

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Przypadek trądu nerwowego.

Podał

D-r Ryszard Biehler,

naczelny lekarz zakładu dla trędowatych w Rydze.

Rzecz odczytana w październiku 1907 r., w Towarzystwie Lekarskiem w Rydze, z demonstracją chorego.

W lipcu 1907 został przyjęty do zakładu dla trędowatych pod Rygą niejaki P. L. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na rozpoznanie różniczkowe i na pochodzenie chorego ze środowiska, w którym zwykle wcale nie spotykamy trądu. Chory jest Niemcem; był dawniej bardzo zamożnym kupcem, nie obracał się zatem w sferach, w których zwykle spotykamy się z trądem, mianowicie wśród łąty-szów.

Chory opowiada, że w lutym roku 1887 mieszkał nad morzem w Majorenhofie (nad brzegiem zatoki ryskiej Bałtyku) w domku, właścicielka którego była chorą na trąd, nie spotykał się z nią wszakże wcale. Później zaś, w roku 1901 obcował kilkakrotnie w interesach z kominiarzem P., który dawniej leczył się w zakładzie dla trędowatych. Tyle miał chory, jak opowiada, styczności z tą chorobą.

Chory ma wszelkie swoiste objawy trądu nerwowego, połączone z bardzo rzadko spotykanym umiejscowieniem gruźliki trędowatych — ma on oko z prawej strony zupełnie

zniszczone przez wybijające gruzelki trędownate. Gruzelki takie spotykamy bardzo rzadko w nerwowej postaci trądu—jest to raczej t. zw. trąd mieszany—*l-pra mixta*, jeżeli będziemy się trzymali nomenklatury, którą się zwykle używa w zakładzie dla trędownatych w Rydze. Rozpatrzmy teraz ten przypadek szczegółowo.

Wywiad. Chory, P. L., ma lat 58, pochodzi z Kurlandyi, mieszkał w Rydze 40 lat. Przed 15 laty pierwszy raz zwrócił się on o poradę do lekarza, gdyż zauważył pewne zdętnienie w obydwóch górnych kończynach. Skarżył się on wtedy na nadmierne pocenie się rąk, a szczególnie nóg. To było w roku 1892. W roku 1901 zdętnienie znacznie się powiększyło, szczególnie na powierzchni łokciowej przedramienia; do tego przyłączyło się uczucie stałego zimna rąk i nóg i nieruchomość dużych palców rąk, które ogromnie schudły. Pocenie się rąk i nóg zupełnie ustało. W tym okresie widziało go kilku lekarzy. Na wiosnę roku 1902 chory przez dwa tygodnie gorączkował. Czy była przytem wysypka, czy też jej nie było—chory nie pamięta. Lekarze wysłali go do Kemmern (kąpiele siarczane). Objawy po tych kąpielach pogorszyły się. Chory narzekał na stałe zimno rąk i nóg, na bezsilność i nieczułość takowych. W jesieni roku 1902 w miejskim szpitalu zoperowano mu gruczolę na szyi. Już w r. 1901 jeden z lekarzy zauważył, że chory nie zupełnie zamyka prawe oko. W roku 1903 występuje zaczerwienienie i łzotok na obydwóch oczach. Od roku 1904 chory zawsze się leczy na oczy; leczono go w przerwach elektrycznością. W końcu roku 1906 pokazał się pęcherz na prawym dużym palcu ręki i pęcherz na lewej podeszwie. W roku 1907 okulista, zaciekawiony gruzelkiem, który się powoli rozwinął na rogówce prawego oka, zrobił po zeszkrobaniu preparat drobnowidzowy, i, narreszcie, postawiono prawdziwe rozpoznanie trądu.

Obecny stan chorego. W oczy rzuca się dziwny chód chorego, który podnosi nogę jak kogut i stąpa ciężko. Ręce zgięte jak szpony (*main en griffe*); mięśnie międzykostne zniknęły zupełnie u obydwóch rąk. Kłęb palca wielkiego i małego ręki zamknięty. Między dużym palcem i wskazującym swoista tabakierka anatomiczna. Niema żadnych okaleczeń. Mięśnie przedramienia, szczególnie od strony łokciowej, i mięśnie goleni w zaniku (następują częste skurcze). Kręgosłup prosty, nie zgięty.

Na twarzy brwi i rzęsy, szczególnie na zewnętrznej części i z prawej strony, znacznie przerzedzone. Zanik i niedowład zwieracza oka, szczególnie prawego. Warga z prawej strony zwisa niżej, aniżeli z lewej; rowek nosowo-wargowy z prawej strony mniej wyraźny, niż z lewej. Skóra w okolicy prawego oka zaczerwieniona, wygórowana. Reszta skóry na twarzy bez zmian, z wyjątkiem małych nacieczeń w okolicy prawego. Dalej znajdujemy blizny na łokciu i na podszwie lewej. Ograniczonej nieczułości na skórze lub innych objawów zaniku skóry i jej dodatkowych przyrządów nie zauważono. Zapalenie nieżytowe nosa i gardzieli. Ciekawe są objawy w nerwach.

Nerw oczny, ze względu na gruzełek trędotawy, nie daje się zbadać. Nerwy słuchowe i powonieniowe bez zmian wyraźnych. Co się zaś tyczy nerwu trójdzielnego, to pierwsza gałązka nad czołem, w okolicy wyżej opisanych nacieczeń, wykazuje przytępienie czucia; to samo i druga gałązka; trzecia jest zupełnie nienaruszona. Nerw twarzy z obydwóch stron, szczególnie z prawej strony, niedowładny. Co się tyczy nerwów obwodowych, to mamy znieczulenie w okolicach nerwu usznego dużego, w okolicach nerwów: łokciowego, strzałkowego, piszczelowego tylnego i przedniego i kulszowego. Oprócz tego mamy niedowład strzałkowego. Odruch rzepkowy wzmożony. Co się zaś tyczy zmian w nerwach obwodowych czuciowych, to należy tu nadmienić, że górne granice tak się zachowują, iż znieczulenie na ciepło dochodzi dalej, niż znieczulenie na ból, a znieczulenie na dotyk sięga jeszcze głębiej. Przytępienie czucia na ból powiększa się ku obwodowi i włąb, aż do zupełnego znieczulenia. Obwodowe znieczulenia na kończynach sięgają mniej więcej jednakowo wysoko i symetrycznie na obydwóch kończynach, tak górnych, jak i dolnych. Należy tutaj jeszcze nadmienić, że dają się wyczuć zgrubienia nerwów: łokciowego, strzałkowego i usznego.

Dalej, co do oka, to gruzełek trędotawy wielkości orzecha pokrywa całą rogówkę i twardówkę prawego oka. Na lewym oku zapalenie rogówki i na jej granicy niewielkie żółtawe nacieczenie.

Narządy wewnętrzne bez zmian wyraźnych. Mocz normalny. Drobnoustroje trądu znaleziono tylko w gruzelku prawego oka, i to w ogromnej ilości, nietylko w skrobance, ale i na preparacie odciskowym owego gruzelka.

Wnioski ostateczne. Obraz choroby, jaki nam przedstawia P. L., obecnie nie nastęrcza wątpliwości co się tyczy rozpoznania, szczególnie gdy zwrócimy uwagę na znalezione drobnoustroje. Zachodzi teraz pytanie, dlaczego rozpoznanie choroby przez taki długi przeciąg czasu przedstawiało takie ogromne trudności, jak to wyraźnie widzimy z wywiadów.

