

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. LEON KARWACKI. O wartości dyagnostycznej przeciwciał ogniskowych w gruźlicy. I. Sputodyagnostyka. Str. 1125. II. WŁADYSŁAW JANOWSKI. O nerce ruchomej i wędrującej. (C. d.). Str. 1130. III. ADAM CHOJKO. Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz przegląd odpowiedniego piśmiennictwa polskiego. (C. d.). Str. 1135. *Dział sprawozdawczy.* 156. Z. BERNARD. Zapalenie nerek obrzękowe pochodzenia gruźliczego (*nephrite hydropigène tuberculeuse*). Str. 1139—157. H. E. HERING. O badaniu czynnościowym nerwów błędnych serca u człowieka. Str. 1140.—158. H. ROGER. Wsięki opłucnej pochodzenia syfilitycznego. Str. 1142. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia 28-go czerwca i 6-go września 1910 r. Str. 1143. Dr WACŁAW DOBROWOLSKI. Sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie. (C. d.). Str. 1144. *Wiadomości bieżące.* Str. 1148. *Ogłoszenia.*

I. Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ PRZY KLINICE TERAPEUTYCZNEJ W SZPI-TALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

O wartości dyagnostycznej przeciwciał ognisko- wych w gruźlicy.

I. SPUTODYAGNOSTYKA.

Doniesienie tymczasowe.

Podał

Leon Karwacki.

(Odczyt w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 27. IX. 1910 r.).

Badania systematyczne, które prowadzę od roku 1905, nad obecnością przeciwciał swoistych, mianowicie aglutynin, w zakażeniu gruźliczem u człowieka, obejmujące przeszło 200 przypadków, oraz 100 z górą pomiarów aglutynacyjnych, wykonanych przez moich dawnych współpracowników SIJANICKIEGO i SZOKALSKIEGO, pozwalają mi na sformułowanie wniosków co do wartości odczynu serodyagnostycznego dla lekarza-praktyka. Jako aglutynogenu do badań stale używałem odczynnika sporządzonego z ujednostajnionych lasieczników gruźliczych, hodowanych na agarze.

Odczynniki pokazywałem przed kilku laty w Towarzystwie Lekarskiem, nie będę więc opisywał techniki ich sporządzania, ani samej metody bada-

nia aglutynacyjnego. Zaznaczyć muszę tylko, że mój odczynnik gruźliczy jest czulszy niż *Bacillenemulsion* KOCHA. Oprócz szczepów, wyhodowanych od człowieka, używałem także szczepów pochodzenia bydłęcego, gruźlicy rybiej, ptasiej i saprofitycznych szczepów kwasoodpornych.

Wniosek ogólny z tych badań jest taki, że metodzie serodyagnostycznej w gruźlicy brak jest pierwiastku klinicznego, pod względem zaś biologicznym metoda jest tak czuła, że wykrywa ogniska utajone nieczynne na równi z ogniskami czynnymi. Odróżnienie terenu gruźliczego, na którym rozwija się inna sprawa chorobowa o symptomatologii niejasnej, od gruźlicy przewlekłej lub poczynającej się podostrej na mocy odczynu aglutynacyjnego surowicy, jest prawie niemożliwe, gdyż u osobników z gruźlicą utajoną nieczynną natężenie odczynu aglutynacyjnego może być większe, niż u osobników z gruźlicą ewoluującą. Wybitny odczyn występuje zwłaszcza w tych razach, gdy na terenie obarczonym powstaje inna sprawa zakaźna lub też sprawa nowotworowa. Dwukrotnie zdarzyło mi się mylnie rozpoznać gruźlicę czynną w przypadkach nowotworów—*lymphosarcoma* i *carcinoma pulmonis*—na mocy wysokiego odczynu surowicy. SIZANICKI zbadał kilkanaście przypadków posocznicy najrozmaitszego pochodzenia i w większości znalazł dodatni odczyn aglutynacyjny, dochodzący niekiedy aż do rozcieńczenia 1:10.

Teoretycznie należałoby oczekiwać, że w gruźlicy nieczynnej miano aglutynacyjne będzie względnie niskie, w gruźlicy zaś czynnej—wysokie, i to da możność klinice zużytkowania wyników metody. W rzeczywistości miano aglutynacyjne u osobników, dotkniętych gruźlicą podostrą lub przewlekłą, waha się w granicach od 1:2 do 1:25, to jest różni się ilościowo bardzo niewiele od odczynu w gruźlicy nieczynnej. Następnie na wynik aglutynacji wpływa wyraźnie i wybór szczepu gruźliczego, przeto różnice w sile odczynu przy różnych odczynnikach mogą być dość znaczne. Wobec tego różnice między aglutynacją „biologiczną“ a „kliniczną“, oparte na wysokości odczynu, zacierają się jeszcze bardziej. Wreszcie badanie siły odczynu u jednego chorego w różnych okresach choroby zapomocą tego samego szczepu gruźliczego wykazuje znaczną zniżkę miana przy szybkim rozwoju gruźlicy. Odczyn może nawet zniknąć zupełnie.

Wszystkie te powody nie mogą zapewnić aglutynacji roli czynnika klinicznego, o ile aglutynin swoistych poszukujemy we krwi.

Co się tyczy różnic szczepowych u laseczników gruźliczych, jako odczynnika serodyagnostycznego, to u dorosłych osobników aglutynacja wypada dodatnio tylko przy szczepie ludzkim; do wyjątków należy odczyn dodatni ze szczepem pochodzenia bydłęcego. Natomiast u dzieci odczyn wypadał dodatnio prawie w $\frac{1}{3}$ wszystkich badań, niekiedy w stopniu wyższym, niż ze szczepem ludzkim. Gdy istnieje znaczniejszy odczyn ze szczepem ludzkim, to w równej mierze lub w stopniu nieco niższym aglutynują się szczepy ptasie i rybie. Te więc szczepy ujednostajnione mogą zamienić typ ludzki w badaniach serodyagnostycznych.

Zdolność do aglutynowania się szczepów kwasoodpornych saprofitycznych nie posiada żadnej prawidłowości, ani równoległości do zachowania się szcze-

pów chorobotwórczych. Prawie wszystkie surowice ludzkie aglutynują w różnym stopniu odczynnik sporządzony z *Mistbacillus*, *Timotheebacillus*, *Butterbacillus Korn 1*, niektóre z nich aglutynują również odczynnik maskkowy (*Smegmabacillus*) i masłowy RABINOWICZÓWNY. Surowice ludzkie nie zawierają wcale aglutynin względem laseczki saprofitycznej *bacillus paratuberculosis Binot*. W przypadkach gangreny płuc surowica nie okazywała wybitnego odczynu wobec laseczki kwasoodpornej, wyhodowanej przez RABINOWICZÓWNE z przypadku gangreny płuc. Surowice chorych gruźliczych aglutynowały bardzo wysoko zazwyczaj [niekiedy do 1:500] laseczniki Tymotejki i *Mistbacillus*. Sądziłem przeto w początkach, że odmiany te będą mogły służyć za najczulszy odczynnik serodyagnostyczny. Przekonałem się jednak, że niektóre surowice, pochodzące od chorych durowych i nowotworowych dają odczyn podobny. Dla tych względów zaprzestałem stosować zupełnie do aglutynacji zawiesinę ze szczepów saprofitycznych.

Odmienne wyniki pod względem wartości klinicznej otrzymałem, badając zawartość aglutynin w surowicznych płynach ogniskowych, powstałych w skutek sprawy gruźliczej.

W wysiękowym zapaleniu stawu kolanowego płyny stawowe aglutynowały mój odczynnik w granicach 1:25 do 1:100, pomiary zaś surowicy krwi dały miano aglutynacyjne 1:2 do 1:5.

Płyny z *hydrocele* przy sprawie gruźliczej dają odczyn aglutynacyjny w granicach 1:10 do 1:50.

Płyny wysiękowe opłucnej natury gruźliczej aglutynują zawiesinę gruźliczą w granicach rozcieńczeń 1:10 do 1:500, gdy miano surowicy krwi u tych samych chorych waha się między rozcieńczeniami 1:2 do 1:10.

Wyniki tych doświadczeń zdają się wskazywać, że niweczniki gruźlicze wytwarzają się w dużej ilości w ogniskach chorobowych i stąd dopiero przechodzą w osocze krwi. Rozmieszczenie ilościowe niweczników ma wszelkie znamiona celowości: duże ilości pozostają w bezpośrednim zetknięciu z ogniskiem zakaźnym, gdzie mogą wywierać wpływ niekorzystny na zarazki, a ułamki dyfundują do innych płynów ustrojowych.

Wychodząc z tego założenia, zapragnąłem przekonać się, jak zachowuje się pod względem zawartości niweczników płwocina gruźlicza. Badania były prowadzone w kierunku aglutynin, ciał odchylających komplement i ciał trawiących lub zmieniających wygląd laseczników [lizyn].

Dla wykrycia aglutynin znaczniejsze ilości płwociny nierozcieńczonej wstawiałem do sterylizatora i zostawiałem na 24 godziny przy 50°—60°. Części stałe płwociny opadały na dno, u góry zaś tworzyła się warstwa przezroczystego płynu surowiczego. Płyn zbierałem pipetą i rozcieńczałem jak surowicę, dodając następnie równe ilości odczynnika.

Z 20-u zbadanych płwocin gruźliczych 3 aglutynowały aż do rozcieńczenia 1:250, 2—do 1:100, 10—do rozcieńczenia 1:50, 4—do rozcieńczenia 1:25, jedna zaledwie do 1:5.

Ostatni przypadek dotyczył chorej z gruźlicą płuc i kiszek w stanie rozpaczliwym, przedostatnie dwa dotyczyły chorych również bardzo ciężkich.

U 4-ch chorych z aglutynacją w płwocinie do 1:50 surowica krwi posiadała miano, nie przewyższające rozcieńczenia 1:10.

Z 10-u płwocin pochodzących od chorych bez klinicznych cech gruźlicy [gangrena płuc, gnilny nieżyt oskrzeli, rozedma płuc, nieżyty zakaźne oskrzeli] żadna nie dała odczynu aglutynacyjnego, dochodzącego do 1:10, 6 zaś nie aglutynowało wcale.

Z 4-ma płwocinami gruźliczemi dokonana została próba wiązania komplementu. Jako antygen był użyty ten sam odczynnik aglutynacyjny w ilości 0,2, jako amboceptor — surowiczy płyn zebrany z płwociny, traktowanej w podany wyżej sposób, w ilości 0,1. We wszystkich próbach nastąpiło zahamowanie hemolizy. Dla kontroli był użyty także antygen nieswoisty w postaci zawiesiny laseczników durowych i przecinków cholerycznych. We wszystkich tych próbach hemoliza powstała.

10 płwocin gruźliczych zbadałem na obecność swoistych ciał bakteryolitycznych. W tym celu posiłkowałem się różnymi metodami. Z początku mieszałem czystą płwocinę z równą ilością lekkiej zawiesiny laseczników gruźliczych ujednostajnionych i wstawiałem do ciepłarki na 24 godziny. Rozwój postronnych bakterii utrudniał mocno orientowanie się na preparatach mikroskopowych, sporządzanych po upływie tego czasu. Wobec tego korzystałem w następstwie z płynu surowiczego, tworzącego się w płwocinie po 24-godzinnym ogrzaniu do 60°. Płyn ten mieszałem z równą ilością lekkiej zawiesiny laseczników w roztworze fizyologicznym, dodawałem parę kropeł świeżej surowicy świnki morskiej [na 1 ctm. sz. mieszaniny] i w zatopionej rurce trzymałem w ciepłarce przy 37° w ciągu doby.

Następnie robiłem preparaty i barwione podług ZIEHL-NEELSEN-GABETTA oglądałem pod mikroskopem. W 3-ch przypadkach laseczniki oprócz aglutynacji ulegały wybitnym zmianom morfologicznym. W niektórych laseczkach występowała segmentacja ziarnista, prowadząca aż do zupełnego rozpadu na pojedyncze ziarna. Inne znowu barwiły się słabo, traciły ostrość obrysów, a istota kwasoodporna w niektórych częściach laseczki mocno nabrzmiwała. Jeszcze inne zmieniały się w bezkształtne różowe bryłki. Zjawisko to jednak występowało nie we wszystkich płwocinach i w różnych stopniach natężenia. Próby podobne, wykonane z płwociną gruźliczą, nie wykazały żadnych zmian w wyglądzie laseczników.

Badań nad bakteryolizynami nie uważam za ukończone: wymagają one dalszego ciągu i prawdopodobnie innego opracowania pod względem technicznym. Poszukiwanie istot wiążących komplement jest zabiegiem zbyt laboratoryjnym, przekraczającym kompetencję lekarza-praktyka. Wspomniałem o tych doświadczeniach jedynie dlatego, aby zaznaczyć, że wszystkie rodzaje przeciwciał swoistych zawierają się w wydzielinie chorobowej oskrzeli. Co do aglutynin to wykrywanie ich jest już zabiegiem łatwym i w innych cier-

pieniach, jak dur brzuszny na przykład, spopularyzowanym dostatecznie, aby mógł się dostać do rąk szerokiego ogółu lekarzy.

