

# GAZETA LEKARSKA

**TREŚĆ.** I. Prof. L. POPIELSKI. O wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego, trzustkowego, kiszkowego i na perystaltykę kiszek. Str. 799. II. STANISŁAW GĘBARSKI. Przyczynę do leczenia zwięźle przełyku bliznowych. Str. 803. *Dział sprawozdawczy.* 131. K. GLAESSNER. Rozpoznawanie chorób trzustki. Str. 808.—132. G. ETIENNE. Choroba BASEDOWA i addisonizm. Syndrom wielogruzołowy wskutek zaburzeń czynności tarczycy i nadnerczy. Str. 813.—133. WRAY. Leczenie wstrząsu (shock) operacyjnego wyciągiem z przysadki. Str. 814. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie 17-go, 24-go, maja, 7-go czerwca 1910 r. Str. 815, 816, 817. *Wiadomości bieżące.* Str. 818. *Ogłoszenia.*

I. Z PRACOWNI FARMAKOLOGICZNEJ UNIwersYTETU LWOWSKIEGO.

## O wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soku żołądkowego, trzustkowego, kiszkowego i na perystaltykę kiszek.

Podał

Prof. dr. L. Popielski.

Badania moje i moich współpracowników nad fizyologicznymi własnościami wyciągów z narządów, ogłaszane w specjalnych pismach fizyologicznych <sup>1)</sup>,

<sup>1)</sup> Prace moje i moich współpracowników, mające związek z treścią artykułu: 1) POPIELSKI: Die Sekretionsthätigkeit der Bauchspeicheldrüse unter dem Einfluss von Salzsäure und Darmextrakt (des sogenannten Sekretins), Pflügers Archiv (1907), T. 129, stron. 451—491; 2) POPIELSKI. Ueber den Charakter der Sekretionsthätigkeit des Pankreas unter den Einfluss von Salzsäure und Darmextrakt. Tamże (1908, t. 121, str. 239—264). 3) Tenże. Ueber die physiologischen und chemischen Eigenschaften des Peptons Witte. Tamże. T. 126, (1909), str. 483—510. 4) Tenże. Ueber die physiologische Wirkung von Extrakta aus sämtlichen Theilen des Verdauungskanales (Magen, Dick- und Dünndarm), sowie des Gehirns, Pankreas und Blutes und ueber die chemischen Eigenschaften des darin wirkenden Körpers). Tamże. T. 128 (1909), str. 191—221. 5) POPIELSKI i PANEK. Chemische Untersuchung ueber das Vasodilatin. Tamże. (1909). T. 128, 222, 225. 6) CZUBALSKI F. Ueber den Einfluss des Darmextrakte auf die Blutgerinnbarkeit. Tamże (1908), T. 121, str. 395—404. 7) GLIZELT A. Einfluss des Darmex-

według mnie, mogą interesować także i lekarzy praktyków. W tym celu przedstawiam na tem miejscu streszczenie swoich badań, uzupełnionych nowemi, dotąd nigdzie nie ogłoszonymi danemi.

Rozmaici autorzy w badaniach swoich nad wyciągami z narządów wybierali tylko poszczególne zjawiska z całego, bardzo złożonego obrazu działania wyciągów i, przypisując je specjalnym ciałom—hormonom, według nich, spotykany tylko w badanym narządzie, jednocześnie proponowali swoje wyciągi, jako środki, mające w specjalny sposób uleczać rozmaite patologiczne stany odpowiednich narządów. Zapomocą obecnego artykułu zamierzam zwrócić uwagę lekarzy na praktyczną stronę badań nad wyciągami z narządów, aby w ten sposób terapię wyciągami z rozmaitych narządów postawić na zupełnie pewnej i racjonalnej drodze.

Wyciągi do swoich badań przygotowywałem w ten sposób, że narządy po roztarciu, zmiążdżeniu, wyciągane były na gorąco: wodą, roztworem fizyologicznym soli, płynami zasadowymi; albo na chłodno: rozcieńczonymi kwasami organicznymi i nieorganicznymi. Wszystkimi wymienionymi sposobami można otrzymać działające wyciągi. Używając wody, roztworów fizyologicznych soli, płynów zasadowych, należy przedewszystkiem solony narząd zagotować, albowiem wyciąganie przy ciepłocie 35—60°C. już po 5—10-u godzinach nie daje zupełnie działających wyciągów: działające ciało rozpada się w tych warunkach pod wpływem ciała o własnościach fermentu <sup>1)</sup>). Jeżeli narządu nie można obrobić zaraz, należy go przechowywać w absolutnym, albo 96%-ym alkoholu.

W powyższy sposób przygotowane wyciągi, zapomocą gotowania uwolnione od białka i zneutralizowane, służą do doświadczeń. Po odparowaniu do sucha można wyciągi przechowywać w twardym stanie bez żadnych zmian

---

traktes und Pepton Witte auf die Harnsekretion. Tamże (1908), T. 128, str. 530—552. 8) POPIELSKI. O jadowitych ciałach prawidłowego ustroju w świetle własnych badań. Lwowski Tygodnik Lekarski, Nr. 1, 1908. 9) O fizyologicznych własnościach cholicy. Przegląd Lekarski, 1908. 10) J. STUDZIŃSKI. W sprawie fizyologicznego działania wyciągów z nadnerczy. Lwowski Tyg. Lek., 1910, Nr. 19—21. 11) MODROZOWSKI. Ueber die Identität des blutdrucksenkenden Körpers in d. glandula thyreoidea mit dem Vasodilatin. Pflügers Archiv 1910, T. 133, str. 291—304. 12) CZUBALSKI. Ueber die Vasodilatin in Curare. Tamże, 1910, T. 133, str. 225. 13) STUDZIŃSKI. Ueber die giftigen Eigenschaften des Blutes. Centralbl. f. Physiologie 1909, Gazeta Lekarska 1909, Russkij Wraacz 1909. 14) MAZURKIEWICZ W. Die Bestandteile des Bauchspeichels und die Theorie der Sekretionstätigkeit des Pankreas. Pflügers Archiv 1907, T. 121, str. 75—113.

<sup>1)</sup> W narządach działającym ciałem jest tak zwana przezemnie wazodilatyna, która pomiędzy innymi własnościami posiada zdolność wywoływania niekrzepliwości krwi. Jeżeli narząd pozostawić samemu sobie przy ciepłocie pokojowej, to już po 5—10-u godzinach wazodilatyna w takim narządzie ginie. Jak wykazały moje badania, dzieje się to przez niszczące wazodilatynę działanie specjalnego ciała—fermentu, również znajdującego się we wszystkich narządach, a także we krwi. Ciało to, niszczące wazodilatynę, przyspiesza krzepnięcie krwi. Przez gotowanie, a także pod wpływem kwasów, rozpada się. Alkohol strąca go. Ciało to nazywam antiwazodilatyną, która jest identyczna z trombokinazą innych autorów.

nieskończenie długo. Do doświadczeń w przewlekłej formie należy przed użyciem rozczyzny wyciągów sterylizować.

Zatrzymując się w tym artykule głównie na czynności przewodu pokarmowego pod wpływem wyciągów, muszę zaznaczyć, że zwiększona czynność gruczołów trawiennych i wzmożona perystaltyka jelit nigdy nie występują oddzielnie, oderwanie od całego szeregu innych zjawisk; wszystkie zjawiska, występujące przy wprowadzeniu wyciągów do krwi są ściśle związane ze zmianami w krzepliwości i ciśnieniu krwi.

Jeżeli wprowadzić do krwi odpowiednio stężony, zneutralizowany rozczywny wyciągu z jakiegokolwiek narządu [mózg, trzustka, błona śluzowa odźwiernika (*pylorus*) i dna (*fundus*) żołądka, błona śluzowa dwunastnicy, jelit cienkich i grubych, mięśniówka z wymienionych części przewodu pokarmowego, gruczoły: widełkowy (*thymus*), tarczycowy, wątroba, śledziona, nadnercze (po usunięciu adrenaliny zapomocą kwasu fosforo-wolframowego), macica, łożysko, krew], to występuje bardzo złożony obraz zjawisk: najpierw silne podniecenie, zwierzę rzuca się, krzyczy, wymiotuje; stan ten trwa nie więcej, jak 1 minutę, i przechodzi bezpośrednio w stan depresyjno—omdlenia. Ciśnienie krwi po 8"—10" silnie się obniża. Krew staje się niekrzepliwą. Jednocześnie występuje wydzielanie śliny, łez, soku trzustkowego, żółci, limfy, która również przestaje krzepnąć. Pies oddaje kał i mocz. Jak widzimy, występuje bardzo złożony obraz zjawisk; otrzymujemy cały szereg zjawisk, pozornie niczem nie związanych ze sobą. Nie wchodząc w analizę wymienionych zjawisk, najprościej byłoby wyprowadzić wniosek, że każde poszczególne zjawisko zależy od specjalnego ciała—hormonu. Tak też postąpili niektórzy z autorów. Wydzielanie soku trzustkowego BAYLISS i STARLING przypisują specjalnemu hormonowi—sekretynie, która w dodatku, według BAYLISSA i STARLINGA, może być otrzymana tylko z błony śluzowej dwunastnicy i górnego odcinka jelit cienkich<sup>1)</sup>; perystaltykę kiszek—przypisują perystaltycznemu hormonowi; wydzielanie soku żołądkowego — żołądkowej sekretynie (*gastric secretine*), która, według EDKINSA, ma się otrzymywać tylko z błony śluzowej *pylori* i *cardiae*; obniżenie ciśnienia krwi — specjalnemu wazodepresywnemu hormonowi.

W ten sposób powstał cały szereg ciał-pojęć bez żadnej dalszej charakterystyki jak ich własności chemicznych, tak i fizjologicznych. Oczywiście, możnaby przejść do porządku dziennego nad temi ciałami pojęciami, gdyby nie to, że ciała te w postaci wyciągów z odpowiednich narządów stosowane bywają w praktyce lekarskiej, która ma prawo wymagać bliższej znajomości z nimi.

