

MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 46.

Warszawa d. 30 Października (12 Listopada) 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — { pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Geny numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronicami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Valenciennes 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy. Podał H. Dobrzycki. — WYKŁADY KLINICZNE. Rak krtani. (Dokończenie). — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie chirurgiczne z dnia 13 maja 1904 r. — Streszczenia i wyciągi. 162. Przyczynę do kaźni morbi maculosi Werlhofii. 163. O nienormalnym składzie kału w przebiegu chorób trzustki. 164. Leczenie krwotoku płucnego. 165. O ciałach ochronnych, znajdujących się w surowicy przeciwpaciorkowcowej i przeciwpneumokokowej 166. Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex. 167. Znaczenie leukocytozy dla postawienia wskazania do operacji w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego. 168. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Spis prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zawartych w październiku 1904 r. — Ogłoszenia.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: D-r H. DOBRZYCKI —
Quelques expériences sur l'action antipyrétique de cryo-
génine dans la tuberculose.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. D-r H. DOBRZYCKI —
Einige Beobachtungen über die antipyrëtische Wirkung
des Kryogenins bei Tuberculose

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Spostrzeżenia dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gruźlicy.

Podał

H. DOBRZYCKI.

Poważniejszy materiał kliniczny, jakiego mi corocznie dostarcza klimatyczna stacja leśna w Sławucie, a po części i praktyka po za nią, dał mi możność bliższego wystudyowania niemal wszystkich środków przeciwgorączkowych,

a w liczbie tych i w nagłówku wymienionego środka, który u nas nie znalazł wśród lekarzy takiego uznania, na jakie istotnie zasługuje.

Nie dziwnego, że po zawodach i rozczarowaniach, na jakie tylokrotnie narażeni byliśmy przy stosowaniu środków nowych, staliśmy się ostrożniejsi, że nie mamy do nich zaufania i zachowujemy się wyczekująco, mało zważając na entuzjastyczne o nich pochwały lub sążniste monografie. Są tacy, którzy o nowszych środkach i słyszeć nie chcą. Nie zawsze jednak krańco-

wy sceptycyzm na dobre wychodzi, jak tego mamy przykład na kryogeninie. Środek ten bowiem, posiadający niewątpliwe zalety i wyższość pod każdym względem nad innymi antypiretykami, środek, od lat dwu we Francji szeroko stosowany, u nas nie zwrócił na siebie uwagi, a sprowadzony na żądanie jednego lub drugiego lekarza, zalega bezpożytecznie półki w niejednej z naszych aptek.

Aby kryogeninie wyznaczyć właściwe miejsce w gromadzie środków przeciwgorączkowych, nie będzie może rzeczą zbyteczną, jeśli środki te odnowimy sobie w pamięci i w doraźnym chronologicznym szkicu, możebnie treściwym, zestawimy je obok siebie. Tą drogą łatwiej cel osiągniemy, zyskawszy szerszą podstawę dla ocenienia środka, o którym mowa. Dodać na wstępie należy, iż będziemy mieli na względzie wyłącznie działanie przeciwgorączkowe środków tych w gruźlicy.

* * *

Niezbyt odległe to są czasy, gdy chinina była jedynym środkiem przeciwgorączkowym. Uważana jako lek przeciwtypowy, t. j. przeciwperyodycznie powtarzającym się zjawiskom chorobowym, i jako specyfik przeciw gorączce zimniczej, zaczęła być również stosowana i w innych gorączkowych stanach, a między innymi i w gorączce, towarzyszącej suchotom. Lubo działania, obniżającego ciepłotę chininie odmówić nie można, nie jest ona w gorączce gruźliczej odpowiednia, zarówno ze względu na to, iż chcąc zamierzony skutek osiągnąć, trzeba ją podawać w dużych dawkach, co nie jest rzeczą dla ustroju obojętną, jak również ze względu, że nie można jej przez czas dłuższy, a tem bardziej przez czas dowolnie długi stosować.

Pomimo tych ujemnych stron, (o innych już nie wspominamy), chinina panowała niepodzielnie jako antypiretyk aż do chwili pojawienia się przetworów salicylowych, t. j. do roku

1875, znajdując gorliwego obrońcę w osobie prof. JACCOUD, który pewną metodę jej stosowania w gorączce gruźliczej opracował i jeszcze w roku 1881 w swym podręczniku „o wyleczalności i leczeniu suchot płucnych“ za nią obstawał. Jako wielkiemu jej zwolennikowi, nie wypadło mu z nią odrazu zrywać i wartości jej jako środka przeciwgorączkowego w suchotach obniżać. Pomimo tego JACCOUD z całym zapalem o przetworach salicylowych się wyrażał przypisując im nawet daleko donioślejsze, niż chininie znaczenie, twierdził bowiem, że „chinina jest środkiem objawowym, gdy kwas salicylowy jest czynnikiem leczniczym“.

Z tego twierdzenia, tak kategorycznie wypowiedzianego, możnaby wyprowadzić wniosek, że klinicysta ten uważał salicyl za specyfik przeciw gruźlicy, skoro jego zdaniem ją leczy. Po pewnym czasie jednak nastąpiło rozczarowanie, gdyż dłuższe użycie salicylatów prowadzi za sobą zaburzenia w trawieniu, i tak już w wielkiej liczbie przypadków u suchotników zakłóconego, oraz wywołuje prawie bez wyjątku silne poty, stanowiące, jak wiadomo, u tego rodzaju chorych objaw niezmiernie uciążliwy. Salicylaty więc, jako środek przeciwgorączkowy w suchotach, nie ziściły pokładanych w nich nadziei, zatrzymując na wyłączną swą własność sławę niezrównanego środka swoistego w sprawach goścowych. Wobec tego okazało się rzeczą niezbędną poszukiwanie innych środków, któreby ubocznego działania salicylatów nie posiadały.

Niesłychanie szybki postęp chemii, przypadający na owe czasy, był bardzo na rękę poszukiwaniom tego rodzaju. Jakoż, w czasie owym pojawiły się pierwsze prace FILEHNE'go nad przeciwgorączkowym działaniem kairoliny w r. 1880, bardzo szybko zarzuconej, oraz prace kliniczne nad kairyną w r. 1882, która, lubo nieco dłużej zajmowała uwagę klinicystów, znikła w końcu z widowni, podzieliwszy los swej poprzedniczki, również z powodu bardzo niemilych i niepokojących zjawisk ubocznych.

Nie tyle dla ścisłości, ile dla historii antypiretyków wspomnieć tu należy o bę dź w i n i a n i e s o d o w y m (*natrium benzoicum*), który mało co wcześniej, niż kairolina i kairyna, jak *Deus ex machina*, się zjawił i do godności środka przeciwgorączkowego wyniesiony został. Ogłoszony przez KROCZAKA, asystenta kliniki ROKITANSKY'ego w Insbrucku w r. 1879 jako specyfik na suchoty, ściągnał do tego miasta całe setki chorych. Działając jako specyfik na chorobę, musiał, jakby się spodziewać należało, działać *eo ipso* i na jej objawy, a więc i na wzmożoną chorobowo ciepłotę, gdyby istotnie był specyfikiem. Atoli bliższe badanie komisji naukowej, *ad hoc* wyznaczonej, jak wiadomo, wykazało, iż wpływ tego środka na przebieg choroby jest absolutnie żaden, raczej ujemny, niż dodatni; powtóre, że jego działanie przeciwgorączkowe jest bardzo zawodne, nieznaczne i krótkotrwałe, że zatem odezwa KROCZAKA była błagą w najgorszym gatunku, która w dziejach terapii suchot smutną stanowi kartę.

Jednym ze środków, który zdaje się pierwszy po chininie, a jeszcze przed salicylatami był w suchotach płucnych stosowany celem obniżania gorączki, był kwas karbolowy. SCHNITZLER, zalecając go podskórnice, mniemał, że w leku tym znajdziemy czynnik, rozwiązujący zadanie. Leczyć i tu zawód nas spotkał. SOKOŁOWSKI, stosując środek ten w Zakładzie Görbersdorfskim, jeszcze przed rokiem 1875 zaznacza, iż „tylko w jednym przypadku podskórnice stosowane zastrzykiwania 2% kwasu karbolowego (jedna do dwóch szpryczek gramowej objętości dziennie) działały skutecznie, t. j. obniżały znacznie gorączkowo podniesioną ciepłotę. We wszystkich innych przypadkach wpływ rzeczonych zastrzykiwań był ujemny“. („Medycyna“ r. 1875).

I z innego jeszcze źródła posiadam dane o działaniu przeciwgorączkowym tego środka, mianowicie: d-r KWIATKOWSKI, bardzo wzięty i doświadczony praktyk z Humania, stosował go

podskórnice w 1% lub 2% roztworze od bardzo dawnego czasu w i bardzo znacznej liczbie przypadków twierdzi, że ma nie gorsze, a nawet pewniejsze wyniki, niż ze stosowania wielu innych środków przeciwgorączkowych, i tam, gdzie domowe warunki pacjenta na to pozwalają, stosuje go i zwykle od niego zaczyna. Co do mnie, to tylko w dwóch przypadkach lek ten stosowałem: u syna tegoż doktora KWIATKOWSKIEGO, średniego wieku pacjenta, który się u mnie leczył w ciągu kilku tygodni w Sławucie, i u 34-letniej pacjentki z rozwiniętą dość znacznie gruźlicą płuc.

W pierwszym przypadku wahania ciepłoty dały się sprowadzić niemal do normalnych granic — dodać należy, iż gorączka w danym przypadku nie była zbyt wysoka i 38,6° nie przekraczała — w drugim zaś była bardzo wysoka, bo 39,5° do 40° lub nieraz 40,5° i to z bardzo krótkotrwałymi i nieznacznymi zwolnieniami.

Gdy różne środki przeciwgorączkowe, nie wyłączając kryogeniny, albo chwilowy albo zbyt mały wpływ na tak znacznie podniesioną ciepłotę wywierały, i gdy pacjentka skarżyła się bezustannie na niezmiernie dokuczliwy ból głowy, który pomimo zastosowania lodowych okładów się nie zmniejszał, przystąpiłem do zastrzykiwań 2% roztworu karbolu po jednej szprycce dziennie. Skutek był bardzo zadawalający, gdyż gorączka spadła o dwa stopnie, a niektórych dni o dwa z kilku dziesiętnymi. Chora odzyskała apetyt, spała wybornie, ból głowy ustał. Stan taki nie trwał jednakże zbyt długo. Około 10 dnia gorączka zaczęła się podnosić, a chociaż nie dosięgła pierwotnego *maximum*, można się było spodziewać, że to w niedługim czasie nastąpi. Ponieważ pacjentka 2% iniekcye dobrze znosiła, postanowiłem dawkę wzmocnić i zacząłem zastrzykiwać roztwór 4%, eteryzując energicznie miejsce uklucia na przestrzeni dłoni, gdyż zastrzyknięcie roztworu w tym stopniu zgęszczenia dość silne wywoływało palenie, a pacjentka na zastrzykiwanie

słabszego roztworu dwa razy dziennie zgodzić się nie chciała. I znowu po dniach 8 lub 9 gorączka się wzmogła pomimo tego, że stan miejscowy płuc ani na włos nie uległ pogorszeniu. Zastrzykiwania, podczas których ani razu nie zauważyłem ciemnego zabarwienia moczu, przerywałem, zaleciwszy pacjentce możebnie duże dawki alkoholu w postaci mocnego portweju, a następnie mocnego tokaju, które jednakże nie obniżały gorączki. Wkrótce, nie zwalniając chorej od wspomnianych napojów alkoholowych, zacząłem jej podawać pyramidon z laktofeniną (0,25 aa) 2 lub 3 razy dziennie, co chwilowy tylko wywarło skutek, poczem chora opuściła Sławutę, a dalszy jej los nie jest mi wiadomy.

