

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. ANTONI RYDYGIER. Dalsze doświadczenia nad leczeniem twardzieli gardła i nosa (rhinoscleroma) zapomocą promieni ROENTGEN'a. Str. 49. II. JÓZEF HORNOWSKI. O przyczynie śmierci po zabiegach operacyjnych. Str. 58 (Dok.). *Dział sprawozdawczy.* 9. A. PLKHN. Leczenie reumatyzmu stawowego. Str. 65. 10. G. TREUPEL. Leczenie dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale). Str. 67. 11. J. BENDERSKI. Czkawka i jej leczenie. Str. 68. *Akademia Umiejętności w Krakowie.* Wydział matematyczno-przyrodniczy. Posiedzenie dnia 7-go grudnia 1908 r. Str. 68. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ RADCY DWORU PROF. L. RYDYGIERA WE LWOWIE.

Dalsze doświadczenia nad leczeniem twardzieli gardła i nosa (rhinoscleroma) zapomocą promieni Roentgen'a.

Podał

Dr Antoni Rydygier,

I. asystent kliniki.

Na Zjeździe chirurgów polskich w r. 1902, mówiąc o leczeniu raka promieniami ROENTGEN'a, poświęciłem kilka uwag leczeniu twardzieli nosa i gardła, a również w publikacji w Now. Lek. tego samego roku dłuższą o tem zrobiłem wzmiankę. Od tego czasu nie było roku, żebym w tym przedmiocie nie zabierał głosu, czyto na posiedzeniach Tow. lek., czy też na dorocznych zjazdach chirurgów polskich w Krakowie, przytaczając leczone tym sposobem przypadki i zachęcając do dalszych w tym kierunku badań. Ponieważ mimo to, o ile mi wiadomo, z wyjątkiem FITTIG'a, nikt więcej tym przedmiotem się nie zajmował, chciałbym jeszcze raz poprzeć moje poprzednie zapamiętania, przytaczając dalsze w tym kierunku osiągnięte wyniki, które przecież zachęcić muszą do szerszego stosowania tego postępowania. W 1902 r. ogłosił FITTIG pracę w *Beitr. z. klin. Chir. XXXIX* „Ueber einen mit Roent-

genstralen behandelten Fall von Rhinosclerom“, opisując przypadek twardzieli nosa przez siebie leczony, nie rokując jednak temu leczeniu wielkiej przyszłości i zaliczając je tylko do środków palliatywnych: „*Ueber Palliativmittel ist man bislang nicht hinausgekommen. Auch unsere Beobachtung scheint zunächst nicht mehr zu bringen*“. Co się zaś tyczy twardzieli gardła, to jeszcze mniej różowo zapatruje się na jej leczenie promieniami ROENTGEN'a, sądząc, że trudno będzie im zadziałać na znaczniejszą głębokość: „*auch nach unseren eigenen Erfahrungen möchten wir vorderhand auch nicht glauben, dass die wirk-samen Strahlen die intakte Haut weit zu durchdringen vermögen*“.

Przeciwnie, ja już w 1902 r., a bardziej jeszcze później, w miarę zwiększania się leczonych przeze mnie przypadków, stanowczo przypisywałem promieniom ROENTGEN'a własności radykalnego nawet leczenia twardzieli i tem bardziej gorąco zalecałem to leczenie, ponieważ inne środki lecznicze, jakie dotychczas w tem cierpieniu stosowaliśmy, do żadnych statych nie doprowadziły wyników. Miałem sposobność stosunkowo częstego używania tego leczenia, gdyż aż w 14-u przypadkach, u nas bowiem, t. j. w Galicyi wcale nie jest ono tak rzadkiem, jak w Niemczech, gdzie nawet doświadczeni chirurdzy nie mieli sposobności widzenia ani jednego przypadku twardzieli.

Kto raz badał *rhinoscleroma* i miał sposobność przekonania się o charakterystycznie twardym, prawie chrząstkowatym nacieku tkanek, a specjalnie nosa, ten z całą łatwością w każdym przypadku twardziel rozpoznać będzie w stanie.

Jak dotychczas, leczenie twardzieli było czysto symptomatyczne, a przede-wszystkiem starano się usuwać przeszkody w oddychaniu, albo przez różne operacye plastyczne starano się usunąć zniekształcenie nosa. Tylko w początkach kusono się, aby wyciąć całe ognisko chorobne, co się zwykle jednakowoż nie udawało, a łatwo to zrozumiemy, jeśli uwzględnimy rozlany charakter tego cierpienia i trudność oznaczenia jego granic. Często nawroty psuły efekt dokonywanych operacyi plastycznych tak, że zwykle musiano zadowolić się usunięciem najgroźniejszego objawu, to jest duszności, przez dokonanie tracheotomii, lub w razie, jeśli chodzi o twardziel nosa—przez wkładanie do otworów nosowych: drenów gumowych, rurek cynkowych, lub ołowianych, różnych sond i t. p. Także intubacja może nam oddać dobre przysługi.

