

MEDYCYNA

I

KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 52.

Warszawa d. 24 grudnia 1910 r.

Rok XLV.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 pocztową } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

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

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE.— O ostrem zapaleniu wsierdza u dzieci, podał L. Bondy. (C. d.). — W sprawie niedokrwistości złośliwej, podał Ryszard Hertz. (C. d.) — WYKŁAD KLINICZNY. O związku narządów między sobą i opartem na nim nowoczesnem leczeniu chirurgicznem chorób wewnętrznych, podał D-r Adolf Kłesk. — STRESZCZENIA — *Medycyna wewnętrzna*. 215. G. Kiralifi. Znaczenie „gruczołów pozajarzmowych“ (retrojugulares) we wczesnem rozpoznawaniu doświadczalnej gruźlicy świńek morskich. — *Choroby weneryczne*. 216. Favento. (Tryest). 156 przypadków syfilisu, leczonych przetworem Ehrlicha—Haty „606“. 127. Meirowski i Hartman. Wpływ surowicy chorych, leczonych preparatem Ehrlicha na objawy przymiotu dziedzicznego u ssawca. 218. Gennerich. O leczeniu syfilisu preparatem Ehrlicha „606“. — V-y Kongres międzynarodowy akuszerów i ginekologów w Petersburgu. — WIADOMOSCI BIEŻĄCE. OGŁOSZENIA.

PRACE ORYGINALNE

Z oddziału D-ra Korybuta-Daszkiewicza w Domu Wychowawczym.

O ostrych zapaleniach wsierdza u dzieci.

Według odczytu wygłoszonego w Sekcyi Pedagogicznej W. T. L.

Podał

L. Bondy.

(C. d.)

Przechodząc do anatomii patologicznej omawianego cierpienia, muszę z góry zaznaczyć, że zmiany, powstałe w ostrem zap.

ws. u dzieci, niczem się nie różnią od zmian u dorosłych, wobec czego postaram się jaknajzwyczajniej załatwić się z tą kwestyą.

Z. W. łagodne jest najczęściej sprawą zastawkową, i zwykłem jego umiejscowieniem jest zastawka dwudzielna (62% przypadków zesumowanych STEFFENA, DUSCHIA, HOCHSINGERA i WEILA). W początkach zapalenia wsierdza powstają na zastawkach na linii zetknięcia się podczas zamknięcia małe skrzepy, przeważnie złożone z płytek Bizzozera; rzadziej widzimy to na nitkach ścięgnistych lub wsierdzu, wyściełającym ścia-

ny komór lub przedsionków. W skrzepach tych możemy wykazać drobnoustroje, o których wspomniano wyżej. Czy te skrzepy powstają pod wpływem działania samych drobnoustrojów, czy też początkowo powstają one pod wpływem szkodliwego działania danych toksyn, a następnie dopiero sadowią się na tych miejscach drobnoustroje, jest rzeczą nie rozstrzygniętą. Dalszy rozwój zależy od charakteru zapalenia. W formach łagodnych powstaje zapalenie produktywne, ZW. brodawkowe (*Endoc. verrucosa*) i następne przeobrażenie łącznotkankowe, wskutek czego zastawki ulegają zgrubieniu. Widzimy więc na nich wybujałości, zastawki zlepiają się ze sobą, potem zrastają i kurczą się, nitki ścięgniste skracają się, a niekiedy nawet odkładają się złogi wapniowe. Zmiany te są podstawą t. zw. wad serca. Nie często, ale u dzieci jednakże nieco częściej, niż u dorosłych, zmiany zapalne, nie zachodząc tak daleko, wyrównują się i znikają, nie pozostawiając żadnego śladu.

W postaci złośliwej początek bywa ten sam, a jeśli w tym okresie następuje śmierć, to tylko obraz kliniczny odróżnić te dwie postaci pozwala. W dalszym przebiegu nie widzimy już tej skłonności do organizacyi, jaka cechuje formę łagodną. Skrzepy rozmiękają, odrywają się i przenoszą wraz z drobnoustrojami z prądem krwi do rozmaitych narządów, dając podstawę do zatorów. Tkanki zastawek ulegają obumarciu (nekrozie), demarkacyjne zapalenie oddziela części obumarłe, powstają owrzodzenia — stąd też nazwa: zapalenie ws. wrzodziejące (*E. ulcerosa*). Łatwo zrozumieć, że takie owrzodzenie może wywołać przebicie zastawek, przerwanie nitek ścięgnistych, jeżeli zaś sprawa się toczy na wsierdziu ściennym — przebicie przegród komór lub przedsionków. Nieraz widzimy obie zmiany — twórczą i rozpad-

wą — obok siebie, lub też pozostałości po dawniej przebytem zapaleniu obok świeżych zmian rozpadowych.

W obu postaciach przy badaniu serca pośmiertnem znajdujemy rozszerzenie i przerost jego. Rozszerzenie serca, wyrażone mniej lub więcej, dotyczy chorej połowy i z chwilą wyleczenia procesu chorobowego może ustąpić. Bardzo rozległe ZW. może prowadzić do przesięków surowicznych do różnych jam ciała. W badzo rzadkich przypadkach ZW. wywołuje schorzenie samego mięśnia sercowego. W ZW. łagodnem rzadko spotykamy zatory — najczęściej w tętnicach mózgowych, w złośliwych postaciach jest to prawie regułą, przyczem zatory napotykały w rozmaitych narządach, jak w mózgu, w oponach mózgowych, w siatkówce, naczyniówce, w błonach śluzowych i surowicznych, w skórze, a zwłaszcza w nerkach i śledzionie.

Przechodzę do symptomatologii ZW.

Obserwacya kliniczna pozwala z łatwością ustalić rozróżnienie ZW. łagodnego od złośliwego.

Pierwsze odznacza się ogólną reakcją organizmu, przeważnie łagodną i, jak mówi MERKLEN, zapożyczają od warunków, w których powstaje, większą część swych objawów tak ogólnych, jak i czynnościowych.

ZW. złośliwemu towarzyszą objawy ogólne poważne, ciężkie, w zależności czy to od infekcyi ogólnej, której ZW. jest tylko umiejscowieniem, czy to od zatorów septycznych, które ono wytwarza.

To rozróżnienie postaci klinicznych oczywiście nie ma nic absolutnego, jak mówi HUTINEL, gdyż gościec nprz. i wiewiór mogą dać początek tak jednej, jak drugiej formie, tak, że z góry nie można przewidzieć z pewnością, który z tych dwóch typów chorobowych rozwinie się w dalszym przebiegu.

Ponieważ ZW. złośliwe, jak wspomniałem wyżej, jest formą chorobową niezmiernie u dzieci rzadką, powiem o nim pierwej słów kilka, ażeby już do niego nie powracać.

ZW. złośliwemu zazwyczaj towarzyszą objawy ogólne: wymioty, bóle głowy, bóle w okolicy sercowej, niepokój, majaczenia, senność, nieprzytomność i t. d. Ciepłota niekiedy bywa dość umiarkowana i niecharakterystyczna, lecz zazwyczaj podskakuje bardzo wysoko, i właśnie na podstawie temperatury i ogólnych objawów rozróżniamy dwie podstawowe postacie kliniczne ZW. złośliwego: a) postać durową, gdy ciepłota ma raczej charakter gorączki stałej lub zwalniającej, najczęściej o znacznym natężeniu (do 40°), i gdy spostrzegamy przy tem przyspieszone ruchy serca, głębokie i wczesne upośledzenie stanu ogólnego i biegunkę, i b) postać ropniczą, gdy mamy nagle spadki ciepłoty, nieraz do ciepłoty prawidłowej lub niżej, często wśród silnych potów, i nagle podskoki do 40° i wyżej, poprzedzone słabszymi lub silniejszymi dreszczami. Obie postaci charakteryzują się mniej lub więcej licznymi zatorami septycznymi, petociami, purpurą, licznymi ropniami powierzchownymi i głębokimi, krwawieniami itd. Co się tyczy zatorów, to wypada zaznaczyć, iż przewaga pewnych ich umiejscowień może kompletnie wprowadzić w błąd lekarza. I tak, przy zatorach w tętnicach mózgowych mamy tak wyraźny zbiór objawów zapalenia opon mózgowych, że trzeba pewnego czasu i uwagi, żeby zrobić rozpoznanie. Powiększenie śledziony znajdujemy prawie zawsze.

Oczywiście, w obu postaciach ZW. złośliwego kapitalne znaczenie ma badanie serca. Przez pewien czas żadnych szmerów nie spostrzegamy, stwierdzamy jednakże i w początkach choroby wzmożoną czynność serca, a nierzadko nawet rytm galopu. Następnie zwraca na siebie uwagę niezmiernie cha-

rakterystyczna zmienność szmerów sercowych. Zmienność ta zależy od ciągłych zmian, wytwarzanych na zastawkach przez proces wrzodziejący, o którym wspominałem, mówiąc o zmianach anatomo-patologicznych. Ta zmienność szmerów ma wielkie znaczenie, zwłaszcza w postaciach durowych ZW., gdy się narzuca pytanie: czy mamy do czynienia z dorem brzuszny u chorego ze starą wadą serca, czy też z postacią durową ZW.?

Ta ostatnia postać zabija chorego w ciągu 2 do 6 tygodni; postać ropnicza daje śmiertelne zejście na 6—10 dzień.

Przechodząc do omówienia objawów ostrego ZW. łagodnego, nie mogę się powstrzymać od uwagi, że w każdym stanie chorobowym dziecka niezbędne jest staranne badanie serca, jeśli nie chcemy przeoczyć schorzenia wsierdza.

Rzeczywiście, objawy czynnościowe i podmiotowe w ZW. są żadne lub zwodnicze; duszność, kołatanie serca, zaburzenia rytmu serca mają w sobie mało patognomicznego. Często stwierdzamy przyspieszenie bicia serca niezależne od ciepłoty. Nie można się nawet spodziewać, że gorączka wskaże zawsze powstające ZW., ponieważ, jeśli w niektórych przypadkach zjawia się ona rzeczywiście, bardzo często naodwrot nie ma jej wcale. A nawet gdy spostrzegamy gorączkę, może być ona objawem choroby, która wywołała ZW., a nie zależy od samego ZW. CADET de GASSICOURT twierdził, że szmer jedynie może upoważnić do rozpoznania ZW. Zdanie to jednakże podwójnie nie może rościć pretensyi do absolutnej pewności: po 1-e dlatego, że, jak wykazali POTAIN, BOULLAUD i PIORRY, rozpoznanie ostrego ZW. może i powinno być zrobione przed zjawieniem się szmerów, które wskazują na już prawie zakończony proces, i po 2-ie dlatego, że, jak wykazał LEMPP, a potwierdza to HUTINEL i inni, ZW. może

przebiegać u osesków bez żadnych szmerów sercowych. O tem pomówię dalej szczegółowo.

