

# GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI LEKARSKIEJ UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO.

## Przyczynek do znaczenia klinicznego wydzielania się chlorków w chorobach nerkowych

(*uraemia achlorica, stadium achloricum sine albumine M. Brighi acuti*).

Podał

**Prof. Antoni Gluziński.**

Badanie zachowania się wydzielania chlorków drogą moczu przy chorobach nerkowych stanowiło i stanowi temat rozlicznych prac w latach ostatnich.

Nie jest zamiarem moim zestawienie dotychczas otrzymanych wyników, a to tem bardziej, że wyniki te, dość zgodne z innymi, przedstawia praca doświadczalna, ogłoszona z kliniki mojej przez ówczesnego asystenta MARI-SCHLER'a <sup>1)</sup>.

Jeżeli temat ten obecnie poruszam, to czynię to dla podania spostrzeżeń, które ze względów klinicznych, a może i ogólnych, zasługują na ogłoszenie.

Punktem wyjścia spostrzeżeń moich był przypadek, którego objaśnienie w czasie trwania sprawy chorobnej było dla mnie niejasne, a jaśniejszym mi się stawał w miarę czynienia spostrzeżeń dalszych w kierunku myśli, jaką mi przypadek ten nasuwał.

G. Z., lat 60. Dziedziczność w kierunku gruźlicy. W młodości przebył dur brzuszny, a przed kilku laty ropne zapalenie lewostronne opłucnej [operacja—wycięcie żebra]; zresztą zdrów, zawsze oddawał się ciężkiej i zmu-

<sup>1)</sup> O wpływie chlorku sodu na wydzielanie chorych nerek. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1902. t. XCVIII, z. I.

szającej do nieregularnego trybu życia zawodowej pracy, jako przedsiębiorca budowy kolei.

Palił namiętnie. W ostatnich latach miewał kilkakrotnie napady bólów w brzuchu, połączone z wymiotami i biegunką. Stały wstręt do potraw słonych. Badanie wówczas wykazywało tylko wybitniejsze zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej i tętnicach obwodowych.

Przed rokiem stwierdzono na tem tle liczne wynaczynionki na dnie oka. W moczu w tym czasie nie wykazano żadnych nieprawidłowości, przed kilku miesiącami dopiero wystąpił ślad białka obok wałeczków szklistych, ziarnistych, który już utrzymywał się stale (*sclerosis renum*).

W pierwszych dniach lutego 1906, czując się już przez kilka dni zupełnie dobrze, odczuwając silniejsze napięcie w brzuchu, zażył środek przeczyszczający (*Purgen*), po którym wystąpiły płynne stolce wśród bólu tego samego charakteru, jakiego wśród podobnych przypadłości już nieraz w ostatnich 2 — 3 latach doznawał, a nadto wymioty. Badanie wykazywało brzuch wzdęty, niebolesny nigdzie, żadnych oporów, nieprawidłowych ruchów; w żołądku pluskanie. Stan bezgorączkowy. Chory zupełnie przytomny, bólu głowy nie ma, skarży się na silne pragnienie, płyny solone jednak [rosoly, buliony] odsuwa ze wstrętem; wodę, mleko pije z chęcią. Wymioty coraz obfitsze, zawierają w sobie wolny HCl. Od 6-go lutego, a więc na 2-gi dzień po zachorowaniu, chlorki w moczu nikną prawie zupełnie, ślad białka, pod mikroskopem nieliczne ciała wypocinowe, ciała czerwone krwi; wałeczków tym razem nie zaleziono.

Sprawa chorobna trwa przez dni 19, t. j. do 25-go lutego. Ciepłota stale prawidłowa, w dalszym przebiegu nawet subnormalna. Bole w brzuchu uspokoiły się po dwu dniach. Stolce raz wolne, to znów tylko po lałatwach. Częste wymioty. W moczu stale brak chlorków. Wobec tego zastosowano 13-go i 14-go lutego hipodermoklizy z litra fizjologicznego roztworu soli kuchennej a d. 15-go i 16-go lutego enteroklizy dwa razy dnia z litra tegoż roztworu. W moczu, wydzielanym do 1300 gramów dziennie, mimo dostarczenia codziennie 8—16 grm. NaCl, ani śladu chlorków; podmiotowe uczucie chorego gorsze, a widoczny tylko był wpływ na wzmagającą się ilość zwymiotowanego płynu, dość jasnego, który coraz większą przyjmował kwaśność od HCl tak, że gdy w d. 12-go lutego stopień kwaśności wynosił 30 ctm.  $\frac{1}{10}$  norm. ługu sod., w d. 13-go lutego — 28, to w dniu 14-go lutego wynosił 33, 15-go 55, a 16-go lut. nawet 70.

Wobec tego wprost ujemnego działania wprowadzania 8—16 grm. NaCl dziennie do ustroju chorego, zaprzestano także i enteroklizy. Wymioty, choć skąpsze, utrzymywały się dalej. Pragnienie coraz silniejsze do tego stopnia, że chory litrami chłonie wodę; mimo to mocz coraz skąpszy, chociaż są stosowane środki sercowe i moczopędne. Twarz staje się lekko obrzękniętą, również ślad obrzęków na kończynach dolnych. Chory, dotąd zupełnie przytomny, zaczyna czasami bredzić, staje się coraz więcej niespokojny, na chwilę zasypia, by znów objawiać coraz większy niepokój. Dnia 24-go lutego

zaczyna oddawać stolec pod siebie i wśród zapaści, zajęcia sensorium i wielkiego niepokoju w dniu 25 lutego kończy życie. Przez cały ciąg obserwacji brak zupełny drgawek, brak bólu głowy.

Sekeyi dokonać nie było można.

Zbiór objawów, które przedstawia nasz chory, dotknięty rozległą miażdżącą tętnic, a widocznie i tętnic jamy brzusznej (*arteriosclerosis renum, angina abdominalis*), składający się z grupy objawów wyżej opisanych przy zniknięciu szybkim chlorków w moczu, zasługuje na bliższe rozpatrzenie.

Ze znanych przyczyn zniknięcia nagłego chlorków żadna nie mogła grać tu roli. Stanu gorączkowego [choroby zakaźnej] nie było. Wymioty i utrata tą drogą chlorków przyczynowej roli grać nie mogły, bo z jednej strony chlorki znikły już w 1–2 dniach choroby, z drugiej strony—bo dostarczenie chlorków drogą hipodermoklizy i enteroklizy nie tylko nie wpłynęło na ich wydzielanie drogą moczu, lecz zwiększyło ilość wymiotowanego płynu i coraz więcej zawierającego HCl, co nasuwało myśl, że gdy naturalna droga dla wydzielania chlorków była zamknięta, drogą wydzielania przez żołądek starał się organizm pozbyć się nadmiaru chlorków. Nie mając podstawy, by w narządach wewnętrznych zaszła jakaś zmiana [toksyeczna], wiążąca chlorki, z koniecznością musiała się nasuwać myśl, że w danej nerce zaszły zmiany nagłe, które zniósły zdolność nerki wydzielania chlorków.

Obraz, który chory przedstawił, jest tak różny od tego, który widzimy przy zwykłej mocznicy (*uraemia*), że uważam za konieczne z naciskiem to podnieść. Dla odróżnienia od zwykłej mocznicy, nazwałbym ten stan *uraemia achlorica*.

Od chwili, gdy na obraz ten kliniczny i zachowanie się chlorków w moczu mam zwróconą uwagę, stwierdziłem go już 3 razy, a to raz również przy miażdżycy ogólnej [bez białka w moczu] z niepomyślnem zejściem, a dwa razy przy przewlekłej postaci zapalenia nerek śródmięszowego (*nephritis interstitialis chronica*), z przebiegiem pomyślnym, gdyż po dwu tygodniach trwania zniesienia chlorków w moczu zaczęły chlorki znów się zjawiać, a objawy towarzyszące [wymioty, niepokój i t. d.] uspokajać, by ustąpić zupełnie. Dla jasności przypomnę, że BOHNE <sup>1)</sup> twierdził, że niedostateczne wydzielanie chlorków „jakkolwiek nie jedynie, to w głównej części bierze udział w wywoływaniu objawów“ mocznicowych i komatycznych. Niestusność tego zdania wykazał HOFFMANN <sup>2)</sup>. Z naciskiem też podnoszę, że trzeba odróżnić klinicznie obraz zwykłej mocznicy od obrazu, jaki skreśliłem, a który występuje przy zatrzymaniu chlorków przez chorą nerkę <sup>3)</sup>.

1) Experimentale. Beitrage zur Ergründung der Pathogenese urämischer u. comatöser Zustände. Fort. der Medizin, 1897, Nr. 4.

2) Ueber die Ausscheidung der Chloride bei Nierenentzündungn. ihren Zusammenhang mit uraemischen Zuständen. D. Arch. f. kl. M. t. 61, str. 663.

3) Czy nie tu zaliczyć także dwa przypadki opisane przez BING'a z Kopenhagi pod nazwą *nephritis achlorica* mit vicariirender Hypersecretion des Magens. Berl. kl. W. 1905, Nr. 40?

Nagle to zniknięcie chlorków i obraz kliniczny, towarzyszący temu zdarzeniu, w braku innych przyczyn odniosłem do pewnej zmiany ostrej, w nerkach poprzednio chorych powstałej [np. na tle toksycznym z przewodu pokarmowego]; to też, chcąc znaleźć potwierdzenie mego tłómaczenia, zwróciłem się do badania [w kierunku zachowania się chlorków] przypadków, w których mogłem się spodziewać rozwinięcia się ostrej sprawy w nerkach.

Wiadomą rzeczą, że badania dotychczasowe przypadków ostrego zapalenia nerek w kierunku wymiany chlorków [patrz zestawienie np. w NOORDEN'a *Handbuch der Pathologie des Stoffwechsels*], wszystkie czynione w czasie już rozwiniętej choroby, wykazywały przeważnie znaczne zmniejszenie się tak procentowe, jak i bezwzględne wydzielania chlorków.

Różnica w zapatrywaniach dzisiaj głównie polega na sposobie tłómaczenia objawów, t. j. czy w ostrych przypadkach schorzenia nerek zatrzymanie chlorków odnieść do zmian ostrych w nerkach [przeważnie część autorów niemieckich], czy też przyznać słuszność niektórym autorom francuskim, których zapatrywania określa następujące zdanie ACHARD'a i LAEPER'a „Dans les néphrites aiguës on observe une rétention des chlorures analogue à cette, que j'ai récemment signalée dans les autres maladies aiguës non compliquées de la lésion rénale. Il n'est donc pas nécessaire pour expliquer l'hypochlorurie, qui est généralement très prononcée, d'invoquer ici un trouble éliminateur particulier créé par la lésion rénale“.

