

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z Sanatorium dla chorób piersiowych w Zakopanem.

Znaczenie kliniczne próby tuberkulinowej Moro

(na mocy 500 własnych spostrzeżeń)

napisali

Dr Kazimierz Dłuski i Dr Stefan Rudzki

Dyrektor Sanatorium

I. asystent.

(Ciąg dalszy).

Chcąc określić, jakie znaczenie rozpoznawcze ma stopień odczynu Moro, poddaliśmy szczegółowemu rozbirowi nasze 500 przypadków.

Pierwszy stopień — słaby odczyn (do którego — wobec podkreślonej wyżej niejasności w podziale samego Moro, — weszła i część przypadków, uważanych przez innych autorów za średni odczyn), mieliśmy na ogół w 266 przypadkach, w tej liczbie gruźlica I okresu Turbana była u 156 chorych (59%), II okresu u 69 (26%), III okresu u 41 chorych (15%). Podług wieku: dzieci do 15 lat było 9 (4%), dorosłych: od 16 do 20 lat — 32 (12%), 21—50 l. 221 (83), powyżej 50 l. — 4 (1%).

Drugi — średni stopień odczynu Moro — mieliśmy w 68 przypadkach, w tem I okres Turbana był u 34 chorych (50%), II okres u 24 (35%), III okres u 10 chorych (15%). Dzieci do lat 15 było w tej liczbie 2 (3%), od 16 do 20 l. — 15 (22%), 21 — 50 (74%), powyżej 50 lat — 1 (1%).

Wreszcie trzeci — silny stopień odczynu spostrzegaliśmy u 21 chorych; z nich I okres gruźlicy miało 9 (43%), II również 9 (43%), III zaś 3 (14%). Dzieci do lat 15 było 1 (4%), od 16 do 20 l. 6 osób (29%), od 21 do 50 l. — 14 (67%).

Zestawiając te dane w poglądowych tablicach, otrzymamy następujące wyniki:

TABLICA I

	Okresy Turbana			Wiek chorych		
	I	II	III			
Wogóle na 500 chorych było:	257	157	86	< 15 l.	14	3%
	51.5%	31.5%	17%	16—20 l.	74	15%
			500	21—50 l.	396	79%
				> 50 l.	16	3%
Z nich oddziaływało dodatnio	199	102	54	< 15 l.	12	86%
	77%	65%	64%	16—20 l.	53	72%
			355	21—50 l.	285	72%
				> 50 l.	5	31%
			(*)		355	(*)

*) Odsetki obliczone są na całą ilość chorych danego okresu lub wieku.

TABLICA II.

Stopień odczynu Moro	Procent chorych z dodatnim odczynem	Okresy Turbana			Wiek chorych		
		I	II	III			
I słaby	266 75%	156	69	41	< 15 l.	9	4%
		59%	26%	15%	16—20 l.	32	12%
				266	21—50 l.	221	83%
					> 50 l.	4	1%
II średni	68 19%	34	24	10	< 15 l.	2	3%
		50%	35%	15%	16—20 l.	15	22%
				68	21—50 l.	50	74%
					> 50 l.	1	1%
III silny	21 6%	9	9	3	< 15 l.	1	4%
		43%	43%	14%	16—20 l.	6	29%
				21	21—50 l.	14	67%
					> 50 l.	0	0
						21	

Tak więc słaby odczyn Moro spostrzegaliśmy najczęściej, bo w 75%, średni stopień w 19%, silny w 6%.

W stosunku do stopnia choroby widzimy wyraźną prawidłowość w pierwszych dwóch okresach Turbana: w I okresie najczęściej spotykamy słaby odczyn, mniej często — średni, najrzadziej silny odczyn (59—50—43%); w II okresie odwrotnie: najrzadziej słaby stopień odczynu, częściej średni, najczęściej silny odczyn (26—35—43%); w III wreszcie okresie Turbana wszystkie 3 stopnie dodatniego odczynu mniej więcej jednakowo rzadko się spotyka (15—15—14%).

W stosunku do ogólnej liczby spostrzeganych chorych w każdym z 3 okresów Turbana, najczęściej oddziaływali dodatnio lekko chorzy (w I. okresie gruźlicy — 77%), rzadziej chorzy w II. okresie (65%) lub w III. (64%).

Z naszych tedy spostrzeżeń wynika, że stopień odczynu Moro nie jest bez znaczenia w rozpoznaniu gruźlicy, że mianowicie słaby odczyn przemawia najczęściej za lekkim zajęciem płuc, silniejszy zaś odczyn zdarza się częściej w daleko posuniętych postaciach gruźlicy, niż w pierwszym jej okresie.

Wyniki te, oparte na dużym materiale klinicznym, różnią się od wniosków większości innych autorów.

Sam Moro w pierwszej swej pracy¹²⁾ twierdzi, że najśłabszy odczyn bywa w daleko posuniętej gruźlicy. Objaśnia to on poniekąd właściwościami skóry, mianowicie tem, że przy jędrnej skórze z dobrem napięciem występuje wyraźny odczyn, przy zanikłej zaś skórze słaby.

W drugiej, późniejszej pracy¹³⁾, opartej na znacznie większym materiale, pisze Moro wprawdzie, że «z obrazu i przebiegu odczynu nie można nic pewnego wywnioskować o postaci i charakterze gruźlicy w poszczególnym przypadku»¹⁴⁾.

Podnosi też fakt, że «charakter odczynu w wielkim stopniu zależy nie tylko od oddziaływania ustroju na gruźlicę, lecz i od ogólnego stanu danego osobnika (pobudliwość układu nerwowego, właściwości skóry, odżywienie»¹⁵⁾. Podkreśla jednak — wbrew pierwotnemu swemu twierdzeniu — że «silny odczyn skórny, widoczny przez dłuższy czas (kilka tygodni), odczyn, któremu towarzyszy znaczne łuszczenie, znajduje się prawie zawsze tylko w ciężkich, daleko posuniętych przypadkach gruźlicy»¹⁶⁾.

Bullinger otrzymywał przeważnie słaby odczyn; wielką rolę — zdaniem jego — odgrywają właściwości skóry, długość i sposób wcierania. W rezultacie poleca on ten odczyn, jako cenny pomocniczy środek rozpoznawczy.

Emmerich u swych chorych (z przewagą II. okresu Turbana) otrzymywał najczęściej słaby stopień odczynu, trzeciego stopnia nie miał ani razu.

Rzadko, bo tylko w 4 1/2% spotykał silny odczyn i Monti.

Wetzell dochodzi do wniosku, iż «siła odczynu nie daje żadnych wskazówek co do ciężkości choroby».

Kanitz podaje, że w większości przypadków otrzymywał pierwszy stopień odczynu, dość często drugi, raz

jeden trzeci. Na mocy faktu, że u 11% «niepodejrzanych» klinicznie wystąpił odczyn dodatni, wyprowadza Kanitz daleko idący wniosek, iż «i dodatni odczyn (u dorosłych) nie może świadczyć o istnieniu gruźliczego ogniska», natomiast «u dzieci odczyn dodatni bywa tylko przy gruźlicy».

Z polskich autorów Chlumsky nie wspomina, jaki stopień odczynu otrzymywał, lecz próbę Moro uważa za «dosyć czułą, choć niezupełnie niezawodną».

Chybczyński w swych przypadkach miał «zwykle średni odczyn, nie zauważył jednak żadnego prawidłowego stosunku między liczbą grudek a stopniem zakażenia gruźliczego».

Wilczyński wreszcie «nie mógł ustalić żadnego związku między stanem chorobowym a mniej lub więcej wybitnym wynikiem odczynu».

Różnice te pomiędzy naszymi wnioskami a wnioskami innych autorów, objaśniają się prawdopodobnie zbyt szczupłym materiałem w porównaniu z naszym, wiadomo zaś, że w statystyce tylko posługiwanie się wielkimi liczbami może wyświetlić istotny stan rzeczy.

Materiał nasz przyczynić się także może do wyjaśnienia, jakie jest znaczenie rozpoznawcze odczynu Moro zależnie od wieku badanych.

Z podanej wyżej tablicy widzimy, iż gdy z dzieci gruźliczych 86% oddziaływało dodatnio na wcierania maści tuberkulinowej, to u ludzi dorosłych, chorych na gruźlicę (w wieku 16—50 lat), już tylko w 72% był dodatni odczyn, starsze zaś osoby (powyżej 50 lat) zaledwo w 31% oddziaływały.

Stopień odczynu w wieku dziecięcym — na naszym materiale — nie daje większych różnic (wszystkie trzy stopnie mieliśmy jednakowo często, w 3—4% ogólnej liczby dodatnich wyników). Młodzieńcy w wieku 16—20 lat dawali słaby odczyn w 12%, średni w 22% i silny w 29%; odwrotnie, dojrzały ludź (od 21 do 50 l.) najczęściej słabo oddziaływali (83%), mniej ich dawało średni odczyn (74%) i jeszcze mniej silny (67%).

Co do starszych wreszcie osób (powyżej 50 l.), to stanowiły one tylko 1% wśród oddziałujących słabo i średnio, u żadnej zaś z nich nie było silnego odczynu.

Znaczenie dodatniego odczynu skórno przez różnych autorów było wyjaśnianie rozmaicie.

Sam Moro twierdzi, że «odczyn dodatni wskazuje prawie bez wyjątku na jawne, bardzo często na skryte i w pewnych okolicznościach także na wyleczone ognisko gruźlicze»⁵⁾, w innym zaś miejscu dodaje, że «odczyn późno występujący lub tylko po powtórnym wcieraniu dający dodatni wynik, przemawia naogół przeciw obecności jawnego ogniska»¹⁶⁾.

Emmerich podkreśla, że «odczyn skórny ma mniejszą wartość przy rozpoznaniu u dorosłych, ponieważ i nieczynne ogniska oddziałują na masę tuberkulinową».

Również Wetzell dochodzi do wniosku, że odczyn Moro u dorosłych «nie nadaje się do zastosowania, gdyż wykazuje i nieczynne ogniska gruźlicze i u niepodejrzanych klinicznie daje 70% dodatnich wyników». Widząc przyczynę tego w «nieszczęśliwie dobranej koncentracji»

¹²⁾ Münch. m. W. 998 Nr 5.

¹³⁾ Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.

¹⁴⁾ Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.

¹⁵⁾ Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 245.

¹⁶⁾ Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.

¹⁶⁾ Beitr. z. Kl. d. Tbc. B. XII. s. 246.

maści, proponuje Wetzell »rozcieńczyć ją o połowę, żeby, jak w próbie Wolff-Eisnera, wykazywać tylko czynne ogniska, a nie jak w odczynie Pirqueta nieczynne lub wylezione«.

Wolff-Eisner w krytyce próby Moro zaznacza także, że »nie pozwala ona odróżnić czynnych od nieczynnych postaci gruźlicy«.

Nasz materiał pozwala nam potwierdzić wnioski samego Moro, a nie jego krytyków. Na 500 chorych mieliśmy 15 przypadków gruźlicy półczynnej i z nich tylko w 7 otrzymaliśmy dodatni odczyn tuberkulinowy (co wynosi 47%); również z 4 przypadków gruźlicy nieczynnej tylko 1 oddziaływał dodatnio (25%), — gdy tymczasem w gruźlicy czynnej na 481 przypadków 347 oddziaływało dodatnio, t. j. 72%.

Dodatni więc odczyn Moro i według naszych badań przemawia za czynną gruźlicą, w nieczynnych zaś postaciach występuje rzadko i to w słabej postaci.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala krajowego
w Sarajewie.

O hormonach vegetatywnego układu nerwowego ze stanowiska nauki o wydzielaniu wewnętrznym.

Skreślił

Prof. Dr L. Korczyński.

(Dokończenie).

Poza tem podnieść jeszcze trzeba, nawet z naciskiem, stosunki łączące przysadkę z narządami rozrodczymi, z jajnikami i z jajnikami, które tak bardzo wyraźnie się zaznaczają i w patologii i w doświadczeniach na zwierzętach. Brak przysadki wiedzie do zaniku czynności płciowych. U kobiet ciężarnych powstają objawy, przypominające niekiedy wcale dokładnie akromegalię, co zgadza się bardzo dobrze z badaniami anatomicznymi przysadki, które stwierdziły kilkakrotnie podobny przerost, jaki tak często można widzieć w gruczołach tarczowym w czasie trwania ciąży.

Na pewną uwagę zasługują wreszcie zmiany, które Hallion i Alquier opisują w trzustce zwierząt, karmionych przysadką. Na podstawie tego opisu przyjąć trzeba, że t. zw. wyspy Langerhansa okazują znamiona większej fizjologicznej sprawności.

Zadne z tych zjawisk, o których wspomnieliśmy, nie może być czemś przypadkowym i biologicznie obojętnym. Czy się zwrócimy do zmian przerostowych, czy do zmian zanikowych różnych gruczołów, wszędzie przyjmować trzeba równocześnie pewne różnice w stopniu, może i w jakości wydzielania wewnętrznego. A te różnice prowadzić muszą do dalszych następstw, odbijając się na przebiegu różnych spraw vegetatywnych. Dla tego to ocenianie skutków zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznym któregośkolwiek gruczołu napotyka na wielkie trudności. Obok następstw bezpośrednich zjawiają się następstwa dalsze, wtórne. Co jest pierwotne, co następne w takim obrazie, często bardzo pogmatwanym, o tem napewno rozstrzygać nie można. Najłatwiej jeszcze stosunkowo rozpatrywać się w zbro-

niach przemiany materii i z tego punktu widzenia oceniać rolę gruczołów, działających przez wytwory wydzielania wewnętrznego.