Wskazania dla „sputodyagnostyki” mogą być dwojakie: po pierwsze, przypadki cierpień płucnych podejrzone pod względem etyologii, w których badanie drobnowidzowe nie jest w możności wykazać laseczników gruźliczych, powtórę, przypadki, w których ze względów technicznych [brak mikroskopu, brak urządzeń pracownianych] lekarz nie może wykonać badania mikroskopowego płwociny. W obu tych kategoriach wskazań dodatni odczyn płwociny w granicach rozcieńczenia, poczynając od 1:10, uprawnia do rozpoznania gruźlicy czynnej. Odczyn dodatnie poniżej tego rozcieńczenia wskazują bądź na teren gruźliczy, bądź też na gruźlicę bardzo ciężką ze słabym odczynem obronnym.

Sądzę także, że metoda moja może być użytkowana i dla celów prognostycznych. Zarówno przy czystej kuracji dyetetyczno-klimatycznej, jak i przy kuracji *quasi* swoistej, to jest połączonej z tuberkulinizacją chorych, zachowanie się zmian miejscowych ma dla lekarza wartość pierwszorzędną. Oprócz badania fizykalnego czynione są też pewne próby wejrzenia głębszego w sam bieg sprawy chorobowej w postaci określania charakteru płwociny, obliczania liczby laseczników gruźliczych, konstatowania zmian morfologicznych, którym one ulegają. Otóż pomiary siły aglutynacyjnej płwociny, robione systematycznie, mogą być do pewnego stopnia wykładnikiem poprawy lub pogorszenia sprawy miejscowej. Odczyn aglutynacyjny ogniskowy ma pod tym względem większą wartość, niż odczyn aglutynacyjny surowicy, który Koch stale badał u chorych poddawanych kuracji tuberkuliną. Wzrastanie odczynu aglutynacyjnego surowicy po zastrzyknięciu tuberkuliny jest banalnym wynikiem wprowadzenia do ustroju aglutynogenu. Wartość leczniczą tuberkulinizacja posiada dopiero wtedy, gdy niweczniki tworzą się w znaczniejszej ilości w samem chorem ognisku, o tem zaś bez badania odczynu ogniskowego wyrokować wcale nie możemy. Tymczasem narastanie odczynu ogniskowego, pod wpływem jakichkolwiek czynników leczniczych powstające, zawsze jest dowodem, że w chorej tkance akcja obronna ustroju wzmagą się. Taką samą wartość ma i słabnięcie odczynu ogniskowego, które towarzyszy bądź zablizniającej się sprawie miejscowej, bądź sprawie złośliwej i daleko posuniętej, gdy akcja obronna ustroju zaczyna się wyczerpywać.

Podając do wiadomości Szanownych Panów tę pierwszą seryę swoich badań, mam zamiar poinformować Ich wkrótce o badaniach pokrewnych nad ropą gruźliczą i nad moczem w cierpieniach dróg moczowych.

Ostatni przypadek dotyczył chorej z gruźlicą płuc i kiszek w stanie rozpaczliwym, przedostatnie dwa dotyczyły chorych również bardzo ciężkich.

U 4-ch chorych z aglutynacją w płwocinie do 1:50 surowica krwi posiadała miano, nie przewyższające rozcieńczenia 1:10.

Z 10-u płwocin pochodzących od chorych bez klinicznych cech gruźlicy [gangrena płuc, gnilny nieżyt oskrzeli, rozedma płuc, nieżyty zakaźne oskrzeli] żadna nie dała odczynu aglutynacyjnego, dochodzącego do 1:10, 6 zaś nie aglutynowało wcale.

Z 4-ma płwocinami gruźliczemi dokonana została próba wiązania komplementu. Jako antygen był użyty ten sam odczynnik aglutynacyjny w ilości 0,2, jako amboceptor—surowiczy płyn zebrany z płwociny, traktowanej w podany wyżej sposób, w ilości 0,1. We wszystkich próbach nastąpiło zahamowanie hemolizy. Dla kontroli był użyty także antygen nieswoisty w postaci zawiesiny laseczników durowych i przecinków cholerycznych. We wszystkich tych próbach hemoliza powstała.

10 płwocin gruźliczych zbadałem na obecność swoistych ciał bakteryolitycznych. W tym celu posiłkowałem się różnymi metodami. Z początku mieszałem czystą płwocinę z równą ilością lekkiej zawiesiny laseczników gruźliczych ujednostajnionych i wstawiałem do ciepłarki na 24 godziny. Rozwój postronnych bakterii utrudniał mocno orientowanie się na preparatach mikroskopowych, sporządzanych po upływie tego czasu. Wobec tego korzystałem w następstwie z płynu surowiczego, tworzącego się w płwocinie po 24-godzinem ogrzaniu do 60°. Płyn ten mieszałem z równą ilością lekkiej zawiesiny laseczników w roztworze fizyologicznym, dodawałem parę kropeł świeżej surowicy świnki morskiej [na 1 ctm. sz. mieszaniny] i w zatopionej rurce trzymałem w ciepłarce przy 37° w ciągu doby.

Następnie robiłem preparaty i barwione podług ZIEHL-NEELSEN-GABETTA oglądałem pod mikroskopem. W 3-ch przypadkach laseczniki oprócz aglutynacji ulegały wybitnym zmianom morfologicznym. W niektórych laseczkach występowała segmentacja ziarnista, prowadząca aż do zupełnego rozpadu na pojedyncze ziarna. Inne znowu barwiły się słabo, traciły ostrość obrysów, a istota kwasoodporna w niektórych częściach laseczki mocno nabrzmiewała. Jeszcze inne zmieniały się w bezkształtne różowe bryłki. Zjawisko to jednak występowało nie we wszystkich płwocinach i w różnych stopniach nateżenia. Próby podobne, wykonane z płwociną gruźliczą, nie wykazały żadnych zmian w wyglądzie laseczników.

Badań nad bakteryolizynami nie uważam za ukończone: wymagają one dalszego ciągu i prawdopodobnie innego opracowania pod względem technicznym. Poszukiwanie istot wiążących komplement jest zabiegiem zbyt laboratoryjnym, przekraczającym kompetencję lekarza-praktyka. Wspomniałem o tych doświadczeniach jedynie dlatego, aby zaznaczyć, że wszystkie rodzaje przeciwciał swoistych zawierają się w wydzielinie chorobowej oskrzeli. Co do aglutynin to wykrywanie ich jest już zabiegiem łatwym i w innych cier-

pieniach, jak dur brzuszny na przykład, spopularyzowanym dostatecznie, aby mógł się dostać do rąk szerokiego ogółu lekarzy.

Wskazania dla „sputodyagnostyki” mogą być dwojakie: po pierwsze, przypadki cierpień płucnych podejrzone pod względem etyologii, w których badanie drobnowidzowe nie jest w możności wykazać laseczników gruźliczych, powtóre, przypadki, w których ze względów technicznych [brak mikroskopu, brak urządzeń pracownianych] lekarz nie może wykonać badania mikroskopowego płwociny. W obu tych kategoriach wskazań dodatni odczyn płwociny w granicach rozcieńczenia, poczynając od 1:10, uprawnia do rozpoznania gruźlicy czynnej. Odczyny dodatnie poniżej tego rozcieńczenia wskazują bądź na teren gruźliczy, bądź też na gruźlicę bardzo ciężką ze słabym odczynem obronnym.

Sądzę także, że metoda moja może być użytkowana i dla celów prognostycznych. Zarówno przy czystej kuracji dyetetyczno-klimatycznej, jak i przy kuracji *quasi* swoistej, to jest połączonej z tuberkulinizacją chorych, zachowanie się zmian miejscowych ma dla lekarza wartość pierwszorzędą. Oprócz badania fizykalnego czynione są też pewne próby wejrzenia głębszego w sam bieg sprawy chorobowej w postaci określania charakteru płwociny, obliczania liczby laseczników gruźliczych, konstatowania zmian morfologicznych, którym one ulegają. Otóż pomiary siły aglutynacyjnej płwociny, robione systematycznie, mogą być do pewnego stopnia wykładnikiem poprawy lub pogorszenia sprawy miejscowej. Odczyn aglutynacyjny ogniskowy ma pod tym względem większą wartość, niż odczyn aglutynacyjny surowicy, który Koch stale badał u chorych poddawanych kuracji tuberkuliną. Wzrastanie odczynu aglutynacyjnego surowicy po zastrzyknięciu tuberkuliny jest banalnym wynikiem wprowadzenia do ustroju aglutynogenu. Wartość leczniczą tuberkulinizacja posiada dopiero wtedy, gdy niweczniki tworzą się w znaczniejszej ilości w samem chorem ognisku, o tem zaś bez badania odczynu ogniskowego wyrokować wcale nie możemy. Tymczasem narastanie odczynu ogniskowego, pod wpływem jakichkolwiek czynników leczniczych powstające, zawsze jest dowodem, że w chorej tkance akcja obronna ustroju wzmagą się. Taką samą wartość ma i słabnięcie odczynu ogniskowego, które towarzyszy bądź zablizniającej się sprawie miejscowej, bądź sprawie złośliwej i daleko posuniętej, gdy akcja obronna ustroju zaczyna się wyczerpywać.

Podając do wiadomości Szanownych Panów tę pierwszą seryę swoich badań, mam zamiar poinformować Ich wkrótce o badaniach pokrewnych nad ropą gruźliczą i nad moczem w cierpieniach dróg moczowych.

II. O NERCE RUCHOMEJ I WĘDRUJĄCEJ.

Podał

Władysław Janowski.

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 45].

Jednakże za najczęstszą przyczynę, wywołującą chorobową ruchomość nerki, należy uważać uraz przewlekły. Klasyczny przykład takiego urazu przewlekłego stanowi działanie silnie zaciśniętego gorsetu, którego wpływ na powstawanie nerki ruchomej został ogólnie uznany od czasów CRUVEILHIER'a. I w tym przypadku badania WOŁKOWA i DIEICYNA rzuciły światło na istotę sprawy. Zrozumiałem bowiem jest, że ze stanowiska zmian w prawidłowej budowie łożyska nerkowego sposób noszenia gorsetu jest rzeczą bynajmniej nie obojętną: uciskając tułów na wysokości 9—10-go żebra, sprzyja on rozszerzaniu się dolnego odcinka łożyska nerkowego przez spychanie ku dołowi wątroby, a przez nią i nerki. Gorset zaś, zasznurowany najsilniej w dolnej swej części, staje się, przeciwnie, jak gdyby środkiem zapobiegawczym przeciwko obniżeniu nerki. Z tego względu, przy zwykłym sposobie noszenia gorsetu, zaciśniętego silnie na wysokości, odpowiadającej mniej więcej 9-u żebru, sprzyja on, w istocie, w wysokim stopniu powstawaniu nerki ruchomej, gdyż, nakładany w postawie stojącej, utrwała nerkę prawą w położeniu nieprawidłowym za pośrednictwem wątroby, którą odpycha ku dołowi i której uniemożliwia powrót na miejsce prawidłowe wskutek zwężenia dolnej części klatki piersiowej. Przeciwnie, według mego zdania, gorset nałożony zupełnie luźno, staje się dla kobiety w kierunku omawianym pożytecznym, gdyż dzięki swej twardości ochrania ją od bezsprzecznie szkodliwego działania na powłoki brzuszne zawiązywanych w pasie dość ciężkich spódnic. Wybitnie szkodliwe znaczenie posiada pod tym względem moda, o ile wymaga noszenia ciężkich spódnic oraz obuwia na wysokich obcasach.

Na okoliczność tę zwrócił uwagę w roku 1890 KORANYI, stwierdziwszy, iż nerka ruchoma spotyka się szczególnie często u kobiet węgierskich, zamieszkujących okolicę, w której moda wymaga stałego noszenia obuwia na wysokich obcasach oraz bardzo ciężkich spódnic, ważących do 7-u klg., które w tym celu sztucznie obciąża się ciężarkami ołowianymi. KORANYI zajął się zbadaniem tej kwestyi na trupach, przyczem, umieściwszy je w postawie stojącej, rozcinał im powłoki brzuszne i podkładał pod pięty kawałki drzewa różnej wielkości. Przekonał się on przytem, że część lędźwiowa kręgosłupa tem więcej wypukła się ku przodowi, im wyższy kawałek drzewa znajduje się pod piętami oraz, że wypuklenie to staje się bardziej wyraźnem, jeżeli znajdujące się w powyższej postawie zwłoki ubrać w spódnicę i obciążać ją stopniowo coraz bardziej ważkimi ciężarkami. Oczywiście, że podobne systematyczne przeciąganie nerki ku przodowi i ku dołowi rozluźnia stopniowo łożysko nerek,

a wraz z niem i otrzewną, pokrywają nerki, i że prócz tego sam ciężar spódnicy, działając z pod wątroby, stwarza sztucznie rodzaj brzucha obwisłego, t. j. sprzyja zmniejszeniu ciśnienia w jamie brzusznej, które, jak wiadomo, odgrywa tak ważną rolę w sprawie prawidłowego umocowania nerki.

Co się tyczy częstości nerki chorobowo ruchomej, to jest ona dość znaczna. Zgodnie z memi spostrzeżeniami, w Warszawie przy uważnem oburęcznem badaniu można wymacać całą nerkę u 20% wszystkich kobiet wogóle, a u 30% kobiet, które rodziły. Z pośród innych autorów, jedni twierdzą, iż spostrzegali nerkę ruchomą u 10% kobiet, inni powiększają odsetkę do 20—30, a nawet 46-u. Zależy to, oczywiście, od warunków miejscowych.