Analogia ta głównie wynikała z doświadczenia, że wprowadzanie do organizmu większej ilości chlorków [np. przez hipodermoklizę roztworu fizjologicznego NaCl], tak w chorobach ostrych bez schorzenia nerek, jak i przy ostrem zajęciu nerek nie spowodowało większego wydzielania chlorków, ba! nawet ich zmniejszenie [ACHARD i LANBRY]. Gdyby tak było, to i w tych przypadkach na które się z początku powołuję, w których obrazie nie takiego nie zaszło odnośnie do stanu moczu, bo nawet ilość moczu [wody] była dość znaczna, w których wprowadzenie do organizmu większej ilości chlorków zupełnie się tak zachowało, jak w ostrych chorobach zakaźnych lub przy ostrych schorzeniach nerek, należałoby szukać przyczyny dla nagłego zatrzymania chlorków nie w nagłej jakiejś zmianie w nerkach, lecz w tkaninach ustroju. Zasadniczym jednak punktem w całej tej dedukcyi jest stwierdzenie, czy w tych przypadkach ostrych chorob bez zajęcia nerek, rzeczywiście funkcya była dla chlorków prawidłową. Na podstawie dotychczasowych cech klinicznych ostrego schorzenia nerek [białko, właściwy osad, ogólne objawy, etc.] zapewne, że przyzwyczailiśmy się mówić o prawidłowej funkcyi nerek, gdy tych cech nam nie dostaje. Nikt nie mówi o rozpoczęciu się ostrego zapalenia nerek, póki przynajmniej białko, a za niem inne objawy dla ostrego schorzenia nie wystąpią.

Mieliby zatem autorowie francuscy podstawę mówić o prawidłowym stanie nerek, bo widocznie cech klinicznych dla zajęcia nerek w ich przypadkach nie było. Czy tak jednak jest, czy rzeczywiście pierwszą cechą

ostrego zapalenia nerek jest zjawienie się białka, a przynajmniej czy zawsze? Czy nie może być przynajmniej pewien okres krótszy lub dłuższy (*stadium*), w którym niema jeszcze zwykłych klinicznych objawów ostrego zapalenia nerek, a przecież nerka już jest chora?

Pytanie to znajdzie odpowiedź w opisie np. następującego przypadku ostrego schorzenia nerek po szkarlatynie, a który w kierunku wskazanym był przeze mnie badany.

[D. c. n.]

## II. Przyczynę do rentgenoterapii grzybicy guzowatej (*mycosis fungoides*) oraz słów kilka o zmianach histopatologicznych w tkance naświetlanej.

Podał

Dr Robert Bernhardt,

ordynator szpitala Św. Łazarza.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 14].

Badanie moczu i krwi, dokonane w przeddzień wypisu, wykazały: Mocz 1850 ctm. na dobę, mętny, kwaśny z osadem szaro-czerwonawym. Ciężar właściwy 1,006. Ilość białka  $8^0/_{00}$  [ESBACH]. Osad jak wyżej.

Krew.

Czerwonych ciałek krwi	3.400.000	} stosunek 1 : 155.
Białych	21.875	

Hemoglobiny 56%.

Procentowy stosunek białych ciałek:

Neutrofilnych 78%.

Limfocytów	{	większych	4	} 10%.
		mniejszych	6	

Prześciowych 5

Eozynofilowych 7.

Waga 143 f.

Podług otrzymanych z Kutna wiadomości, W. J. zmarł w czerwcu r. z.

Podane spostrzeżenie jest niezmiernie pouczające pod bardzo wieloma względami. Co się tyczy strony klinicznej, zwrócę uwagę na wielką różno-

rodność zmian skórnych w kombinacji okresu przedguzowego [premykocyticznego] i guzowego oraz na umiejscowienie się guzów na błonach śluzowych. Na uwzględnienie zasługują też wykwyty w postaci płaskich guzeczek, ludzako podobnych do grudek, a ułożonych w kształcie grup, kólek, łuków podkowy i t. p. Szczególną uwagę należy jednak zwrócić na wyżej opisane guzowate twory w lewej pachwinie, pasze i na przedramionach. O analogicznych zmianach wspomina tylko HALLOPEAU w jednym ze swoich przypadków, spostrzeganym wraz z LASNIER'em. Tutaj grupy guzów podskórnych wielkości od grochu do orzecha znajdowały się w okolicy brzusznej i pachwinowej prawej. Były one po części niezrośnięte, po części zaś zrośnięte ze skórą, niebolesne lub nieco wrażliwe na ucisk. W moim przypadku pojedyncze drobne guzeczki podskórne mieściły się tylko na przedramionach, w okolicy zaś pachwinowej i pachowej lewej były wielkich rozmiarów guzy, położone w tkance podskórnej i najwidoczniej powstałe wskutek zlania się oddzielnych ognisk. Czy punktem wyjścia tych guzów były gruczoły chłonne, tego nie mogłem zdecydować; uważałbym to jednak za prawdopodobne jedynie względem guza w pachwinie lewej. Co się zaś tyczy rozlanego nacieku w okolicy lewej pachy, to sądzę, że powstał on zupełnie niezależnie od gruczołów chłonnych. Te ostatnie bowiem, aczkolwiek powiększone, wyczuwały się w pasze oddzielnie od nacieku i nie były z nim zrośnięte. Sam zaś naciek oczywiście utworzył się wskutek zlania oddzielnych podskórnych guzów, o czym świadczyła budowa jego części obwodowej i obecność pojedynczego guza w najbliższym sąsiedztwie.

Przyznać muszę, iż wspomniane twory guzowate do pewnego stopnia wywierały wrażenie mięsaków limfatycznych (*limphosarcoma*). Z drugiej jednak strony, jeżeli uwzględnić całokształt zmian w układzie chłonnym oraz skład krwi, to trudno pozbyć się myśli o podobieństwie do białaczki (*leucaemia*). I w rzeczy samej, wszystkie gruczoły chłonne były powiększone w mniejszym lub większym stopniu, powiększone były również wątroba i śledziona, skład zaś krwi zdradzał stale wzmagającą się leukocytozę, której stosunkowe wartości przy 3-ch badaniach przedstawiały się jak 1 : 298 — 1 : 200 — 1 : 155.

Takie tłumaczenie klinicznych danych mojego przypadku pozostaje w zupełnej zgodzie z istniejącymi dziś poglądami na grzybicę guzowatą. Nie mogę jednak omawiać tutaj szczegółów tej niezmiernie zawilej kwestyi. Zaznaczę tylko, że główne etapy rozwoju pojęć o *mycosis fungoides* do 1898 r. znaleźć można w cennej monografii WOLTERS'a, późniejsze zaś czasy zostały dostatecznie uwzględnione w zeszłorocznej pracy ZUMBUSCH'a. I znowu zaczynają się uporczywie wyłaniać poglądy, według których istnieć ma jakiś związek, pewne pokrewieństwo pomiędzy *mycosis fungoides* i mięsakami z jednej, a *pseudoleucaemia* i *leucaemia* z drugiej strony. Tak, w jednym ze spostrzeżeń ZUMBUSCH'a [3-em] histologiczna budowa tworów grzybicy guzowatej była wielce zbliżona do mięsaka limfatycznego. Taką budowę zdradzały gruczoły chłonne. BRANDWEINER podaje przypadek *mycosis fungoides* z lecznymi przerzutami w mózgu, nadmieniacząc, że budowa tych przerzutów

była identyczna z tworami, spostrzeganymi na skórze. Autor ten wraz z JARISCH'em zalicza też omawianą chorobę do t. zw. mięsakowatych guzów (*Sarcoide Geschwülste*).

Bardzo doniosłe znaczenie mają też ostatnie zdobycze, dotyczące zmian gruczołów chłonnych w grzybicy guzowatej. Poszukiwania ZUMBUSCH'a wykazały bowiem, że gruczoly te nawet wtedy ujawniają wyraźne zmiany histopatologiczne, gdy przedstawiają się na pozór zupełnie normalnie pod względem makroskopowym i klinicznym. Zmiany te są bardzo podobne do tych, jakie spostrzegamy przy białacze rzekomej. Dodać przy tem należy, że stopień zmian ze strony gruczołów chłonnych, *resp.* ich powiększenie [w pojęciu klinicznem] nie pozostaje w żadnym związku z ciężkością danego przypadku. Doniosłość tych faktów winna być należycie oceniona. Wskazują one bowiem na to, że przy grzybicy guzowatej schorzeniu ulegają [widocznie stale] pewne na ządy krwiotwórcze i to nawet wtedy, gdy nie jesteśmy w stanie stwierdzić tego klinicznie. I temby się tłumaczyło, dlaczego podług zdania wielu autorów białaczka rzekoma tak często występuje jako powikłanie grzybicy guzowatej lub odwrotnie, dlaczego obie te sprawy występować mogą współcześnie i dlaczego w niektórych przypadkach [RADAELLI'ego] tak trudno przeprowadzić różniczkowe rozpoznanie pomiędzy wzmiankowanymi cierpieniami.

Jednak zaznajomienie się z najnowszą literaturą przedmiotu mimowoli doprowadza do wniosku, że kwestya grzybicy guzowatej wymaga gruntownej rewizyi, opartej na świeżym materiale z szerokiem uwzględnieniem poszukiwań hematologicznych. Ostatnie badania już poszły w tym kierunku, zbierając dane dla przyszłej pracy syntetycznej. Dotychczas jednak należy zaznaczyć wielką rozbieżność w wynikach badań krwi. Tak więc obok przypadków grzybicy guzowatej o zupełnie prawidłowym składzie krwi znajdujemy takie, gdzie wykryto zmiany białaczkowe. W innych notowano wybitną eozynofilię [do 50%], limfocytozę [50—60%] i t. d. Zatem na zasadzie tych danych możnaby tylko powiedzieć, że widocznie istnieją przypadki *mycosis fungoides* o różnorodnym składzie krwi. Czy jednak tak jest, zdecyduje dopiero przyszłość. Przyznać bowiem należy, że dotychczas badania hematologiczne noszą charakter przeważnie dorywczy, gdy wyświetlenie tej kwestyi z konieczności wymagać będzie systematycznych poszukiwań w różnych okresach choroby i na wielkim materiale klinicznym.