Pierwszym objawem zaczynającego się ZW. jest przygłuszenie tonu schorzałej zastawki; u dziecka zmianę tę zazwyczaj spostrzegamy przy pierwszym tonie. U osobników młodych warstwa cienka klatki piersiowej tak doskonale przenosi tony serca, że z łatwością rozróżnić możemy to przygłuszenie normalnych tonów, które świadczy już o zmianie we wsierdziu; tony te są przytłumione, przygłuszone w różnym stopniu. Obrzmienie i nacieczenie wolnych brzegów zastawek tłoczą tę zmianę tonów. Trochę później, gdy wytwory zapalne zaczynają się organizować, gdy zastawki, początkowo tylko obrzmiałe, twardnieją, tony, jeszcze głuche i jakby zgasłe, jak poprzednio, stają się twardymi: POTAIN porównywał je z dźwiękiem bębna, pokrytego krepą — ton jest tu twardy wskutek naprężenia skóry, a przygłuszony wskutek pokrycia krepą.

Później ton, pozostając twardym, przestaje już być przytłumionym. Szmerzy zaś zastawkowe zjawiają się znacznie później — w czasie od 2 tygodni do dwóch miesięcy. Szmerzy te są najczęściej jakby dodatkiem do poprzednio zmienionych tonów i, wzmagając się w swem natężeniu, b. często zupełnie je pokrywają. Najczęściej szmerzy mają charakter dmuchający lub chuchający. Dzięki doskonałemu przewodnictwu dziecięcej klatki piersiowej, szmer pokrywa częstokroć wszystkie tony i wysłuchuje się nietylko na przedniej, lecz i na tylnej powierzchni klatki piersiowej. *Maximum* jednakże intensywności szmerów wsierdnych przypada zazwyczaj na okolice uderzenia wierzchołka, nieco nazewnątrz od linii sutkowej. Zwykle szmerzy te są skurczowe. O wiele rzadziej spostrzegamy szmerzy w okolicy tętnicy głównej, jeszcze rzadziej szmerzy przedskurczowe u

wierzchołka lub wogóle szmerzy rozkurczowe; do wielkich rzadkości należą szmerzy nad zastawką trójdzielną (*maximum* na *sternum* lub nad zastawkami tętnicy płucnej (*maximum* w 2 odstępnie międzyżebrowym lewym).

Opukiwanie w początku choroby nie wykazuje zmiany stłumienia sercowego; w dalszym przebiegu, aczkolwiek nie zawsze, daje się stwierdzić rozszerzenie lewej połowy serca, a dalej może przyjść powoli do rozszerzenia i prawej komory — tak, że stłumienie sercowe okazuje się rozszerzonym we wszystkich kierunkach.

Z objawów ogólnych — o ciepocie, której zachowanie się bynajmniej nie jest charakterystyczne, wspomniałem już — podnieść wypada przyspieszony oddech i tętno, kołatanie serca i *dyspnoë*; starsze dzieci narzekają na bóle i klucie w okolicy sercowej i uczucie strachu; w ciężkim ZW może dojść do majaczeń, senności, bezdechu i t. p. Częściej jednakże się zdarza kompletny brak wszelkich objawów ogólnych.

Sledziona może być powiększona. Ilość moczu najczęściej bywa zmniejszona, i charakter jego zależy od ciepłoty. W ZW. łagodnym, jak i złośliwym — w tem drugim częściej — znajdujemy mniejsze lub większe ilości białka. O zatorach, które niekiedy się napotyka w ZW. łagodnym, wspomniałem już wyżej. Zatory spostrzegano zwłaszcza przy rozszerzeniu się ZW. z zastawki dwudzielnej na zastawki tętnicy głównej. Objawy, towarzyszące zatorom, zależą od ich umiejscowienia.

Jak widzimy, symptomatologia powyższa niewiele się różni od symptomatologii ZW. u dorosłych. Do takiego właśnie typu łagodnego ZW. należy przedstawiony przeze mnie przypadek Ludwisia Ząbkowskiego: u niego byliśmy świadkami stopniowo wytwarzającego się ZW., przyczem byłem w stanie zupełnie ściśle — na zasadzie objawów

fizycznych — określić umiejscowienie Z-ia Typ ten zawsze spotykamy u dzieci starszych. U osesków nierzadko spostrzegamy i n n y typ symptomologiczny, którego przedstawicielem jest mój drugi przypadek, i do którego opisu teraz przechodzę.

K. LEMPP, z miejskiego przytulku dla dzieci w Berlinie (dyrektor pr. FINKELSTEIN), jeśli się nie mylę, pierwszy w 1907 r., opierając się na danych sekcyjnych, opisał trójcę objawów ZW. u osesków. Są to: przyspieszone tętno, przyspieszony oddech i mniejsza lub większa sinica napadowa przy niezwyczajnie bladej, prawie szarej cerze dziecka. Tak dzielny klinicysta, jakim jest HUTINEL, z uznaniem podnosi próbę LEMPPA wyodrębnienia tej klinicznej postaci ZW. osesków. FINKELSTEIN, którego dzieło (*Zweite Hälfte*) zjawilo się już po pracy LEMPPA, całkowicie prawie przyjmuje zbiór objawów, stworzony przez niego, jako jedynie charakterystyczny dla ZW. u osesków, gdyż—mówi— „według naszego przynajmniej doświadczenia typowe postaci ZW. (ze szmerem) stanowią wyjątek. szmer może być przez cały przebieg choroby niespostrzeżony, a zwiększenie stłumienia serca częstokroć tak późno występuje, że wczesne rozpoznawanie nie może się z niem liczyć. Pozostają więc ogólne zaburzenia i objawy zależne od niedomogi serca”.

Otóż, zgodnie z wyżej wypowiedzianym zdaniem, według LEMPPA, przy najstarszym wysłuchiowaniu serca nie znajdujemy żadnego szmeru: tony są wszędzie czyste, o ile o tem można z pewnością sądzić przy znacznie wzmożonej czynności serca. Nie więcej daje opukiwanie. Aczkolwiek przy sekcyi przeważnie daje się stwierdzić wyraźne rozszerzenie serca, *intra vitam* nie zawsze się ono konstatuje. Już to u zdrowego nawet dziecka ściśle określenie granic serca napotyka znaczne trudności, które

u chorego na ZW. znakomicie wzrastają wskutek przyspieszonego oddechu. Gdy jednakże w ZW. u dziecka następuje rozszerzenie serca, zwykle stwierdzamy z początku rozszerzenie w kierunku nalewo i potem dopiero naprawo.

Znacznie stalszym i ważniejszym objawem są oznaki osłabienia czynności serca, które w ZW. występują już wcześniej. Już sam wygląd dziecka zwraca uwagę: blada, o sinawym odcieniu cera twarzy i kończyn, widoczne rozszerzenie żył na głowie przemawiają za rozpoczynającą się niedomogą serca. Tętno przyspieszone, często niemiare i bardzo zmienne, waha się w krótkim czasie między 120 a 160 uderzeniami na minutę.

Jeszcze ważniejszą dla rozpoznania sprawą są napady sinicy. Dziecko odrazu dostaje zabarwienia sinicowego skóry — szczególnie twarzy, napad trwa 1 — 2 minuty, po czem następuje bledość i jakby jakaś prostracya. „Napady te — mówi LEMPP — trzeba ściśle odróżniać od napadów bezdechu, występujących w końcowym okresie ZW. i połączonych z kompletnym zatrzymaniem oddechu; napady, o których mowa, zjawiają się bardzo wcześnie, kiedy żadnych innych objawów tego ciężkiego cierpienia jeszcze niema, i one właśnie w pierwszym rzędzie pobudzają do zwrócenia uwagi lekarza w kierunku serca”.

Trzecim i najważniejszym w ZW. u osesków objawem są zaburzenia oddechowe co do typu jego i częstości. Objaw ten spostrzegamy w każdym poszczególnym przypadku, chociaż w różnym stopniu. Odnośnie spostrzeżenia w literaturze są nader skąpe. CZERNY zwraca uwagę przy rozbiórce objawów w przypadku swoim ZW. po rytualnem obrzezaniu na niezmiernie przyspieszony oddech, i STEFFEN mówi o nadmiernem i zmiennem przyspieszeniu tętna i oddechu przy

stanie podgorączkowym. JÜRGENSEN w rozdziale o ZW. w podręczniku NOTHNAGLA zwraca szczególną uwagę na współczynnik oddechowy $\frac{P}{R}$, na stosunek między tętnem a oddechem, który normalnie u dorosłego $= \frac{72}{16} = 4,5$, a w ZW. bez cierpienia płuc spada do 2, przy zajętych płucach do 1,4 — 1,3. JÜRGENSEN zaznacza, że spadek ten spowodowany jest przyspieszeniem oddechu, nie zaś zwolnieniem tętna.

U dzieci ten współczynnik wogóle jest mniejszy (u noworodka $\frac{132}{35} = 3,8$, u oseska około 4).

Otóż przyspieszenie oddechu w ZW. u osesków zwykle jest dość umiarkowane: częstość jego waha się między 42 i 54 na minutę, może jednakże dochodzić do 70, 96 i wyżej, obniżając współczynnik oddechowy do 2 — 1,8 i niżej. W moim przypadku współczynnik ten dochodził częstokroć do 1,5. Ten przyspieszony oddech tem bardziej zasługuje na uwagę, że najskrupulatniejsze badanie nie jest w stanie wykryć wyjaśnienia tego zjawiska. Badanie serca daje wynik ujemny, płuca są zupełnie zdrowe, oddech czysty, pęcherzykowy, gorączki może wcale nie być.

Jaskrawszem jeszcze staje się przyspieszenie oddechu w tych przypadkach ZW., którym towarzyszy jakiegokolwiek cierpienie płucne; wtedy współczynnik oddechowy może obniżyć się do 1, a nawet spaść niżej, jak w jednym z przypadków LEMPPA. W moim przypadku przy powikłaniu chwilowem ZW. zapaleniem oskrzeli współczynnik ten wynosił 1,2. Zdarza się, iż klatka piersiowa porusza się z taką prędkością, że z wielkiem trudem daje się ustalić liczbę oddechów na minutę. Niemcy nazywają ten oddech Jagdhundathem, oddechem psa myśliwskiego.

Ciekawe jest jeszcze to, że przy zdrowych płucach w tem nadmiernem oddycha-

niu wcale się nie poruszają skrzydła nosa, i niema wciągania przestrzeni międzyżebrowych, ani dołka podsercowego.

W czem się kryje przyczyna przyspieszonego oddechu w ZW.? O ile można przy kombinacji ZW. cierpieniem płuc jako tako wytłomaczyć je procesem zastoinowym, o tyle jest to niemożliwe przy całkiem zdrowych płucach. JÜRGENSEN sądzi, że przyczyny zaburzeń oddechowych w ZW. trzeba szukać w bezpośredniem działaniu drobnoustrojów — właściwie produktów ich przemiany materji — na ośrodek oddechowy.