Co się tyczy mężczyzn, to zdarzyło mi się spotkać u nich nerkę z nadmierną ruchomością zaledwie kilka razy, przytem zawsze przypadkowo, t. j. u osób, które nie zwracały na to mej uwagi. Z innych autorów ALBARRAN i BRAULT podają, iż u 87% ogółu przypadków nerki ruchomej dotyczy ona kobiet; inni przypuszczają, iż stosunek odsetkowy jest dla kobiet jeszcze mniej korzystny. Różnica zdań jest tu tak znaczna, iż gdy według jednych autorów na kobiety przypada 85% ogółu nerek ruchomych, inni podnoszą liczbę tę do 99%. Dla Warszawy ostatnia liczba bardziej odpowiada rzeczywistości. Tłómaczenie faktu, że choroba ta spotyka się częściej u kobiet, przytoczone zostało powyżej, przy rozpatrywaniu jej pochodzenia, przeto nie będę go na tem miejscu powtarzał.

Przytoczone powyżej liczby dotyczą spostrzeżeń na żywych osobnikach. Na zwłokach bywa niezmiernie trudno stwierdzić chorobową ruchomość nerki, gdyż, pominiawszy przypadki wyjątkowe, nerka w zwłokach leżących powraca na przynależne jej miejsce. Zestawiając w swej pracy dane statystyczne, pochodzące z różnych zakładów anatomo-patologicznych, podaje DUNIN, iż częstość, z jaką stwierdzona bywa nerka ruchoma na trupie, waha się w granicach 1:800 do 1:500. Jednakże, jak już powyżej zaznaczyłem, DUNIN brał pod uwagę jedynie prawdziwą nerkę wędrującą; prócz tego, opierać się na materiale anatomicznym [i to z wielkiem zastrzeżeniem, wobec niemożności odtwarzania ruchów oddechowych] możnaby tylko wtedy, gdyby odnośne dane otrzymane były przy badaniu zwłok w postaci stojącej, na co zwrócił uwagę KORANYI, a następnie WOŁKOW i DIELICYN. Przy zwykłym zaś badaniu trupów pierwsze dwa stopnie chorobowej ruchomości bywają przeoczone stale, a stopień 3-i—w większości przypadków.

Pod tym względem posiadam dość znaczne doświadczenie osobiste. Przewodząc w ciągu lat 5-u oddział kobiecy, spostrzegałem tam naogół dość często nerki ruchome, które jednak przy obdukcji były zwykle przeoczone, o ile nie zwróciłem na tę okoliczność szczególnej uwagi prosektora.

Nerka prawa staje się bez porównania częściej chorobowo ruchomą, co zależy od wyszczególnionych wyżej różnic w budowie prawego i lewego łozyska nerkowego, a prócz tego pozatem jeszcze od paru warunków. Po pierwsze, nerka lewa jest silniej przytwierdzona do swego miejsca, gdyż powięź okołonerkowa lewa jest grubsza od prawej; po drugie, nerkę lewą podtrzymują więzadła, łącząc ją z trzustką i śledzioną, oraz opisana przez ZUCKER-

KANDL'a podwójna fałda otrzewnej na przedniej jej powierzchni; po trzecie, do bardziej trwałego umocowania jej przyczynia się ta okoliczność, że żyła nadnerczowa lewa wpada do lewej żyły nerkowej, czego zazwyczaj po stronie prawej nie bywa; po czwarte, dzięki temu, iż nerka lewa nie przylega do wątroby, jest ona lepiej zabezpieczona od wpływu ruchów oddechowych. Nerka prawa, przeciwnie, zawieszona jest wyłącznie na więzadle wątrobowo-nerkowym, a przytem głębsze ruchy oddechowe przenoszą się na nią za pośrednictwem wątroby, jak gdyby wytrącając ją stale [jakkolwiek bardzo nieznacznie], szczególnie przy staniu, z jej łożyska, co potęguje się do znaczenia poważnego urazu przy wyżej wspomnianem nieprawidłowem nakładaniu na brzuch gorsetu.

Przechodząc do objawów klinicznych nerki chorobowo ruchomej, muszę się zastrzedz od razu, że będę uwzględniał jedynie prawdziwą nerkę wędrującą, ponieważ nie zdarzyło mi się osobiście nigdy słyszeć jakichkolwiek skarg ze strony chorych, u których przypadkowo znajdowałem nerkę ruchomą w 1-m lub nawet 2-im stopniu. Około 40-u razy spostrzegałem prawdziwą nerkę wędrującą, nie powodującą żadnych skarg ze strony chorych.

Gdy w znacznej większości przypadków nerka wędrująca nie wywołuje żadnych dolegliwości podmiotowych, to jednak niekiedy nie tylko zjawiają się one, lecz mogą nawet literalnie zatruchiwać życie chorej. Objawy te mogą występować od razu, jak to miało miejsce np. w wyżej przytoczonych przypadkach po nagłym upadku, uderzeniu się i t. d.; niekiedy zaś rozwijają się powoli. Wszystkie objawy podmiotowe podzielić można według ich istoty na 4 rodzaje: ból, objawy nerwowe, objawy ze strony przewodu pokarmowego oraz objawy przewlekłego cierpienia miedniczek. Skargi chorych dotyczą zazwyczaj pierwszych trzech rodzajów dolegliwości, przychem przeważa to 1-y to 2-gi; to wreszcie 3-ci rodzaj.

Ból w brzuchu może występować nie często i trwać czas bardzo krótki. W niektórych przypadkach może on być tak znacznym, że literalnie przykuwa chorych do łóżka. Przypadki takie należą jednak w Warszawie do rzadkości. Przynajmniej co do mnie osobiście, to, pomimo dość znacznego materiału, spostrzegałem bardzo silne bole z powodu nerki wędrującej tylko w 5-u przypadkach.

W pierwszym z nich chorą [pannę] bole doprowadziły do zupełnej rozpaczy. Ponieważ prócz tego miała ona cały szereg objawów natury historycznej, trudno było ręczyć, czy zabieg operacyjny przyniesie jej ulgę. Wobec tego zapraszany przeze mnie do niej kilkakrotnie chirurg nie decydował się na wykonanie przyszcicia nerki. Chorą tę straciłem następnie z oczu.

W przypadku 2-im, w którym spostrzegałem chorą przeszło 10 lat, to raz na rok, to znów raz na 3 lata, występowały silne bole w okolicy nerki prawej, która od dłuższego czasu swobodnie przesuwała się w jamie brzusznej z miejsca na miejsce. Bole te promieniowały na cały brzuch, wywoływały kilka razy na dobę wymioty i doprowadzały chorą do nader silnego stopnia rozstroju nerwowego. Podczas każdego napadu udawało mi się jednak odprowadzać nerkę; poczem zalecałem chorej leżenie w łóżku i bandażowanie dolnej czę-

ści brzucha z podkładaniem pod opaskę dużej peloty z waty. W ten sposób kończył się u niej każdy napad, po którym czuła się dobrze od 1-go roku do 3-ch lat.

W przypadku 3-im chora dostała tak silnego napadu bólu w okolicy wędrującej nerki lewej, iż w ciągu jednej nocy wypadło zastrzyknąć jej morfinę dwukrotnie.

W przypadkach 4-ym i 5-ym, dotyczących dwu kobiet bardzo wychudzonych przebiegiem gruźlicy płucnej, znaczne bóle w brzuchu występowały nawet przy zwykłym chodzeniu po pokoju w ciągu ostatniego roku przed zwróceniem się ich do mnie.

Napady bólów mogą się zjawiać bez widocznej przyczyny lub też po forsownych ruchach. Ból może się ograniczać do odnośnego boku, może się szerzyć na cały brzuch, promieniować do miednicy, okolicy pachwinowej, wzdłuż nerwu biodrowego lub kulszowego, wreszcie może powodować nerwoból, opasujący klatkę piersiową i t. d. Za przyczynę zwykłych bólów, wywoływanych przez nerkę wędrującą, należy uważać zaciśnięcie splotów nerwowych. Niekiedy bóle dochodzą do takiego stopnia napięcia, że przeistaczają się w prawdziwe przelomy, co miało miejsce np. u 2-jej mojej chorej. Przelomy takie zależą od pociągania i przeginania nerwów oraz naczyń odnośnej nerki. Niekiedy do takich, w całym tego słowa znaczeniu nie dających się znieść bólów przylączają się jeszcze objawy, przypominające mocznicę. Sprawa może dojść do oligurii lub nawet do zupełnego bezmoczności z objawami wstępu do jądła i ciężkiego zapadu [pot zimny, tętno nitkowate, zaostrzenie rysów twarzy i t. d.]. CORDIER opisał nawet przypadek śmierci w podobnym napadzie. Napady takie zależą od przegięcia moczowodu, które może być wywołane przez rzeczywiste pochYLENIE nerki ku tyłowi (*retroversio*).

Że takie przegięcie moczowodu wobec nerki ruchomej jest możliwe, dowiedzionem zostało doświadczalnie przez ALBARRANA na chorych, a przez TURRIER'a na psach. Ci sami autorzy dowiedli również, że właśnie te przegięcia moczowodów prowadzą do wspomnianych bólów przelomowych. Wskutek przegięcia moczowodu światło jego zamyka się zazwyczaj niecałkowicie, wobec czego nie występują objawy mocznicy. Niekiedy jednak, jak to miało miejsce w jednym przypadku ALBARRANA, zamknięcie światła moczowodu staje się zupełnem, i wtedy wypada wykonywać zabieg operacyjny w samym napadzie. Muszę nadmienić, że były profesor krakowskiej kliniki terapeutycznej GILEWSKI, który opisał pierwszy przypadek wodonercza w zależności od ruchomości nerki, przyjmuje za przyczynę zamknięcia światła moczowodu nie jego przegięcie, lecz ucisk, wywarty na niego przez dolny koniec nerki. Zdanie to pozostało jednak prawie zupełnie odosobnionem i większość autorów uznaje zależność bólów przelomowych przy nerce wędrującej od przegięcia moczowodów. Doświadczalnie napad taki wywołać można zapomocą zaciśnięcia moczowodu szczypczykami, co wykonał w jednym przypadku SINICORN.

Napięcie i trwanie bólu zależy od stopnia i długości trwania zaciśnięcia moczowodu. Jeżeli nerka nie posiada zrostów i naprostuje się również

nagle, jak się pochyliła, to wyprostuje się również i moczowód, poczem odechodzi znaczna ilość moczu i ból natychmiast ustaje. Jeżeli jednak nerka nie pochyliła się, lecz przekręciła się dokoła podłużnej osi swych naczyń, lub jeżeli się nawet pochyliła, lecz nie może z łatwością powrócić do swego prawidłowego położenia, wtedy zatrzymanie moczu, jakkolwiek niezupełne, może trwać czas dłuższy. W podobnych przypadkach silne bole mogą się utrzymywać tak długo, aż mocz, zebrany w nerce i miedniczkach, ciśnieniem swem nie przywróci stosunków prawidłowych. Jeżeli to rzeczywiście nastąpi, w takim razie mocz odejdzie, a chory powraca znów do stanu znośnego, aż się ta sama historia ponownie nie powtórzy. Stan taki nosi nazwę wodonercza narwotowego. Poza napadami bolu stan ten cechuje się zwykle obecnością guza, znikającego doszczętnie po wyprostowaniu się. Jeżeli prostowanie się moczowodu jest niemożliwe czyto wskutek zrostów między nerką a narządami sąsiednimi, czy też wskutek zupełnego zaciśnięcia moczowodu przez wytworzone zrosty, w takim razie powstaje wodonercze stałe, cechujące się ciągłym bolem w odnośnym boku oraz stałą obecnością guza. Aby nie powracać więcej do wodonercza, nadmienię, że nerka w ten sposób zmieniona może uleść zakażeniu. Powstanie wtedy roponercze z gorączkowemi wahaniami ciepłoty oraz innymi swoistymi objawami, zarówno ogólnymi, jak i ze strony moczu.

Co się tyczy zaburzeń nerwowych, towarzyszących nerce wędrującej, to nielatwo jest dać zwięzły ich obraz, gdyż w jednych przypadkach bywają one bardzo nieznacze, w innych wyrażają się pod postacią ciężkiej neurastenii, niekiedy zaś posiadają cechy zaburzeń histerycznych. Dość często trudno bywa rozstrzygnąć kwestyę, [jak to było w 1-ym moim przypadku], które z objawów nerwowych zależą rzeczywiście od nerki, a które od ogólnego usposobienia nerwowego chorego. Nie ulega zresztą żadnej wątpliwości, że u osób z obniżoną odpornością układu nerwowego powtarzające się silne bole mogą doprowadzić do wystąpienia objawów histerycznych.

Zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego również posiadają przeważnie cechy zaburzeń nerwowych; zdarzają się mianowicie bole żołądka, odbijanie, głód fałszywy, zaparcie, wymioty i t. d. **CORDIER** twierdzi, iż spostrzegął 6 przypadków kamieni żółciowych, powstałych wtórnie, jako następstwo niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, zależnej od pociągania dwunastnicy [przez zrosty, wytworzone wskutek ruchomości nerki. **SENATOR** również wspomina o żółtacze podobnego pochodzenia. Przypadki takie należą jednak do zupełnie wyjątkowych i stanowią już nie objawy nerki wędrującej, lecz jej powikłanie.

[D. n.].

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

Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz
przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego.

Podał

Adam Chojko.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 45].