Dodam jeszcze, że w moim przypadku obok znacznej leukocytozy [patrz wyżej] znalazłem eozynofilię w granicach 7—11%.

Przechodząc do omówienia wyników leczenia, przedewszystkiem zwrócić uwagę na to, że w danym razie arszenik zawiódł mię najzupełniej. Podawany systematycznie przez czas dłuższy i nawet w przerwach pomiędzy dwiema seryami naświetlań, nie ujawniał on ani widocznego wpływu objawowego, ani zdołał choć w części zapobiedz dalszemu, a tak szybkiemu rozwojowi choroby i wystąpieniu nawrotów. Co się zresztą tyczy dwu ostatnich punktów, to rentgenoterapia jest tutaj, jak wiadomo, również bezsilną, gdyż nawet zapomocą tej metody nie osiąga się zupełnego wyleczenia grzybicy

guzowatej. Natomiast działanie objawowe promieni X jest wprost niezrównane. Przyznaję, że nie znam metody leczenia *mycosis fungoides*, która działałaby tak szybko, tak niezawodnie, a jednocześnie tak łagodnie, jak rentgenoterapia. Usuwa ona w krótkim czasie objawy zarówno przedmiotowe, jak podmiotowe. Śwędzenie znika, ustępują wszelkie wykwity okresu przedguzowego, wchłaniają się guzy, zablizniają owrzodzenia. Jakże stąd wynikają korzyści dla chorego, o tem mówić byłoby zbyt wiele. Wpływ na psychikę jest niebywały. Otucha wstępuje w chorego, gdy widzi, że wszystkie te zmiany na skórze, które mu dokuczały od dłuższego czasu, a nie chciały ustąpić przy innym leczeniu, znikają teraz niemal jak za dotknięciem różdżki czarodziejkiej. O wiele większa jest jednak faktyczna korzyść, jaką chory osiąga z powodu usunięcia guzów i zagojenia owrzodzeń. Sądzę, że każdy guz jest źródłem dla dalszego rozsiania się tych tworów. Zauważyłem bowiem już dawniej, a potwierdziło się to również i w obecnym spostrzeżeniu, że o ile w danej miejscowości—dotychczas wolnej—utworzy się guz, to w najbliższym jego sąsiedztwie powstaje niebawem cały szereg innych świeżych. Tak np. w danym przypadku skóra moszny i prącia przez długi czas była zupełnie wolna.

W pewnej chwili utworzył się pierwszy guz na skórze lewej połowy moszny. W niespełna 10—12 dni w innych miejscach moszny, a również na skórze prącia ukazał się cały szereg świeżych drobnych guzeczków. Przypominało to zupełnie rozsianie się guzów, jakby miejscowe przerzuty nowotworu. Wynika stąd, że usuwając rentgenoterapeutycznie guz grzybicowy lub całą ich gromadę, zabezpieczamy chorego od dalszego rozsiewania się tych tworów w danej miejscowości<sup>1)</sup>. Znaczenie tego faktu spotęguje się jednak jeszcze więcej, gdy uprzytomnimy sobie okoliczność, iż w miejscowościach nświetlanych późniejsze nawroty zazwyczaj już nie występują.

Co się tyczy owrzodzeń, to przypomnę, że te najczęściej bywają źródłem posocznicy, na którą umiera większość chorych na *mycosis fungoides*. Uchronić od tego chorego—jest oczywiście pierwszym naszym obowiązkiem. Wiadomo jednak, jak trudno oczyszczają się i zablizniają tego rodzaju owrzodzenia przy zwykłych metodach leczenia. Trudności te przynajmniej w bardzo znacznym stopniu usuwa dziś rentgenoterapia. Przy tej bowiem metodzie owrzodzenia grzybicowe szybko się goją bez szczególnych innych zabiegów z naszej strony, pod zwykłym opatrunkiem przeciwnilnym lub beznilnym.

Co się tyczy powiększonych gruczołów chłonnych i guzów podskórnych, to i na te twory promienie ROENTGEN'a wywierały w danym przypadku wyraźny wpływ dodatni, aczkolwiek nie tak wybitny, jak na inne wykwity grzybicy guzowatej.

---

<sup>1)</sup> Z tego punktu widzenia najzupełniej zrozumiałe będą zabiegi chirurgiczne—wycięcie guzów i owrzodzeń, dawniej dosyć często stosowane w leczeniu grzybicy guzowatej. Dziś metoda operacyjna została wyrugowana przez rentgenoterapię. Ta bowiem jest metodą o wiele pewniejszą, niebolesną, niekrwawą i daje lepsze pod względem kosmetycznym wyniki.



Równoległe ze znikaniem miejscowych objawów, poprawia się też ogólny stan chorego. Sen powraca, łaknienie się wzmacnia, siły przybywa. Waga ciała w moim przypadku wzrosła o 5 f. w okresie leczenia promieniami ROENTGEN'a <sup>1)</sup>. Ciepłota ciała powróciła do normy wraz z oczyszczeniem się owrzodzeń. Muszę też wyraźnie zaznaczyć, że w moim przypadku nie mogłem stwierdzić żadnych objawów toksycznych i wogóle żadnego ujemnego wpływu na ogólny stan chorego—pomimo naświetlania [niemal jednoczesnego] licznych miejsc ciała i bardzo energicznego wchłaniania się tworów patologicznych [ogółem zaaplikowałem około 220 H.]. To samo zresztą jednogłośnie potwierdzają i inni autorowie, którzy stosowali dawki w ogólnej sumie o wiele wyższe [np. BELOT w jednym przypadku zaaplikował około 1200 H.]. W szeregu takich danych zupełnie odrębne stanowisko zajmuje oczywiście spostrzeżenie WHITE'a i BURNS'a, w którym śmierć nastąpiła przy ciężkich objawach toksycznych w okresie terapeutycznego naświetlania chorego promieniami ROENTGEN'a. Jest to, o ile wiem, jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie. Przyczynę śmierci autorowie upatrują w szybkim wchłanianiu się [pod wpływem rentgenoterapii] tworów patologicznych, właściwie jądów i powstałym stąd zatruciu krwi toksynami. Takie tłumaczenie faktów wydaje mi się jednak zupełnie dowolnym i mało uzasadnionem, zwłaszcza wobec okoliczności, że sekcya tego przypadku wykazała wyraźne objawy posocznicy (*septicaemia streptococcica*). Tej więc ostatniej należy w danym razie, jak i w wielu innych, przypisać przyczynę śmierci. Pogląd taki wypowiedzieli też w dyskusyi nad tym przypadkiem POLLITZER, DUHRING i inni.

Kilka słów muszę jeszcze poświęcić skombinowanemu działaniu arszeniku i promieni ROENTGEN'a w leczeniu grzybicy guzowatej. SCHOURP i FREUND podają, że równoległe stosowanie arszeniku i naświetlań rentgenoterapeutycznych o wiele przyspiesza wchłanianie się guzów i pokrywanie naskórkiem owrzodzeń. Sposób ten wypróbowałem też i w moim przypadku. Początkowo wyłącznie stosowałem metodę rentgenoterapeutyczną, później zaś wspólnie podawałem arszenik w postaci podskórnych wstrzykiwań kakodylanu sodu. Spostrzeżenia SCHOURP'a i FREUND'a jednak potwierdzić nie mogłem. Miałem to wrażenie, że natężenie wchłaniania się gazów i zablizniania owrzodzeń było jednakowe w obu seryach spostrzeżeń terapeutycznych. Być jednak może, że cel ten da się osiągnąć przez stosowanie innych substancji uczulających [chinina, erytrozina i t. d.], co jest jeszcze rzeczą dalszych obserwacji. Tutaj jednak bynajmniej nie pragnę obniżyć wielkiej wartości leczniczej arszeniku. Przeciwnie, sądzę, że wyżej wzmiankowana metoda skombinowana jest jedyną, do jakiej dziś należy się uciekać przy leczeniu grzybicy guzowatej bez względu na okres, w jakim się choroba znajduje. Ze wszystkich dotychczas znanych daje ona stosunkowo najlepsze rezultaty. Sądzę też, że leczenie takie, zastosowane w porę i we

---

<sup>1)</sup> Jednocześnie stosowano wstrzykiwania arszeniku. W okresie jednak między dwiema sesjami naświetlań ciężkiemu choremu stracił 8 f. wagi, pomimo dalszego stosowania arszeniku.

wczesnych okresach, być może, zdoła choć w części opóźnić dalszy, a nieraz tak szybki rozwój choroby, zabezpieczy chorego od wielu powikłań i w taki sposób przedłuży jego życie.

[D. n.].

---

III. z ODDZIAŁU II w SZPITALU WOLSKIM.

---

## O przeciwwskazaniach ogólnych do leczenia drogą operacyjną chorób wewnętrznych

(WYKŁAD KLINICZNY) \*).

Podał

**Kazimierz Rzętkowski,**

ordynator oddziału.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 14].

---

Co się tyczy objawów cholemicznych, to te, prócz działania na układ nerwowy i naczyniowy, budzą obawę w operatorze jeszcze z innych względów: powodują one mianowicie wybitne usposobienie do krwawienia, takie, jakie spotykamy w krwotoczności (*haemophilia*). Działanie to polega, o ile się zdaje, głównie na wytwarzaniu przepuszczalności krwi przez ścianki naczyń włoskowatych wraz ze zmniejszeniem zdolności krwi do krzepnięcia. Stąd powstają wybroczyny krwawe samoistne lub też pod wpływem bardzo nieznacznych urazów, stąd też owe niczem nie powstrzymane krwawienia. Że udział w tem ścianek naczyń przeważa, o tem miałem sposobność przekonać się w dwu szczegółowo zbadanych, przez czas dłuższy na moim oddziale przebywających chorych na t. zw. diatezę krwi [coś pośredniego pomiędzy *morbus maculosus* a hemofilią, a właściwie i jedno i drugie]. Opis tych przypadków podam do wiadomości w swoim czasie. Tu pragnę tylko zeznaczyć, że w obu ucisk na ramię przepaski instrumentu Riva-Rocci wystarczał, aby poniżej przepaski na przedramieniu niezwłocznie pojawiły się setki drobnych plamek wybroczynowych i to wówczas, gdy badanie krwi nie wykrywało u chorych żadnych znaczniejszych uchyleń od normy. Zjawiska tego, o ile mi wiadomo, nikt dotychczas nie obserwował. W obu tych przypadkach kilkakrotne zastrzyknięcie po kilkaset ctm. sz. 2% roztworu żelatyny, wy-

---

\*) Wygłoszony na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. d. 19. XI. 1907.

warło na cierpienie chorych wpływ doskonały. U jednej z nich po zastrzyknięciu żelatyny w ściankę brzucha, wytworzył się obszerny naciek ropny, który zmuszony byłem poddać leczeniu chirurgicznemu. Pomimo kilku rozległych nacięć z kontraperturami, które wykonał kol. FR. KIJEWSKI, chora nie tylko nie umarła z krwotoku, czegośmy się bardzo poważnie obawiali, ale szybko i zasadniczo poprawiła się. Przytaczam tu umyślnie te przypadki, aby zwrócić uwagę Szan. Kolegów, że krwotoczność cholemiczna niezawsze powinna nas powstrzymywać od operacji. Przeciwnie — powinniśmy przede wszystkim przy pomocy zrobienia małego ukłucia [w dziąsło, w palec] przekonać się, czy krwotoczność taka istnieje rzeczywiście; jeżeli istnieje, zastrzyknąć niezwłocznie kilka razy po 400–500 ctm. sz. 2% roztworu żelatyny; ponowić próbę z ukłuciem i operować, o ile innych przeciwwskazań do operacji niema. Obawy, że na miejscu zastrzyknięcia żelatyny utworzy się krwistek, o ile mnie doświadczenie osobiste uczy, nie są uzasadnione.