Patrząc z powyższego stanowiska na rolę przysadki mózgowej, zaliczyć ją możemy do rzędu narządów podniecających i postawić ją na tej samej linii, na której stoją nadnercza i tarczycy. Jeśli się godzimy z zapatrywaniem, według którego przemiana materii podlega w wysokim stopniu wpływom vegetatywnego układu nerwowego, a dalej i z tem, że nerwy współczulne działają podniecająco, nerwy autonomiczne hamująco, to przyjmując drażniki współczulne w wydzielinie nadnerczy, tarczycy i przysadki, tem samem przypuścić możemy istnienie fizjologicznych drażników autonomicznych i starać się o poznanie ich w wydzielinie innych gruczołów. Eppinger i Hess¹⁴⁹⁾ wprost nawet mówią o takiej, narazie tylko hipotetycznej »autonomii«. I istotnie, jeśli podstawy nauki o związku dynamofizjologicznym między układem współczulnym a pracą narządów, odnoszącą się do sprawy przemiany materii, są zupełnie realne, jeśli realne są nasze zapatrywania o współczulnych hormonach, to z koniecznością logiki przyjąć trzeba istnienie ciała, lub ciała, które przeciwdziałają jednostronnemu podnieceniu i stosownie do potrzeb miarkują przemianę materii. Ze sprawą tą łączy się niezmiernie wiele ciekawych i ważnych zagadnień biologicznych. Rozwój i wzrost młodych ustrojów, rozmieszczanie całego materiału, służącego do budowy i do odnawiania się tkanek i narządów, równowaga i miarowość w budowie, okresowość niektórych fizjologicznych czynności i t. d., wszystko to są sprawy, dla których przyjmować trzeba jakieś zasady biologiczne i łączyć je z istnieniem fizjologicznych regulatorów. O wielu z tych rzeczy rozprawiać można zaledwo tylko teoretycznie, inne są jeszcze zupełnie ciemne. Ale mimo to posiadamy już pewne dane, które, o ile chodzi o układ nerwów vegetatywnych, pozwolą wejść nieco głębiej w istotę regulujących urządzeń. Wiadomości nasze w tym kierunku opierają się na poznaniu fizjologicznych przeciwieństw między układem współczulnym i układem autonomicznym i na wyyskaniu wybiórczych własności trucizn vegetatywnych. Rozwój badań o działaniu nadnerczyny, uznanej powszechnie za typowy drażnik współczulny, miał tu ogromne znaczenie. Na nich oparto się pojęcie o antagonizmie między nadnerczem a trzustką i rozwinęły zapatrywania nowoczesne o roli trzustki, jako gruczołu, dostarczającego vegetatywnego hormonu.

Podstawę stworzyły tu prace Minkowskiego, oparte na odkrytym wspólnie z Mehringem cukromoczu po wycięciu trzustki. Związek między cukromoczem a usunięciem tego gruczołu, nad którym długo rozprawiano i rozmaicie go tłumaczono, został ostatecznie zupełnie utrwalony wreszcie nawet zapomocą doświadczeń, posługujących się parabolą zwierząt (Minkowski).

Bez tego odkrycia nie byłby się mógł przez późniejsze badania Bluma uwydatnić antagonizm trzustki i nadnerczy w dziedzinie wpływów na przemianę węglowodanów.

Wstrzyknięcie nadnerczyny sprowadza, jak powszechnie wiadomo, u zwierząt i u ludzi wyładowywanie glikogenu z fizjologicznych składów i nadmiar cukru w krwi, ostateczną, jakkolwiek może nie jedyną przyczynę cukromoczu. Zupełnie to samo dzieje się po wycięciu trzustki. Wątroba traci glikogen, zapasy jego wyczerpują się, a nowe nie przybywają, bo wątroba nie może go już wytworzyć. Że utratę tej zdolności poczytać trzeba za istotne następstwo usunięcia trzustki, za tem przemawiają w wysokim stopniu doświadczenia Hegera i de Meyera¹⁵⁰⁾, które wykazały, że zapomocą wyciągu trzustkowego, dodanego do krwi, przepuszczanej sztucznym sposobem przez wątrobę psów

¹⁴⁹⁾ Eppinger i Hess l. c.

¹⁵⁰⁾ Heger i De Meyer. Deutsche med. Wochenschrift 1910 str. 2079.

bezzrętkowych, powrócić jej można zdolność wytwarzania glikogenu.

Spotykamy więc ostatecznie zupełnie identyczne wyniki po nadmiarze jednego lub skutkiem braku drugiego ciała. Zestawienie ich stało się nicią przewodnią dla szeregu złożonych badań. Na porządku dziennym stało pytanie, czy przez sztuczną nadwyżkę drażnika trzustkowego nie powiedzie się zabojeńić cukrorodnego działania nadnerczyny i zapobiedz w ten sposób powstawaniu cukromoczu po wstrzykiwaniach adrenaliny. Zajął się nim jako pierwszy, Zuelzer¹⁵¹⁾ i dał odpowiedź twierdzącą. Zwierzęta użyte do doświadczeń, które bądź to nieco wcześniej, bądź też równocześnie z nadnerczyną otrzymywały wolny od białka wyciąg trzustkowy, nie wydzielały cukru w moczu. Zupełnie słuszny z tego wniosek, że trzustka niweczyła wpływ nadnerczyny. O takich samych wynikach mówią nieco późniejsze sprawozdania Frugoniego¹⁵²⁾, Glassnera i Picka¹⁵³⁾, v. Furtha i Schwarza¹⁵⁴⁾. Wiedeńscy autorzy, wymienieni na ostatnim miejscu, tłumaczą jednak inaczej, aniżeli Zuelzer, wpływ trzustkowego soku; odmawiają mu bezpośredniego wpływu na cukromocz nadnerczowy przez hamowanie podrażnienia współczulnego, a brak cukru przyjmują jako następstwo złaczonych z wstrzykiwaniami uszkodzeń. W ten sposób sprawa fizjologicznego przeciwieństwa stawalaby się problematyczną. Stanowisko to nie jest wszakże ani dość uzasadnione, ani nawet teoretycznie nie może wydawać się słuszne. Przemawiają przeciw niemu, a za rzeczywistym antagonizmem wcale liczne dowody, dostarczone przez medycynę doświadczalną. Na pierwszym miejscu wymienić wśród nich należy prace Falty¹⁵⁵⁾, jego współpracowników, zajmujące się cukromoczem trzustkowym i stosunkiem trzustki do gruczołów, które dostarczają drażników współczulnych, a także znaczeniem trzustki dla przemiany materii wogóle.

Z poprzednich kartek wiemy już, że układ chromochłonny, tarczycy i przysadka mózgowa działają podniecająco na przemianę materii. Za pośrednictwem ich wydzielin spotęgować można całe uilenianie, wywołać szybsze spalanie białka. Jeśli wydzielina trzustki działać ma przeciwnie, aniżeli poprzednie, w takim razie u zwierząt bezzrętkowych zaznaczać się musi tem wybitniej wpływ układu chromochłonnego, tarczycy i przysadki, a naodwrot usunięcie jednego z należących tam gruczołów zmniejszać powinno skutki wycięcia trzustki. Powyższe rozumowanie stworzyło tło do badań Falty. Wyniki doświadczeń zdają się przemawiać za tem, że było ono zupełnie dobrze pomyślane. Uprawniają one do następujących wniosków:

1) Spalanie białka u zwierząt bezzrętkowych jest w czasie głodzenia energiczniejsze, aniżeli u zwierząt prawidłowych w tych samych warunkach.

2) Wstrzykiwania nadnerczyny wiodą u takich zwierząt do dalszej, wyraźnej straty białka.

3) Cukromocz po wycięciu trzustki zwiększyć można bardzo znacznie przez wstrzykiwania nadnerczyny.

4) Równoczesne usunięcie trzustki i gruczołów przytarczycznych, tych drugich częściowo, z pozostawieniem jednego lub dwu ciałek nabłonkowych pociąga za sobą większe zmiany w przemianie materii, t. j. większy rozpad białka i znaczniejsze wydzielanie cukru, aniżeli wycięcie samej tylko trzustki.

5) U zwierząt, pozbawionych trzustki i tarczycy, spostrzegać się daje mniejsza strata azotu, współczynnik D : N jest skutkiem tego wyższy, aniżeli u zwierząt z wyciętą

samą tylko trzustką, strata ciężaru ciała jest u nich stosunkowo niewielka.

Aby dojść do poznania tych szczegółów, trzeba było całego szeregu trudnych i pracowitych badań i rozbiórów. Przydałoby się więcej i więcej wszechstronnych. Ale do pokonania są tu jednak ogromne trudności także czysto technicznej przyrody, tak wielkie, że o ile chodzi o śledzenie przez dłuższy przeciąg czasu toku przemiany materii, wprost przezwyciężyć ich nie można, to też na razie musimy się zadowolnić dotychczasowymi wynikami; a zadowolnić się nimi możemy tem rychlej, że rzucają one nie mało światła jeśli nie na powszechne znaczenie fizjologiczne trzustki, jako narządu dostarczającego drażników wegetatywnych, to w każdym razie na jej stosunek do innych gruczołów i uzasadniają zapatrywanie o biologicznym antagonizmie między jej wydzieliną, a wydzielinami gruczołów ze skłonnościami do układu współczulnego.

Do rozjaśnienia tego przeciwieństwa posłużyć jeszcze mogą badania Zuelzera, o których mówiliśmy wyżej, ale których nie wyczerpaliśmy jeszcze zupełnie. Wyszły wśród nich na jaw szczegóły ważne i dla cukromoczu nadnerczowego jako takiego i dla cukromoczu, względnie dla choroby cukrowej wogóle. — Poznanie ich łączy się z dawniejszymi doświadczeniami Seegena¹⁵⁶⁾. Seegen, podwiązawszy żyłę główną dolną tuż ponad ujściem do niej żył nerkowych, znalazł w krwi zwierząt wyraźną hiperglikemię. Zjawiska tego nie umiał sobie wytłumaczyć. Zuelzer pojmuje je jako następstwo przekrwienia nadnerczy, stąd zwiększonego wydzielania nadnerczyny i adrenalinemii i opiera to tłumaczenie na własnych doświadczeniach, w których po podwiązaniu żyły głównej nieco wyżej, ponad ujściem żył nadnerczowych, nie otrzymywał hiperglikemii. Zjawisko spostrzegane przez Seegena możnaby wobec tego uważać do pewnego stopnia jako zadatek cukromoczu nadnerczowego. Na poparcie tego zdania przytacza Zuelzer dalsze swoje doświadczenia u zwierząt z wyciętą trzustką i podwiązaniem żyłami nadnerczowymi, w których, o ile zwierzę te ciężkie zabiegi przeżyło, nie występował zupełnie cukromocz. Znaczyłoby to, że wycięcie trzustki samo przez się nie wywołuje jeszcze wydzielania cukru, że obok braku wydzieliny trzustkowej potrzebny jest niedzownie drażnik współczulny nadnerczowy. W dalszym zaś ciągu wiodłoby to do przypuszczenia, że między cukromoczem nadnerczowym, a trzustkowym nie ma zasadniczej różnicy, że w obu przypadkach stanowi istotę zjawiska nadmierne podrażnienie układu współczulnego, w pierwszym skutkiem istotnego nadmiaru drażnika, w drugim skutkiem braku przeciwnika.

O ile wyniki medycyny doświadczalnej wolno przenosić na patologię kliniczną, o tem niepodobna na razie rozstrzygać. I sprawa tak długo będzie musiała zostać w zawieszeniu, jak długo w klinice nie powiedzie się określić dokładnie takich obrazów chorobowych, któreby można uważać za całą pewnością za wyraz lub za następstwo hiperadrenalinozy i innych, któreby się dały określić mianem hiperpankreatyzmu. To, co na tem polu dotychczas zrobiono, stanowi zaledwo początek. Tak też pojmować trzeba prace i zapatrywania Schura i Wiesela¹⁵⁷⁾ o pochodzeniu niektórych postaci chorób nerek lub miażdżycy tętnic, oraz bardzo subtelnie pomyślane wywody Neussera¹⁵⁸⁾ o hiperadrenalinozie. Przyjąłby tu trzeba stałą, zwykłą miarę przekraczającą wytwórczość układu chromochłonnego, której nie dotrzymuje kroku wytwórczość gruczołów o przeciwnych skłonnościach biologicznych. Że po drodze takich pojęć postępować zasadniczo można, za tem zdają się przemawiać kliniczne spostrzeżenia Cohna i Peisera¹⁵⁹⁾ w przy-

¹⁵¹⁾ Zuelzer, Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medic. 1907 str. 258.

¹⁵²⁾ Frugoni, Berlin. klin. Wochenschrift 1908 Nr 35.

¹⁵³⁾ Glassner i Pick, Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medic. 1911 str. 387.

¹⁵⁴⁾ v. Furth i Schwarz, Deutsche med. Wochenschrift 1901 str. 274 i 432.

¹⁵⁵⁾ Falta, Eppinger, Rudinger, Zeitschft. f. kl. Med. T. LXVI str. 1 i LXVII str. 380.

¹⁵⁶⁾ Seegen cyt. wedł. Zuelzera l. c.

¹⁵⁷⁾ por. Neusser i Wiesel: Die Erkrankungen der Nebennieren. Wien u. Leipzig 1910.

¹⁵⁸⁾ l. c.

¹⁵⁹⁾ Cohn M. i Peiser H. Deutsche med. Wochenschrift. 1912. S. 60.

padkach schorzeń trzustki i ich poglądy o powstawaniu wyraźnych objawów hipertyreoidozy. Między trzustką i tarczycą istnieją również liczne przeciwieństwa.