Przedewszystkiem należałoby cały ten złożony obraz zjawisk poddać dokładnej analizie fizjologicznej, która jedynie daje nam punkt oparcia w na-

<sup>1)</sup> Stosownie do faktu, pierwszy raz przezemnie znalezionego, że kwas solny, wprowadzony do dwunastnicy i górnego odcinka jelit cienkich, wywołuje wydzielanie soku trzustkowego.

szych wnioskach o działaniu ciał na ustrój. Tutaj do wyjaśnienia, jak wogóle wszędzie, pomogło mi dokładne porównanie i, żeby się tak wyrazić, dokładne obliczenie zjawisk. Ciśnienie krwi opada gwałtownie i osiąga swojego *minimum* mniej więcej po 3-ch sekundach. Jednocześnie ze spadkiem ciśnienia występuje podniecenie zwierzęcia, niejednokrotnie z drgawkami. Dalej porównanie wskazuje nam, że z chwilą podniesienia ciśnienia krwi zwierzę powraca do normy.

Na podstawie tego zestawienia wnioskujemy, że przyczyną podniecenia jest anemia mózgu, wywołana przez gwałtowne rozszerzenie naczyń w sferze nerwu trzewiowego. Jasnym jest, że stan podniecenia nawet przy największym obniżeniu ciśnienia nie może trwać dłużej od pewnego określonego czasu, który, jak wykazało doświadczenie, nie przekracza 50 — 60-u sekund. Stan depresji, niemocy zwierzęcia jest dalszym skutkiem anemii mózgu i jest całkowicie podobny do stanów omdlenia u osób anemicznych. Stan niemocy trwa rozmaicie długo i zależy ściśle od długości obniżenia ciśnienia krwi; w każdym razie przechodzi z chwilą, kiedy ciśnienie krwi powraca do normy. Jak już powiedziałem, gwałtownie występująca anemia jest bodźcem dla ośrodków nerwowych; wyrazem tego, oprócz ogólnego podniecenia, jest wydzielanie łez, śliny, oddawanie kału i moczu <sup>1)</sup>, perystaltyka kiszek. Tak więc widzimy, że drgawki i następnie niemoc, niesłusznie nazywane narkozą, nie zależą od bezpośredniego działania wyciągów na komórki mózgowe; zjawiska te są wtórnymi, zależnymi od pierwotnego działania wyciągów na ciśnienie, które silnie się obniża.

Po tych ogólnych uwagach, niezbędnych dla zrozumienia zjawisk niżej opisywanych, zatrzymam się obszerniej na wpływie wyciągów z narządów na wydzielanie soków: trzustkowego, żołądkowego, kiszkiowego i na perystaltykę kiszek. W literaturze lekarskiej rozpowszechnione są o działaniu wyciągów na przewód pokarmowy tak jednostronne poglądy, że, mam nadzieję, moje badania przyczynią się choć w części do lepszego zrozumienia spraw trawiennych, jak w fizjologicznym tak i patologicznym stanie przewodu pokarmowego.

Wpływ wyciągów z narządów na czynność wydzielniczą trzustki.

Wpływ wyciągów z narządów na wydzielanie soku trzustkowego szczególnie zasługuje na uwagę dlatego, że właśnie co do trzustki istnieje szeroko rozpowszechnione zdanie, że tylko za pomocą wyciągów z błony śluzowej dwunastnicy można otrzymać wydzielanie soku trzustkowego i w dodatku bez żadnych innych zjawisk.

Opierając się na moich badaniach, że HCl, wprowadzony do dwunastnicy i górnego odcinka jelit cienkich, wywołuje wydzielanie soku trzustkowego, wprowadzony zaś do jelit grubych nie wywołuje takowego, BAYLISS i STAR-

---

<sup>1)</sup> Zwierzę oddaje mocz tylko podczas podniecenia. Z moczowodów, z chwilą obniżenia ciśnienia krwi, uryna zupełnie przestaje się wydzielać, dopóki ciśnienie nie powróci do normy.

LING sporządzili z błon śluzowych wskazanych części przewodu pokarmowego wyciągi na HCl i, widząc po ich wprowadzeniu do krwi wydzielanie soku trzustkowego, przyszli, jak zobaczymy niżej, do zupełnie błędnego wniosku, że tylko wyciągi z błony śluzowej dwunastnicy wywołują wydzielanie soku trzustkowego. W tem zjawisku BAYLISS i STARLING widzieli przykład wzajemnego oddziaływania narządów na drodze humoralnej zapomocą specyficznego ciała — sekretyny, powstającego pod wpływem HCl tylko z błony śluzowej dwunastnicy z prosekretyny. Otóż tutaj muszę jak najmocniej podkreślić, że wydzielanie soku trzustkowego występuje pod wpływem wyciągu z każdego narządu naszego ustroju obok innych jednocześnie występujących zjawisk [obniżenia ciśnienia i niekrzepliwości krwi]. Ponieważ fakty w tym przypadku mają decydujące znaczenie, pozwolę sobie przytoczyć przykład wydzielania soku trzustkowego pod wpływem wyciągów z mózgu, z trzustki i mięśniówki ilei. [D. n.]

---

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU  
DZIECIĄTKA JEZUS.

---

## Przyczynek do leczenia zwężeń przełyku bliznowych.

Podał

Stanisław Gębarski.

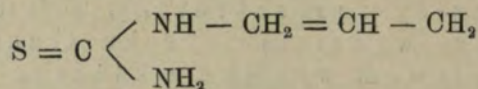
---

Zwężenie przełyku bliznowe leczymy zazwyczaj zapomocą rozszerzeń zgłębnikami kauczukowymi, niekiedy po uprzednim dokonaniu gastrostomii. Nie będę opisywał samych metod rozszerzania i operowania, które czytelnik znaleźć może w specyalnych podręcznikach, a także w pracy CIECHOMSKIEGO, ogłoszonej przed kilku laty w Gazecie Lekarskiej pod tytułem: „Przyczynek do leczenia bliznowych zwężeń przełyku”; tutaj nadmienię tylko, że sposób powyższy leczenia dużo pozostawia do życzenia: rozszerzanie bowiem często zawodzi, gdyż niepodatna tkanka bliznowa niełatwo poddaje się zgłębnikom kauczukowym, a co gorsza, że zdarza się nieraz przedziurawienie przełyku podczas rozszerzania. W instytucie anatomo-patologicznym w Wiedniu [cytuje CIECHOMSKI] na 34 osób, zmarłych wskutek zwężenia przełyku bliznowego po oparzeniu, w 6-u przypadkach stwierdzono na sekcji przedziurawienie owrzodzenia wskutek sondowania, a w 10-u—przedziurawienie zgłębnikiem już zabliźnionego przełyku.

Wobec tego nic dziwnego, że poczęto szukać nowych metod, ułatwiających leczenie powyższego cierpienia. W ostatniem dwudziestoleciu w przy-

padkach zwężeń przelyku bliznowych zaczęto stosować fibrolizynę [tiozynaminę], która ma działać rozpułchniająco na tkankę bliznową [niezbyt starą] i ułatwiać w ten sposób ich rozszerzanie.

Już w roku 1833 DUMAS i PELOUZE przez połączenie amoniaku z esencją gorczyczną otrzymali ciało, któremu WILL i WARRENTRAPP nadali miano tiozynaminy. Oto jej formuła:



Tiozynamina posiada kształt białych błyszczących kryształów bez zapachu, o smaku gorzkim, topniejących przy + 78,4°, słabo rozpuszczających się w wodzie zimnej, lepiej w gorącej i glicerynie, a najlepiej w alkoholu i eterze. Przepisywano ją z początku w proszkach lub pigułkach [po 0,032—0,2]. Dopiero od HEBRY zaczęto stosować ją podskórnio, śródmięśniowo, a niekiedy i dożylnie w rozczyznach 10—20% wodnych, wodnych z domieszką gliceryny i alkoholowych [15% HEBRA]. Wkrótce rozczyznów tych zaniechano z powodu bolesności miejsc nakłutych oraz dość trudnej rozpuszczalności tiozynaminy, a zaczęto szukać lepszych. Pierwszy MICHEL [z Paryża] spostrzegł, że tiozynamina rozpuszcza się w wodzie łatwiej, jeżeli dodać do niej pewnych substancji: chlorału, rezorcyny, pyrogallolu, soli rozmaitych kwasów aromatycznych — kwasu galasowego, benzoesowego, salicylowego, antypiryny. Za najodpowiedniejszy dodatek uznano antypirynę, która już przy zwykłej ciepocie łatwo łączy się z tiozynaminą, tworząc gęsty płyn, bezbarwny i bezwonny. W r. 1904 MENDEL wypuścił w świat tiozynaminę z domieszką salicylanu sodu, znaną pod mianem fibrolizyny. Jest to biały krystaliczny proszek, nieco trudniej rozpuszczalny w wodzie, niż poprzedni związek [tiozynamina + antypiryna]. Rozczyn jej wodny nie wywołuje bólu, ma jednak tę niedogodną własność, że prędko rozkłada się na powietrzu i na świetle. W sprzedaży znajduje się w brunatnych wyjałowionych ampułkach, zawierających każda po 2,3 ctm. sz. płynu, w którym na 8,5 części wody przy pada 1,5 części fibrolizyny, a każda ampłka zawiera 0,2 tiozynaminy.

Fibrolizyna ma tę jeszcze niedogodność, że łatwo krystalizuje i pozostawia w miejscach zastrzyknięć dość długo trwające stwardnienia. Oprócz fibrolizyny drugą odmianę tiozynaminy stanowi tioidyna COGNET—bezbarwny, krystaliczny proszek, zawierający 46,49% jodu [w związku organicznym], łatwiej, niż poprzednie związki, rozpuszczalna w wodzie, o zapachu gorczycy; w sprzedaży kursuje w pigułkach i ampułkach.