Chory, ze względu na objawy nerwowe, zwrócił się do lekarzy specjalistów i faktycznie tylko te objawy ze strony nerwów, bez najmniejszych ubocznych objawów ze strony skóry, mogły wywołać takie trudności w rozpoznaniu. Ze względu na to, że chory miał najrozmaitsze objawy nerwowe, które spotykamy i w innych chorobach systemu nerwowego, można było przypuszczać, że mamy tutaj do czynienia z jamistością rdzenia (syringomyelia).

U naszego chorego widzimy, z wyjątkiem kilku zboczeń, następujące objawy swoiste dla trądu nerwowego: obustronne zachorowanie nerwu twarzowego, zachorowanie prawie jednokowe rąk i nóg; zgrubienia nerwów—łokciowego, twarzowego i usznego dużego; odżywcze zmiany na skórze, jako to: pęcherze na dużym palcu ręki i na podeszwie; ostatni (t. j. pęcherz na podeszwie) pozostawił znieczuloną gładką bliznę; symetryczny zanik mięśni w okolicach znieczulenia skóry—najpierw zachorowała strona łokciowa; zboczenia w wydzielaniu się potu — wstrzymanie wydzielania takowego na miejscach znieczulenia skóry; znieczulenie, rozprzestrzeniające się symetrycznie i symetrycznie postępujące z obwodów do środka i włąb; wreszcie, naokoło prawego oka nacieczenie skórne, gruzełek trądu w prawem oku i swoiste nacieczenie w lewym oku. Choroba, jak widzimy, rozwijała się okresami, nie stale. (D. n.).

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

289. Kuttner. **O przewlekłych biegunkach i ich leczeniu** (Deutsche med. Wochft. N-r 43).

Nie należy nigdy ufać danym, podawanym przez chorego, bo nie każdy nieufornowany stolec jest biegunkowy. Stolec powinien lekarz widzieć i zbadać. Stolce płynne i często oddawane są już zwykle biegunkowe.

Co do przyczyn biegunek, to, według Nothnagel'a, różniamy: 1) biegunkę nieżytową, 2) zależną od spożywnych pokarmów, 3) z zaparcia stolca, 4) pasorzytniczą, 5) nerwową (neura-stenia, wiađ rdzenia, choroba Basedow'a, wpływy psychiczne), 6) odruchową (ciąża, choroby skóry, nosa i t. p.), z zatrucia (niko-tyna, morfina), 7) pochodzenia ze krwi (wstrzykiwanie podskórne aloiny, katartyny, mocznica, cholera, malarya, ropnica i t. p.), 8) biegunka jelita czczego, przyczem stolce są galaretowate bez odoru, oddziaływają kwaśno i zawierają niestrawione mięso i skrobię. Prócz tych głównych typów, spotykamy jeszcze inne. Biegunkę wywołać mogą procesy fermentacyjne w kiszkiach, brak kwasu solnego w żo-ładku, cierpienia kiszki, nowotwory w początkach i t. p.

Przy badaniu stolców zwracać należy uwagę na zabarwienie. Stolce żółto-pomarańczowe świadczą o zaburzeniach w jelicie cien-kiem, stolce zielone spotykamy w biegunkach jelita czczego, stolce przy fermentacyi kiszkowej są jasno-brązowe, pienne, o zapachu kwaśnym lub sera. Stolce bardzo ciemne i cuchnące spotykamy w czerwonce, raku kiszki grubej. W biegunce pasorzytniczej stolce często czuć klejem.

Badanie pozostałych cząstek pokarmowych oddaje też wielkie usługi; podobnie innych zawartości stolców, jak pasorzytów, ropy, śluzu i krwi. Wielka ilość mikroskopowych cząstek mięśni z zachowaniem prążkowaniem, a jasno-żółto, nie brunatno, zabarwio-nych, przemawia za nieżytem jelit cienkich. W razie obecności jąder przytem należy podejrzewać cierpienie trzustki. Badanie ba-kteryologiczne i chemiczne dla lekarza praktyka jest mniejszego znaczenia. Czysty śluz w stolcu przemawia za schorzeniem dolnych części jelita grubego, zaś pomieszany ze stolcem płynnym—za scho-rzeniem wyższych części. Ropa w stolcu pomieszana przemawia za owrzodzeniami; podobnie i krew. Co do leczenia biegunek, to za-ależnem jest ono od rodzaju biegunki. W nieżycie dobrze robi opium, w biegunce z niestrawności naodwrot — środek przeczyszczający. Biegunkę można leczyć, gdy się zna jej przyczynę. *Klęsk.*

290. Löwenstein. **O śródkomórkowym ułożeniu prątków gruźlicy w płwocinie i prognostycznym znaczeniu tegoż.** (Deutsche med. Wochft. N-r 43).

Jak wiemy, Wright wykazał, że surowica normalna i specyficzna posiadają różne własności pobudzania fagocytozy. Jeżeli np. surowica chorego ma mniej substacji pobudzających fagocytozę danych prątków, niż surowica normalna, to zachodzi podejrzenie, że dany osobnik cierpi właśnie na zakażenie tymi prątkami. Im jest niższy stopień zawartości tych, tak zw. przez Wright'a, optonin, tem rokowanie gorsze. By unikać złudzeń, pamiętać jednak należy co do gruźlicy o tem, że nie wszystkie szczepy prątków gruźliczych zachowują się jednakowo względem fagocytów. Jedne zostają pożerane łatwo, inne bardzo trudno. Po nad to, zupełnie różną może być reakcyja in vitro, a inną w organizmie; należy też używać do próby tych samych warunków in vitro, co in viro, a więc tych samych ciałek i prątków, a nie obcych. Zawartość prątków w ciałkach stoi w związku z przebiegiem choroby. Tak np. prątki znajduje się w środku 1-4-jądrowych leukocytów w przypadkach przewlekłego przebiegu, dalej w świeżych, dających dobre rokowanie, przyczem umieszczenie prątków w ciałkach występuje zwykle przed znikaniem prątków z płwociny. Spotykamy też prątki we wspomnianych ciałkach w przypadkach leczonych starą tuberkuliną lub emulsią prątków. Płwocina powinna być badaną zaraz, gdyż leukocyty łatwo się rozpadają.

Zwykle spotykamy 1-5 prątków w ciałku. Prątki te barwią się dobrze i nie wyglądają na zniszczone. Jeżeli spotykamy wszystkie prątki w ciałkach, to proces ma tendencję do wyleczenia się.

Klęsk.

291. Güleke. **Ostry żółty zanik wątroby w następstwie narkozy chloroformowej.** (Langeb. Arch. T. 83, z. 2).

Na mocy obserwowanego przypadku ostrego zaniku wątroby po narkozie chloroformowej (śmierć 4 dnia) omawia autor to cierpienie.

Zwykle występuje zanik po operacyach brzusznych, u osobników młodych, tęgich, bardzo dobrze odżywionych. W moczu wykazać można leucynę i tyrozynę.

Zanik występuje i po zupełnie spokojnych nie długich uspieniach. Żółtaczką występuje szybko; cierpienie kończy się zawsze śmiertelnie.

Przyczyna powstawania nie znana; indywidualna skłonność odgrywa największą rolę.

Klęsk.