GLAS (*Wiener klin. Wochenschr.* 1903, Nr. 11) zalecał wstrzykiwanie *Thio-sinamini*, żeby tkankę twardzielowatą uczynić podatniejszą i aby tem ułatwić dokonanie intubacyi krtani, lub rozpychanie zapomocą sond przewodów nosowych. Żaden jednakże z tych sposobów nie prowadzi do wyleczenia, a nawet nie kusi się o powstrzymanie samej sprawy chorobnej, a dopiero przeze mnie podane i gorąco zalecane [a także niezależnie ode mnie w tym samym roku przez FERRIS'a opisane] leczenie promieniami ROENTGEN'a wywiera stanowczo wpływ dodatni na samą sprawę chorobną, a nawet jest w stanie zupełnie go usunąć, jeżeli tylko wytrwale i systematycznie będziemy postępowali. W każdym razie leczenie to z powodu swego długiego trwania wymagać będzie znacznej cierpliwości zarówno ze strony lekarza, jak i chorego, dopro-

wadzić jednakże może do zupełnego wyleczenia, jak to wykazuje pierwszy mój przypadek, który po upływie sześciu lat miałem sposobność osobiście badać i przekonać się o jego zupełnym wyleczeniu.

Myślę, że warto próbować tego sposobu tem bardziej, że nie mamy żadnego innego, któryby tak wprost i widocznie na twardziel oddziaływał. Nie chcę przez to powiedzieć, jakoby promienie ROENTGEN'a miały specjalnie zabijać lasecznika twardzieli, gdyż, jak wiadomo, wogóle wpływ ich na bakterye jest nadzwyczaj mały, lecz w każdym razie nie ulega dla mnie wątpliwości, że przez naświetlenie nie tylko zapobiegamy dalszemu rozszerzaniu się choroby, lecz nawet części chorobnie zmienione nabierają pod wpływem promieni ROENTGEN'a swojego dawnego zdrowego wyglądu. Czy się to dzieje z powodu pobudzenia okolicznej tkanki do żywszej obrony przeciwko rozmnażaniu się w niej lasecznika twardzieli, czy też z powodu lokalnego podrażnienia i t. p. — pozostaje nierozstrzygniętem.

Wogóle w czternastu przypadkach stosowałem leczenie zapomocą promieni ROENTGEN'a w tem cierpieniu. Jedynie dwa z nich poniżej opiszę dokładniej i to jeden, który tyczy się chorej na twardziel nosa, nie powikłaną twardziela dalszych dróg oddechowych, drugi zaś przedstawiający nam obraz twardzieli li tylko krtani.

I. A. H., lat 32, wyrobница z okolic Stryja, zgłosiła się 19-go listopada 1903 r. na klinikę chirurgiczną lwowską z powodu duszności w nocy występującej, mowy nosowej i zniekształcenia nosa. W wywiadach podaje, że ani w rodzinie, ani w okolicach, z których pochodzi, nie spostrzegano podobnej choroby. U niej zaczęło się obecne cierpienie przed dwoma laty przyszczem pod prawem nozdrzem, przyczem nos cały powiększał się i twardniał. W nocy doznawała chora duszności z powodu niemożności oddychania nosem, a mowa jej coraz więcej nabierała dźwięku nosowego.

Stan obecny. Wzrost średni, budowa kośćca i odżywienie bardzo dobre. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Nos w części chrzęstnej zgrubiały i powiększony, koniec nosa pałkowato rozszerzony. Skrzydła nosowe, mocno na zewnątrz i ku górze wywinięte, nozdrze prawe stanowi szparę, przebiegającą w kierunku osi czołowej, lewe również tworzy szparę, przebiegiem zbliżającą się do kierunku osi strzałkowej; przywargowa część skórnej przegrody nosowej i najbliższa część wargi górnej również zgrubiałe. Koniec nosa i cała jego część chrzęstna przy obmacywaniu robi wrażenie tkanki chrzęstnej, tak samo jak i warga górna w częściach bliżej nosa położonych. Zbitość tej tkanki, naśladującej chrząstkę, większa po lewej stronie nosa i wargi górnej, niżeli po prawej. Chora prawie wyłącznie przez usta oddycha, gdyż nozdrza, chociaż rozdęte, stanowią jedynie wąskie szpary, tak są wypełnione tkanką patologiczną, która w prawym nozdrzu otacza części tylnie obwodu, a w lewym buja przeważnie od strony przegrody nosowej. Do nozdrza lewego z trudnością tylko można zgłębnik wprowadzić i pojemność jamy nosowej po tej stronie znacznie jest zmniejszona. Pojemność jamy nosowej prawej jeszcze mniejsza, tak, że sondy do niej wcale wprowadzić nie można. Rynoscopia od tyłu wykazuje masy twardzielowe,