W małych dawkach [po 0,05 do 0,15] tiozynaminę zastrzykiwać można codziennie, w większych jednak [od 0,15 do 0,25] tylko 2 lub 3 razy w tygodniu; fibrolizynę i tioidynę zaś—po ampłce co 2 lub 3 dni. Według HEBRY, który pierwszy stosował zastrzykiwanie tiozynaminy w zbliźnowaceniach skóry po wilku i wyniki swe podał na zjeździe międzynarodowym dermatologów w Wiedniu 1892 r., tiozynamina ma działać rozmiękczająco na tkanki blizno-

we, bez względu na to, czy zastrzyknięta została w samą tkankę bliznową, czy w miejsce odległe od niej.

PERRIN [z Nancy] pomyslnie wyniki leczenia tiozynaminą widzi w wyłączonej działalności jej na młodą tkankę łączną, a wogóle na tkanki, pochodzące z mezodermy, mało zróżniczkowane, gdy tymczasem na tkanki tegoż pochodzenia dobrze zróżniczkowane, jakoteż na tkanki pochodzące z ekto- i entodermy, tiozynamina nie wywiera żadnego wpływu. Tiozynamina [fibrolizyna] nie jest trucizną, w większych jednak dawkach może spowodować pewne objawy zatrucia, nie jednakowe u wszystkich zwierząt: u psów, na przykład, wzmagające się znużenie i senność. U ludzi, podawana w umiarkowanych dawkach i przez czas ograniczony, wpływa na przyrost wagi — działa jako *tonicum*, podawana zaś bez przerwy w ciągu miesięcy i tygodni w dawkach dużych, spowoduje poważne zaburzenia. HAYN przytacza cały szereg autorów, którzy podczas leczenia fibrolizyną spostrzegali u niektórych chorych przemijające objawy zatrucia, jak oto: rozmaitego rodzaju wysypki [BÉKÉSS, LION, JULIUSBERG] bez ogólnych zaburzeń w ustroju, lub cięższe objawy, jak: ból głowy, ogólne osłabienie, rozbicie, bole w członkach, dreszcze, gorączkę [dochodzącą niekiedy do 40-u i wyżej stopni], brak łaknienia, bole żołądka, rzadziej wymioty, bredzenie [GROSSE, BRINITZER, KEITEL, HARTZ, KIRCZ, GALEWSKY i wielu innych]. Objawy te są przemijające: z chwilą przerwania środka same przez się powoli ustępują, nie zagrażają przeto życiu chorego; zjawiają się zazwyczaj po pierwszych kilku lub kilkunastu zastrzyknięciach, mogą jednak wystąpić i po pierwszym zastrzyknięciu [JULIUSBERG]. To też radzą, aby przy najmniejszych objawach idiosynkrazji nie zniechęcać się do środka, lecz zastrzykiwać go nie 2—3 razy na tydzień, jak to się zazwyczaj czyni, lecz rzadziej i w dawkach, o ile możności, mniejszych.

Co zaś do tioidyny, to ta nawet w dużych dawkach [0,5] ma nie wywoływać objawów zatrucia.

Tiozynamina i fibrolizyna wydzielają się częściowo przez nerki w stanie niezmiennym, część zaś ich pozostaje w ustroju, o czym świadczyć może zapach, przypominający zapach czosnku, cebuli lub gorczycy, jaki czują chorzy w kilka minut po zastrzyknięciu dożylnem. Tioidyna rozpada się w ustroju na swe części składowe i szybko wydziela się, tak, że już w kwadrans po zastrzyknięciu stwierdzić ją można w moczu, gdzie [jako też i w innych cieczach ustroju] znaleźć ją jeszcze można w ciągu 24-ch do 40-u godzin. W pół godziny po zastrzyknięciu tiozynaminy, RICHTER i LOEWIT spostrzegali zmniejszenie się liczby leukocytów [do  $\frac{1}{3}$  liczby pierwotnej], po 3-ch godzinach krew znów dochodzi do normy, a następnie występuje leukocytoza i przyrost hemoglobiny. Przy tioidynie stwierdzono również leukocytozę, obecność dużych mononuklearów, a także pewną ilość makrofagów.

Jak powyżej powiedziałem, fibrolizyna działa rozpułchniająco na tkankę bliznową. Stwierdził to HEBRA na bliznach na powierzchni ciała po oparzeniach i wilku, lecz rozpułchnienie z chwilą przerwania zastrzykiwań szybko przemija, a szczególnie w tych razach, gdy zastrzyknięć zrobiono niewiele.

Pod drobnowidzem tkanka taka, według MARMOITON'a, różni się znacząco

nie od swego pierwotnego wyglądu: włókienka łączno-tkanowe zatracają swe kontury, są napeęczone, jądra oddalone od siebie. Działanie zatem tiozynaminy, zdaniem autora, możnaby porównać z działaniem metody BIER'a, z tą różnicą, że tiozynamina w dawkach leczniczych nie zmienia tkanki łącznej normalnej. Wyjątek stanowi przypadek TEDESCHI, w którym pod wpływem zwykłych dawek wystąpił obrzęk na całym ciele [bez białka w moczu!], ale po przerwaniu zastrzykiwań niebawem zniknął, a chory odzyskał zdrowie.

Stwierdzono także wybitną diurezą, którą jedni wiążą z rezorbcyą tkanki bliznowej, inni [MERTENS] przypisują bezpośredniemu działaniu środka na nabłonek nerkowy.

Świeżo wyszła z druku praca doświadczalna SIDORENKI o wpływie fibrozyny na tkankę bliznową. Autor środek ten stosował u 19-u chorych, pośród których 4-ch było ze zwężeniem przelyku po oparzeniu płynami żrącymi, lecz najmniejszego wpływu dodatniego nie spostrzegął. Na podstawie więc powyższego, jako też doświadczeń, czynionych na psach, królikach i białych myszach, autor przychodzi do następujących wniosków: że fibrolizyna nie ma wpływu na tkankę bliznową, nie wywołuje lenkocytozy, nie wpływa na obieg limfy, w dawkach leczniczych jest nieszkodliwą; że zatem kwestya dodatniego jej wpływu leczniczego, jaki podają inni autorzy, dotąd pozostaje pod znakiem zapytania.

Przeciwnego zdania jest EMIL STARKENSTEIN: przypisując fibrolizynie działanie rozpulchniające na tkankę bliznową, w pracy swej doświadczalnej zjawisko to stara się wytłumaczyć w ten sposób, że pod wpływem fibrolizyny kollagen, stanowiący składową część tkanki bliznowej, zamienia się w klej.

Przeciwskazaniem do stosowania fibrolizyny są stare zabliźnione ogniska gruźlicze, lub osteomyelityczne, które pod wpływem leku mogą na nowo obostrzyć się z całą gwałtownością [MENDEL, BRINITZER], idyosynkrazia i guzy złośliwe, gdyż tiozynamina [fibrolizyna] sprzyjać ma mnożeniu się przerzutów.

Leczenie fibrolizyną winno się łączyć z leczeniem mechanicznem [masażem], gdyż wtedy tylko można liczyć na dodatni wynik leczenia.

Tiozynamina, zdaniem MARMOITON'a, działa na młodą tkankę łączną, bez względu na jej pochodzenie, a szczególnie na produkty włóknikowe zapalnego pochodzenia. Stosowano dotąd fibrolizynę w najrozmaitszych cierpieniach z różnym wynikiem, najpomyślniejszym w zbliźnowaceniach skóry, w chorobie DUPUYTREN'a i w zwężeniach przelyku. Zapoczątkował leczenie tiozynaminą HEBRA w przypadkach zbliźnowaceń po wilku i w chorobie DUPUYTREN'a [wyleczenie po 22-u zastrzyknięciach]. Leczone nią z pomyślnym wynikiem wtórne zbliźnowacenia na skórze: po wilku [JULIUSBERG i SCHOLZ], w przykurczeniach bliznowych skóry [TONSEY i UNNA], w zgrubieniach bliznowych po ranach [NEUMANN, RILLE, JULIUSBERG, CASPARY i CHOTZEN], w przykurczeniach bliznowych po oparzeniach [MENDEL, WOLTKE, COSTA i wielu innych], w keloidach [wielu autorów z TOUZEYEM i prof. LEXER'em na czele], w sklerodermii [HEBRA, JULIUSBERG, GALEWSKY, NEUMANN i inni].

W chorobie DUPUYTREN'a to otrzymywano niezłe wyniki [TESCHMACHER, PLESCH, JELLINEK, LENGEMANN, LAWRIE i LANGEMAK] to nie [LEXER, REISS].



zwężenia cewki moczowej leczono samą tiozynaminą bez skutku [RICHTER, HANC, MANKIEWICZ], z pomyślnym zaś przy jednoczesnem stosowaniu rozszerzań [SCHOURP, FRANK].

Nie pominięto: zapaleń okołomaciczych — z wynikiem rozmaitym [LATZKO, MENDEL, OFFERGELD, UNNA, GARDINER, VOGELSANGER]; chorób płucnych i oplucnej [FRIEDLENDER, HERCZEL, MENDEL, ROTSCCHILD], gruźlicy krtańni [SĘDZIAK] z wynikiem ujemnym; ankilozy na tle przewlekłego reumatyzmu, trypra [ROBINSON, LENGEMANN, HERCZEL, MENDEL, SALFELD, FRANK, prof. RHOMER]; donoszono o polepszeniach w wiaździe rdzenia [POPE, MAX WEISS], w zapaleniach nerwów pochodzenia urazowego [MENDEL, MARCHANT]; polecano tiozynaminę w zwężeniach odźwiernika, lecz tylko w tych razach, kiedy ściany żołądka nie są jeszcze zbyt zwiotezale [HARTZ, COMBE, SACHS, KAUFMAN i MENDEL]; nie radzą jej tu BAUMSTARK, STRAUS i VAN LEERSUM. Polecano ją w zrostach pozapalnych około żołądkowych [MICHAEL], w zrostach kiszek [EBSTEIN], w zapaleniu okołokątniczem [HERCZEL], w zrostach po laparotomiach [EMMERICH], w zrostach pęcherzowych [FRANK], w zrostach po wycięciu macicy [MENDEL], w zwężeniach bliznowych kiszki prostej [RICHTER]. Stosowano fibrolizynę w chorobach usznych i ocznych, a więc: w głuchocie na tle *otitis adhesiva* [HOZEAN, URBANTSCHITSCH, LERMOYER i MAHU], w zastarzałych bielmach [RICHTER, RUOFF, GAŁĘZOWSKI], w zrostach po *iritis scarlatinosa* [LEWANDOWSKI], w *iritis chronica* [prof. RHOMER], w *chorioiditis chr.* [SUCHER], w *atrophia n. optici* na tle zapalenia nerwu [GRUNERT].