Spostrzeżenie to upoważniałoby do wniosku, że wpływ karbolu na obniżenie wzmożonej ciepłoty po pewnym czasie słabnie, czyli, że się ustrój do tego środka przyzwyczaja; powtóre, że mogą być przypadki, w których, gdy inne *antipyretica* nie działają, kwas karbolowy da się w ciągły pewnego czasu spożytkować.

Co do spostrzeżeń d-ra KWIATKOWSKIEGO, to ten bardzo zachęca do stosowania karbolu i mniema, że środek ów nie tylko działa przeciwgorączkowo, lecz że zarazem nie jest bez wpływu i na samą sprawę gruźliczą.

Bądź co bądź, karbol jako środek, działający niepewnie, dający w wielkiej liczbie przypadków wyniki ujemne (SOKOŁOWSKI), a nadto, jako środek, którego działanie po pewnym czasie spada do zera, jak to w moim przypadku widzieliśmy, nie zajmuje zbyt poczesnego miejsca w naszym skarbcu leczniczym.

Z teoretycznego punktu widzenia można się było spodziewać, że tak potężny środek przeciwgnilny ważniejszą rolę w danym razie odegra; tymczasem praktyka pokazała co innego.

To co się kwasu karbolowego tyczy, odnosi się w znacznej mierze i do salolu. Po tym środku jeszcze się więcej spodziewano, niż po karbolu. Rozpadając się w kiskach na swe główne składniki: kwas salicylowy i kwas karbolo-

wy, oba potężne w swem działaniu, salol rokował wielkie nadzieje, jako domniemany środek przeciwgorączkowy w suchotach. Wprawdzie własności przeciwgorączkowych w suchotach odmówić mu nie można, wszelako działanie jego jako antypiretyku jest o wiele słabsze, niż innych środków przeciwgorączkowych, dawki, którebyż pożądaný skutek sprawiły, muszą być daleko większe i częściej podawane, co grozi zatruciem kwasem karbolowym, wreszcie salol, zwłaszcza w większych podawanych dawkach, nie jest wolny od wywoływania i innych ubocznych niepożądanych dla ustroju zjawisk. Nakoniec w niejednym przypadku chorzy okazują wstręt niepohamowany do tego środka, jak to słusznie zauważył PENZOLD, i przyjmować go absolutnie nie chcą. I ten przeto środek, posiadający bardzo szacowne własności w wielu innych stanach chorobowych, musiał ustąpić miejsca innym środkom.

Pokrewna salolowi aspiryna, czas jakiś przez wielu lekarzy jako antypiretyk stosowana, nie jest jednakże antypiretykiem w ścisłym znaczeniu; natomiast zyskała ona sobie raczej rozgłos niemal specyfiku przeciwko bólowi pleurytycznym. Łagodniej, niż salicylaty, działająca, może być w większych dawkach i częściej, niż te, podawana, chociaż jej przeciwgorączkowe działanie często zawodzi. Ale i ten środek lubo w mniejszym stopniu, niż salicylaty, wywołuje również nieprzyjemne uboczne zjawiska.

Wspomnieliśmy wyżej, że przetwory FLEHNE'go, kairolina i kairyna, bardzo niedługo były w użyciu, a w nowszych dziełach farmakologicznych nawet i wzmianki o nich nie znajdujemy. Pomimo swych silnych przeciwgorączkowych własności, działaniu ich towarzyszyły tak groźne uboczne zjawiska, iż bardzo słusznie zarzucone zostały. Nie mniej zachęciły one do dalszych poszukiwań, których podkład stanowiła wylaniająca się nauka o związku pomiędzy własnościami leczniczymi ciał a ich budową chemiczną.

WYKŁADY KLINICZNE.

BRYSON DELAVAN.

RAK KRTANI.

(Dokończenie — Patrz Nr. 45)

Z badań statystycznych przekonano się, że najlepsze wyniki z operacji otrzymywali chirurgowie, znakomicie z przedmiotem obeznani i mający uzdolnionych i wytrenowanych asystentów. Autor wyraża zdanie, że tacy tylko operacje wykonywać powinni. Chirurgowie niedostatecznie przygotowani, popełniają niekiedy błędy nie do przebaczenia bądź to przy samej operacji, bądź to przy pooperacyjnym traktowaniu chorego. Oni też bądź to przez nieujawnianie niepomyślnych rezultatów, przez się otrzymywanych, bądź też przez otrzymywanie rezultatów ujemnych tam, gdzie przy innym traktowaniu mogłyby się one okazać dodatnimi, przyczyniają się do ukształtowania błędnych statystycznych danych, a tem samem do mylnego wyciągania wniosków co do pożytku laryngektomii.

Są jeszcze inne względy, z którymi bardzo liczyć się należy przed przystąpieniem do operacji, a zwłaszcza do całkowitej laryngektomii, a do takich należą: wiek chorego, jego odporność, ogólny stan, temperament, inteligencja. Ludzie wieku podeszłego, albo których dni są niejako policzone, chyba nie nadają się do tak ciężkiego zabiegu chirurgicznego. Od odporności chorego zależy nie tylko szybkość jego poprawy po pomyślnej operacji, lecz także i otrząśnięcie się z fizycznej depresji, spowodowanej tak ciężkim zabiegiem. Autor mniéma, że w wielu przypadkach, w których nawrotu nie było, śmierć chorego — nawet w kilka lat po operacji, można było w znacznej mierze przypisać te-

mu przygnębiającemu wpływowi, jaki operacja na ogólny stan chorego wywarła.

Względnie dobry ogólny stan, a zwłaszcza niektórych narządów znacznie wpływa na pomyślny wynik operacji. Choroby serca i płuc znacznie pogarszają sprawę, kaszel z wydzieliną — spowodowany cierpieniem albo rozdrażnieniem oskrzeli — bardzo ujemnie oddziałujący na ranę szyi, zaburzenia żołądkowe zwłaszcza połączone z wymiotami, źle a często nawet zabójczo wpływają na operowanego.

Zdarzały się nieraz przypadki samobójstw po pomyślnych laryngektomiach. Dziwić się temu zbyt nie można. Ciężka operacja, długi okres zdrowienia, kalectwo, szwank co do mowy, ostracyzm towarzyski i t. d., czyż nie mogą do bezbrzeżnej doprowadzić rozpacz? W takich więc razach temperament i zdolność lub niezdolność danego osobnika do przystosowania się do tak przykrych warunków i do pogodzenia się z losem o dalszym byciu jego stanowią. Rozumie się, że częściowa laryngektomia w następstwach swoich jest o wiele pomyślniejsza dla operowanego, niż całkowita, i stawia go w warunki o wiele lepsze pod każdym względem.

Autor zwraca tu jeszcze uwagę, że obfita wydzielina z gardzieli i jamy ustnej staje się często źródłem wielkiej przykrości, a nawet i niebezpieczeństwa w pierwszych kilku dniach po operacji, i że w takich razach belladonna często doskonale oddaje usługi i niekiedy zupełnie wzmiankowaną wydzielinę zatrzymuje. Dalej, że niezmiernie ważną jest rzeczą odróżnienie raka od spraw gruźliczych a zwłaszcza syfilitycznych w krtani. Nie od rzeczy więc tu będzie nadmienić, jak troskliwie pomyłek podobnych unikać należy; tembardziej, że niekiedy wytwory wymienionych spraw patologicznych mogą w krtani współistnieć.

Najczęściej zdarzają się pomyłki w syfilisie, i dlatego autor uważa za właściwe stosować w razach wątpliwych przez pewien czas jodek potasu, przez co nieraz udaje się oszczędzić choremu tak ciężkiego zabiegu chirurgicznego.

Nader ważną kwestyą i, jak dotąd, jeszcze obszernie dyskutowaną jest: 1) czy tracheotomia przed operacją raka krtani jest konieczna i 2) jeśli zaś jest konieczna, to w jakim czasie w stosunku do głównej operacji ją robić. MURRAY i BUTLIN utrzymują, że tracheotomia zapobiega przedostaniu się krwi i substancji zakaźnych do tchawicy podczas operacji i jednocześnie, pozwalając swobodnie stosować środki znieczulające, sprzyja bardzo dokładnemu wykonaniu operacji, że jednak przy operacjach mniej rozległych — przy zastosowaniu odpowiedniego ułożenia chorego, można się bez niej obejść.

O wiele jednak ważniejsza jest kwestya, kiedy tracheotomię robić, czy tuż przed główną operacją, czy też na dłuższy czas przed nią? I tu zdania są podzielone. Wielu chirurgów wraz z WATSON'em CHEYNE jest zwolennikami robienia jej tuż przed operacją na tej zasadzie, że oszczędza się choremu niepokoju i w pewnej mierze wstrząsu (*shock*), zależnych od dwóch oddzielnych operacji, i że nie widzą we wczesnym jej wykonaniu szczególnych korzyści dla chorego. Inni — przeciwnie — a wraz z nimi i autor są zwolennikami wczesnej tracheotomii z rozmaitych względów. Naprzód niezwłoczne założenie właściwej rurki tchawicowej po głównej operacji powoduje silne rozdrażnienie tchawicy i tkanek sąsiednich, którego uniknąć można, jeśli chory ma czas stopniowo do jej znoszenia się przyzwyczaić; dalej ważniejsze jeszcze ma znaczenie rurka tchawicowa ze względu na fizjologię oddechania, mianowicie nagłe wyłączenie z drogi oddechowej całej prawie jej górnej części — a tem samym obfity dostęp powietrza, niedostatecznie — że tak powiemy — przygotowanego dla oskrzeli i płuc, i względnie zwiększona ilość tlenu — zwłaszcza w przypadkach, w których uprzednio było znaczne zwężenie (*stenosis*), wszystko to sprzyja wyprowadzeniu chorego z równowagi, a miejscowo silnemu a nawet niebezpiecznemu rozdrażnieniu wtedy właśnie, kiedy wszelkich szkodliwych ubocznych czynników jaknajusilniej unikać nale-

ży. Pacjent więc przez wcześniej dokonaną tracheotomię — łatwiej i swobodniej oswaja się z właściwą rurką tchawicową, założoną po operacji głównej.