zajmujące obie jamy nosowe, oraz nacieki i zgrubienia na górnej powierzchni podniebienia twardego. Ruchomość i konsystencja podniebienia miękkiego i łuków podniebiennych normalne. Jeśli badamy od tyłu palcem *cavum pharyngeale*, to i tam nie znajdujemy żadnych nacieków z wyjątkiem nieznaczniego twardego nacieku na tylnym łuku podniebiennym prawych, oraz pojedynczych twardszych guzków wielkości soczewicy, rozsianych na górnej powierzchni podniebienia miękkiego. Krtań i więzadła głosowe normalne. Głos czysty, lecz o dźwięku nosowym.

Leczenie. Promieniami ROENTGEN'a naświetlano nos, wargę górną i podniebienie, przy otwartych ustach chorej, przyczem lampę ustawiano poniżej brody tak, że promienie padały od dołu w usta i nozdrza. Sąsiednią skórę pokryto odpowiednio przykrojonymi i powycinanymi kawałkami blachy ołowianej, pokrytej powłózką gutaperkową (*Schutzblech*). Naświetlania powtarzano codziennie, a stosowano je przez przeciąg dwu minut. Po upływie kilku dni takiego postępowania, chora nasza czuje się podmiotowo lepiej i może przez nos oddychać. Tkanki twardzielą zajęte są nieco miększe i jakoby rozpułchnione. Dalsze naświetlanie przez następnych dni kilka mały wywierały skutek, więc wobec wystąpienia nieco żywszego zaczerwienienia skóry wargi górnej, zaprzestano naświetlań. Chora w ogólności otrzymała szesnaście naświetlań po dwie minuty dziennie lampą średnio miękką przy napięciu w cewie pierwotnej (*Primärspule*), wynoszącym 32 V., a natężeniu 2—3 amp. Używano cewy indukcyjnej o długości iskier 550 mm., oraz przerywacza rtęciowego (*Quecksilbertauchunterbrecher*). Przez dni szesnaście nie naświetlano, czekając aż ustąpi zaczerwienie i lekkie łuszczenie skóry, następnie znowu przez dwanaście dni w ten sam sposób, co poprzednio, działano promieniami ROENTGEN'a. Już w czasie przerwy dało się zauważyć coraz dalej postępujące polepszenie. Naciek twardzielowaty coraz bardziej ustępował, nos stawał się miększy i mniejszy, a nozdrza coraz drożniejsze i mowa chorej coraz więcej traciła brzmienie nosowe. Po szesnastodniowej pauzie, w czasie której chora przebywała w domu, zaczęto znowu naświetlać po powtórnym przyjęciu chorej na klinikę, i naświetlanie to stosowano codziennie przez dni osmnaście. Nastąpiła nowa pauza szesnastodniowa, a potem nowych szesnaście naświetlań. Przy końcu leczenia nos chorej przedstawiał zupełnie normalnie tak pod względem zewnętrznego wyglądu, jak i przy obmacywaniu. Przewody nosowe zupełnie były drożne; głos stracił barwę nosową, a nawet palec wprowadzony do *cavum pharyngonasale* nie wyczuwał żadnych nacieków na podniebieniu miękkim i łuku podniebiennym prawym. Rynoskopia od tyłu dawała także zupełnie normalny obraz nozdrzy tylnych, również wybujałościami skleromatycznymi nie zajętych. Chorą jako „wyleczoną“ wypisano z kliniki i kazano jej się zgłosić za kilka miesięcy. Pomimo jednakże wszelkich namawiań i ostrzeżeń, jakich przy wypuszczeniu chorej z kliniki używaliśmy, nie pokazała się; aż dopiero w lipcu 1908 r. zgłosiła się do nas na zaproszenie pisemne i można było ją poddać dokładnemu badaniu. Pokazało się przytem, że nos jej zupełnie był drożny i konsystencji normalnej, nigdzie nieprawidłowych nacieków nie wykazywał,

tak samo i warga górna zupełnie normalna, a widoczne jedynie zmiany pigmentowe, po naświetlaniu promieniami ROENTGEN'a często powstające. Także *rhinoscopia posterior* nie wykazuje żadnych zmian chorobnych, a więc nigdzie nie można było odnaleźć śladów przebytej choroby.