Co się tyczy innych objawów ZW. u osesków — niczem się one nie różnią od wyżej opisanych u dzieci starszych.

Gorączki może nie być wcale, a gdy jest, łatwo się tłomaczy stanami chorobowymi, do których przyłączyło się ZW.

Prawie zawsze we wczesnych już okresach występuje powiększenie śledziony i wątroby, jak na to wskazałem właśnie w demonstrowanych przypadkach. Często znajdujemy w moczu trochę białka i wałeczków, co zresztą raczej chorobie pierwotnej, niż ZW., przypisać należy.

(Dok. nast.)

Z oddziału Docenta D-ra W. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

W sprawie niedokrwistości złośliwej.

Podał

Ryszard Hertz

asystent oddziału.

(C d.)

Natomiast za zupełnie nieuzasadnione uważam przyjmowanie związku przyczynowego między niedokrwistością złośliwą a gruźlicą (AGASSE LAFONT) lub zapaleniem nerek (M. LAB-

bé) jedynie na zasadzie współistnienia tych cierpień u jednego i tego samego chorego. Że w przypadkach niedokrwistości złośliwej można znaleźć mniej lub więcej rozległe zmiany w nerkach, stwierdził to niedawno PASZKIEWICZ. Nie upoważnia to jednak bynajmniej do wniosku, by zmiany te uważać za pierwotne, wywołujące niedokrwistość złośliwą.

Przed rokiem miałem możność obserwowania chorego na niedokrwistość złośliwą u którego obraz krwi nie ulegał wątpliwości, i u którego pozatem rozpoznawano klinicznie i potwierdzono anatomopatologicznie niezbyt szczytu prawego płuca i zapalenie nerek.

Badanie krwi:	Hb. wedł. SALIEGO	Czerw. krążków	Wskaż. bar. (HAYEM—LA- ACHE)	Białych krążków	Ciężar gatunk.	Suchej substanc.
	31%	720,000	2,1%	3,100	1,030	13,5%

Na preparatach barwionych bardzo wybitna poikilocytoza, bardzo liczne megalocyty, pojedyncze normo- i megaloblasty, czerwone krążki polichromatyczne i z nakropie-

Chory ten L, lat 32, skarżył się na napady omdlewania, zawroty głowy i osłabienie. Chory był bardzo wychudzony i bledy. Obrzęków nie było. Mostek wrażliwy na ucisk. Prawy szczyt płucny zajęty. Uderzenie koniuszka serca przesunięte w lewo, w 5-em międzyżebżu, widoczne, unoszące się. Lekki szmer skurczowy. Tętnice podobojczykowe łatwo macalne, tętnienie ich jest widoczne. Tętno 100, dobrego napięcia. Śledziona powiększona, niebolesna, wystaje na dwa palce z pod łuku żebrowego. Wątroba nie macalna. Mocz: c. g. 1012, zawiera ślad białka i pojedyncze walki (*nephritis*).

niem zasadochłonnem. Liczba płytek zmniejszona.

Wzajemny stosunek białych krążków krwi był następujący:

	leuk. neutrofil.	eozy- nochl. leuk.	limfoc.	neutrof. myeloc.	eozy- nochl. myeloc.	zosadochl. myeloc.
przy przyjęciu	27,5%	3,75%	58,75%	1%	1%	8%
4 dni przed śm.	36%	0	61,5%	0,5%	0	2%

W płwocinie laseczników KOCHA nie było.

Treść żołądkowa po próbnem śniadaniu wolnego kwasu solnego nie zawierała. Ogólna kwasota 6. Wypróżnienia sformowane nie zawierały ani krwi, ani jaj pasorzytów. Ciepłota stale 38°. 10-dni przed śmiercią wystąpiły krwawienia z nosa i nerek. Przebieg nie przedstawiał nic szczególnego. Klinicznie przypadek robił wrażenie niedokrwistości BIERMERA.

Rozpoznanie anatomiczne brzmiało: niezbyt prawego szczytu płucnego; przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek; przewlekły niezbyt żołądka i kiszek. Poza tem silna pigmentacja blaszek PEYERA (przebyty

yfus?), siderosis hepatis, tumor lienis. Szpik kostny (promienia i uda) czerwony.

Badanie mikroskopowe. W szpiku na preparacie rozartym (zabarwionym MAY—GRÜNVALDEM): bardzo liczne myelocyty neutrofilowe, mniej liczne eozylochłonne, liczne komórki o charakterze limfocytowym, wiele normo — i bardzo dużo megaloblastów. Stosunek liczbowy b. ciałek krwi w szpiku kostnym następujący: neutrofilowych myelocytów 41%, neutrofilowych leukocytów — 4%, eozylochłonnych myelocytów 19%, komórek limfoidnych (przeważnie komórek średniej i dużej wielkości) 36%. Pośród czerwonych krążków 60% elementów jądrzastych (przeważnie megaloblastów).

Na skrawkach tkanka szpiku kostnego składa się wyłącznie z komórek. Czerwone krążki są rozrzucone wszędzie w dużej liczbie (bardzo liczne megaloblasty). Obok krążków czerwonych najliczniejsze są komórki limfoidne z wąskim, jednolitym, zasadochłonny rąbkiem zarodki i dużym błędem jądrem, w którym wyraźnie widać najczęściej 1—2 jąderka. Prócz tego widać pojedyncze drobne białe krążki z ciemnym jądrem i bez ziarnistości (limfocyty) a także liczne neutrofilowe (przeważnie) i eozynochłonne myelocyty. Gigantoblastów nie widziałem wcale.

W śledziona nie spostrzegalem przeistoczenia szpikowego ¹⁾.

Jak więc należy sobie tłumaczyć powyższy przypadek? Czy przyjąć możliwość związku między niedokrwistością złośliwą i zapaleniem nerek lub gruźlicą, czy też, wychodząc z założenia, że w gruźlicy i zapaleniu nerek spostrzegamy przeważnie niedokrwistość zwykłą, niekiedy bodaj ciężką (*an. simplex, gravis*) zupełnie odstąpić od rozpoznania niedokrwistości BIERMERA?

Jakkolwiek moment przyczynowy posiada wogóle duże znaczenie rozpoznawcze dla określenia niedokrwistości złośliwej, to jednak nie powinien on być decydującym, jako punkt wyjścia przy różniczkowym rozpoznawaniu między niedokrwistością złośliwą a zwykłą niedokrwistością ciężką. Byłoby bardzo powierzchownym uważać typowy dla niedokrwistości złośliwej obraz krwi tylko dlatego za odpowiadający zwykłej niedokrwistości, że dotyczy chorego, cierpiącego, np. na raka żołądka. Nie mogę też pojąć, dlaczego liczni autorowie, między innymi i NAEGELI, tak usilnie zwalczają możliwą zależność przyczynową niedokrwistości złośliwej

¹⁾ Również w trzech innych badanych histologicznie przezemnie przypadkach niedokrwistości złośliwej nie spostrzegalem przeistoczenia szpikowego śledziony.

od raka, którego wszak można uważać za miejsce wytwarzania się jadowitych hemolitycznie działających substancji (KULMANN, DERS, PANZACCHI i DONATI),—gdy tymczasem przyjmują istnienie niedokrwistości złośliwej, rozwijającej się na gruncie połogu, kiły lub zatrucia przez robaki. NAEGELI twierdzi, że w podobnych przypadkach ma miejsce przypadkowe współistnienie obu cierpień, lub też że nie są to właściwie przypadki niedokrwistości złośliwej. Według NAEGELIEGO bowiem można uważać rozpoznanie niedokrwistości złośliwej za pewne jedynie wtedy, gdy obraz krwi odpowiada typowi zarodkowemu (podług EHRLICHA). Typ zaś zarodkowy albo złośliwy charakteryzuje się dużą zawartością barwnika w poszczególnych krążkach krwi, t. j. wysokim wskaźnikiem HAYEM - LAACHEGO i obecnością megalocytów, megaloblastów i myeloblastów. Zmniejszenie liczby białych krążków krwi wraz ze względnym zwiększeniem liczby limfocytów ma być również charakterystyczne dla niedokrwistości złośliwej. Takie to zmiany krwi mają, według NAEGELIEGO, występować nawet niezależnie od stopnia niedokrwistości, t. j. niezależnie od zmian ilościowych i zdarzać się nawet przy 70% hemoglobiny.

NAEGELI zarzuca swym przeciwnikom, że zaliczają przypadki ciężkiej niedokrwistości wtórnej do rzędu niedokrwistości złośliwej, i tem też tłumaczy sobie pomiędzy innymi względnie dobre wyniki, jakie otrzymywał GRAWITZ jakoby w przypadkach niedokrwistości złośliwej po przepłukiwaniach żołądka i kiszek. Z drugiej strony podaje on sam na tablicy VII swej książki obraz krwi taki, „jaki zwykle się widuje przy pierwszym spojrzeniu przez mikroskop” we krwi chorych na niedokrwistość złośliwą, a w którym odrysowane są tylko megalocyty, anizocyty i jeden neutrofilowy leukocyt. I rzeczywiście, do jakiej kategorii chorób winniśmy właściwie za-

liczać tego rodzaju przypadki niedokrwistości, w których pomimo najdokładniejszego badania nie znajdujemy megaloblastów i wogóle nie spostrzegamy typowego obrazu krwi, a w których przy badaniu pośmiertnym nie wykrywamy w narządach zmian żadnych, któreby nam anemię i śmierć tłumaczyły?

Zupełnie inne stanowisko w stosunku do sprawy niedokrwistości BIERMERA zajmuje PAPPENHEIM. Autor ten najenergiczniej odróżnia niedokrwistość BIERMERA od niedokrwistości złośliwej i twierdzi, że pierwsza jest pojęciem klinicznym, druga zaś przedstawia jednostkę hematologiczną, charakteryzującą się wysokim wskaźnikiem, poikilocytozą i ewentualnie obecnością megaloblastów we krwi. Niedokrwistość złośliwa BIERMERA przebiega stale skrycie i różni się od pozostałych niedokrwistości złośliwych, dołączających się do innych cierpień, jedynie brakiem momentu przyczynowego. Niedokrwistość złośliwa jest więc ogólnym pojęciem hematologicznym i może powstawać na skutek brzożdżowca, raka, jak i w białaczce i anemii śledzionowej, — gdy tymczasem niedokrwistość BIERMERA przedstawiać ma jedynie podrodzaj niedokrwistości złośliwej.