Jak widać z powyższego, fibrolizyna miała licznych zwolenników, którzy stosowali ją w najrozmaitszych cierpieniach, lecz miała nie mniej i przeciwników, tak, że do dziś sprawa ta pozostaje jeszcze otwartą.

W czasopismach z lat ostatnich uwagę zwracają bądźco bądź dość już liczne przypadki bliznowych zwężeń przełyku, leczonych pomyślnie zastrzykowaniami fibrolizyny. Z ostatnich spostrzeżeń odnośnych zasługuje na szczególną uwagę przypadek WEISELBERGA.

Przypadek ten dotyczy 20-letniego mularza, który przez pomyłkę napił się jugu. W dwa miesiące potem zjawilo się tak znaczne zwężenie przełyku, że chory nie mógł wcale przełykać pokarmów stałych. Sondowaniem stwierdzono zwężenia w odległości 23-ch i 27-u ctm. od zębów. Więcej, niż przez rok czasu, probowano rozszerzać przełyk zgłębnikami kauczukowymi, lecz napróżno. Wtedy przystąpiono do podskórnych zastrzykiwań fibrolizyny MERCK'a [co 2—3 dni po 2,3 ctm. sz.] i jednocześnie rozszerzano przełyk. Niebawem najcieńsze sondy zaczęły przechodzić przez miejsca zwężone, lecz u wpustu żołądka zatrzymywały się. Chory doszedł do krańcowego wyniszczenia i mógł zaledwie przełykać wodę. Dopiero po 39-u zastrzyknięciach udało się najcieńszą sondę przepchnąć do żołądka. Od tego czasu chory zaczął się poprawiać. Ogółem zrobiono 50 zastrzyknięć, po których chory odzyskał zupełne zdrowie. Tak pomyślny wynik leczenia w danym przypadku WEISELBERG przypisuje tylko fibrolizynie.

[D. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 1-1 —

### 131. K. Glaessner. Rozpoznawanie chorób trzustki. [Wykład kliniczny].

Pomimo licznych prac z dziedziny patologii doświadczalnej nad wyjaśnieniem czynności trzustki, dalecy jesteśmy jeszcze od dokładnego rozpoznawania schorzeń tego narządu. Z pośród metod laboratoryjnych, proponowanych w ostatnich czasach, niektóre tylko, jak okazuje spostrzeganie przy łóżku chorego, zyskały większe znaczenie kliniczne.

I. Fizyologiczne podstawy rozpoznawania schorzeń trzustki.

Trzustkę, jak wiadomo, uważać należy za gruczoł kiszkowy.

Od czasu odkrycia cukrzycy pochodzenia trzustkowego rozróżniamy dwa rodzaje sekrecyi trzustkowej: wewnętrzną i zewnętrzną. Od pierwszej zależy spalanie cukru w ustroju. Nie ustalono dotąd, czy własność ta zależy od całego gruczołu, czy też od grup komórek, znanych pod nazwą wysepek LANGERHANS'a. Czy ta hypotetyczna wydzielina wewnątrz wlewa się do krwi, czy do limfy, czy sama jest w stanie rozkładać cukier, czy też do czynności tej dają tylko podnieść drugim gruczołom [wątrobie], na to niema jeszcze odpowiedzi. Próby leczenia moczówki cukrowej zapomocą podawania istoty gruczołowej *per os*, śródtrzewnowo, podskórną i t. p. chybiły celu.

Większe znaczenie ma zewnętrzna wydzielina trzustki, czyli sok trzustkowy. Autor pierwszy miał możność badania normalnego soku trzustkowego u człowieka, otrzymanego przy sondowaniu przewodu trzustkowego. Jest to jasny, niezabarwiony płyn z nieznaczną zawartością białka i z nieznaczną suchą pozostałością, odczynu silnie alkalicznego. Stopień alkaliczności soku trzustkowego odpowiada co do siły kwasocie soku żołądkowego, tak, że ten ostatni zobojętnia się po przejściu do kiszek. U człowieka w stanie normalnym wydziela się od 600 do 800 ctm. sz. na dobę tego soku, przyczem wydzielanie jest zależne od licznych czynników. Według autorów rosyjskich, ilość jego jest zależna od rodzaju pokarmów [węglowodany wywołują wydzielinę najobfitszą, ciała białkowe mniejszą, a tłuszcze—najmniejszą]. WOHLGEMUTH starał się fakt ten ustalić dla człowieka, co jednakże nie zostało potwierdzonem.

Wydaje się, że głównym czynnikiem do pobudzenia wydzieliny trzustkowej jest kwas solny żołądka [porównaj wyżej pracę prof. POPIELSKIEGO]. Zdania pod tym względem rozchodzą się tylko w zapatrywaniach na rodzaj działania HCl. Podczas kiedy PAWŁOW i inni przypuszczają, że podrażnienie dwunastnicy przez kwaśną zawartość odruchowo wywołuje podrażnienie trzustki i jej wydzielinę, BAYLISS i STARLING utrzymują, że wydzielina ta jest zależna od obecności specjalnego zacynu—s e k r e t y n y. Zacyzn ten ma powstawać, jako prosekretyna, w błonie śluzowej kiszek i pod wpływem dopiero HCl przechodzić ma w postać czynną (sekretynę); ta ostatnia drogą naczyń krwionośnych ma się dostawać do trzustki i sprowadzać jej wydzielanie. Doświadczenia na zwierzętach przemawiają raczej za przypuszczeniem ostatniem.

Sok trzustkowy zawiera szereg zacynów, śród nich przedewszystkiem—t r y p s y n ę. Właściwie w normalnej wydzielinie trzustki człowieka niema trypsyny, a tylko trypsynogen (proferment). Dopiero z połączenia trypsynogenu z k i n a z ą kiszek wytwarza się trypsyna. Trypsyna rozkłada biał-

ko aż do ciał wolnych od próby biuretowej. W czynności tej pomaga jej odkryty przez COHNHEIM'a zaczyn kiszkowy erepsyna. Różnica polega na tem, że erepsyna działa tylko na albumozy, a trypsina na ciała białkowe wogóle. Druga ważniejsza różnica polega na zachowaniu się obu fermentów względem obecnego w surowicy krwi antyfermentu. Ten ostatni hamuje działanie trypsiny, erepsyny zaś nie. Na zwierzętach stwierdzono doświadczalnie, że przewiązanie przewodu trzustkowego wpływa bardzo mało na trawienie białka. Wnoszono z tego, że trypsina wsysa się i drogą naczyń krwionośnych przedostaje się do kiszek, co by nie było zgodne z powyższem. Fakt jednakże, że zwierzęta z przewiązanym przewodem trzustkowym dobrze trawią białko, można objaśnić i tem, że żołądek zastępczo spełnia czynność trzustki, a wreszcie, że w trzustce znajduje się nadto zaczyn ereptyczny, rozkładający albumozy i peptony, i że zaczyn ten bez szkody przechodzi do krwi, a następnie dostaje się do kiszek.

Drugi zaczyn trzustkowy dyastaza ma własność przemiany krochmalu na maltozę, która dzięki zawartej w soku kiszkowym inwertynie przemienia się na dekstrozę. Dyastaza należy do najłatwiej dających się wykazać zaczynów trzustki. Przechodzi ona i do innych płynów ciała, podobnie, jak w patologicznych płynach daje się zauważyć niekiedy działanie trypsiny.

Zaczyn, który tylko w soku trzustkowym wykazać się daje — lipaza ma własność rozszczepiania tłuszczów na glicerynę i kwasy tłuszczowe. Sok kiszkowy i żółć wzmagają siłę tego zaczynu; podług FUERTH'a i SCHUETZ'a pewną rolę mają tu odgrywać kwasy żółciowe.

U zwierząt znaleziono w trzustce podpuszczkę (*Labferment*), która i u człowieka powinna się dać wykazać, jako proferment. Nasuwałoby się z tego przypuszczenie o identyczności podpuszczki z zaczynami trawiącymi białko, chociaż skądinąd brak na to dowodów.

Dalej w trzustce znaleziono hemolizynę, a nawet autohemolizynę, a wreszcie toksyczne części składowe, które zabijają w krótkim czasie zwierzęta, będąc wprowadzone do jamy otrzewny.

Kwasy i alkalia intensywnie wpływają na wydzielinę trzustkową, pierwsze pobudzająco, drugie hamująco. Adrenalina i atropina mają własność spowodowania ostrego zahamowania jej czynności.

## II. Objawy schorzeń trzustki.

Do objawów podmiotowych należą bóle i dolegliwości dyspeptyczne, które prawie stale towarzyszą każdej chorobie trzustki. Bóle mają charakter ściskania w określonym miejscu, albo też tak zwanej kolki trzustkowej, która często daje powód do pomyłek (*cholelithiasis*, *nephrolithiasis* i t. p.). Objawy dyspeptyczne wyrażają się brakiem apetytu, wstrętem do pokarmów mięsnych, uczuciem pełności.