II. Przejdźmy obecnie do opisanie innego przypadku, dotyczącego 19-letniej wyrobniczki z okolic Husiatyna, dotkniętej twardziłą krtani, a przyjętej na klinikę 22-go grudnia 1903 r. W wywiadach podaje ona, że pochodzi z rodziny zdrowej i ani w rodzinie, ani w okolicach, z których pochodzi, podobnego cierpienia nie znajdowano.

Obecna choroba powstała przed dwoma laty, według twierdzenia chorej z zaziębienia. Chora naprzód dostała chrypki, do której po sześciu miesiącach przyłączyło się utrudnienie w oddychaniu coraz dalej postępujące. Po upływie dalszych 6-u miesięcy duszność do tego stopnia się powiększyła, że chora udała się na klinikę, gdzie jej wykonano tracheotomię. Przez 10 miesięcy po operacji było chorej stosunkowo dobrze, aż pewnego ranka, gdy wstała, wcale głosu ze siebie dobyć nie mogła i od tej pory jedynie szeptem może mówić. Przez rurkę tracheotomijną oddycha jednakże swobodnie.

St a n o b e c n y. Narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Badanie nosa tak z przodu, jak też i od tyłu najmniejszych w nich zmian nie wykazuje, tak samo niema żadnego nacieku chorobnego ani na podniebieniu miękkim, ani na łukach, ani w *cavum pharyngonasale*. Badanie krtani wykazuje: nagłośnia zupełnie prawidłowa, podobnie górna część krtani ponad więzadłami prawdziwymi. W miejscu więzadeł prawdziwych widzimy obrzęk z jednej i z drugiej strony krtani. Obrzęk ten składa się, stosownie do prawej i lewej strony krtani, z dwu części, to jest z prawej i z lewej, które schodzą się z przodu i z tyłu. W ten sposób tylko w środku pozostaje mała szpara, przez którą jednak nie można dojrzeć kaniuli tracheotomijnej, którą chora nosi. Górna powierzchnia obrzęku jest zupełnie gładka, odpowiadałaby ona górnej powierzchni więzadeł prawdziwych; wewnętrzna powierzchnia jest cokolwiek nierówna. Chora mówi szeptem, przy fonacyi więzadła rzekome schodzą się w linii środkowej. Obrzęk, względnie więzadła prawdziwe przy fonacyi zaledwie się poruszają.

Chora przed rokiem była w klinice z powodu zwężenia krtani. Rozpoznano już wtedy *scleroma laryngis* i zrobiono tracheotomię z powodu duszności. Przed rokiem obrzęk był jedynie pod więzadłami, więzadła same nie były zajęte, z wyjątkiem chyba dolnej powierzchni, która dotykała do obrzęku. Przy wydawaniu głosu więzadła poruszały się, choć o wiele gorzej niż prawidłowe i dość dobrze domykały się. Z tego widzimy, że choroba od tego czasu znacznie postąpiła.

Jak nisko sięga obrzęk poniżej więzadeł, nie można stwierdzić z powodu małej tylko szpary w krtani, jaka pozostała w skutek obrzęku.

L e c z e n i e. Przez siedem miesięcy stosowano codziennie promienie ROENTGEN'a, robiąc jednakże pauzy, skoro tylko zauważono lekkiego stopnia *erythema artificiale*. Zazwyczaj występowało owo zaczerwienienie po dwutygo-

dniowem naświetlaniu, a przerwy robiono dwutygodniowe do trzech tygodniowych, czekając zawsze, aż zaczerwienienie i obrzęk skóry znikną. Po pierwszych dwu seryach naświetlań, co mniej więcej 6 tygodni czasu zajęło, nie widzieliśmy żadnego jeszcze wyniku, i zdawało się nam, że może z powodu głębokiego położenia części chorobą zajętych, promienie ROENTGEN'a nie zdołają na nie zadziałać. Mimo to naświetlaliśmy dalej, nie mając innego środka do wyboru.

Lecz po upływie dalszych kilku tygodni nasamprzód chora zauważyła polepszenie: przedewszystkiem szept jej stał się nieco głośniejszym. Przy końcu leczenia głos chorej zupełnie powrócił i jest prawie normalny i zupełnie głośny. Chora może oddychać krtanią bez rurki tracheotomijnej, a badanie laryngoskopowe wykazuje, że obrzęki i zgrubienia w krtani prawie zupełnie zniknęły. Mamy więc i w tym przypadku zupełne wyleczenie, o ile to badanie wykazać może.