Jakkolwiek sprawa krwotoczności (*haemophilia*) nie dotyczy zatrucia, to jednak pozwolę sobie wspomnieć o niej na tem miejscu w związku z tylko co omówionem zatruciem cholemicznem. Krwotoczność jest stanowczem przeciwwskazaniem do operacji. Kto nie widział chorych na krwotoczność, ten nie może mieć pojęcia, jakie olbrzymie ilości krwi tracą tacy chorzy z powodów nieraz najslabszych. Atoli pamiętać to trzeba, że krwotoczność dotyka znacznie częściej mężczyzn, niż kobiet, i że usposobienie do krwawienia zazwyczaj znakomicie zmniejsza się i częstokroć znika z dojściem chorych do pełnoletności. To potwierdzić mogę w zupełności na zasadzie kilku chorych na hemofilię w jednej rodzinie B., którą mam od pewnego czasu w swej obserwacji. O ile w tych razach zastrzykiwanie zapobiegawcze żelatyny pomódz może, o tem nie mogę tu nic powiedzieć.

Zatrucie uremiczne od niedawna weszło w sferę roztrząsań chirurgicznych, mianowicie też od czasu, gdy zaczęto wykonywać operacje na drogach moczowych. Omawiając sprawę przeciwwskazań do operacji w przypadkach zatrucia mocznikowego, możemy ją podzielić na dwa punkty, a mianowicie: zatrucie uremiczne w chorobie BRIGHT'a (*nephritis*) oraz zatrucie uremiczne w innych sprawach w drogach moczowych [bezmocz, kamica nerkowa, gruźlica nerek i t. p.]. Co się tyczy zatrucia uremicznego w chorobie BRIGHT'a, to sprawa wogóle wskazań do operacji na nerkach w zapaleniu nerek [sposób EDEBOHLS'a] jest sprawą bardzo świeżą i zgoła nie opracowaną. O ile dane z literatury pozwalają wnioskować, to lekkie i średnio ciężkie objawy mocznicy, zwłaszcza bez wybitnych objawów osłabienia serca i arteriosklerozy, nie stanowią przeciwwskazania do operacji. Inaczej ma się rzecz w zatruciu mocznikowem pochodzenia niefrytycznego. Wprawdzie tu sprawa jest nieco ułatwiona dzięki nowszym metodom badania wydolności każdej nerki z osobna. Bądź co bądź jednak występowanie objawów mocznikowych wyraźniejszych w sprawie wprawdzie nie ostrej, lecz względnie świeżej i rozpoznawanej jednostronnie przemawia bardzo na niekorzyść wydolności obu nerek lub

raczej drugiej nerki, uznawanej za zdrową. W tych razach decyzję co do zabiegu należy bezwarunkowo wstrzymać do czasu dokładnego zbadania wydolności nerek przy pomocy kilku z dotychczasowych metod badania tej sprawy.

Przejdźmy z kolei do rozpatrzenia przeciwwskazań do operacyjnego leczenia, jakie wypływają ze stanu krwi chorych. W działym możemy rozpatrywać punkty następujące: 1) bezkrwistość ostra wskutek krwotoku, który trwa lub który tylko co ustał; 2) bezkrwistość przewlekła wskutek nieustannych, acz niewielkich utrat krwi, 3) bezkrwistość złośliwa postępująca wtórna pochodzenia nie krwotokowego, lecz toksycznego [np. bezkrwistość u chorych na nowotwory złośliwe i t. p.]

Co do pierwszego—bezkrwistość ostra wskutek krwotoku, który dopiero co ustał, to oczywiście rzecz cała zależy od stanu chorego i od poprawy, na jaką można liczyć po wprowadzeniu doraźnym do ustroju drogą dożylną kilkuset lub więcej ctm. sz. ciepłego roztworu izotonicznego mieszaniny sodowo-solnej. W każdym razie zabieg ten powinien poprzedzać każdy inny. Jeżeli chodzi o krwotok, który trwa, to w razie dokładnego ustalenia rozpoznania, operator nie może żadną miarą wahać się przed wykonaniem operacji typowej niezwłocznie wraz z jednoczesnym wlewaniem do żył izotonicznej mieszaniny sodowo-solnej. Przypomnijmy sobie, ilu to w ten sposób uratowano u nas od niechybnej śmierci ludzi z ranami serca. To samo dotyczy też np. i krwotoków żołądkowych. Tu operator powinien mieć na uwadze tylko cel jeden, a mianowicie powstrzymanie krwotoku, wykonywanie zaś operacji radykalnej usunięcia przyczyny, która spowodowała krwotok, zależeć musi całkowicie od stanu chorego i nieraz winno być na czas jakiś zaniechane. Zaznaczyć wprawdzie należy, że w wykonaniu samego tylko zabiegu „przeciwwkrwotokowego“ operator nieraz spotyka znaczne trudności techniczne, jak np. przy krwotoku z wrzodu żołądka, którego dno tkwi np. w trzustce i t. p. Tego rodzaju przykre niespodzianki nie bywają niestety zbyt rzadkie; że nie poprawiają one szans chorego, o tem nie ma co mówić.

Bezkrwistość przewlekła wskutek utrat krwi nieustannych bywa nieraz bardzo znacznego stopnia, doprowadzając chorych do  $\frac{1}{2}$  miliona czerwonych krążków krwi i 15—20% hemoglobiny. W tych razach rzecz cała polega na przyczynie cierpienia. Inaczej bowiem będziemy traktowali chorego z taką bezkrwistością, spowodowaną przez krwawienie krwawnic odbytu lub na skutek wrzodu żołądka, inaczej zaś chorego z krwawiącym nowotworem żołądka lub prostonicy. Bezkrwistość przewlekła wskutek nieustannych utrat krwi na tle nowotworów złośliwych, pozornie niezbyt rozległych, jest przeciwwskazaniem do zabiegu, o ile oczywiście zabieg nie stanowi wskazania życiowego [zatkanie prostonicy nowotworem, zwężenie odźwiernika i t. p.]. W tych razach bezkrwistość spowodowana jest współdziałaniem dwu przyczyn, a mianowicie:

utrata krwi i zaburzeniami w nowotworzeniu krwi pochodzenia toksyczno-charłaczego. Narządy krwiotwórcze, zmuszone tu do nadmiernej produkcji krwi, są chore nadto skutkiem zatrucia i charłactwa ogólnego. W tym razie krwotoki nieustanne jeszcze bardziej podkopują ich sprawność. Liczyć na to, że sprawność ta ulegnie poprawie po operacji—niepodobna. Natomiast bezkrwistość na tle pochodzenia dobrotliwego, nawet przy niewielkich obrzękach, nie stanowi przeciwwskazania do operacji, wykonywanej oczywiście z temi ostrożnościami, jakie, mówiąc o krwotokach ostrych, powyżej zazaczyłem.

Co się tyczy bezkrwistości złośliwej wtórnej, to ta towarzyszy zawsze sprawom o charakterze wybitnie złośliwym. W tych razach niezmiernie ważną jest rzeczą ustalić dokładnie początek choroby i przekonać się o tem, czy istotnie bezkrwistość ta nie jest pochodzenia krwotokowego. Tu próba gwajakowa, wykonana z zawartością żołądkową lub z kałem, może okazać się bardzo pożyteczną. Próbę tę jednak należy wykonywać ze wszelkimi ostrożnościami [wykluczenie przed tem z pożywienia mięsa, uwzględnienie możliwości niedostrzegalnych domieszek krwi z krwawnic odbytu i t. p.]. W tych razach znajdujemy we krwi bardzo znaczne zmniejszenie liczby czerwonych krążków oraz ich wielokształtność, bardzo nieznaczną odsetkę normoblastów, wyraźne występowanie megaloblastów, znaczne zmniejszenie we krwi liczby płytek, często i leukocytów, przy stosunkowo wysokich cyfrach dla hemoglobiny. Mamy tu też zazwyczaj i obrzęki hydremiczne. Taki obraz stanowi bezwarunkowe przeciwwskazanie do operacji, która w tych razach niewątpliwie skraca życie chorego.

Rozpatrzmy teraz, jakie są przeciwwskazania do operacyjnego leczenia chorób wewnętrznych ze strony stanu płuc i serca.

Co do płuc, to te dać mogą punkt wyjścia do obaw z różnych względów, a mianowicie: ze względu na niebezpieczeństwo narkozy chloroformowej lub eterowej, ze względu na wpływ rozległej sprawy rozpadowej na przebieg pooperacyjny, ze względu na wpływ operacji na wzmożenie sprawy w płucach [gruźlica] i wreszcie na wystąpienie zapalenia płuc pooperacyjnego.

