód — zwęzi się. Maximum zwężenia przypada na moment, kiedy podbródek się dotyka mostka.

Snać pod wrażeniem powyżej skreślonych objawów zmian rytmicznych w oddechu i tętnie (wywołanych wahaniem ciśnienia wewnątrz-mózgowego) znajduje się autor, skoro nie spostrzegł, że wykonywane przezeń ruchy głowy dziecka muszą wywołać niezależnie od istoty cierpienia wzmiankowane rytmiczne zmiany źrenicy, gdyż oczy, a z nimi i źrenice, podczas rękoczynu to wystawiane zostają na silne działanie światła, to odwracane od źródła światła. „Doświadczenie to można zawsze z tym samym skutkiem powtórzyć kilka razy na minutę“, słusznie konkluduje autor. Należałoby tylko dodać, że niezawodny ten objaw zawodzi stale, gdyż jest normalnym, fizyologicznym, który się stwierdza zarówno w 4-m dniu choroby, jak 4 dni przed każdą chorobą, czyli w okresie zupełnego zdrowia. Raczej brak tego objawu uważamy za chorobliwy, i w samej rzeczy, brak go zazwyczaj w ostatnich dniach *meningitidis basilaris*, kiedy *ad maximum* rozszerzone źrenice przestały wogóle odziaływać na światło.

Tych kilka słów przytoczyć chciałem w celu ostrzeżenia lekarzy praktyków przed stawianiem błędnego rozpoznania i ciężkiej prognozy na zasadzie objawu „nowego“, lecz bezwartościowego.

H. Higier.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

456. H. Rosin E. Bibergeil. („Ueber vitale Blutfärbung und deren Ergebnisse bei Erythrocyten und Blutplättchen“). Zeitschr. f. Klin. med. 1904.

Doniosłe znaczenie barwienia żywych tkanek polega na tem, że za pomocą tej metody dają się ujawniać zjawiska, zgoła niedostępne, lub też w słabszym stopniu występujące przy barwieniu tkanek obumarłych. Wprawdzie zakres działania tej metody jest dotąd niezbyt obszerny, nie zmniejsza to jednak jej wartości. Zasadniczą cechą barwienia żywej komórki stanowi podwójna sprawa odtleniania i utleniania; żywa komórka wchłania barwnik tylko jako odtlenione bezbarwne ciało, które z powrotem otrzymuje swą pierwotną barwę dopiero wraz ze śmiercią komórki, o ile, naturalnie, produkt odtleniania w danej chwili znajdował się jeszcze w komórce i jednocześnie ilość znajdującego się tlenu była wystarczającą dla sprawy utlenienia. Otrzymane tą drogą zabarwienie początkowo występuje jasno, z czasem zaś niknie, o ile nie zostanie podtrzymane przez odpowiednie utrwalenie. Trzeba też dodać, że nie wszelkie barwniki nadają się do tego celu — jedynym najlepszym okazał się błękit metylowy — podczas gdy tkanka martwa przyjmuje wszelki barwnik w stanie niezmienionym, choćby nawet o składzie trującym, zabójczym dla komórki żywej. — Z pośród tkanek organicznych najbardziej nadaje się do tego badania krew. Autorowie artykułu wypracowali własną metodę przyrządzania odpowiednich preparatów mikroskopowych, której przewodnią myślą było możliwie najdłuższe utrzymanie przy życiu krwi badanej, a to przez zabezpieczenie jej od szybkiego wysychania. Badania dotyczyły czerwonych ciałek krwi i blaszek Bizzozero niebarwionych i barwionych.

W preparatach niebarwionych okazało się, że nawet po upływie 48 godzin od chwili przyrządzenia preparatu czerwone krążki krwi normalnej pozostały zupełnie niezmienione, a większość nawet po upływie 8 dni. Dopiero w drugim tygodniu dało się zauważyć ich sklejanie w kupki z następczem znikaniem. Zupełnie co innego widziano na krwi w anaemia gravis, charłactwie rakowem, charłactwie z zatrucia ołowianego etc. Tu już po kilku dniach, niekiedy nawet następnego dnia, ciała czerwone giną, a ich barwnik przechodzi do otoczenia; nie widziano tutaj sklejanja, ani owych drżących ruchów mikrocytów, o których bywa zazwyczaj mowa w an. gravis. Być może, objaw ten zależał od powstrzymania parowania plazmy, dzięki czemu mikrocyty pozostawały w spokoju. Obfitsze dane komunikują autorzy co do

ciałek czerwonych zabarwionych. Jakkolwiek wszelkie wogóle barwniki działają na nie niszcząco, to jednak kwaśne działają w tem znaczeniu daleko szybciej i silniej, aniżeli zasadowe, jako to błękit metylowy; jednak i przy użyciu tego ostatniego już dnia następnego widoczne są znaczne zmiany pośmiertne, które w krwi patologicznej występują jeszcze szybciej. Przy stosowaniu niniejszej metody często daje się widzieć zjawiska t. zw. polychromatophilie, polegające na nadzwyczaj szybkim wchłanianiu barwnika przez pewne ciała czerwone, zewnętrznie wcale jeszcze niezmienione i zawierające hemoglobinę: w tym wypadku pomiędzy normalnymi, zawierającymi hemoglobinę, ciałkami udaje się widzieć takie, które ledwie zabarwiły się błękitem, obok zaś widocznym jest jeszcze żółtawy odcień hemoglobiny, co najczęściej występuje w an. gravis. Widziano też liczne ziarnka bazofilowe i jądra w ciałkach czerwonych. Wprawdzie, owe ziarnistości widziano już dawniej, i większość badaczy uważa je za twory patologiczne; kilku zaledwie, wespół z Ehrlich'em, znajdowało to samo we krwi zdrowej. Co zaś się tyczy ich pochodzenia, to dotychczas pozostaje nierozstrzygniętą sprawa, czy mamy tu do czynienia ze zwyrodnieniem podścieliska (stroma), czy też z resztkami rozpadu jądra. Co się tyczy pierwszego przypuszczenia, to obadwaj badacze przychodzą do tego wniosku, że pomienione ziarnistości istotnie są wyrazem zwyrodnienia, tworami obumierającymi, a to na podstawie następujących spostrzeżeń: ziarnka te spotykają się nie tylko we krwi chorej, ale nawet i zdrowej, i do tego wcale nie jest tak trudno je tu znaleźć. Jednak we krwi chorej jest ich przedewszystkiem około 17 razy więcej. Następnie, ich budowa jest delikatniejszą we krwi normalnej, jakkolwiek niema zasadniczej różnicy w porównaniu z grubszymi ziarnkami krwi chorej. Zasluguje też na uwagę i ułożenie grubszych ziarenek, nigdy nie dające się widzieć w tej postaci we krwi zdrowej, a mianowicie: w środku ciała czerwonego w postaci albo gwiazdy, albo też przypominającej jądro. Jednak za pomocą pewnych kombinacji barwników (np. mieszaniny Pappenheim'a) łatwo wykazać różnicę pomiędzy ziarnistościami i jądrami czerwonych ciałek: jądra np. barwią się zielonawo, a ziarnka — na czerwono. Ta różnica w barwieniu najwyraźniej wskazuje, że ziarnistości bynajmniej nie stanowią pochodnych jąder. Szczególniej łatwo [w białacze

szpikowej spostrzedz ciała czerwone, zawierające jądra i ziarnistości o różnym zabarwieniu. Dodać należy, że ta różnica zabarwienia otrzymuje wartość rozpoznawczą dopiero w kilka lub kilkanaście godzin po barwieniu, ponieważ początkowo i jądra posiadają barwę czerwoną, która powoli przechodzi w zieloną.

Badanie żywych niezabarwionych blaszek Bizzozero potwierdziło już dawniej wygłaszane zdania co do jajowatej i zazębionej ich budowy, obecności substancji wewnętrznej, silnie załamującej promienie światła, i zewnętrznej, posiadającej tę zdolność w słabszym stopniu. Co do ich ilości, to w białaczce udało się stwierdzić niezwykle powiększenie, nie występujące tak jaskrawo na preparatach, przyrządzanych inną metodą: twory te były niekiedy połączone w większe płytki, jak to się zdarza w zakrzepach. Wybitnie odmienne rezultaty, w stosunku do poprzednich, otrzymano dla krwi w an. gravis i silnie wyrażonej blednicy, a mianowicie niezwykle powiększenie ilości blaszek, a nie zmniejszenie, jak inni twierdzą. Ta różnica rezultatów tłumaczy się nadzwyczajną nikłością blaszek w wymienionych chorobach, dzięki czemu przy badaniu krwi martwej one giną z przed oczu badacza. Przy badaniu preparatów zabarwionych (również barwnikami zasadowymi) w początku można było widzieć zabarwiony, zlekka ziarnisty ośrodek, otoczony bezbarwną zazębioną zarodnią, która wkrótce poczyniała pęcznić i tworzyła koła, słabo załamujące promienie światła; następnie koła te rozlewały się coraz szerzej po za pierwotne kontury blaszek, tak iż część zabarwiona umiejscawiała się niewspółśrodkowo. Niekiedy nawet koła zupełnie się oddzielały i ginęły, pozostawiając na pewien czas widzialną tylko część zabarwioną. Zaś przez połączone barwienie eozyną z błękitem metylowym udało się rozróżnić w blaszkach trzy substancje, a mianowicie: bazofilową (substancja jądrowa Deetjen'a), drugą — niebarwiącą się, nadzwyczaj zmienną, zarodzinową, która początkowo otacza pierwszą, i trzecią — oxyfilową, która znajduje się w ścisłym połączeniu z pierwszą.