292. Prof. Finkler. **Skłonność do zakażenia i zjadliwość.** (Deutsche med. Wochft. N-r 39).

Skłonność bywa indywidualną, miejscową i czasową. Skłonność indywidualną obserwujemy np. w epidemiach cholery, miejscową przy zakażeniu się malaryą, np. na okrętach, gdzie ulega zakażeniu głównie załoga, śpiąca niżej, a oficerowie, śpiący na wyższym pomoście, są wolni od tej choroby; a wreszcie skłonność czasową ilustruje fakt, że w Egipcie w lecie są ludzie znacznie odporniejsi na dżumę. Wiemy także, że pewne gatunki zwierząt są zupełnie odporne na dane zakażenie, podczas gdy pokrewne nawet łatwo temuż ulegają. Nawet i ten sam osobnik w pewnych warunkach stać się może mniej odpornym na zakażenie; np. w ciąży gruźlica zwykle przycicha, by w czasie karmienia rozwijać się z całą siłą. Podobnie cukrówka osłabia znacznie odporność na zakażenie. Zakażenia pewnymi drobnoustrojami mogą zwiększać lub też zmniejszać skłonność do danego zakażenia. Tak np. zakażenie tyfusowe zwiększa skłonność do zakażenia obrzękiem złośliwym, a drobnoustroje ropne najłatwiej wywołują zakażenie u osób w przebiegu chorób zakaźnych. Są to tak zwane zakażenia mieszane. Skłonność do zakażenia może więc być albo nabyta, albo też wrodzona. Lepiej też używać terminu: skłonność wrodzona, niż—choroba wrodzona, a raczej dziedziczna, gdyż często w tak zw. dziedzicznych chorobach zakażenie następuje w łonie matki lub nawet i po porodzie, z powodu większej oddziedziczonej skłonności.

Odporność na choroby może być też nabytą lub wrodzoną. Czy oba te stany są czemś różnem, tego nie wiemy. Pewną jest tylko rzeczą, że u wielu ludzi odporność na zakażenie jest nabytą i czynną, np. u krajowców przeciw zimnicy. Odporność nie musi być całkowitą, owszem, przedstawia ona różne stopnie.

Przebieg i ciężkość choroby, prócz skłonności, zależy także od zjadliwości drobnoustrojów, np. w przebiegu tyfusu i paratyfusu.

Nie można też twierdzić wobec tego, że dana choroba przebiega ciężko z powodu silnego zakażenia lub też z powodu słabej odporności osobnika, lecz zawsze należy przebieg choroby uważać za wynik obu wspomnianych czynników.

Kłęk.

203. Carmichael i Wade. **Mięsak pierwotny wątroby u dziecka czteromiesięcznego.** (Lancet. 4-IV, 1907).

U chłopca 4-miesięcznego znaleziono następujące objawy: obrzmienie brzucha w okolicy wątroby, które ciągle postępowało tak, że obwód brzucha na wysokości pępka wynosił 52 $\frac{1}{2}$ cm. Po-

wierzchnowe żyły brzuszne były rozszerzone; ciepłota była normalna, tętno 130. Badanie krwi wykazało 4,000,000 ciałek czerwonych i 24,000 białych w jednym milimetrze sz., przy nie zwiększonej ilości tej lub innej postaci leukocytów. Stan dziecka stale się pogarszał: po 3 dniach obwód brzucha wynosił 57 cm.; wątroba dochodziła do prawej fossa iliaca do pępka. Ponieważ dziecko cierpiało na bardzo wielką duszność, przeto przystąpiono do zrobienia laparotomii, która wykazała obecność nowotworu, co jeszcze dokładniej stwierdzonem zostało na sekcji, gdyż dziecko zmarło w 12 godzin po operacji. Wątroba zajęta była całą nowotworem; pozostała w niewielkiej ilości tkanka wątroby była zwyrodniała (zwyrodnienie tłuszczowe). Należy zaznaczyć, że nie było ani żółtaczk, ani płynu w otrzewnie; jedynym objawem klinicznym był nadzwyczaj szybki rozrost wątroby. Toż samo notowali i inni autorowie w podobnych przypadkach (Heaton, Hewlett u dzieci młodszych — 2—2¹/₂-miesięcznych i w tym samym wieku Leudorp i Haan).

M. B.

294. Ribbert. **O powstawaniu raka.** In 8-o, Bonn, 1907.

Autor badał szereg guzów i doszedł do następujących wniosków. Istnieje pewien okres, w którym komórki nabłonkowe nie przedstawiają właściwości komórek rakowatych; daje się tylko zauważyć wzmóżony rozrost; to jednak nie upoważnia do twierdzenia, że wytworzy się w tem miejscu rak, gdyż rozrost taki komórek widzimy np. w zapaleniach macicy, w wilku i t. p. Przy badaniu wszakże tkanki łącznej, znajdującej się pod takim rozrastającym się nabłonkiem, widzimy w przypadku raka przeistoczenie bardzo ograniczone komórek tkanki łącznej w komórki zarodkowe. Te małe blaszki — nacieczenia leukocytów stanowią pierwszy okres tworzenia się raka, czyli okres przedrakowaty. Ztąd wniosek, że przy tworzeniu się raka warunkiem sine qua non jest stan zapalny swoisty ograniczony tkanki łącznej, który ma na celu zerwanie łączności fizyologicznej, istniejącej pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną, i pozwala nabłonkowi rozwijać się samoistnie. Tak ma miejsce wylęzenie (Ausschaltung) terytoryum naskórka. Taki sam proces w tkance łącznej daje się zauważyć w okolicach gruczołów, w okresie ich rozwoju. Istnieje wszakże cały szereg przypadków, w których proces taki odbywa się w tkance łącznej bez następczego utworzenia się guza i naodwrot.

Otóż, w celu wytłomaczenia tego rozrostu nabłonka, który może zamienić się w guz, zwracano się zwykle do teorii Cohn-

heim'a: niektóre komórki zachowują własności rozrodcze w nadmiernym stopniu jeszcze z okresu rozwoju i mogą któregośkolwiek bądź dnia, pod wpływem jakiegoś podrażnienia, naraz się rozwinąć.

Twierdzenia tego dotychczas histologia nie poparła.

Tymczasem wygląd guzów, ich niezależność i istnienie *per se* (Selbständigkeit) nasuwa Ribbert'owi inną myśl, mianowicie przypuszcza on, że na powierzchni nabłonka znajdują się wstawione drobne pasy, które nie są tak ściśle złączone z sąsiednimi tkankami, jak inne części składowe. Ten rodzaj obcych ciał, wykluczonych z ogólnego ustroju, może w pewnym określonym czasie okazać się niezależnym, jak tkanki nowotworów, i rozwinąć się jako pasorzyty, jeżeli im na to pozwoli tkanka łączna. Te pasy wstawione nietypowo (nicht typisch eingefügt) mogą być doskonale widziane.

Jedną z przyczyn takiego zerwania stosunków fizjologicznych pomiędzy nabłonkiem a tkanką łączną jest ciągła zamiana substancji odżywczych i przetworów przemiany, mająca miejsce to w jednej, to w drugiej tkance; prawdopodobnie tkanka nabłonkowa czerpie pożywienie z tkanki łącznej i odrzuca część produktów bez asymilacji. Przypuśćmy, że z powodu jakiegoś podrażnienia normalne czynności zostaną zmienione i tkanka łączna nie będzie w stanie wydołać tej pracy, jaka na nią zostanie nałożona — przestanie ona wtedy służyć za baryerę, przeszkadzającą rozrostowi nabłonka, który też zacznie się nadmiernie rozwijać. Badania wykazały, że komórki nabłonkowe nie przedstawiają specjalnych zmian; przedtem, nim stają się rakowatemi, są podobne do sąsiadujących z nimi komórek. Badania te niweczą teorię, jakoby w raku następowało najście nabłonka przez pasorzyty i jakoby rak był rezultatem zaszczepienia lub zarażenia. Gdyby teorie te były prawdziwe, wtedy komórki nabłonkowe powinnyby być dotknięte w pierwszej linii i przedstawiać odrazu zmiany takie, jak w rozwiniętym raku, czyli że pierwotne ognisko raka powinno być podobne do przerzutu. Nic podobnego nie daje się zauważyć w okresie przedrakowym. Każdy rak ma specjalny wygląd, stosownie do narządu, w jakim się znajduje; otóż, ten rak wyodrębniony mógłby dać zupełnie różne raki, zarażając innego osobnika, gdyż, o ile autorowi się zdaje, zwolennicy teorii zarażenia nie obstają przy tem, że rak piersi pochodzi tylko od raków piersi, a tego dotychczas nie otrzymano.