W obudwu tych przypadkach, jak widzimy, dyeta owsiana nie okazała dodatniego wpływu na dobową ilość i ciężar właściwy moczu, a odsetka cukru nawet się wzmogła; natomiast uderzającym było w drugim przypadku nagłe zniknięcie ciał acetonowych, które znowu zjawily się wkrótce, choć w daleko niższym stopniu, po zaprzestaniu diety owsianej. Na szczególną uwagę zasługuje zachowanie się wagi ciała w obudwu tych przypadkach: pierwszy nasz chory, który dawniej tracił wciąż stopniowo na wadze, już po 6-u dniach diety owsianej zyskał 4,8 kilo, drugi po 7-u dniach—4 kilo. Przybytek ten wagi nie był jednak długotrwałym: jeden chory w pierwszych już dniach po zaprzestaniu diety owsianej, drugi jeszcze podczas tej diety wrócił znów do wagi nawet mniejszej, niż przed dietą owsianą. Przy ponownem dodaniu kaszy owsianej do diety drugiemu ze wspomnianych chorych nie zauważyliśmy już ani przybytku na wodze, ani dobroczynnego wpływu na zniknięcie ciał acetonowych z moczu.

Santonina, stosowana w paru przypadkach, nie wykazała wybitnego wpływu na procent cukru, dobową ilość lub ciężar właściwy moczu.

Na tem kończę swoje spostrzeżenia nad moczówką cukrową. Wnioski moje dają się streścić w następujących punktach.

1. Przypadki moczówki cukrowej rzadko się widuje w praktyce szpitalnej; liczba tych przypadków wzrasta; szczególnie wzrost ten uwydatnił się w latach t. zw. rewolucyjnych, co zresztą było widoczne i w praktyce prywatnej.

2. Największa liczba chorych szpitalnych przypada na wiek od 20-u do 40-u lat; wśród chorych zamożniejszych przeważa wiek późniejszy.

3. Odsetka cukru w moczu u chorych szpitalnych dosięga z małymi wyjątkami najwyższych granic; u chorych prywatnych przeważa mała i średnia odsetka cukru; obok tego u ostatnich procent cukru łatwo podlega wahaniom, i to dość znacznym przy odpowiedniej dyecie.

4. Wśród prywatnych chorych na cukrzycę widzi się bardzo wielu artrytyków; chorych szpitalnych artrytyków nie spotykaliśmy wcale.

5. Gruźlica płuc, to najczęstsze powikłanie cukrzycy, w przypadkach szpitalnych zdarza się znacznie częściej, i częściej miewa przebieg ostry, niż u chorych zażoźniejszych.

6. Sądząc po przytoczonej statystyce prywatnej i m. Warszawy, oraz szpitala Dzieciątka Jezus z r. 1883, 4, 5, 6 i 7, kto wie, czy stosunek liczebny kobiet do mężczyzn, chorych na cukrzycę nie jest u nas wyższy od podawanego przez obcych autorów dla innych krajów.

7. Dotychczasowy materiał w naszym piśmiennictwie nie stwierdza u nas takiego wpływu rasy semickiej na częstość cukrzycy, jak to podają autorowie w innych krajach.

8. Spostrzeżenia wielu autorów i kilka naszych przypadków przemawiają za istnieniem wyodrębnionej przez NAUNYNA osobnej postaci „cukrzycy wątrobowej“ (właściwiej, może byłoby nazwać ją cukrzycą zastoinową). Do charakterystycznych cech tej postaci, obok zmian organicznych w wątrobie, należą: dobre odżywienie, łagodny charakter cukrzycy, nawet w razie wysokiej odsetki cukru w moczu, niewielka dobową ilość moczu, łatwe znikanie cukru przy dyecie, samoistne znikanie na czas dłuższy cukru z moczu w związku z poprawą lub pogorszeniem krążenia krwi w wątrobie, możliwość znacznej nawet poprawy.

9. W naszych przypadkach uwydatnił się pewien związek cukrzycy i z cierpieniami dróg żółciowych.

10. Związek między cukrzycą a chorobą BASEDOW'a stwierdza kilka naszych przypadków czyto u tego samego osobnika, czy u różnych członków jednej rodziny.

PIŚMIENICTWO POLSKIE.

Wprawdzie jeszcze w roku 1674 TH. WILLIS zwrócił uwagę na słodki smak moczu w cukrzycy, jednak odrębną postać moczówki cukrowej wyosobnili dopiero w końcu XVIII wieku: POOL i DOBSON, COWLEY, J. P. FRANK; wykazali oni cukier w moczu diabetyków, odparowując ich moc. Wkrótce potem zjawily się i u nas pierwsze spostrzeżenia nad moczówką cukrową. Pochodzą one z Wilna od prof. JÓZEFA FRANKA ¹⁾, który w r. 1809 sprowadził do swej kliniki dwoje chorych, dotkniętych cukrzycą. Mocz jednego z tych chorych [około 20-u funtów na dobę, o odczynie kwaśnym, ciężarze właściwym 1032—1042] poddał bardzo szczegółowemu rozbirowi chemicznemu, chociaż dziś dla nas trudno zrozumiałemu, prof. farmacyi Uniw. Wil. WOLFGANG. Z 12-u uncyi moczu otrzymał on przeszło uncję cukrowego wyciągu, który ze względu na swe własności okazał się czemś pośredniem pomiędzy zwykłym cukrem a manną ²⁾. WOLFGANG opisuje zachowanie się moczu

¹⁾ Acta clinica Inst. Wiln. Annus 3, 4, 5, 6, str. 92. Lipsiae 1812.

²⁾ Niemal jednocześnie (1803) zwrócili uwagę na tę odrębność cukru dyabetyków NICOLAS i GUEUDEVILLE. Dopiero w r. 1815 CHEVREUL wykazał, że cukier diabetyków jest glikozą.

i otrzymanego zeń wyciągu względem przeróżnych odczynników. Opisuje kryształ ciała cukrowego, fermentację kwaśną, której ulegał mocz po dłuższym staniu z wydzielaniem dużej ilości kwasu węglowego i małej ilości alkoholu. Wreszcie W. zwęglął wyciąg moczowy, spalał go i określał wagiowo w popiołach sole potasowe, sodowe, ammonowe i wapienne. Kwasu moczowego nie znalazł wcale, właściwej substancji moczowej—zaledwie ślady.

W pierwszym swem spostrzeżeniu J. FRANK zwraca uwagę na szkodliwość diety wyłącznie mięsnej, stosowanej według ROLLO. Dla kontrastu z temi spostrzeżeniami cukrzyca przytacza FRANK¹⁾ przypadek z kliniki *polydipsiae* u chorej, datującej swe cierpienie od 8-u lat, kiedy ją opadły i pokąsały pszczoły.

W r. 1823 z kliniki tego samego prof. FRANKA wyszła rozprawa doktoryzacyjna STANISŁAWA MORAWSKIEGO²⁾ o cukrzycy. Jest to opis choroby 35-letniego chorego z żółtaczką i puchliną brzucha w wywiadach, zmarłego z zapalenia płuc po 3-ch latach choroby, poddanego częściowej sekcji, która wykazała stwardnienie i skurczenie wątroby. Dobowa ilość moczu dochodziła 28-u funtów; ciężar właściwy wynosił 1030. Szczegółowy rozbiór chemiczny moczu, wykonany przez FONBERGA, wykazał cukier [z 22-u funtów moczu jeden funt gęstego syropu], różniący się własnościami i od zwykłego cukru, i od manny. Mocz długo nie gnął, natomiast łatwo ulegał fermentacji alkoholowej z wydzielaniem kwasu węglanego; nie zawierał mocznika, ani kwasu moczowego (*sic!*) natomiast nieco soli i kwas mleczny. W przypadku tym pragnienie zmniejszało się znakomicie przy użyciu preparatu saletry (*sal vel lapis prunellae*). Na przebieg choroby bardzo pomyślnie wpływał środek ludowy: *pyrola vel chimophila umbellata*. Opierając się na objawach klinicznych, FRANK i MORAWSKI w przypadku tym wyprowadzają cukrzycę z cierpienia rdzenia kręgowego.

W r. 1824 prof. Uniw. Wil. RYMKIEWICZ ogłosił krótki referat dotyczący cukrzycy [Dziennik med., chir. i farmacyi, t. I, str. 272].

Profesor tegoż uniwersytetu, ADAMOWICZ w r. 1843 w szpitalu Żydowskim wileńskim widział przypadek cukrzycy, uzależniał go od febry ukrytej i leczył jakoby skutecznie siarczanem chininy³⁾.

Tyle co do spostrzeżeń wileńskich.

Z Krakowa za pierwszą połowę 19-go wieku nie udało mi się odnaleźć żadnych śladów spostrzeżeń nad cukrzycą w piśmiennictwie. Przeglądałem między innymi i wykaz rozpraw doktoryzacyjnych krakowskich za czas od 1800—1845 r., opracowany przez prof. J. MAJERA [Roczn. Wydz. Lekarsk. Uniw. Jagiel. 1845, VIII, str. 151—180].

Z Warszawy pierwsze spostrzeżenia nad cukrzycą ogłosili po niemiecku: założyciel Towarzystwa Warszawskiego Lekarskiego AUGUST FERDYNAND

¹⁾ l. c. strona 196.

²⁾ Diss. inaug. casum diabetis melliti exhibens.

³⁾ Prakt. postrz. niekt. lek. 1846, t. 2, str. 82.

WOLFF [*Horn's (Nasse et Henke) Archiv für medicinische Erfahrung etc.* Berlin 1818, t. II, str. 494—501, cytowany przez SMITH'a i w dysertacji GŁOGOWSKIEGO str. 14] i LEOPOLD LEO (*Kleinerts Repert.* 1828, cytowany przez SMITH'a, Tyg. Lek. 1857, str. 235). Zapewne będzie to streszczenie pracy, którą LEO ogłosił w wydawanym przez siebie w Warszawie kwartalniku niemieckim: *Magazin für die Heilkunde und Naturwissenschaft in Polen*. WOLFF przypisywał powstawanie cukrzycy zaburzeniom w czynnościach skóry [widywał cukrzycę u strzelców wskutek przeziębienia] i nieprawidłowemu stanowi dróg trawienia. LEO przypisuje cukrzycę przytłumieniu liszajów.

W języku polskim pierwszą wzmiankę o tej chorobie z Warszawy podał dopiero A. JANIKOWSKI w r. 1837. W Warszawie niezawodnie rozpoznawano ją już dość często, o czym wnosić możemy prócz wspomnianych prac WOLFFA i LEA i ze słów aptekarza szpitala Dzieciątka Jezus, KNOLLA, który w Nrze 24-ym Tygodnika Lekarskiego z r. 1847 między innymi powiada: „będąc jeszcze zarządcą apteki szpitala Dzieciątka Jezus, dość często miałem sposobność dochodzenia uryny diabetycznej“¹⁾.

JANIKOWSKI [Pam. Tow. Lek. Warsz. r. 1839, t. II, 39] opisuje ogólnikowo dwa spostrzegane przez siebie przypadki, nie podając bliżej przebiegu; w leczeniu jednak uwzględnia wskazania dyetetyczne. Godnem jest zaznaczenia, iż jeden z chorych JANIKOWSKIEGO w przebiegu cukrzycy uległ cholercie; przez trzy tygodnie cukru w moczu nie było.

Między 1856 a 1858 rokiem ukazało się kilka ważniejszych polskich prac o cukrzycy. Są to prace JÓZEFA KAZIMIERZA SMITH'a²⁾, T. GŁOGOWSKIEGO³⁾ i DIETLA⁴⁾, ogłoszone początkowo w języku francuskim, łacińskim lub niemieckim, nieco później w języku polskim. SMITH ogłosił w Tygodniku Lekarskim referat zbiorowy o cukrzycy, nagrodzony w roku 1856 medalem złotym przez Towarzystwo lekarskie w Tuluzie. Obiecywał w osobnym wydaniu swej pracy dodać do niej przedmowę i zdanie sprawy krytyczne, czytane w Tuluzie. Zdaje się, że tego nie dokonał, mimo że wrócił do kraju [do Radomia]. Pogląd jego własny na istotę cukrzycy raczej korzystnie odbija od społecznych teorii, przytoczonych przez niego w tej dość słabej zresztą pracy. „Rozkład cukru u osób zdrowych na kwas węglowy i na wodę następuje przy oddychaniu; ale u diabetycznych tworzy się on z przyczyny dotąd nam nieznaney w ilości tak wielkiej, iż jej podolać nie mogą płuca. Że wpływ systemu nerwowego, a szczególnie mózgowego ma w tem największy udział, to nie ulega najmniejszemu powątpiewaniu. [P. JANIKOWSKI, b. profesor wydziału lekarskiego warszawskiego, toż samo utrzymywał, kiedy miałem sposobność z nim mówić o naturze słodkomoczu].“

¹⁾ W tym samym roczniku Tygodn. Lek. (1847, t. 1), prócz KNOLLA podali referaty o dochodzeniu cukru w moczu NATANSON (str. 97) i LEWIŃSKI (str. 153).

²⁾ O słodkomoczu. Tyg. Lek. 1857, str. 90, 100, 227, 235.

³⁾ De mellituria. Dorpat 1854, diss., oraz Tyg. Lek. 1857, t. 11, str. 289, 297.