Godząc się w sprawie wewnętrznego wydzielania trzustki z zapatrywaniem Zuelzera, który przyjmuje stałe wydzielanie i stałą obecność wydzieliny w krwi lub w limfie, za czym przemawiają badania Biedla, Biedla i Offera, liczyć się w każdym razie trzeba ze znacznymi wahaniami tej wytwórczości. Inaczej nie możnaby pojąć, dlaczego cukromocz pokarmowy nie przydaje się, jeśli nie zawsze, to w każdym razie bardzo często. Z badań Reichera i Steina¹⁶⁰⁾ zdaje się wynikać, że odsetkowa ilość cukru we krwi zmienia się bardzo wyraźnie pod wpływem obfitszego spożywania węglowodanów i dosięgać może znacznej wysokości, przenosić w dwójnasób, a nawet w trójnasób ilość, którą uważamy za prawidłową. Pomimo tego nie pojawia się cukier w moczu, a nadwyżka jego w krwi znika w krótkim stosunkowo czasie. Z konieczności przyjąć trzeba, że równowagę utrzymuje ustroj tylko dzięki zwiększonej wytwórczości trzustki. Może nawet ta zwiększona wytwórczość jest następstwem wielkiej ilości węglowodanów, spożytych z pokarmami.

Że węglowodany zwiększają wydzielanie soku trzustkowego, o tem wiemy dość dawno z badań fizjologicznych (por. O. Cohnheim)¹⁶¹⁾, wykonywanych na zwierzętach. Spostrzeżenie Wohlgemutha¹⁶²⁾ u chorego z przetoką trzustkową wykazuje to samo także i u ludzi. Czy tym samym fizjologicznym podmiotem, co wydzielanie zczynów trzustkowych, nie podlega, w pewnym przynajmniej stopniu, także i wydzielanie hormonu trzustkowego? Przypuszczenia takie wypowiadają w ostatnich czasach Cohnheim i Klee¹⁶³⁾.

Ze sprawą tą łączy się zresztą, teoretycznie rzecz biorąc, także drugie pytanie: Czy ten cukier, który ustroj zużywa dla swoich celów, z którego buduje i który spala, jest pod względem biologicznym zupełnie identyczny z cukrem, równego składu chemicznego, wprowadzonym do ustroju? O tem bardzo poważnie możnaby powątpiewać wobec naszych wiadomości, bardzo już utrwalonych, o właściwości ustrojowej białka, a nawet tłuszczu. Węglowodany nie mogą chyba stanowić wyjątku. I może właśnie jedną z przyczyn cukromoczu trzustkowego jest niemożność zamiany dekstrozy wchłoniętej, nazwijmy ją dekstrozą surową, na dekstrozę ustrojową w takich rozmiarach, jakie są potrzebne dla dostarczenia ustrojowi potrzebnego zapasu paliwa. Na drugim dopiero miejscu stałaby sprawa samego spalania cukru, oraz, nie mniej ważna, wytwarzania glikogenu. Niekorzystnie wpływałby na obie nadmiar nadnerczyny, tak samo jak to czyni wobec wydzielania zewnętrznego trzustki (Benedicenti¹⁶⁴⁾). W działaniu tem mamy znów objaw antagonizmu, objaw, zasługujący tem bardziej na uwagę, skoro z badań Sweeta i Pemberton¹⁶⁵⁾ wynika, że u zwierząt po wycięciu nadnerczy wzrasta się czynność wydzielnicza trzustki.

Ale przeciwieństwo trzustkowo-nadnerczowe nie ogranicza się wyłącznie tylko do spraw, związanych z przemianą materii. Wyrazem jego jest także odkryte przez Loeviego rozszerzenie źrenic po wkropleniu nadnerczyny do worka spojówkowego, spostrzegane u zwierząt pozbawionych trzustki, a u chorych nierzadko w tych przypadkach, w których

przyjmować trzeba nadmierną pobudliwość i większe od fizjologicznego napięcie współczulnego układu nerwowego.

Wobec związku, jaki zachodzi niewątpliwie między wyciągami z gruczołów o skłonnościach współczulnych, a narządem krążenia, powstać także musiało pytanie, czy i w tym zakresie nie objawi się w jakimkolwiek sposób działanie trzustki. Badań, któreby się zajmowały tą sprawą, mamy wogóle bardzo niewiele. O bezpośrednim działaniu wyciągów z trzustki na serce wogóle nic nie umiemy powiedzieć. O działaniu na naczynia krwionośne posiadamy dwie prace z ostatnich dopiero lat. Autorowie ich, Farini i Roncato¹⁶⁶⁾ oraz Balint i Molnar¹⁶⁷⁾ stwierdzili zgodnie, że wyciągi z trzustki wywołują obniżenie parcia krwi i że to obniżenie nie stoi w związku z nerwem błędnym. Ze względu na stosunek trzustki do nadnerczy posiadają niewątpliwie większe znaczenie badania Zuelzera¹⁶⁸⁾ oraz Glässnera i Picka¹⁶⁹⁾. Pokazują one, że antagonizm obydwóch drażników dotyczy nie tylko przemiany węglowodanów, ale zaznacza się także bardzo wyraźnie przy wpływach nadnerczyny na krążenie, przede wszystkim na parcie krwi. Zuelzer, wstrzykując zwierzętom odpowiednio sporządzoną mieszaninę adrenalinę i wyciągu trzustkowego, otrzymywał krzywą parcia krwi zupełnie różną od krzywej, znanej z doświadczeń z samą tylko nadnerczyną. Parcie zwiększa się i tutaj, ale nie dosięga nigdy tej wysokości, co po samej nadnerczynie, trwa znacznie dłużej i nie opada poniżej poziomu pierwotnego. Cukromocz nie występuje po takiej mieszaninie. Wyniki Glässnera i Picka o tyle się różnią od poprzednich, że niema w nich wogóle mowy o różnicy krzywej parcia. Dowiadujemy się tylko, że tak po zastosowaniu mieszaniny dwóch ciał, jak i po poprzednim wstrzyknięciu soku z trzustki nie podnosi się parcie krwi u królików pod wpływem wstrzykiwań nadnerczyny.

Z doświadczeń tych wynika bezspornie, że ciała, znajdujące się w trzustce, posiadają zdolność miarkowania wpływów nadnerczyny.

Wie o tem zresztą już i medycyna praktyczna i korzysta z tego, polecając przetwory trzustkowe, zwłaszcza pankreon, jako lek, mający wstrzymywać rozwój miażdżycy tętnic (Herz)¹⁷⁰⁾, przeszkadzać powstawaniu napadów dusznicy bolesnej (Burwinkel)¹⁷¹⁾ lub usuwać w niektórych przypadkach objawy tyreotoksykozy (Chwostek)¹⁷²⁾.

Jak zmodyfikowane działanie nadnerczyny w złożonych doświadczeniach tłómaczyć należy, o tem trudno jeszcze stanowczo rozstrzygać. Zuelzer pojmuje je jako następstwo wiązania nadnerczyny, tworzenia związku, który nie przestając być ciałem czynnym, jednak traci coś ze swojej jednostronności. Przypuszcza on dalej, że wydzielina układu chromochłonnego i trzustki w takiej właśnie związanej postaci znajduje się stale w ustroju. Równa się to do pewnego stopnia powiedzeniu, że nowo powstałe ciało nie jest już ani drażnikiem nadnerczowym, ani drażnikiem trzustkowym.

Jeśli stanimy na stanowisku biologicznej dynamiki drażników wegetatywnych, to z konieczności zapytać musimy, czy tego rodzaju zapatrywanie, jak powyższe, godzi się z naszymi pojęciami o wybiórczym działaniu wegetatywnych hormonów wogóle. Odpowiedź na takie pytanie nie jest bynajmniej łatwa. Możemy się wszakże pokusić o nią, sięgając nieco głębiej w sprawę życia samych komórek. Na podstawie naszych wiadomości, co prawda bardzo jeszcze szczupłych i niezupełnych, przyjąć trzeba, że życie to jest samo dla siebie małym światem, że komórka

¹⁶⁰⁾ Reicher i Stein. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1910. S. 401.

¹⁶¹⁾ O. Cohnheim. Die Physiologie der Verdauung u. Ernährung. 1908.

¹⁶²⁾ Wohlgemuth. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Mediz. 1907. S. 477.

¹⁶³⁾ O. Cohnheim i Ph. Klee. Zentrbl. d. experim. Medizin. 1912. T. II. S. 500.

¹⁶⁴⁾ Benedicenti zob. Glasner i Pick. l. c.

¹⁶⁵⁾ Sweet i Pemberton. Zentrbl. f. d. ges. Phys. u. Path. d. Stoffw. 1911. S. 664.

¹⁶⁶⁾ Farini i Roncato. Zentrbl. f. d. ges. Physiol. u. Pathol. d. Stoffw. 1910. S. 572.

¹⁶⁷⁾ Balint i Molnar. Congress-Zentrbl. 1912. T. III. S. 141.

¹⁶⁸⁾ Glässner i Pick. Verhandl. d. Kongr. f. inn. Medizin. 1908. S. 387.

¹⁷⁰⁾ Herz. Oesterr. Aerzte-Zeitung. 1911. Nr 9.

¹⁷¹⁾ Burwinkel. Fortschr. d. Mediz. 1910. Nr 18.

¹⁷²⁾ Chwostek. Wiener klin. Wochenschrift. 1910. Nr 6.

sama siebie buduje, względnie odradza, sama sobie przysposabia materiały potrzebny do budowy i do pracy i sama potem wydaje ze siebie to, co stało się materiałem użytym. Do tych celów służą jej rozmaite komórkowe zaczyny. Ale wiemy, że zaczyny znajdują się najczęściej w postaci nieczynnej, jako profermenty i potrzebują do nabrania siły t. zw. katalizatorów czyli aktywatorów. Za takie aktywatory, w pojęciu bardziej szczegółowym, uchodzić mogą bardzo dobrze fizyologiczne drażniki. Tak samo jak zaczyny do związków, na które mają działać, muszą być katalizatory dostosowane dokładnie do zaczynów komórkowych, względnie do części samych komórek, spełniających, według przepisanych z góry prawideł, poruczone im zadania i odznaczać się wobec nich biologiczną swoistością. Taka swoistość wiąże się ściśle z pojęciem wzajemnej fizyologicznej skłonności, czyli t. zw. organotropii, albo chwytności, a siła tej chwytności jest większa, aniżeli spójnia, która łączy dwa hormony w jeden wtórny związek. Mocą wybiórczej chwytności komórek związek się rozpada i składowe jego części zaczynają działać na części składowe komórek. Powstaje stan czynny. Ale czynność jest umiarkowana, bo odbywa się nie w jednym tylko kierunku, ale pod działaniem sił, które nie znosząc się bynajmniej wzajemnie, nie dopuszczają jednak do jednostronnej przewagi pewnych życiowych procesów. Jeśli zamiast pojęcia komórek wprowadzimy pojęcie najdrobniejszych włókienek wegetatywnych współczulnych, autonomicznych i najsubtelniejszych ich połączeń z istotą komórkową, to możemy temsamem mówić o zmodyfikowanym wpływie hormonów wegetatywnych na cały szereg spraw życiowych, wychodząc z założenia, że hormony krążą w ustroju w stanie związanych ze sobą, nieczynnych połączeń wzajemnych. Zapatrywanie Zuelzera da się w takim razie pogodzić z zapatrywaniami tych autorów, którzy, jak n. p. Falta, skłaniać się zdają raczej ku przyjmowaniu zupełnej rozdzielności hormonów.

Zaprowadziłoby nas za daleko, gdybyśmy się zapuszczać chcieli w roztrząsanie wielu, niewątpliwie bardzo ciekawych zagadnień teoretycznych, związanych z działaniem drażników. Nie tu miejsce po temu i nie taki cel tej pracy. Chodziło nam w niej o uwydatnienie najważniejszych szczegółów z zakresu biodynamiki układu wegetatywnego w związku z nauką o wydzielaniu wewnętrznym, o ile mogą mieć znaczenie dla celów medycyny klinicznej. Znajomość tych szczegółów służyć ma lekarzowi za wskazówkę przy rozbiórce nieprawidłowych objawów w zakresie spraw wegetatywnych i kierować jego rozpoznawczem rozumowaniem. Na podstawie tej znajomości szeregować może rozmaite nieprawidłowe zjawiska według tego, czy noszą piętno złożeń czynnościowych, związanych z układem współczulnym lub autonomicznym i czynić na tej podstawie dalsze wnioski nie tylko o stanie każdego z tych układów, ale także o sprawności gruczołów, które przez swoje drażniki wywierają przeważny wpływ na stan napięcia nerwów wegetatywnych. Pierwszym etapem na drodze takich klinicznych roztrząsań było utworzenie pojęcia o istnieniu stałego nadmiernego napięcia nerwowego współczulnego i autonomicznego (sympatykotonia-wagotonia) i związanych z niem jednostronnych nerwie wegetatywnych. Etapem dalszym musi być dokładne określenie istotnego źródła tych nerwów. Dla niektórych z nich umiemy je już wskazać. Są to dobrze określone postacie chorobowe, jak n. p. choroba Basedowa, t. zw. tyreotoksykozy, nerwice okresu pokwitania i przekwitania i t. d. Zdarza się jednak nierzadko, że trudno przychodzi rozstrzygnąć w życiu codziennym lekarskim o zbiorze rozmaitych objawów nerwowych i ocenić właściwie takie przypadki. Potrzebną jest do tego znajomość osobnej, jeśli użyć można tego określenia, dyagnostyki wegetatywnej. Ma ona własne poniekąd drogi, po których kroczy i własne środki, którymi rozporządza, a opiera się głównie na

wiadomościach, zdobytych badaniami o drażnikach układu wegetatywnego.