Zarzut, że rana tracheotomijna wskutek zakażenia ze strony rany pooperacyjnej może stać się źródłem ogólnego zakażenia, powodować zapalenie płuc i t. d., autor odpiera uwagę, że byłoby to możebne tylko wtedy, gdyby tracheotomię robiono na krótki czas przed operacją, a nie wtedy, kiedy się ją robi w czasie dostatecznie odległym dla zagojenia się rany tracheotomijnej. Dalej — zdaniem autora — tracheotomia przez dostarczenie choremu z postępującą stenozą krtaniową dostatecznej ilości powietrza i zapewnienie mu swobodnego oddechu bardzo dodatnio wpływa na ogólny stan jego, usuwa towarzyszące często stenozie zapalenie oskrzeli — a tem samem jest czynnikiem bardzo ważnym pod względem rokowania — co do głównej operacji.

Natężenie objawów ze strony chorej krtani wzmaga się już wskutek fizjologicznego posługiwania się nią. Spokój więc, jaki zapewnia jej tracheotomia — przez usunięcie ustawicznych ruchów oddechowych — bardzo łagodząco działa na samą sprawę chorobową w niej, usuwa przekrwienie, a tem samem w pewnej mierze pozwala łatwiej odróżnić części chore od zdrowych.

Nadto wcześniej dokonana tracheotomia wpływa dodatnio i na pacjenta i na lekarza. Zyskuje się na czasie, choremu oszczędza się w pewnej mierze wstrząsu, a chirurg może łatwiej skoncentrować całą swoją uwagę na operacji głównej.

Wreszcie przy całkowitej laryngektomii metodą SOLIS-COHN'a i GLUCK'a, przy której oddzielony koniec tchawicy zwraca się ku przodowi i przytwierdza do brzegów rany szyjowej, zrost, jaki nastąpił po uprzednio już dokonanej wczesnej tracheotomii, niezmiernie się przyczynia do stałego utrzymania tchawicy w nadanym jej położeniu. W razach zaś, gdzie tracheotomia nie była robiona, i gdzie brzegi rany tchawicy muszą być przyszyte do brzegów rany szyjowej — ruchy tchawicy przy oddechaniu nie pozwalają utrzymać połączenia. W wielu takich przypadkach zrosty nie następowały, i kończyły się one niepomyślnie. (*Medic. Record. N. 1767. 1904 r.*)

F. Gr.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie chirurgiczne z dnia 13. V. 1904.

Do protokołu z posiedzenia poprzedniego KRAJEWSKI dodaje co do chorej, omawianej przez KOPCZYŃSKIEGO, iż zgłębnik złamał się nie u otworu sztucznego w żołądku (gastrostomia), lecz znacznie wyżej, przy wpuście żołądka, i przeto nie udało się w żaden sposób uchwycić odłamka kleszczami. Dopiero z czasem, po wielu tygodniach, kiedy odłamek ten usunął się ku dołowi i zbliżył do otworu w żołądku, mógł go KOPCZYŃSKI ująć palcami. Sądzi więc KRAJEWSKI, aby na przyszłość zasadniczo w takich przypadkach nie spieszyć się z usiłowaniem wydobycia odłamków zgłębnika z żołądka, lecz czekać, dopóki nie opuszczą się same na dół i nie staną się przez to dostępnejsze dla narzędzi.

1. LEŚNIEWSKI przedstawia chorego, którego pokazywał na posiedzeniu styczniowym, dotkniętego przewlekłym cierpieniem ramienia, które z pewną wątpliwością określił wówczas jako t. zw. flegmonę deskowatą (Holzphlegmone). Obecnie pod wpływem leczenia stan ramienia poprawił się znacznie, stwardnienie o wiele się zmniejszyło, czynność kończyny lepsza. Sądzi, że rzeczywiście mamy tu do czynienia z przewlekłym zapaleniem tkanki podskórnej, sięgającym głęboko, jak to wówczas rozpoznawał.

KRYŃSKI jest odmiennego zdania i podobnie, jak przed czterema miesiącami, nie uważa sprawy tej za deskowatą flegmonę, lecz za przewlekłą sprawę zapalną, toczącą się w kości ramiennej i jej okostnie (*osteoperiostitis humeri*). Za tem przemawia siedziba i charakter stwardnienia, zajmującego części głębsze ramienia i ściśle złączonego z kością, podczas gdy skóra wraz z tkanką podskórną jest wolna i daje się w fałd ująć, za takim wreszcie rozpoznaniem przemawia i roentgenogram, przedstawiony wówczas przez BRUNNERA.

2. ODERFELD przedstawia na dwóch chorych bardzo dodatnie wyniki leczenia jamistych

naczyniaków krwawych sposobem PAYR'a, polegającym na wbijaniu pod skórę w mięszsz guza drobnych igiełek magnezyowych, które tam powoli ulegają wessaniu i powodują rozrost tkanki łącznej, prowadzący do zaniku nowotworu. W jednym przypadku u chorej, mającej ogromny naczyniak jamisty, zajmujący prawie połowę pleców, o którego wycięciu nie można było myśleć, po wbiciu 30 igiełek, guz zanikł w $\frac{3}{4}$ pierwotnej wielkości, pozostawiając tylko w skórze liczne zgrubienia bliznowate. W przypadku drugim u dziecka półrocznego z naczyniakiem wielkości połowy pomarańczy na policzku przy uchu wbił 19 igiełek, i wynik również był dodatni. Poleca więc w takich przypadkach metodę PAYR'a, której technikę omawia szczegółowo.

3. WŁ. STANKIEWICZ przedstawia: a) 16-letniego chłopca, dotkniętego zmianami w okolicy prawego stawu łokciowego ze znacznym obrzękiem ramienia, przechodzącym na przedramię, ze zgrubieniem stawowego końca kości ramiennej i jednoczesnym zajęciem gruczołów pachowych. Ruchy w stawie bardzo ograniczone i bolesne. W płucach wyraźnych zmian nie ma; chory gorączkuje. Rozpoznanie cierpienia przedstawia tu pewną trudność, przeto S. ma chorego na obserwacji w szpitalu i o dalszym przebiegu cierpienia zda sprawę na następnym posiedzeniu; b) drugą nerkę, wyjętą u kobiety, u której przed miesiącem dokonał wycięcia nerki z powodu gruźlicy i nerkę tę demonstrował na poprzednim posiedzeniu. Chora zmarła trzeciego dnia po operacji wśród objawów bezmoczności; okazało się, iż druga nerka zmieniona jest w duży guz z tkanki tłuszczowej i włóknistej, nie zawierający wcale mięszszu nerkowego. Usunięcie przeto pierwszej nerki chorej, która pomimo tych nadzwyczajnie posuniętych zmian była jedynym źródłem moczu, musiało sprowadzić anurię.

KRYŃSKI uważa zmiany w kościach stawu łokciowego u przedstawionego chorego za sprawę gruźliczą.

4) W. ŻURAKOWSKI przedstawił 27-letniego chorego, dotkniętego cierpieniem stawu nadgarstkowego prawego na tle jamistości rdzenia—*arthropathia syringomyelica*. Początek choroby przed 8 laty; początkowe obrzmienie stawu od kilku miesięcy doszło do rozmiarów dużej pięści, nie sprawiając dolegliwości; jedynie siła ręki osłabła. Jednocześnie palce ręki zaczęły się przykurczać, przedramię zaś i ramię prawe wyraźnie zgrubiały. Przed półrokiem chory oparzył sobie rękę i przedramię, nie odczuwał wszakże najmniejszego bólu; przed dwoma miesiącami wykonał sam sobie nakłucie obrzmiałej garstki i wypuścił sporą ilość cieczy z przymieszką jakby serowatych strzępków. Badanie chorego wykazało następujące zбочenia: wzmożenie odruchów ścięgniętych, zmiany czucia temperatury (gorąca i zimna) oraz bólu w obrębie łopatki prawej, barku, mięśnia piersiowego prawego, wewnętrznej i przedniej strony ramienia oraz przedramienia tudzież prawej małżowiny usznej. Przypuszczalnie zmiany w rdzeniu znajdują się w części szyjowej. Pozatem znaleziono: obrzmienie po stronie prawej całej kończyny górnej, okolicy mięśnia kapturowego, łopatki i mięśnia piersiowego; śladów od ucisku palcem w miejscach obrzmiałych nie otrzymuje się; uwłosienie przedramienia i dolnej części ramienia bujniejsze, niż po stronie lewej. Ruchy barku i łokcia swobodne. Staw nadgarstkowy mocno obrzmiały, dookoła niebolesny; w stawie wyczuwa się chęłbotanie, oprócz tego w niektórych miejscach na stronie grzbietowej kostki ruchome; przestrzeń pomiędzy końcem kości przedramienia a palcami skrócona, ruchy w stawie znacznie ograniczone. Paluch wywichnięty, pozostałe 4 palce mocno przykurczone, nie dają się wyprostować.

Załączony do demonstracji roentgenogram wykazuje rozplątanie się kości nadgarstka a częściowo i nasad kości przedramienia.

5) KRYŃSKI miał wykład o „rozpoznawaniu i leczeniu biodra szpotawego“ (*coxa vara*), w którym przedstawił dokładny obraz kliniczny tego dość rzadkiego, a jeszcze rzadziej rozpoznawanego u nas cierpienia, omówił jego patogenezę i stosowne metody lecznicze, ilustrując

wykład danemi, dotyczącemi spostrzeganych przez siebie przypadków i licznymi fotogramami roentgenowskimi (z pracowni d-ra BARSZCZEWSKIEGO).

6. A. KARCZEWSKI. „Przyczynek do leczenia operacyjnego *coxae varae*“. Dziewczyna 15-letnia, idąc ulicą, upadła na prawy bok; sama się podniosła i o własnych siłach doszła do domu. Po kilku dniach zaczęła odczuwać utrudnienie w chodzeniu i ból w okolicy prawego stawu biodrowego.

Kiedy chora stoi na lewej nodze, prawa kończyna dolna przybiera położenie mocno przywiedzione. Gdy zaś stanie na prawej nodze, lewa połowa miednicy znacznie się opuszcza (objaw TRENDELENBURG'a), przytem występuje *scoliosis sinistra et lordosis* części lędźwiowej kręgosłupa.

Wierzchołek prawego krętarza wielkiego znajduje się na 2 ctm. powyżej linii ROSER-NÉLATON'a. Wymiar od *spina ilii ant. sup.* po tej stronie jest o 4 ctm. mniejszy, niż po stronie lewej. Odwodzenie kończyny niemożliwe, rozginanie ograniczone, inne ruchy w tym stawie dość swobodne.

Badanie promieniami ROENTGEN'a wykazało łukowate zgięcie szyjki, wypukłością skierowane ku górze.