To oddzielenie przypadków niedokrwistości złośliwej, przebiegających skrycie pod względem klinicznym, od przypadków, w których moment przyczynowy jest widoczny, ma swą podstawę kliniczną. Ma bowiem dużą wartość praktyczną — rozróżnianie, czy dany przypadek niedokrwistości złośliwej na tle raka przebiega jako przypadek niedokrwistości samoistnej, czy też już za życia jest rozpoznany, jako taki. Obraz krwi może być w obu przypadkach jednakowy, gdy tymczasem zabieg leczniczy będzie w każdym przypadku inny. Nie będziemy również uważali za niedokrwistość BIERMERA przypadku białaczki, w którym badanie krwi stwierdzi megaloblasty i inne zmiany w krążkach czerwonych,

a natomiast przyjmimy wraz z PAPPENHEIMEM że niedokrwistość, towarzysząca białaczce, ma tu hematologicznie charakter złośliwy.

Pogląd wspomniany PAPPENHEIMA, według którego wszelka niedokrwistość, nawet BIERMEROWSKA, jest wtórna i objawowa, — odbiega znacznie od pierwotnego poglądu EHR-LICHA. P. rozszerza pojęcie niedokrwistości złośliwej na wszystkie przypadki niedokrwistości z podobnymi zmianami we krwi, utożsamia więc w ten sposób pojęcie niedokrwistości złośliwej ze złośliwym obrazem krwi i bierze ten ostatni za punkt wyjścia swych rozumowań.

Pogląd ten jest jednak o tyle niesłuszny że „złośliwego obrazu krwi” nie należy uważać za jedyny objaw niedokrwistości złośliwej (przy różniczkowym rozpoznawaniu należy uwzględnić i pozostałe, aczkolwiek niezupełnie pewne objawy kliniczne), a następnie i z tego powodu, że, jakśmy to zaznaczyli wyżej, owego złośliwego obrazu krwi (a więc megaloblastów, wysokiego wskaźnika i t. p.) często właśnie brak i to w najczęstszej i najważniejszej postaci niedokrwistości złośliwej, mianowicie w skrycie przebiegającej kryptogenetycznej niedokrwistości BIERMERA.

Przypadki tego rodzaju, w których obraz kliniczny i przebieg zupełnie odpowiada niedokrwistości BIERMERA, a w których zmiany we krwi bynajmniej nie miały charakteru „złośliwego”, były niejednokrotnie opisywane przez autorów francuskich (AUBERTIN, WIDAL), włoskich (ROSSI) i niemieckich (GRAWITZ), ostatnio zaś przez H. LAISSE z kliniki ROMBERGA. Ja również spostrzegłem niedawno dwa podobne przypadki, z których jeden pozwolę sobie tu w krótkości przytoczyć.

Zachodzi jednak pytanie, jakie w podobnych przypadkach właściwie posiadamy kryterium złośliwości wobec braku odpowied-

nich zmian we krwi? Czysto kliniczne badanie nie daje nam żadnych pewnych wskazówek do odróżnienia niedokrwistości złośliwej, nie znamy bowiem objawów, występujących wyłącznie w tem cierpieniu. Zarówno objawy ogólne, jak i zaburzenia ze strony narządów poszczególnych spotykają się jak w postaci **BIERMERA**, tak i w zwykłej ciężkiej niedokrwistości wtórnej. W swoim czasie przypisywano duże znaczenie rozpoznawcze achylji żołądka i wylewom krwawym do siatkówki, obecnie jednak przestano już w ten sposób oceniać powyższe objawy, aczkolwiek przyznać musimy, że skargi żołądkowe i zaburzenia wzrokowe mogą znacznie poprzeć rozpoznanie niedokrwistości złośliwej.

Nie mam bynajmniej zamiaru wchodzić w drobiazgową analizę poszczególnych objawów, chcę tu tylko zaznaczyć, że, zdaniem mojem, niezmiernie ważne znaczenie rozpoznawcze posiada ogólny stan chorego, jego wygląd, pewne obrzmienie twarzy, nieodpowiedni stosunek między wybitną błądzą i często dobrze zachowanym stanem odżywiania, — słowem, sędzę, że często można już na zasadzie

ogólnego wrażenia podejrzewać niedokrwistość złośliwą, zwłaszcza, gdy brak nam jakiegokolwiek momentu przyczynowego dla stanu niedokrwistości. Obraz krwi często odpowiada typowi **HAYEM-EURLICHA**, w wielu jednak przypadkach nie pozwala on na wypowiedzenie pewnego zdania co do rodzaju niedokrwistości.

Jedynę pewne kryterium, że dana niedokrwistość jest złośliwa, stanowi śmierć chorego i badanie pośmiertne. O ile to ostatnie nie wykazuje zmian szczególnych w organach wewnętrznych, wtedy z całą stanowczością twierdzić możemy, że mamy przed sobą przypadek niedokrwistości złośliwej. Pogląd dawniejszy, jakoby zanik błony śluzowej żołądka i kiszek stanowił objaw swoisty dla niedokrwistości złośliwej, został ostatecznie obalony przez **FABERA** i **BLOCHA**. Zastrzykując bowiem w swoich przypadkach zaraz po śmierci do otrzewny formalinę, powyżsi autorowie nie spostrzegali nigdy tego zaniku i w ten sposób ustalili, że zmiany zanikowe błony śluzowej są pośmiertne.

(D. n.).

WYKŁAD KLINICZNY.

O związku narządów między sobą i oparciem na nim nowoczesnem leczeniu chirurgicznem chorób wewnętrznych.

Podał

D-r Adolf Klęsk.

(Kraków).

Do obszernego zakresu chirurgii przybyły i przybývają ciągle coraz to nowe zabiegi. Dotąd przeważnie w chirurgii postępo-

waliśmy w ten sposób, że zabiegi nasze dążyły wprost do miejsca chorego, n. p.

1) usuwamy chory narząd, nacinamy lub wycinamy część tegoż lub guz, tamże powstały.

2) wypuszczamy i usuwamy różne chorobowe twory z organizmu.

3) stwarzamy lepszy odpływ lub przejście dla danych wydzielin, polepszamy krążenie i ułożenie organów, tamujemy krwawienia i łączymy przerwane tkanki.

Przy nowoczesnych zaś zabiegach, dążących do leczenia chorób wewnętrznych, zadanie chirurgii często jest już zupełnie inne.

Tutaj nieraz nie operujemy specjalnie tego lub owego narządu, ale drogą pośrednią wpływamy operacyjnie na wyleczenie lub też wykonywamy operację na innym, nieraz zdrowym organie w myśli, by przez to wpłynąć dodatnio na wyleczenie organizmu i organu chorego. W podobnym też celu wszczepiamy organizmowi tkankę, której mu w danej chwili brakuje, lub łączymy organ chore ze zdrowym, by przez to wykorzystać dla chorego funkcję zdrowego. Zabiegi te powstały i rozwijają się stale w miarę lepszego poznawania etiologii chorób. Przekonałiśmy się, że np. wiele chorób ogólnych rozwija się w początkach wskutek pewnych zmian w tym lub owym narządzie. Otóż obecnie chirurgia zapobiega niejako temu rozwojowi, operując często nie organ w danej chwili chorej, lecz ten, który powstania choroby stał się przyczyną. Np. według FREUNDA przyczyną powstawania gruźlicy płuc, między innymi, ma być nieruchomość górnego pierścienia kostnego barku. Otóż nowoczesna chirurgia stara się leczyć gruźlicę płuc przez przecięcie chrząstki żebra pierwszego, ew. i obojczyka, aby przez uruchomienie szczytów płuc wpłynąć korzystnie na wentylację płuc, a przez to leczyć samą chorobę.

Drugim szeregiem nowoczesnych zabiegów są operacje pewnych organów, o których wiemy, że pozostają w ścisłym związku z organem chorym lub z pewnymi funkcjami lub cechami ustroju.

Tak np. w celu wyleczenia choroby **BASEDOWA** operujemy wole.

Z podobnych wskazań operujemy przy nadmiarze lub braku potrzebnych zresztą w odpowiedniej ilości wydzielin. Tu należą np. leczenie kretynizmu, tężyczki i t. p. przeszczepianiami gruczołu tarczycowego, ew. ciałaek nabłonkowych.

Przejdziem niejako od operacji ze zwykłych wskazań do wspomnianych powyżej są operacje obłuszczenia nerek w rzucawce porodowej i zapaleniu nerek, leczenie padaczki trepanacją i wentylem **KOCHERA**, wycinanie korzeni rdzenia **FÖRSTERA** w cho-

robie **LITTLEGO**, leczenie przerostu serca i wad pelzaniem, tamponada w chorobach trzustki i t. p.

* * *

Najważniejszymi bezwarunkowo nowoczesnymi zabiegami są operacje, polegające na wyzyskiwaniu właściwości wzajemnego oddziaływania na siebie różnych narządów czyli tak zwanej *korrelacji*; o niej przedewszystkiem zamierzamy pomówić.

Związek organów ze sobą może być rozmaity: i tak narządy mogą się wzajemnie wspierać, zastępować albo też, przeciwnie, wzajemnie się zwalczać, neutralizować, czyli mówiąc inaczej, narządy w normalnych warunkach zachowują równowagę, i dopiero nieraz, gdy przeciwnik przestanie być brany w rachubę, dany organ zaczyna, obecie bez hamulca, rozwijać swe nieraz dla organizmu w danej chwili wprost szkodliwe działanie. Jasną wobec tego jest rzeczą, że, o ile nie uda się nam, podług dawnych wskazań, przez operację organu chorego przywrócić mu utraconej funkcji, musimy uciec się do nowoczesnych zabiegów i operować nie organ chorej, lecz przeciwnika jego, wyzyskującego sytuację, t. j. organ zdrowy.

Bardzo często spostrzegamy przerost pewnego organu. Prócz warunków mechanicznych, przerost powodować mogą inne przyczyny, jak brak organu parzystego, lub zastępstwo organu podobnego we funkcji albo też pewne wpływy toksyczne. Znamy np. przerost serca w wolu, pozostałej grasicy i t. p. Usunięcie wola działa zwykle zaraz korzystnie na stan serca, przyczem nie tylko momenty mechaniczne wchodzą w rachubę. Tak samo rzecz ma się przy pozostałej grasicy, której wyciągi (podobnie jak i gruczołu tarczycowego), jak to wykazał **SVEHLA**, dążają wybitnie na czynność serca i ciśnienie krwi.

O korrelacyjnym związku organów między sobą przekonały nas doświadczenia na zwierzętach, obserwacje kliniczne i operacje.

Tak np. po usunięciu jednego organu spostrzegano zmiany w innym, nieraz bardzo odległym i na pierwszy rzut oka we funkcy

zupełnie różnym. Zmiany te bywały albo w znaczeniu dodatniem (przerost, zwiększona funkcya) lub ujemnym. Po usunięciu np. gruczołu tarczycowego lub po kastracyi zauważono przerost przysadki mózgowej, zaś zmniejszenie się gruczołu krokowego.