Sprawozdanie o tych rzeczach odłożymy na później.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

v. Wildinghof-Plauner. **Obecny stan leczenia zapomocą emanacji radu.** (Graz 1912). Leczenie emanacją radu stosowano bezwiednie empirycznie już bardzo dawno przeciw gośćcowi. Ludność w Joachimsthal nosi przy sobie woreczki skórzane z blendą uranową przeciw różnym cierpieniom, zwłaszcza stosuje je przy bólu głowy. Obecnie fabrykują odpowiednie wyroby, pozwalające nawet lekarzom na prowincyi stosować leczenie radem. Znajduje ono zastosowanie zwłaszcza w dnie, gośćcu, dalej celem łagodzenia bólów, np. nerwobólów, bólów przy wiaździe rdzenia, celem pobudzenia wessania wysięków, przy bezsenności, braku apetytu i przewlekłych cierpieniach skóry. Chory przebywa w kamerze emanatoryum z początku 2, potem 3 godziny, ogółem zwykle potrzeba do 30 posiedzeń. Z początku leczenia powstaje odczyn (analogiczny do odczynu w wielu zdrojowiskach i kąpielach) w postaci zaostrzenia się danej sprawy względnie bólów i wtedy trzeba na 1—3 dni przerwać posiedzenia, względnie je skracać. Czasem (np. u neurasteników) zjawiać się mogą podniecenia, a dalej zmiany na skórze (zapalenia, swędzenie), przeciwko którym stosuje się ze skutkiem kąpiele siarczane. Autor z wyników leczenia w swem emanatoryum w Grazu jest bardzo zadowolony i twierdzi, że wydatek na emanatoryum zwraca się lekarzowi szybko. A.

Sasaki. **W sprawie doświadczalnego wywoływania wola.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 119. III—IV). Stwierdzono, że t. zw. woda wolowa wywołuje u zwierząt powiększenie tarczycy. To, co pozostaje po przesączeniu takiej wody, wola nie wywołuje. Woda taka, ogrzana do 70—80°, traciła własność wywoływania wola, co dowodzi, że działać tu muszą pewne toksyny. Sasaki próbował też różnych toksyn celem sztucznego wywoływania wola u szczurów, aż w końcu udało mu się wywołać je przez dłuższy trwający karmienie szczurów kałem lub wstrzykiwania szczurzego kału. Jeżeli podaje się równocześnie jodek potasu lub jodotyrnę, to wole nie występuje. Zapewne więc między innemi na powstanie wola mają wpływ rozkładające się substancje organiczne. K.

Narath. **O zabiegach operacyjnych przy odmie (pneumatocele) ślinianki przyusznej i przewodu Stenona.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 119. III—IV). Mniej więcej u 6% robotników, pracujących przy dęciu szkła, cierpi na powyższą chorobę (Glasblasergeschwulst). Muzykanci, grający na dętych instrumentach, nie ulegają jej może dlatego, że nie podlegają cierpieniom błony śluzowej ust, gdy robotnicy pracujący przy szkłe cierpią zarazem wskutek swego zawodu na schorzenia tej błony. Cierpienie cechuje się guzem, występującym przy nadymaniu policzka, a dającym przy opukiwaniu odgłos bębenny i znikającym przy ucisku wśród kruczącego szmeru. Leczenie zachowawcze nie wiedzie do celu; można próbować chemicznie lub mechanicznie zwęzać przewód Stenona, przeszczepiać jego ujście, ale często jedynie podwiązanie przewodu, a nawet wycięcie ślinianki dopiero zapewnia zupełne wyleczenie. K.

Lotheissen. **Leczenie krwawnic.** (Öster. Ärzte-Ztg 1913, Nr 1). Krwawnice są bardzo częste. Z chorych szpitalnych ma je połowa, lecz tylko znów 1/4 z nich doznaje przez to przykrych przypadłości. Zwykle też zgłaszają

się o poradę chorzy, u których jedynie operacja może szybko i pewną sprawić ulgę. Jednakże krwawnice sprawiać mogą także objawy mniejsze, wymagające osobnego leczenia. Należy tu np. swędzenie i pieczenie odbytu, przewlekłe niezłyty i t. p.; zwykle towarzyszy też temu zaparcie stolca. L. odradza podawanie purgeny, bo spostrzegano przy tem nieraz zwiększanie się krwawień. Przy niezycie stosować należy środki ściągające, np. ałun i kwas garbnikowy w roztynie 1‰. Nieraz przepłukiwania te mogą uchronić chorych od operacji. Swędzenia i pieczenia są skutkiem zastojów krwi. Korzystnie działają tu kąpiele nasiadowe, maści i czopki (zymoiden, anusol), dbanie o czystość odbytu, okłady z 1‰ rezorcyny, pędzlowania roztworem euguformu w acetonie lub 5‰ maść euguformowa. Przy sprawie zapalnej w guzkach, leżenie w łóżku, okłady lodowo-kwaśne, 1/2‰ roztwór anestetyny lub zasypywanie jej w proszku. W razie bólów, zawadzań, krwotoków, operacja doszczętna. L. jest zwolennikiem przypalania podług Langenbecka. Wycinanie (Whitehead) jest już zawsze zabiegiem większym, nie daje wcale lepszych wyników od wypalania, wywołać może zwężenia, wypadanie błony śluzowej i t. d. Zabieg Langenbecka można śmiało wykonać w znieczuleniu miejscowym. Inne sposoby leczenia krwawnic, jak podwiązania guzków, wstrzykiwania w nie karbolu i t. p., są mniej pewne, bolesne i działają powoli. K.

Bruck i Glück. **O działaniu śródżylnych wlewań aurum-kalium cyanatum (Merck) przy zewnętrznej gruźlicy i kile.** (Munch. med. Woch. 1913, Nr 2). Obecnie wchodzi coraz więcej w użycie leczenie różnych chorób drogą krwi. W gruźlicy zalecają Finkler, Meissner, Strauss i Linden połączenia miedzi i błękit metylowy. Autorzy znów zwracają uwagę na sinek złota, polecony już swego czasu przez Kocha. Dotąd nie znalazł środek ten szerszego zastosowania, ze względu na wysoką cenę. Nie ulega jednak wątpliwości, że działa on bardzo dobrze, zwłaszcza przeciwko prątkom gruźliczym. Już przed 60 laty polecał Chrestieu sinek złota przeciwko kile. Po próbach na zwierzętach przeszli autorzy do doświadczeń klinicznych i z wyników są bardzo zadowoleni. Stosują u dorosłych na dawkę 0,02—0,05, u dzieci 0,005—0,03, ogółem 12 wstrzyknięć. Wstrzyknięcia wywołują miejscowy odczyn, podobny do odczynu tuberkuliny. Już nieraz po 1—3 wlewaniach, np. przy toczniu, skutek bywa widoczny. Przy równoczesnej sprawie w płucach trzeba co do dawek zachować ostrożność. Jeszcze lepsze wyniki osiąga się przy kombinacji z tuberkuliną. Przy kile osiąga się zdaniem autora wyniki, nie ustępujące wcale salwarsanowi. K.

Straube. **O leczeniu próchnienia kręgów w Leysin i o osiągniętych przez to wynikach.** (Deut. Zeitschr. f. Chir. 119. 5—6). Autorka, sama cierpiąca na tę chorobę, donosi o wynikach leczenia u Rolliera w Leysin od roku 1904—1912. R. odżywia chorych silnie, głównie węglowodanami i tłuszczami, poleca leżenie na świeżym powietrzu i kąpiel słoneczną, stosując te procedury stopniowo. Prócz tego stosuje się celem wypoczynku kręgosłupa leżenie na brzuchu, a u dzieci gorset Menarda. Ropnie nakłuwają się dopiero wtedy, gdy pod wpływem leczenia słońcem nie ulegną wessaniu. Mimo, że wogóle do Leysin zgłaszają się chorzy w ciężkich okresach, niemal 84% dzieci, a 78% dorosłych zostaje wyleczonych, i to bezwarunkowo pod każdym względem lepiej, niż przy innych sposobach leczenia. K.

Pürckhauer. **O uszkodzeniu więzadeł krzyżowych stawu kolanowego.** (Munch. med. Woch. 1913. Nr 2). Uszkodzenie więzadeł krzyżowych stawu kolanowego nie należy do częstych; zwykle przy urazie powstają inne uszkodzenia, jak chrząstek i t. d. W razie wystąpienia sprawy uszkodzenie więzadeł krzyżowych ciężkie zaburzenia i dlatego lekarz powinien mimo jego rzadkości znać je dokładnie. Uszkodzenia tych więzadeł powstać mogą przez zbytne wyprostowanie kolana, skrócenie goleni wzglę-

dem uda, silne zgięcie kolana, gdy do tego pod kolanem znajduje się ciało, działające jako dźwignia, a wreszcie przez gwałtowne odwiedzenie (abdukcję) lub przywiedzenie (addukcję) kolana wyprostowanego. Objawy: gwałtowny ból, niemożność stąpania, wysięk w stawie kolanowym, z czasem przesuwanie się goleni względem uda, i to przy pęknięciu więzadła przedniego goleni przesuwa się ku przodowi, przy pęknięciu tylnego ku tyłowi. Przesuwanie się to występuje nieraz nagle wśród bólu przy chodzeniu, zwłaszcza po gruncie nierównym. Badanie rentgenowskie wykazuje zwykle oderwanie cząstek kości lub chrząstek razem z więzadłem. Najpewniejszym sposobem leczenia jest wczesne przyszycie więzadła. Niestety chorzy zgłaszają się nieraz późno, lub cierpienie nie zostaje wczas rozpoznane i wtedy operacja późna daje już wyniki wątpliwe, tak, że nieraz nie pozostaje nic innego, jak sporządzenie aparatu, zapobiegającego przesuwaniu się goleni przez wstrzymywanie kolana od zbytnej prostowania się. K.

Payr. **O operacyjnym leczeniu zeszywnień kolana.** (Arch. f. klin. Chir. 99. III). Aby operacja zeszywnienia kolana była skuteczną, musi przedewszystkiem przypadek do niej się nadawać, a dalej musi być odpowiednią technika, a zwłaszcza leczenie pooperacyjne. Nadają się do operacji ludzie młodzi, u których sprawa chorobowa już wygasła zupełnie. Rokowanie jest lepsze, gdy rzepka jest jeszcze przesuwalna. Przy operacji postępuje się różnie, zależnie od rodzaju zrostu w stawie. Przy zroście kostnym trzeba wyciąć rozstęp najmniej 1 cm, powierzchnie stawowe odpowiednio wyrzeźbić, w końcu włożyć pomiędzy nie kawał powięzi szerokiej, a następnie dokładnie zeszyć torebkę stawową i ew. więzadła. Już drugiego dnia po operacji zakłada się wyciąg, by rozsunąć od siebie kości, po 3 tygodniach zaś rozpoczyna się ćwiczenia na przyrządach (5—7 godzin dziennie), miesienie, kąpiele; po 4—6 tygodniach chodzenie w aparacie z wyciągiem goleni. Można być pewnym dobrego skutku dopiero w 1/2—1 roku. Nieraz trzeba stosować jeszcze dodatkowe operacje, jak usuwanie wystających brzegów kości, plastykę więzadeł i t. p., wogóle jednak wyniki w przypadkach dobranych są bardzo zachęcające. K.

Denk. **Kliniczne doświadczenia z wolnem przeszczepianiem powięzi.** (Arch. f. klin. Chir. 99. IV). Powięź nadaje się znakomicie do pokrywania ubytków w oponie twardej, zabezpieczania linii szwów, wkładania pomiędzy uruchomione stawy i t. p. Przy wolnem przeszczepianiu unikać należy o ile możliwości tamponady. Powięź przygaja się znakomicie, jeżeli ma szeroką podstawę zetknięcia się, jeżeli tkanka, do której się przeszczepia, jest dobrze odżywiana, a rana goi się jałowo, choć nieraz nawet mimo ropienia powięź się wgaja. Ubytek powięzi w mięśniach daje się zwykle pokryć tak, że nie powstanie przepuklina mięśniowa, choć i tak ma to wobec głównego cierpienia małe znaczenie. K.

Urologia.

Benno Ottow. **Pierwotny rak cewki moczowej w dołku łódkowatym (fossa navicularis).** (Zeitschr. f. Urol. Bd. VII. II. 1). W piśmiennictwie ostatnich lat pojawiały się dosyć często spostrzeżenia pierwotnego raka cewki moczowej, tak u mężczyzn, jak i u kobiet. W etyologii zdają się odgrywać pewną rolę sprawy zapalne przewlekłe. U kobiet znajdowano pierwotne raki we wszystkich częściach cewki, u mężczyzn uważano dotychczas część jamistą i błoniastą za miejsca szczególnie usposobione. O. podaje do wiadomości przypadek z pierwotnem usadowieniem się raka w dołku łódkowatym. Pisarski.

Pfister. **Kamień cewkowy przy chorobie wywołanej przez Bilharzia.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. II). W przypadku tym znaleziono w kamieniu fosforanowym, pochodzącym z cewki moczowej małego chłopca, jaja di-

stomum haematobium. Jestto pierwszy tego rodzaju przypadek opisany. Pisarski.

E. Heinecke. **O wrodzonym zwężeniu tylnej części cewki moczowej.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 1). H zebrał z piśmiennictwa 19 przypadków wrodzonego zwężenia tylnej części cewki moczowej. Zwężenie polegało przeważnie na wytworzeniu nieprawidłowego, półksiężycowatego fałdu na błonie śluzowej w okolicy wzgórka nasiennego. Sprawiało to dużą przeszkodę w odpływaniu moczu, a sekcyja stwierdzała w tych przypadkach daleko posunięte zmiany w drogach moczowych powyżej przeszkody. Autor dodaje opis przez siebie spostrzeganego przypadku. Pisarski.