M. B.

295. Graziani. **Wpływ pracy umysłowej na ilość czerwonych ciałek krwi, zawartość hemoglobiny i odporność ciałek.** (Ann. di igiene sperim. 1907, XVII, 1).

Pośród chorób szkolnych istnieje t. zw. niedokrwistość uczniów, która zdaje się być w związku z pracą umysłową. Przypisywano tę anemię, spostrzeganą przeważnie podczas egzaminów, niedostatecznemu odżywianiu i nadmiernej pracy. Serafius, Ignatjew, Kesinioff i inni zauważyli zmniejszenie wagi ciała u uczniów klas wyższych podczas egzaminów, u 75—79%. Autor starał się o wykluczenie wszystkich wpływów ubocznych i zbadał 18 studentów uniwersytetu, 17 dzieci z czwartej i piątej klasy gimnazjum, siebie i pomocnika w laboratorium. Do liczenia ciałek używał przyrządu Thoma-Zeiss'a, do określenia hemoglobiny hemometru Fleischl'a i do określenia odporności ciałek czerwonych, nieco zmodyfikowanej przez siebie, metody Viola. Wyniki otrzymał autor bardzo zajmujące.

U wszystkich zauważył zmniejszenie wagi ciała od 2—5 klg. (w ciągu 1½ miesiąca) ze średnią 4,9% wagi ciała. Co do ilości ciałek czerwonych, to cyfry były nie jednakowe — raz mniejsze, to znów większe. U wszystkich ilość hemoglobiny zmniejszyła się przeciętnie o 10%.

Co się tyczy odporności ciałek, to autor podzielił je na 3 grupy. Ciałka cz. o dużej odporności — R_1 , o średniej — R_2 i o małej bardzo odporności — R_3 . Odporności R_1 i R_2 pozostają prawie bez zmiany, R_3 jest ciągle zwiększona. Objasnia to autor w następujący sposób. Podczas działania jadu w słabym roztworze na zarodź, najpierw dotkniętymi są najsłabsze, które są elementami najsłabszymi; pozostałe są odporne tak długo, dopóki nie zaczynamy działać silniejszym roztworem. W doświadczeniach Graziani'ego najmniejsza odporność — R_3 — jest tylko powierzchowną; w rzeczywistości ciałka R_3 zniknęły lub ilość ich zmniejszyła się (ztałd zmniejszenie ilości hemoglobiny) i działania hemokatatoniczne odpowiednich roztworów Viola napróżno było skierowane przeciw ciałkom o odporności wyższej. Dzięki danym, posiadanym obecnie, można powiedzieć: że taka substancja toksyczna wytworzona jest przez nadmierną pracę umysłu.

U młodszych dzieci otrzymał autor różne wyniki; zmęczenie umysłu występuje tutaj rzadziej i trudniej je jest wywołać. Z chwilą, gdy mózg dziecka jest zmęczony, występuje roztargnienie, a ponieważ władze wstrzymywania są u nich słabo rozwinięte,

rzadko kiedy mogą więc dzieci rozpocząć pracę przez energiczny wysiłek woli.

Z badań swoich autor dochodzi do następujących wniosków: Anemia u uczniów i osób pracujących umysłowo wywołana jest różnego rodzaju przyczynami. Do przyczyn tych odnosi autor przede wszystkim zmiany w przemianie z powodu niedostatecznego odżywiania oraz wpływu układu nerwowego, zmniejszenie utleniania krwi, wywołanego zmianą w rytmie oddychania, a także substancje jadowite, które działają na czerwone ciała krwi. Substancje te są wytwarzane w ustroju wskutek nadmiernej pracy umysłowej u osób, które pracę tę, dzięki wysiłkowi woli, mogą doprowadzić do znużenia.

M. B.

296. Heinecke. **O wzdęciu brzucha po stłuczeniu brzucha.** (Arch. f. klin. Chir. Tom 83, zeszy 4).

Autor w 4 przypadkach zauważył, że po upływie kilku godzin następowało wzdęcie po stłuczeniu brzucha. Chodziło tu zawsze o zranienie górnej części brzucha za pomocą siły tępej; nigdy nie było krwotoku wewnętrznego, ani też jakiegokolwiek bądź przerwania kanału żołądkowo-jelitowego. Dwa przypadki wygoiły się zupełnie bez operacji; raz jeden zrobiono próbne rozcięcie jamy brzusznej, które nie dało żadnego wyniku; raz jeden przy operacji okazało się rozszerzenie błony surowiczej kiszki bez otworzenia światła. We wszystkich przypadkach po upływie kilku dni ustąpiło wzdęcie i wyzdrowienie prędko nastąpiło.

O przyczynie tego pierwotnego wzdęcia nie można nic pewnego powiedzieć.

Dalsza obserwacja autora, która tyczyła się silnego pierwotnego wzdęcia po rozerwaniu nerki z obszernym zaotrzewnowym wylewem krwawym, wskazuje na to, że wzdęcie we wszystkich tych przypadkach zostało wywołane przez uszkodzenie zaotrzewnowego pęczka nerwowego. Prawdopodobnie ma się tutaj do czynienia z większymi wylewami krwawymi do zaotrzewnowej tkanki łącznej. Przy rozerwaniu żołądka i przy krwotokach wewnętrznych prawie wcale nie spotyka się ze wzdęciem, gdyż napięcie ścianek brzusznych, które zawsze się znajduje w takich przypadkach, przeszkadza w utworzeniu się wzdęcia.

W. B.

297. **Leczenie dusznicy bolesnej** za pomocą kąpieli świetlnych stosowane było przez Hasselbach'a i Jacobaeus'a (p. Sem. méd. 1906, str. 67 i 1907, str. 249). Opierali się oni na twierdze-

niu, że rozszerzenie naczyń obwodowych wpłynąć może dobrze na obieg krwi w naczyniach serca. Obecnie autorowie powtórzyli swoje doświadczenia na 44 chorych. Każdy chory poddawany był działaniu 2 lamp o sile 75 amperów w ciągu godziny.

Autorowie starają się zawsze wywołać zapalenie skóry na całym ciele (zaczerwienienie, obrzęk, nadmierna czułość), co wywołuje rozszerzenie głębokich naczyń. Posiedzenia odbywają się co 5 dni, t. j. zwykle po zniknięciu objawów ze strony skóry; powtarzane bywają 12 razy, poczem skóra znajduje się w takim stanie przekrwienia stałego, które trwa [8—9 miesięcy. Autorowie polecają gorąco ten sposób, zaznaczając, że coraz wprowadzane będą zmiany, mające na celu otrzymywanie jeszcze lepszych wyników.

(Sem. méd. N-r 40, 1907).