Co się tyczy niebezpieczeństwa narkozy chloroformowej lub eterowej, to w tym względzie pomijając już przypadki uduszenia wskutek zapadnięcia języka i zaciśnięcia głośni, niezależnie od stanu narządów oddechowych, jak poucza praktyka życia codziennego, najgorzej zachowują się chorzy z wyraźną rozedmą płuc, katarzem oskrzeli przewlekłym, oraz gruźlicą włóknikową płuc, nie mówiąc już o rozległej gruźlicy rozpadowej, która z wielu względów stanowi przeciwwskazanie do operacji. Niektórzy chirurgowie zaznaczają wyraźnie, że u chorych na serce narkoza jest mniej niebezpieczna, niż u chorych na płuca <sup>1)</sup>. Skutkiem unieruchomienia klatki piersiowej i względnie powierzchownego oddechu, oraz zastoju krwi w płucach chorzy na rozedmę płuc wogóle trudniej zasypiają, krew będąca w ich płucach, wchłania

---

<sup>1)</sup> LUCAS CHAMPIONNIERE. Jahresh. f. Chir., 1906, str. 12.

więcej chloroformu, ponieważ dłużej styka się z atmosferą narkotyku, niż szybko krążąca w płucach krew zdrowych. Stąd też ilości chloroformu, jakie u takich chorych krążą z krwią, będą większe i niebezpieczeństwo zatrucia groźniejsze, zwłaszcza wobec zwykłego u takich chorych osłabienia i zwyrodnienia mięśnia sercowego. Sprawy przewlekłe błony śluzowej dróg oddechowych, przebiegające z obfitą wydzieliną, powinny budzić słuszne obawy, zwłaszcza w kierunku narkozy eterowej. W tych razach może byłoby wskazane bardzo powolne usypianie chloroformowe. O ile w tych razach zapobiegać może wypadkom narkozy tlenowo-chloroformowa, na to pytanie odpowiedzieć może tylko dłuższa praktyka w kierunku tego sposobu narkozy, mogącego *a priori* ze strony czysto chemicznej budzić pewne obawy [patrz niżej]. Rozległa sprawa rozpadowa w płucach, o ile zabieg nie jest przeciwko niej samej skierowany [wrzody, zgorzel płuc], stanowi przeciwskazanie do operacji, oczywiście z wyjątkiem tych typowych chyba operacji, które są wskazaniami życiowymi. Co się tyczy wpływu samego zabiegu na wzmożenie sprawy w płucach, to widywano to niejednokrotnie. Ja sam mam w pamięci dwa przypadki operowanej zgorzeli z bardzo małymi zmianami w wierzchołkach, jak to stwierdziło następnie badanie pośmiertne, które w parę tygodni po operacji, narazie pomyślniej, zmarły na prosówkę płucną. Takież wzmożenie się sprawy pierwotnej widywano też i u chorych po zabiegach w gruźlicy kiszek. O wybuchu gruźlicy prosówkowatej ogólnej po operacjach spraw gruźliczych kostnych, gruczołowych i innych miejscowych nie mam tu potrzeby rozwodzić się dłużej. Znam też przypadek dotyczący chorej z bardzo małymi zmianami gruźliczemi w płucach i krwiopłuciem, u której krwiopłucie stało się znacznie większem i sprawa w płucach przyjęła obrót niepomyślny po operacji gruczołów szyjnych. Co się wreszcie tyczy zapalenia płuc pooperacyjnego, to w tym kierunku posiadają usposobienie zwłaszcza ludzie starsi, wyniszczeni, żyjący w złych warunkach higienicznych i operowani bez dostatecznego zabezpieczenia w kierunku niezbędnego ogrzewania ciała podczas i po operacji. Wogóle etiologia zapalenia płuc pooperacyjnego jest dotychczas ciemna. Nie ma zdaje się ono żadnego związku z narkozą. W tym kierunku przynajmniej przemawiają cyfry MIKULICZA <sup>1)</sup>, który znaczną odsetkę przypadków zapalenia płuc znajdował u chorych swoich, operowanych po znieczuleniu metodą SCHLEICH'a; odsetka ta u operowanych w znieczuleniu chloroformowem była nawet mniejsza. Nadto, zdaniem M., niektóre operacje dają większą odsetkę zapaleń płuc; do takich należą: operacja wola, operacje na żołądku, operacje ciężkich przepuklin. Pewną rolę w etiologii zapalenia płuc pooperacyjnego może odgrywać niedostateczna wentylacja głębokich części płuc, spowodowana przez powierzchowne oddychanie dla uniknięcia bólu przy ranach laparotomijnych. W tych razach może udałoby się zapobiedz niebezpieczeństwu przez ostrożne skombinowanie z podawaniem środków znieczulających oddychania sztucznego, które z pożytkiem stosowane

---

<sup>1)</sup> Die Methoden der Schmerzbetaübung. Arch. f. Chir. 1901, 64, 757.

bywa przez klinicystów francuskich (*rééducation respiratoire*) w rozmaitych chorobach. Wreszcie w wielu przypadkach takie pooperacyjne zapalenie płuc bywa tylko uwydatnieniem się już istniejącego, acz w stopniu niewielkim, nacieczenia pneumonicznego. Stąd też dokładne zbadanie płuc przed operacją jest obowiązkiem klinicysty.

Przechodzimy z kolei do tych przeciwwskazań, jakie płyną ze stanu serca i naczyń krwionośnych. Tu musimy rozważyć sprawę w trzech kierunkach, a mianowicie odnośnie do wpływu chloroformu na serce, a raczej wogóle na układ krwionośny, odnośnie do wpływu w tym samym kierunku samego zabiegu, ew. okoliczności poprzedzających go i towarzyszących mu, i wreszcie wpływu okresu pozabiegowego.

[D. n.].

---

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

---

### 33. E. v. Leyden i L. Bassenga. O nierównoczesnem kurczeniu się obu komór sercowych (hemisystolia).

Od r. 1866 LEYDEN opisał parę przypadków niedostateczności zastawki dwudzielnej, w których każdemu wzniesieniu tętna w tętnicy promieniowej lub szyjnej odpowiadały dwa lub trzy uderzenia wierzchołkowe serca; z tych drugie przesunięte było nieco ku wewnątrz od pierwszego. W żyłach szyjnych widoczne było tętnienie również dwu lub trzykrotnie częstsze od tętna promieniowego. Badanie pośmiertne wykrywało w omawianych przypadkach silne rozszerzenie komór sercowych. Na zasadzie analizy objawów klinicznych LEYDEN wnioskował, że w przypadkach tych tylko pierwsze uderzenie wierzchołkowe serca zależało od skurczu lewej komory, drugie zaś składał na karb odosobnionego skurczu rozszerzonej prawej komory serca. Opierając się na mięśniowej teorii czynności serca, oraz na wyniku swych badań pośmiertnych, LEYDEN dla zjawiska powyższego zaproponował tłumaczenie następujące. W przypadkach nadmiernego rozszerzenia lewego otworu żylnego zwrotna fala krwi z lewej komory zapełnia przy każdym jej skurczu nie tylko przedsionek, lecz również dalej żyły płucne, w których spotyka się z falą krwi, idącą od tętnic płucnych. Osłabia to w znacznym stopniu siłę skurczu prawej komory, która też opróżnia się niedostatecznie i ponownie szybko się wypełnia podczas rozkurczu. Z drugiej strony lewy przedsionek, zbyt słabo wypełniony wskutek zmniejszenia tej *vis a tergo*, jaką stanowią dlań skurcze prawej komory, kurczy się dopiero po ponownym jej skurczu, dostarczającym mu znaczniejszą ilość krwi żylniej. Wynika z powyższego, że mały obieg otrzymywałyby krew z obu komór sercowych: z prawej—do tętnicy płucnej, z lewej—do żył płucnych. Przy takim uwarunkowaniu stosunków krwioobiegu czynność serca możliwa będzie właśnie tylko przy równoczesnem kurczeniu się obu komór, osłabiającem siłę spotkania dwu fal krwi w małym krwioobiegu. Hemisystolia stanowi więc tu poniekąd zjawisko kompensacyjne, dla ustroju celowe.

W następstwie, zjawisko hemisystolii łączono z teorią t. zw. tętna bliźniaczego i rytmu bliźniaczego serca (*pulsus bigeminus*, *bigeminia cordis*), opisanego przez TRAURE'go, a zwalczanego przez niektórych nowszych autorów, jak WENCKEBACH. Przeciwno istnieniu w omawianych przypadkach niedostatecznych skurczów lewej komory przemawia zupełny brak dodatkowego tętna nie tylko w tętnicy promieniowej, lecz nawet w tętnicy szyjnej. Na za-ardzie nowego swego spostrzeżenia LEYDEN utrzymuje w całości dawną swoją teorię połowiczego skurczu serca. Możliwość takiej dysocjacji czynności serca stwierdzają liczne już odnośnie spostrzeżenia kliniczne, a z lat ostatnich i badania doświadczalne GASKELL'a i KRIES'a. Pośredni sprawdzian tej teorii stanowi poniekąd znane spostrzeżenie LITTEN'a, w którym stwierdzono nierównoczesną czynność komór sercowych w następstwie zatkania tętnicy płucnej: wskutek przeszkody w małym obiegu krwi prawa komora trudniej się opróżniała, szybciej wypełniała ponownie i dlatego wcześniej kurczyła się, niż lewa komora serca.

(*Zeitsch. f. klin. Med.*, t. 64, z. 1).

W. St.

### 34. P. Ascb. Wałeczki nerkowe w moczu i białkomocz.

Autor badał wpływ bakterii i ich produktów przemiany materii na nerki psów. Znajdował on, iż mocz tych zwierząt często nie zawierał białka, pomimo iż zawierał wałeczki różnego rodzaju, a badanie histologiczne wykazywało bardzo duże zmiany. Dwa przykłady: u jednego psa, któremu do tętnicy nerkowej wstrzykiwano zabita hodowlę prątka GAERTNER'a, nie można było w moczu nigdy białka wykazać, natomiast dużą liczbę wałeczków ziarnistych. U innego psa, któremu wstrzykiwano do tętnicy nerkowej żywe prątki gruźlicze, można było w przeciągu 6 u tygodni tylko raz wykazać ślad białka, a wałeczków nigdy. Dlatego należy, zdaniem autora, nie zadowalać się badaniem moczu na białko, lecz zawsze mocz pod mikroskopem oglądać. Są zresztą znane i kliniczne spostrzeżenia przewlekłego zapalenia nerek, w których mocz białka nie zawierał, obfitował natomiast w wałeczki. Autor stara się wytlómaczyć przypadki, w których pomimo zmian w nerkach, wałeczków w moczu wykazać niemożna, i myśli, że znajduwane w takich przypadkach w moczu prątki okrężnicy rozpuszczają wałeczki. W badaniach swoich dochodzi autor do wniosku, że zmiany, jakie wywołują w nerkach bakterie lub ich toksyny, usadwiają się naprzód w warstwie korowej; w tej warstwie nerki powstałe wałeczki nie zostają z moczem na zewnątrz wyprowadzone, lecz rozpadają się na miejscu. Dopiero, gdy zmiany chorobne obejmą części nerek bliżej miedniczek położone, wałeczki, w tych partjach powstałe, mogą być na zewnątrz wyprowadzone. Autor przypuszcza, że i zjawisko białkomoczu zależy od umiejscowienia sprawy w nerkach. Doświadczenia autora pouczyły, że wiele spraw, które w codziennym życiu zwykło się nazywać zapaleniem nerek, nie jest zapaleniem, lecz raczej procesem polegającym na zwyrodnieniu i zależnie od tego, która z tych spraw w nerce przeważa, zapalenie czy zwyrodnienie, może się białko wydzielać lub nie.