S. M. Gorodistsch. **W sprawie patologii i terapii zapalenia szyjki pęcherza** (cystitis colli proliferans s. vegetativa). (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. II). Autor opisuje przypadek przewlekłego nieżytyu szyjki pęcherza po przebyciu wiewióra. Objawy kliniczne były zwykłe, jak w takich przypadkach, ciekawy tylko był obraz cystoskopowy. Błona śluzowa całego pęcherza była mianowicie zupełnie prawidłowa, a zmiany ograniczały się wyłącznie do szyjki; stwierdzono tutaj cystoskopem wyrosłe brodawkowate bardzo liczne, szczególnie na dolnym brzegu zwieracza. Trójkąt Lieutauda nieco obrzękły, szczególnie po lewej stronie. W leczeniu tej sprawy dobre usługi oddała albargina (1:300), wstrzykiwana przez cewnik do błoniastej części cewki, skąd przez część sterczową dostawała się do pęcherza; wstrzykiwania te zmniejszyły znacznie parcie na mocz. Wyrosłe brodawkowate usunięto żegadłem w tubusie Wossidla dla tylnej cewki. Rozważając przypadki, znane z piśmiennictwa i swój własny, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) »Cystitis colli proliferans« występuje najczęściej u kobiet. 2) Tak u kobiet, jak i u mężczyzn występuje ta choroba jako sprawa przewlekła w następstwie przebytego wiewióra i sadowi się wyłącznie w szyjce pęcherza. 3) Wyrosłe brodawkowate na błonie śluzowej powstawać mogą i w takich przypadkach, w których nieda się stwierdzić żadną przeszkodę w krążeniu limfy i krwi. 4) Wyrosłe brodawkowate należy uważać za wyraz hyperplazji błony śluzowej pod wpływem drażniącego działania wydzieliny tryprowej. Pisarski.

Julius Heller. **Pseudotrichiasis vesicae et pili-mictio.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 1). Autor opisuje rzadki przypadek torbieli skórzastej u 41-letniego mężczyzny na tylnej i dolnej ścianie pęcherza moczowego. Torbiel wychodziła z miednicy małej, dopiero następnie wskutek tryprowego zapalenia pęcherza powstały warunki przebiccia torbieli do pęcherza. Początkowo wykonana cystoskopia dozwoliła tylko na rozpoznanie kamyka pęcherza, utworzonego na włosach; dopiero po litotrypsji pojawiły się włosy w moczu, a powtórna cystoskopia wykazała właściwą chorobę. W patogenecie tego cierpienia odgrywają rolę zbłąkane płodowe ogniska ektodermi, które rozwijając się w narządach sąsiednich, przerastają następnie do pęcherza moczowego; ponieważ włosy nie rosną w tych przypadkach bezpośrednio na błonie śluzowej pęcherza, więc nazwę »pseudotrichiasis« uważa H. za najodpowiedniejszą. Rozpoznanie wobec możliwości cystoskopii nie przedstawia żadnych trudności. Rokowanie zależy od okresu choroby, ogólnego stanu chorego, a wreszcie także od warunków miejscowych. Jedynie racjonalnem leczeniem jest chirurgiczne, polegające na doszczętnem usunięciu torbieli skórzastej z pęcherza i otoczenia. Pisarski.

Feiber. **Kruszenie kamienia czy cięcie?** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 5). F. staje na podstawie bogatego doświadczenia swego szefa, Marca z Wildungen, w obronie zapomnianej obecnie nieco operacji kruszenia kamieni pęcherzowych, które zaczyna zastępować usuwanie kamienia przez cięcie pęcherza. Bezwątpienia musimy nieraz usuwać kamień z pomocą cięcia, ale w większej liczbie przypadków można usunąć kamień znakomicie przez kruszenie

i wyssanie resztek, a cystoskop sprawdzi, czy wykonaliśmy zabieg dokładnie. F. przytacza przypadki, w których mimo cięcia pęcherza i wydobywania kamieni, w pewien czas one znowu się wytworzyły, więc wydarzyć się to może nie tylko po kruszeniu, jak twierdzą zwolennicy cięcia. Jeżeli się zaś porówna bezpośrednie wyniki i śmiertelność, to również wypadnie to porównanie na korzyść kruszenia, do którego łatwiej też namówić chorego, bo uważa on ten zabieg za nieoperacyjny. Naturalnie wydarzyć się mogą przypadki, gdzie kruszyć kamieni nie można lub też kamień skruszyć się nie da i wtedy dość czasu na cięcie. Przypadki te jednak należą do rzadkości. K.

Goldberger. **Przyczynę do techniki nadłonowego wycięcia sterczu.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. II). Ponieważ ogólne uspienie eterowe lub chloroformowe przedstawia u ludzi w podeszłym wieku, u których wykonuje się wycięcie sterczu, największe niebezpieczeństwo, działając szkodliwie bądź na płuca, bądź na serce, bądź na nerki, przeto słusznem jest dążenie, ażeby to ogólne uspienie zastąpić znieczuleniem miejscowem. Znieczulenie lędźwiowe przedstawia u ludzi starych, o których w tym przypadku zawsze chodzi, wielkie niebezpieczeństwo, a czasem nawet nie daje się wykonać. Autor opisuje sposób wycinania sterczu z cięcia nadłonowego, wykonywany stale przez Chevassu. Znieczula on miejscowo nowokainą (1:200) bez dodatku adrenaliny. Wystarcza to zupełnie aż do chwili, w której ma nastąpić wyłuszczenie na tępo samego gruczołu; na tę chwilę stosuje się oszołomienie wdychaniem 3 gr. chlorku etylu. Podczas wyłuszczenia gruczołu pomaga sobie sam operator palcem wskazującym lewej ręki, wprowadzonym do odbytnicy. Pisarski.

Okulistyka.

Ryerson. **O zastosowaniu radu w okulistyce.** (Ophthalmology, 1912, vol. 8. nr. 2). Usiłowano zapomocą promieni radu umożliwić ludziom, dotkniętym niepełnym zanikiem nerwów wzrokowych, widzenie świetlnych znaków na fluoryzującym ekranie. Próby te nie mogły wydać pożądanego skutku, gdyż promienie radu nie podlegają wcale prawidłom załamывania światła, nie mogą zatem wytworzyć żadnych obrazków na siatkówce. Wogóle rad prawdopodobnie nie wywiera na siatkówkę żadnego bezpośredniego wpływu. Wynika to z doświadczeń Hardyego i Andersona, którzy wystawiali oko świeżo zabitej żaby przez 20 godzin na działanie 50 mg bromku radu. Siatkówka takiego oka nie okazywała potem żadnych zmian, ani pod względem ułożenia wypustek barwиковych, ani zachowania się czerwieni wzrokowej i nie różniła się niczem od siatkówki innego oka, pogrążonego dla kontroli przez ten sam czas w zupełnej ciemności. Wynika z tego, że wrażliwość jasności, jakie rad w oku wywołuje, nie może pochodzić od bezpośredniego działania promieni jego na siatkówkę, lecz najprawdopodobniej zależy od fluorescencji, jaką wywołują jego promienie β w rogówce, w soczewce, w ciele szklistem, a może nawet w samej siatkówce. K. W. Majewski.

May. **Leczenie jaglicy zapomocą radu z zastosowaniem płytek celluloidowych.** (Ophthalmology, 1912 vol. 8. Nr 4.). Autor, chcąc sobie wyrobić zdanie o skuteczności naświetlań radowych, zastosował je w 15 przypadkach różnej postaci jaglicy, lecząc zawsze jedno oko naświetlaniami, a drugie starym sposobem (lapis, siny kamień). Do naświetlań używał płytek celluloidowych, powleczonej z jednej strony warstewką bromku radu, pokrytą nieprzemakalnym werniksem. Płytke taką wkłada się pod górną lub pod dolną powiekę, zwracając ją warstwą radyoczynną ku chorej spojówce tak, żeby celluloid osłaniał gałkę oczną przed działaniem promieni. Naświetlenia każdej powieki trwały po 10 minut, a odbywały się co drugi dzień. Czas leczenia wahał się od 6 tygodni do 4 miesięcy. W żadnym przypadku wynik leczenia zapomocą

radu nie był korzystniejszy od wyniku, otrzymanego za pomocą klasycznych środków. Nie można wprawdzie zaprzeczyć, że rad wywiera wpływ korzystny na przebieg jaglicy, ale skutki nie objawiają się ani tak prędko, ani tak wybitnie, jak po stosowaniu lapisu, lub siniego kamienia.

K. W. Majewski.

Prof. Chaluppekij **Wpływ promieni ultrafioletowych na soczewkę oka** (Casopis českých lékařů 1913 Nr 3). Znane są zmiany, powstające w oczach po ciężkich »urazach elektrycznych« (działanie prądu o silnym napięciu) i po rażeniu piorunem. Są to: zapalenie spojówek, zmętnienie rogówki, przekrwienie tęczówki, a nierzadko zmętnienie soczewki. Badania Widmarka wykazały, że zmiany te odnieść należy do działania promieni ultrafioletowych, szkodliwych szczególnie dla przednich części oka. Autor zajął się zbadaniem wpływu tych promieni na soczewkę, która, jak wiadomo, w wysokim stopniu chłonie promienie ultrafioletowe, a nawet może pod wpływem tych promieni ulegać zmętnieniu, jak to doświadczalnie wykazał Widmark. Analogicznie do twierdzenia Mörnera, że starcza zaćma jest następstwem przybywania w soczewce z wiekiem części nierozpuszczalnych w wodzie i światła nie przepuszczających na niekorzyść części nierozpuszczalnych, Ch. stara się udowodnić, że zaćma, powstała pod wpływem prądu elektrycznego i uderzenia piorunem, wzgl. pod wpływem promieni ultrafioletowych, jest również następstwem zmian chemicznych w soczewce wywołanych. W tym celu przeprowadził Ch. szereg doświadczeń, poddając działaniu lampy kwarcowej białko kurze i soczewki młodych świń, a z doświadczeń tych wynika, że tak w białku kurczaka, jak w soczewkach świń pod wpływem naświetlania tą lampą przybywa składników mało rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych, a ubywa składników rozpuszczalnych. Jeśli zatem słuszne są twierdzenia Mörnera, i jeśli stosunki u ludzi są analogiczne do stosunków u zwierząt, to doświadczenia Ch. wyjaśniają powstawanie zaćmy pod wpływem działania prądu elektrycznego o silnym napięciu i rażenia piorunem działaniem chemicznym promieni ultrafioletowych, wywołującym przesunięcie stosunku ilościowego białek rozpuszczalnych do nierozpuszczalnych na korzyść drugich.

K. M.

Gołowin. **Leczenie operacyjne rogówki stożkowej** (Ophthalmology, 1912, vol. 8. Nr 3). U pewnego studenta medycyny wykonał Gołowin galwanokaustykę stożka rogówkowego, przyczem odpłynęła ciecz wodna. Upłynęło przeszło trzy tygodnie, zanim przednia komora na stałe się wytworzyła, i to dopiero po wykonaniu syndezmioplastyki sposobem Kuhnta, poleconym do leczenia wrzodów rogówkowych. Pod przesuniętym płatem spojówki gąbkowej powstała w środku rogówki biała, okrągła, ostro ograniczona blizna, a rogówka cała odzyskała postać dokładnie kulistą. Po wykonaniu irydektomii optycznej uzyskał chory bystrość wzroku 0,7 bez pomocy szkieł. Gołowin sądzi wobec tego, że syndezmioplastykę powinno wykonywać się od razu, bezpośrednio po galwanokaustyce, a w ten sposób środek rogówki stożkowej, będący miejscem najsłabszego oporu, stanie się właśnie środkiem wytrzymałości.

W. K. Majewski.

Bettremieux. **Sklerektomia prosta przy jaskrze**. (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 3). Dowodu skuteczności tej metody dopatruje się autor w tem, że u chorego, który wzrok jednego oka stracił w stosunkowo krótkim czasie wskutek jaskry, sklerektomia powstrzymała od razu postępy jaskry na drugim oku, tak że stan bystrości wzrokowej i pola widzenia tego oka utrzymuje się już od lat 3 bez żadnej zmiany i pozwala operowanemu oddawać się zawodowej pracy. Podobnie i w innych przypadkach jaskry przewlekłej, lub prostej, dała sklerektomia trwałe wyniki, a tam, gdzie na jednym oku wykonano irydektomię, a na drugim sklerektomię, dalszy przebieg wykazywał prawie zawsze wyższość sklerektomii. Mechanizm działania skle-

rektomii polega, zdaniem B., nie na wytworzeniu blizny, przesączającej ciecz wodną z przedniej komory, lecz na tem, że w nowo powstałej tkance tworzą się połączenia między głębszymi żyłami rzęskowemi, a wieńcem powierzchownych naczyń dookoła rogówkowych, względnie przewodem Schlemma.

K. W. Majewski.

Webster Fox. **Operacja zaćmy z przesuwalnym płatem spojówkowym** (Ophthalmology 1912, vol. 8, Nr 2.). Przed wykonaniem cięcia płatowego poleca autor okroić spojówkę gałki dookoła górnej połowy rogówki, tuż koło rąbka. Spojówkę należy podminować na przestrzeni kilkunastu milimetrów w górę, a następnie przewlec przez oba brzegi rany spojówkowej dwie nitki cienkiego jedwabiu, jedną po stronie skroniowej rogówki, drugą po stronie nosowej. Po tem przygotowaniu wykonywa się operację zaćmy bez irydektomii sposobem klasycznym. Po należytem oczyszczeniu źrenicy z resztek kory i w razie potrzeby po odprowadzeniu i wygładzeniu tęczówki, ściąga się i zawiązuje najpierw jedną, a potem drugą nitkę i końce węzełków krótko obcina. Wskutek działania nitek płat spojówkowy zesuwa się po rogówce ku dołowi, przykrywając nie tylko ranę po cięciu płatowym, ale i górną trzecią część rogówki. Przesunięty płat spojówkowy kurczy się szybko i nierzaz już po 48 godzinach w zupełności odsłania rogówkę.