⁴⁾ Oest. Zeitschr. f. prakt. Heilk. 1856, Nr. 36 i 37, oraz Tyg. Lek. 1858, t. 12, str. 28, 36, 45, 52 (tłumaczenie ROSENZWEIG'a).

DIETL, w większej i wyróżniającej się pracy, opartej na 6-u spostrzeganych przypadkach, w powstawaniu tej choroby dopatruje się wpływów nerwowych i wadliwej przemiany materii. DIETL jeden z pierwszych opisuje dość dokładnie śpiączkę cukrzycową, którą nazywa mocznicą cukrową, uważając ją za coś bardzo pokrewnego z mocznicą ¹⁾; wspomina i o głębokim chrapliwym oddechu w śpiączce. Zaznacza, iż moczówka cukrowa może istnieć i przy umiarkowanej dobowej ilości moczu i niewygórowanym ciężarze właściwym. Zwraca uwagę na dwa przypadki, w których moczówka cukrowa lub przemijająca cukromocz powstały w następstwie choroby BRIGHT'a w okresie poprawy, „kiedy nerka stała się czynniejszą”. Na łączność moczówki cukrowej ze stanem nerek zwrócono szczególną uwagę znacznie później, wyodrębniano nawet osobną postać *diabetes renalis*. DIETL odróżnia ostromoczówkę cukrową trwałą od przemijającej, która występuje przy chorobach ostrych gorączkowych i zbiega się z pomyślnym zwrotem choroby.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

→ 0 ←

156. Z. Bernard. Zapalenie nerek obrzękowe pochodzenia gruźliczego (*nephrite hydropigène tuberculeuse*).

Cierpienie to cechuje się następującymi objawami: 1) lekkie przelotne, ograniczone [pierwotnie tylko do powiek, rąk lub kostek u n o g i] o b r z ę k i, występujące bez widocznej przyczyny, przeobrażające się stopniowo w stałe, rozległe obrzęki, nieraz z przesiękami do jam surowiczych; 2) rzadko wielomocz, zazwyczaj oliguria [500—800 ctm. sz. na dobę]; 3) b i a ł k o m o c z [nie mniej 1-go gram., zwykle 2—4 grm. na dobę lub znacznie więcej], wálki ziarniste i woskowe, nieliczne leukocyty, pojedyncze czerwone ciała krwi; czasem udaje się wykazać obecność [prostym badaniem lub szczepieniem] laseczników; na planie drugim stoją objawy dyspeptyczne [najczęściej rozwolnienie], duszność [z rżęciami rozsianymi], krwiomocz mniej lub bardziej długotrwały; niema żadnych objawów ze strony serca ani naczyń. Jest to obraz kliniczny t. zw. *nephritis parenchymatosa s. epithelialis*, któremu autor chciał dać nazwę „*nephrite meiocrasique*“, a wszedł w użycie termin „*nephrite hydropigène*“.

Choroba ta często rozwija się u zdecydowanego taberkulika, przyspieszając rychłe zejście śmiertelne. Częstość jednak sprawa nerkowa wydaje się być pierwotną, bo albo niema żadnych objawów klinicznych gruźlicy płuc, albo tylko minimalne [niepewny szczyt] lub wreszcie wzbudzające tylko podejrzenie na gruźlicę [bezkrwistość, chudnięcie]; dopiero próby z tuberkaliną pozwalają na rozpoznawanie ukrytej gruźlicy.

Przebieg cierpienia zmienny: od kilku miesięcy, do lat wielu [rzadko]. Mocznicą występuje tylko wyjątkowo, albowiem przepuszczalność nerek jest

¹⁾ Nazwa „coma diabeticum“ pochodzi od KUSSMAULA (1874), ale pierwsze opisy śpiączki cukrzycowej ogłosili MARSCH i v. DUSCH w r. 1854.

zachowana i tylko chlorek sodu bywa przez ustrój zatrzymany, a rzekome objawy mocznicowe zazwyczaj zależą od obrzęku narządów wewnętrznych [jelit, płuc, mózgu]. Przy dłuższem trwaniu choroby może wystąpić nieprzepuszczalność nerek z wszystkimi znanymi jej skutkami toksycznymi i mechanicznymi i rozwija się obraz *nephritis interstitialis*.

Pod względem anatomo-patologicznym mamy zwyrodnienie nabłonków, nacieczenia drobnokomórkowe i nieznaczne wtórne zmiany w tkance śródmiąszowej; wbrew niektórym badaczom autor stwierdza, że zwyrodnienia mączkowatego albo wcale niema, albo stoi na drugim planie, z wyjątkiem tych przypadków, w których wskutek dużego wyniszczenia chorego z powodu gruźlicy, rozwija się prawdziwy amyloid nerki z cechami właściwemi temu cierpieniu.

Co do patogenezy, autor porzucił pogląd pierwotny o działaniu jądów i sądzi na podstawie badań doświadczalnych, że idzie tu o działanie bezpośrednie laseczników KOCHA na nerki. Rokowanie prawie bezwzględnie złe; można tylko przedłużyć życie choremu.

Leczyć należy jak tuberkulika i na pierwszym miejscu postawić odżywianie; ponieważ przepuszczalność nerek jest dobra, dyeta mleczna jest zupełnie zbyteczna; naodwrot—należy dawać dużo mięsa. Przeciw obrzękom—pokarmy bezchlorowe. Od jaj należy się wstrzymać. Częsta rewulsja w okolicy nerek. Teobromina przeciw niewystarczającej ilości moczu. Tannina lub sole wapnia mają podwójne wskazanie ze względu na cierpienie nerek i gruźlicę chorego.

(*La Presse médic.* Nr. 83, 1910).

A. Lande.

157. H. E. Hering. O badaniu czynnościowem nerwów błędnych serca u człowieka.

Z badań doświadczalnych na zwierzętach wynika, że nerwy błędne wywierają na czynność serca wpływ hamujący, skąd też pochodzi nazwa „włókien hamujących nerwu błędnego“. W stosunkach prawidłowych wpływ taki nerwów błędnych na serce odbywa się stale, stanowiąc o zjawisku t. zw. napięcia czynności nerwu błędnego (*Herzvagustonus*). Pewne wahania w tem napięciu zależą z jednej strony od faz oddechowych, z drugiej — od stanu spoczynku lub ruchu mięśniowego badanego osobnika; mianowicie, zmniejsza się ono podczas wdechu i przy ruchach mięśniowych, a zwiększa się przy wydechu i w stanie spoczynku.

W szczególności wpływ hamujący n. błędnego na serce ujawnia się w trzech kierunkach: 1) w zmniejszeniu częstości skurczów serca, 2) zwolnieniu przewodnictwa mięśnia sercowego i 5) osłabieniu jego kurczliwości. Ostatnio wymieniona czynność włókien hamujących jest dotąd mało zbadana klinicznie i w wypadku nie dość jaskrawych zaburzeń trudna do stwierdzenia.

Niejednokrotnie zdarzyć się może, że przy zaburzeniu czynności n. błędnego zbraknie jednej tylko z przytoczonych wyżej jego własności, a dwie pozostałe będą zachowane. Spostrzegano na przykład przypadki, w których zniesiona była tylko ta funkcja n. błędnego, która ujawnia się w zmniejszeniu częstości skurczów serca, gdy wpływ jego zwalniający przewodnictwo mięśniowe, był wyraźny, a nawet powodował wypadnięcie skurczów komorowych.

Pozatem ustalono, że za wpływem n. błędnych może ulegać zmianie punkt wyjścia czynności serca, dając miejsce zjawisku „automatyzmu heterotopicznego“, lub też, odwrotnie, automatyzm taki, już istniejący uprzednio, może pod ich wpływem zniknąć.

Zmniejszenie częstości skurczów serca, występujące wskutek pobudzenia włókien hamujących, rozumieć należy w ten sposób, że uderza wolniej całe

serce; odróżniać je należy ściśle od zaburzeń przewodnictwa, przy których wolniej tętnią tylko przedsionki albo tylko (predsionek i komora. Dodać należy, że wpływ hamujący n. błędnego uwydatnia się najsilniej w częściach serca ponadkomorowych, mniej zaś już w samych komorach.

Przechodząc do zbadania, na tle powyższych danych fizjologicznych, funkcji włókien hamujących u człowieka, szukać należy nie tylko tych środków, które porażają lub szczególnie pobudzają czynność nerwu błędnego, lecz również takich, które mogą obniżać napięcie jego czynności. Należy liczyć się z tem, czy n. błędny jest porażony, czy też czynność jego jest tylko czasowo osłabiona. Np. napad *tachycardiae paroxysmalis*, który ustaje nagle, nie może zależeć od porażenia n. błędnego, gdyż to ostatnie nie mogłoby zniknąć od razu.

Najprostrzy sposób badania n. błędnego w tym kierunku bywa w klinice zbyt często przeoczony. Jest nim—spostreżenie przyspieszenia wdechowego uderzeń serca: jeżeli przyspieszenie takie uda się stwierdzić, to tem samem istnienie napięcia czynności n. błędnego jest ustalone. Przy zwykłej palpacji, kiedy chory leży i oddycha spokojnie, stwierdzenie przyspieszenia tętna wdechowego bywa nieraz utrudnione; dlatego w razach wątpliwych należy podczas badania zalecić choremu dłuższe powstrzymanie oddechu i potem głębokie wdychanie. Również zwolnienie tętna apnoiczne przemawia oczywiście za zachowaniem napięciem n. błędnego.

Drugą metodę badania n. błędnego stanowi t. zw. próba uciskowa CZERMAKA. Należy zastrzedz jednakże, że próba ta daje pojęcie tylko o zdolności reagowania n. błędnego na pobudzenia mechaniczne i nie pozwala wnioskować o stanie jego odcinka ośrodkowego.

Próba atropinowa wprowadzona została przez DEHIO już przed 20-tu laty. Dodatni jej wynik [przyspieszenie tętna po wstrzyknięciu podskórnem atropiny] świadczy niewątpliwie o utrzymaniu napięcia n. błędnego. Natomiast wynik ujemny tej próby, zdaniem autora, może czasem zależeć tylko od odporności ustroju na działanie atropiny i według spostrzeżeń jego zdarzyć się może w takich przypadkach, kiedy jednocześnie próba uciskowa CZERMAKA wypada dodatnio.

Wreszcie zwolnienie tętna, następujące pod wpływem napastrnicy i przetworów pokrewnych, świadczy również o zachowaniu napięcia n. błędnego.

Badania rozpoczynać należałoby od sprawdzenia zjawiska przyspieszenia tętna wdechowego, jako metody najprostszej i nie narażającej ustroju na krzywdę. O ile ten sposób zawiedzie, następną metodę stanowić będzie obserwacja działania napastrnicy. Metodę atropinową stawia autor na trzecim miejscu.

Próbę uciskową CZERMAKA wykonywano w klinice autora już kilkaset razy, dotąd bez następstw ujemnych dla chorych. Jedyne przypadki nie-szczęśliwe podczas tego badania zdarzył się przed 35-iu laty, kiedy asystent THANHOFFER'a sam uciskał sobie z o b u s t r o n nerwy błędne, a prawdopodobnie przytem również tętnice szyjne.

Próbę atropinową przy stosowaniu dawki 1-go mgr. uważa autor również za niewinną. Jednakże zdarzają się chorzy, którzy już na dawkę $\frac{1}{2}$ mgr. reagują silnie, tymczasem gdy inni nie reagują nawet na $1\frac{1}{2}$ mgr. W przypadkach, wymagających oględności, autor zaczyna badanie od dawki $\frac{1}{2}$ mgr., zaleca też zwracanie uwagi na szerokość źrenic i na uczucie suchości w gardle u chorego.

Wskazanie do badania czynności n. błędnego stanowią przypadki budzące podejrzenie o zaburzeniu którejkolwiek z wyliczonych wyżej fizjologicznych jego własności, a więc przyspieszenie i zwolnienie tętna, jego niemiarowość, h y p o d y n a m i a, wreszcie nadmierna lub też niedostateczna pobudliwość

n. błędnych. Tak np. przyspieszenie tętna, występujące u ozdowieńców przy nieznacznym wysiłku mięśniowym lub przy byle pobudzeniu psychicznem, tłumaczy autor w części zmniejszoną pobudliwością włókien hamujących n. błędnego, osłabieniem jego napięcia.

(*Münch. mediz. Woch.* 1910, Nr. 37).

W. St.

158. H. Roger. Wysięki opłucnej pochodzenia syfilitycznego.

Wysięki opłucnej pochodzenia syfilitycznego w postaci izolowanej należą do przypadków rzadkich, a przynajmniej opisywane były dotąd rzadko. Jeżeli wysięki te występują jako powikłanie przy istniejących już rozległych zmianach w płucach, to oczywiście schodzą na plan drugi; wtedy najczęściej do rozpoznania przyczynowego nie dochodzi, chory umiera z rozpoznaniem gruźlicy i dopiero badanie pośmiertne wyjaśnia sprawę. Tak było w przypadku BALZER'a. W przypadku podobnym, opisanym przez M. DIEULAFOY, zastosowana w właściwym jeszcze czasie kuracja specyficzna bardzo szybko doprowadziła chorego ze stanu ciężkiego do zupełnego wyzdrowienia.

W dwu przypadkach, obserwowanych przez autora wspólnie z M. LABAREANU, zapalenie opłucnej wystąpiło, nie jako powikłanie, lecz w postaci pierwotnej, a więc niczem nie różniło się od zwykłego zapalenia opłucnej.