Ważniejsze pod względem rozpoznawczym są objawy przedmiotowe. Z tych znowu najpewniejszym, chociaż niestety nie częstym, jest obecność guza lub pewnego oporu, wyczuwalnego w okolicy trzustki. Przy torbielach, rakach, zapaleniach i ropniach objaw ten jest bardzo ważnym ze względu na wskazanie do zabiegu chirurgicznego. Drugim, również niestałym objawem jest żółtaczka, wskazująca na umiejscowienie sprawy chorobowej w główce trzustki. Przy nowotworach trzustki obserwowano charakterystyczne brązowe zabarwienie skóry podobnie, jak w chorobie ADDISON'a.

Wreszcie do obrazu choroby należy wzmożone wydzielanie śliny, być może jako wyraz czynności zastępczej przy zmniejszeniu lub zahamowaniu wydzieliny trzustkowej. Inne objawy, jak wychudnienie, wymioty, biegunki—są charakterystyczne dla wielu innych cierpień, w ograniczonym więc stopniu przy-

czyniąją się do wyjaśnienia rozpoznania. Natomiast zmiany w moczu — tłuszczomocz (*lipuria*), brak indykanu i kwasów etero-siarczaných — mają] większe znaczenie.

Pozostaje wspomnieć jeszcze o 3-ch objawach, wprawdzie niezmiernie rzadko dających się widzieć, ale zato niezawodnych. Są to: kamienie trzustkowe, przetoki trzustkowe i wymioty zależne od wydzieliny trzustkowej.

Kamienie trzustkowe niekiedy daje się zauważyć w kale. Składają się przeważnie z fosforanów i węglanów wapnia, koloru białoszarego, są niezmiernie kruche; wielkość od ziarnka soczewicy do orzecha laskowego. Rzadkość pochodzi z tego, że nawet przy wydalaniu się ich do kiszek, najczęściej tam już mogą ulegać rozpuczeniu lub pokruszeniu. Przetoki bywają po urazach, lecz najczęściej po zabiegach chirurgicznych. Wymioty są zależne od nadmiernej wydzieliny trzustki, podobnie jak to ma miejsce z sokotokiem żółdkowym. Odpowiednie badanie zawartości daje możność właściwego rozpoznania.

Większe mają znaczenie, niż przytoczone powyżej objawy ogólne, przy rozpoznawaniu chorób trzustki tak zwane objawy z ubytku (*Ausfallserscheinungen*), t. j. brak pewnych funkcji, spowodowany przez czynnościowe lub organiczne zmiany narządu. Objawy te dotyczą tak wewnętrznej tak i zewnętrznej wydzieliny.

Najważniejszym objawem z ubytku, zależnym od wydzieliny wewnętrznej, jest moczówka cukrowa. Tu zwrócić należy uwagę na następujące ustalone już fakty: 1) znane są przypadki moczówki cukrowej z objawami schorzeń trzustki, 2) dalej, przypadki moczówki bez objawów trzustkowych, 3) wreszcie duże zmiany w trzustce bez objawów moczówki. Wypływałoby z tego, że moczówka, spowodowana przez zmiany w trzustce, być może, różni się od moczówki cukrowej zwykle obserwowanej. W tym kierunku istnieją nawet pewne wskazówki, jak np. niezwykle spostrzeżenie BRUGSCH'a i BAMBERG'a, że przy moczówce trzustkowej nie bywa zatrucia ustroju kwasami (acydozy).

Nie jest jeszcze dotąd ustalonym, przy jakiego rodzaju uszkodzeniach trzustki otrzymuje się moczówkę cukrową. TRUBHORT podaje, że cukromocz najczęściej spotyka się przy marskości ziarnistej trzustki, następne miejsce zajmuje chroniczne śródmiąższowe zapalenie, dalej kamica, zwyrodnienie tłuszczowe (*lipomatosis*), torbiele, martwica, wylewy krwawe i wreszcie zapalenia ropne. SAUERBECK otrzymał doświadczalny cukromocz po upływie miesiąca od czasu przewiązania przewodu trzustkowego przy jednoczesnem uszkodzeniu wysepek LANGERHANS'a. Z danych tego rodzaju dla lekarza praktyka wynikałby wniosek, że cukromocz przejściowy lub też moczówka cukrowa stała, przy obecności jednego lub kilku objawów trzustkowych, wzbudzają podejrzenie co do stanu chorobnego trzustki.

Cukier w moczu wydziela się przeważnie pod postacią cukru gronowego czyli dekstrozy; znajdowano jednakże maltozę, pentozę i t. p., lecz zjawiska te tak były niestale, że szczególnego znaczenia nie przypisywano im. Pomimo to próba na cukier z fenylhydrazyną, czyli t. zw. próba CAMMIDGE'a, dała w ostatnim czasie impuls do całej masy prac i doświadczeń. Próba ta polega, jak wiadomo na tem, że mocz, który bezpośrednio z fenylhydrazyną nie daje odczynu, a więc nie zawiera żadnego węglowodaou z grupy glukozy (*Monosacharide*), przy próbie dodatniej wykazuje ten odczyn, jeżeli uprzednio padać go gotowaniu z kwasami. Sam CAMMIDGE przypuszczał, że odczyn zależy od obecności gliceryny, względnie glicerozy, czego jednakże nie potwierdzono. Kwasy glikuronowe (pochodne glukozy) ani też pentozy, jako pochodne nukleoproteidów trzustki, jak się wydaje, nie odgrywają tu również żadnej

rol. Ostatnio SMOLEŃSKI przypuszcza, że próba ta jest zależna od małych ilości cukru trzcinowego. Co się tyczy oceny tej próby, to zdania są podzielone. Chirurdzy odzywają się o niej z entuzjazmem (RIEDEL); inni (DREESMAN, BRUGSCH, WOHLGEMUTH) odmawiają jej swoistości. Autor na zasadzie własnych obserwacji należy raczej do sceptyków.

Drugim ważnym objawem z ubytku jest niedostateczne trawienie ciał białkowych, mianowicie mięsa (*Azotorrhoe*). Przy dużych zmianach w trzustce w stolcach gołym okiem można rozróżnić niestrawione włókna mięsne; pod mikroskopem stwierdzić wtedy można ich budowę, zachowaną prawie w zupełności. W doświadczeniach na zwierzętach nie otrzymuje się tych zaburzeń, jeżeli tylko przewiązać przewód trzustkowy; występują one natomiast w wysokim stopniu, jeżeli całą trzustkę zniszczyć lub usunąć. Objaw ten nie jest miarodajnym, gdyż występować może i przy zaniku błony śluzowej kiszki, a nawet w warunkach normalnych przy wzmóżonej peristaltyce. Zależy on więc zarówno od braku soku trzustkowego jak i kiszkowego (kinaza). Wspólnie jednakże z innymi objawami ma on duże znaczenie.

Objawem z ubytku najbardziej charakterystycznym przy zmianach chorobnych trzustki są tak zwane stolce tłuszczowe (*Stearorrhoe*). Tłuszcz pokarmowy przechodzi do stolca w postaci kropelek tłuszczu, kryształów tłuszczowych lub mydeł. Wygląd stolców tłuszczowych jest bardzo charakterystyczny: obfite co do ilości, błyszczące, koloru szaro-szyfrowego, bardzo cuchnące, najczęściej odczynu kwaśnego. Odsetki tłuszczu wahają się w granicach od 13-u do 60%. Utrata spożywanego tłuszczu od 10—70%. Dawniej zwracano uwagę na ilość rozszczepionych tłuszczów w stolcach. Ale objaw ten nie ma większego znaczenia: rozszczepiony tłuszcz jest to tylko pozostałość wypadkowa, która przy towarzyszącej najczęściej stolcom tłuszczowym bieguncie nie zdążyła wessać się.

Starano się na zasadzie ilości wydzielanego z kałem tłuszczu wnioskować o zaburzeniach tego lub innego narządu. Według BRUGSCH'a utrata tłuszczu z kałem, nie przekraczająca 75%, może zależeć tylko od zaburzeń w wydzielaniu żółci; wyższe natomiast cyfry mają przemawiać już za udziałem trzustki. Brak samego tylko soku trzustkowego, według UMBER-BRUGSCH'a, ma jakoby nie doprowadzić do większych w tym kierunku zaburzeń, gdyż sok kiszkowy i żółć także i same mogą rozszczepiać tłuszcz. SALOMON proponuje w tych przypadkach podawać choremu pankreon; jeżeli stolce tłuszczowe zależą od zmian w trzustce, to ma mieć wtedy miejsce polepszenie. Autor zamiast pankreatonu podaje w tym celu pankreatynę, jako środek pewniejszy.

Obok tłuszczów widywano w stolcach lecytynę, którą w normalnych warunkach rozszczepia również sok trzustkowy. Na objaw ten dotąd mało zwracano uwagi.

Stolce tłuszczowe, jak widzimy, także nie są wyłącznie charakterystyczne dla zaburzeń czynności trzustki, gdyż zależą także i od żółci i od soku kiszkowego. Objaw ten jednakże zależy od cenniejszych.

### III. Metody czynnościowe rozpoznawcze.

Polegają one na tem, że czynność trzustki badamy zapomocą odpowiednich prób. Wyniki tego rodzaju nie należą do bezwzględnie pewnych; przy obecności innych objawów bądźco bądź dają cenne dowody pomocnicze.

Z doświadczeń nad wydzieliną wewnętrzną trzustki wiemy, że u osobników, pozabawionych trzustki, granica asymilacji cukru jest obniżona. W celu wykazania sprawności w tym kierunku, podajemy choremu 100 gm. cukru gronowego; zjawianie się po tem w moczu 0,5—3% cukru świadczy o t. zw. cukromoczu pokarmowym (*alimentäre Glycerurie*). Jest on jednakże miarodajny tylko w sensie dodatnim; ujemny wynik tej próby nie daje pola do wniosków.