(*Munch. med. Woch.* 1907, Nr. 50).

Dr P.



## ODCINEK.

### Wynagrodzenie ordynatorów szpitalnych.

Etaty obecnych pensyi ordynatorów szpitalnych datują z przed lat przeszło sześćdziesięciu, kiedy w kraju naszym liczone na złote polskie, i były ustanowione na 2000 zip. czyli 300 rubli. Przez ten długi przeciąg czasu ceny środków do życia podniosły się około sześciu razy, podobnie podniosła się i cena pracy we wszystkich jej gałęziach, w warsztatach, na urzędach i w uczelniach; zapewne jedynie tylko pensye ordynatorów pozostają dotąd na swym wprost śmiesznie niskim poziomie. Składały się na to różne przyczyny, a najważniejszą była niewątpliwie obojętność lekarzy samych na tak lekkie traktowanie ich pracy i nieupominanie się o swe prawa. Wśród publiczności utrzymuje się dotąd przekonanie, że tak dziwnie niska płaca wynika z filantropijnych uczuć, któremi lekarze kierują się w stosunku do biedy leczącej się w szpitalach. Przypuszczają też, że korzystanie z materiału szpitalnego i możność doskonalenia się jest dla lekarzy dostateczną kompensatą idealną za pracę, niesioną przytem niemal darmo na usługi szpitalnictwa. Sfery, które dotąd zajmowały się szpitalnictwem i powinny być interesować się losem lekarzy szpitalnych, wyrobiły sobie oryginalny pogląd, że ordynatorów nie potrzeba wynagradzać lepiej, ponieważ dla tytułu i wynikających z niego korzyści w praktyce pozaszpitalnej zawsze będzie można znaleźć dostateczną liczbę kandydatów, którzyby te obowiązki spełniali nawet darmo.

Wśród lekarzy wreszcie do ostatnich czasów kwestya ta była traktowana obojętnie i przeważały poglądy konserwatywne lub chwiejne.

Poglądy na obowiązki filantropijne lekarza, jako przestarzałe, pozostawiamy na stronie. Względ, że ordynator kształci się i doskonali na oddziale, nie może być brany pod uwagę, jako argument przeciw odpowiedniemu wynagradzaniu jego pracy. Praca winna być oceniana z punktu widzenia jej wartości dla tego, kto jej potrzebuje. Każdy zresztą człowiek doskonali się przy wykonywaniu swej pracy zawodowej. Doskonali się zarówno rzemieślnik, jak urzędnik piszący referaty, jak sędzia prowadzący śledztwo, nauczyciel przy wykładach, a jednak wszyscy otrzymują wynagrodzenie. Zato doskonalenie się awansują jedni, otrzymują odznaczenie drudzy, z ich doskonalenia się korzysta całe społeczeństwo i nie uszczupla im zato pensyi.

Poglądy naczelników b. Rady Dobroczynności Publicznej, jak zresztą całe ówczesne traktowanie szpitalnictwa, nie stały na wysokości zadania i nie wytrzymują krytyki.

Wszędzie znajdują się ludzie ze słabością do tytułów, odznaczeń, gotowych w pogoni za nimi często na ofiary w pieniądzech, czy w postaci innych zobowiązań. Bywali więc i tacy kandydaci na ordynatorów. Innych do tego ubiegania się pobudzały nadzieje rozszerzenia swej praktyki, chociaż nie jest to znów tak niezawodną drogą, gdyż są ordynatorzy bez praktyki, zarówno jak i wolno praktykujący z wielką praktyką. W każdym razie nie taka to łatwość zyskania kandydatów i nie takich—powinna była być podstawą przy wyborze ich na usługi szpitalnictwa. Rozumniejsi myśleli twórcy ustawy z 1870 r., którzy naznaczyli względnie wysokie pensye, aby zyskać szpitalom dobrych pracowników, a żeby ich odnaleźć, ustanowili drogę konkursu.

Gdyby owi zawsze gotowi amatorowi na posadę ordynatora mieli przed sobą konieczność przejścia przez konkurs, zapewne pochopność ich ostyglaby nie mało.

Zresztą znaczna u nas liczba rzeczywiście nadających się na te posady kandydatów ojaśnia się w części i tem, że szpitali w mieście i w kraju jest b. mało i siły te nie mogą znaleźć dla siebie należytego pola do pracy.

Wśród lekarzy poglądy na pensje ordynatorskie były zacięte, ulegały panującym w społeczeństwie poglądom na posłannictwo lekarza, brano też pod rachubę, że gospodarka szpitalna grozi bankructwem i że należy czekać czasów pomyślniejszych.

Z chwilą skasowania b. Rady Dobroczynności Publicznej i przejścia szpitali pod zarząd miasta, kiedy sprawy te wyszły z zakresu dobroczynności i stały się zadaniem racjonalnego gospodarstwa miejskiego, nastał czas, kiedy lekarze winni upomnieć się o należyte wynagrodzenie swej pracy.

Obecne pensje wynoszą 300 rubli rocznie. Jeżeli od tego odjąć z jednej strony 30 rubli, stręcane na emeryturę, a z drugiej z liczby 365-u dni roku odjąć 28-dniowy urlop, to wypadnie, że lekarz przy 1½-godzinnem zajęciu pracuje za to 500 godzin rocznie, a przy trzechgodzinnem—1000, nie ma on bowiem niedzieli i świąt nie obchodzi, czyli, że w pierwszym razie za godzinę pracy otrzymuje 54 kopiejki, a w drugim—27.

Zauważyć tu należy, że praca ta jest natężona, skoncentrowana, że tak powiem; do tego ordynatora zmusza wzgląd, aby mu pozostało dość czasu na praktykę pozaszpitalną, z której żyje. Tego rodzaju praca ma być porównana co do natężenia z pracą urzędnika, siedzącego 6 godzin w biurze. Chociaż przyznamy, że praca mniej gorączkowa i śpieszna byłaby pożądanąsą zarówno dla chorych jak i dla ordynującego.

I taka to ciężka i odpowiedzialna praca wynagradzana jest na równi niemal z pracą wyrobnika. Oto kilka cen pracy w rozmaitych jej gałęziach: Ślusarz zakładów gazowych za lekką robotę, np. nałożenie koszulek i regulowanie palników otrzymuje 35 kop. za godzinę zajęcia [choćby ono trwało i 20 minut]. Nauczyciel szkół prywatnych otrzymuje za 1 godzinę tygodniową, płatną rocznie—75 rubli. Ponieważ godzin tych z powodu świąt i wakacji wypada tylko 28 na rok, godzina 3-kwadransowa zajęcia przynosi mu 2 rub. 68 kop. Nauczyciel gimnazjalny przy pensji rocznej 1200 rub. ma dawać tygodniowo 15 godzin lekcyi; wskutek wakacyi i świąt godzina pracy tej wypada 2 rub. 85 kop. Wynagrodzenie takie nauczyciel z wykształceniem uniwersyteckiem otrzymuje prawie zaraz po ukończeniu kursów. Tymczasem ordynatorem lekarz zostaje po kilkunastu latach praktyki i to jeszcze po przejściu przez konkurs. Należy go więc porównywać z urzędnikiem starszym, odznaczającym się swem uzdolnieniem i gorliwością. Ta okoliczność stawia ordynatora jako urzędnika w porównaniu ze służącymi w innych dykasteryach w okolicznościach o tyle gorszych, że nie może liczyć na emeryturę. Wstępując na służbę etatową około 35-go roku życia, nie ma prawie szansy wysłużenia całej emerytury [lat 35]. Nie może mieć więc nadziei, że po jego śmierci rodzina będzie miała prawo chociażby do tak skromnego zasiłku; owa zaś składka emerytalna jest więc dlań wprost oczywistą stratą.

Przyjąwszy pod uwagę wszystkie wyżej wyliczone wzgledy, powinniśmy dążyć do podniesienia wynagrodzenia ordynatora odpowiednio do zmienionych warunków życia i stosownie do wartości jego pracy. Biorąc pod uwagę chociażby tylko zniżkę wartości pieniędzy i kierując się normą wynagrodzenia, jaką społeczeństwo z przed laty 60 u wyznaczyło dla ordynatora szpitalnego, powinniśmy żądać po 2000 rubli na oddziale wewnętrznym i 2500 na oddziale chirurgicznym, uważając za normę zajęć obsłużenie 30-u chorych

przy dziennem zajęciu 2-u godzin na oddziale wewnętrznym i 3-ch godzin na chirurgicznym.

To *maximum* wynagrodzenia ma być osiągnane w ciągu 12-u lat służby: przy rozpoczęciu ma wynosić 1200, i 1500, po pięciu latach ma nastąpić pierwsza podwyżka o 300, po czterech druga i po trzech ostatnich—również po 300 rubli.

Jako konieczny dezyderat stawia się przytem odpowiednia zmiana dotychczasowego prawa emerytalnego w sposób, któryby możność wysłużenia emerytury nie czynił złudzeniem i mrzonką.

Ta względnie znaczna do obecnych pensyi wysokość wynagrodzenia przestanie razić, jeżeli uprzytomnimy sobie, że 1) rubel obecny wart jest tyle co 1 złp. przed 60-u laty, 2) że praca ordynatora dziś jest o wiele trudniejszą niż wtedy, i 3) że godzina pracy według proponowanej normy wypadać będzie po 2.50 do 3-ch rubli.

O. HEWELKE.

## Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe dnia 13-go marca 1908 r.