Znany jest związek jajników z osteomalacyą, wykorzystany leczniczo i t. p. Antagonistami wybitnymi są np. grasica i nadnercza. **GIERKE** twierdzi, że wycięcie wola w chorobie **BASEDOWA** powodować może samozatrucie grasicą, gdyż substancya tarczycy działać ma neutralizująco na pozostałą grasicę. Wiemy, że pomiędzy kośćmi a gruczołem tarczycowym istnieje ścisły związek. Przerzuty np. wola nowotworowego usadawiają się często w kościach. U osób ze zmianami w gruczole tarczycowym spotykamy w razie zaniku wzrost karli, a naodwrot znowu, jak to podał **HOLMGREN** w swej pracy, bardzo często chorobę **BASEDOWA** u osób młodych cechuje wzrost wysoki.

Także wysoki wzrost spotykamy u kostatratów, np. eunuchów i t. p.

Najbardziej powszechnie jest związek zmysłu węchu i nosa z organami płciowymi. Nawet pewne części nosa (dolna muszla, *tuberculum septi*) nazwano sferami płciowymi i wykazano w nich utkanie naczyń, przypominające ciała jamiste prącia i lechtaczki.

W wieku pokwitania częste są krwawienia nosowe, a nawet znane są przypadki zastępczego miesiączkowania nosem. Pobudzenia płciowe wywołać mogą czasem atak astmatyczny.

Przy zaniku części rodnych spostrzegano już nieraz zanik nerwu węchowego (**HESCHL**), a **GOTTSCHALK** opisał przypadek anosmii w następstwie wycięcia jajników. Schorzenia przysadki mózgowej cechują często prócz zaburzeń w sferze płciowej i zaburzenia węchowe.

Podług **ZWAARDEMAKERA** w pierwszych miesiącach ciąży często zjawia się znów hiperosmia. **MAYER** z kliniki **LANGEGO** doniósł o korzystnych wynikach stosowania znieczulenia krzyżowego wspólnie z kokainizacyą nosa celem łagodzenia bólów porodowych, podobnie **KOBLANCK** i **KUTTNER**, a prof. **PIFFL** zachwala znów kokainizacyę sfer płciowych

nosa w bolesnem miesiączkowaniu. Tenże autor spostrzegł także ciekawy przypadek zatykania się nosa u pewnego lekarza w razie napełnienia pęcherza. Zaraz po oddaniu moczu drożność nosa wracała. Od strony nosa odruchowo powstają różne cierpienia, i nieraz leczenie sprawy w nosie leczy szybko następcze cierpienia.

W pracy mej, „Studyum bólu fizycznego” zwróciłem uwagę, że pewne okolice ciała są jakby ściśle związane ze sobą łącznikami bólu, a mianowicie:

Części i narządy moczopłciowe. Trzewia i przepona.	}	Barki
		Łopatki
		Nos
		Kończyny
Klatka piersiowa Sutek Kończyna górna	}	Serce
		Płuca
		Wątroba

Łączników tych jest znacznie więcej. Anglik **HENRY HEAD** wykazał, że sfery hyperalgetyczne w skórze nie odpowiadają często typowemu rozgałęzieniu nerwów czuciowych, lecz są raczej wyrazem i rzutem zadrażnienia komórek rdzenia, sąsiadujących z komórkami nerwu współczulnego danego narządu. Zjawisko podobne opisał **GUBNER** jako t. zw. echo bólu. Typowo spostrzeżać je można np. przy zdrapywaniu strupka na kończynie dolnej, wtedy nieraz odczuwa się ból na klatce piersiowej, a w płatku usznym przy drażnieniu splotu lędźwiowego. **NELATON** wspomina o chorym z raną karku, który zawsze przy oddawaniu moczu doznawał silnych bólów w ranie. **RICHER** znów spostrzegł chorego, cierpiącego na zapalenie pęcherza i cewki, u którego dokonano amputacyi ramienia lewego. Przy moczeniu doznawał on szalonych bólów w kikucie.

FRÖHLICH zwrócił uwagę, że niektórym nowotworom przysadki, zwłaszcza tym, które nie wywołują akromegalii, towarzyszą nieraz: nadmierne tycie, zanik lub niedorozwój narządów płciowych (*dysgenitalismus*), cechujący się zupełnym brakiem uwłosienia pod pachą, a skapem na wzgórku łonowym, brakiem miesiączki i t. p. Prócz tego dołączają się do tego zwykle utrata węchu, halucynacje słuchowe, bóle głowy, zawroty, wy-

mioty i zaburzenia oczne. Po operacyi uzyskano już niejednokrotnie poprawę.

EISELSBERG wspomina o chorym, który dopiero w następstwie operacyi zaczął odczuwać popęd płciowy.

Związek przysadki mózgowej ze sferą płciową jest bardzo ściśły.

Nawet STÜMME na mocy badań 150 przysadek ciężarnych i położnic twierdzi, że zmiany w przysadce w czasie ciąży są tak stałe i typowe, że niemal na mocy ich można określić w przybliżeniu, w którym miesiącu ciąży była dana osoba. U kastratów i ślepców znajdowano powiększenie przysadki.

Ze sprawą tą wiąże się ściśle rozwój i przemiana t. zw. drugorzędnych cech płciowych. Cechą organizmu jest między innymi rozwój, polegający na przechodzeniu przez pewne fazy, nim dojdzie do tak zwanej dojrzałości płciowej.

Fazy te mają dla wieku i płci pewne cechy charakterystyczne, a polegające:

1) na zanikaniu pewnych organów w miarę rozwoju, a występowaniu ew. nowych tkanek (zanik grasicy, zębów mlecznych, kostnienie chrząstek, uwłosienie i t. p.).

2) na zanikaniu dojrzałych tkanek w starości.

Zwykle organizm dziecięcy przechodzi z wolna w dojrzały, a ten znowu wpada w starość, przyczem cechy danej płci są wybitne. Otóż przez schorzenie pewnych narządów cechy te i rozwój uleż mogą wybitnym zmianom.

Np. organizm dziecięcy pozostać może takim i nadal i nie rozwijać się w dojrzały; **stan** taki zowiemy *infantylizmem*.

Cechuje go niedorozwój narządów płciowych, brak funkcji tychże, wady uzębienia i kostnienia, brak typowego uwłosienia, wygląd i głos dziecięcy i t. p. Podobne zmiany spostrzega się nieraz w chorobach gruczołów o t. zw. wydzielaniu wewnętrznym, zwłaszcza zaś w zanikach gruczołu tarczowego.

Naturalnie, wczesne usunięcie gruczołów płciowych wstrzymuje także rozwój i występowanie drugorzędnych cech płciowych. Spostrzega się przytem zmiany w ossyfikacyi. JOSEFSON i SUNDQUIST ze Sztok-

holmu zwrócili w ostatnich czasach uwagę, na mocy własnych obserwacyi, na fakt, że wzrost bardzo wysoki występuje często u ludzi z niedostecznie rozwiniętymi narządami płciowymi.

Przeciwieństwem infantylizmu jest znowu za wczesny rozwój drugorzędnych cech płciowych, cechujący się wystąpieniem wczesnem uwłosienia pod pachami i na wżgórku łonowym, rozwojem piersi i wystąpieniem miesiączkowania u kobiet i t. p. Podobne zmiany spostrzegano znowu w schorzeniach szyszki (*gl. pinealis*).

W pewnych znowu przypadkach spotyka się przemianę drugorzędnych cech płciowych, t. j. cechy np. męskie zmieniają się w kobiece i naodwrot. Zmiana taka może być i kilkakrotna. Tak np. HOCHENEGG wspomina o pewnej chorej, u której wskutek schorzenia przysadki mózgowej zjawily się drugorzędne cechy płciowe męskie. Po operacyi zaś na przysadce cechy te znikły, ustępując znowu miejsce kobiecym.

Cała kwestya drugorzędnych cech płciowych jest dla nas jeszcze niejasna. Wiemy tylko, że pomiędzy gruczołami płciowymi a licznymi innymi w ustroju, zwłaszcza o t. zw. wydzielaniu wewnętrznym, istnieje ściśły związek. Brak gruczołu albo też, mimo obecności gruczołu, zmiana funkcji innego z gruczołów, pozostających w łączności, powoduje przemianę cech płciowych. U kobiet więc grubiej głos, zjawia się uwłosienie męskie, a łechtaczka rozwija się silniej, u mężczyzn zaś, naodwrot, wypadają włosy na twarzy, zjawia się tkanka tłuszczowa w okolicy sutków i pośladków, głos staje się wyższym i t. p.

Wynika z tego, że o cechach drugorzędnych płciowych decydują nie tylko gruczoły płciowe, lecz i inne substancje, które mogą ew. porażać czynność gruczołów płciowych, a brak tej ostatniej powoduje zaraz przemianę tych cech.

W wielu wrodzonych guzach nadnerczy i innych gruczołów spotykamy np. zmiany w drugorzędnych cechach płciowych.

Substancje te znikają zapewne z wiekiem, wskutek czego w starości spotykamy nieraz odmienne cechy, np. porost włosów u kobiet na twarzy, głos grubszy i t. p. Tak

samo dobrze odnieśćby można jednak te zmiany do zaniku funkcji gruczołów płciowych.

Wogóle częściej zjawiają się przemiany cech kobiecych na męskie, co dowodzi, że substancje gruczołów męskich są silniejsze, co także znajduje potwierdzenie w świecie zwierzęcym, gdzie drugorzędne cechy płciowe u samców (rogi, grzebień, upierzenie) są bardzo wybitne w przeciwieństwie do samic (KLESK).

Niejasną dla nas jest rzeczą naturalnie, dlaczego ta przemiana następuje, i na czym ona właściwie w gruncie rzeczy polega.

Związek organów podług STARLINGA i HALBANA powodują t. zw. stimulatory i hormony. HALBAN np. wykazał przeszczepianiami na zwierzętach, że rozwój sutków zależy od funkcji jajników, te ostatnie jednak można zastąpić jądrami.

Wiadomo także, że osoba karmiąca zachodzi w ciążę rzadko, i zwykle z chwilą zajścia pokarm znika, natomiast zjawia się on zaraz po porodzie, ew. i po opróżnieniu macicy, nawet czasem nie ciężarnej. Podług STARLINGA hormon piersiowy pobudza rozwój piersi wstrzymując zarazem wydzielanie, a dopiero odejście płodu znosi to hamujące działanie. Naprowadziło to na przypuszczenie, że może substancja ta znajduje się w płodzie lub łożysku, co jednak prawdą nie jest, bo ten sam proces spostrzegamy i w przypadkach guzów macicy. Prędzej myślećby tu należało o wpływach nerwowych, którym impuls dawać może drażnienie nerwów wskutek powiększania się macicy. Wiemy także, że i mechaniczne drażnienie sutków może wywołać z czasem zjawienie się pokarmu, co i u mężczyzn już nieraz spostrzegano.