Podobnież stoi sprawa z tak zwaną próbą adrenalinową Löwis'a. Polega ona na tem, że u pewnej liczby dyabetyków, w chorobie Basedow'a, a także przy zmianach chorobnych trzustki, po zapuszczeniu do worka łącznicy rozczyntu adrenaliny, następuje około godziny trwające znaczne rozszerzenie źrenicy, które, podług Löwis'a, ma powstawać wskutek odpadnięcia wpływów hamujących na nerw sympatyczny; wpływy te mają zależeć od trzustki, a więc mogą nie istnieć przy zmianach chorobnych w trzustce. Jeżeli wykluczona jest choroba Basedow'a i moczówka cukrowa konstytucjonalna, to dodatnia próba adrenalinowa przemawia za zmianami w trzustce. Autor widział dodatnią próbę pomiędzy innymi w dwu przypadkach raka trzustki.

Liczne są próby, mające na celu oznaczenie zewnętrznej wydzieliny trzustki i pozwalające wnioskować, przy wynikach ujemnych, o braku takowej, czyli o zmianach chorobnych trzustki. W tym celu podawano dawniej salicynę [ester kw. salicylowego], którą rozszczepia trypsyna na kwas salicylowy, dający się łatwo wykazać w moczu za pomocą  $FeCl_3$ . Opóźnione występowanie odczynu miało przemawiać za upośledzeniem czynności trzustki. Metoda ta nie zyskała jednakże uznania. SAHLI w tym celu proponował kapsułki żelatynowe, odpowiednio utrwalone za pomocą formolu, które miały być odporne na działanie pepsyny, a ulegać natomiast działaniu trypsyny; kapsułki napełniano substancjami dającymi się łatwo wykryć w moczu [błękit metylenowy, jodoform]. Późniejsi badacze [SCHMIDT, WELLENFANG] wyników tych nie potwierdzili: kapsułki miękkie rozpuszczały się już w żołądka, a twarde przechodziły przez kiszki w całości. MÜLLER i SCHLECHT oznaczali obecność trypsyny w kale. W tym celu opróżniano najpierw kiszki za pomocą lawatywy, a następnie podawano kalomel lub purgen. Następnie pierwsze stolce mieszano z gliceryną i zasiewano na płytkach z surowicą; płytki pozostawiano na 24 y godziny przy ciepocie 55 — 60°. W razie obecności trypsyny w surowicy tworzyły się charakterystyczne wgłębienia, które nie mogły zależeć od zaczynów drobnoustrojowych, gdyż ulegają one rozkładowi przy tej ciepocie, podczas kiedy trypsyna pozostaje czynną. Metoda ta również ma słabe strony.

Przedewszystkiem tłuszcz wpływa hamująco na trypsynę, a więc przy stolcach tłuszczowych metoda traci na wartości. Następnie odczyn ten daje krew [zaczyn białych ciałek], a więc tylko stolce, nie zawierające krwi ani ropy, mogą dawać pewne wyniki.

Dyastaza w stolcach u osobników normalnych, podług WOHLGEMUTH'a, daje się zawsze wykazać. W razie przerwania komunikacji pomiędzy trzustką a kiszkami, dyastaza ma przechodzić do krwi i wtedy można ją wykryć w moczu. Dokładnych poszukiwań w tym względzie nie robiono. Dla wykazania lipazy von NOORDEN poleca następujący sposób: podaje się choremu 250 grm. kaszy owsianej i 250 grm. masła; w razie braku tego zaczynu otrzymuje się stolec tłuszczowy, prawie wyłącznie składający się z masła. Odwrotną, że tak powiem, drogę dla stwierdzenia obecności wydzieliny trzustkowej wskazał BOEDYREW. Sposób tego autora polega na jego ciekawem odkryciu, że po wprowadzeniu do żołądka tłuszczu płynnego, po pewnym czasie, wskutek odruchowego otwarcia odźwiernika, następuje do żołądka dopływ wsteczny płynu z kiszek, mianowicie soku trzustkowego, żółci i soku kiszkowego. Autor proponuje wlewanie do żołądka 2% roztworu kwasu oleinowego w oliwie, lub też czystej oliwy, i po upływie  $\frac{1}{2}$  — 1 godziny wydobywa zawartość z żołądka, która składa się zwykle z 3-ch warstw [warstwa oliwy, wody i osadu]. W środkowej warstwie udaje się zwykle obok pepsyny wykazać zaczyn trzustkowy. Metodę tę VOLHARDT zmodyfikował dla celów klinicznych w następujący sposób: naczno, jako śniadanie próbne, podaje się 200 grm. oliwy, i po upływie  $\frac{1}{2}$  godziny w wydobywym płynie poszukuje się odpowied-

nich zaczynów. LEWIŃSKI jednocześnie z oliwą podaje alkalia, ażeby usunąć szkodliwe oddziaływanie kwasu solnego na sok trzustkowy. Metoda ta jest pewną, ale tylko przy wynikach dodatnich; wyniki ujemne nie świadczą jeszcze o nieobecności soku trzustkowego, gdyż nie zawsze ma miejsce ten wsteczny dopływ do żołądka z kiszki.

Do mniej pewnych, chociaż bardziej skomplikowanych, zaliczyć należy tak zwaną próbę jądrową SCHMIDT'a. Polega ona na przypuszczeniu, że tylko w soku trzustkowym znajduje się czynnik, rozpuszczający jądra komórek [nukleaza], które u osobników zdrowych mają ulegać strawieniu, a przy zmianach chorobnych trzustki wychodzą z kałem niezmiennione. W tym celu SCHMIDT przygotowywał kawałki mięsa, utrwał je w alkoholu, obszywał w woreczki jedwabne i dawał do lykania. W kale odnajdywano owe woreczki, utrwalano je i robiono skrawki. Jeżeli na preparatach jądra były widoczne, to z tego wnoszono o zmianach w trzustce, pod warunkiem, że przejście przez kanał pokarmowy nie trwało dłużej nad 30 godzin. Metoda ta nie jest wolna od zarzutów. Przedewszystkiem sok żołądkowy również trawi jądra, a z drugiej strony sok trzustkowy nie zawsze niszczy jądra w zupełności, a pomimoto faktu tego nie można uważać za dowód niedostatecznej czynności trzustki. Następnie jądra mogą rozpuszczać się w kiszkiach bez udziału soku trzustkowego wskutek procesów gnilnych, i odwrotnie wzmocniona peristaltykę przyczynia się do wydalania owych woreczków w stanie mało zmienionym nawet przy normalnej czynności trzustki. Wreszcie wykazano, że i sok kiszkowy sam może trawić jądra [GÜMLICH i ARAKI]. To samo można powiedzieć o próbie jądrowej EINHORN'a; różni się ona od poprzedniej tem tylko, że autor zamiast mięsa posiłkował się tkanką grasicy.

Krótkie zestawienie najważniejszych dla lekarza praktyka zdobyczy naukowych autor tak formuluje: w celu dokładnego rozpoznawania schorzeń trzustki ściśle należy łączyć obserwację kliniczną z badaniem czynności zmienionego przez chorobę narządu. Jeżeli obok ogólnych objawów klinicznych są typowe objawy z ubytku i zaburzenia czynnościowe, ujawniające się w cukromoczu stałym lub pokarmowym, w stolcach tłuszczowych, niedostatecznym trawieniu białka, braku trypsiny w kale i po śniadaniu próbnem z oliwy, niedostatecznym trawieniem jąder i t. p., to wtedy możemy postawić rozpoznanie choroby trzustki, lecz tylko w pojęciu ogólnem.

(*Medizinische klinik*. 1910, Nr. 29).

J. Bełkowski.

### 132. G. Etienna. Choroba Basedowa i addisonizm. Syndrom wielogruzołowy wskutek zaburzeń czynności tarczycy i nadnerczy.

Patologia odniedawna dopiero poznała stosunek wzajemnej zależności czynnościowej gruczołów o sekrecyi wewnętrznej.

Badaniami doświadczalnymi [GLEY, JEANDELIZE, LUCIEN, PARISOT; w Niemczech — SCHIFF, FALTA i RUDINGER, SCHWARTZ, STORCK] stwierdzono wpływ uszkodzeń tarczycy na gruczoł grasicowy oraz wzajemne oddziaływanie na siebie tarczycy, przysadki mózgowej i nadnerczy. Jednocześnie, klinicyści notowali skojarzenie objawów ze strony wielu gruczołów (*syndrome polyglandulaire*) w poszczególnych spostrzeżeniach klinicznych.

RÉNON w r. 1905 podał opis przypadku, w którym zaburzenia przysadki mózgowej (*dyshypophysie*) łączyły się z niewydolnością tarczycy i jąder. DALCHÉ i GALÛP w r. 1909 opisali kombinację zaburzeń klinicznych ze strony tarczycy, nadnerczy, jąder i przysadki.

Zaburzenia pigmentacji w chorobie BASEDOWA spostrzegali już dawniej CHWOSTEK, DRUMMOND, OPPENHEIM, EULENBURG, KURELLA, MACKENZIE,

FÖRSTER i MOEBIUS. JELLINECK i TEILLAIS podnosili częstość plam brązowych dokołaoczodołowych; SAINTON spostrzegł je w 5-iu na 32 spostrzeżenia.

Jako zjawisko rzadkie, zdarzyć się jednak może w chorobie BASEDOWA również ogólne zabarwienie skóry brązowe. Spostrzeżenia takie zanotowali dotychczas MOUTARD-MARTIN i MALLOISEL oraz BOINET.