W 5 miesięcy od początku choroby wykonano przecięcie podkrętarzowe kości udowej (*osteotomia subtrochanterica*), poczem założono na 2 miesiące opatrunek gipsowy. Po zdjęciu opatrunku przekonano się, że kości zrosły się powierzchniami bocznymi, i że wskutek tego powstało skrócenie o 5 ctm.

W 2 lata po operacji stwierdzono, iż chora chodzi doskonale, prawie nie chromając; odwodzenie kończyny dochodzi do 45°.

W. ŁAPIŃSKI przytacza, iż dla określenia stopnia zmiany w kierunku osi kończyny w przypadkach biodra szpotawego najodpowiedniejsze jest oznaczanie, według ALSBERG'a, kąta, utworzonego przez przecięcie się linii płaszczyzny główki z osią podłużną kości udowej. Co się zaś tyczy metod operacyjnych, to w ostatnich czasach powracają znów do operacji w szyjce. Jeden z ortopedystów włoskich proponuje koliste przepiłowanie szyjki tuż przy krętarzu wielkim i przesunięcie naokoło przepiłowanej powierz-

chni krętarza wraz z kością udową aż do nadania kończynie prawidłowego ułożenia.

KRYŃSKI. Aczkolwiek większość chirurgów obecnie stosuje prawie wyłącznie operacje na trzonie kości, jako łatwiejsze i bezpieczniejsze, jednakże uważa KR. za racjonalniejsze te, które wykonywa się na szyjce, jako działające na samo miejsce zbroczenia chorobowego. W tym też kierunku zaznacza się zwrot w najnowszych zapatrywaniach ortopedystów, jak to zauważył ŁAPIŃSKI. Co się tyczy przypadku KARZEWSKIEGO, to aczkolwiek wynik czynnościowy otrzymano ostatecznie zadawalający, byłby on i anatomicznie o wiele lepszy, gdyby nie nałożony, niestety, opatrunek gipsowy. Przecież po *osteotomia subtrochanterica* mamy do czynienia ze złamaniem kości udowej, a tu o wiele odpowiedniejszy jest wyciąg, daleko pewniej ustalający odłamki kości. Na to obecnie zgadza się większość chirurgów, a w najnowszym swem dziele wielką także wagę kładzie na to taki znawca leczenia spraw kostnych, jak BARDENHEUER.

KRAJEWSKI w przypadkach *coxae varae* uważa za najodpowiedniejszą metodę operacyj-

ną *osteotomia subtrochanterica*; co zaś do leczenia następczego, to nie jest on bezwzględnie za wyciągiem, gdyż sądzi, że zarówno dobrze działa i opatrunek gipsowy, który wreszcie można połączyć z ekstensją.

W. STANKIEWICZ uważa opatrunek gipsowy w przypadkach złamań szyjki za zupełnie nieodpowiedni, tylko wyciąg dać może dobre wyniki; przy złamaniu kości udowej oprócz wyciągu dobrze ustalają także różne systemy łubek.

SZTEYNER również uważa za jedynie odpowiedni dla ustalenia odłamków kości udowej — przyrząd wyciągowy; ustalające działanie opatrunku gipsowego jest zawsze iluzoryczne i najczęściej daje tak znaczne przesunięcie się odłamków kości, jak w danym przypadku KARZEWSKIEGO.

LEŚNIEWSKI zapatruje się sceptycznie na ostateczne wyniki, które daje *osteotomia subtrochanterica*. Wszak zabiegiem tym działamy wcale nie na miejsce właściwe siedliska choroby. Na razie po operacji tej może być znaczna nawet poprawa funkcjonalna, lecz kwestya, czy z czasem wobec istniejących i pozostawionych zmian w kości nie wystąpi znów pogorszenie.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

162. O. MORITZ. Przyczynek do kazuistyki morbi maculosi Werlhofii.

Pacjent, lat 18 liczący, od dzieciństwa wątły, ze śladami przebytej krzywicy (*pectus carinatum*, pałakowate nogi, lekka skolioza), od kilku tygodni chory. Sprawa zaczęła się od pojawienia się na całym ciele sinoczerwonych plam, które wkrótce potem nieco zbladły, natomiast jednak pojawiły się bolesne obrzmienia stawów rąk i nóg, częste wypróżnienia — nie rzadko

z zawartością krwi, wymioty; gorączki podobno nie było. Przypadłości te zmusiły go do opuszczenia zajęcia i wreszcie do zapisania się do szpitala. W chwili przyjęcia go znaleziono: na skórze całego ciała, a zwłaszcza w okolicy łędwiowej liczne wybroczyny (*ecchymoses*) wielkości łebka od szpilku do grochu, obrzmienie prawego stawu stopowego, w okolicy *sacri* oznaki zagrażającej odleżyny. Tętno 96. Ciepłota 37,1°. W sercu (z wyjątkiem akcentu drugiego tonu

art. pulmon), płucach, wątrobie — nie szczególnego zauważyć się nie dało. Śledziona powiększona, dziąsła blade, język obłożony, *foetor ex ore*. Mocz ciężaru właściwego 1022, zawiera 2‰ białka (ESBACH), obfite czerwone i białe ciała krwi, wałeczki ziarniste, szkliste i słuszezony nabłonek. Cukru brak. Indykanu ilość nie zwiększona.

Badanie krwi, dokonane w kilka dni później, wykazało 4,400,000 czerwonych ciałek krwi, 2500 białych, z tych ostatnich 74% wielojądrowych, neutrofilowych, 26% bazofilowych jednojądrowych.

W dalszym ciągu choroba przyjęła obrót bardzo ciężki. Zjawily się nowe wybroczyny w skórze, bóle w stawach się wzmogły, na głowie wystąpiły liczne sino-czerwonawe guzy wielkości laskowego, a nawet włoskiego orzecha, imitujące niejako szczególnego jakiegoś rodzaju szlafmycę. Na migdałkach ukazał się brudnoszary zgorzelinowy nalot i ztąd sprawa zgorzelinowa rozszerzyła się następnie dalej na gardziel, ku *sinus pyriformis* i na błonę śluzową policzków. Wybroczyny krwawe skóry poczęły się w wielu miejscach zlewać, pokrywać pęcherzami z zawartością, posokowato zabarwioną, po pęknięciu których odsłaniały się obszerne owrzodzenia, dochodzące miejscami wielkości dłoni. Owrzodzenia te natury atonicznej tworzyły się nie tylko na miejscach, nisko położonych, gdzie mogły być uważane za odleżyny, lecz i na innych miejscach, ku przodowi zwróconych — jak udo, prącie i t. d.

Badanie krwi pod koniec choroby wykazało 1,600,000 czerwonych, 3000 białych ciałek krwi, umiarkowaną polichromatofilię, brak jądrowych czerwonych ciałek, — 89% leukocytów wielojądrowych, — 11% bazofilowych, jednojądrowych. Krzepliwość krwi bez zmiany.

W ostatnich dniach zgorzel gardzieli pogorszyła się, ciepłota dochodziła do 38°—39,2°, tętno 114—120. Oddech stał się stenotycznym, pojawił się bezgłos (*aphonia*); całe ciało było pokryte wrzodami, miejscami obnażającymi mięśnie, sięgającymi do kości. Tu i owdzie zauważyć się dawały ropnie. Wreszcie obustronne zapalenie płuc położyło kres cierpieniom chorego (w miesiąc od czasu przybycia do szpitala).

Ogłędziny pośmiertne wykazały: w lewym przedsionku serca na przestrzeni 1 ctm. kw. —

drobne wybijalności wielkości łebka od szpilki, obustronne zapalenie płuc, nadto w lewym płucu zgorzel pośrodkowa, *hepatitis adiposa*, *nephritis haemorrhagica*, zawał, wypełniający prawie całą śledzionę (z wyjątkiem zewnętrznej przekrwionej jej warstwy), *arteriam lienalem* całą wypełnioną zakrzepem, szpik kostny *femoris* bez zmian, także żołądek i kiszki.

W omawianym przypadku interesujące jest zachowanie się wyznaczniń skórnych. Podczas gdy w innych przypadkach zwykły one stopniowo ulegać wessaniu, tu przeciwnie — okazywały one skłonność do rozpadu, na miejscu ich tworzyły się owrzodzenia o charakterze drętowym, nie skłonne do ziarninowania; na miejscach, nisko położonych, ulegających uciskowi, szerzyły one okropne spustoszenia. Zasługują również na uwagę wspomniane wyżej guzy orzechowate na głowie.

Zaznacza też autor, że ze strony nerek mógł stwierdzić jedynie sprawę zapalną tubularną, podczas gdy HAYEM w analogicznym przypadku przy oględzinach pośmiertnych znalazł *glomerulonephritis*, któremu jednak za życia chorego białkomocz nie towarzyszył.

Jaka była przyczyna zawału w śledzionie — zakrzep, czy zator — autor nie może stanowczo rozstrzygnąć, ze względu jednak na wspomniane wyżej zmiany w lewym przedsionku skłonny jest raczej przypisać je zatorowi.

Co się tyczy badania bakteriologicznego, to za życia nie dało ono rozstrzygających wyników; po śmierci jednak w śledzionie i naroślach osierdziowych wykazać się dały streptokoki, w płucach zaś infekcja mieszana — przeważnie jednak diplokoki. W zgorzelinowych częściach gardzieli znaleziono w wielkiej ilości *bacillus fusiformis*, którego hodowla jednakowoż się nie udawała. O ile jednak ten ostatni wpływał na całokształt choroby, nie daje się na razie wyrokować, bądź jak bądź — zdaniem autora — trudno mu odmówić znaczenia w tak gwałtownem i groźnem szerzeniu się sprawy destrukcyjnej w gardzieli.

Dany przypadek nasuwał pewne wątpliwości, czy nie jest on raczej sprawą gnilcową, za czem zdawały się przemawiać głębokie owrzodzenia, brak skłonności do zabliznienia się, cera, wygląd chorego, *foetor ex ore* i ogólne charłactwo. Przeciw takiemu przypuszczeniu jednak

przemawiają: niezajęcie sprawą chorobową dziąseł, brak pierwotnych nacieków mięśniowych, krwawienie z nerek, kiszek, sporadyczność przypadku i wreszcie brak dodatniego wpływu stosowanego leczenia przeciwgnilcowego. Wszystkie te dane razem do pewnego tylko stopnia rozstrzygają kwestyę, boć nawet tak doświadczony klinicysta, jak HAYEM, nie widzi możliwości przeprowadzenia ścisłej granicy pomiędzy gnilcem a plamicą, co w części zdaje się też potwierdzać fakt, że podczas oblężenia Paryża — w mieście obok epidemicznie pojawiających się przypadków gnilea nierzadkie też były przypadki *purpurae*.