* * *

Kwestya przeszczepiania tkanek i organów weszła obecnie na nowe tory dzięki CARELOWI, który swoim szwem dokazuje cudów techniki, wszywając z powrotem całe organy wycięte, jak nerki i t. p. Efekt przyjęcia się zależy jednak prócz tego jeszcze od natury samego organu i gatunku zwierzęcia.

Tak np. wiadomo już, że tkanka przyjmuje się tem trudniej, im wyżej jest uorganizowana, natomiast twory pochodzenia czysto nabłonkowego, jak jajniki, tarczyca, ciała nabłonkowe i t. p., stosunkowo dobrze się przyjmują, ale tylko z tego samego lub pokrewnego osobnika wzięte (homoioplastyka) I tu nowoczesna chirurgia wyzyskuje związek organów ze sobą.

PAYR u dziecka z wrodzoną „cachexia thyreopriva” osiągnął korzystny wynik fizyczny i psychiczny przez przeszczepienie substancji tarczycy z matki w śledzionę chorego dziecka. Inni próbowali tych przeszczepiań w kość.

Nieraz już uzyskano korzystne wyniki przy homoioplastycznym przeszczepianiu jajników. CRAMER spostrzegł po niem nawet obrzmiewanie sutków, wydzielanie siary i powrót utraconej regularności. Bezwarunkowo jednak najefekowniejsze wyniki osiągnięto dotąd w leczeniu tężyczki z pomocą przeszczepiań ciałek nabłonkowych (Epithelkörperchen). Doświadczenie pouczyło bowiem, że usunięcie gruczołu tarczycowego wywołuje tężyczkę tylko wtedy, gdy uszkodzono przytem wspomniane ciała — samo zaś usunięcie gruczołu z oszczędzeniem ciałek wywołuje jedynie obraz charłactwa.

Jaskrawo dowiodło też tego doświadczenie kliniczne. KOCHER swą metodą operowania oszczędzał ciała i dlatego spostrzegł po doszczętnych operacjach tylko charłactwo i obrzęk śluzakowy, BILLROTH zaś, który nie chcący przy operacji niszczył ciała, miał w statystyce znowu tylko tężyczkę.

Jeżeli więc po operacji wola wystąpi tężyczka, to dowodzi to uszkodzenia lub zniszczenia ciałek nabłonkowych, nie należy wtedy zwlekać z przeszczepianiem.

Tak np. DANIELSEN i LANDOIS spostrzegali bardzo ciężką tężyczkę po operacji wola, która niewątpliwie byłaby zakończyła się śmiertelnie, gdyby nie rychłe przeszczepienie dwóch ciałek nabłonkowych, uzyskanych z innej osoby. Przeszczepienie to skutecznie pomiedzy otrzewną i powięź. Podobne

operacje wykonali też GARRÉ, EISELSBERG, POOL, LORENZ, BORSE i t. d.

Nie znany dotąd jest nam jeszcze dokładniej związek ciałek nabłonkowych z *paralysis agitans*. Według LUNDBORGA brak funkcji ciałek powodować może objawy tej choroby, a naodwrot funkcya nadmierna—myastenii. Próby chirurga ISELINA z wywoływaniem sztucznej hypo- i hyperfunkcji ciałek nie dowiodły jednak niczego.

A teraz zadajmy sobie jeszcze pytanie, jakie są rezultaty tych nowoczesnych zabiegów? Co do leczenia gruźlicy uruchamianiem szczytów, to pewnego zdania wypowiedzieć jeszcze nie można, ale bez wątpienia uzyskano już niejednokrotnie wynik dodatni. Natomiast wyniki operacyjnego leczenia choroby BARDOWA (w stadyach zwłaszcza nie zadawnionych) są wprost znakomite. Przedewszystkiem częściowe usunięcie gruczołu działa korzystnie na serce i objawy ze strony układu nerwowego, natomiast mniej zmniejsza się trzeszcz gałek ocznych, czasem nawet tylko jednostronnie. Bardzo efektywny wynik osiąga się też po operacjach przysadki mózgowej. Zmiany chorobowe ustępują nieraz potem szybko i pewnie.

O wynikach przeszczepiań mówiliśmy już powyżej.

Dawniej stosowano w przeroście stercza t. zw. operacje płciowe, t. j. przecinano lub wycinano sznur nasienny lub nawet trzebiono chorych, by przez to uzyskać zmniejszenie się gruczołu. Efekt nieraz był widoczny, ale chwilowy, a obecnie wobec doskonałych wyników wyjmowania stercza zarzucono, bądź co bądź, te barbarzyńskie i dla „psyche” chorego nie obojętne operacje. Natomiast i nadal jeszcze stosuje się trzebienie u kobiet w roz-

miękczeniu kości. Tenże sam zabieg znajduje ponadto jeszcze inne nowoczesne zastosowanie. Mianowicie wiadomo, że raki u kobiet starszych, a więc tam, gdzie czynność jajników już ustaje, miewają przebieg łagodniejszy, a u osób młodych, zwłaszcza w ciąży, (*mastitis carcinomatosa*) bardzo ostry i ciężki.

Naprowadziło to na myśl wycinania jajników w przypadkach nawrotu raka sutka, nie nadającego się już do operacji, w nadziei pohamowania wzrostu nowotworu. Pierwszy wykonał podobny zabieg BEARSON z Glasgowa. Operacje te wykonywają w Anglii i u osób młodych, przyczem podobno w 41,3% spozstrzegać się ma wybitny efekt. MORISON posuwa się dalej i nawet u osób młodych zapobiegawczo do amputacji sutka dołącza odrazu kastrację.

* * *

Powyższy szkic, rzucony w dziedzinę nauki jeszcze nie zupełnie dla nas jasnej, dowodzi, jak wiele na tem polu jeszcze działać możemy. W miarę pogłębienia wiadomości zmieni się z czasem wiele obecnie przyjętych poglądów i opartych na nich sposobów leczenia, a wejdą w życie nowe — leczyc może będziemy skutecznie choroby, dotąd mało nam znane lub za nieuleczalne uważane.

Poznanie głębsze nauki o wzajemnem działaniu na siebie narządów zmieni też zapewne pod wielu względami nasze postępowanie chirurgiczne, rozszerzając zakres jego na zapobiegawcze niejako operowanie w przeciwieństwie do obecnego, które nieraz polega na ratowaniu organizmu „*in ultimis*”.

S T R E S Z C Z E N I A

Medycyna wewnętrzna.

215. **G. Királyfi.** Znaczenie „gruczołów pozajarzmowych“ (retrojugulares) we wczesnym rozpoznawaniu doświadczalnej gruźlicy świnek morskich.

Autor zwraca uwagę na fakt, że przy zakażeniu świnek morskich najwcześniej stwierdzić można już gołem okiem zmiany w gruczołach chłonnych, znajdujących się symetrycznie po prawej i lewej stronie wcięcia jarzmowego, — o ile zakażenie jest natury gruźliczej. Gruczoły te są wtedy wyraźnie powiększone, często zserowaciałe. Po roztrąceniu części gruczołów zazwyczaj udaje się na preparacie wykryć obecność laseczników gruźliczych. Lecz i w braku tych ostatnich, zmiany powyższe można uznać, zdaniem autora, za swoiście gruźlicze, nie występują bowiem w innych zakażeniach.

Objaw omawiany ma duże znaczenie praktyczne: 1) bowiem z łatwością daje się stwierdzić u świnek, którym wstrzyknięto materiał podejrzany, już po otwarciu klatki piersiowej i wywróceniu do góry przedniej jej ściany (mostka z częścią żeber), 2) jest pewny pod względem rozpoznawczym (co do gruźlicy), 3) występuje najwcześniej, bo już w ciągu 12—14 dni, gdy zwykle na wynik szczepienia czekać trzeba 3—6 tygodni.

(Berl. klin. Woch. 1910. Nr. 44).

M. Gantz.

Choroby weneryczne.

216. **Favento (Tryest).** 156 przypadków syfilisu, leczonych przetworem Ehrlicha — Harty „606“.

Autor zastrzykiwał „606“ wedle przepisu, podanego przez WECHSELMANNA: rozpuszczał proszek w 10% ługu, strącał kwasem octowym bezwodnym i dodawał kilka kropel wody destylowanej. Przyrządzona w ten

sposób zawiesina powinna posiadać odczyn zupełnie obojętny. Wszystkie zastrzykiwania były czynione podskórnie między łopatki, przyczem, w celu uniknięcia bolesności i znaczniejszego nacieku, nie w jedno miejsce, lecz w dwa, obok siebie leżące. Bolesność w miejscu zastrzyknięcia trwała zwykle przez kilka godzin po zabiegu, w niektórych tylko razach w ciągu kilku dni. Dawka, jakiej autor używał, wynosiła od 0,4 do 0,7 gr. arsenobenzolu.

We wszystkich przypadkach (*syphilis primaria, secundaria, syphilis tarda, syph. hereditaria, syph. visceralis*) wpływ przetworu był widoczny z wyjątkiem cierpień parasyfiliicznych. Najrozmaitsze postaci owrzodzeń pierwotnych goiły się szybko w ciągu kilku dni, powiększone gruczoły chłonne wracały do normy lub znacznie się zmniejszały. Najwybitniej spozstrzegać się dawało działanie przetworu w przypadkach syfilisu złośliwego, w których dotychczasowe leczenie rtęciowe było bezskuteczne.

Ciepłota podnosiła się po zastrzykiwaniach zaledwie w kilku przypadkach, białka w moczu nie znajdowano nigdy, badanie dna oka nie wykazywało żadnych zmian. W czterech przypadkach wystąpił odczyn HERXHEIMERA i trwał przeciętnie 48 godzin, w trzech przypadkach na 8 dzień po zastrzyknięciu zjawiała się toksyczna osutka, połączona z nieznacznym podniesieniem ciepłoty.

Badanie na krętki blade (metodą BURRIEGO) było przeprowadzone u większości chorych i wykazało, że krętki znikają już po dwóch dniach, najpóźniej zaś po dwóch tygodniach.

Odczyn WASSERMANNA zachowywał się rozmaicie: w przeważającej liczbie przypadków okazał się ujemnym w ciągu pierwszych trzech tygodni, w niektórych jednak razach (11 tydzień obserwacji po zastrzyknięciu) pozostawał wciąż dodatnim.