Reasumując rezultaty swych badań, autorzy pracy przechodzą do wniosku, iż metoda barwienia żywej (vitalis, lepiej postvitalis) krwi jest rzeczywiście płodną, ponieważ umożliwia dokładniejsze zbadanie składników krwi, jak to się okazało na czerwonych ciałkach i blaszkach, i obiecują w dalszym ciągu

ogłosić wyniki badań nad ciałkami białymi za pomocą tej samej metody.

W. Dobrowolski.

457. A. Hirschberg. **Badania nad odczynem jodowym krwi i narządów krwiotwórczych.** („Untersuchungen über die Iodreaction des Blutes und der haematopoietischen Organe“). Zeitschr. f. Klin. Med. 1904.

Sprawa oddziaływania krwi na jod zajmuje umysły badaczy od lat prawie dwudziestu i starano się w rozmaity sposób ją wytłomaczyć. Rozpowszechnione do niedawna zdanie Kaminer'a, jakoby to zjawisko było patognomoniczne dla toksynemii, zostało po raz pierwszy zachwiane przez A. Wolffa, który ten pogląd zwalczał na podstawie otrzymanych przezeń wyników prac doświadczalnych i licznych badań klinicznych, prowadzonych zresztą i przez szereg innych badaczy w chorobach zakaźnych i niezakaźnych. Nie utrzymała się również teoria Czerny i Weiss'a, dopatrująca się przyczyny tego oddziaływania w duszności. — Istota sprawy polega na wykryciu we krwi wewnątrzkomórkowego glikogenu, który w połączeniu z jodem daje zabarwienie brunatne. Istnieje kilka sposobów ujawnienia tego oddziaływania. Pierwszy polega na tem, że wysuszoną krew poddaje się działaniu roztworu Jod-Gummi, w drugim zaś — na również wysuszony preparat działają parą jodową, wydobywającą się z kryształków jodu. Autor niniejszej pracy używał do swych badań krwi wilgotnej, żywej, na którą działał również parą jodową, stosując też obok tego jednocześnie dwa powyższe sposoby. Wyniki przezeń otrzymane sprowadzają się do następujących danych. Przy badaniu krwi zdrowej za pomocą dwu pierwszych sposobów można było dostrzedz tylko glikogen zewnątrzkomórkowy, w postaci brunatnych ziarenek, o czem zresztą już dawno wiadomo. Trzeci zaś sposób nigdy prawie nie wykrywał obecności wolnych ziarenek glikogenu. Zato jednak w przypadkach normalnych i patologicznych widziano brunatne zabarwienie blaszek Bizzozero, głównie w ich części środkowej, jakkolwiek wiele z nich pozostawało niezabarwionemi, a także i w masach rozpadowych białych ciałek — nieprawidłowo rozsiane ziarenka glikogenu. Trudno w tym względzie wypowiedzieć znanie co do ciałek czerwonych: wprawdzie pod wpływem jodu otrzymują one dosyć wyraźne rozlane zabarwienie brunatne, nigdzie jednak niema ziarenek.

Białe ciała krwi zdrowych ludzi i zwierząt zawierają zawsze, jak to już twierdził Wolff, glikogen wewnątrzkomórkowy, co jednak można ujawnić tylko przy barwieniu krwi wilgotnej. Przytem ciemnobrunatne ziarnka niejednakowej wielkości są ułożone wkoło jądra ciała białego, a nigdy w samym jądrze, po zatem bywają one tam i owdzie rozsiane wśród zarodki ciała. Większość tych ciałek należy do wielojądrowych, w jednojądrowych glikogen bywa rzadziej. W białych ciałkach ropy i płwociny można odkryć glikogen wewnątrzkomórkowy każdym z trzech sposobów. Widoczną jest tedy wyższość ostatniego sposobu nad dwoma pierwszymi, przynajmniej przy badaniu krwi zdrowej. A jeśli już chodzi o wybór pomiędzy dwoma pierwszymi, to doświadczenie nakazuje oddać pierwszeństwo metodzie z rozcynem Jod-Gummi.

A teraz pytanie, czy owe ziarnka istotnie są glikogenowe? Czerny i Zollikofer uważali je za stopień przejściowy do amyloidu; atoli Michaelis pierwszy dowiódł braku tego związku, ponieważ barwienie metyl-violett'em nie dało metachromatycznej barwy czerwonej, swoistej dla tej substancji. Po drugie, jodofilowa substancja krwi rozpuszcza się niezmiernie łatwo, co również przeczy poglądom obu wymienionych autorów. Nie jest też to pepton, jak twierdzili mylnie Goldberger i Weiss, ponieważ pepton z jodem nie daje barwy brunatnej. Niema również racji uważanie ziarenek za ziarnistości eozynofilowe (Biffi) ze względu na znaczną ilość jodofilowych ciałek białych. Zaś na korzyść glikogenu przemawiają: brunatne zabarwienie pod działaniem jodu, obojętność względem metyl-violett'u i morfologiczne podobieństwo do glikogenu w komórkach wątroby. Czemu jednak to ciało daje się wykryć w ustroju zdrowym tylko za pomocą ostatniej metody, zwanej także metodą wilgotnego utrwalenia? Najprawdopodobniejszą odpowiedź na to daje teoria Wolff'a, przypisująca glikogenowi wewnątrzkomórkowemu normalnej krwi nadzwyczaj łatwą rozpuszczalność — własność ta traci na swej sile przy szybkim utrwalaniu w stanie żywym. W pewnych jednak przypadkach glikogen sam przez się staje się trudniej rozpuszczalnym i wtedy udaje się go widzieć i na preparatach zasuszonych. A że glikogen znajduje się nie we wszystkich ciałkach białych, to zjawisko to, być może, zależy od tego, że tylko pewna ich grupa normalnie zawiera ten składnik, np. wszystkie wielojądrowe, albo też od tego, że gliko-

gen różnych ciałek posiada niejednakową zdolność rozpuszczania się. Łatwo też rozpuszcza się glikogen blaszek krwi. Pozostaje jednak bez odpowiedzi pytanie, jakie też przyczyny wywołują utrudnione rozpuszczanie glikogenu; różnobarwność zaburzeń, w których obserwowano to zjawisko, nie pozwala na wysnuwanie miarodajnych wniosków. — Analogiczne badania narządów krwiotwórczych także potwierdziły zdanie Wolffa: w ciałkach białych szpiku kostnego i w śledzionie wykrytą została obfita ilość glikogenu, co naprowadza na myśl, że w tych narządach są wytwarzane białe ciała, zawierające glikogen. Zastanawiając się nad wynikami swej pracy, autor przechodzi do wniosku, że próba jodowa krwi nie jest swoistą dla żadnej choroby i do tego — niestałą.

458. J. Arneth: **Leukocytoza «kachektyczna»; zachowanie się leukocytów neutrofilowych w raku.** («Die «kachektische» Leukocytose; das Verhalten der neutrophilen Leukocyten beim Carcinom»). Zeitschr. f. Klin. Med. 1904.

Miano leukocytozy charłaczkiej otrzymały przypadki powiększenia ilości białych ciałek krwi, towarzyszące stanom charłaczym i bezkrwistym w przebiegu guzów złośliwych. Zaznaczyć przytem trzeba, że idzie tu głównie o zwiększenie stosunku $\%$ neutrofilowych wielojądrowych ciałek białek, które w warunkach normalnych stanowią około 75 $\%$ ogólnej ilości. Po przytoczeniu licznych bibliograficznych danych z tej dziedziny, które, koniec końców, nie doprowadziły do żadnych określonych wniosków, autor omawianej pracy przechodzi do szczegółowego opisu własnych 12-tu przypadków, gdzie z bezwzględną pewnością została stwierdzoną obecność raka, przeważnie żołądka. Liczenie białych ciałek krwi wykazało olbrzymią różnicę ich ilości w poszczególnych przypadkach: najmniejsza ilość wynosiła 5 tys., największa 44 tys. Taka wybitna różnica otrzymanych wyników nie zależy, zdaniem autora, wcale ani od umiejscowienia guza, ani od jakichkolwiek różnic indywidualnych danego ustroju, ani też od działania t. zw. jadu rakowego, lecz poprostu od powikłania pierwotnej sprawy chorobowej temi lub innymi postaciami chorobowymi. Rzeczywiście, w przypadkach raków niepowikłanych dają się widzieć objawy poważnych zaburzeń w życiu ciałek czerwonych, objawy wtórnej bezkrwistości i charłactwa, jakkolwiek ciała białe nie ujawniają żadnych wyraźnych zmian

ilościowych czy jakościowych, co najwyżej — daje się stwierdzić zaledwie nieznaczne powiększenie ogólnej ilości ciałek białych, względnie — neutrofilów. Zupełnie co innego w przypadkach powikłanych (pneumonia, pleuritis, abscessus, atrophia fusca cordis et hepatis, atrophia lienis, nephritis, carcinomatosis universalis etc.), a mianowicie w tych przypadkach spostrzega się zmniejszenie ogólnej ilości białych ciałek lub częściowej zwiększenie — to ostatnie w szerokich granicach, obok zaś tego zmianę stosunku $\%$ neutrofilów wielojądrowych w kierunku jego podniesienia, tak iż mamy do czynienia ze specjalną leukocytozą «wielojądrową». Na szczególne uwzględnienie zasługuje przypadek carcinosis generalis (inclusive medulla ossium), gdzie czerwone ciałka krwi dawały obraz kompletnej anaemiae perniciosae, a ciałka białe neutrofilowe — leukaemiae, czego nie spotykamy nawet w najbardziej śmiertelnych przypadkach chorób zakaźnych. — Widocznym jest z tego, że w stanach charłacznych, będących następstwem guzów złośliwych, nie można składać na karb tych guzów odpowiedzialności za powstawanie leukocytozy charłacznej, lecz krytycznie rozróżniać, jakie zmiany krwi zależą od pierwotnego cierpienia, a jakie od powikłań. I odwrotnie, stwierdzenie głębokich, poważnych zmian we krwi może służyć za oznakę rozpoznawczą powikłania i, co za tem idzie, dać cenne wskazówki dla rokowania i leczenia — tak mówi autor.