Autor, aczkolwiek nie podziela zdania TULLER'a, który w obydwóch cierpieniach chce widzieć odmiany jednej i tej samej sprawy patologicznej, nie wątpi jednak, że dopóki etiologia obydwóch tych spraw dostatecznie wyjaśniona i różniczkowana nie będzie, wciąż będą się nasuwały wątpliwości co do istoty spostrzeganych przypadków.

(Deutsche Med. Woch. Nr. 36. 1904).

F. Gr.

163. URY I ALEXANDER. O nienormalnym składzie kału w przebiegu chorób trzustki.

Pewne i ścisłe rozpoznanie cierpień trzustki jest w większości przypadków rzeczą bardzo trudną, częstokroć nawet niemożliwą.

Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że wystarczające a przynajmniej ważne dla diagnozy dane powinniśmy otrzymać przy badaniu kału. W rzeczywistości sprawa nie jest tak prosta, bowiem w znacznej większości przypadków sprawa chorobowa trzustki pozostaje bez widocznego wpływu na skład kału.

Tylko w nielicznych stosunkowo przypadkach badanie wypróżnień daje nam ważne wskazówki rozpoznawcze, których rozważanie w połączeniu z obserwacją kliniczną pozwala na zdiagnozowanie cierpienia trzustki.

Takie właśnie przypadki, leczone w poliklinice BOAS'a, opisują autorzy.

We wszystkich czterech przypadkach postawiono rozpoznanie raka trzustki jeszcze za życia chorych; dwa przypadki były sekowane.

Dominującym objawem była tu wybitna obfitość tłuszczów w wypróżnieniach.

Przytem zupełny brak żółtaczki, co znakomicie ułatwiało rozpoznanie, gdyż „stolec tłuszczowe“ mogą być spowodowane przez zatrzymanie odpływu żółci do kiszek.

W dwóch pierwszych przypadkach tłuszcz odchodził pod postacią żółtej, płynnej masy — oddzielnie od reszty wypróżnień; w dwóch innych tłuszcz był równomiernie zmieszany z kałem. Ilość niewypotrzebowanego tłuszczu była bardzo znaczna; w drugim przypadku, naprzykład, wynosiła 72% ilości wprowadzonej, podczas gdy w normalnych warunkach nie powinna ona przechodzić 7 — 10% (Rubner).

Rozkład tłuszczów był bardzo ograniczony w dwóch przypadkach; w pierwszym zaledwie 9 procent uległo rozszczepieniu.

Obok wibitnego wzmożenia ilości tłuszczu U. i A. skonstatowali w trzech przypadkach nienormalną obfitość niestrawionych włókien mięsnych w kale sformowanym (azotorrhoea). W przypadku trzecim trawienie mięsa nie nie pozostawiało do życzenia; w tym też przypadku pomimo choroby trzustki U. i A. nie zauważyli ani cukromoczu w zwykłym tego słowa znaczeniu, ani też „glikozuryi alimentarnej“ po zadaniu 100 gramów cukru gronowego.

Takiż brak cukromoczu notowano w dwóch pierwszych przypadkach.

W literaturze chorób trzustki znaleźć można opisy przypadków, w których notowano normalną zawartość tłuszczu w kale obok nadmiernej ilości niestrawionych włókien mięsnych. Trzeci przypadek autorów poucza nas o możliwości wprost odwrotnego stosunku.

Co się tyczy samego wchłaniania tłuszczów w przebiegu chorób trzustki, to MÜLLER znalazł, że nie jest ono upośledzone. W przypadkach, opisanych przez MÜLLER'a, obniżona była jedynie zdolność rozszczepiania tłuszczów. Inny rodzaj zaburzeń w zdolności spotrzebowania tłuszczów znajdujemy w przypadkach autorów i w kazuistyce DEUCHER'a. Uwzględniając wszystkie te przypadki, powiedzieć można, że w przebiegu chorób trzustki spotykamy

1) zwiększenie ilości tłuszczu przy niedostatecznym rozszczepianiu

2) zwiększenie ilości tłuszczu przy rozszczepianiu normalnem (DEUCHER)

3) normalną zawartość tłuszczu przy niedostatecznym rozszczepianiu (FR. MÜLLER).

Należałoby zbadać, która z tych różnych modyfikacji spotyka się najczęściej.

Do tego celu nie doprowadzą jednak dotychczasowe ogólnie przyjęte metody jedynie makro- i mikroskopowe. Konieczne tu jest badanie chemiczne, przytem odpowiednio obstarwione; ilość wprowadzonego tłuszczu i mięsa powinna być ściśle odmierzona. Wiadomo od czasu RUBNER'a, że człowiek zdrowy przyswaja od 7 do 10 procent spożytych substancji tłuszczowych, o ile ogólna ilość ich nie przekracza 350 gramów dziennie. Niewątpliwie w chorobach trzustki granica przyswajalności tłuszczów leży niżej i oznaczenie tej granicy da nam z pewnością możność rozpoznawania tych chorób w pewnej odsetce przypadków. Że nie we wszystkich, tego dowodzą chociażby przypadki HARTSEN'a, w których przy zupełnym prawie zaniku trzustki przyswajanie tłuszczów odbywało się prawidłowo. Z drugiej strony obecność nadmiernych ilości tłuszczu w kale sformowanym (przy braku żółtaczki) nie koniecznie przemawia za chorobą trzustki, bowiem „steatorrhea“ może być wynikiem cierpienia cienkich kiszek (piąty przypadek autorów), o ile te sprawy działają ujemnie na zdolność wchłaniania, a równie może być spowodowana przez cierpienia, utrudniające transport tłuszczów przez naczynia chłonne (obrzemiecie gruczołów krezkowych, gruźlicze zapalenie otrzewny). Objawem prawie patognomicznym dla chorób trzustki jest odchodzenie obfitych płynnych mas czystego tłuszczu — odzielnie od reszty kału.

Drugim objawem, którego wystąpienie powinno zawsze skierować uwagę klinicysty na stan trzustki, jest obecność nadmiernej ilości włókien mięsnych w kale. Przy rozpoznaniu wyłączyć należy przede wszystkim — jak i w przypadkach „stoleów tłuszczowych“ — zaburzenia ruchu robaczkowego kiszki. Jednak nawet i w przypadkach z normalną perystaltyką nie można na zasadzie jednego objawu, o którym mowa, dyagnozować cierpienia trzustki, gdyż złe przyswajanie białka może mieć źródło również w zaburzeniach zdolności chłonnej lub wydzielniczej kiszki. Dopiero zbiór objawów może decydować o rozpoznaniu (przypadek szósty autorów).

3 ostatnie przypadki autorów (szósty, siódmy i ósmy) przedstawiają kombinację eukromoczu ze „steatorrheą“ i z „azotorrheą“, ewentualnie z obydwoma na raz objawami. Że w pe-

wnej odsetce przypadków moczołki cukrowej występuje upośledzenie zdolności przyswajania białka i tłuszczów, tego dowodzą również spostrzeżenia wielu innych autorów. U. i A. na zasadzie zbioru objawów przypuszczają, że w przypadku VI i VIII mieli oni do czynienia z chorobą trzustki. Przypadki te nie były sekowane.

(Deutsche med. Woch. 36—37. 1904 r.)

B. Ż.

164. W. B. Mc LAUGHLIN. Leczenie krwotoku płucnego.

Krwotok płucny nie jest sprawą jednoznaczną z każdym innym krwotokiem, i z tego względu przy tamowaniu tegoż nie można się kierować temiż samymi zasadami, co i przy leczeniu innych krwotoków, bo wstrzymanie krwotoku z narządu sprężystego, to rozciągającego, to kurczącego się, musi się opierać na innym mechanizmie, jak wstrzymanie krwotoku z innego jakiego narządu nieruchomego. Jeśli więc wziąć pod uwagę czas potrzebny do utworzenia się skrzepu w świetle przeciętego naczynia krwionośnego i pamiętać o tem, że płuco robi na minutę od 16 do 25 ekskursji oddechowych, to stanie się zrozumiałem, że dla powstrzymania krwotoku płucnego, oprócz zwykle używanych, trzeba wprowadzić w grę i inne jeszcze czynniki dodatkowe. Przy krwotoku w płucu pęcherzyki płucne, otaczające *locum laesionis*, wypełniają się krwią. Otóż chociaż już dużo rozprawiano o niebezpieczeństwie zakażenia zakrzepłej tu krwi, mało jednak zwracano uwagi na rolę, jaką skrzep ten właśnie odgrywa w powstrzymaniu krwotoku, gdyż on to właśnie, wypełniając rozciągnięte miejscowo drogi oddechowe, nie pozwala im się skurczyć, a tem samem unieruchomia odpowiednią część płuca. W ten to sposób warunki, zupełnie niesprzyjające samoistnemu zatrzymaniu się krwotoku, zmieniają się właśnie na warunki sprzyjające, albowiem unieruchomienie miejsca broczącego i ucisk na nie dają czas dostateczny do wytworzenia się skrzepu w pękniętym naczyniu.

Na zasadzie powyższego i biorąc także pod uwagę możliwość zakażenia skrzepu, przy powstrzymywaniu krwotoku płucnego należy: 1) przedsięwziąć środki, sprzyjające wytworzeniu się takiego skrzepu jaknajprędzej, 2) ograniczyć go do jaknajmniejszych rozmiarów i wreszcie 3) starać się, aby tenże utrzymał się

w miejscu tak długo, dopóki światło pękniętego naczynia nie będzie trwale zamknięte.

Celem zadośćuczynienia tym wskazaniom niezbędne jest zmniejszenie odruchu drażliwości płuca i ograniczenie ruchów oddechowych po stronie krwawiącej. Pierwszemu wskazaniu zadość mają czynić bromki oraz chlorał. Autor jednak przekłada tu makowiec, ponieważ tenże doskonale powstrzymuje kaszel, ogranicza przemianę materii, w pewnej mierze potrzebę tlenu, a tem samem i zmniejsza pracę płuc.

W celu zaś ograniczenia ekskursji oddechowych, nałożyć należy odpowiednią opaskę na tę stronę klatki piersiowej, z której krwotok ma miejsce. Tu więc pasy lepkiego plastra — przy silnym wydechu chorego oraz przy użyciu przytem silnego nacisku — nakładają się na całą daną połowę klatki piersiowej — od fałdy pachowej do dolnego brzegu żeber, kierując się przytem temiż samemi zasadami, co i przy złamaniu tychże. Takie postępowanie sprzyja wytworzeniu się skrzepu około miejsca krwawiącego, *resp.* prędkiemu powstrzymaniu krwotoku, staje na przeszkodzie obluźnieniu się i prędkiemu wydaleni skrzepu — przez co zapobiega nawrotowi, wreszcie skrzep, tworząc się nie wśród rozciągniętej, lecz przeciwnie wśród zwiotczalej tkanki płucnej, mniej szkodliwie oddziaływa na ogólne odżywianie płuca — i tem samem mniej sprzyja zakażeniu tegoż (ze strony krwawego infiltratu). Wreszcie po zdjęciu opaski rozszerzenie się drogi oddechowej sprzyja obluźnieniu się skrzepów i wydaleni się ich.