I. Litwinowicz O. przedstawia przypadek zupełnej niedrożności nozdrzy tylnych. W przedniej części nosa obustronny zanik błony śluzowej, redukcya środkowych i do pewnego stopnia tylnych muszli. *Rhinoscopia ant.* okazuje zamiast zwykłego obrazu nozdrzy tylnych bliznowato pościągana błonę śluzową z małym ciemnym zagłębieniem po stronie lewej od linii środkowej tuż ponad podniebieniem. Wprowadzony zgłębnik do otworu owalnego w błonie zamykającej lewą muszlę wychodzi przez wspomniane zagłębienie do jamy nosowo-gardłowej. Na lustrze GLABICH'a brak plamy po stronie prawej. Trudność wymawiania spółgłosek nosowych, węch zachowany. Przyczyny owej niedrożności nabytej niejasne; sprawa zaczęła się przed czterema laty.

II. Prof. GŁUZIŃSKI wygłasza: Kilka uwag klinicznych o znaczeniu wydzielania się chlorków. Prelegent zwraca uwagę na nowe spostrzeżenia odnosnie do wydzielania się chlorków przy ostrych i przewlekłych schorzeniach nerek. 1. Wśród przebiegu miażdżycy nerek i ich zapalenia przewlekłego wydzierają się okresy zatrzymania wydzielania chlorków, połączone z ciężkim schorzeniem ogólnem, wymiotami, zawierającymi znacznie większą ilość HCl, pragnieniem, przyczem brak drgawek, bólu głowy; świadomość utrzymana. Okres taki może minąć lub przechodzić w schorzenie coraz cięższe, utratę przytomności bez drgawek i śmierć. Stan ten nazywa prelegent *uraemia achlorica*. 2. Przez kilka dni pod zwykłymi cechami klinicznymi zapalenia nerek mogą wystąpić objawy uczucia ogólnego schorzenia, wymioty, ślad obrzęków np. na twarzy, zmniejszenie ilości i zmętnienie moczu, w osadzie waleczki szkliste i ziarniste, ciałka krwi przy wstrzymaniu wydzielania chlorków, ale bez białka; po tym okresie występują typowe objawy ostrego zapalenia nerek. Ten wstępny okres nazywa prelegent: *stadium achloricum sine albumine* ostrego zapalenia nerek. 3. Szczególnie w płonicy badanie systematyczne na chlorki miałyby cel teoretyczny, t. j. stwierdzenie powyższego okresu wstępnego, powtóre praktyczny, t. j. wcześniejsze rozpoznawanie zapalenia nerek, nim jeszcze pojawi się białko. 4. Prelegentowi nasuwa się myśl, czy

temu wstępnemu okresowi nie odpowiada zmiana, równająca się ostremu zwyrodnieniu nerek. 5. Nad udziałem zmienionej nerki w zatrzymywaniu chlorków nie można przejść spokojnie do porządku dziennego.

Dyskusya:

A. SILBERSTEIN zwraca uwagę na teorye, które zatrzymywanie chlorków odnoszą do zwiększonego napięcia tkaninowego.

Doc. MARISCHLER, przypominając, że zatrzymanie chlorków pozostaje niewątpliwie w związku z zatrzymywaniem wody w tkankach, dodaje, że możliwym jest, iż odgrywają w niem także pewną rolę ciała trujące, drogą nerek nie wydzielane.

Przym. PISEK przypomina sobie dwa przypadki, w których badanie moczu i inne objawy wskazywały na ostre zapalenie nerek, a białka wykazać nie było można.

STACHIEWICZ zauważył w przypadku róży zmniejszenie się chlorków przy jej rozszerzaniu się—i odwrotnie.

REICHENSTEIN dodaje kilka uwag klinicznych odnośnie do przypadków, wspomnianych przez dra PISKA.

III. NOWICKI okazuje preparaty nerek dotkniętych torbielkowatością. Przedstawia je z powodu niezwykłych rozmiarów, do jakich nerki takie dojść mogą. Ciężar ich 4000 grm., wymiar podłużny 42 ctm. Za życia rozpoznano zapalenie nerek przewlekłe. N. omawia teorye powstawania tej zmiany. Co się tyczy przedstawionych, to być może, że torbielkowatość ta jest pochodzenia wrodzonego, znaleziono bowiem w tym przypadku i inne wady rozwojowe, jak wybitny rozszczep na dwa koniuszka sercowego, gdzie każda komora miała swój własny, a także zachowany, częściowo drożny przewód BOTALL'a.

WITOLD NOWICKI.

## Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

### SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 28-go grudnia 1907 r.

CYKOWSKI odczytał sprawozdanie o przebiegu pracy naukowej w Sekcji Ginekologicznej w ubiegłym 1907 r. i o stanie kasy.

LORENTOWICZ wypowiedział odczyt na temat nowych poglądów w nauce o *endometritis*.

Nauka o zapaleniach śluzówki macicznej—mówił prelegent—pomimo, iż przedmiotowi temu poświęcono setki prac, pomimo coraz bardziej ulepszonych metod w stawianiu klinicznego i anatomo-patologicznego rozpoznania, jest jeszcze bardzo daleką od jednolitości, lub posiadania pewnych niewzruszonych podstaw w wywodach swoich. Przyczyny tego dziwnego zjawiska szukać należy prawdopodobnie w niedostatecznej znajomości zmian fizjologicznych, zachodzących w śluzówce macicznej, zwłaszcza w okresie przedmiesiączkowym. Dotychczas niemal powszechnem prawem obywatelstwa cieszył się podział zapaleń śluzówki macicznej, wprowadzony przez KAROLA RUGE'go. Jak wiadomo, RUGE dzieli zapalenia śluzówki na 3 rodzaje: 1) zapalenie gruczołowe (*endometritis glandularis hypertrophica* i *hyperplastica*), polegające na zmianie kształtu gruczołów [postaci grajcarkowe lub brodawkowa-

te], lub na zwiększeniu się liczby gruczołów; 2) zapalenie śródmięszone—*endometritis interstitialis*, polegające na zmianie kształtu komórek tkanki międzygruczołowej i na obecności w niej nacieczenia drobnokomórkowego; 3) postaci mieszane.

Aczkolwiek większość ginekologów podział ten przyjęła, mimo to często odzywały się pojedyncze głosy, odmawiające w mniejszym lub większym stopniu wartości naukowej i klinicznej poglądom RUGE'go. Do takich należeli: BRENECKE, CZEMPIN, ŚWIĘCICKI, DOLERIS, UTER, PINCUS, TH. LANDAU, ABEL i inni.

W 1907 r. prawie jednocześnie ogłoszone zostały 3 prace o słuźowce macicznej. Prace te, aczkolwiek z rozmaitych wychodziły założeń i dla rozmaitych przedsiębrane były celów, w końcowych wywodach swoich do identycznych dochodzą wniosków.

HARTJE zbadał 600 słuźówek, wyskrobanych w ciągu lat 5-u w klinice WERTH'a w Kilonii. Wybrał z nich 22, które wykazywały ogromne zmiany w kształcie gruczołów macicznych [postaci grajczarkowe, występy brodawkowate w świetle gruczołów i inne cechy, charakterystyczne dla tak zwanych gruczołów OPITZ'a] i przekonał się, że wszystkie te słuźówki były wyskrobane w okresie przedmiesiączkowym, pomiędzy 29-ym a 27-ym dniem, licząc od dnia pojawienia się ostatniego peryodu. Zbadał następnie 58 innych słuźówek, w których zmiany w gruczołach były wyrażone w sposób nie tak wybitny i w 38-u przypadkach stwierdził, że skrobanie dokonane było również w okresie przedmiesiączkowym.

Na podstawie swoich poszukiwań HARTJE wypowiada pogląd, że zmiany w gruczołach nie mogą jeszcze same przez się być dostatecznym kryterium do stawiania rozpoznania *endometritis glandularis hypertrophica* lub *hyperplastica*.

THEILHABER z Monachium zbadał 100 słuźówek macicznych kobiet zdrowych i chorych, małych dziewczynek i bardzo starych osobników, dalej—kobiet, które cierpiały na krwawienia nieprawidłowe i zakażenia rzeżączkowe, i na podstawie swoich poszukiwań wygłasza pogląd, że, wbrew panującej do dzisiaj nauce o zapaleniach słuźówki macicznej, nie sposób dopatrzeć się zależności i związku pomiędzy istniejącem krwawieniem lub obfitą wydzieliną słuźoropną z macicy z jednej strony, a ilością, kształtem i rozgałęzieniem gruczołów z drugiej. Zgrubienie słuźówki do 7-u milimetrów zamiast normalnych 0,5 do 2-u mil., świderkowate skręcenia gruczołów, zwiększenie się liczby tychże w preparacie spotykają się najczęściej w słuźówkach, które były wyskrobane w ostatnim tygodniu przed nastąpieniem peryodu.

Wreszcie HITSCHMANN i ADLER z Wiednia zajęli się badaniem słuźówek zdrowych i przekonali się, że obrazy mikroskopowe, jakie dają słuźówki, wyskrobane w okresie przedmiesiączkowym, do tego stopnia odpowiadają w najdrobniejszych szczegółach obrazom typowym *endometritidis glandularis hypertrophicae* i *hyperplasticae* RUGE'go i GEBHARD'a, że nie podobna wykazać między nimi jakiegokolwiek zasadniczej różnicy.

Wszystkie dotychczasowe opisy słuźówki normalnej odpowiadają pomiesiączkowemu okresowi, co prawda—najdłuższemu. Trzeba stanowczo określić szerszym promieniem granice zmian fizjologicznych słuźówki, niż to było czynione dotychczas.

W streszczeniu nowe poglądy o zapaleniach słuźówki dają się ująć w następujące pozycje:

1) Okres przedmiesiączkowy wywołuje fizjologiczne zmiany w słuźowce macicy, przejawiające się w zmianie kształtu gruczołów i komórek i w pozornem zwiększeniu się liczby gruczołów, i dlatego z obecności tylko powyższych zmian nie mamy prawa wyrokować o istnieniu sprawy zapalnej w słuźowce.

2) Tak zwane „*endometritis glandularis hypertrophica* i *hyperplastica*” najczęściej nie mają nic wspólnego z zapaleniem, a przedstawiają jedynie zmiany charakterystyczne dla *stadium praemenstruale* śluzówki macicznej.

3) Jediną pewną postacią zapalenia śluzówki jest *endometritis interstitialis*, najczęściej dwuziarniakami rzeźączkowymi wywołana i połączona z nacieczeniem drobnokomórkowym.

4) W obecności komórek plazmatycznych, które dotąd znajdowane były prawie wyłącznie w sprawach zapalnych i tworzyły główną część składową nacieczenia drobnokomórkowego, posiadamy, zdaniem HITSCHMANN'a i ADLER'a—poważny czynnik rozpoznawczy w stwierdzaniu istniejącego niezłyta śluzówki.