W. Dobrowolski,

459. H. Couvée. **Przyczyny śmierci po obustronnem wycięciu nerek.** Zeischr. f. Klin. Med. 1904.

Do licznych teorii mocznicy przybywa jedna jeszcze, oparta na całym szeregu dosyć urozmaiconych doświadczeń nad królikami, którym wycinano obie nerki. Autor przede wszystkim zastanawia się nad skutkiem natury więcej ogólnej po obustronnem usunięciu nerek; na zasadzie otrzymanych wyników czuje się upoważnionym do wyprowadzenia następujących wniosków: 1-o zwierzę (resp. królik) po usunięciu obu nerek jest w stanie przeżyć jeszcze średnio 100 godzin; 2-o pora roku nie okazuje w tym kierunku żadnego wpływu, jak również 3-o i waga badanego zwierzęcia; 4-o stopień zamarzania krwi pada powoli i zwierzę umiera, jeśli tenże osiąga — $0,80^{\circ}$ do — $0,85^{\circ}\text{C}$.; 5-o stopień zamarzania krwi tętnicznej przeważnie jest nieco niższy, aniżeli żylny; zaś bar-

dzo nizki w razie obecności we krwi skrzepów, które nie są dostatecznie nasycone tlenem; 6-o króliki pozostają jeszcze zdrowymi na kilka godzin przed śmiercią, którą poprzedza bezwład tylnych łapek.

Jedna grupa doświadczeń miała na celu rozstrzygnięcie pytania, czy we krwi organizmu, pozbawionego nerek, wytwarzają się ciała trujące. W tym celu surowicę lub krew odwłóknioną, otrzymywaną z królików w kilka dni post nephrectomiam, wstrzykiwano innym królikom zaraz po operacji wycięcia nerek—okazało się jednak, że te płyny nie wywierają żadnego wpływu na przyspieszenie zejścia śmiertelnego. Inne znów doświadczenia ze wstrzykiwaniem wyciągu z wątroby w tych samych warunkach doprowadziły do wniosku, że tą drogą można raczej przedłużyć życie operowanego zwierzęcia, nie zaś skrócić — a zatem i wątroba nie zawiera owych przypuszczalnych ciał trujących. Również bez widocznego wpływu pozostaje wstrzykiwanie wyciągów z mózgu i mięśni. Ciekawsze wyniki dała ostatnia grupa doświadczeń z wprowadzeniem różnych ciał chemicznych do żołądka. Mianowicie, dostarczanie takiemu organizmowi wody czystej lub z domieszką cukru przedłuża jego życie, zaś stężone roztwory soli (kuchenna, karlsbadzka) działają wręcz przeciwnie; to samo da się powiedzieć o ciałach, zawierających azot. — Ze wszystkich swych badań autor wyprowadza wniosek ogólny: przyczyna śmierci po obustronnem usunięciu nerek polega na podniesieniu stężenia cząsteczkowego krwi i soków tkankowych, czego najwięcej dowodzi znaczne obniżenie punktu zamarzania surowicy, zawsze stwierdzone przy śmierci zwierzęcia.

W. Dobrowolski.

460. Dr. Lenné. **Przyczynek do odżywiania i leczenia chorych na przewlekłe cierpienia nerek.** (Theurapeutische Monatshefte 9, 1904). Autor, długoletni lekarz w zdrojowisku Neuenahr, zaznacza na wstępie ogromne różnice w panujących poglądach na dyetę w chorobach nerek. Podczas gdy np. Strümpell uważa mleko za najlepsze pożywienie dla tego rodzaju chorych, Aufrecht, Wilczkowski odmawiają jakości pożywienia wpływu na cierpienie, ani też nie sądzą, aby ścisła dyeta mleczna w ciężkich przypadkach sprowadziła ulgę. Z tym drugim poglądem zgadzają się i spostrzeżenia autora.

Jakość pożywienia, czy składało się ono tylko z mleka i mlecznych potraw, czy z białego mięsa lub ciemnego i t. d. pozostawała bez widocznego wpływu; rozumie się—za wyjątkiem rzeczy drażniących (zwierzyna starsza, ostre sery, wogóle rzeczy „piquant“). Inaczej rzecz się ma z ilością ciał azotowych. Białko, wprowadzone w zbyt wielkiej ilości do organizmu, przedstawia stanowczo niebezpieczeństwo dla chorego na nerki, wogóle należy podawać im pokarmy, zawierające mało azotu. Co się tyczy pokarmów roślinnych, to autor wyklucza szparagi, rzepę, na strączkowe patrzy niechętnie, może z powodu częstych zaburzeń żołądkowych, jakie wywołują.

Strauss, Achard, Widali i inni dowiedli, że w niektórych postaciach zapalenia nerek sól kuchenna zostaje w organizmie; że przy tworzeniu się obrzęków odgrywa ona ważną rolę i że przy rozwinięciu się uremicznych objawów również ma znaczenie. Przy obrzękach ilość wyprowadzanej soli jest niższą od normy; przy podawaniu w takim przypadku pożywienia, zawierającego mało soli albo nie zawierającego jej zupełnie, obrzęki prędko znikają. U chorych na nerki trzeba wskutek tego zwracać szczególną uwagę na ilość wprowadzanej i wyprowadzanej soli kuchennej. Na stopień białkomoczu dechloracja żadnego wpływu nie wywierała.

Tłuszcze należy podawać w jaknajwiększej ilości, szczególnie łatwo strawne, świeże masło, śmietaną, zwierzęcy, roślinny tłuszcz (palmin): gatunki solone i wędzone tylko w ograniczonej ilości.

Mierne palenie lekkiego tytoniu nie wywiera złego wpływu na nerki. Autor nie jest krańcowym przeciwnikiem wyskoku w przewlekłych cierpieniach nerek i zgadza się w tem ze spostrzeżeniami Mark'a z Wildungen. Lekkie, wystale piwo, czyste, nie bardzo młode, jak również lekkie gatunki wina w małej ilości nie są wzbronione. Ilość zależy od stanu pacjenta; przyzwyczajenie i budowa ciała odgrywają ważną rolę. Pozwalając pewnemu choremu na nerki $\frac{1}{2}$ butelki wina (Mosel) przy obiedzie i $\frac{1}{2}$ litra wieczorem, otrzymał doskonały wynik: w ciągu 4 tygodni ilość białka zmniejszyła się z 13 grm. resp. 11 grm. do 3 grm. resp. 2 grm. w 24 godzin. Lekkie wody mineralne, zawierające kwas węglowy, lemoniady (z cytryn), zsiadłe mleko, można dawać również herbatę, kawę, lecz tylko z mlekiem. Autor jest zda-

nia, że nadmierne, do 4 litrów, ilości moczu już same przez się mogą sprowadzać białkomocz; podobnie, że z drugiej strony zbyt stężony mocz również drażni nerkę, i może wywołać albuminurę. W tych razach jest wskazaną odpowiednią regulacją płynów i ograniczenie roboty nerek przez wprowadzanie części płynów przez skórę.

Bardzo ważnym punktem w leczeniu chronicznych cierpień nerek jest i uregulowanie pracy fizycznej. W nephritis parenchymatosa leżenie w łóżku i spokój doskonale oddziaływa, ale, niestety, nie na długo; w wielu za to przypadkach innych postaci choroby nerek praca mięśni, chodzenie, (w każdym razie bez zbyt dużego zmęczenia, połączonego z przyspieszeniem oddechu i tętna) okazywały zbawienny wpływ.

Co się tyczy zabiegów kąpielowych u oznaczonych chorych, to należy unikać schematu. Przy jakichkolwiek przeszkodach w narządzie krążenia zaleca się ogromną ostrożność w ordynowaniu kąpeli ciepłych; dobrze działają w danym razie wanny z kwasem węglowym, jako nie zawierającym zbyt wysokiej ciepłoty wody. Półwanny autor stosuje w następujący sposób: woda dochodzi do wysokości piersi; temperatura, początkowo 32°C , stopniowo doprowadza się nawet do 40°C ; w tym samym czasie puszcza bywa łagodny prysznic 32°C na plecy, i stopniowo również coraz cieplejszy.

W chorobach serca półwanny niższej temperatury, szczególnie natrysk; na okolice serca puszcza się łagodny prysznic 32°C ; czas trwania wanny 5 — 15 minut; prysznic do 10 minut; prysznic na serce 1 — 5 minut. Przy takim postępowaniu otrzymywał doskonale wyniki: ciśnienie spadało, puls spadał ze 120 do 84 i 78; uczucie ciężaru w piersiach przechodziło, chory spokojnie i swobodnie oddychał i czuł się świeżym i silniejszym. Po wszelkich kąpielach chory powinien godzinę wypoczywać, niekiedy w łóżku; przed ubraniem chorego wycierają słabym roztworem spirytusu z dodatkiem octu aromatycznego, zwłaszcza jeżeli chorzy uskarżają się na mocne pocenie się, które nie we wszystkich przypadkach jest pożądane.