K. W. Majewski.

Lamb. **Racjonalny sposób wydobywania odprysków żelaznych z wnętrza oka** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 2). Haab i jego szkoła proponują dla wydobywania ciał obcych żelaznych z głębi oka sadzanie chorego przed nieruchomo ustawionym olbrzymim elektromagnesem i zbliżenie jego oka do bieguna w ten sposób, ażeby ciało obce przyciągnąć najpierw z głębi aż do tylnej powierzchni soczewki, a następnie przeprowadzić je poza równikiem soczewki, pomiędzy włóknami wiązadeł Zinna, a dalej pomiędzy soczewką, a brzegiem tęczówki, przez źrenicę do przedniej komory, skąd przez nacięcie rogówki ma być wydobyte na zewnątrz. Autor uważa jednak za daleko lepszy sposób wydobyć odprysków zapomocą elektromagnesu ręcznego przez cięcie, zrobione w twardówce i przykryte odpowiednim płatem spojówkowym. Najodpowiedniejszym miejscem dla takiego cięcia jest dolnowewnętrzny kwadrant twardówki, jest to bowiem miejsce dla zabiegów operacyjnych najłatwiej przystępne.

K. W. Majewski.

Oatman. **Miażdżycza naczyń siatkówkowych** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 4). Autor omawia szczegółowo znany obraz stwardnienia naczyń siatkówkowych, przyczem zwraca uwagę na to, że prawidłowych ścian tętnic na dnie oka przy wziernikowaniu nie widzi się wcale, a to, co widać, jest tylko wstążką krwi wśród ścian przeźroczystych i niewidocznych. Jeśli zarysy tych ścian choćby w słabym stopniu stają się widoczne, to świadczy to już o rozwijającej się sprawie chorobowej. Obszernie omawia autor sprawę etyologii miażdżycy, która jednak dotąd nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniona. Według spostrzeżeń Hirschberga badania oftalmoskopowe wykazują u przeszło połowy osób, które przekroczyły 50. rok życia, początki stwardnienia naczyń siatkówkowych.

K. W. Majewski.

Rhoads. **Potrójne zwiększenie odległości badania bystrości wzroku zapomocą zwierciadeł** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 4). Badany siedzi pod jedną ścianą, a na przeciwnej, wysoko, wisi zwyczajna tablica Snellena, odpowiednio oświetlona. Nad głową badanego umieszczone jest zwierciadło, które wytwarza obraz tej tablicy z odwróconymi literami w odległości dwóch metrów poza ścianą. Obraz ten jest przedmiotem dla drugiego zwierciadła, które wisi wprost naprzeciw i na wysokości głowy badanego pod tablicą Snellena. To zwierciadło wytwarza obraz w odległości 4 metrów poza sobą, a zatem w odległości 6 metrów od osoby badanej, a więc w odległości trzy razy większej, niż szerokość pokoju. Obraz liter jest prosty, gdyż

drugie zwierciadło odwraca ponownie zwierciadlany obraz z pierwszego zwierciadła. K. W. Majewski.

H. H. Martin. **Zakrzep w zatoce jamistej** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 2). Autor opisuje przypadek, w którym punktem wyjścia zakrzepu zatoki jamistej była mała chrostka pod skrzydełkiem nosa. W kilka dni po jej powstaniu pojawił się obrzęk w kąciek wewnętrznym oka i zaczął się szybko rozszerzać na powieki, policzek, czoło, a nawet na szyję. Prawie równocześnie powstało wysadzenie gałki ocznej, porażenie wszystkich mięśni zewnętrznych oraz żrenicy i utrata wzroku, przyczem wzienik wykazywał objawy silnego zastoj w zakresie żyły siatkówkowej. Stanowi temu towarzyszyła typowa gorączka septyczna. Po kilku dniach obrzęk przeszedł na drugą stronę twarzy, pomijając jednak okolice podstawy nosa, co uchodzi za objaw bardzo znamieny. Wobec tak małych widoków wyleczenia samoistnego, sądzi autor, że nie należy cofać się przed zabiegiem operacyjnym, zalecanym przez Knappa. Drogę do zatoki jamistej toruje sobie chirurg bądź to od strony skroni, bądź też przez oczodół. Ta druga droga wydaje się autorowi odpowiedniejszą, mimo, że wybór jej pociąga za sobą z konieczności utratę gałki. K. W. Majewski.

Fernandez. **Trąd oka** (Ophthalmology 1912, vol. 8. Nr 2). Prawie w każdym przypadku trądu uderza wczesna utrata brwi i rzęs. Zwykle później dopiero wypadają włosy na głowie. Do najczęstszych zmian należą guzy, ogniska martwice i owrzodzenia na skórze powiek i na spojówkach. Jako następstwa widzi się często potem wywinięcie lub podwinięcie powiek. Objawy znieczulenia rzadko występują na oczach. Zającie rogówki przybiera zwykle postać rozlanego nacieku, który, zwłaszcza jeśli ulegnie owrzodzeniu, sprawia choremu bardzo silne bóle. Blizny rogówkowe po takich nacięciach odznaczają się nadzwyczajną białością i okazują przytem znaczne bardzo ścięczenie. Jedno i drugie uważa autor za objaw dla zmian po trądzie bardzo znamieny. Tęczówka rzadko bywa zajęta pierwotnie, zazwyczaj ulega zapaleniu następowemu przy sprawie toczącej się na rogówce. Trądowe zapalenie tęczówki bywa bardzo bolesne, a w dodatku ostry stan zapalny przeciąga się niekiedy niezmiernie długo. Sprawa zapalna prawie nigdy nie przechodzi na naczyniówkę i siatkówkę. K. W. Majewski.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Poseidzenie z dnia 5. lutego 1913.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 75.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prezes powitał jako gościa Dra W. Cymlera.

3) Kol. Prof. Lewkowicz przedstawia dwoje chorych: a) Dziewczynka 5-letnia z **zapaleniem gruźliczem otrzewnej**, mianowicie postacią puchlinową. Wyśięk bardzo szybko wzrastał, co zmusiło w końcu do częściowego wy-

puszczenia płynu. U dziecka rozwinęła się odra i doprowadziła do takiego zaostrzenia sprawy otrzewnej, że zanościło się na przebiecie wyśięku przez pępek, później jednak sprawa znowu przycichła, okolica pępka przybladła, a brzuch się ponownie zmniejszył. Przypadek przedstawiono głównie dla porównania z przypadkiem następnym.

b) Chłopiec. lat 4, z brzuchem znacznie powiększonym, kulistym. Chębotanie daje się wykazać na znacznej przestrzeni, ale tylko w górnej części i więcej ku stronie lewej. Z pod lewego łuku żebrowego wychodzi twór, który od czasu do czasu okazuje wzmocnione ruchy robaczkowe, twór ten zwęża się ku stronie prawej i dołowi, odpowiada zatem żołądkowi. W dole brzucha po stronie lewej widać niekiedy stawiającą się pętlę jelita. Badanie promieniami Roentgena raz przy napełnieniu masą barową przez odbytnicę, drugi raz przy podaniu tejże masy wewnątrznie, wykazało (demonstracja rentgenogramem), że żołądek zajmuje położenie, odpowiadające opisanemu tworowi, że jelita cienkie tworzą zwój, usadowiony w jednej trzeciej brzucha, po stronie prawej jelito grube w samym odcinku dolnym brzucha, tak, że ominięta jest zupełnie część brzucha środkowa, górna i lewa, okazująca jednostajne słabe zaciemnienie, gdzie przebiega tylko żołądek, widocznie od tyłu uciśnięty i przyplaszczony. Ponieważ w tem właśnie miejscu stwierdza się chębotanie, więc dochodzi się do rozpoznania **torbieli** prawdopodobnie **surowiczej**, umieszczonej w torbie sieciowej. Dwa podobne przypadki miał kol. L. już sposobność obserwować w klinice pedyatrycznej przed kilkunastu laty. Jeden był operowany przez kol. Bossowskiego, drugi przez kol. Rutkowskiego; oba skończyły się korzystnie. Rozpoznanie bąblowca ze względu na siedzibę i wielkość torbieli jest nieprawdopodobne.

4) Kol. Zubrzycki przedstawia z kliniki położniczo-ginekologicznej przypadek: **haematometra cervicalis et corporalis nec non haematosalpinx unilateralis uteri didelphi**. Chora zgłosiła się na klinikę d. 10. I. 1913. Podaje, że w 15 r. ż. miała pierwszą miesiączkę, która była bardzo skąpa i bolesna, a trwała przez 5 dni. Następne peryody przychodziły regularnie co cztery tygodnie i były zupełnie podobne do pierwszego. Choroba obecna miała rozpocząć się przed 7. tygodniami nagłym bólem w brzuchu i w krzyżach, wymiotami i czkawką. Objawy te po paru dniach ustąpiły, ale ból w brzuchu, choć o wiele mniejszy, pozostał. Chora skarży się także na silne parcie na mocz. Badanie w dniu przyjęcia na klinikę: Virgo intacta. Trzon macicy w elewacji po stronie prawej, nie powiększony. Ponad spojeniem guz wielkości dużej pomarańczy, sięga dnem bardzo nisko w głąb miednicy małej, wyczuć się daje we wszystkich sklepieniach i wykazuje bardzo wyraźne chębotanie. Na guzie tym wyczuwa się czapkowato siedzący, wielkości brzoskwini, twardy drugi guz. Całość nieruchoma, z macicą silnie zrośnięta, jakby wmurowana w miednicę, bardzo bolesna. 11. I. 1913 wykonano zabieg operacyjny. Jamę brzuszną otwarto w linii środkowej cięciem od spojenia aż po pępek. W miednicy małej pozrastane pętle jelit i sieć nie pozwalają się dostać do właściwego guza. Zrosty te, mniej lub więcej silne, porozdzielano częściowo na ostro, a częściowo na tępo. Potem dopiero uwidoczniła się macica, leżąca po stronie prawej, prawidłowej wielkości, z przydatkami prawostronnymi zupełnie prawidłowymi. Lewostronnych przydatków nie widać. Natomiast po stronie lewej leży druga macica, znacznie powiększona, ściśle zrośnięta z pierwszą. Przydatki lewostronne wraz z drugą macicą w ścisłych zrostach z pętlami jelit. Po rozpreparowaniu zrostów pokazało się, że przydatki lewostronne odchodzą z rogu lewego macicy drugiej i są silnie zrośnięte z otoczeniem w jamie Douglasa. Przy ich uwalnianiu pękł rozdęty jajowód, a z niego wylał się płyn ciemny, mazisty, który niczem innem nie był, jak zmienioną krwią. Macica druga, to znaczy lewostronna, siedzi czapkowato na guzie chębotającym, który, wypełniając tkankę łączną miednicy małej, sięga w głąb

bardzo nisko. Ściana tego guza złożona z włókien mięsnych, które bezpośrednio przechodzą w ścianę jednej i drugiej macicy. Z powodu zmienionych stosunków topograficznych zabieg przedstawiał niemałe trudności techniczne. Pomimo to guz wraz z lewostronną macicą i lewostronnymi przydatkami w całości usunięto, wyluszczaając go z otoczenia i odcinając od prawostronnej macicy.

5) Kol. prof. Rosner: **Ciąża a gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrali głos: a) Kol. prof. Cybulski, podnosząc wielkie znaczenie nauki o wewnętrznym wydzielaniu i jej nadzwyczaj szybki rozwój.

b) Kol. Hirsch: Prof. Rosner zaznaczył, że o wiele mniej można mówić o stosunku, jaki zachodzi między obrzękiem śluzowatym i ciążą, aniżeli o innych analogicznych sprawach, gdyż chore takie zwykle bezpowrotnie tracą regularność i nie zachodzą w ciążę. Zdarzają się jednak czynnościowe zmiany w gruczole tarczowym, wytwarzające objawy typowego obrzęku śluzowatego, a które zupełnie ustąpić mogą i chora taka zastąpić może. Dowodem na to przypadek, o którym mam zamiar mówić i który niedawno przedstawiłem kol. Rosnerowi. W przypadku tym spostrzedz można było podczas ciąży objawy wzmóżonej czynności gruczołu tarczowego, to znaczy objawy, jakie spostrzegamy przy chorobie Basedowa. Chora liczy lat 32. Rodziła dwa razy na czasie siłami natury, ostatni raz przed sześciu laty. Z początkiem roku 1912 wystąpiło u niej drżenie rąk i nóg, a wkrótce potem obrzęki na twarzy i rękach. Peryod ustał. Chora apatyczna i przygnębiona czuła, że objawy te wzmagają się coraz bardziej. Leczona przez Prof. Pela w Amsterdamie, zwróciła się w pierwszych dniach czerwca, zmieniwszy swoje miejsce pobytu, do mnie. Uderzyła mnie na pierwszy rzut oka duża zgrubiała twarz, zgrubiałe obrzękłe powieki górne, obwisła warga dolna, niestosunek cienkiej szyi do powiększonej twarzy, zgrubiałe duże ręce, sucha skóra i ciężki niechętny chód. Narządy wewnętrzne bez zmian, tylko czynność serca wzmóżona. Regularności brak od lutego 1912, macica prawidłowej wielkości w tyłozgięciu. Odruchy prawidłowe, czucie nieco upośledzone. Chora odpowiada na pytania niechętnie i z trudnością. Mocz prawidłowy. Na podstawie powyższych danych rozpoznałem obrzęk śluzowaty z uderzająco szybkim rozwojem (3 miesiące). W ciągu czterech tygodni skutkiem leczenia wyciągami tarczycy nastąpiło znaczne polepszenie, miesiączka wróciła. Chora dalej zażywa kołaczyki tyreojodynowe. Od czterech miesięcy jest w ciąży. Przed kilku dniami zwróciła się znowu do mnie, skarżąc się na niepokój i ciągłe poty. Stwierdzić mogłem przyspieszenie tętna, wysadzenie oczu, drżenie rąk, a więc objawy, przemawiające za chorobą Basedowa. Wezwany przeze mnie kol. Rosner stwierdził czteromiesięczną ciążę. Przytaczam ten przypadek dlatego, że uderza w nim niezwykle przebieg choroby. Objawy obrzęku śluzowatego ustąpiły pod wpływem wyżej wymienionego leczenia, chora zastąpiła i w ciąży już wystąpiły znowu objawy, ale choroby Basedowa. Na naradzie z kol. Rosnerem postanowiliśmy ciążę nie przerywać, nie widząc dla tego zabiegu wskazania, zwłaszcza, że objawy wywołane wzmóżoną czynnością gruczołu tarczowego bardzo często same przez się w ciąży ustępują. Zaznaczyć muszę, że chora już od dwóch miesięcy nie używa przetworów tarczycy.

c) Kol. Szymanowski zaznacza doniosłość nauki o gruczołach z wewnętrznym wydzielaniem i nowych metod badania, używanych do wykazywania zmian w ustroju, wywołanych przez nieprawidłową ich czynność.

d) Kol. Prof. Rosner w odpowiedzi podnosi jeszcze raz, że starał się pokrótce zebrać zmiany, zachodzące podczas ciąży w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu i wykazać wzajemny wpływ tak ciąży na te gruczoły, jak ich wydzielin na ustrój kobiety ciężarnej w ciąży prawidłowej i patologicznej.