M. B.

298. **Zastrzykiwania adrenaliny do żył** w zapadzie serca podczas usypiania stosował Kothe, asystent Sonnenburg'a w szpitalu Moabit w Berlinie; używał do tego roztworu adrenaliny 1^o/₁₀₀ w roztworze fizyologicznym soli. Z tego roztworu zastrzykuje autor do żyły łokciowej 10—20 kropeł, t. j. 1/2 szprycy Prawaź'a, co odpowiada 0,0005—0,001 miligr. adrenaliny. Kothe stosował powyższą metodę z dobrym wynikiem w 2 ciężkich przypadkach zaduszenia przy znieczuleniu rdzeniowym podczas laparotomii.

W przypadkach tych pozostały bez wyniku zastrzykiwania eteru, kamfory, mięsienie serca. Po upływie 5—10 sekund po zastrzyknięciu 20 kropeł roztworu 1^o/₁₀₀ adrenaliny tętno się poprawiło, oddech powrócił do normy — objawy śmierci zostały usunięte (w obydwóch przypadkach chorzy mieli przeszło 60 lat). Autor stosował powyższą metodę w przypadkach innych, mniej groźnych, z równie zachęcającym, momentalnym prawie, wynikiem. Sądzi on też, że można sposób ten polecać w zapadzie podczas usypiania chloroformem.

M. B.

(Sem. méd. N-r 43, 1907).

299. **Zastrzykiwania żelatyny śródmięśniowe** w celu wzmocnienia **złamań kości**.

3 lata temu Colla stosował zastrzykiwania żelatyny w przypadku osteomalacia ze złamaniami kości, z dobrym wynikiem. Obecnie Almerini z Medyolanu posługuje się następującym płynem, w celu wzmocnienia złamań: 2,5% roztwór wyjałowionej żelatyny miesza z 0,75% soli kuchennej i 0,50% fenolu i z tego zastrzykuje 10 cc. do mięśnia wgląb. Zastrzykiwania takie są doskonale zno-

szone i niebolesne. Wyniki były mało widoczne u jednej chorej dotkniętej krzywicą, u której robił autor osteotomię goleni; u drugiej otrzymał autor (po takiej samej operacyi) doskonale wyniki po 30 zastrzykiwaniach. Dobre wyniki otrzymał również autor u chorego tabetyka, dotkniętego rzekomym stawem po uderzeniu, u którego zrobiono operacyę; złamanie wzmocniło się tak dalece, że po 17 zastrzykiwaniach chory mógł chodzić w aparacie gipsowym.

(Sem. méd. N-r 37, 1907).

W. B.

300. Leczenie cholery za pomocą kwasu salicylowego i naftaliny.

Wychodząc z założenia, że przecinek choleryczny ginie in vitro w 0,5% roztworze kwasu salicylowego i że produkt ten w połączeniu z dość silnym środkiem odkażającym—naftaliną rozpuszcza się w oleju rycynowym, proponuje Bakalejnik z Kijowa mieszanekę taką dla chorych cholerycznych. Autor rozciera w moździerzu porcelanowym 0,60 kwasu salicylowego, 0,25 naftaliny, 24—30 gr. ol. rycynowego w ciągu 15 minut i odstawia, aby wyszły pęcherzyki powietrza, tak, że otrzymany płyn jest zupełnie przezroczysty. Przedewszystkiem należy usunąć wymioty; w tym celu daje autor połykać lód albo 5 lub 6 kropel jodyny w łyżce wody letniej; kładzie się też chorego do kąpieli gorącej na 2—3 minuty lub przykładą się gorczycznik w okolicy mostka; jeżeli tętno na to pozwala, zastrzykuje się morfinę. Po uspokojeniu wymiotów daje autor wyżej przygotowaną mieszanekę, ogrzewając jednocześnie brzuch za pomocą nacierań lub okładów.

Autor stosował tę metodę w r. 1892 u 10 chorych, dotkniętych cholera azyatycką; z tych 9 wyzdrowiało. W następnym roku wyleczył 2 chorych; dawał im w ciągu 3 dni po 15 gramów swojej mieszaneki, podtrzymując jednocześnie serce.

M. B.

(Sem. méd. N-r 40, 1907).

301. Klare. O otruciu benzyną. (Ärztl. Sachverst. Zeitg. N-r 5—6, 1907).

Benzyna jest trucizną środkowego układu nerwowego z narкотycznym działaniem. Nie ma ona własności hemolitycznych. Przy sekcyi często nie można nic znaleźć w organizmie; jedynie w przypadkach ostrych, gdzie pary benzyny były wdychiwane, spotyka się czerwone zawały w płucach. Rzadziej już wywołuje zatrucie zmiany zapalne w kiszkach. Na nerki benzyna wpływu nie wywiera przy wydzielaniu.

Klęsk.

II. Chirurgia.

302. Gilli. **Gastroenterostomia.** (Mitteil. a. d. Grenzgb. d. Med. u. Chir. T. 18, z. 1).

Autor zebrał materyał kliniki Kocher'a i przekonał się, że ogólna śmiertelność po operacyach połączenia żołądka z jelitem w sprawach dobrotliwych wynosi 3·2%, w raku—8·3%. Przeciętnie chorzy rakowaci żyli po operacyi 7½ miesięcy. Stosowanie różnych metod nie ma wpływu wybitnego na wyniki. Przy wrzodzie stosuje się też połączenie żołądka z jelitem, a nie wycinanie.

Klęsk.

303. Kurt Schulze. **Śródotrzewnowe wprowadzanie tlenu w gruźliczej puchlinie brzucha.** (Mitt. a. d. Grenzgb. d. Med. u. Chir. T. 18, z. 1).

W leczeniu gruźliczej puchliny brzucha wprowadzanie tlenu po wypuszczeniu płynu daje wcale dobre wyniki.

Wprowadza się 200—1800 cc. Zwykle jedno wprowadzenie wystarcza; czasem trzeba je powtarzać. Gaz ulega wessaniu do 10 dni. Z 7 chorych obserwowanych 6 w 1—2 lat powróciło zupełnie do pracy.

Przy wysięku z powodu marskości wątroby wprowadzanie tlenu pozostaje bez skutku.

Klęsk.

304. Scherber. **Leczenie syfilisu atoksylem.** (Wien. klin. Wochft. N-r 39).

Atoksyl działa bardzo dobrze na wszelkie wysypki syfilityczne, tak na skórze, jak i na błonach śluzowych. Z dawką trzeba być jednak ostrożnym ze względu na trujące działanie. Średnio daje się 2 cm.³ 10% roztworu co drugi dzień.

Z powodu szybkiego wydzielania się atoksylu nie chroni on od nawrotów.

Klęsk.

305. Uhlenhuth, Hoffmann, Weiclantz. **O zapobiegawczem działaniu atoksylu w doświadczalnie wywołanym syfilisie małp i królików.** (Deutsche med. Wochft. N-r 39).

Atoksyl ma nietylko lecznicze, ale i zapobiegawcze działanie w kile, wywołanej doświadczalnie u małp i królików. Może da się to odnieść i do człowieka, choć, niestety, obecnie doświadczenie

poucza, że atoksyl nie jest obojętnym środkiem, chyba, że go się stosować będzie w postaci wcierań. *Klęsk.*

306. Berndt. **Leczenie następcze po operacji raka sutki.** (Zentblt. f. Chirurg. N-r 38).

Celem osiągnięcia zupełnie gładko przylegającej pod pachą skóry po operacji z powodu raka sutki, poleca autor zakładać opatrunek przy podniesionem ramieniu do poziomu, a nie opuszczonem, jak dotychczas. *Klęsk.*

307. Bardeleben. **Paciorkowiec a zakrzep krwi.** (Arch. t. Gynäk. T. 89, z. I).

Doświadczenia w celu wykazania stosunku zakażenia paciorkowcami do tworzenia się zakrzepów wykazały, że wspomniane drobnoustroje uszkodzają ciała białe, przez co z tych uwalniają się ciała, powodujące krzepnięcie krwi w naczyniach. Krzepnięcie to występuje zwłaszcza w żyłach w razie zwolnionego krążenia, np. w zastoinie. *Klęsk.*

308. Stöckel. **Szczypczyki tętnicze w pęcherzu.** (Zentblt. f. Gynäk. N-r 37).

Chora, operowana przed 8 miesiącami z powodu niedrożności kiszek, zgłosiła się z powodu silnych bólów przy urywaniu.