Pierwszy przypadek dotyczył 32-letniego mężczyzny, który przebywał syfilis w 15-ym roku życia. Stan zdrowia jego był zawsze dobry; żadnego podejrzenia co do gruźlicy. Choroba zaczęła się nagle. Zastosowano kurację specyficzną, i po upływie 22-u dni nie pozostało ani śladu płynu. Bardzo staranne badanie nie wykryło żadnych zmian w płucach.

Drugi przypadek dotyczył 38-letniej kobiety, która przebywała syfilis w 21-ym roku życia. W ciągu ostatnich 3-ch lat—uparte objawy trzeciorzędowe, ustępujące przy kuracji specyficznej i zjawiające się znowu po jej przerwaniu. Cierpienie opłucnej zaczęło się nagle. Kilkakrotnie robiono nakłucia bez skutku, gdyż płyn nagromadzał się znowu po kilku dniach. Wtedy zastosowano kurację specyficzną i po upływie 20-u dni ani w opłucnej, ani w płucach nie pozostało zmian żadnych.

W obu przypadkach odczyn WASSERMANN'a i ze krwią i z płynem opłucnym wypadł dodatnio. W płwocinie ani prątków KOCHA, ani białka nie znaleziono; szczepienie w drugim przypadku świnokom morskim płynu wysiękowego dało wyniki ujemne. Wreszcie, co najważniejsze, kuracja specyficzna w krótkim czasie doprowadziła do wyzdrowienia.

Pozatem autor przytacza jeszcze dwie obserwacje tego rodzaju: jedna GAUCHER'a z roku 1892, w której pod wpływem KJ zginął nie tylko wysięk, lecz i zmiany szczytowe w płucach; druga ROQUE'a i GARIN'a, w której dokładne badanie z uwzględnieniem najnowszych metod wykazało pochodzenie przyczynowe wysięku, i w której również kuracja specyficzna po upływie 21-go dnia dała wynik pomyślny.

W końcu autor zaznacza, że chociaż przytoczone obserwacje nie wystarczają jeszcze, ażeby zapalenie opłucnej pochodzenia syfilitycznego w okresie trzęcierzędowym zaliczyć do oddzielnej rubryki nozologicznej, jak np. zapalenie opłucnej pochodzenia gruźliczego, to jednakże przypuszcza, iż dzięki nowym obserwacjom wobec obecnych metod rozpoznawczych sprawa ta będzie rozstrzygnięta w sensie dodatnim.

(*La Presse médicale* 1910, Nr. 56).

J. Bełkowski.



Rys. 1.

Pośród zgrubiałej opony miękkiej (p) resztki błon pęcherzy wągra (C). Na obwodzie i w tylnych słupach rdzenia—wyświeetlenie tkanki (zwyrodnienie i stan zapalny).



Rys. 2.

C—pęcherz uciskający i defigurujący rdzeń. P—opona miękka. D—opona twarda. Na obwodzie rdzenia (a)—stan zapalny.



Rys. 3.

C—pęcherze wągra. P—opona miękka. A—opona pajęczynowata. Pl — przekrwiony i nacieczony zwój naczyniasty (*plexus chorioideus*).



Rys. 4

Ścianka pęcherza wągra przy dużym powiększeniu (Leitz. Obj. 5, Oc. 1).

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie 28-go czerwca 1910 r.

TADEUSZ KON. wygłosił rzecz p. t. „O zarazku krztuścowym“. Praca drukowana była w Gaz. Lek. Nr. 35 i 36.

Posiedzenie 6-go września 1910 r.

1) H. ALTKAUFER pokazał dwa guzy—zwykłą skręconą torbiel wielokomorową jajnika oraz rzadką „torbiel wolną” jamy brzusznej, wielkości głowy dorosłego człowieka—które usunął drogą cięcia brzusznej (cięcie poprzeczne PFANENSTIEL'a, *coeliosalpingoovariectomy dextra*) kobiecie zamężnej 40-letniej. Mowca jednocześnie dokonał wycięcia wyrostka robaczkowego z powodu znalezionych w nim znacznych zmian.

2) ANDRZEJ A. HEJMAN demonstruje przypadek szumu entotycznego, spowodowanego przez żyłą szyjną u 22-u letniego chorego, który nigdy nie chorował na ucho, a skarży się na uczucie tarcia skóry w lewym uchu; za pomocą otoskopu słyszy się pulsację izochroniczną z tętnem, a przez zwierciadło daje się widzieć pulsację błony bębenkowej; *bulbus v. jugularis* przechodzi zupełnie powierzchownie tuż pod samą błoną bębenkową, co przy ewentualnie zajęciu mogącej paracentezie mogłoby wywołać krwotok śmiertelny.

3) FELIKS MALINOWSKI przedstawia chorobę z *pemphigus vegetans*; badanie na krętki blade, odczyn WASSERMANN'a dawały wynik ujemny, eozynofilia 11%; chora od dwu lat stale traktowana była jako dotknięta syfilisem, choć rtęć i jod żadnego wpływu nie wywierały na przebieg choroby.

4) FELIKS MALINOWSKI wygłosił rzecz p. t. „Stan obecny i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń z preparatem EHRlich'a, „606“. Praca drukowana była w N-rze 39-ym Gaz. Lek.

5) ADOLF KOZERSKI ogranicza się tylko do wygłoszenia kilku ustępów z obszernej swej pracy p. t. „Obecny stan leczenia syfilisu metodą EHRlich'a“, drukowanej w Gaz. Lek. Nr. 39 i nast.

W dyskusyi PRĘGOWSKI nie może się oprzeć wrażeniu, że pewien pierwiastek reklamy tkwi w całej sprawie leczenia preparatem EHRlich'a, zaznacza, że dotychczasowe obserwacje prelegenta nie wystarczają jeszcze do wprowadzenia wniosków ostatecznych, wspomina o metodzie leczenia innymi przetworami arszeniku i stopniowym zwiększaniem dawek i teoretycznie uzasadnia to postępowanie w cierpieniach syfilitycznych, parasyfilitycznych oraz czysto nerwowych. RZĘTKOWSKI omawia podstawy t. zw. chemoterapii oraz jej stosunek do seroterapii, zastanawia się nad przypuszczalną budową cząsteczki preparatu EHRlich'a i stosunkiem jego do pokrewnych związków chemicznych, zaleca ostrożność w traktowaniu danych o skuteczności nowego środka, lecz zarazem ostrzega przed zbyt wygórowanym apriorystycznym krytycyzmem. ST. KOPCZYŃSKI uważa, że preparat „606“ powinno się stosować w postaciach gumatycznej i oponowej syfilisu mózgowordzeniowego, natomiast postać naczyńniowa (*endoarteriitis obliterans*) nie nadaje się do tego rodzaju prób, albowiem mamy tu zazwyczaj do czynienia ze zmianami, nie dającym się już niczem usunąć. FIDLER na podstawie danych z piśmiennictwa sądzi, że nie można z nich wyciągać wniosków pesymistycznych i podkreśla okoliczność, że odkrycie omawianego środka zawdzięczamy nie empiryi, jak było z rtęcią i jodem, lecz wspaniałej koncepcyi myślowej EHRlich'a. SEKR. STAŁY SOKOŁOWSKI przypomina historię tuberkuliny, ale widzi ogromną wyższość w pre-

saracie „006“, który w olbrzymiej liczbie przypadków działa, skutecznie, uboczne paś działanie jest bardzo małe i rzadko szkodliwe, zaznacza następnie donio-
żłość społeczną nowej metody leczenia, skracającej znacznie pobyt chorych
w szpitalu.

A. Lande.

Sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie

od 6-go do 8-go października.

Opracował

Dr Wacław Dobrowolski.

POSIEDZENIE IV.

Dalszy ciąg dyskusji o znieczulaniu.

Dr WOJNICZ jest zdania, że znieczulanie miejscowe nadaje się jedynie do małych i krótkotrwałych operacji, przy pozostałych zaś, t. j. większych operacjach, należy korzystać z narkozy ogólnej. Znieczulanie lędźwiowe i dożylnie przy „głębszych” operacjach często nie znosi całkowicie uczucia bólu, tak samo jak znieczulenie miejscowe.

Prof. RYDYGIER stosuje znieczulenie lędźwiowe tylko w wyjątkowych przypadkach, jeśli jest po temu specjalne wskazanie. Przypadki śmierci w czasie ogólnej narkozy zależą od nieuwagi i nieumiejętności chloroformatora, bo nawet wada serca nie stanowi przeciwwskazania do narkozy. Znieczulanie lędźwiowe stosuje przeważnie przy chorobach nerek. Gdziekolwiek tylko można, chętnie posługuje się znieczuleniem miejscowym płynem SCHLEICH'a.

Doc. JANOWSKI na podstawie krzywych elektrokardiograficznych, demonstrowanych przez dra EIGER'a, stwierdza jednakowość działania na serce chloroformu, eteru i tropakokainy. Praktycznego znaczenia elektrokardiografii w tym względzie nie przypisuje. Znieczulanie lędźwiowe zaleca dla osobników, którzy decydują się na operację zupełnie śmiało i spokojnie, lecz tylko dla operacji, które odbywają się poniżej linii pępkowej. Należy jednak stosować dawki jak najmniejsze, przy większej bowiem ilości tropakokainy bóle głowy stają się niezmiernie silne. Objaw ten uważa J. za wyraz aseptycznego, surowiczego bardzo lekkiego zapalenia opon mózgowych.

Prof. KRYŃSKI przypomina o trzech rodzajach śmierci z narkozy: a) *syncope* pierwotne wskutek silnego rozdrażnienia *n. laryngei recurrentis*, skąd drogą zwrotną odbywa się podrażnienie *n. vagi*, b) *syncope* wtórne, czyli opuszkowe i c) *syncope* późne po długotrwałej narkozie. Co do aparatów, to jest kwestya przyzwyczajenia, osobście jednak woli korzystać z pomocy doświadczonego narkotyzera. Znieczulanie lędźwiowe uważa za metodę wyborną, lecz pod warunkiem stosowania małych dawek tropakokainy: 0,06 — 0,08 (*maxim*).

Prof. KADER przygotowuje chorych do narkozy przez uprzednie podawanie im środków sercowych (*Strophantus*, *Digitalis*) i zapytuje prof. CYBULSKIEGO, jak wobec narkozy zachowuje się serce, w ten sposób przygotowane? Chloroform kombinuje z morfiną, skopolaminy unika, po jej zastrzyknięciu bowiem często występuje silne podniecenie. Bole głowy po znieczuleniu

łędźwiowem są, jego zdaniem, następstwem dostania się cząsteczek soli lub boraksu, używanych przy wyjąławianiu narzędzi.

Prof. ROSNER mówiąc „O wyłuszczeniu włókniaków wśród doszczętej myomektomii“, gorąco zaleca systematyczne wyłuszczenie włókniaków, aby ułatwić sobie radykalny zabieg drogą cięcia brzuszno. Wskazania do tego pomocniczego zabiegu są następujące: położenie *retrocervicale* włókniaka, obecność zmian i zrostów w przydatkach macicznych, znaczne podniesienie pęcherza ku górze przez włókniak przedniej szyjki, wreszcie — sąsiedztwo moczowodu. Przy wyłuszczeniu należy wkręcić korkociąg w dno macicy i mocno pociągać ku górze, przezco ułatwia się dostęp i zmniejsza krwotok. Również w odsłonięty włókniak należy wkręcić korkociąg i mocno go pociągać — zabieg ten znakomicie ułatwia sprawę wyłuszczenia. Dalej prof. ROSNER podaje „Dwa przypadki ciąży brzusznej pierwotnej“. W przemówieniu swem polemizuje ze zdaniem WERTH'a, iż jaje, oddzielone od pierwotnego miejsca zagnieżdżenia, ginie natychmiast, resp. nie może się reimplantować.

Dr MOTZ [Paryż] referuje „O zapaleniu miedniczek nerkowych“. Zaznaczywszy szereg poważnych następstw, jakie pociąga za sobą zapalenie miedniczek nerkowych, stwierdza, że dotychczas nie zostały jeszcze ustalone rozmaite punkty terapii tego cierpienia. Pod względem anatomo-patologicznym mowca odróżnia 3 rodzaje zapaleń miedniczek: 1) zapalenia zwykłe (*banales*), 2) zapalenia z ciężkimi specjalnymi zmianami i 3) zapalenia powikłane. Każdy z tych typów posiada znów swoje poddziały, zależne od obrazu anatomicznego. Mnogość odmian tego zapalenia nie pozwala na wyprowadzenie pewnych jednolitych wniosków w zakresie terapii. Klinicznie należy rozróżniać zapalenia miedniczek: ostre, podostre i przewlekłe. Terapię każdej z tych postaci mowca omawia szczegółowo, uwzględniając leczenie zarówno konserwatywne, jak i operacyjne.

Prof. KADER zabiera głos „W sprawie leczenia gruźlicy nerek oraz innych cierpień nerkowych“. Przypomniawszy statystykę GLUZIŃSKIEGO i WALKERA, według której tylko mała odsetka przypadków *tbc. renis* nadaje się do leczenia operacyjnego, ponieważ zabiegi chirurgiczne nie prowadzą tu do pożądanego wyniku, mowca zaznacza, że gruźlica nerek najczęściej występuje jednostronnie i, będąc wcześniej rozpoznana, nadaje się zupełnie do operacji. Przeważna część chirurgów dziś trzyma się zdania, że *tbc. dróg moczowych* ma kierunek *descendens*, a nie *ascendens* — stąd wniosek, że wczesna *exstirpatio renis tbc.* może uratować chorego. Jednym z objawów rozpoznawczych jest moczkowo-ropny, rzadziej stwierdzamy bolesność i guz nerki. U kobiet przy badaniu *per vaginam* można wyczuć zgrubiały moczowód. Jedynym racjonalnym zabiegiem leczniczym jest tutaj wycięcie całej nerki wraz z moczowodem do samego pęcherza.