Zarzut, że metoda ta może sprzyjać zalanu krwią oskrzeli w ogóle, autor odpiera uwagę, że, aczkolwiek makowiec, zmniejszając ogólną drażliwość odruchową, mógłby sprzyjać nagromadzeniu się krwi, aczkolwiek unieruchomienie jednej połowy klatki piersiowej w pewnej mierze takż wpływ okazuje, to jednak spotęgowane ruchy oddechowe po stronie zdrowej (bez opaski) będą raczej sprzyjały wydaleni krwi, jaka by się do oskrzeli tej strony (zdrowej) dostać mogła.

W razie pojawienia się krwotoku płucnego autor niezwłocznie robi podskórne zastrzyknięcie nitrogliceryny grm. $\frac{1}{100}$ (= 0,0006 grm.) i gr. $\frac{1}{4}$ (= 0,015 gr.) morfiny; nakłada wyżej opisaną opaskę i każe pacjentowi leżeć na boku chorym. W sześć godzin po ustaniu krwotoku umie-

szeza chorego w otwartej ze wszęch stron altanie (bez ścian). (Mowa tu jest o szpitalu, w którym autor ordynuje w oddziale gruźliczym). Po czterech dniach opaska się zdejmuje i przez tydzień trzyma się pacjenta w spokoju na wolnem powietrzu (*rest cure in the open*), do którego chorzy już w zwykłych warunkach podczas leczenia są przyzwyczajeni.

W sposób wyżej opisany autor leczył siedm przypadków *haemoptiseos*, z których dwa były bardzo ciężkie, a zwłaszcza jeden, w którym krwawienia, choć nie niezbyt obfite, lecz za to nadzwyczaj uparte trwały już z górą przez siedm tygodni. We wszystkich krwotok prędko bywał opanowywany, i w żadnym z nich nie udało się zauważyć następczego podwyższenia ciepłoty.

(*Medic. Record. N. 1767. 1904 r.*)

F. Gr.

165. F. NEUFELD i W. RIMPAU. O ciałach ochronnych, znajdujących się w surowicy przeciw paciorkowcowej i przeciw pneumokokowej.

Liczne badania ostatniego dziesięciolecia nad ciałami ochronnemi surowic doprowadziły, jak wiadomo, do ustalenia dwóch odrębnych typów tych substancji, mianowicie antytoksyn i ciał bakteryobójczych. Większość autorów niemieckich uznaje za dowiedzione istnienie tylko tych dwóch kategorii i mniema, że surowica lecznicza może być tylko albo antytoksyjna albo bakteryobójcza. Wobec panującego przekonania, że *tertium non datur*, zdarza się, że autor, mając do czynienia z wysokowartościową surowicą leczniczą i stwierdziwszy, że surowica ta własności antytoksyjnych nie posiada, wnioskuje o istnieniu ciał bakteryobójczych, nie zadając sobie nawet trudu skonstatowania ich obecności czy to za pomocą doświadczeń na zwierzętach, czy też przez obserwację *in vitro*. A tymczasem niewątpliwą jest rzeczą, że surowice lecznicze działać mogą jeszcze i w innym kierunku, mianowicie pobudzając zdolność fagocytarną ustroju.

Taki rodzaj działania surowicy przeciw paciorkowcowej stwierdzili po raz pierwszy DENYS i LECLEF w doświadczeniu następującem. Zawiesinę ciałek białych krwi królika w surowicy królika normalnego miesza autorowie w próbówce z hodowlą paciorkowców: w tym przypadku fagocytoza była zaledwie wyrażona nawet w mieszaninie, zawierającej białe ciała krwi królika, uod-

pornionego względem paciorkowców. Przeciwnie, białe ciała krwi nawet królika nieudpornionego energicznie fagocytowały i niszczyły paciorkowce, będąc zawieszane w surowicy królików immunizowanych.

Analogiczne doświadczenie nie udało się BORDET'owi.

N. i R. przeprowadzili swe doświadczenia z bardzo silną surowicą przeciwpaciorkowcową, otrzymaną z królika. Dwa decygramy tej surowicy, zastrzyknięte myszy, uodparniały ją na działanie 100000-krotnej śmiertelnej dawki paciorkowca. Surowica ta *per se* nie wywierała działania bakteryobójczego na streptokoki.

Dodając do niej dobrze zachowanych, ruchomych białych ciałek krwi królika normalnego, N. i R. obserwowali bardzo energiczną fagocytozę niejednokrotnie już po upływie pół godziny: w wielu przypadkach wszystkie paciorkowce ulegały pochłonięciu przez leukocyty, w których wnętrzu ulegały stopniowo zwyrodnieniu, prowadzącemu częstokroć do zupełnego rozpuszczenia. W próbkach kontrolujących z surowicą normalną paciorkowce rozrastały się szybko, fagocytoza była nieznaczna, przeciwnie, po pewnym czasie zaczynał się rozpad leukocytów.

Udział surowicy w fagocytozie nie ulega zatem wątpliwości. Chodzi teraz o rozstrzygnięcie zapytania, w jakim kierunku idzie to działanie. Czy surowica pobudza białe ciała krwi, czy też działa wprost na bakterye?

Następujące doświadczenie daje pewną odpowiedź na to pytanie.

Jeżeli mieszać leukocyty z surowicą swoistą, zostawić je w mieszaninie przez 20 minut przy 37°, potem oddzielić je na centryfudze, przenieść do surowicy normalnej i dodać do nich paciorkowców, to fagocytoza nie występuje. Odwrotnie, obserwujemy fagocytozę w mieszaninie surowicy normalnej, leukocytów i paciorkowców, które uprzednio pozostawały przez czas pewien pod działaniem surowicy swoistej, a potem były odcentryfugowane i przebyte roztworem soli kuchennej. Zatem surowica swoista nie działa „stymulująco“ na leukocyty, a tylko wywiera pewien wpływ na bakterye, które wtórnie dopiero ulegają fagocytozie.

Dalszy szereg doświadczeń, w których surowica była ogrzewana przez pół godziny do 59°,

doprowadził autorów do wniosku, że paciorkowce łączą się nie z ciałem dopełniającem surowicy, lecz z substancją względnie wytrzymałą na działanie wysokiej temperatury, zbliżoną zatem do ciał uodparniających (Immunkörper) PREIFFER'a. Jest rzeczą prawdopodobną, że ciało dopełniające znajduje się w leukocytach.

Wyniki doświadczeń autorów na zwierzętach zgodne są z obserwacją *in vitro*.

I tu pod wpływem surowicy swoistej, zastrzykniętej na 2. godziny przed lub jednocześnie — razem z paciorkowcami, występowała wybitna fagocytoza, której brak zupełny stwierdzony był u zwierząt kontrolujących (doświadczenia na myszach, wstrzykiwania do jamy brzusznej). Za fagocytozą szło rozpuszczanie paciorkowców, ale jedynie wewnątrz komórek; w samym płynie wysiękowym bakteryolizy nie obserwowano.

Doświadczenia z surowicą przeciwpneumokokową dały analogiczne wyniki, jak z surowicą przeciwpaciorkowcową zarówno w próbkach, jak i na zwierzętach.

(Deutsche medic. Wochen. Nr. 40. 1904 r.).

B. Z.

166. DERLIN. Xanthoma diabeticum tuberosum multiplex.

Cierpienia skóry u chorych cukrzycowych NAUNYN dzieli na 3 grupy: glikemiczne, kachetyczne i nerwowe. Poza tem pozostają jeszcze przypadki nieokreślone, dla których NAUNYN stworzył 4-tą grupę i do niej zaliczył między innymi dobrze znane cierpienie: *xanthoderma diabeticum*. Mamy tu wykwity w postaci guziczków rozmaitej wielkości, które miejscami zlewają się w większe guzy. Rozwojowi ich towarzyszy niekiedy pewien ból; ucisk na guziczki także powoduje pewne uczucie bólu. Wierzchołek guziczków jest żółtawy, a naokoło widzimy obwódkę czerwoną. Żółty wierzchołek jest twardy i przy ucisku bocznym nie daje się wycisnąć. Charakterystyczne jest umiejscowienie na wyprostnych powierzchniach kończyn, przyczem twarz i szyja pozostają zazwyczaj wolne. W przypadku autora rzucano się w oczy symetryczne umiejscowienie wykwitów na obu połowach ciała na przebiegu nerwów skóry. Sąsiednie gruczoły chłonne są zlekka powiększone. Za znamioną cechę ksantomatu uważać należy zależność tegoż od leczenia: przy przestrzeganiu diety przeciw-

cukrzycowej wykwitły dość szybko znikają, ażeby powrócić przy wykroczeniach przeciw dycie. Zależność ta występowała bardzo wyraźnie w przypadku autora. Po zniknięciu niektórych wykwitów pozostają blizny, po innych — miejsca zabarwione, wreszcie pewna część wykwitów znika bez śladu. Początkowo znika czerwona obwódka, następnie żółty wierzchołek. Co się tyczy budowy histologicznej guziczek, to te składają się z tkanki włóknistej, zawierającej komórki wrzecionowate i okrągłe. Komórki te wypełnione są kropelkami tłuszczu, zajmującymi także przestrzenie międzykomórkowe. W okresie zanikania wykwitów nacieczenie tłuszczowe zmniejsza się i wreszcie znika.

Dotychczas jeszcze podzielone są zapatrywania na kwestyę, czy *xanthoma diabeticum* jest identyczne z *xanthoma vulgare planum*. To ostatnie występuje w postaci plamistej, lecz także grudkowej albo wyłącznie na powiekach, albo też na całym ciele. Ulubione miejsca *xanth. vulg.* są: twarz, kark, podeszwy, dłonie, kolana i łokcie. Wykwity są stałe i urągają wszelkiemu leczeniu. Postać ta często połączona jest z żółtaczką, której powstawanie objaśnić można tem, że wątroba, zarówno jak inne narządy, uległa cierpieniu ksantomatycznemu oraz przerostowi, skutkiem czego nastąpił zastój żółci.

W literaturze dotychczas znany jest jedyny przypadek (GEYER'a), w którym typowy guzowaty ksantomat wystąpił w przebiegu choroby nerek. Przypadek ten dotyczył pijaka, którego mocz zawierał $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ‰ białka i wolny był od cukru. Guziczki wystąpiły symetrycznie na wyprostnych powierzchniach stawów z zupełnym oszczędzeniem twarzy. Przy zachowaniu odpowiedniej diety wykwitły zniknęły, przy wykroczeniach zaś nanowo wracały.