Badanie przez pochwę wykazało tuż za spojeniem jakieś ciało twarde, a na prawo koło macicy guz wielkości pięści.

Cystoskop rozjaśnił tę kwestyę. W pęcherzu zobaczono szczypczyki tętnicze, leżące częściowo w pęcherzu, a częściowo w guzie, który był ropniem. Wyjęcie przez pochwę. Wyleczenie. *Klęsk.*

309. Purdy. **Miejscowe leczenie rzeżączki przepłukiwaniami.** (Scottish Med. and Surgic. Journal. Maj, 1907).

Autor badaniami swemi na trupie dowiódł, że zwykle zastrzykiwania, które robi się ręką, nie dochodzą do cewki błonowatej.

Świeże zapalenie rzeżączkowe cewki leczy autor przepłukiwaniami 5% roztworu Argyrolu, które wykonywa 4 razy dziennie i zostawia w cewce conajmniej 5 minut. W większej części przypadków wpływ ginał po upływie 4 do 10 dni. Potem robił on wstrzykiwania, trwające 1/2 minuty, słabym roztworem siarczanu cynkowego. Wiele rzeżączek wyleczył tym sposobem w przeciagu

14 dni. Wszystkie wstrzykiwania należy ogrzewać. Należy choremu dawać pisane lub drukowane wskazówki: kiedy i jak powinien robić wstrzykiwania. Zapalenie tylnej części cewki ustępuje po przepłukiwaniach tylnej części cewki i pęcherza. W tym przypadku stosuje autor ogrzany roztwór nadmanganianu sodu, co trzeci dzień jedno zastrzyknięcie. Oprócz tego chory robi sobie zastrzykiwania z 5% lub 10% roztworu Argyrołu. Stosowanie uretroskopu nie wiele pomagało. W bardzo zastarzałych i uporczywych przypadkach stosuje autor instylacje, według sposobu Guyon'a, z silnych roztworów lapisu.

W. B.

310. Olven. **Przepukliny w wieku dziecięcym.** (Brit. Med. Journal. 1-VI, 1907).

Autor jest mniemania, że można wyleczyć przepuklinę w wieku dziecięcym za pomocą ścisłej diety i dobrego bandażyka. Bardzo ważne jest położenie małego chorego: należy go tak układać, aby głowa leżała nisko, a miednica wysoko. Tylko tym sposobem można zapobiedz, aby sieć nie dostała się do przepukliny. W tem położeniu można bardzo dobrze przez dłuższy czas utrzymać dzieci. Gdy należy przystąpić do operacji, trzeba obowiązkowo za każdym razem usunąć i jądro, jeżeli takowe nie zeszło jeszcze do moszny. Najważniejszym przy operacji jest najwyższe podwiązanie worka, tak aby nie wytworzył się lejek.

Sposób operowania Bassini'ego u dzieci jest zbyteczny.

Autor radzi operować wtedy, gdy potrzeba, a nie trzymać się określonego wieku.

W. B.

311. Meyer. **O leczeniu ran świeżych.** (Zentrblt f. Chir. N-r 34, 1907).

Autor starał się odnaleźć taki rozpuszczalny, hygroskopijny, środek, jako pokrycie rany, któryby usuwał niedogodności przy stosowaniu do przykrycia ran gazy, przyklejającej się do rany, wywołującej zatrzymanie wydzielin i sprzyjającej przez to rozwijaniu się zarodków drobnoustrojów. W tym celu ogrzewał autor niefarbkowany cukier w dobrze przewietrzanym aparacie przy ciągłym mieszaniu powoli do 140° i dodawał do 100,0 takiego cukru 2,0 kwasu salicylowego. Taką warstwą cukru przykrywał on rany. Cukier wsysa energicznie krew i wydzieliny tkankowe, przeszkadza wytwarzaniu się fibryny; przykrywająca gaza nie przykleja się do rany; resztki cukru łatwo spłukać wodą. Autor wychwala prędkie i dobre gojenie się świeżych ran pod takim opatrunkiem.

Przy głębokich ranach autor zamiast tamponów z gazy zakłada odpowiednie cylindryczne kawałki cukru, które przez dwa dni leżały w roztworze 2% kwasu salicylowego w 100,0 wysokości, a potem były wysuszone w wyjałowionych naczyniach. Przeciwwskazanie do takiego leczenia stanowią duże, bardzo zanieczyszczone rany i takie rany, które grożą silnym krwotokiem.

W. B.

312. White. **Leczenie upadku ciśnienia krwi w zapaleniu otrzewny śródżylnymi wlewami adrenaliny ze solą kuchenną.** (Zentbl. f. Chir. N-r 41).

Autor poleca, podług Heidenhain'a, na $\frac{1}{2}$ godziny przed operacją wlać śródżylne $\frac{3}{4}$ —1 litra fizyologicznego roztworu soli z dodatkiem 6—8 kropli roztworu adrenaliny 1:1000.

Rozczyn ten stosuje od 2 lat Heidenhain w przypadkach spadku ciśnienia krwi wskutek zapalenia otrzewny—ze znakomitym wynikiem.

Kłesk.

SPRAWOZDANIE

z X Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich we Lwowie

(22—25 lipca 1907).

SEKCJA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA.

Zestawił

D-r J. Jaworski.

(*Dokończenie*).

D-r Pomorski z Poznania, jako II koreferent, mówi: „O zapaleniu tkanki łącznej przymaciczej“. Ogólnie rzeczy biorąc, należy w przypadkach zapalenia tkanki łącznej przymaciczej w okresie ostrym stosować środki przeciwzapalne; w okresie przewłocznym — środki farmaceutyczne, ułatwiające wessanie, w razie zaś stwierdzenia ogniska ropnego, przystąpić do leczenia operacyjnego.

Tutaj barwnie kreśli mówca stosunki anatomiczne i teren utkania histologicznego, po którym zwykle się szerzyć w tych razach zapalenie. Wobec rozległości obszaru tkanki łącznej przymacicznej i łatwego szerzenia się sprawy daleko, na wszystkie strony, wystarcza, zdaniem P., rozpoznanie ogniska ropnego, oparte na przebiegu krzywej ciepłoty i wykazaniu leukocytozy we krwi.

Pomorski jest zwolennikiem metody Fritsch'a co do postępowania operacyjnego w przypadkach wstępującego zapalenia tkanki łącznej przymacicznej. Najwłaściwiej dochodzi się do ogniska ropnego przez duże, rozległe, cięcie lędźwiowe i sączkuje się je przez powłoki brzuszne i pochwę. Nawet w przypadkach bez gorączki i bez wytworzenia się jeszcze ropy, bywa zabieg operacyjny często wskazany, ponieważ przez zniesienie ucisku tkanin najlepiej przeciwdziała szerzeniu się sprawy chorobowej i prowadzi do wyleczenia.