Świetlane wanny niskiej temperatury (tylko do zwilgotnienia skóry) osiągały dobry skutek (reflektor na okolice nerek czasami dobrze wpływał, czasami przeciwnie). Na serce zimne okłady.

Parowych, piaskowych i z gorącego powietrza kąpieli autor nie używa zupełnie; przy obrzękach—światlane kąpiele (niebieskie światło). Okłady z Fango, obejmujące plecy i boki, z pozostawieniem środkowej części klatki piersiowej wolną (na 10 — 15 cnt.), oddziaływały korzystnie; po tym zabiegu chory bierze kąpiel.

Co się tyczy środków lekarskich, to na tem polu niema nic nowego. Doświadczenia z Kidney-Tabloids BWC, które zawierają $\frac{3}{10}$ grm. ekstraktu nerkowego, dały ujemne wyniki.

Co się tyczy wód mineralnych (alkaliczne, alkalicznieziemne), to picie ich (bez kąpieli) wywiera niewątpliwie dodatni skutek, jak to autor miał sposobność przekonać się na chorych, przybywających do Neuenahr, którzy przedtem byli na najrozmaitszych dyetach, i mogli przeto służyć, jako dobry materiał porównawczy. Niekiedy daje się zauważyć, że przy używaniu pewnego gatunku wody wpływ dodatni ustaje; wtedy zastosowanie innego źródła poprawiło znowu stan rzeczy.

Co się, wreszcie, tyczy pytania, czy różne gatunki chorób nerkowych—miąższowe, śródmiąższowe i marskie właściwe — mogą być leczone według jednego schematu, to autor odpowiada twierdząco, ponieważ leczenie to jest właściwie tylko ochronne narządu zarówno od zbytnej pracy, jak i od możliwych szkodliwości, bez pośredniego wpływu na sprawę, od której charakteru zależy w istocie powodzenie leczenia i ulga w chorobie.

Aleksander Papierny.

461. L. Best. **Śmiertelne zatrucie kwasem bornym.** (Journ. of the Amer. Med. Assoc. 17 Sept. 1904). Kwas borny, uważany za środek, pozbawiony wszelkich własności trujących, może w pewnych razach sprowadzać poważne objawy zatrucia. L. Best w literaturze znalazł 5 przypadków zatrucia przy używaniu w wielkiej ilości kwasu bornego bądź w roztworze, bądź w proszku. Osobiście autor obserwował jedno zatrucie; w wypadku tym ranę zrobioną nożem chirurga obficie przysypano kwasem bornym i zaszyto (bez drenów). Na trzeci dzień wieczorem wystąpiła na szyi, piersiach i plecach erytyma, nazajutrz — sinica, poty, oziębienie kończyn i wymioty; temperatura znacznie się podniosła, puls był słaby, nieregularny (138); chory stracił przytomność

i wkrótce umarł. Na zwłokach znaleziono tłuszczowe zwyrodnienie wątroby i nerek oraz krwawe wybroczyny na osierdziu; w sąsiedztwie jamy, wypełnionej kwasem bornym, tkanki były pozbawione normalnego koloru i obficie nacieczone płynem surowicznym. Bakteryologiczne badanie krwi dało wyniki ujemne, co pozwala na wykluczenie w danym razie zakażenia.

Bronisław Wejnert.

462. Dr. A. Lesage. (Arch. Gen. de Méd. Nr. 39, 27 Sept. 1904). **Próbné leczenie ostrych żółdkowo-kiszkowych katarów u noworodków wstrzykiwaniami krwi matki lub ojca.** Jeśli środki dyetetyczne nie dają żadnych rezultatów i stan się pogarsza, zastrzykuje się pod skórę noworodka 4 c. sz. surowicy, otrzymanej ze krwi zdrowego ojca lub matki dziecka, przez postawienie jednej lub dwóch baniek ciętych. W obserwowanych przypadkach zauważono nader widoczne i szybkie polepszenie stanu ogólnego. Objawy zatrucia zmniejszyły się do tego stopnia już po pierwszym wstrzykiwaniu, iż w większości przypadków nie trzeba było go ponawiać.—Objawy kiszkowe pozostawały zwykle jeszcze przez 2—3 dni, zmniejszając się stopniowo bez żadnego leczenia. Autor widzi w powyższym dowód tego, iż surowica ojca lub matki uodparnia organizm noworodka i wstrzymuje postęp zatrucia.

Bronisław Wejnert.

463. Keim. (Arch. Gen. de Méd. Nr. 39, 27 Sept. 1904). **Wpływ cukru na sprawę porodową.** Praca mięśni wytwarza się, jak wiadomo, przez spalenie węglowodanów, przeważnie glikogenu. Krew, przechodząc przez mięśnie, traci niewiele cukru, jeśli mięsień jest w spokoju, i znacznie więcej, gdy pracuje, gdyż ilość cukru zmniejsza się podczas pracy, zapotrzebowanie zaś wzrasta.

Aby zaspokoić zwiększone zapotrzebowanie glikogenu należy wprowadzić cukier z zewnątrz. Mosso i Paolett, skonstatowali, że niewielkie dawki cukru rozwijają bardzo znaczną energię mięśniową. Dr. Schumburg, lekarz wojskowy, w 1897 roku powziął myśl dania żołnierzom, zmęczonym forsownym marszem, po porcyi cukru (30 gram.) i w ten sposób udało mu się znacznie podnieść siły wyczerpanych żołnierzy. W tym też kierunku robił doświadczenia Leitenstorfer i doszedł do podobnych rezultatów. Specyalne

działanie cukru na mięśnie maciczne było oddawna znane francuskim akuszerkom, które podają swym pacjentkom cukier w chwili słabnięcia bólów i są z wyników bardzo zadowolone. Z równie dobrym skutkiem stosowali przy porodach cukier: Payer i Madlener. Keim, opierając się na wielkiej ilości doświadczeń, dowodzi, iż działanie cukru na skurcze maciczne jest tem widoczniejsze, im więcej zaawansowany jest poród i im więcej organizm wyczerpał swój zapas glikogenu. Radzi on dawanie cukru w niewielkich dozach, gdyż takie najlepiej działają. (Trzy dawki po 25,00 co $\frac{1}{2}$ godziny w wodzie lub mleku). Działanie cukru zaczyna się w 10—30 minut po przyjęciu.

Mając na względzie z jednej strony specjalną własność cukru jednoczesnego działania na mięśnie maciczne, brzuszne i inne, — z drugiej — zupełną nieszkodliwość tego środka zarówno dla matki, jak i dla dziecka, nakoniec nader szybkie jego działanie, autor uważa bardzo odpowiednie częste stosowanie tego środka.

Bronisław Wejnert.

464. P. Sainton i J. Castaigne. (Arch. Génér. de Méd. Nr. 39, 27 Sept. 1904). **Współczesność marskości wątroby na tle alkoholizmem i neurytów obwodowych.**

Sainton i Castaigne przytaczają siedm obserwacji, w których skonstatowano jednoczesną obecność marskości wątroby i neurytów obwodowych na tle alkoholizmu. We wszystkich tych przypadkach porażenia wątroby z jednej strony, nerwów z drugiej nosiły cechy rzadko się zdarzające przy porażeniu nerwów bez jednoczesnej marskości wątroby i odwrotnie. Co się tyczy wątroby, to w żadnym z obserwowanych przypadków nie było marskości zanikowej, tak zwykłej przy zatruciach alkoholicznych, natomiast w czterech przypadkach zanotowano zwyrodnienie tłuszczowe. Neuryty, towarzyszące w powyższych obserwacjach marskości, zajmowały w większości przypadków i górne i dolne kończyny jednocześnie, w trzech przypadkach obserwowano również porażenie zwieraczy, a w pięciu występowały nader jasno zaburzenia sfery psychicznej. Jak wiadomo, ani tak znaczne porażenia nerwów, ani psychozy nie stanowią prawidła w neurytach pochodzenia alkoholizmem izolowanych, t. j. bez jednoczesnego zaatakowania wątroby. Wziąwszy więc pod uwagę wyniki powyższych obserwacji, należy przypuścić, iż w patogenezie danych przy-

padłości nerwowych gra pewną rolę zajęcie wątroby. Myśl tę wyraził już Gouget, który za jedyną przyczynę neurytów, w przypadkach podobnych do opisanych przez Sain-ton'a i Castaigne'a uważał niedostateczność wątroby, na zatrucie zaś alkoholem patrzył jako na moment sprzyjający. Pogląd ten jest zupełnie przeciwny zapatrywaniu prof. Raymont'a, który uważa alkohol za jedyną i dostateczną przyczynę wszelkich neurytów na tem tle powstałych. Sain-ton i Castaigne godzą niejako te dwie teorye, dowodząc, że w patogenezie tych neurytów gra rolę z jednej strony alkoholizm, z drugiej — niedostateczność wątroby. U alkoholików bowiem ze zdrową wątrobą alkohol neutralizuje się (przynajmniej częściowo) przez komórki wątroby; jeżeli natomiast porażona wątroba nie jest w stanie okazać swego hamującego działania, trujące substancje mogą swobodnie przenikać w rozmaite tkanki, co sprowadza ciężki przebieg neurytów w przypadkach, powikłanych porażeniem wątroby.