Dr JEDLIČKA [Lwów] pokazuje kamienie, usunięte z nerek na drodze operacyjnej oraz odnośne radyogramy.

Dr DOBRUCKI demonstrowuje „Kamień nerkowy wielkich rozmiarów, wydobyty przez nacięcie nerki“ u 56-letniej chorej. Kamień wypełniał całą miedniczkę i wszystkie kielichy. Po wyjęciu kamienia nerkę zeszył struną, pozostawiając tylko dren, sięgający do miedniczki. Po 5-u tygodniach zupełne zagojenie.

Dr MOTZ mówi „O rozpoznawaniu niektórych postaci gruźlicy nerek“. Jego zdaniem, gruźlica nerek jest sprawą uleczalną [czasami nawet samoistnie], o ile przytem sprawa chorobna nie zajmuje pęcherza. Przypominając mimochodem o wyleczeniu ciężkiej gruźlicy pęcherza u pewnego lekarza z Litwy, M. zaznacza, że niemożność cystoskopowania w podobnych przypadkach

nie powinna zniechęcać do terapii. Ponieważ przed operacją (*nephrectomia*) należy zbadać dokładnie każdą nerkę oddzielnie, przeto w przypadkach trudnych dla cystoskopii niektórzy radzą wykonać najpierw *cystostomiam* i dopiero wtedy kateteryzować moczowody [LEGUEUX], mowca jednakże radzi unikać takiego postępowania. Nacinanie moczowodu uważa za zabieg nieracjonalny, ponieważ w następstwie może powstać zwężenie. Lepiej w tym celu naciać wprost miedniczkę, wprowadzić do niej małej kateter i wydobywać moczu w ciągu 5—10 minut.

Dr FRYSZMAN wypowiada odczyt „Z dziedziny pyelografii“, a właściwie — pyelo- i ureterografii, które stosował w 4-ch przypadkach, wprowadzając do moczowodu cewnik, zaopatrzony w drut stalowy, poczem chory zostaje poddany badaniu promieniami X. Zpomocą tej metody w dwu pierwszych udało mu się rozpoznać guz jamy brzusznej, który symulował nerkę ruchomą.

Dr LEŃKO [Lwów] komunikuje ruch działu urologicznego na oddziale i w ambulatoryum prof. ZIEMBIKIEGO w 10-leciu 1901—1910. Wszystkich przypadków urologicznych za ten okres czasu było 266. Na ogólną sumę 420 operacji złożyły się najrozmaitsze rękoczynny.

Dr W. STANKIEWICZ mówiąc „O brodawczakach pęcherza moczowego“, przytacza dwa własne przypadki, w których, pomimo bardzo radykalnego usunięcia guza u samej podstawy, nastąpił po paru latach nawrót w najbliższym sąsiedztwie. Z tej racji mowca przypuszcza, że takie nawroty rozwijają się *per contiguitatem*, co w swoim czasie już zaznaczył ALBARRAN.

Dyskusya.

Prof. KADER w sprawie przemywania miedniczek, o czym mówił MOTZ, zaznacza, że nieraz przy *hydro- i pyonephrosis* bywają w miedniczkach uchyłki, których przepłukać nie podobna. W tychże uchyłkach bywają i kamyki—jedynym racjonalnym zabiegiem w tych przypadkach bywa operacya. Aby przy *tbc. renis* rozstrzygnąć, która nerka jest chora, kieruje się zgrubieniem moczowodu i odpowiednią nerkę usuwa. Nigdy nie zdarzyło się wyciąć zdrowej nerki.

Dr W. STANKIEWICZ podnosi trudność rozpoznawania przy *tbc. renis*: która nerka jest chora, i przytacza przypadek, w którym usunięto lewą nerkę z ogromnemi zmianami gruzliczemi, a w 46 godzin po operacyi chora zmarła wskutek bezmocz. Oględziny pośmiertne wykazały, że prawa nerka była tłuszczowo zwyrodniała ze śladami zaledwie tkanki nerkowej i z zarośnięciem moczowodu. Cystoskopii przed operacyą nie można było dokonać z powodu bolesności pęcherza.

Dr GROSLIK zwraca uwagę, że chorzy z ostrem zapaleniem miedniczek nerkowych najpierw leczą się u internistów, a dopiero gdy sprawa przybierze charakter przewlekły, dostają się do rąk specjalisty. G. stosuje w tych razach przemywanie miedniczek wodą wyjałowioną, a następnie zastrzykuje 1—2% roztworu lapisu. Co do nowotworów łagodnych pęcherza (*resp.* brodawczaków), to mniema, iż one rzadko kiedy ulegają zwyrodnieniu złośliwemu.

Dr FRYSZMAN w *pyelitis chronica* stosuje przemywania miedniczek z dobrym wynikiem. Raz stosował to i przy ostrem zapaleniu, lecz uważa, że w ostrem stadium należy zaniechać leczenia miejscowego, a postępować według wskazówek MOTZ'a.

Dr MOTZ nie uznaje poglądu, ażeby brodawczaki pęcherza mogły dawać nawroty *per contiguitatem*. Niedowiedzionem jest dotychczas, aby brodawczaki pęcherza (prawdziwe) przekształcały się w złośliwe nabłoniaki.

Prof. RYDYGIER zaznacza, że gruzlica nerek częściej, niż to ogólnie sądzą, nadaje się do leczenia operacyjnego.

Dr A. ZAWADZKI nie radzi wycinać całego moczowodu aż do pęcherza, jak to czyni prof. KADER, w każdym przypadku gruzlicy nerek. Uważa za

wystarczające przecięcie PAQUELIN'em moczowodu na zewnątrz od rany i przy-mocowanie końca moczowodu do skóry.

Prof. KADER odpowiada, że dlatego wycina nerkę z całym moczowodem, aby usunąć jak najrozległe źródło zakażenia gruczliczego.

Prof. RYDYGIER mówi „O wycinaniu sterczu“ swoją metodą, ilustrując poszczególne momenty operacji na odnośnych tablicach, i demonstrowa narzędzia własnego pomysłu, jakich używa do wycinania sterczu. Podnosi zaletę swej operacji, polegającą na zaoszczędzeniu cewki moczowej.

Dr MINCER „W sprawie wycinania sterczu“ podaje wyniki własnych 25-u przypadków *prostatectomiae*, w czem 7 cięciem kroczeniem sposobem RYDYGIERA, resztę zaś—cięciem nadłonowem i wyluszczeniem gruczołu wewnątrz-pęcherzowo. Ze wszystkich operowanych zmarł tylko jeden—operacja nadłonowa—który nie chciał się poddać leczeniu przedwstępniemu. Doraźne wyniki po operacji wewnątrzpęcherzowej były zadowalające: chorzy zaraz po zamknięciu pęcherza oddawali mocz *per vias naturales*, opróżniając pęcherz całkowicie lub częściowo. Również dobre wyniki dała metoda RYDYGIERA. Jednakowoż objawy nieżyty pęcherza pozostają nadal, bez względu na metodę operacyjną. Co do wskazań operacyjnych, to M. stawia na pierwszym miejscu przewlekłe zatrzymanie moczu, połączone z zatruciem moczowem. Przy początkowym prostatyzmie zaleca *prostatectomiam* u chorych niezamężnych, którzy nie mogą zachowywać odpowiedniej diety, ani stosować należytego cewnikowania.

Dr GROSLIK mówi „O leczeniu doszczętnem przerostu gruczołu krokowego sposobem FREYER'a“. Zdaniem mowcy, metoda kroczenia stopniowo coraz bardziej ustępuje miejsca metodzie nadłonowej sposobem FREYER'a. Takie zarzucanie metody kroczenia wypływa przede wszystkim z trudności technicznych, łatwo bowiem przy tym zabiegu zranić odbytnicę z następczą, trudno się gojącą przetoką kałową. Następnie—utrata funkcji płciowych, nie-trzymanie moczu, niepewność wyniku. *Prostatectomia* nadłonowa jest wolna od tych zarzutów, a przytem gwarantuje pewność powrotu czynności pęcherzowych, ponieważ można całkowicie usunąć przeszkodę mechaniczną, tkwiącą w ujściu pęcherza.

W dalszym ciągu zabiera głos:

Dr GROSLIK „W sprawie wycinania sterczu w przypadkach zaniku sterczu“. Na podstawie własnych 23-ch przypadków tego cierpienia mowca przychodzi do wniosku, że 1) w tych razach niedomoga pęcherza nie zależy od zwyrodnienia ściany pęcherza, ani też od odruchów hamujących czynność pęcherza, 2) przy niedomodze pęcherza na tle zaniku sterczu jedyną doszczętną metodą leczenia jest *prostatectomia* nadłonowa.

Prof. KRYŃSKI, mówiąc „W sprawie leczenia *prostatismus sine hypertrophia*“, zaznacza, że jeśli mamy przed sobą jakieś objawy chorobowe bez widocznej, namacalnej przyczyny, wtedy staramy się objaśnić to rozmaitemi hipotezami, jak w danym razie—zmianami w ścianie pęcherza. *Prostatectomia* przy *prostatismus sine hypertrophia prostatae*, jest zabiegiem nieracjonalnym, jest to bowiem operowanie dla operowania samego, bez istotnych wskazań po temu. W tych przypadkach Kr. zaleca wykonać *cystopexiam suprapubicam*.

Dr SŁAWIŃSKI mówi „W sprawie leczenia operacyjnego niepłodności męskiej“. Ponieważ *azoospermia* bardzo często zależy od bliznowatych zmian w najądrzu po przebytem zakażeniu trypowem i zniesieniu drożności do nasieniowodu, przeto w swoim czasie MARTIN wykonał operację wycięcia zmienionych części najądrza, poczem wszczepił nasieniowód do pozostałej zdrowej części narządu z wynikiem bardzo pomyślnym. Zachęcony tym przykładem,

SŁ. wykonał takąż operację [z podłużnem rozszczepieniem nasieniowodu] u dwu osobników, którzy przebyli tryprówę zakażenie najądrzy przed 8-u i 12-u laty. Zabieg jednakże nie osiągnął pożądanego celu. Mowca przypuszcza, że operację tę należy wykonywać znacznie wcześniej po przebyciu zapalenia najądrzy i udoskonalic technikę [szew naczyniowy!], a wyniki wtedy będą dodatnie.

Dyskusya.

Dr MOTZ w kwestyi *prostatismus sine hypertrophia prostatae* przypomina teorię ALBARRAN BAZY, opartą na tle nerwowem. Teorię *sclerosis vesicae* należy dziś uważać za pogrzebaną. W niektórych przypadkach przeszkody dla oddawania moczu są tak nieznaczne, że nie podobna ich wykryć przy badaniu. Otóż, przy tej postaci chorobowej wogóle należy być ostrożnym z zastosowaniem operacyi, niema bowiem wtedy przerostu mięśnia pęcherzowego, czyli że po operacyi pęcherz nie będzie mógł w dalszym ciągu wykonywać swej czynności.

Prof. ZIEMBICKI w zupełności zgadza się z oględnem stanowiskiem prof. KRYŃSKIEGO w sprawie stosowania *prostatectomiae* przy *prostatismus sine hypertrophia prostatae*. W tych przypadkach, w których mamy zatrzymanie moczu, septyczny stan pęcherza i trudność cewnikowania, zaleca wraz z ROVSING'iem następujące leczenie paliatywne: *punctio vesicae suprapubica*, kaniula zostaje komornem przez 5 dni. Po tym czasie ją wyjmuje, a na jej miejsce wsuwa do pęcherza cewnik PEZZER'a Nr. 14. Wtedy chory może dowolnie regulować odpływ moczu zapomocą zatyczki lub uciskadła. Niektórzy chorzy po pewnym czasie część moczu oddają *per vias naturales* i prowadzą zwykły tryb życia. Codziennie kateter należy przemycić, a co miesiąc go zmieniać. Takie postępowanie zaleca Z. zwłaszcza w praktyce prowincjonalnej.

Dr DEMBOWSKI [Wilno] uważa prostatektomię górną za zabieg łatwiejszy, niż dolną. Ponieważ jednak po pierwszej metodzie zostaje jama, którą trudno drenować ku górze, przeto niektórzy dodają do niej cięcie na kroczu i jamę poprostatyczną drenują ku dołowi. MARION z kliniki ALBARRANA skonstruował specjalny przyrząd dla łatwego wykonania tego drenażu. W dalszym ciągu mowca demonstrowuje ów przyrząd i szczegółowo objaśnia, w jaki sposób to drenowanie wykonać należy. Sam raz zastosował ten sposób u swego chorego i ten po 3-ch tygodniach opuścił klinikę z raną zupełnie zagojoną.

Wiadomości bieżące.