5) Wielowarstwowość nabłonka gruczołów macicznych, spotykana była w *endometritis tuberculosa*, *end. gonorrhoeica*, *end. post abortum*, a nawet w normalnej śluzówce w okresie przedmiesiączkowym i dlatego wielowarstwowość nabłonka gruczołowego sama przez się nie może być uważana za oznakę rozpoczynającego się złośliwego zwyrodnienia komórek.

LORENTOWICZ robił własne poszukiwania dla sprawdzenia wartości naukowej poglądów powyższych. Z 20-u zbadanych przez niego śluzówek w 6-u przypadkach można było dokładnie oznaczyć liczbę dni, które upłynęły od początku ostatniego miesiączkowania. Na zdemontrowanych preparatach mikroskopowych widać, że obraz drobnowidzowy śluzówki, wyskrobanej 13-go dnia po miesiączkowaniu, nie różni się od normy ani liczbą, ani kształtem gruczołów. Na 20-ty dzień widać lekkie wygięcia do wewnątrz ściany gruczołowej; na 26-y—wybitne skręcenia świderkowate gruczołów, przeciętych podłużnie, i wyniosłości brodawkowate nabłonka w przekrojach poprzecznych, połączone z pozornym zwiększeniem się liczby gruczołów i pęcznieniem komórek podłoża, zwłaszcza w warstwach powierzchniowych. Komórki plazmatyczne L. spostrzegał w śluzówce macicznej w 5-u przypadkach na 20. Jeden raz z *carcinoma port. vag.*, dwa razy w *endometritis post abortum*, dwa razy w *endometritis interstitialis*, natomiast ani razu w typowych postaciach *endometritidis gland. hypertrophicae* i *hyperplasticae*.

Nadto L. przedstawił kilka preparatów drobnowidzowych wielowarstwowego nabłonka gruczołowego macicy natury łagodnej.

W dyskusyi LEŚNIEWSKI zaznaczył, iż poglądy, przytoczone przez LORENTOWICZA, jakkolwiek pociągają swoją oryginalnością, wymagają jeszcze dalszego potwierdzenia. O ileby zostały przez dalsze spostrzeżenia potwierdzone, ginekolog utraciłby jedną z bardziej pewnych metod badania. W każdym razie o ile wyskrobiny zostały wzięte w kilka dni po upływie miesiączki, o ile zmiany w gruczołach i w tkance samej śluzówki są daleko posunięte, należy sądzić, że są to raczej następstwa przewlekłej sprawy zapalnej w śluzówce macicy, niż zmiany fizjologiczne przedmiesiączkowe.

Komórki plazmatyczne, bez względu na swoje pochodzenie, są zawsze dowodem, że sprawa zapalna w danej tkance trwa dawno; na podstawie obecności tych komórek możemy zatem rozpoznać tylko bardzo daleko posunięte sprawy zapalne. Nieobecność komórek plazmatycznych nie może więc być objawem, przemawiającym przeciwko sprawie zapalnej w śluzówce macicy.

W zakończeniu posiedzenia dokonano wyboru prezydium: na prezesa sekcji wybrano NEUGEBAUERA [ponownie], na pierwszego wiceprezesa — KARCZEWSKIEGO, na drugiego wiceprezesa—ZWEJGBAUMA i na sekretarza — CYKOWSKIEGO [ponownie].

St. Cykowski.

## Wiadomości bieżące.

— Zawiązane niedawno w Warszawie Towarzystwo Miłośników Przyrody, wytknęło sobie zadanie bardzo doniosłe krzewienia w społeczeństwie zamiłowania do zjawisk przyrody. Pragnie więc wprowadzić przyrodę do mieszkań, rozwinąć w mieście parki, zwierzyńce, upiększyć wieś, zetknąć ludzi z przyrodą i rozbudzić u nich poczucie piękna w przyrodzie. W tym celu wyjednalo sobie prawo na urządzenie wykładów, pogadanek, konkursów, wystaw i wydzieczek, na wydawanie pism i książek, na zakładanie ogrodów, zbiorów i t. d. Jest to, jak widzimy, zakres działania bardzo obszerny; należyte jednak wypełnienie tych zamierzeń zależeć będzie od poparcia usiłowań Towarzystwa przez szersze warstwy społeczeństwa. Sympatyzujący więc z celami Towarzystwa powinni zapisywać się na jego członków [składka roczna wynosi tylko 3 ruble].

Działalność swą rozpoczyna Towarzystwo od urządzenia wystawy przyrodniczej, chcąc w ten sposób poglądowo zapoznać publiczność z zakresem swego programu. Wystawa urządzona będzie między 16-ym a 31-ym maja w sali i ogrodzie Tow. Ogrodniczego w Bagateli.

— Dnia 20-go marca r. b. odbyło się w sali Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie pierwsze posiedzenie członków komisji lekarsko - aptekarskiej, mającej opracować plan wypierania towaru niemieckiego na gruncie medycyny i farmacji, pod przewodnictwem prof. BĄDZYŃSKIEGO. Na tem posiedzeniu obrany został stały komitet wykonawczy, który składają: prof. RYBIŃSKI, prezes, dr. PISEK i p. SKLEPIŃSKI [mag. farm.] wiceprezesi, dr W. ZIEMBIŃSKI i p. PIPES-PORATYŃSKI, mag. farm. — sekretarze.

— Koledzy lekarze D. Ż. W.-Wiedeńskiej złożyli kol. STANISZAWOWI MARKIEWICZOWI fundusz na wieczyste miejsce w koloniach letnich i fotografię pamiątkową 25-lecia działalności Jego lekarskiej na tej kolei. Wielce zasłużonemu pracownikowi na niwie lekarskiej i społecznej śle „Gazeta Lekarska” gorące życzenia długiej i — tak jak dotąd owocnej pracy.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie przyznało nagrodę im MOCZUTKOWSKIEGO kol. JANOWI ŚWIĄTECKIEMU.

— Dnia 3-go b. m. Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył posiedzenie poświęcone uczczeniu pamięci ś. p. prof. JANA MIERZEJEWSKIEGO, na którym prof. dr CZECZOT wygłosił „Zarys działalności naukowo-społecznej i obywatelskiej prof. dra JANA MIERZEJEWSKIEGO“.

## NEKROLOGIA.

— → — ← —

### Ś. p. Jan Lucyan Mierzejewski,

były profesor psychiatrii i Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu zmarł dnia 5-go marca r. b. w Paryżu. Ś. p. MIERZEJEWSKI rodem z Krakowskiego, ukończył Akademię medyko-chirurgiczną w Petersburgu w r. 1861, a w r. 1864 uzyskał stopień doktora medycyny.

Po studyach za granicą w roku 1876 obejmuje katedrę psychiatrii jako docent, później jako profesor i na tem stanowisku pozostaje do roku 1893-go, w którym z katedry ustępuje. MIERZEJEWSKI stworzył szkołę neuropatologów i psychiatrów i był godnym następcą naszego rodaka JANA BALIŃSKIEGO, zwanego „ojcem psychiatrii rosyjskiej”. Ze szkoły MIERZEJEWSKIEGO wyszli: DANIŁO, ERLICKI, SIKORSKI i inni. MIERZEJEWSKI był inicjatorem rosyjskich zjazdów psychiatrycznych, długoletnim prezesem Towarzystwa psychiatrów, założycielem i redaktorem czasopisma „Więstnik klinicznej psychiatrii i neuropatologii”.

Postać tego męża cechuje list, jaki otrzymał przewodniczący komisji z ramienia Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Lwowskiego w r. 1903-im na propozycję objęcia katedry psychiatrii i neurologii we Lwowie, który według „Tygodnika Lwowskiego” [Nr. 14 r. b.] w całości przytaczamy.

Szanowny i czcigodny Panie Kolego.

Zaszczytna propozycja Wydziału lekarskiego Wszechnicy Lwowskiej, którą Szanowny Panie, listem z d. 10-go grudnia zakomunikować mi raczyłeś, do głębi mnie wzruszyła. Zaprawdę, nie masz dla psychiatrii zadania wznioślejszego, szczytniejszego obowiązku, piękniejszej za pracę całego życia nagrody, niż móż własną ręką położyć kamień węgielny ojczyźnej kliniki psychiatrycznej i pierwsze ziarno psychiatrycznej dyscypliny na wdzięczną niwę słuchaczy-rodaków rzucić. Jestem więc głęboko wdzięcznym czcigodnym Panom Kolegom Wydziału lekarskiego, że mi zrobili honor takiej propozycji, a gdybym się głosem samego tylko uczucia mógł powodować, z radością bym ofiarowaną posadę przyjął. Jednakże dobre owoce te tylko czyny wydają, których pobudki uczuciowe i rozumowe sprzęgały się harmonijnie, mnie zaś bolesna krytyka rozsądku prowadzi do wniosku wręcz przeciwnego, niż ten, który podyktowało serce. Podeszły wiek [66 lat], stan mego zdrowia nie pozwalają mi podejmować się obowiązków tak wielkich i skomplikowanych, jakie w mojem przekonaniu pociągnęłoby za sobą przyjęcie zaszczytnej propozycji Wydziału. Są dalej prócz tej inne okoliczności również odemnie niezależne, dla których objąć katedry na Wszechnicy Lwowskiej nie mogę. Dodam wreszcie, że mię doświadczenie życiowe nauczyło, że robota twórcza powinna być udziałem młodości o „orlej lotów potędze”, krytycyzm zaś starości, najwytrawniejszy i najgłębszy, nigdy jej nie zastąpi.

Z żalem więc prawdziwym a głębokim, zmuszony jestem dać odpowiedź odmowną. Ciebie zaś, szanowny i czcigodny Panie Kolego upraszam, byś zechciał być przed ciałem Wydziału lekarskiego tego mego żalu oraz prawdziwej i serdecznej mejej wdzięczności wyrazicielem.

Przyjm, Szanowny Panie, wyrazy mego głębokiego poważania.

*Jan Mierzejewski.*

St. Petersburg

13 grudnia n. s. 1903 r.

#### ODPOWIEDZI OD REDAKCYI.

Kole dze P. Spostrzeżeń klinicznych, dotyczących stosowania kakodylanu sodu w przebiegu tyfusu wysypkowego, nie znamy; dotychczas uważaliśmy, że stosowania kakodylanów, a w ogólności przetworów arsenikowych strzedz się należy w przebiegu chorób zakaźnych o ostrym przebiegu.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.