D-r Józef Jaworski. „Cardiopathia uterina“.

Pod mianem tem rozumiemy, nasamprzód, zaburzenia ze strony serca, warunkowane różnymi stanami macicy i jajników, jako to: nastaniem dojrzałości płciowej, miesiączkowaniem, stosunkami płciowymi, ciążą, porodem i położeniem, okresem przekwitowym. Powtóre, nazwa ta obejmuje zmiany w ogólnym krwiobiegu, wywołane stanem chorobowym narządów płciowych, ich powiększeniem, nieprawidłowym położeniem, guzowatością. Wreszcie, zaburzenia w czynności serca i zmiany w jego mięśniu bywają czasami tylko pośrednio następstwem cierpienia macicy. Tutaj należą stany patologiczne krwi, zaburzenia w ogólnym odżywianiu. Dziedzinę tę rozszerzyć można na tę sferę zachorowań, gdy serce bywa punktem wyjścia i przyczyną zachorowań narządów płciowych kobiecych. To wzajemne oddziaływanie narządów płciowych i krążenia krwi, ten związek przyczynowy pomiędzy zachorowaniami jednych a drugim wyjaśniają, oprócz stosunków anatomicznych, fizyologiczne badania i doświadczenia, o nich też prelegent nieco szerzej mówi. Zaznaczywszy, że przed 7-iu laty, na IX Zjeździe, w Krakowie, omówił w odczycie sprawę stosunku ciąży, porodu i położu do wad i cierpień serca, Jaworski przystępuje do rozpatrzenia stanu chorobowego i nieprawidłowości narządów płciowych kobiecych, które wywołują cierpienia serca. W odczycie swym J. omawia obszerniej: Nieprawidłowości w akcie płciowym. Guzy macicy (mięśniaki) i jajników (torbiele). Stan kobiet przekwitowy, klimakteryczny.

Dr Józef Jaworski (z Warszawy). „O leczeniu nieżyłtów szyjki i jamy macicy metodą Biera, aparatami ssącymi“.

Istota leczenia metodą Biera sprowadza się do leczenia za pomocą przekrwienia czynnego lub biernego. Do celu tego służą aparaty ssące, których prototypem jest sucha bańka, ssawka. Co do rodzaju przekrwienia, to bywa ono czynno-biernem, z przewagą jednak zastoinowego. Przewagę większą jednego lub drugiego otrzymujemy przez odpowiednie użycie pompki lub przez wpuszczenie do bańki-wziernika powietrza. Działanie przekrwienia biernego polega na zahamowaniu wchłaniania, przekrwienia czynnego — na wzmaganiu wchłaniania.

Chwilowy upadek wchłaniania powstrzymuje szybkie przedostanie się jądów bakteryjnych do krwiobiegu. Przekrwienie czynne w wyższym stopniu wywołuje rozmiękczenie blizn, nacieków i sprowadza ich wchłanianie; przekrwienie bierne działa głównie odtwarzająco, posiada własności odżywcze, powoduje odradzanie się nabłonka.

Dla leczenia nieżyłtów szyjki i jamy macicy, szczególnie z obfitą wydzieliną, najważniejsze znaczenie, zdaniem mojem, posiada mechaniczne działanie bańki-wziernika, ponieważ:

1-0, za pomocą niego odprowadza się wydzielinę patologiczną szyjki i jamy macicy,

2-0, w sposób mechaniczny pobudza się strumień wydzielniczy,

3-0, przyspiesza się wydalanie na zewnątrz pierwiastków śluzowo-ropnych, nieraz toksycznych;

4-0, umiejscawia się sprawę chorobową, nadaje się jej pewne granice.

Bańka-wziernik usuwa na razie zupełnie wydzielinę patologiczną z jamy macicy, o czem przekonywają mnie doświadczenia moje z wprowadzaniem błękitu metylowego do jamy macicy, przed przystawieniem bańki, za pomocą t. zw. Stopferspritze.

Stosowanie metody Biera przy leczeniu schorzeń śluzówki szyjki i jamy macicy, uważam tylko za sposób ułatwiający leczenie tych schorzeń za pomocą przyżegań śluzówki różnymi środkami. Przed przyżeganiem NO_3 , Ag, Zn Cl_2 , jod-alkoholem, protargolem i t. d. każdorazowo przystawiam bańkę-wziernik do części pochwowej. Nasamprzód więc zostaje oczyszczona, odkażona śluzówka, a następnie dopiero na zgłębniku Playfer'a wprowadzony odnośny środek. Tym sposobem unika się, zapobiega: 1-0, tworzeniu się mocnych skrzepów ze śluzem, krwią lub ropą; 2-0, otrzymuje się

energiczniejsze działanie środka na powierzchnię śluzówki; 3-0, unika się użycia bardzo stężonych rozczywnów środków przyżegających, 4-0, przyżeganie działa w okresie przekrwienia, wkrótce po usunięciu bańki, co skuteczniej wpływa na odnowę nabłonka, na nowotworzenie się śluzówki.

Na podstawie stosowania przezemnie tej metody Biera w 115 przypadkach różnych cierpień narządów płciowych kobiecych, a w liczbie tej u 49 kobiet z niezłym szyjki i jamy macicy, przebiegającym bez ważniejszych powikłań, wyprowadza następujące wnioski:

I. Bańka-wziernik maciczny jest środkiem bardzo energicznym, który bezpośrednio wywołuje przekrwienie w narządach płciowych; środek ten można w pewnej mierze dozować za pomocą próżnomierza.

II. Przekrwienie czynno-bierne przy stosowaniu bańki-wziernika daje się zwiększać bądź jako czynne, bądź jako bierne—a) przez wpuszczanie powietrza do bańki, b) przez stałe pompowanie, c) przez wyciąganie tłoka i pozostawianie go w tej pozycji przez pewien czas.

III. Bańką-wziernikiem usuwać się daje zupełnie wydzielina, bądź fizyologiczna, bądź patologiczna, z jamy macicy, o czym przekonywają doświadczenia moje z błękitem metylowym, wprowadzanym do jamy macicy.

Przy salpingitis profluens tym sposobem niekiedy można, w czasie dowolnym, opróżnić worek jajowodowy.

IV. Działanie bańki-wziernika, przy znaczniejszem rozciągnięciu powietrza, wywołuje ból w podbrzuszu, pachwinach, krzyżu. Ból ten warunkowany jest pociąganiem macicy, wyciąganiem wiązadeł. Tym samym przyrządem wywołać czasami można, nawet przy rozrzedzeniu 40—50 mm Hg., u małokrwistych kobiet, podbiegnięcia krwawe, a nawet wybroczyny krwi na części pochwowej macicy, a przy rozpulchnieniu śluzówki jamy macicy lub nowotworze, bardzo żywe krwawienie.

V. Te ostatnie własności metody (ból, pociąganie, napięcie wiązadeł) sprawiają, że jest ona przeciwwskazaną w ostrych przypadkach zapalnych.

VI. Schorzenia śluzówki szyjki i jamy macicy, zdaniem mojem, a wbrew opinii innych autorów, nie leczą się trwale tą metodą, lecz bańka-wziernik maciczny Bier'a, według mnie, jest tylko wstępem, sposobem pomocniczym, między innymi, i do leczenia przyżeganiem śluzówki

za pomocą właściwych środków. Pod tym względem przyrząd ten oddać może duże usługi, jako znakomicie ułatwiający leczenie tych schorzeń.

VII. Wobec powyższego, t. zw. „Okresy przyżegania“ Saenger'a tracą swą wartość praktyczną, zarówno co do siły stężenia środków, używanych do przyżegania, jak i czasu wykonywania tegoż.