Bronisław Wejnert.

465. F. De Lapersonne. **Histero - traumatyzm oczny.** (La Presse Méd. Nr. 85, 22 Octobre 1904). Pod wpływem urazu oka lub jego okolicy, może się rozwinąć cała serya zaburzeń czynnościowych o charakterze histerycznym, często związanych z aparatem wzroku. Taki histero-traumatyzm rozwija się: 1) przy nieznacznem skaleczeniu oka i jego okolicy u ludzi zatrutych alkoholem i ołowiem, u dyabetyków, u obarczonych dziedzicznie i t. p. 2) u ludzi normalnych pod wpływem wstrząsu nerwowego, bez widocznych uszkodzeń, jak to miewa miejsce w wypadkach kolejowych, przy wybuchach i t. p.—Objawy histero-traumatyzmu są: skurcze powiek, znieczulenie rogówki i łącznicy, światłowstręt, osłabienie wzroku i nawet zupełna ślepotą, z zachowaniem wszakże odruchów źrenicy. Dla rozpoznania nader ważne znaczenie ma badanie zmniejszenia pola widzenia dla koloru białego i innych. Pomimo wielkiej ilości sposobów, wynalezionych dla wykrycia symulacyi, w wielu bardzo wypadkach ściśle oznaczenie stopnia osłabienia wzroku jest prawie niemożliwe.

Bronisław Wejnert.

II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

466. Boit. **Woda morską w terapii.** Quinton twierdzi, że należałoby tam, gdzie dotychczas używano roztworu fizyologicznego soli, używać wody morskiej, a to dla tego, że zawiera ona prócz Natrium chlorat. wszystkie sole naszego organizmu t. zw. milieu vital, z doświadczeń też robionych na psach wynika, że woda morską jest 2 razy mniej jadowita (dla psów), niż roztwór soli, oraz że woda morską powoduje mniej zmian w organizmie (woda morską doprowadzona była do stanu izotonicznego w stosunku do serum krwi, roztwór soli też był izotoniczny).

Quinton robił najpierw iniekcje do żył (w 1897 r.), następnie zaczęto robić iniekcje podskórne, zupełnie jak roztworu soli (izotoniczną wodę morską otrzymujemy, jeżeli do dwu części wody morskiej dodać 5 części wody destylowanej; ilość = $\frac{1}{100}$ wagi ciała).

Należy posługiwać się 1^o wodą morską naturalną — gdyż sztuczna jest trująca.

2^o Woda naturalna morską powinna być bardzo czystą (brać zdala od brzegów i od ujścia rzek).

3^o Powinna być świeżego czerpania — woda, która długo stoi, (rozkłada szkło) jest trująca.

4^o Woda destylowana, którą dodajemy, powinna być bardzo starannie przygotowana w szklanym naczyniu (nie strącana za pomocą argentum nitricum).

5. Sterylizacja nie powinna się odbywać przy 120^o przez $\frac{1}{2}$ godziny w autoklawach, gdyż to wodę psuje, najlepiej sterylizować za pomocą filtru — gdyż niektóre szkła oddają wodzie w czasie sterylizacji — swój ołów — co znów jest szkodliwym.

Dawka minimalna jest 700 gr. dla dorosłego, który waży 65 kilogr. Jeżeli trzeba, powtarzać to należy, by pomiędzy jedną iniekcją, a drugą upłynęło 5 dni, następnie 6, 7, 8 i t. d., stosownie do tego, kiedy występuje działanie. Najlepiej zastrzykiwać w to samo miejsce, ból wtedy jest niewielki.

Skutki natychmiastowe iniekcji Quinton opisuje, jak następuje.

Reakcja po iniekcji trwa 12 godzin. W ciągu 2 — 3 lub więcej godzin chory uczuwa dreszcze ze szczykaniem zębów i silne pragnienie. Przez 5 godzin temperatura się podnosi (1^o5—2 sto-

gni), potem opada. Chory zmęczony, bez apetytu pije 1—5 litrów wody, czasem ma mdłości, ból głowy. Czasem nawet, jeżeli chory przed iniekcją gorączkował (39,5), temperatura może dojść po iniekcji do 41^o 5 (41^o przez 6 godzin). Po 24 godzinach chory jest zmęczony bezsennością i atakiem wyżej opisanym, po 36-ej godzinie zaczyna się polepszenie, które coraz staje się widoczniejszym, (1 — 3), dzień siły powracają, bóle ustają, apetyt powraca, chory powstaje — zdaje się, że chory zmartwychwstał. 5-go dnia znów upadek sił tak, jak zaraz po iniekcji, z wyjątkiem przypadków ostrych zachorowań. Wtedy robi się drugą iniekcję: następują te same objawy, co po pierwszej, z większym polepszeniem.—W razie potrzeby po 5-u dniach się ponawia iniekcję i t. d.

Autor z powodu braku wody leczył tylko 3 przypadki ostre i otrzymał zupełne wyzdrowienie (gastroenteritis infectiosa, cirrhosis — erysipelas, otrucie przez acid. oxalicum), prócz tego dobre wyniki otrzymano w przymocie (syphilide maligne précoce i inverteée) zabliznienie owrzodzeń. Też same wyniki w gruźlicy skóry. Wyniki negatywne w gruźlicy płuc 3-go stopnia, polepszenie zdołało się utrzymać w ciągu 5-u tygodni — następnie chory znów zapadł na zdrowiu.

Quinton, zaznaczając niesłychane działanie wody morskiej, dodaje, że woda ta, odświeżając żywotność naszych tkanek, odnawia płyn, w którym rozwijają się hodowle drobnoustrojów, i stawia pytanie, na które odpowie przyszłość—Kto zwycięży? Czy element organiczny czy pasorzyt?

Autor nie uważa wody morskiej, jako panaceum, dodaje tu, że nie wynalazł on nic nowego — podaje tylko nowe metody. Co może woda morska w terapii, przyszłość pokaże. M. B.

(Archives gén. de Médecine)

467. Boas. **O leczeniu krwotoków krwawniczych.** Do leczenia krwotoków krwawniczych poleca autor odbytnicowe wstrzykiwania chlorku wapiennego. Technika tych wstrzykiwań bardzo prosta. Za pomocą małej, dobrze naoliwionej, szpryczki rano po oddaniu stolca wstrzykuje się 20,0 10% roztworu chemicznie czystego: Solut. Calcii chlorati crystall. *purissimi* chory powinien ją zatrzymać. Przy silnych krwotokach należy to samo powtórzyć i wieczorem przed pójściem spać. Chlorek wapienny działa tylko na krwotoki, a na guziki wiele nie działa. Wstrzykiwanie należy powtarzać i przez dłuższy czas po przestaniu krwotoków. W ciężkich przypadkach w przeciągu 4 tygodni codziennie, a potem 2 — 3 razy

tygodniowo. Wstrzykiwanie nie wywołuje ani bólów, ani jakichkolwiek bądź objawów podrażnienia.

W. Biehler.

468. Claudio de Sonza. **Leczenie krwotoków w żółtej febrze za pomocą silnych dawek adrenaliny.** Idąc za przykładem Collemanna, który za pomocą silnych dawek wyciągu nadnercza wstrzykiwał krwotoki u chorych na tyfus (dochodził on do 5 gr. 40 Ctmgr. na dobę, dawał też systematycznie po 0,90 wyciągu nadnercza, o ile tylko w wydzielinach pokazywała się krew), autor stosował adrenalinę w 36 przypadkach żółtej febry. Dawał on jednocześnie per os 0,015 adrenaliny co 15 minut oraz lawatywy (jednocześnie) z 0,30 na 300 gr. wody sterylizowanej, do której dodawał trochę żelatyny i soli kuchennej. To wszystko w ciągu godziny — jeśli nie następowało polepszenie, powtarzał to samo w ciągu drugiej godziny i trzeciej z adrenaliną per os, lawatywy stosował 2 razy na godzinę, następnie zmniejszał ilość adrenaliny, dawanej per os, do 0,02 co godzinę, lawatywy dawano tylko co 2 godziny.

Wyniki otrzymywał autor doskonale, żadnych objawów nieznoszenia środka nie zauważył. (Sem. méd. Nr. 25, 1904).

M. B.

469. Gautier i Clausman. **Pochodzenie arszeniku normalnego od pożywienia.** Ciągłe wydzielanie się arszeniku bądź to przez wypadanie włosów, spadanie naskórka — przy menses i t. p. dowodzi, że substancja ta konieczną jest dla niektórych tkanek, a więc, że jest ona też wprowadzaną do organizmu — drogą pożywienia.

Doświadczenia przekonały, że większość pokarmów zawiera arszenik, wprawdzie w bardzo słabej ilości (w winie, wodzie, soli kuchennej, w tej ostatniej najwięcej).

Autorowie obliczyli według danych statystycznych (między 1890—1900 r.), że każdy paryżanin spożywa dziennie 27 tysięcznych mgr. arszeniku, co czyni 7 mgr.—66 rocznie. Ponieważ człowiek dorosły od 21-go do 40-go roku życia nie traci za pomocą włosów więcej, niż 0,021 mgr. metaloidu, należy przypuścić, że reszta wydziela się przez obcinanie brody, włosów na głowie, paznogi — przez menses, a najwięcej przez kał.