W przypadku autora, chory, w wieku lat 27-u, od r. 1900 dotknięty jest chorobą BASEDOWA, z wydatnym wolem, wytrzeszczem, drżeniem rąk, przyspieszeniem tętna. Od tegoż czasu silniejsza pigmentacja skóry, coraz wzrastająca, w r. 1908-m zupełnie już podobna do pigmentacji, cechującej chorobę ADDISONA. Plamy brązowe zajmowały ręce, szyję, kark, barki, pas i twarz; błony śluzowe były wolne. W moczu stwierdzono w tym czasie białko w ilości 0,5 — 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub>. Częstość tętna dochodziła do 120-u na minutę, ciśnienie krwi [POTAIN] wynosiło 11 — 12-u. W grudniu 1908 r. znaleziono pasek lekko przytłumionego odgłosu opukowego w górnej części mostka [autor przypuszcza obrzmienie grasicy, może raczej powiększony zraz środkowy gruczołu tarczowego?]. Pigmentacja skóry barwy ciemno-brązowej. Poraz pierwszy zauważono szyfrowe plamy na błonie śluzowej policzków i wargi dolnej. Chory uskarża się na wzmożone pragnienia [bez cukromoczu]. Ciśnienie krwi spadło do 10-u, tętno do 138-u. Brak sił wydatny, nie dosięgał jednak tych stopni, jakie stanowią właściwość choroby ADDISONA. Pod wpływem leczenia surowicą kozy z wyciętą tarczycą (*hemato — etyreoidyna Carrion*) nastąpiła poprawa co do objawów choroby GRAVESA i jednocześnie barwa skóry wyraźnie zbiałała. Po zaprzestaniu wszakże wspomnianego leczenia dawne objawy wróciły.

Na podstawie przebiegu klinicznego swego spostrzeżenia autor uważa za dowiedziony udział nerwu sympatycznego w etyologii zaburzeń obu rzędów [tarczycowych oraz nadnerczowych]. Wpływ nerwu sympatycznego na powstawanie pigmentacji skórnej uwydatnił jaskrawo, niemal doświadczalnie, przypadek ACHARD'a choroby BASEDOWA, w którym zabarwienie brązowe skóry zjawilo się po rezekcyi obustronnej tego nerwu. Bądź co bądź autor uważa za nazbyt krańcowe zdanie LEONARDI'ego, według którego choroba ADDISONA, na szczycie swego rozwoju, ma być cierpieniem całego układu sympatycznego, a mianowicie wszystkich gruczołów o sekrecyi wewnętrznej.

W danem spostrzeżeniu pigmentacja skóry stanowiła zjawisko niezależnie wtórne w stosunku do zaburzeń tarczycowych, skoro zmniejszyła się w krótkim czasie wyraźnie po podawaniu surowicy kozy, pozbawionej tarczycy, a wracała po zaprzestaniu tego leczenia. Zaburzeń ze strony innych gruczołów o sekrecyi wewnętrznej [przysadki, jąder, trzustki] w przebiegu obserwacji nie znaleziono.

W. St.

### 133. Wray. Leczenie wstrząsu (shock) operacyjnego wyciągiem z przysadki.

Wyciąg z przysadki posiada pewne właściwości fizyologiczne, dzięki którym może być zastosowanym do celów leczniczych. A więc:

1) ów wyciąg wzmacnia ciśnienie krwi: objaw ten występuje wyraźniej w stanie wstrząsu, niż w normalnych warunkach fizyologicznych. Podczas gdy działanie adrenaliny jest zupełnie przejściowe, wyciąg z przysadki działa przez wiele godzin: w jednej obserwacji klinicznej działanie to przekroczyło okres 12-u godzin. Zatem wyciąg z przysadki należy uważać za pierwszorzędną środek leczniczy w przypadkach wstrząsu operacyjnego;

2) powoduje mocne skurcze macicy przy porodzie, w czasie ciąży i mie-



siączkowania, skurcze nierównie mocniejsze i dłuższe, niż wszelkie środki tego rodzaju;

3) powoduje skurcze włókien mięśniowych w jelitach, zwłaszcza przy atonii i parezie tychże.

Oprócz tych własności zasadniczych, wyciąg z przysadki posiada i inne: powoduje zwolnienie ruchów serca i podnosi energię jego skurczów; posiada bardzo znaczne działanie moczopędne [ważne 3-go dnia po operacji]; wreszcie, wywołuje mocniejszą, niż adrenalina, niedokrewność miejscową, wielce pożądaną dla okulistów, oraz przy chorobach nosa i krtani.

Wyciąg z przysadki należy wstrzykiwać do mięśni w ilości jednego ctm. sześciennego, powtórna dawkę można zastosować po upływie godziny.

(*The Brit. Med. Journ.*, 18-go grudnia 1909).

W. Dobrow.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenie 17-go maja 1910 r.

1) Prof. KRYŃSKI wygłosił rzecz p. t. „Dalsze przyczynki do leczenia operacyjnego choroby GRAVESA“. Mówca przytoczył wyniki statystyczne, otrzymane przy leczeniu chirurgicznym choroby BASEDOWA przez kilku chirurgów cudzoziemskich [HEINECKE, KOCHER, MAY], którzy utrzymują, że w 70% — 80% nastąpiło wyleczenie, śmierć zaś w 4% — 5,6%. Statystyka internistów [np. STERNA] wygląda znacznie gorzej, gdyż wyleczenie zupełne miało miejsce tylko w 18%. W końcu prelegent demonstrował chorą, operowaną przed 3-a tygodniami, u której nastąpiła wybitna poprawa zarówno stanu podmiotowego, jak i przedmiotowego.

W dyskusyi KORCZYŃSKI zaznacza w przypadku demonstrowanym wybitną poprawę subiektywną, dla której warto było dokonać zabiegu, jakkolwiek obiektywne polepszenie jest nieznaczne. PUŁAWSKI zwraca uwagę, że chorzy po operacji czas dłuższy powinni być pod obserwacją i nieprędko wracać do zajęć [u KOCHERA przez kilka miesięcy]. Wytrzeszcz najtrudniej ustępuje nie tylko w przypadkach leczonych chirurgicznie, ale i przy leczeniu wewnętrznym. Mówca dalej twierdzi wbrew prelegentowi, że chorzy tu omawiani nie powinni odrazu przechodzić w ręce chirurga: są przypadki [np. wskutek przestrażu], które leczą się bez nawrotów metodami wewnętrznymi, w innych — o szybkim przebiegu, z zejściem zazwyczaj śmiertelnym, jakby wskutek zatrucia, i chirurgia pomódz nie może; w przypadkach z objawami hysteroneurastenii u osobników zdegenerowanych nie pomaga ani operacja ani żadne wogóle leczenie. To też rzeczą najważniejszą jest kwalifikowanie odpowiednich przypadków i operowanie w momencie właściwym. ZALESKI zapytuje, czy w przytoczonych statystykach mowa jest o czystej chorobie BASEDOWA, czy o wszystkich w ogóle przypadkach wola. KOZERSKI wspomina o metodzie leczenia promieniami RÖNTGENA i czyni uwagę, że kruchość naczyń po naświetlaniu jest przemijająca.

KRYŃSKI odpowiada KOPCZYŃSKIEMU, że nie docenia on zmian na lepsze w demonstrowanym przypadku; ZALESKIEMU, że statystyka dotyczy wyłącznie choroby GRAVESA, a PUŁAWSKIEMU, że w naszych warunkach szpitalnych trudno jest przetrzymywać dłużej chorego po operacji.

### Posiedzenie 24-go maja 1910 r.

1) HIGIER demonstrowa 22-letnią kobietę z hematomyelią w szyjnej części rdzenia; przypadek zasługuje na uwagę ze względu na wiek młody chorej, na brak wszelkiego obciążenia dziedzicznego i wyraźniejszego momentu etyologicznego; autor umiejscawia wylew na wysokości 7 i 8-go segmentu, twierdzi że zniszczył on jedynie przednie rogi ruchowe z obu stron, obejmując z prawej strony większy obszar ku dołowi, z lewej zaś ku górze; część objawów pierwotnych uzależnia mówca od obrzęku obocznego i ucisku ze strony wylewu na tory otaczające; autor wreszcie przypomina trzy podobne obserwowane przezeń już dawniej przypadki.

2) HIGIER demonstrowa przypadek nowotworu w kącie mózdkowo-mostowym; u 45-letniej kobiety H. stwierdza obecność objawów ogólnych ucisku wewnątrzczaszkowego [bole głowy, wymioty, drgawki, tarcza zastoinowa] obok objawów miejscowych ze strony prawej wskutek zajęcia nerwów następujących: *vestibularis, cochlearis, trigeminus, facialis, glossopharyngeus i vagus*; pewne objawy wskazują, że sprawa zaczyna dotyczyć i lewej strony; w obec rozległości sprawy patologicznej interwencja chirurgiczna daje bardzo małe szanse.

3) Cz. OTTO wygłosił odczyt p. t. „O wpływie nikotyny na serce“. Prelegent zastrzykiwał dożylnie 12-u królikom nikotynę w roztworze fizyologicznym, zwiększając stopniowo jej ilość [od 1 — 10,000 do 1 — 1,000]; po 10-u miesiącach [zwierzęta otrzymały 0,1 czystej nikotyny] waga serca ulegała przyrostowi do 3,0 grm.; zmian makroskopowych w mięśniu serca nie zauważono; przy badaniu drobnovidzowym [skrawki barwiono kilkoma metodami] zanotowano: zwyrodnienie drobnoziarniste i wakuolizację protoplazmy komórek, oraz rozpad (*cariorexis*) lub rozplwanie się (*coriolysis*) jąder, doprowadzające ostatecznie do zamierania komórek; przy szybkiej nekrozie tych ostatnich na około tworzyły się ogniska nacieczenia drobnokomórkowego, rozrost tkanki łącznej, wreszcie blizna; najwybitniejsze zmiany zwykle znajdowano w mięśniach brodawkowatych i grzebieniowatych. W naczyniach spostrzegano zmiany miażdżycowe: sprawę nekrobiotyczną w *media*, rozrost *intima*, doprowadzający niekiedy do całkowitego zamknięcia światła naczyń; w niektórych miejscach tętnic sercowych stwierdzono zwyrodnienie szkliste, a w naczyniach włoskowatych napęcznienie śródbłonka. W komórkach zwojowych zauważono stopniowy zanik ziarnistości Nissl'a, bardzo nierównomiernie występującej w poszczególnych komórkach, prócz tego wakuolizację ich zarodki oraz często przemieszczenie jądra ku obwodowi. Przerost mięśnia sercowego prelegent tłumaczy miażdżycą aorty oraz wzmożoną działalnością serca, zmiany mięśniowe w sercu — niedostatecznym dowozem materiału odżywczego przez zmienione naczynia, wreszcie zmiany śródmięśniowe — reakcją ze strony tkanki łącznej na skutek drażnienia jej przez masy zmartwiałe. Otto sądzi, że i u człowieka pod wpływem zatrucia przewlekłego nikotyną należy oczekiwać odpowiednich, choć nie identycznych zmian.