— Sprawa szkół dla akuszerok. W czasach ostatnich prowadzone są ożywione rozprawy w sprawie unormowania zajęć w szkołach dla akuszerok. Powodem tego jest cyrkularz ministryalny, który zaleca, aby w szkołach podlegających jurysdykcji ministryum spraw wewnętrznych, t. j. w szkołach dla akuszerok 2-go rzędu, każda z uczennic szkoły tej, oprócz odbycia całkowitego kursu nauk w zakresie programu, przyjęła samodzielnie nie mniej niż 12 porodów. Między innymi w „Ustawie Warszawskiej Szkoły położniczej przy miejskich Przytułkach położniczych“, zatwierdzonej w roku 1806, w § 7-ym powiedziano: Ukończenie całkowitego kursu uwarunkowane jest opinią Zarządzającego przytułkiem o pilności i staranności w nauce praktycznej i teoretycznej położnictwa w zakresie programu, oraz o przyjęciu samodzielnem nie mniej niż 12 porodów.

Tak mówi i tego wymaga przepis. Życie jednakże i jego warunki zmienne njezawsze łatwo przystosowują się do formuł prawnych i często z konieczności

pragną tworzyć kompromis pomiędzy tem, co według przepisu być powinno, a tem, co wskutek zbiegu okoliczności być może. W sposób podobny rzecz się kształtuje i w sprawie omawianej, t. j. przyjęcia przez uczennicę szkoły akuserek podczas nauki w szkole 12-u porodów. W szkole położniczej przy 6-u Przytułkach położniczych miejskich w Warszawie uczennice istotnie mogą przyjąć 12, a nawet więcej porodów podczas przepisanej nauki, ponieważ przytułki te, subsydiowane przez miasto, czynić mogą i w rzeczywistości czynią duże ustępstwa pod względem pieniężnym co do pobytu rodzącym i położnicom, natomiast szkoły dla akuserek prywatne przy zakładach dla rodzających, utrzymywane przez lekarzy własnym kosztem i na własne ryzyko, nasamprzód rozporządzają znacznie szerszym materiałem klinicznym, z którego korzystać można dla celów nauczania, powtórę, dążą do tego, aby materiał ten ze względu na stosunkowo dużą liczbę uczących się można było w sposób najbardziej korzystny wyeksploatować. Stąd projekt, żeby każdą rodzącą obsługiwała nie jedna uczennica, lecz dwie. W ten sposób przy materiale klinicznym o połowę mniejszym, zachowując przepis ministerjalny co do obsłużenia przynajmniej 12-u porodów, możnaby i nadal przyjmować do szkoły taką samą liczbę uczennic, jak dotychczas, gdy każda obsługiwała sama każdy poród, a w sumie obsłużyła ich w ciągu pobytu w szkole 12. Taka kombinacja nie zmuszałaby właścicieli szkół prywatnych dla akuserek do zwiększania materiału klinicznego do nauczania, innemi słowy—przyjmowania dwa razy większej liczby rodzących, co, rzecz naturalna, wpływa na podwyższenie budżetu zakładów tych, *resp.* szkół, a zdaniem ich właścicieli—nie wytrzymuje rachunku, bo naraża na straty pieniężne i w końcu doprowadzić ma do zamknięcia szkół prywatnych dla akuserek.

Wobec tego, że inspektor Urzędu Lekarskiego m. Warszawy przewodniczy komisji egzaminacyjnej przy zdawaniu na świadectwo akuszki II stopnia i korzysta z praw, przysługujących deputatom kuratorów okręgów naukowych przy egzaminie na świadectwo dojrzałości w gimnazyach prywatnych, wobec tego—powiadamy—inspektor ten, nie chcąc sam rozstrzygać następujących się z powyższych względów wątpliwości, zaprosił grono akuszerów warszawskich dla omówienia sprawy tej i powzięcia uchwały w celu ewentualnego przedstawienia jej do ministerjum. Parokrotne narady—o ile wiemy—nie wydały dotychczas wyniku konkretnego.

Sprawa jest ważna. Szkoła akuserek dobrze zorganizowana i odpowiednio prowadzona ma decydujące znaczenie na liczbę pomyślnie odbytych porodów w mieście i kraju, na liczbę mniej lub więcej zdolnych do życia i odpornych na choroby noworodków, na liczbę zachorowań poporodowych z wszelkimi opłakanymi ich skutkami. Położnictwo jest głównie umiejętnością praktyczną, wymaga, więcej niż każda inna gałąź wiedzy lekarskiej, wyszkolenia, do którego osiągnięcia potrzeba dużo, bardzo dużo pilności, staranności, wprost poświęcenia, a co najważniejsza—i czasu. Potrzeba czasu, aby się przyzwyczaić, oswoić, nawyknąć do pewnych zabiegów, rękoczynów, do pewnego postępowania przy porodzie i podczas położu, a nadto czasu na to, aby mózdz przynajmniej najważniejsze z ważnych przypadki porodowe obserwować, badać. To już bywa zazwyczaj rzeczą trafu i przypadku, jaki materiał porodowy w danym czasokresie pod obserwację się dostaje, a jakiego brakuje. Z tych względów ustalono we wszystkich krajach, aby czas nauki akuserek nie był zbyt krótki [od 6-u miesięcy do 2-u lat], a następnie, w wielu szkołach, głównie niemieckich, wprowadzono co do liczby uczennic szkół akuserek t. zw. *numerus clausus*. W danym przypadku chodzi właściwie o złamanie tej ostatniej zasady: nie ograniczać liczby uczennic do stosunku rodzących w tym sensie, aby każda uczennica samodzielnie, sama, obsługiwała każdy poród, lecz, przeciwnie, aby obsługa ta należała przy każdym porodzie do dwu uczennic. Ujemne strony tak stawianej sprawy ze stanowiska pedagogicznego nie wymagają szerszego umotywowania; ze stanowiska postępowania przy porodach, mianowicie badanie parokrotne przez większą liczbę osób, również nie jest do zalecenia.

Najważniejsza jednakże, iż zbyt mała liczba obserwacyi odbić się musi ujemnie na stopniu wyzkolenia akuszerki. Tak doświadczony nauczyciel, jak prof. HERMAN W. FREUND, dyrektor szkoły akuszerek w Strassburgu, wprost mówi: „prowadzenie 10-u porodów przez każdą uczennicę uważane być może jako *minimum*. W szkole akuszerek w Strassburgu każda uczennica prowadzi najmniej po 20—21 porodów, a liczba ta się znacznie zwiększa, ponieważ „nieraz dwie uczennice jeden poród prowadzą i obsługują“ (*Vorschläge zur weiteren Reform des Hebammenwesens von prof. dr H. W. Freund*). Wypływa z tego, że i w dobrze postawionych i umiejętnie prowadzonych szkołach zdarza się, iż jedną rodzącą dwie uczennice obserwują, badają i obsługują. Zdarza się to jednakże, jako wyjątek; zasada pozostaje zawsze ta sama, każda uczennica ma prowadzić sama, oddzielnie określoną liczbę porodów.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 16-go do 22-go października r. b. do szpitali warszawskich przybyło 154 chorych dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 8, odrą 6, płonicą 33, błonicą 4, różą 20, tyfusem plamistym 4, tyfusem brzuszny 20, grypą 6, zapaleniem płuc 48 i biegunką krwawą 5.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 21 osob, mianowicie: na ospę 2, płonicę 6, błonicę 2, różę 1, tyfus brzuszny 4, zapalenie płuc 5 i biegunkę krwawą 1. W całym zaś mieście liczba zmarłych na ostre choroby zakaźne, prócz zapalenia płuc, wynosiła 47 osób, mianowicie: na ospę 4 osoby, na odrę 6, płonicę 25, błonicę 5, różę 2, tyfus brzuszny 2, biegunkę krwawą 1 i kokluaz 2.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach wynosiła w dniu 22-m października 2675.

— Nagrodę NOBLA otrzymał w roku bieżącym fizyolog prof. KOSSEL z Heidelberga.

— W Pradze powstały dwa nowe stowarzyszenia zawodowo-lekarskie: Klub lekarzy szkolnych i Związek lekarzy miejskich.

— W New-Yorku dr HATFIELD'owa założyła „Towarzystwo matek dla zwalczania całowania małych dzieci“, w celu uchronienia zakażenia dzieci chorobami zaraźliwymi.

— Preparat „606“ ma być wyrabiany fabrycznie pod nazwą „alwaran“ i wydawany w rurkach szklanych w dawkach 0,5—1,0 grm. Cena jednego wstrzyknięcia wypadnie kilka marek.

— Zmarli. Prof. dr E. LANCEREAUX, członek i w ciągu roku 1908 prezes Akademii Lekarskiej w Paryżu. Żył lat 81; pozostawił liczne prace z zakresu syfilidologii i anatomii patologicznej.

— HENRYK DUNANT, twórca instytucji „Czerwonego Krzyża“, zmarł w Heiden w Szwajcaryi, przeżywszy lat 82. W roku 1859 był świadkiem bitwy pod SOLFERINO; tutaj cierpienia mnóstwa rannych wywarły na nim olbrzymie wrażenie, wskutek czego po skończeniu wojny rozpoczął agitację za stworzeniem stowarzyszenia międzynarodowego celem niesienia pomocy rannym podczas bitew. Dzięki jego staraniom zebrała się w tej sprawie w roku 1863 konferencya międzynarodowa, wskutek której zwołano w roku następnym kongres; po dwutygodniowych rozprawach postanowiono utworzyć instytucję „Czerwonego Krzyża“. Straciwszy cały majątek, DUNANT przez 25 lat żył w nędzy; w r. 1892 przyznano mu niewielką pensję, która pozwoliła mu umieścić się w domu zdrowia, w którym spędził ostatnie 18 lat życia. W r. 1901 otrzymał nagrodę NOBLA, 140 tysięcy franków.

Bromglidina

nowy przetwór bromu z białkiem roślinnym, nie drażniący, wolny od działania obocznego i nadzwyczaj skuteczny lek kojący. Przyjemny w użyciu, zastępuje bromek potasu. Pozwala na długą kurację bromową bez obawy działania obocznego. Wskazania: choroby nerwowe, zwłaszcza histerya, padaczka, neurastenia, nerwica lękowa, nerwoból, płasawica, bóle głowy, bezsenność nerwowa, łagodne objawy neurasteniczne jak: osłabienie, zawrót głowy. Rp. Tabl. Bromglidini w oryginalnem opakowaniu. Dawka: kilka razy dziennie 1 — 2 tabletek. Każda tabletkę zawiera 0,05 bromu w połączeniu z białkiem roślinnym. Cena flakonu oryginalnego z 25 tabl. rub. 1.

Literatura i próby bezpłatnie.

**FABRYKA CHEMICZNA D-ra VOLKMARA KLOPFERA
DREZNO — LEUBNITZ.**

Kantor preparatów chemicznych—St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.
Reprezentant S. Rościszewski, Warszawa, Bracka 6. Telef. 128-46.

FORTOZA

Preparat białkowy
łatwo*rozpuszczalny.

Środek odżywczy i wzmacniający
pobudzający łaknienie.

ŁATWO STRAWNY i dokładnie wchłaniający się.

Wolny od substancji drażniących.

Może być podawany bez zwrócenia uwagi w
braku łaknienia chorobach zakaźnych
ogólnym upadku sił nerwowej, zółtach i gruźlicy
zaburzeniach żołądkowych, położnicom,
i kiszkowych, wyzdrowieńcom.

Szczególniej nadaje się do lewatyw odżywczych.

Wynalazca FRYDERYK WITTE z Rostocku nad Menem.

SPRZEDAŻ W APTECE H. BIERTÜMPFLA

Marszałkowska obok S-to Krzyskiej w Warszawie.

ARHEOL

$C_{15}H_{26}O$ Jedyny czynny pierwiastek $C_{15}H_{26}O$
wyciągu santalowego.

RZEZĄCZKA, KATAR PĘCHERZA MOCZOWEGO

Sprzedaż we wszystkich aptekach.

Fabryka i skład narzędzi chirurgicznych
F. Balukiewicz. Bielańska 9. Hotel Paryski

w Warszawie

Medal srebrny z r. 1890

Posiada wielki wybór wszelkich narzędzi chirurgicznych własnego wyrobu jako też fabryki francuskiej „Collina” i innych. Przytem szpryki do podskórnych wstrzykiwań i odczynów fizyologicznych nowego systemu, oraz maszyny do golenia amerykańskie „Gillette” i innych fabryk. Zarazem pracownia bandaży rupturowych i pasów brzusznych pod własnym kierunkiem. Wszelkie reparacje narzędzi i niklowanie wykonywa się jak można najprędzej po cenach bardzo przystępnych.



Musująca sól bromowa.

Od wielu lat powagi lekarskie zalecają ten środek, jako radykalny przeciw

Nerwobólom i bezsenności.

Polecam moje sztuczne sole lecznicze: Ems, Vichy, Wildungen, Obersalzbrunn, Karlsbad, Wiesbaden, Kissingen i inne.

Oryginalne tylko w słoikach z powyższą plombą
Nabywać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

D-r Ernst Sandow Hamburg

Przedstawiciele dla Państwa Rossyjskiego M. Rotenberg
i Ch. Juwen, Warszawa, Pańska 20.

ZIARNA VICHY
GRAINS DE VICHY

LECZA

ZAPARCIE

1-2 wieczor. przed jedzeniem.

We wszystkich aptekach.

Sprzedaż główna

w składzie Tow.

Akcyjnego

Ludwik Spiess i Syn

Cena pudełka kop. 80.