Uwagi te są nader ważne w kwestyach medycyny sądowej — należy, robiąc analizę danego osobnika — mieć na uwadze, jaki rodzaj pożywienia po raz ostatni przyjmował dany człowiek, w każdym bądź razie, jeżeli ilość znalezionej arszeniku zbliża się do $\frac{1}{10}$ mgr., nie można go wtedy kłaść na karb pożywienia.

(Sem. méd. Nr. 29, 1904).

M. B.

470. Scott Schley. **Użycie kauczuku i kwasu bornego w leczeniu ulcus cruris.** Autor radzi posypać owrzodzenie *larga manu* kwasem bornym sproszkowanym i położyć na to arkusz kauczuku, który by wychodził po za owrzodzenie na $2\frac{1}{2}$ do 5 ctm. Arkusz taki przytrzymuje się za pomocą pasków z plastra lepkiego; należy na to położyć gazę (większy kawał, niż arkusz kauczuku) i nogę obandażować. Opatrunek taki należy zdjąć po 5-u dniach i nałożyć znów świeży—po tem odnawiać co tydzień. Kwas borny działa tu jako desinficiens, nie przeszkadzając ziarninowaniu, kauczuk zaś powstrzymuje tworzenie się strupów, pod którymi mogło by w dalszym ciągu istnieć ropienie.

Leczenie takie dało autorowi doskonały wynik nie tylko w *ulcus cruris*, ale i w owrzodzeniach natury gruzliczej. *W. B.*

(*Med. Record.* 4/VI 1904).

471. Grad. **Iniekcye podskórne ergotyny przeciw wymiotom po usypianiu (narkozie).** Autor uspił chorą (na bardzo krótko), która miała się poddać poważnej operacyi za dni kilka—otóż usypianie wywołało wymioty, które trwały 6 godzin już po przebudzeniu się, gdy Grad'owi wpadła myśl zrobienia iniekcji ergotyny—wymioty ustały jakby „za dotknięciem różdżki czarodziejskiej“, po 2-ch godzinach nie było już mdłości i chora zaczęła przyjmować pokarmy.—Nauczony doświadczeniem autor — zastrzyknął tej samej chorej podczas operacyi, (która nastąpiła po kilku dniach) jedną szpryczkę, po 1 przed operacją. Chora prawie że wcale nie wymiotowała i miała bardzo mało mdłości. Zachęcony takim wynikiem, autor kilkakrotnie zastrzykiwał ergotynę zawsze z dobrymi rezultatami, o ile chory zupełnie nie wymiotował, to przynajmniej miewał wymioty i mdłości daleko słabsze; schok, zdaje się, jest też słabszym po iniekcjach. Dr. Grad użył nawet tego sposobu przy wymiotach wskutek gastritis nieokreślonego pochodzenia—wymioty zupełnie znikły.

Co się tyczy dawki, to autor radzi przed usypianiem zastrzyknąć 0,65 ctgr i tyleż po operacyi—jeżeli zabieg trwa długo, to należy zrobić jeszcze jedną iniekcję podczas samej operacyi. Jeżeli wreszcie wymioty nie ustają, to można zastrzyknąć ergotynę po raz czwarty we 2 godziny po operacyi. *M. B.*

(*Sem. méd.* Nr. 30, 1904).

472. Bouveyron. **Leczenie wilka za pomocą promieni uranium Becquerel'a.** Dauclos leczył wilka za pomocą uranium i otrzymał b. dobre wyniki (patrz *Sem. médic.* 1901 r. str. 373 i 1902 str. 229 i 404). Obecnie Bouveyron zauważył, że na

wilka doskonały wpływ wywiera promieniowanie uranu, thorium lub pechblendy. Autor zauważył zadziwiające polepszenie (zmniejszenie nacieczenia po 15 dniach, po 20 zaś wszystkie gruzelki znikły, po 40 dniach pozostała tylko różowa blizna. Wilk był wielkości rubla srebrnego na ramieniu — żadne leczenie zwykłe (przypalania, fototerapia i t. p.) nie pomagało, jedynie tylko nastąpiło wyleczenie po kompresach z uranium nitric. (każdy opatrunek zawierał 5 gr. uran. nitr.). Należy tutaj zauważyć, że własność promieniowania uranu jest mniejsza, niż radu 5,200 do 19,000 razy.

Autor zostawił drugiego wilka, który u tego samego osobnika znajdował się jeszcze na twarzy, bez leczenia w celu porównania skutków, przyczem okazało się, że nieleczony lupus] bardziej się jeszcze rozszerzył.

Uranium, według autora, jest wygodniejsze, niż radium, przy użyciu którego część promieni pochłania pudełeczko lub szklanna rurka, w których się radium znajduje, gdy tymczasem uranium przykłada się wprost. (Sem. méd. Nr. 27, 1904). *M. B.*

473. Galbraith. **Silne dawki chininy przeciw zapaleniu płuc.** Zanim jeszcze wiadano, że zapalenie płuc jest chorobą infekcyjną, leczono je już za pomocą silnych dawek chininy. Jürgensen dawał nawet do 5 gr. dziennie. Galbraith przekonał się o zba wiennem działaniu chininy w wielkiej ilości podczas epidemii zapalenia płuc w Ameryce północnej; otóż, jeżeli na początku temperatura dochodzi lub przewyższa $40^{\circ}5$, daje on na raz 4 gr. chininy, w godzinę potem daje 2 gr., w godzinę po tej dawce — 1 gr. Tym sposobem chory w przeciągu 3 godzin otrzymuje 7 gr. leku. Jeżeli temperatura nie przewyższa 40° , to można rozpoczynać od 3 gr. do 3 gr. 50 ctgr., 2 gr. do 2,50 wystarczają na dawkę początkową, jeśli ciepłota równa się $39^{\circ},5$, — W każdym razie następane 3 gr., jak w pierwszym przypadku (t. j. w godzinę po pierwszej dawce 2 gr. i w godzinę potem 1 gr.) należy dawać.

Autor nie zauważył ani razu przypadku zatrucia. Z 20-u przypadków ciężkich bardzo, leczonych powyższą metodą — ani jeden nie zakończył się niepomyślnie. (Sem. méd. Nr. 29, 1904). *M. B.*

474. Wynn. **Czy użycie digitalis przez dłuższy czas wywołuje hipertrofię serca?** (Jour. of the Amer. Med. Assoc. 16/VII 1904). Autor miał w swej praktyce przypadek, który do pewnego stopnia przemawia za przypuszczeniem, iż digitalis wywołuje hipertrofię serca.

Pacjent jeden, po kilku atakach reumatyzmu zapadł na niedomykalność zastawki dwudzielnej, co pozbawiło go możności pra-

cowania. Pod wpływem digitalis (w zwykłych dawkach) stan chorego tak się polepszył, że, czując się zupełnie zdrowym, przestał się leczyć u autora. Jak się okazało, chory brał sam w dalszym ciągu digitalis, gdyż bez tego środka cierpiał na obrzęki, duszność i t. p. tak, że w ciągu lat 3-ch nie przestawał przyjmować 4 razy dziennie 45 kropel trae digitalis. Nigdy nie miał żadnych zaburzeń wskutek nadmiaru leku, mógł też ciągle pracować. Na koniec chory umarł i sekcya wykazała cor bovinum — serce ważyło 1,544 gr., długość jego wynosiła 24 centymetry, szerokość 17, grubość 12, grubość prawego antrum 2 milim., lewego 1 milim.; lewego ventriculium 11 milim., prawego ventriculium 3 centim; skonstrantowano też wybitną niedomykalność zastawki dwudzielnej.

Chcąc wyświecić tę kwestyę, t. j. przekonać się, czy rzeczywiście digitalis może sama przez się wywołać hipertrofię serca, autor robił doświadczenia na 16-u królikach—z których 8-u dawał silne dawki digitalis (dziennie od 8 — do 50 kropel trae digitalis), 8 pozostawił dla kontroli. — Leczone króliki straciły na wadze — nie leczonym wagi przybyło. — Sekcya wykazała u leczonych powiększenie serca—serca 8-u leczonych ważyły 77 gr. 76 ctgr., nie leczonych 74 gr. 13.

To też dr. Wynn nie waha się przypuszczać, że digitalis wywołuje lekką hipertrofię sesca, co się zaś tycze chorób serca, to w tych przypadkach trudno jest winę znacznych hipertrofii złożyć na karb naparstnicy.

M. B.

IV. ODCINEK.

Listy z Galicyi.

I.

Do roku 1873 istniały w Austrii po rozmaitych miastach, a między niemi także i we Lwowie szkoły tak zwanych chirurgów, które wydawały na świat lekarzy z mniejszemi, niż doktorskie, kwalifikacyami (potrzeba było do studyów trwających 4 lata wykazać się ukończeniem ze skutkiem pomyślnym 4 niższych klas gimnazjalnych) i mniejszemi też prawami. Ponieważ z biegiem czasu i potrzebą coraz wyższej oświaty szkoły chirurgów okazały się szkodliwym dla społeczeństwa anachronizmem, przeto w roku 1873 zniesiono w całej Austrii wymienione szkoły, a między niemi także i lwowską. Zbiory lwowskiej szkoły chirurgów, niemające zresz-

tą wielkiej wartości, przesłał rząd do Krakowa. Tym sposobem nie było we Lwowie od roku 1873 (z wyjątkiem szkoły dla aku-szerek) żadnej szkoły lekarskiej, skutkiem czego uniwersytet lwowski był nieupełnym. Tego braku zresztą, kraj nie czuł, bo uniwersytet krakowski, a w części także wiedeński, uczęszczany z Galicyi przeważnie przez młodzież polską i rusińską ze wschodniej części kraju, zupełnie zaradzały potrzebie rzeczywistej. Gdy w kilka lat potem zawakowała posada naczelnika publicznej służby zdrowia w Namiestnictwie galicyjskiem, podał się na nią, — rzecz nie bardzo zrozumiała—ówczesny profesor anatomii patologicznej w uniwersytecie Jagiellońskim dr. Alfred Biesiadecki, już dziś nie żyjący, i rzeczywiście ją otrzymał.