Autor jest zdania, że ksantomat glikozuryczny różni się od nieglikozurycznego. Podczas gdy ostatni, którego typem jest ksantomat powiek, jest samodzielnym cierpieniem skóry, można na postać glikozuryczną zapatrywać się, jako na cierpienie następcze, zależne od nieprawidłowości w przemianie materii. Co do budowy histologicznej, to wszystkie postaci ksantomatu mają tę wspólną cechę, że komórki je składające nacieczone są tłuszczem. Lecz podczas gdy w *xanthoma tuberosum* znajdujemy w komórkach tkanki łącznej nadmiar tłuszczu, w *xanthoma*

planum rzecz najczęściej dochodzi tylko do mętnego obrzmienia (trübe Schwellung). Podobny pogląd wyraża także szkoła UNNA'y. Zdaniem GEYER'a, postać guzowata różni się od płaskiej nie tylko klinicznie, lecz także anatomicznie, gdyż guziczki, spłaszczając się przy zaniku, nie zawierają już tłuszczu. Spostrzeżenie takie zrobił także autor w swoim przypadku.

(Münch. med. Woch. Nr. 37. 1904).

S. P.

167. SPRENGEL. Znaczenie leukocytozy dla postawienia wskazania do operacji w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Od czasu, jak CURSCHMANN zalecił leczenie białych ciałek krwi w zapaleniu wyrostka robaczkowego, jako środek, pozwalający rozpoznać zapalenie ropne w jamie otrzewny, ogłoszono już w tej kwestyi około 25 prac. Pomimo to sprawa dotychczas jeszcze nie została rozstrzygnięta. Okoliczność, że w pewnych przypadkach ostrego zapalenia wyrostka istnieje mniej lub więcej wyrażona hiperleukocytoza, nie ulega wątpliwości, lecz zapatrywania na doniosłość praktyczną tego faktu są jeszcze bardzo podzielone: jedni potwierdzają pogląd CURSCHMANN'a, inni natomiast zachowują się bardzo sceptycznie, jak np. REHN.

Na mocy skąpych danych rozmaitych autorów niepodobna wyrobić sobie pojęcia o częstości wysięków surowiczowłóknikowych w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Łukę tę do pewnego stopnia wypełniają dane SPRENGEL'a. W ciągu ostatnich 3 lat autor wykonał 45 wczesnych operacji, t. j. w ciągu pierwszych 2 dni choroby, i 118 późnych. Przy wczesnych zabiegach otrzewna była 5 razy wolna, 15 razy w stanie podrażnienia (10 razy z wysiękiem surowiczym, 5 razy z mętnym), 8 razy istniała *peritonitis circumscripta sero-fibrinosa*, 8 razy — *peritonitis circumscr. purulenta*, 9 — *periton. libera s. diffusa*. Na 118 przypadków późniejszych zabiegów znaleziono otrzewną wolną 7 razy (były to zwykle dość wczesne przypadki, często 3 dnia choroby), podrażnienie otrzewny 2 razy, *perit. circ. sero-fibrin.* 13 razy, *periton. circ. purul.* 57, *periton. libera* 39 razy. Z tych danych wynika, że wysięk surowiczowłóknikowy zdarza się o wiele rzadziej, niż wysięk ropny, zwłaszcza w późnych przypadkach (13 : 96). Stosunkowo rzadkie występowanie wysięku surowiczowego

włóknikowego obniża wogóle znaczenie objawu CURSCHMANN'a.

Autor nie dokonywał kilkakrotnych obliczeń białych ciałek krwi w każdym poszczególnym przypadku, gdyż, będąc zwolennikiem wczesnego zabiegu, nie chciał drogiego czasu tracić na liczenie. Jednokrotne liczenie leukocytów dokonane było w 83 przypadkach: w 20 wczesnych i 63 późnych. Z przytoczonych przez autora cyfr wynika, co następuje:

1) Leukocytoza jest przeciętnie lżejsza we wczesnych przypadkach, niż w późnych.

2) Liczba leukocytów wzrasta w zależności zarówno od zmian w samym wyrostku, jak i w otrzewnie, i osiąga *maximum* w przypadkach *appendicitidis destructivae* w późniejszym okresie.

3) Dla postaci wczesnych wyniki są mniej prawidłowe, niż dla postaci późnych; zdarza się znaczna leukocytoza w *appendicitis simplex* z nieznacznymi zmianami otrzewny oraz odwro-

tnie: niskie cyfry leukocytów przy ciężkich zmianach wyrostka i otrzewny.

4) Z cyfr autora bynajmniej nie wynika, ażeby między *peritonitis circumscripta sero-fibrinosa* a *purulenta* istniała jakaś charakterystyczna różnica, jak to niektórzy autorowie przyjmują; cyfry leukocytów są nawet nieco wyższe we wczesnym okresie *perit. circ. sero-fibrin.*, niż w *perit. circ. purul.*, w późniejszym zaś okresie różnice również są nieznaczne.

Z powyższych danych wynika, że metoda CURSCHMANN'a bynajmniej pewna nie jest. Nie może ona kierować nami przy postawieniu wskazania do operacyi, szczególnie we wczesnym okresie choroby. Pomimo to nie możemy odmówić jej pewnego znaczenia rozpoznawczego, zwłaszcza przy jednoczesnym uwzględnieniu innych objawów klinicznych.

(Münc. med. Woch. N. 37. 1904).

S. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Chlorek sodu, wprowadzony do ustroju w nadmiernej ilości, wywiera wpływ szkodliwy nie tylko na błonę śluzową żołądka i na nerki, lecz pogarsza również pewne choroby nerwowe, np. histeryę. Przy podawaniu histerykom, prócz pożywienia zwykłego, 12 — 15 grm. NaCl dziennie, zaburzenia nerwowe wzmagają się, i liczba napadów niekiedy się powiększa. NaCl posiada nawet, zdaje się, własność wywoływania napadów histerycznych u osób, u których choroba przebiega skrycie. Jednocześnie choroby skarżą się na silne bóle żołądka, bezsenność, czasem biegunkę i wymioty, ułatwiające wydalanie soli. Przeciwnie, przy dyecie, ubogiej w Na Cl, zaburzenia żołądkowe oraz drgawki znikają. Chlorek sodu zatem gra w histeryi utajonej tę samą rolę, co wyskok, ołów, rtęć. CLAUDE wykonał doświadczenia, mające na celu sprawdzenie, czy u ludzi zdrowych Na Cl mo-

że wpływać na przemianę materii. Badał mocz osobnika, który przez 5 dni był pozbawiony soli — następnie w ciągu kilku dni przyjmował 10 — 12 grm. Pod wpływem pożywienia, zawierającego li-tylko Na Cl pokarmów, zmniejsza się stopniowo zawartość chloru w moczu; ilość mocznika spada nagle i dopiero niekiedy po dłuższym czasie podnosi się; stosunek kwasu fosforowego do mocznika i do całego azotu wskazuje wzmoczenie utraty fosforu. Również kryoskopia wykazuje zmniejszenie wydzielania.

(Sem. méd. 28—1904).

= GOLDMAN wykonywał u 40 dzieci szczepienie ochronne ospy w ciemni fotograficznej przy lampie o czerwonym świetle i przewiązywał miejsca szczepienia czerwonymi przepaskami, pod które kładł papier czuły na światło, zwrócony powierzchnią nieczulą na zewnątrz ku światłu, celem upewnienia się, że

opatrunek czerwony nie został zdjęty za wcześnie. Badanie wykazało: brak obrzmienia gruczołów pachowych; krosty szczepienne nie okazywały odczynu zapalnego, były okrągłe i odgraniczały się od zupełnie normalnego, niez-

czwienionego otoczenia, jak małe brodawki. U wszystkich tych dzieci ponownie po 5 tygodniach szczepienie dało wynik ujemny, zatem były one uodpornione.

(Wien. klin. Woch. 36 — 1904).

Wiadomości bieżące.

— W końcu października r. b. (od 24—27) odbywał się w Paryżu zjazd lekarzy francuskich chorób wewnętrznych pod przewodnictwem znanego anatomo-patologa prof. CORNIL'a. Na kongres ten zebrało się przeszło 300 lekarzy, pomiędzy którymi znajdowało się wielu profesorów uniwersytetu i szkół lekarskich francuskich, mniejszą liczbę uczestników zjazdu stanowili lekarze z Belgii, Szwajcaryi i innych krajów.

Uroczyste otwarcie zjazdu miało miejsce w wielkim amfiteatrze szkoły medycznej, odświętnie przystrojonej, w dniu 24 października. Prof. CORNIL zagaił pierwsze posiedzenie przemówieniem o znaczeniu anatomii patologicznej dla medycyny wewnętrznej. Przemówienie to, wypowiedziane treściwie, a jednak bardzo interesująco, wywołało powszechny oklask, do czego się niezawodnie i niezmiernie sympatycznie, pełna skromności i prostoty postać prof. CORNIL'a przyczyniła.

Następnie zgodnie z wnioskiem prezydium wybrano jako prezesów honorowych zjazdu: prof. BERNHEIM'a i LEPINE'a z Lyonu, prof. GRASSET'a z Montpellier, prof. d'ESPINE'a z Genewy, prof. HENRIJEAN'a z Liège i D-ra PAWIŃSKIEGO z Warszawy.

Do dyskusji przedstawione były 3 tematy:

1) Ciśnienie tętnicze w różnych stanach chorobowych.

2) Zastrzykiwanie rtęci.

3) Otyłość.

Najwięcej zaciekawienia budził pierwszy temat — który w ostatnich kilku latach stał się przedmiotem częstszych rozpraw w różnych zgromadzeniach lekarskich. Sprawozdawcami byli prof. BOSCH i VEDEL z Montpellier i d-r VAQUEZ z Paryża. Z zadania swego wywiązali się znakomicie, opracowali rzecz z wielką sumiennością i wszechstronnością, podali wyniki do-

świadczeń swych nad wartością badań sfigmomanometrycznych. W dyskusji poruszono wiele ciekawych kwestyi, dotyczących zwiększonego i zmniejszonego napięcia tętniczego. D-r M. MEDELSONH mówił o podniesieniu ciśnienia krwi, ograniczonego tylko do kończyn dolnych — w niektórych cierpieniach mlecza, a zwłaszcza w wiądzie rdzenia (*tabes*); prof. BERNHEIM — o wpływie sugestyi na napięcie naczyniowe i częstość tętna, d-r PAWIŃSKI — o wpływie ciśnienia na powstawanie rytmu ewalowego i wahadłowego, jak również o sposobach samoobrony organizmu przy wyższych stopniach zwiększonego ciśnienia tętniczego, prof. FRANÇOIS-FRANK — o zmianach ciśnienia krwi pod wpływem innerwacji i wydzieliny pewnych organów, o t. zw. sekrecyi wewnętrznej (*gl. thyreoidea, glandulae suprarenales* i t. d.).

W dziale komunikatów przedstawili swe prace: JOSUE — patogeneza miażdżycy naczyń, PAWIŃSKI — zmiany w napięciu tętniczym w okresie przekwitowym (*climax*) u kobiet, d'ESPINE — badanie kardiograficzne nad chorobą BASEDOW'a i wiele innych.