Sekretarz: Dr J. Zubrzycki.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 4. II. 1913.

St. Klejn: **Leczenie białaczki benzolem.** K. stosował w 22 przypadkach białaczki benzol. W przypadkach ostrych środek ten był zbyt krótko stosowany, żeby można było coś wnosić o jego działaniu. W przypadku ostrawej białaczki myeloblastycznej skutku nie było, co zresztą K. z góry przewidywał. W innych przypadkach K. osiągał wyniki, znacznie odbiegające od wyników, otrzymanych przez Koranyiego i Kiralyfięgo. Na szeregu tablic K. pokazał poglądowo sposób działania benzolu w białaczce. Materiał swój dzieli na 2 grupy: jedną, w której stosował wyłącznie benzol, oraz drugą, w której z początku używał promieni Röntgena, a następnie dopiero benzolu. W pierwszej grupie raz jeden tylko miał wynik dobry i to w przypadku, w którym zastosował w końcu benzol podskórnym, wskutek czego doszło do objawów zatrucia w postaci bardzo rozległej wysypki gorączkowej. W innym jednak przypadku pomimo stosowania wstrzyknąć benzolu, wprawdzie w dawce mniejszej, wynik nie był tak pomyślny. W pozostałych przypadkach, leczonych wyłącznie benzolem, wpływ tego leku ograniczał się głównie do narządów krwiotwórczych, śledziony i wątroby, które często zmniejszały się znakomicie. Natomiast liczba leukocytów w tych przypadkach ani razu nie spadła do granic prawidłowych; wprawdzie liczba białych ciałek wyraźnie się zmniejszała, ale pozostawała jeszcze dość wysoką (od 100 do 200 tysięcy). K. przytacza między innymi jeden przypadek białaczki z bardzo dużą liczbą leukocytów, w którym pod wpływem benzolu wątroba i śledziona względnie szybko ulegały zmniejszeniu, natomiast liczba białych ciałek po dość wyraźnym spadku na nowo się podniosła pomimo podskórnych wstrzykiwań benzolu i w ciągu 5-miesięcznego leczenia zgoła nie okazywała dążności do spadku. Na mocy tych danych K. dochodzi do wniosku, że sam benzol nie jest środkiem tak niezawodnie działającym, jak sądził Kiralyfi, że można go do pewnego stopnia porównać z promieniami Röntgena, które również działają kapryśnie. Wogóle benzol działa inaczej w każdym poszczególnym przypadku, zależnie widać od warunków indywidualnych.

Inaczej sprawa się przedstawia, jeśli kombinować **benzol z promieniami Röntgena**. We wszystkich przypadkach, leczonych w ten sposób, K. otrzymywał wyniki doskonałe: śledziona znacznie się zmniejszała, liczba ciałek białych spadała do granic prawidłowych, a stan ogólny chorych poprawiał się. K. uważa, że w tych przypadkach benzol wzmacnia i przedłuża skutek leczniczy promieni Röntgena. Dzięki tej kombinacji możemy w znacznym stopniu skrócić czas leczenia białaczki wogóle, a specjalnie w tym razie leczymy krócej, niż wyłącznie promieniami Röntgena lub samym benzolem. Jednocześnie unikamy szkodliwego wpływu następczego promieni X oraz szkodliwego działania benzolu. Benzol w przeciwstawieniu do promieni Röntgena działa ujemnie na komórki macierzyste czerwonych ciałek krwi w szpiku kostnym i wywołuje pogorszenie istniejącej już zwykle niedokrwistości. W przypadkach, leczonych metodą skombinowaną, niedokrwistość zawsze się zmniejsza. W każdym razie pomimo pewnych wad benzol powinien odegrać dużą rolę w leczeniu białaczki, już choćby z tego względu, że ten sposób leczenia jest dostępny dla szerszego ogółu. W żadnym z przypadków, leczonych benzolem, jako też kombinacją benzolu z naświetlaniem, obraz drobnostkowy białaczki nie zniknął, tak, że mówić o wyleczeniu białaczki benzolem nie można. K. stosował benzol w oliwie z początku w kapsułkach żelatynowych lub geloduratowych w ilości 5,0 na dobę; sposób ten podawania leku często wywołuje nieprzyjemne odbijanie i palenie w gardle, aczkolwiek niektórzy chorzy znoszą lek dobrze. Do wstrzyknąć podskórnych stosował K. benzol w ilości 1,5 z równą ilością oliwy, z początku 2 razy dziennie, następnie tylko

raz jeden. Chorzy, którzy kaszlą, cierpią na suchość w ustach i w gardle, oraz z wrażliwym żołądkiem, źle znoszą benzol. Gruźlica płuc stanowi przeciwwskazanie do leczenia białaczki benzolem.

W dyskusji zaznacza Wł. Janowski, że istnieje, można powiedzieć, próg działania benzolu, w szeregu bowiem przypadków działanie jego jest tylko czasowe, a co do liczby białych ciałek względne; że w pogoni za nowym środkiem okazano dość pospolitą przesadę, stosując benzol w zbyt wielkich dawkach. Spostrzeżenia prelegenta wykazują pożytek przerw w podawaniu benzolu, co jest ze względu na trujące jego własności rzeczą aż nadto zrozumiałą. Zasluguje na podkreślenie wypraktykowany przez Klejną pomysł kombinowanego leczenia białaczki benzolem i naświetlaniem. Byłoby rzeczą bardzo ciekawą dokonać badania drobnowidowego narządów krwiotwórczych w przypadkach z zejściem śmiertelnym, oraz szczegółowego opisu badania mikroskopowego krwi osobników, leczonych benzolem.

Lande przytacza przypadek białaczki szpikowej, w którym leczenie promieniami Röntgena nie dało wyniku; natomiast po benzolu wystąpiła poprawa bez objawów zatrucia, pomimo stosowania tego środka w ciągu 5 miesięcy; leczenie to trwa jeszcze w dalszym ciągu.

Pechkranc spostrzegł 2 przypadki białaczki, które poddał leczeniu benzolem. Pierwszy przypadek z ostro przebiegającą białaczką szybko zakończył się śmiercią. W drugim przypadku limfemii podbiałaczkowej P. stosuje benzol w kapsułkach (2,0—5,0 dziennie) od 6 tygodni. Dotąd jednak nie zauważył widocznego działania ani na powiększone narządy krwiotwórcze, ani na leukocytozę. Chory znosi benzol bardzo dobrze. Tadeusz Borzęcki.

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu

XXI. ogólne naukowo-administracyjne posiedzenie w 26. X. (8. XI.) 1912 r.

Obecnych członków 45, gości 27. Przewodniczy prezes Prof. J. Ziemacki.

Prezes wita obecnych po długich feryach letnich poczem podaje do wiadomości, iż zmarł członek »Związku«, którego niedawno podejmowano z powodu 50-letniego jubileuszu pracy zawodowej, Dr. Bolesław Skarga, oraz słynny anatom lwowskiego Uniwersytetu, prof. Kadyi, i wzywa obecnych, by uczcili pamięć zgasłych przez powstanie.

Protokół ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Przyrodnik Roman Prawocheński: **Współczesne poglądy na dziedziczność w krótkim ogólnym zarysie.** Program odczytu: Rzut oka na poglądy w historii przyrodznawstwa o istocie i objawach dziedziczności i z praktyki życia ludzi, hodowli zwierząt i roślin. Zapatrywania neodarwinistów i neolamarkistów: Mendl, De-Vries, Loeb, Le-Dantec. Najnowsze poglądy C. Redfielda. Teoria »starych rodziców«, wpływ wieku rodziców na rozwój intelektu u dzieci. Rzut oka na pochodzenie geniuszów ludzkości. Rozwój dodatnich cech i zwyrodnienie. Zestawienie między rozwojem intelektu u ludzi a rozwojem nabytych cech,

użytecznych dla człowieka, u zwierząt i roślin. Wskazówki na przyszłość ludzkości.

Dyskusya: P. Czekanowski zaznacza, że prawo Mendla sprawdziło się co do oczów, zaś co do innych stron, jeszcze nie; mówca przytacza doświadczenia Johansona. — Prof. Zaleski zapytuje prelegenta, jak pogodzić na przykładach o mulatach obie teorie: Mendla i Redfielda. — Inż. Więckowski prosi o bliższe wyjaśnienie różnicy między dziedziczeniem cech funkcyjnych, a cech strukturalnych; prócz tego mówca porusza ten ustęp odczytu, w którym prelegent mówił o 9 tysiącach znakomitych ludzi i zaznacza, że prelegent dał dobrą charakterystykę szkoły amerykańskiej, bo ona wie, że rzeczywiście do niedorzeczności. Rodzice Napoleona byli zwykłymi ludźmi, a gdy uczynił się cesarzem, to ród jego wyprowadzano od cesarów i wtedy już miał rodziców genialnych. Próba Mendla jest to pierwsza próba wprowadzenia liczby do tych badań. — Prof. Ziemacki: W teoriach Mendla, C. Redfielda, de Vriesa i innych nie znajdujemy uwzględnienia takich faktów lub takich doświadczeń, jak wpływ pory dnia (np. doświadczenia prof. Ciesielskiego nad roślinami, nad konopiami), pory roku, wpływów społecznych (wojna, zamieszki), wrażeń (przestrach), pokarmów (mięso, pokarmy roślinne), napojów (alkohol). I dlatego też należałoby krytycznie przyjmować te nowe poglądy, jak to już słusznie prelegent w swoim odczycie zaznaczył. — Prelegent daje wyczerpujące objaśnienia na wszystkie pytania, przytacza szereg przykładów potwierdzających, iż dziedziczność strukturalna i funkcyjna różnią się. Mówca dodaje, że celem jego było rozbudzić w »Związku« zainteresowanie się sprawą dziedziczności w ogóle. — Prezes w imieniu Zgromadzenia składa prelegentowi serdeczne podziękowanie za zajmujący odczyt.

Wobec spóźnionej pory cofnął prof. Zaleski z porządku dziennego swój odczyt p. t. »Język międzynarodowy przy łóżku chorego«.

II. W części administracyjnej posiedzenia:

1) Prof. Merczyng podaje wyczerpującą charakterystykę p. Bronisława Znatowicza z Warszawy, redaktora i współzałożyciela pism »Wszechświat« i »Chemik polski«, kreśli jego zasługi na polu chemii i przyrodznawstwa i dodaje, iż upłynęło 30 lat jego pracy zawodowej. Prezes prof. Ziemacki podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu Rady obradowano nad zaliczeniem p. Bronisława Znatowicza w poczet członków honorowych »Związku«. Rada Związku wobec wielkich zasług kandydata, które tu poczęści zostały przedstawione w mowie prof. Merczynga i powszechnie są znane, przedstawia dziś wniosek ten w myśl §§ 11 i 15 Ustawy do ogólnego zatwierdzenia. — P. Bronisław Znatowicz został przez jawne głosowanie jednomyślnie obrany członkiem honorowym »Związku«. Uchwalono o wyborze zawiadomić listownie.

2) Dokonano wyborów na członków rzeczywistych: inż. techn. Witolda Zabłockiego, lek.-odontol. Tadeusza Łypaczewskiego, botanika Mieczysława Ptaszyckiego, inż. Alfreda Rundo i Dra Bronisława Żebrowskiego.

3) Prezes podaje do wiadomości, iż na wiosnę dokonano wyborów w wydziale odontologicznym i wice-prezsem obrany został Dr Jan Kozłowski. Obecnie Dr. Jan Kozłowski rzeka się tego urzędu, ponieważ wyjeżdża z Petersburga na cały rok.

4) Zatwierdzono wybory: w sekcji odontologicznej:

**SANATORYUM WIENERWALD
DLA PIERSIOWO CHORYCH
I W CHOROBACH KRTANI.**

PERNITZ, AUSTRIA-POLUD. — 2 GODZINY DROGI KOLEJĄ OD WIEDNIA.

METODA BREHMER-DETTWEILERA.

ZAKŁAD OTWARTY PRZEZ CAŁY ROK. KLIMAT PODALPEJSKI. 80 POKOI DLA CHORYCH. ŚWIATŁO ELEKTRYCZNE, WINDA, GABINET ROENTGENA. LEŻALNIE. LEZENIE ŚWIATŁEM. KĄPIEL SŁONECZNA I POWIETRZNA. PROSPEKT NA ŻYCZENIE.

sekretarz p. Maurycy Pożaryski, zastępca p. Tadeusz Łypaczewski, w sekcji przyrodniczej: sekretarz p. Jan Czekanowski. Sekretarz: Zdzisław Sowiński.

Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce.

Pomysł zawiązania ogólnego Towarzystwa wszystkich lekarzy polskich w Ameryce, poruszony przed kilku laty przez prof. Dr Ciechanowskiego z Krakowa w liście otwartym, który otrzymali wszyscy koledzy-Polacy w Stanach Zjednoczonych, — ziścił się... Towarzystwo to zawiązało się w grudniu 1912 w Chicago i choć obecnie stawia dopiero pierwsze kroki, jednakże można mieć nadzieję, że najbliższy Zjazd Towarzystwa, który odbędzie się w październiku r. b. w Detroit, nada Towarzystwu stosowny kierunek i utrwali jego dalszy rozwój. Do Zarządu zostali wybrani: Dr E. F. Fronczak z Buffalo, prezes; Dr W. Kuflewski z Chicago, wiceprezes; Dr B. Pasternacki z Detroit, sekretarz; Dr E. Koneczny z Detroit, skarbnik. Dotychczas należy do Towarzystwa kilkudziesięciu kolegów, a dalsze zgłoszenia wciąż napływają. Lekarzy-Polaków jest w Stanach Zjednoczonych według naszych obliczeń blisko 300. Dr E. Koneczny (Detroit).

Towarzystwo lekarzy polskich w Detroit.

Posiedzenie z dn. 30. I. 1913 r.

Przewodniczy kol. Pasternacki

1) Po załatwieniu spraw bieżących, sekretarz odczytuje korespondencję Komitetu obrony narodowej; po dłuższych debatach postanowiono przyłączyć się do ogólnej akcji zbierania pieniędzy na fundusz wojskowy, a przedstawicielem naszego Towarzystwa obrany został kol. S. Łachajewski.

2) Kolega R. Sadowski wygłosił odczyt: **O karmieniu dzieci.** Referent przedstawił statystykę śmiertelności pośród dzieci w stanie Michigan, oraz podał sposoby sztucznego karmienia niemowląt. E. P. Koneczny, sekretarz.

Sprawy sanitarne w Sejmie 1913.

I.

Sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego z I półrocza 1912.

Oprócz kilku już z rzędu dorocznych sprawozdań Departamentu V. Wydziału krajowego i całego szeregu osobnych jego wniosków, nie załatwił zagwoźdżony sporami narodowymi Sejm galicyjski na posiedzeniach plenarnych ostatnich swych sesji także kilku z rzędu sprawozdań swojej Komisji sanitarnej. Do tego szeregu zaległości przybywa jeszcze kilka sprawozdań Wydziału krajowego, przygotowanych na niedosłuch zeszłoroczną sesję jesienną, które teraz dopiero mogły być Sejmowi przedłożone i z których treścią przez to teraz dopiero można się było zapoznać.

Główne sprawozdanie z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego obejmuje oprócz I. półrocza 1912 także grudzień 1911. Według wzoru lat poprzednich wylicza ono wszystkie sprawy, a więc i te, które są przedstawione w osobnych sprawozdaniach, odwołując się w stosownych miejscach na te osobne sprawozdania, a omawiając dokładniej tylko resztę spraw.

Ten układ sprawozdania głównego jest, jak już dawniej zaznaczałem, bardzo praktyczny, bo pozwala od razu zorientować się w całym zakresie czynności Departamentu sanitarnego. Z uznaniem również podnieść należy staranne uporządkowanie poszczególnych przedmiotów sprawozdania ogólnego, wyrażające się nawet pod względem typograficznym. Ten ład w sprawozdaniu odróżnia je nader korzystnie od sprawozdań z przed lat jeszcze 5 czy 6, gdy różne przedmioty omawiano »promiscue« w tej kolei, jak ios zdarzył i gdy rzeczy do siebie należące trzeba było dopiero wyławiać w różnych miejscach. W streszczeniu poniżsem omówię osobne sprawozdania przy odpowiednich miejscach sprawozdania ogólnego, co uczyni całość jeszcze przejrzystszą. Uwagi swoje dodaję w nawiasach.

Na wstępie usprawiedliwia Wydział krajowy brak w sprawozdaniu zestawień statystycznych ruchu chorych w szpitalach oraz zestawień budżetowych, które zawsze znajdowały się w pierwszej części sprawozdania. Jest to możebne tylko przy przygotowaniu sprawozdania w ciągu drugiego półrocza, gdyż w pierwszym półroczu zestawienia statystyczne i budżetowe za rok poprzedni nie bywają jeszcze gotowe. Więć też i obecne sprawozdanie, zamykające się datą 30 czerwca 1912, nie może zawierać zestawień za r. 1911, bo w dniu tym nie były one jeszcze ukończone.

Natomiast podaje sprawozdanie, jak zwykle, statystykę porównawczą za r. 1909, wykazującą tabelarycznie, że Galicya pod względem opieki nad chorymi, jak również pod względem ogólnosanitarnym (choroby zakaźne) przedstawia wśród wszystkich krajów państwa austriackiego stan najgorszy.

I tak było w r. 1909 w całej Austrii szpitali publicznych 264 z 38.642 łózkami, a prywatnych 434 z 15.318 łózkami, razem 698 z 53.960 łózkami. Na Galicyę przypadało z tego szpitali publicznych 38 z 4.875 łózkami i prywatnych 59 z 1.873 łózkami. [Porównując te cyfry, nietrudno obliczyć, że Galicya, której ludność tworzy prawie $\frac{1}{3}$ ludności monarchii austriackiej (Cislitawii), ma zaledwo $\frac{1}{7}$ szpitali, a mało co więcej, niż $\frac{1}{10}$ część łóżek, istniejących w Austrii (chodzi tu o szpitale właściwe; o domach porodowych i zakładach dla obłąkanych będzie niżej). Zestawiając z Galicyą zbliżone co do zaludnienia Czechy (z Morawami), które mają 259 szpitali z 17.985 łózkami, widzimy, że ludność nasza była w r. 1909 w położeniu co do liczby i gęstości szpitali przeszło dwukrotnie, a co do liczby łóżek niemal trzykrotnie gorszym od Czechów i Morawian]. Zaczynając Galicyi widać jeszcze wyraźniej z liczb stosunkowych: Na tysiąc ludności przypada w całej Austrii 1.9 łóżek (prawie jedno łóżko na 500 mieszkańców), a 25.1 leczonych w szpitalach chorych, w Galicyi zaś 0.8 łóżka, a 13.4 leczonych. Nawet na Bukowinie i w Dalmacji, kulturalnie najniżej, może niżej od Galicyi stojących, a chyba równie niezamożnych, wynoszą te liczby: 1.1 i 0.9 łóżek, 16.7 i 13.8 leczonych. Równie opłakanie przedstawia się wydatek na leczenie, wynoszący w Galicyi w r. 1909 na głowę i dobę tylko 1.67 kor., najmniej z całej Austrii, bo nawet w Karyntyi wynosił on 1.88 kor., we wszystkich zaś innych krajach przekraczał 2 korony, tak, że ogólna średnia wynosi w Austrii 2.59. (Ponieważ zaś Galicya wcale nie należy do najtańszych w Austrii krajów, przeciwnie, co do drożyzny idzie prawie na czele, więc można sobie wyobrazić, kosztem jakich oszczędności w całym prowadzeniu szpitalnictwa koszta utrzymania chorych w Galicyi wypadają tak nisko).

Publicznych zakładów porodowych było w Galicyi w roku 1909 dwa ze 110 łózkami, w całej Austrii 18 z 2025 łózkami; ale gdy jedno łóżko porodowe przypadało w całej Austrii na 13.866 ludności, a nawet na Bukowinie, idącej tutaj tuż przed Galicyą, na 22.579 ludności, to w Galicyi jedno przypadało w r. 1909 dopiero na 71.712 (!) mieszkańców, (czyli stosunek był prawie 6 razy gorszy, niż w całej Austrii, 3 razy gorszy, niż na Bukowinie).

Publicznych zakładów dla umysłowo chorych miała Galicya w r. 1909 dwa z 1.211 miejscami, cała Austria 32 z 20.989

Naturalna
Szczawa Bilińska
Najobfitsza alkaliczna
(sód-lit) szczawa
Czech.

łózkami; jedno łóżko w Galicyi przypadało na 6.514 mieszkańców (po otwarciu zakładu w Koberzynie stosunek ten wyniesie 1:4610), w całej Austrii jedno łóżko przypadało na 1338 mieszkańców.

Potrzeba szpitali mierzy się jednak nie tylko liczbą ludności w danym kraju, ale także stopniem chorobowości. Im częstsze przypadki choroby, tem oczywiście przy tej samej liczbie ludności więcej być powinno łóżek szpitalnych. Dlatego bardzo na miejscu jest w ostatnim sprawozdaniu (pomieszczona po raz pierwszy w sprawozdaniach Dep. V.) tabela częstości i liczby zachorowań na choroby zakaźne w r. 1910. I tak na 10.000 ludności przypadało zachorowań:

				dur	dur	
	ospa	plonica	blonica	brzuszn	osutk.	czerwonka
w całej Austrii	0.15	262	89	71	6	13
w Galicyi	0.41	470	36	119	21	20

Z wyjątkiem błonicy stoi tu Galicya prawie wszędzie na

najgorszym miejscu w porównaniu z innymi krajami austriackimi; plonica była dwa razy częstsza, niż w innych, najsilniej nią dotkniętych krajach, ospa prócz Śląska, Bukowiny i Czech (gdzie jest nader rzadka) zjawia się tylko u nas, dur osutkowy zdarza się prócz Galicyi tylko na Bukowinie, i to 4 razy rzadziej, niż u nas.

Może nawet i dobrze się stało, że tym razem nie było można podać w sprawozdaniu statystyki ruchu chorych i budżetów szpitalnych, bo nie przysłania ona swemi licznymi tabelami tego smutnego obrazu, jaki dają powyższe zestawienia, przez co ich wymowa może silniej wrażyć się w pamięć tych posłów sejmowych, którzy do sprawozdań, dotyczących krajowych spraw sanitarnych, zająrzeć zechcą. Obawiam się tylko, że sprawy te są dla zbyt wielu posłów kopciuszkiem sejmowym, na którego nawet spojrzeć nie warto.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawozdanie z ruchu chorych w Łódzkim miejskim szpitalu dla chorych zakaźnych w r. 1912.

Rodzaj choroby	Pozostało z r. 1911				Przybyło w r. 1912				Ogółem leczyło się				Opuściło szpital				Zmarło				% zmarłych	Podług wyznania				Ilość dni szpitalnych	Pozostało na r. 1913			
	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem		Pravosławnych	Katolików	Ewangelików	Żydów		Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Ogółem
Ospa	10	8	9	27	44	35	67	146	54	43	76	173	43	36	53	132	8	4	18	30	17,3	6	103	13	24	3591	3	3	5	11
Plonica	2	1	3	6	7	10	37	54	9	11	40	60	8	10	20	38	1	—	9	10	16,6	—	42	3	9	1493	—	1	11	12
Dur plamisty	—	—	—	—	7	8	2	17	7	8	2	17	6	7	2	15	1	1	—	2	—	5	1	11	346	—	—	—	—	
Dur brzuszny	—	—	—	—	1	2	—	3	1	2	—	3	—	1	—	1	1	—	—	1	—	2	—	1	90	—	1	—	1	
Róża	1	—	—	1	9	11	—	20	10	11	—	21	6	10	—	16	1	—	—	1	—	3	14	3	—	353	3	1	—	4
Dyzenterya	—	—	—	—	9	11	—	20	9	11	—	20	8	9	—	17	1	2	—	3	—	1	12	3	4	375	—	—	—	—
	13	9	12	34	77	77	106	260	90	86	118	294	71	73	75	219	13	7	27	47	10,0	10	178	23	49	6248	6	6	16	28

Wiadomości bieżące.

Jubileusz trzydziestoletniej pracy na stanowisku prymariusza oddziału chirurgicznego krajowego Szpitala we Lwowie obchodzi 29 b. m. Prof. Dr Grzegorz Ziembicki.

Czcigodnemu Jubilatowi, zasłużonemu wychowawcy mnogich pokoleń lekarskich, składa serdeczne życzenia Redakcja naszego pisma, którego Jubilat był przez lat wiele życzliwym i wernym przyjacielem.

Kraków. Otrzymujemy następujące zawiadomienie: »Jeden z zakładów państwowych londyńskich zwrócił się do mnie z zapytaniem o anatomo-patologa, któryby, posiadając odpowiednie kwalifikacje naukowe za 500 f. s. rocznie zechciał objąć posadę kierownika badań, specjalnie w kierunku chorób zakaźnych nad materiałem sekcyjnym. Posada na razie do objęcia na rok. Zapytania listowne lub osobiste w godzinach rannych 9—10 do dnia 8. IV. 1913 ul. Lubicz 34. Proszę pisma lekarskie polskie o powtórzenie ogłoszenia. Prof. Bujwid«.

Zmarli. Dr Edward Witkowski, starszy lekarz powiatowy w Łańcucie, w 61 r. ż.; Dr Henryk Zmigrodzki z Warszawy w 40 r. ż.

Kedaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 2. kwietnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Inż. Jan Kwiatkowski: O amfiteatrze u stóp Wawelu.

HUNYADI JÁNOS

GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ
NA PIRME
ANDREAS SAXLEHNER
NA KAŻDEJ
ETYKIETCE

Szczawa
Krondorfska
uznana za
najlepszą i naturalną

Najlepsze skutki w niezżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 206

Prospekty rozsyla na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacja dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

MATTONI'S SOL MULOVA
z leczniczego mulo - Soos
pod Francuskiem. :: Na-
turalne zastępowo kapieli
mulo - w domu. Zasto-
sowanie podług przepisu le-
karskiego. Zgodnie zawo-
zono