Biesiadecki, dostawszy się na nowe publiczne stanowisko, powziął wkrótce myśl dążenia do uzupełnienia lwowskiego uniwersytetu, wówczas dopiero co spolszczonego, wydziałem lekarskim. Nie można zaprzeczyć, iż Biesiadecki wziął się bardzo mądrze do rzeczy, wykazując tak rządowi, jak i sejmowi galicyjskiemu na podstawie dat urzędowych, jak w stosunku do ludności Galicya, osobliwie wschodnia, jest upośledzona pod względem pomocy lekarskiej i jak skutkiem tego wielka w niej śmiertelność,

Łatwo pojąć, że Biesiadecki, jako były profesor uniwersytetu, w krótkim czasie przekonał koła sejmowe, osobliwie ze wschodniej części kraju, o potrzebie założenia wydziału lekarskiego we Lwowie, skutkiem czego było, iż sejm galicyjski wystosował odpowiednie do rządu wezwania. Gdy rząd nie spieszył się bynajmniej ze spełnieniem życzenia Sejmu, Biesiadecki agitował dalej gorliwie za swym projektem, skutkiem czego Sejm prawie co roku powtarzał swe wezwania do rządu o uzupełnienie uniwersytetu lwowskiego przez założenie wydziału lekarskiego.

Takie postępowanie Sejmu nie pozostało ostatecznie bez wpływu na rząd, który wreszcie postanowił wziąć się do jakiegoś załatwienia sprawy i zażądał, bardzo słusznie, w tej mierze opinii wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wydział ten zajął się gorliwie i sumiennie powierzonym sobie zadaniem i po bardzo gruntownych debatach orzekł, iż, jakkolwiek nic nie ma w przyszłości przeciw założeniu wydziału lekarskiego we Lwowie, nie widzi na razie potrzeby pośpiechu, wprzód bowiem należy wydział lekarski w Krakowie, dotychczas po macoszemu traktowany, zaopatrzyć w te wszystkie zakłady i katedry, których wymaga terazniejszy stan nauki, zanim się pomyśli o zakładaniu drugiego w kraju wydziału lekarskiego, tem bardziej, iż niema w Galicyi braku lekarzy i potrzebom w tej mierze czyni zadosyć uniwersytet krakowski.

Ta trzeźwa, bezstronna i gruntowna opinia wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego znalazła prawdziwe zrozumienie w ministerjum oświaty w Wiedniu, ale spotkała się z niechęcią nie tylko posłów sejmowych ze wschodniej Galicyi, ale i lekarzy w tej części kraju, a osobliwie we Lwowie. Podejrzewano krakow-

ski wydział lekarski o stronniczość na rzecz Krakowa, o brak zrozumienia potrzeb cywilizacyjnych wschodniej połowy kraju i t. d.

Ministerjum atoli w Wiedniu, opierając się teraz na opinii kompetentnej korporacji, znów nie kwapiło się z założeniem wydziału lekarskiego we Lwowie. Ale o Austrii powiedział niedys słynny minister, naprzód saski, a potem austriacki, Beust: „w państwie nieprawdopodobieństw jest wszystko prawdopodobnem“ i w odpowiedniej konstelacji politycznej wewnętrznej przystąpił rząd do założenia wydziału lekarskiego w roku, jeżeli się nie mylimy, 1893, spełniając w tej mierze tyle razy wypowiedziane życzenie Sejmu.

Tymczasem zaszło coś, co, wprawdzie, było oddawna do przewidzenia, czego atoli nie przewidywano ogólnie, a tem czemś było prawie nagłe zmniejszenie się frekwencji na wydziałach lekarskich całej monarchii austriackiej. Było to naprzód reakcją na nadzwyczajny i z potrzebami ludności nie zgodny wzrost liczby uczniów medycyny (w Krakowie było ich w jednym r. 585), a następnie skutkiem powstawania z powodu nadmiaru lekarzy proletaryatu lekarskiego. Wszak były nawet miasta w Galicyi, gdzie czynności zastępców prokuratora w sądach najniższej kategorii pełnili lekarze za mizerne wynagrodzenie!

To nagłe zmniejszenie się liczby uczniów medycyny zeszło się z założeniem wydziału lekarskiego we Lwowie i, oczywiście, zadziało nań szkodliwie w samym początku.

Ponieważ liczba uczniów uniwersyteckich w Krakowie i we Lwowie ma się średnio, jak 2 do 3, przeto spodziewano się, iż podobny stosunek będzie także i w wydziałach lekarskich tych dwóch miast. Pokazało się jednak inaczej: liczba uczniów medycyny była od samego początku nieco większą w Krakowie, niż we Lwowie, a z biegiem czasu Kraków coraz bardziej brał przewagę nad Lwowem tak, iż w półroczu letniem ostatniego roku szkolnego było w Krakowie 132, we Lwowie tylko 82 uczniów.¹⁾ Jeżeli tak dalej iść miało, to by niedługo zabrakło we Lwowie uczniów medycyny.

Jakie mogą być tego przyczyny?

Przedewszystkiem trzeba mieć na uwadze bardzo wielką różnicę między Krakowem a Lwowem. Kraków był przez długie wieki stolicą wielkiego i potężnego państwa, a i później, po przeniesieniu stolicy do Warszawy, miał znaczenie drugiego, koronacyjnego miasta w państwie, Lwów zaś był prostym miastem wojewódzkim bez żadnego ogniska naukowego. Uniwersytet lwowski, wyłącznie niemiecki, dla kraju zatem obcy, założono w roku 1784, zniesiono go wkrótce po zajęciu Krakowa przez Austrię i odnowiono w roku 1816, zawsze jako uniwersytet niemiecki, który dopiero przed niewielej niż 30 laty zmieniono na polski. Skutkiem tego nie było we Lwowie atmosfery naukowej, a uniwersytet lwowski odznaczał się liczną frekwencją i do dziś dnia jeszcze się nią

¹⁾ Obecnie jest ich 178.

odznacza na dwóch wydziałach: teologicznym z powodu znacznej liczby kleryków grecko-katolickich, których, oczywiście, w Krakowie zupełnie niema, i prawniczym, zasilanym przeważnie przez synów urzędników, tak licznych we Lwowie. Z natury rzeczy właściwymi rozsądnikami wiedzy postępującej z czasem są wydziały filozoficzny i lekarski. Wydziału lekarskiego, jakeśmy już nadmienili, nie było, a filozoficzny, oddalony od zachodnich ognisk cywilizacji, nie mógł należycie rozwinąć swego działania, tem bardziej, iż Lwów pozbawiony płodów dawnej kultury i sztuki, w które Kraków tak obfituje, bez należytej biblioteki nie mógł stać się tak łatwo ogniskiem naukowym, jak np. mimo wszelkich usiłowań Hohenzollernów Berlin nie może stać się ogniskiem sztuki i równać się z mniejszem znacznie Monachium.

Założenie przeto wydziału lekarskiego we Lwowie trafiło na grunt nieprzygotowany, a wkrótce upowszechniło się w kraju przekonanie, w tej ogólnej formie niewątpliwie nieuzasadnione, iż wydział lekarski we Lwowie jest gorszy od wydziału lekarskiego w Krakowie. Przekonanie to znajduje zewnętrzną podstawę w okoliczności, że zakłady naukowe wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego są lepiej urządzone, że trzy kliniki krakowskie: wewnętrzna, chirurgiczna i okulistyka mieszczą się w osobnych, wspaniale urządzonych gmachach, we Lwowie zaś tułają się do szpitala.

Niemalą w tej opinii grają jeszcze rolę dwie okoliczności: położenie geograficzne Lwowa i stosunki katedr teoretycznych tamtejszego wydziału lekarskiego.

Co do pierwszego, uartało się w całej Europie mniemanie: im dalej na wschód, tem niższa cywilizacja. Na tem zdaniu, niepozabawionem niewątpliwie do pewnego stopnia słuszności, źle wychodzi Lwów: nawet książka, wydana we Lwowie, nie ma takiego pokupu, jakby go miała, gdyby ją wydano w Krakowie lub Warszawie, do czego i to jeszcze się przyczynia, że we Lwowie sztuka typograficzna, która teraz ma tak wielkie znaczenie dla powodzenia każdej, nawet czysto naukowej publikacji, jest we Lwowie na bardzo niskim stopniu.

Co do katedr teoretycznych lwowskiego wydziału lekarskiego, biorą za złe niektórym profesorom przedmiotów teoretycznych, że praktykują.

W Austrii niema zakazu praktyki dla nikogo, kto ma stopień doktora medycyny uznany przez państwo; ze stanowiska przeto prawnego nie można nic zarzucić profesorom przedmiotów teoretycznych, jeżeli praktykują. Ale inaczej rzecz się ma ze stanowiska dobra nauki i uniwersytetu, dla których profesor płatny i to teraz nawet wcale dobrze płatny w Austrii, powinien pracować przedewszystkiem. Jeżeli praktykuje profesor przedmiotu praktycznego, to nie wychodzi z poza swego działu naukowego. Wprost przeciwnie jest z profesorem przedmiotu teoretycznego; jeżeli chce praktykować, to musi dużo czasu poświęcać, by utrzymać się na poziomie nauki we właściwym dziale patologii, a skutkiem tego nie

może łożyć tyle czasu i pracy na przedmiot teoretyczny, ile tego wymaga postęp nauki, do której go właściwie powołano.