Sprawozdawcami do drugiego tematu — (zastrzykiwania rtęci) byli d-r LANNOIS z Lyonu i d-r BALZER z Paryża. Prof. FOURNIER i BRISAUD byli zdania, iż zastrzykiwania rtęci, stosowane przeciw t. zw. objawom parasyfilitycznym — w *tabes* i postępującym paraliżu, są bezskuteczne.

Opracowania trzeciego tematu — otyłość — podjęli się prof. MAUREL z Tuluzy i Le NOIR z Paryża, poruszyli więcej stronę fizyologicznochemiczną, niż patologiczną kwestyi. Z tego też powodu mniej zainteresowali lekarzy praktyków.

Jako miejsce przyszłego zjazdu wybrano Liège w Belgii. Prof. HENRIJEAN z Liège podjął się zająć urządzeniem zjazdu; prezesem ma być prof. LEPINE z Lyonu. Tematy do rozpraw

będą: 1) Znaczenie wydzieliny trzustki w patologii. 2) Formy kliniczne przewlekłego reumatyzmu i 3) Dyeta z wyłączeniem chlorku sodu.

— Komitet ku uczczeniu pamięci prof. BRODOWSKIEGO, na czele którego stoją koledzy: DMOCHOWSKI, JANOWSKI, KRYŃSKI, RADZIWIŁOWICZ i WRÓBLEWSKI zwraca się do wszystkich,

komu pamięć i zasługi zmarłego nie są obecne, z prośbą o nadsyłanie ofiar na utworzenie funduszu, z którego odsetki będą przeznaczone albo na peryodycznie powtarzaną pracę z dziedziny anatomii patologicznej, albo na kształcenie młodego lekarza z zakresu medycyny teoretycznej.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w październiku 1904 r.

Gazeta Lekarska.

N. 40. 1) Józef Saks. Przyczynki do uszkodzeń narządów płciowych kobiety sub coitu.

2) M. Halpern. O zachowaniu się chlorków w ustroju, o ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek. (C. d.)

N. 41 1) I. Szmurło. O klimatycznym znaczeniu stepów na południo-wschodzie Rosji oraz leczeniu kumysem.

2) M. Halpern. O zachowaniu się chlorków w ustroju, o ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek. (C. d.)

N. 42 1) Józef Jaworski. Zastosowanie stałego prądu elektrycznego łącznie z kolpeuryzą do leczenia przewłocznych poporodowych wnicowań macicy.

2) M. Halpern. O zachowaniu się chlorków w ustroju, o ich stosunku do powstawania obrzęków i znaczeniu w dyetetyce przy zapaleniu nerek. (Dok.)

N. 43. 1) Alfons Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą przeciwploniczą wyrobu pracowni dra Palmirskiego.

2) J. Szmurło. O klimatycznym znaczeniu stepów na południo-wschodzie Rosji oraz leczeniu kumysem. (Dok.)

Nr. 44. 1) Alfons Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą przeciwploniczą wyrobu pracowni d-ra Palmirskiego. (D. c.)

2) Władysław Sterling. Badania nad czuciem wibracyjnym i jego znaczeniem klinicznym. (C. d.)

Kronika Lekarska.

Zeszyt 19. T. Smużyński. Przypadek samowyleczenia guza perlistego.

Zeszyt 20. Matylda Biehler. Przyczynki do działania zastrzykiwań podskórnych arszeniku u dzieci.

Krytyka Lekarska.

N. 10. 1) Zygmunt Kramsztyk. Głos na puszczy.

2) Józef Bieliński. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie.

Zdrowie.

Zeszyt 10. H. Fidler. Sprawozdanie lekarskie ze stanu miejskiej 7-io klasowej szkoły handlowej w Radomiu i internatu przy niej za rok szkolny 1901—1902, a pierwszy istnienia szkoły.

Lekarz.

N. 19. 1) S. Bogusławski. Fiziologia trawienia.

2) M. Ganc. Higiena oddychania. (C. d.)

3) Jakób i Anna Puterman. Kilka słów o mleku krwi. (Dok.)

4) L. W. Higiena u braminów indyjskich.

5) J. Idzikowski. Apteczka domowa. (C. d.)

N. 20 1). Bohdan Korybut-Daszkiewicz. Jakie są zasadnicze różnice między ustrojem dziecka i człowieka dorosłego.

2) Leon Wernic. Higiena szkolna według najnowszych wymagań nauki.

3) Zygmunt Szymanowski. Śniadanie młodzieży szkolnej.

4) M. Ganc. Higiena oddychania.

5) J. Idzikowski. Apteczka domowa. (C. d.)

Ginekologia.

N. 8. 1) Wł. Bylicki. O bezpośrednim mierzeniu wymiaru prostego wchodu miednicy za pomocą „dźwigni mierniczych.“

2) St. Nowak. Przypadek błoniastego przyczepienia pępowiny wraz z przodowaniem naczyń.

3) I. Borzymowski. O izolacji pęcherza od wpływu moczu za pomocą cewnikowania obydwóch moczowodów.

4) B. Korybut-Daszkiwicz. Przypadek ospy naturalnej u dwudniowego dziecka.

5) A. Karczewski. „Pociągadło.“

Przegląd dentystyczny.

Zeszyt 9. M. Krakowski. O postępowaniu bezgnilnym przy wyjmowaniu zębów.

Zeszyt 10. M. Krakowski. O postępowaniu bezgnilnym przy wyjmowaniu zębów.

Przegląd Felczerski

N. 19. J. Węgrzyn. Przepona i jej fizyologiczne znaczenie.

Przegląd Lekarski.

N. 40. 1) Józef Bogdanik. Cięcie śródtrzewnowe i szew sznurówkowy przy operacjach na pęcherzu moczowym.

2) Feliks Hahn. Nowy przyrząd do odkażania rąk.

3) J. Fels. Błonica i dławiec leczone surowicą i bez surowicy.

N. 41. 1) Zdzisław Sowiński. Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych.

2) Jakób Bronisław Sokal. O gonosanie.

3) J. Fels. Błonica i dławiec, leczone surowicą i bez surowicy. (Dok.)

N. 42. 1) Aleksander Rosner. Hernia abdominalis uteri gravidi.

2) Filip Eisenberg. O pokrewieństwie różnych typów bakterii czerwonkowych.

3) Zdzisław Sowiński. Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych. (C. d.)

N. 43. 1) Aleksander Baurowicz. W sprawie operowania migdałka gardłowego.

2) Kazimierz Habicht. O niezwykłym prze-

biegu i niezwykłym zejściu śmiertelnym w wypadku duru brzuszkiego.

3) Zdzisław Sowiński. Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych.

Nr. 44. 1) D-r Tadeusz Pisarski. O nasennem działaniu isopralu.

2) D-r Z. Sowiński. Rola gonotoksyny w powstawaniu chorób rzeżączkowych.

Nowiny Lekarskie.

N. 10. Kazimierz Noiszewski. Przyczynki do powstawania i leczenia tic convulsif.

Postęp okulistyczny.

N. 9. 1) A. Bednarski. O zmianach anatomopatologicznych wiązadła Zinna. (Dok.)

2) K. Noiszewski. Powstawanie i rozkład wyobrażeń wzrokowych. (Dok.)

Przegląd Higieniczny.

N. 10. 1) Bronisław Duchowicz. Przyczynki do znajomości stosunków higienicznych w gimnazyach i szkole realnej w Tarnopolu.

2) Adam Szulisławski. Z higieny oka.

3) Kazimierz Panek. Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy. (C. d.)

Przegląd Weterynarski.

N. 10. 1) Justyn Karliński. W kwestyi przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na zwierzęta.

2) Stanisław Fibich. Spostrzeżenia nad ciepłotą ryb.

3) Włodzimierz Kulezycki. Pierwotniaki paraszytne i chorobotwórcze. (C. d.)

Głos Lekarzy.

N. 19. 1) Położenie materyalne lekarzy gminnych i okręgowych w Galicyi.

2) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych. (C. d.)

3) Przeciw specyfikom (C. d.)

4) Pod adresem posła Głębińskiego.

5) W sprawie protekcyjnego obsadzania posad lekarskich.

6) Pokłosie z prasy lekarskiej.

7) Sprawy sanitarne w sejmie krajowym.

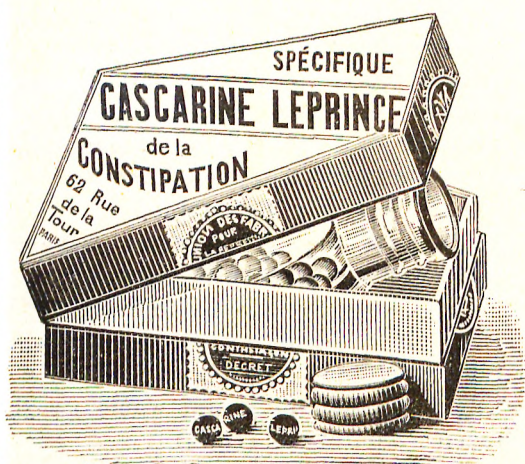
8) Ogólny pogląd na rozwój szpitali prowincjonalnych od chwili objęcia w zarząd kraju.

SPROSTOWANIE. W Nr. 44 „Medycyny“ na str. 932 pod streszczeniem „Przyczynki do leczenia moczówki zwykłej (diabetes insipidus)“ opuszczono litery S. P.

Bardzo pożyteczny produkt z

Cascara Sagrada

♦♦ **CASCARINE**
 $C^{12}H^{10}O^5$ **LEPRINCE** ♦♦
(Kaskarin Leprens)



Akademia Medyczna 12 Czerwca 1892 roku
Akademia Umiejętności 1 Kwietnia 1892
roku i 3 Lipca 1899 r.

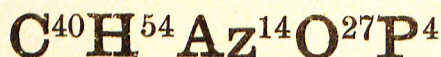
WSKAZANIA: stałe zatwardzenia, choroby wątrobiane; jako środek antyseptyczny dla organów trawienia; przy atonii organów trawienia; przy zatwardzeniu w okresie ciąży i karmienia; przeciw kamieniom żółciowym. Zażywa się zwykle w pigułkach: 2 pigułki po jedzeniu lub przed udaniem się na spoczynek. Skład główny: 62, rue de la Tour Paris (16) Składy we wszystkich aptekach i składach materiałów aptecznych.

Racyonalne leczenie fosforem

R H O M N O L

(PIGUŁKI DOZOWANE PO 5 CENTIGR.)

na zasadzie czystego Kwasu Nukleinowego
przygotowanego przez D-ra Leprince



Wskazania: Fosfaturia—Neurastenia—Krzywica—
Anemia—Uwiad starczy.

Dawka: 4—10 pigulek dziennie po jedzeniu.

D-r LEPRINCE 62, rue de la Tour, Paris (16).

DO NABYCIA WE WSZYSTKICH LEPSZYCH APTEKACH.