W dyskusji Rzęrkowski zaznacza, że zwiększona waga serca nie dowodzi jego przerostu, ale zależy może od zwiększonej ilości tkanki łącznej, jako gatunkowo cięższej, że u ludzi nigdy nie widuje się zmian anatomicznych tego rodzaju, o jakich prelegent mówi, nawet w okresach znacznej niedomogi serca, i zaleca ostrożność w przenoszeniu na człowieka wyników badania, otrzymanych doświadczalnie nad zwierzętami.

PAWIŃSKI sądzi, że wpływ nikotyny przedewszystkiem odbija się na ośrodkach, zwłaszcza na wazomotorach, że istnieje niezawodnie osobny kliniczny typ „*angina nicotinicą*“, który cechują zmiany angioneurotyczne, że wreszcie u człowieka nie mogą istnieć tak dalece posunięte zmiany, skoro po

odstawieniu nikotyny prędko ustępują napady duszniczy bolesnej; mówca wreszcie uważa za pożądane zbadać wpływ nikotyny na ciśnienie krwi u zwierząt.

Sekr. st. SOKOŁOWSKI zapytuje, czy prelegent nie określał stosunku między ilością nikotyny, przez niego zastrzykiwanej, a ilością pochłanianej zazwyczaj przy paleniu.

OTTO odpowiada RZĘTKOWSKIEMU, że z powodów technicznych nie demonstrowano tych preparatów, gdzie istnieje proces zapalny, a tylko te, gdzie już się rozwinął zanik mięśni i rozrost tkanki łącznej; autor zastrzega się też przed przeprowadzaniem analogii co do człowieka. PAWIŃSKIEMU odpowiada, że według RATNEKA pod wpływem małych dawek nikotyny ciśnienie się nieco podnosi, a potem spada poniżej normy, większe natomiast dawki obniżają ciśnienie, wywołując jednocześnie niemiarowość tętna. SOKOŁOWSKIEMU — że trudno określić dawkę przy paleniu, a odnośne próby nie dały wyników ścisłych.

#### Posiedzenie 7-go czerwca 1910 r.

1) JANOWSKI pokazuje kilka krzywych przelykowo - przedsionkowych, zdjętych z elektrokardjogramu, które dowodzą, że skurecz przedsionków (AS) zaczyna się w tym właśnie punkcie krzywej, na który wskazywał JANOWSKI już w r. 1907.

2) JAKIMIĄK pokazuje cystę dermoidalną, wypełnioną olbrzymią ilością tworów okrągłych wielkości orzecha laskowego, zawierających 1% tłuszczu i ciała białkowe, a kruszących się między palcami; cholestearyny tworzy te nie zawierają.

3) KACZYŃSKI demonstruje a) kolekcję hodowli grupy promieniowców wraz z preparatami drobnowidzowymi z pracowni naukowej Warsz. Tow. Lek. b) chorego z oddziału F. KIJEWSKIEGO, dotkniętego promieniłą szczęki dolnej, stwierdzoną klinicznie i bakteryologicznie, co udawadniają przedstawione preparaty i łodowle.

4) SREBRNY wygłosił odczyt p. t. „O leczeniu gruźlicy gardzieli i krtańi zapomocą galwanokaustyki“. Autor stosuje galwanokaustykę w gruźlicy górnych odcinków dróg oddechowych od r. 1887. Materiał dotychczasowy obejmuje 136 przypadków, z których 83 spostrzegane były od 1-go miesiąca do 8-u lat, 53 zaś bądź do ostatnich czasów, bądź do śmierci chorych. Z pierwszej kategorii 5 u chorych żyło i miało się dobrze po upływie 8-u lat od operacji; 3-ch po upływie 7-u; 1 po upływie 5-u; 1 po 3-ch; 1 po 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>; 2 po 2-u; 3-ch po 1-ym roku; 8-u po 6-u miesiącach; reszta [58] spostrzegana była od 1-go do 3-ch miesięcy. U 9-u z tych chorych wystąpiły w ciągu obserwacji recydywy, które po ponownem użyciu żegadła uległy wyleczeniu. Z pomiędzy 53-ch przypadków drugiej kategorii zmarło 21 w ciągu 4-ch miesięcy do 12-u lat; u 6-u z tych chorych wystąpiły nawroty; u 4-ch do śmierci krtań została zagojona. Z 32-u chorych żyjących po dziś dzień jeden był operowany 23 lata temu, a inne obserwacje trwają od 10-u miesięcy do 18-u lat. Krtań u niektórych nie przedstawia zmian żadnych i mają oni głos zupełnie czysty; tam nawet, gdzie zostały widoczne blizny, głos pozostał czysty. U wszystkich stan płuc uległ poprawie znakomitej, a chorzy pracują zawodowo. Prelegent operował przypadki z zadawalniającym stanem ogólnym i z tendencją do wytwarzania tkanki łącznej, stosował najczęściej pętlę lub żegadło płaskie, które należy mocno rozpalic, ale nie do białości, aby uniknąć obrzęku, bólu i krwawienia. Ani zakażenia rany, ani uogólnienia gruźlicy prelegent nie widział.

W dyskusji sekretarz stały SOKOŁOWSKI zaznacza doniosłość pracy SREBRNEGO ze względu na długotrwałość obserwacji, pomyślność wyników, gdyż około 20% uległo wyleczeniu; przypomina, że przed 20-u laty na Zje-

ździe we Lwowie już głosił tezę o wyleczalności gruźlicy krtaniowej w przypadkach, gdzie sprawa płucna jest ograniczona, a organizm ujawnia tendencję do poprawy, sądzi, że leczenie winno być ogólne i miejscowe, wspomina o statystyce DŁUSKIEGO i zaznacza, że sam obecnie przeszedł do metody mniej energicznej (kwas mleczny, karbol, mentol), wreszcie zastanawia się nad zdolnością regeneracyjną nabłonka krtani.

5) KORYBUT-DASZKIEWICZ i S. SMOLEŃSKI wygłosili rzecz p. t. „Przypadek płonicy z przebiegiem bezgorączkowym (zejście śmiertelne)“. U 14-miesięcznej dziewczynki, mimo typowych zmian w gardle i na skórze, ciepłota, mierzona pod pachą tylko w ciągu jednego dnia dosięgła 37° C., zresztą była zawsze niższą; w przebiegu choroby wystąpiło *otitis* z przedziurawieniem bębenka i zapalenie nerek, co spowodowało śmierć na 18-y dzień choroby przy objawach mocznicy. Badanie zwłok stwierdziło istnienie zmian właściwych zapaleniu nerek. Autorowie na podstawie danych z piśmiennictwa dochodzą do wniosku, że obserwacje tego rodzaju istnieją, ale są bardzo rzadkie.

W dyskusyi B. GEPNER przytacza, że córeczka jego przechodziła *erythema scarlatinum* bez gorączki, z następczym krwioczem. KNAPPE zaznacza, że przypadki, które przebiegają z początku lekko, zwykle kończą się gorzej. Wiceprezes HEWELKE twierdzi, że u dorosłych spotykamy nieraz ciężkie postaci zapalenia nerek po bardzo lekkich, a więc częstokroć nierozpoznanych objawach z wysypką szkarlatynową.

ZAPASIEWICZ sądzi, że w danym przypadku należałoby raczej rozpoznać rubeolę zamiast szkarlatyny.

A. Lande.

## Wiadomości bieżące.

— Pani CURIE-SKOŁODOWSKA odznaczona została przez British Royal Society złotym medalem im. ALBERTA. Odznaczenie to otrzymali poprzednio: PASTEUR, EDISON, KELVIN, LISTER, RAILHER, NOBEL i królowa WIKTORIJA [Przełg. Lek.].

— Kol. TYTUS TURSki podjął się, na propozycję magistratu, zorganizować odczyty dla siostr miłosierdzia o cholery i środkach zapobiegawczych względem niej, oraz opracować popularny wykład na temat powyższy do rozpowszechniania pośród ludności uboższej miasta drogą ambulatoryów szpitalnych.

— Według wiadomości, zgromadzonych przez główny zarząd lekarski w Petersburgu, z pośród 762-u miast Rosyi europejskiej tylko 149 posiada wodociągi i tylko 27 — kanalizację.

W Królestwie Polskiem kanalizacja istnieje tylko w 5-u, a wodociągi tylko w 9-u z pomiędzy 121 miast.

— Z powodu cholery, szerzącej się w Rosyi, pisma ogólne i lekarskie rosyjskie przepełnione są opisami wydarzeń, świadczących o ciemnocie i przesądach ludu. Obok przypadków paniki ciemnej ludności, przeprowadzania lekarzy i felcerów, „buntów cholerycznych“, zdarzają się i fakta innego rzędu: Russkij Wracz w Nr. 30 przytacza np., że we wsi Chotynówka, gub. Kijowskiej, t. zw. sprawnik zmuszał lekarza do podawania chorym „niezawodnego środka“ przeciwko cholery, jaki otrzymał był „od znajomego podpułkownika żandarmeryi“. Kiedy zaś lekarz wzbraniał się stosować w praktyce ów środek leczniczy, oskarżono go, że nie chce pełnić swych obowiązków i boi się odwiedzać chorych. Dopiero śledztwo urzędowe wysławiło sprawę.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Małowiecka 8.