To wszystko obok wogóle nadmiaru liczby lekarzy w kraju, a lichego ich za pracę zawodową wynagrodzenia, sprawia, że liczba słuchaczy medycyny we Lwowie jest tak mała. To działa znów deprymująco na wykładających, zmuszonych do nauczania garstki słuchaczy i przeszkadza znacznie powstawaniu docentów prywatnych, tak pożądaných w naukowem życiu uniwersyteckiem; jeżeli bowiem profesor przedmiotu obowiązkowego ma w obecnych stosunkach lwowskiego wydziału lekarskiego średnio 16 uczniów, z których nieraz na wykładzie brakuje więcej połowy, to docent prywatny mieć ich będzie 2 lub 3 i nieraz przyjdzie, oczywiście na próżno, sam jeden na wykład. Te stosunki już dziś wznecają we Lwowie podejrzenie, iż rząd myśli o zniesieniu lwowskiego wydziału lekarskiego, podejrzenie to jednak nie ma żadnej podstawy, jakkolwiek rząd może żałuje, iż wobec trzeźwych i na znajomości rzeczy opartych poglądów wydziału lekarskiego w Krakowie ustąpił naleganiu osób niekompetentnych, nie zdających sobie sprawy z kosztów założenia i utrzymania wydziału lekarskiego.

Wydział lekarski jest zawsze instytucją bardzo kosztowną, nie należy go przeto zakładać, jeżeli się niema pewności, że jest rzeczywiście potrzebny.

Wobec nadmiaru lekarzy w kraju, nie było potrzeby zakładania drugiego wydziału lekarskiego, nim pierwszy, t. j. krakowski otrzyma wszystko, czego domaga się teraz nauka. Mimo, że w ostatnich kilku latach zaopatrzone krakowski wydział lekarski w trzy nowe zupełnie kliniki, pięciu katedrom teoretycznym zbudowano wspaniałe *Collegium medicum* i powiększono liczbę profesorów, braki są jeszcze znaczne: niema odpowiedniego pomieszczenia aku-szerya z ginekologią, syfilidologia z dermatologią, psychiatrya, neuropatologia, chemia lekarska, higiena, a przecież w przyszłości coś jeszcze przybędzie, np. bakteryologia. Lepiej dla nauki, jeżeli jest jedno ognisko zupełnie dobrze urządzone i uposażone, niż jeśli są dwa ogniska źle urządzone, licho uposażone.

Być może, a nawet trzeba się tego spodziewać, iż we Lwowie wszystko zmieni się na lepsze, ale, gdyby się nie zmieniło, gdyby frekwencja miała nadal być tak małą, jak dotychczas, nie pozostałoby nic innego, jak zastanowić się, czy nadal utrzymywać wydział lekarski, który okazał się po prostu zbytecznym.

Z PIŚMIENICTWA.

(H) Ukazał się już „Kalendarz Lekarski“ na rok 1905 — J. Polaka.

Wydawnictwo obejmuje przeszło 200 stronic petitu, na których podaje masę wiadomości: danych specjalnych oraz cyfr i informacji. Rozumie się, że w tego rodzaju książkach muszą

się pewne rzeczy powtarzać—jako zawsze i dla każdego niezbędę. To też spotykamy się tu z niektórymi rozdziałami, dobrze znanymi z lat poprzednich. Są jednak i rzeczy zupełnie nowe, a inne uzupełnione nieomal do ostatniej doby. Do nowoopracowanych rozdziałów należy „Nauka o żywieniu i chorych“ (podług Moritz'a i innych), a także „O surowicach i szerepienkach swoistych“. Spis środków lekarskich uległ odpowiedniemu uzupełnieniu, to też znajdujemy w nim środki najnowsze. Pozwoliłbym sobie zwrócić uwagę Sz. Wydawcy, aby tak we własnym interesie, jak i czytelników, podawał więcej szczegółowy spis rzeczy, — który w roku bieżącym jest zbyt sumaryczny. Powtóre, sądzę, że dobrze by było pomieszczać także wykaz ważniejszych artykułów, drukowanych lat ubiegłych, które nieraz z później drukowanymi stanowią pewne dopełnienie się. — Np. nauka o żywieniu chorych w r. 1905 i skład chemiczny pokarmów w r. 1904.

Tym sposobem rzeczy te, mające swe znaczenie nie tylko na jeden rok—nie będą rzucone w ką i ulegać zapomnieniu.

Wydawnictwo kol. J. Polaka zyskało sobie już ogólne uznanie, a nowy rocznik, tak swym wyglądem zewnętrznym, jak staranną redakcją—uznanie to może tylko ustalić i wzmocnić.

(z) Otrzymaliśmy jako odbitki ze „Zdrowia“: Dr. Jaworski. „Przyczynka do metody praktycznego wyjaławiania rak“, praca doświadczalna, wypowiedziany na I-ym zjeździe lekarzy prowincjonalnych,

oraz tegoż autora „O najważniejszym typie akuszerki prowincjonalnej“.

Autor gorąco w tej pracy przemawia za pozostawieniem dawnego typu babek wiejskich, które zupełnie odpowiadają wymogom praktyki wiejskiej. Autor kilkakrotnie w tej sprawie zabierał głos i w naszym piśmie.

Kronika bieżąca.

(w) *Lekarze na Daleki Wschód.* W dalszym ciągu powołani zostali następujący koledzy:

Stanisław Witkowski (z Warszawy), Jan Modrzewski (z Lublina), Wysokiński (z Lublina), I. Jaroszyński (z Piask, gub. Lubelskiej), Antoni Rząd (z Łodzi), M. Goldfarb (z Łodzi), Ignacy Barzanowski (z Pabjanic, gub. Piotrkowskiej), Abram Sabin Borowski (z Grodzca, gub. Piotrkowskiej), Eugeniusz Rubażewicz (z gub. Kowieńskiej), Franciszek Jawnis (z gub. Kowieńskiej) i Franciszek Mikużys (z gub. Kowieńskiej), H. Rosental (z Łodzi), S. Zunge (z Warszawy), Grundhand (z Warszawy), Lucyan Kozicki (z Warszawy), Jakób Nemen (z Warszawy). Władysław Bacciarelli (z Warszawy) i Krzyczkowski.

Zwolnieni zostali od służby na Dalekim Wschodzie koledzy: Stanisław Kralkowski, Aleksander Białobrzęski, Józef Pietrasiewicz, Leon Wasilewski, Ignacy Majkowski.

(z) Egzamin na stopień lekarza na uniwersytecie tutejszym ukończono; z liczby lekarzy, którzy świeżo ten stopień otrzymali, 40-u należy do zapasu armii. Egzamin przyszłoroczny rozpoczyna się w styczniu, skończy zaś w kwietniu.

(z) Tow. higieniczne zapowiedziało 12 odczytów publicznych podzielonych na 2 serye.

(z) Na redaktora „Zdrowia“ został wybrany kol. L. Wernic.


(z) W styczniu odbędzie się wystawa higieniczna gospodarstwa domowego.

(z) Cholera w Samarze wygasła, w powiatach trwa jeszcze, w Astrachaniu od 2—10 z. m. zachorowań nowych nie było, w g. Erywańskiej cholera nie wygasa.

(z) 5-y zjazd międzynarodowy ginekologów ma się odbyć w sierpniu r. p. w Petersburgu.

Zmarli: Dr. Naum Beer man na Dalekim Wschodzie (pod Mukdenem) wskutek tyfusu brzuszego.

Dr. J. Tillaux, słynny chirurg, profesor wydziału lekarskiego w Paryżu, w wieku lat 70 w Paryżu.

 Do bieżącego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów ogłoszenie firmy Hoffmann La Roche et Comp. w Bazylei „Thigenol“ oraz numer okazowy „Głosu.“

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 17 Ноября 1904 г.

Magistra A. Bukowskiego.

Apteka i Pracownia chemiczna, ul. Marszałkowska Nr. 54 w Warszawie.

P O L E C A:

Eau d'Atoxyl ferrugineuse. Stosuje się zamiast przykrych w smaku wód Roncigno i Levico.

Glycérophosphate de Chaux granulé. Cena słoika 1 rb. 20 kop.

Marmurowe mydło Schleicha—Niezbędne dla pp. chirurgów i ginekologów. Cena 1 funta 35 kop.

Wszelkie roztwory wyjałowione do wstrzykiwań podskórnych w ampulkach po 1 c. szec.

Solut glycerin Adrenalini hydrochlor, po 1 c. c.

Surowice przeciw szkarlatynową, dyfterytyczną, tetaniczną i steptokokową, wyrobu Instytutu prof. D-ra Bujwida.

Jak zachować delikatność cery, zwłaszcza w obecnej porze chłodnych wiatrów?

Na pytanie to znajdzie odpowiedź każdy, kto zechce spróbować zgęszczonej gliceryny

BOROL

szeroko już dziś rozpowszechnionej i zalecanej przez Pp. Lekarzy.

Centralne Laboratorium Chemiczne

(Czekay i Krysiewicz) w Warszawie.

Sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.