Nawroty autor spozstrzegał w trzech przypadkach. Pierwszy przypadek dotyczył 39-le-

tniego mężczyzny, który miał gumat na podniebieniu miękkim i na wardze górnej. W owrzodzeniach znaleziono krętki, odczyn WASSERMANNĄ był dodatni. Chory otrzymał 0,5 arsenobenzolu, owrzodzenia zablizniły się zupełnie w ciągu 20 dni. W 5 tygodni po zastrzyknięciu wystąpił nawrót w postaci owrzodzenia na wardze górnej, w którym znajdowały się w znacznej liczbie krętki blade, odczyn WASSERMANNĄ wypadł dodatnio. Wobec tego chory otrzymał powtórne zastrzyknięcie w ilości 0,6—w ciągu 4 dni krętki zginęły, odczyn WASSERMANNĄ się jednakże nie zmienił.

W następnym przypadku autor zastrzyknął 0,4 arsenobenzolu 17-letniej dziewczynie, która miała cztery owrzodzenia pierwotne naokoło otworu stolcowego, w 12 dni później wystąpiła zlewająca się wysypka grudkowa. Znikła ona dopiero w ciągu tygodnia po powtórnej zastrzyknięciu.

W ostatnim wreszcie przypadku u chorej ze stwardnieniem pierwotnym i wysypką plamistą w miesiąc po zastrzyknięciu (dawka 0,4) na migdałkach zjawily się łepieże, w których stwierdzono obecność krętków białych.

Autor na podstawie swego doświadczenia dochodzi do przekonania, że nowy przetwór EHRLICHĄ jest potężnym środkiem leczącym, którego użycie nie jest połączone z żadnym niebezpieczeństwem dla chorego; przeciwnie, arsenobenzol, usuwając objawy syfilisu, działa doskonale na stan ogólny.

(Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 40.)

Edward Bruner.

217. Meirowski i Hartmann. Wpływ surowicy chorych, leczonych preparatem Ehrlicha, na objawy przymiotu dziedzicznego u ssawca.

Opierając się na spostrzeżeniach FAEGEA i DUBOTA, którzy w dwu przypadkach

dziedzicznego przymiotu otrzymali u ssawców bardzo dobre wyniki przy zastrzyknięciu mamkom ich preparatu EHRLICHĄ, autorzy w jednym podobnym przypadku zastrzyknęli dziecku kilkakrotnie surowicę chorych, leczonych preparatem EHRLICHĄ, w ilości 5 — 20 ctm. sz. i w istocie otrzymali znaczną poprawę. Skuteczne działanie surowicy w danym przypadku prawdopodobnie należy sobie objaśnić obecnością w surowicy arseniku jakoteż antytoksyn, które powstają pod wpływem endotoksyn krętków białych.

(Mediz. Klinik. 1910. Nr. 40.)

218. Gennerich. O leczeniu syfilisu preparatem Ehrlicha „606”.

Autor zastosował preparat EHRLICHĄ u 30 chorych. Zastrzykiwał go pod skórę, płyn do zastrzyknięcia przygotowywał według WECHSELMANNĄ. W dwu przypadkach obserwował po zastrzyknięciu silne bóle, które trwały kilkanaście dni, w jednym przypadku wystąpiły objawy otrucia: podniesienie cieploty, przyspieszenie tętna, wysypka arsenikalna, — objawy te po kilku dniach znikły. Odczyn HERXHEIMERA autor spostrzegał we wszystkich niemal przypadkach. Preparat EHRLICHĄ, zdaniem autora, naogół wywiera bardzo dodatni i szybki wpływ na objawy syfilisu tudzież na syfilis mózgu. Dawka preparatu wynosiła 0,6—0,7. Co dotyczy wpływu preparatu na odczyn WASSERMANNĄ, to zachowuje się on równolegle do obrazu klinicznego.

(Berl. Kl. Woch., 1910 Nr. 38.)

Springer.

V-ty Kongres międzynarodowy akuszerów i ginekologów w Petersburgu.

Jeśli można sądzić o tem, czy się kongres udał, z liczby członków, jacy nań przybyli, to należy przyznać, że się udał, gdyż znacznie przewyższył pod tym względem przedostatni kongres w Rzymie.

Oczywiście, Niemców było najwięcej: MARTIN, BUMM, STRASSMAN, DÖDERLEIN, DÜTZMANN, FRAENKEL, FRANK, JUNG i wielu innych występowałi gromadnie i czuli się, jak u siebie w domu. Co do Polaków, to niespo-

dziewanie zebrala ich się spora garstka: nie licząc miejscowych i przybyłych z Rosyi — z Królestwa, z Galicyi i Poznania przybyło przeszło 30.

Był to pierwszy kongres międzynarodowy, na którym oficjalnie uznano komitet narodowy polski, dzięki uprzejmości prof. ORTA.

Właściwe prace kongresu rozpoczęły się przemówieniami przedstawicieli państw i narodowości. Przemawiał MANGIAGALLI z Medyolanu, przemawiał MANUEL BARREIRO z Meksyku, D-r SŁAWCZEW—bułgar, D-r ABADIE z Algeru, D-r Van der VELDE z Holandyi i inni. Z Polaków przemawiał D-r NEUG BAUER i prof. KADER, pierwszy jako wiceprezes polskiego komitetu z Warszawy — drugi jako dziekan Jagiellońskiego polskiego uniwersytetu w Krakowie. Mowa wypowiedziana była w języku polskim krótko i treściwie z zaznaczeniem zasługi prezesa prof. ORTA — jako takiego, który uznał w nauce równość narodowościową.

Jak wiadomo, prace kongresu zakończone były w dziewięć posiedzeń w ciągu sześciu dni.

Z tematów zgłoszonych na pierwszy ogień poszło *Carcinoma inoperabile* (jeden dzień) — dalej *sectio caesarea* (jeden dzień — dwa posiedzenia), następnie „metody operacyjne pochowe w akuszerji i ginekologii” (jeden dzień—dwa posiedzenia) i na koniec „porównanie różnych zabiegów operacyjnych w leczeniu tyłozgięcia macicy”.

Pierwszy przemawiał prof. MANGIAGALLI z Medyolanu. Treść jego przemówienia da się streścić w kilku słowach: mianowicie, celem terapii raka, nie dającego się operować, jest wywołanie zgorzeli tkanki rakowatej, a następnie pobudzenie organizmu do wessania. Z przytoczonych tutaj kilku rodzajów takiej kuracyi, jak, a) farmakoterapia (rtęć, arsen, condurango, cholesteryna) b) opoterapia c) fermentoterapia (trypsyna, amylopsyna) d) bakterioterapia e) vaccino i seroterapia—serum (DOYEN) EMMERICHĄ i SCHOLLĄ—kankroina ADAMKIEWICZA tylko od fizykoterapii (ROENI-

GEN, radium, fulguracya) prelegent obserwowała niewielką poprawę — reszta zabiegów nie prowadziła do żadnego rezultatu.

Dwaj inni prelegenci STRICKER i FALK z Berlina proponowali kombinowaną kuracyę za pomocą fermentów oraz radu. — W tym celu stosują preparat własnego pomysłu, „carbenzym” zwany — składający się z trypsyny, węgla i barokarbonatu radu. Rezultatów od tego leczenia nikt, oprócz wynalazcy, podobno nie widział.

Bardzo ciekawym pod względem doświadczalnym był odczyt pani LURIE o działaniu radu, promieni X i fulguracyi na guzy rakowate u myszy. Z doświadczeń wynika, że, aby zniszczyć guz doszczętnie, należy stosować b. duże ilości radu, inaczej niszczy on tylko warstwy powierzchowne, zaś w głębi guz rozrasta się tem energiczniej.

Promienie X działają podobnie do radu, tylko wywołują szybkie charłactwo całego organizmu. Co zaś do fulguracyi, to ta działa najbardziej powierzchownie, ale zato pobudza energiczny rozrost tkanki łącznej — co ma wpływ dodatni na przebieg leczenia. Ciekawa również była praca doświadczalna prof. OPITZA (Düsseldorf) o warunkach powstawania przerzutów raka. Prof. OPITZ zastrzykuje surowicę cytolityczną rakowatej myszy, skutkiem czego komórki rakowate, tracąc niejako spójnię między sobą, rozpuszczają się i, porwane prądem krwi czy limfy — implantują się i dają początek nowotworowi w innym miejscu.

Na zakończenie Pani STROGANOFF, zwracając się do zwolenników operowania wczesnych postaci raka macicy, zaznacza, że wiele takich przypadków, gdzie bujanie atypowe nabłonka, w zupełności przypominające pod mikroskopem początkowe stadyum raka — a wywołane takimi czynnikami, jak rzeżączka, gruźlica, syfilis, — leczy się radykalnie na drodze konserwatywnej. Dowodzenia te były poparte odpowiednimi demonstracyami preparatów mikroskopowych.

Z dyskusyi — która się następnie wywiązała, należy zanotować doświadczenia prof. OPITZA ze stosowaniem *kali iodatum* do wewnątrz i zasypywaniem rany kalomelem

zewnątrznie; wywiązujące się w ten sposób *Hydrarg. iodatum* działa przyżegająco i bardzo szybko tamuje krew. Prof. SELLHEIM z Tybingi demonstrował serye skrawków przez całą miednicę kobiet rakowatych, z czego wynika, jak wielkie niebezpieczeństwo przedziurawienia grozi podczas skrobania i przyżegania mas rakowatych, znajdujących się w bezpośredniej styczności z pęcherzem moczowym, moczowodami lub błoną brzuszną. Tutaj zabrał głos po raz pierwszy prof. KADER z Krakowa, zdając sprawę z przypadku, który traktował surowicą antystreptokokową poliwalentną cytolityczną — lecz bez widocznego rezultatu.

Drugim tematem zasadniczym — Cięcia cesarskie. Do przewodnictwa honorowego zaproszony został prof. KADER, a w drugim dniu prof. ROSNER — obaj z Krakowa. Do głosu zapisali się prof. BUMM (Berlin), prof. PESTALOZZA (Rzym), ROUTH (Londyn), DÖDERLEIN (Monachium), PANKOW (Fryburg), FRANK (Kolonia), MORAWSKI (Kraków), SELLHEIM i inni.

Ustalono następujące punkty wytyczne co do cięcia cesarskiego:

1) zarówno klasyczne, jak i nadłonowe cięcie cesarskie ma swoje wskazanie jedynie (prawie) w leczeniu przy miednicy zwężonej (z innych powodów, jak łożysko przodujące lub drgawki porodowe, zabieg ten dokonywany jest dziś coraz rzadziej);

2) technikę cięcia nadłonowego uważać należy za trudniejszą, szczególnie ze względu na trudności wydobycia płodu;

3) zeszycie ściany macicy jest o wiele łatwiejsze przy cięciu nadłonowym, również jak i utrata krwi podczas operacji jest znacznie mniejsza;

4) cięcie nadłonowe ma pierwszeństwo przed klasycznym w takich przypadkach ze zwężoną miednicą, gdzie przy długim wyczekiwaniu wody już odeszły, i niema pewności zupełnej aseptyki, zaś w przypadkach absolutnie aseptycznych lub też gdzie zwężenie macicy jest 1-go stopnia, i o wyczekiwaniu nie może być mowy, tam już po pierwszych bólach należy przystąpić do cięcia klasycznego;

5) przypadki septyczne nie nadają się zupełnie do cięcia — może być mowa tylko o kranio- lub embryotomii;

6) każde powtórne cięcie cesarskie jest mniej niebezpieczne, aniżeli pierwsze.