VIII. Przyrząd do stosowania wewnątrzmacicznego, w kształcie cewnika z otworami podłożnymi nie posiada szczególnych zalet, ponieważ podczas aspiracji do otworów przedostają się tylko pewne, i prawdopodobnie zwykle jedne i te same, części śluzówki, a oprócz tego może właśnie zdrowe.

Przy stosowaniu przyrządu tego (d-ra Turán'a) widywałem często dosyć żywe krwawienia, co nie we wszystkich postaciach nieżyty bywa pożądanem.

* * *

Oprócz powyżej streszczonych referatów było na porządku obrad kilkanaście innych, których dla braku czasu nie odczytano. W ożywionych rozprawach oprócz prelegentów brali udział liczni uczestnicy Sekcyi, dorzucając ze swej strony uwagi, oparte na doświadczeniu klinicznym, na badaniu odnośnem. Parokrotnie z powodu wygłoszonych odczytów zabierali głos, między innymi: d-ry Maciejewski i Karnicki-Dyski (z Petersburga), Cholewiński (z Rypina), St. Łazarewicz (z Poznania), Starzewski i Wątopek (ze Lwowa).

Na ostatniem posiedzeniu w d. 25 lipca Sekcja ginekologiczna uchwaliła dwa wnioski, przekazane, a następnie zatwierdzone przez Ogólne Zebranie X Zjazdu.

Wniosek profesorów: A. Marsa i A. Rosnera.

„Wobec tego, że rzeżączka u kobiet prowadzi niezmiernie często do ciężkich schorzeń, czasem do kalectwa lub nawet śmierci, Sekcja ginekologiczno-położnicza X Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich uchwała: Jest rzeczą potrzebną, ażeby przy układaniu nowego kodeksu karnego stworzono odpowiedzialność karną dla tych mężczyzn, którzy, wiedząc, iż są niewyleczeni z rzeżączki, świadomie narażają kobietę na zakażenie tą chorobą“.

Wniosek J. Jaworskiego:

„Wobec stwierdzenia przez naukę i doświadczenie, że u kobiet ciężko pracujących w przemyśle rękodzielniczym i fabrycznym ciąży do końca dobiega bardzo rzadko, a dzieci tych kobiet rodzą

ginekologiczno-położniczej, a jest zasłużonym już promotorem tej gałęzi wiedzy na wszechnicy lwowskiej.

Walka z rakiem.

(Sprawozdanie z posiedzenia komitetu walki z rakiem d. 6 listopada 1907).

Dzięki inicjatywie d-ra J. Jaworskiego powstał w Warszawie komitet walki z rakiem, a na Zjeździe we Lwowie uchwalono ten komitet warszawski uznać za centralny dla wszystkich zaborów.

Pierwsze posiedzenie tego centralnego polskiego komitetu do walki z rakiem zostało wypełnione drobiazgowo i wszechstronnie opracowanym referatem d-ra M. Rejchmana, który mówił *o organizacyi walki z rakiem*. Zaznaczywszy przedewszystkiem, że dotąd medycyna nie wyjaśniła jeszcze ani pochodzenia tej choroby, ani warunków jej rozwoju, ani środka zapobiegawczego i leczniczego, referent zwraca uwagę na coraz to większe rozszerzanie się raka i coraz większą z tego powodu śmiertelność, jak to wskazują liczne statystyki zagraniczne i statystyka polska, zebrana przez J. Jaworskiego dla Warszawy. Ze spisów jednodniowych, urządzanych w Niemczech, Holandyi i Hiszpanii, wynika, że na milion mieszkańców chorych na raka jest od 215 do 286.

Niektóre kraje odznaczają się szczególnie wysoką liczbą śmiertelności na raka, jak np. W. K. Badeńskie (90%). Referent oblicza, że rocznie w Europie umiera około 300,000 ludzi na raka.

W celu walki z tą plagą ludzkości utworzono w Berlinie, za inicjatywą Meyer'a, komitet do walki z rakiem i rozpoczęto pierwszą celowo zorganizowaną działalność, która w krótkim czasie dała już wyniki znaczne. Dzięki komitetowi berlińskiemu urządzono już 3 spisy jednodniowe, powstały dwa instytuty do badań nad rakiem, ukazało się czasopismo, ześrodkowujące wszystkie artykuły o raku, i utworzono stację opiekuńczą dla chorych.

Utworzenie się podobnych komitetów w innych miastach państwa niemieckiego, a także i zagranicą (w Holandyi, Anglii, Hiszpanii i t. d.), zawdzięczać trzeba również wpływowi komitetu berlińskiego.

Komitet warszawski, przystępując do pracy, ma przed sobą trudności, nieznanе gdzieindziej: brak wyższych uczelni w dwóch zaborach i brak fundusów. Wobec tego tylko sumienna i energiczna praca, liczenie na własne siły i dobra organizacja może choć częściowo wspomniiane braki wyrównać. Pracę komitetu rozdzielić radzi referent na pięć działów, z których jeden objąć powinien badania nad naturą, rozwojem, sposobem powstawania i szerzenia się, przeszczepialnością i zaraźliwością raka, oraz badania nad środkami

zapobiegawczymi; drugi — leczenie raka; trzeci — wydanie podręcznika rozpoznawczego; czwarty — utworzenie biblioteki o raku; piąty — dział statystyczny. Referent przedstawił projekt schematu, mający służyć do zbierania statystycznych danych. Oddzielne punkty schematu były dyskutowane przez obecnych i schemat zostanie przejrzany jeszcze raz przez prezydium komitetu w celu poczynienia drobnych poprawek. W.

Kronika bieżąca.

(K. D.). Dnia 13 listopada r. b. odbyło się wręczenie aktów oraz dokumentów pieniężnych magistratowi m. Warszawy przez Radę Miejską dobroczynności publicznej, która uległa skasowaniu, i tym sposobem szpitale miejskie faktycznie przeszły pod zarząd miasta. Zamiast kancelaryi Rady Miejskiej dobroczynności publicznej, w magistracie utworzony został nowy wydział dobroczynności publicznej. Wydział ten został podzielony na trzy sekcye: 1) zarządzającą wraz ze sprawami inspektora lekarskiego, 2) gospodarczą i 3) specjalnie wydatków szpitalnych i podatku szpitalnego. Niektóre sprawy zostały przekazane ogólnym wydziałom magistratu: kasowemu i budowlanemu.

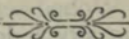
Jako członkowie komisji dobroczynności publicznej przy magistracie, zostali powołani właściciele domów w Warszawie, pp.: prof. d-r J. Kosiński, W. Marconi, E. Natansohn i T. Stępiński.

Pełniącym obowiązki zarządzającego wydziałem dobroczynności publicznej mianowanym został p. Kazimierz Koralewski, starszym referentem — p. W. Ryfiński, młodszymi referentami — pp.: W. Ługowski i A. Szymański, a niższymi urzędnikami — b. urzędnicy b. kancelaryi Rady Miejskiej dobroczyn. publicznej. Inspektor szpitali, d-r P. Troickij, pozostał na swem dotychczasowem stanowisku.

Zmarli. D-r Mieczysław Tytus Windischbauer dnia 19 listopada r. b. w Warszawie, w wieku lat 66.

D-r Tomasz Wróbel dnia 23 listopada r. b. w Trzeczynach (gub. łomżyńskiej), w wieku lat 85.

D-r Władysław Papiewski dnia 25 listopada r. b. w Radomiu, w wieku lat 42.



Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.