7) Zasady techniki cięcia cesarskiego. *Pestalozza*: ułożenie w pozycji *Trendelenburga*, wydobycie macicy na wierzch, poprzeczne cięcie macicy według *Fritscha*; co się tyczy cięcia nadłonowego — pozaotrzewnowego, to jedni przecinają powłoki brzuszne w linii środkowej sposobem *Latzko*, drudzy znowu sposobem *Döderleina* w linii pachwinowej, gdzie znajduje się mniej luźnej tkanki łącznej i omija się *plica vesicouterina*. — Krwawienia prawie żadnego niema, zszycie rany macicznej jest niezmiernie łatwe — jednopiętrowy katgut — dren stosuje się zawsze.

Na zakończenie kol. *Morawski* przytoczył 9 przypadków z kliniki krakowskiej, gdzie stosowane było cięcie pozaotrzewnowe na skutek zwężenia miednicy, grożącego pęknięciem macicy; wszystkie 9 przypadków skończyły się pomyślnie dla matki i dla dziecka, nie bacząc, że w wywiadach u wszystkich tych chorych była albo kraniotomia albo cięcie cesarskie lub *hebesteotomia*. Co do techniki, to powłoki brzuszne przecięto poprzecznie według *Pfannenstiela*, odłuszczone błonę brzuszną w miejscu, gdzie ona z pęcherza przechodzi na macicę (przyczem w 5 przypadkach na 9 jama brzuszna została nieostrożnie otwarta) i przecięto mięsień maciczny w jego dolnym odcinku. Pęcherz moczowy przytem nie był wypełniany płynem.

Trzecim tematem programowy. *Metody pochwowe w akuszerii i ginekologii*.

Prelegenci: *Martin* z Berlina, *Jung* (Getynga) — o metodzie *Bossiego*, *Frankel* (Wrocław) *colpotomia vaginalis*, *Dützmann* (Berlin), *Ott* — *Korobkow* *Ovariotomia* przez pochwę podciąż ciąży, *Jakobsohn* (Petersb.) wartość *colpotomia anterior* w leczeniu ciąży pozamacicznej, *Siciński* prześwietlanie jamy poporodowej macicy i prof. *Ott*.

Gwoździem rozpraw był odczyt prof. *Otta* i jego asystentów o pierwszeństwie cięcia pochwowego przed cięciem brzusz-

nem w wielu operacjach ginekologicznych i akuszerskich. Metoda pochwowa cięcia, wprowadzona przez ginekologów, zwalczana była długo głównie przez chirurgów dla braków, jakie niezawodnie posiada. Ograniczony teren operacyjny — głębokość, zmuszająca do pracy bez kontroli wzroku, co naprzekład przy zrostach często i niezawodnie prowadzić musi do kaleczenia takich organów, jak kiszka, moczowody etc., następnie nie pewność i trudność podwiązania naczyń — są to braki poważne. Lecz rok 1901 przechylili niejako szalę zwycięstwa na stronę ginekologów: zastosowanie pochyłych płaszczysz, długich instrumentów, a nadewszystko możność prześwietlania jamy brzusznej sposobem *Orth* nietylko wpłynęły na usunięcie wyżej wspomnianych braków, lecz pchnęły metodę pochwową na nowe i daleko szersze tory. Dla chirurgów miało to również doniosłe znaczenie: zaczęto stosować metodę w *apendektomii* — zaczęto rozpoznawać na oko niektóre cierpienia wątroby, nerek i śledziony, nie mówiąc już o macicy.

Zdaniem większości prelegentów, najczęściej stosujemy metodę pochwową w następujących razach: 1) w stanach zapalnych trąbek i jajników; 2) w przypadkach skrzywień macicy, spowodowanych zrostami; 3) w ciąży pozamacicznej — wczesny; 4) w torbielach międzywielowodowych; 5) w razie nisko usadowionych włókniaków.

Na 1375 cięć pochwowych, dokonanych w klinice prof. *Orth*, % śmiertelności był 1,25, a ostatnie 260 przypadków operowano przy śmiertelności = 0.

W tej samej klinice cięcia brzuszne dają mniej więcej 10% śmiertelności.

Tak olbrzymią różnicę tłumaczy prof. *Orth* przede wszystkim:

- 1) lepszą aseptyką w tych razach, gdyż:
 - a) powietrze, a zatem i pył nie przenikają w głąb rany pochwowej;
 - b) pochwa łatwiej daje się zdezynfekować, aniżeli skóra brzucha;
 - c) całą operację wykonywa się instrumentami bez udziału rąk;

d) kiszki przez cały czas są poza polem operacyjnym;

e) ropa, o ile się znajduje, łatwo ścieka ku dołowi;

2) dokładniejszym tamowaniem krwi (stosowanie klampików) i możliwością natychmiastowego wykrycia krwawienia do jamy brzusznej po operacji (ścieka);

3) możliwością idealnego drenowania rany; nakoniec unika się

4) oziębienia, wysychania rany i zranienia organów jamy brzusznej, przez to unika się wstrząsu.

Z dyskusji, która wywiązała się po odczytaniu referatów, wynika, że *Martin* ma dla metody pochwowej wielkie uznanie, lecz ostatecznego słowa w tej kwestyi wypowiedzieć się nie decyduje; nasz rodak *Falgowski* z Poznania jest gorącym zwolennikiem metody, szczególnie w stanach zapalnych przydatków, inni zaś, jak prof. *Sellheim* z Tybingi, prof. *Jayle* z Paryża, są stanowczymi przeciwnikami.

Ostatni temat programowy: ocena porównawcza różnych metod operacyjnych w leczeniu tyłozgięcia macicy. Ponieważ referenci, jak *Van der Velde* — *Eberlein* (Moskwa) *Dützmann* z Berlina, *Fränkel*, *Sellheim* i *Opitz*, nie mogli przyjść do pewnych ściśle określonych ogólnych wniosków — a każdy proponował swoje (jak nap. *Dützmann* — *vaginovesicofixatio*, *Fraenkel* — *ventrofixatio*, *Sellheim* — kolpoperyneoplastykę, *Eberlein* — operację *Alexander-Adamsa*, więc na wniosek *Van der Velde* przyjęto następującą rezolucję: wybrać komisję międzynarodową z pięciu członków (*Ott*, *Jacobs*, *Bumm*, *Döderlein*, *Mangiagalli*), która obowiązana jest zebrać odpowiednie materiały i obserwacje, i w chwili, kiedy na zasadzie zebranego materiału stanie się możliwym danie ostatecznego i decydującego orzeczenia — wyznaczyć ponownie tenże sam temat na jeden z przyszłych zjazdów międzynarodowych.

Z kolegów warszawskich mówił dr *Neugebauer* o ciąży bliźniaczej wewnątrz- i zewnątrzmacicznej jednocześnie — (demon-

stracya olbrzymiego materiału kazuistycznego z dziedziny akuszerii) oraz d-r JAWORSKI—o krwotokach macicznych pochodzenia syfilitycznego, z Krakowa pani RADWAŃSKA i SZLANK—o leczeniu upławów w katarach

macicy (za pomocą *bacillus bulgaricus*), FALGOWSKI z Poznania —rzec o ostrej relaksacji mięśnia macicy podczas ogólnej narkozy i t. d.

Julian Ślaski.

Wiadomości bieżące.

— Od prof. Cybulskiego otrzymaliśmy list z podziękowaniem za wydanie numeru jubileuszowego oraz za udział w obchodzie.

— Tow. kształcenia pielęgniarek Ś-go Józefa założyło sanatorium na 26 chorych przy zbiegu ulic Hożej i Leopoldyny. Sanatorium urządzone częścią z przerobionego dawnego budynku, częścią umieszczono je w budynku nowym. Oba budynki połączono tunelem podziemnym. Posiada ono 3 sale operacyjne, wanny, gabinety i t. p. Cena utrzymania w 2 salach wspólnych 2,50, w oddzielnych pokojach 5 — 8 rb. dziennie. Towarzystwo utrzymuje jedno łóżko bezpłatne. Kuratorem zakładu jest kol. Chrostowski, lekarzem kol. Kizler, lekarzem miejscowym kol. Zbierzchowski. Pielęgniarki uczyć się będą w zakładzie. Zaznaczyć należy, że Tow. Ś-go Józefa (Przytulisko) już od lat 30 kształci wyborne pielęgniarki.

— Na odbytem w z. m. w Berlinie posiedzeniu Związku prasy lekarskiej niemieckiej zapadły uchwały następujące: 1) Związek ma na celu usunąć objawy niepożądane w prasie lekarskiej i w tym celu winien skoncentrować wydawców wszystkich pism. 2) Pożądane jest ograniczenie liczby wydawnictw lekarskich w postaci wydawnictw jubileuszowych, broszur, roczników, materiał ich może się doskonale zmieścić w pismach lekarskich, nie dotyczy to jednak bynajmniej rozpraw doktorskich, których streszczenia należy je-

dnak podawać w pismach lekarskich. 3) Prace oryginalne powinny być, o ile można, najkrótsze. W szczególności zbyteczne jest przeładowywanie prac przeglądem piśmiennictwa. 4) Każde pismo powinno umieszczać prace tylko ze swego programu. 5) Doniesienia tymczasowe zawierać winny tylko materiał faktyczny, rodzaj ten artykułów należy zresztą ograniczać. 6) W celu uporządkowania działu referencyjnego pożądana jest wymiana streszczeń między poszczególnymi wydawnictwami. Zebranie poruszyło też sprawę używania odbitek z czasopism w celach reklamy, mimo jednak długiej dyskusji nie powzięto żadnej uchwały i przekazano sprawę tę komisji. Również do komisji odesłano sprawę prawideł ogólnych co do cytowania prac lekarskich. Wreszcie zebranie, z powodu niedawnych orgii w prasie codziennej co do „606”, wypowiedziało zdanie, iż prace, których treść uprzednio podano w prasie nielekarskiej, nie mogą być drukowane w wydawnictwach lekarskich.

Uchwały powyższe mogą i powinny zainteresować i nasze piśmiennictwo lekarskie. Wiele z nich mogłoby z korzyścią znaleźć się na porządku dziennym sekcji prasowej przyzłego zjazdu lek. i przyr. w Krakowie. Szczególny nacisk położycyby należało na sprawę sużywania odbitek prac do celów reklamowych, co się u nas rozpowszechnia coraz bardziej.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt na r. 1911 „Ruchu Filozoficznego”, „Przeglądu Filozoficznego” i „Nowości Literackich”.