Ponieważ chcieliśmy tutaj zadziałać na głębokość, a jak najmniej działać na skórę zdrową szyję pokrywającą, przeto kładliśmy na skórę szyi blaszkę staniolu, po prostu srebrny papier z czekolady, aby w ten sposób filtrować promienie ROENTGEN'a, to jest powstrzymać miękkie najbardziej na skórę działające promienie, a przepuścić twarde, posiadające większą siłę penetrującą. Metoda ta, jak widzieliśmy, dała nam bardzo dobre wyniki, a wymagała jedynie nieco dłuższego naświetlania, gdyż zamiast dwu, cztery minuty na każdym posiedzeniu.

Mieliśmy sposobność i tę chorą badać zeszłego roku, a więc po upływie lat pięciu, i również nie znaleźliśmy żadnego śladu twardzieli u niej, a jedynie na skórze szyi zmiany barwikowe i teleangietatyczne, powstałe wskutek energicznego działania promieni ROENTGEN'a.

Resztę przypadków tylko zupełnie krótko przytoczymy.

III. Trzeci przypadek dotyczy 16-letniej dziewczyny, u której choroba niezbyt wielkie poczyniła postępy, i ograniczała się jedynie do czubka nosa i obu skrzydeł nosowych.

S t a n o b e c n y. Dziewczyna na swój wiek bardzo dobrze rozwinięta, narządy wewnętrzne klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Od pierwszego rzutu oka uderza budowa nosa, który przedstawia się w swej części kostnej normalnie, a w części chrzęstnej znacznie rozszerzonym i zgrubiałym. Przy dotyku części zgrubiałe przedstawiają twardość charakterystyczną dla twardzieli, podobną do chrząstki, przyczem skrzydła nosowe są nieruchome, przewody nosowe jużto częściowo zapchane bujającymi do środka masami sklerotycznymi [prawe nozdrze], już też z powodu zgrubienia przegrody nosowej i skrzydła odpowiedniej strony znacznie w swem świetle zmniejszone [lewe nozdrze].

Pharyngoscopia posterior i badanie palcem od tyłu nie wykazuje żadnych zmian ani na podniebieniu miękkim, ani w dalszych drogach oddechowych.

Leczenie prowadziliśmy podobnie jak w poprzednich przypadkach, naświetlając często a krótko mniej więcej przez przeciąg czterech miesięcy,

robiąc częste przerwy kilkodniowe, nieraz nawet kilkotygodniowe, ilekroć tylko zauważyliśmy choćby lekkiego stopnia zaczerwienienie skóry (*erythema artificiale*). W miarę naświetlań nos chorej zaczynał przedstawiać się coraz normalniej i gdy po raz ostatni opuszczała klinikę, nawet najwprawniejsze oko nie byłoby poznało, że kiedykolwiek przechodziła twardziel nosa; niestety wszelkie późniejsze nasze zapytania co do trwałości wyleczenia zostały bez odpowiedzi.

IV. Taki sam mniej więcej przebieg miało leczenie wyrobniczy T. B., lat 24 ch, u której zmiany chorobne ograniczały się również jedynie do nosa, a dalsze drogi oddechowe zupełnie były wolne od wszelkiego schorzenia. Pod wpływem kilkodniowego leczenia promieniami ROENTGEN'a, wśród odpowiednich pauz stosowanego, zaczęły zmiany chorobne coraz bardziej, powoli się cofać, twardość nacieków coraz bardziej się zmniejszać, i nos do normalnej wracać postaci. Objętość nosa, znacznie poprzednio powiększona, zmniejszyła się do normy, nierówność i drobne guzki po powierzchni nosa rozsiane, zniknęły, a także drożność przewodów nosowych zupełnie powróciła. Leczenie i ta chora usunęła się zupełnie z pod naszej dalszej obserwacji i chyba nawrót cierpienia sprawić będzie w stanie, byśmy ją znowu ujrzeli, na listy bowiem wcale nie reaguje.

V. J. B., lat 7, bez zmian w narządach wewnętrznych, nos i gardło także bez zmian; w krtani widzimy nagłośnię (*epiglottis*) i obydwie struny głosowe znacznie zgrubiałe i mało ruchome; poniżej strun głosowych zauważyć można znaczne zwężenie tchawicy bujającymi do środka masami twardziłowatymi. Leczenie tą samą metodą dało również dobry wynik: dziecko, które początkowo jedynie z trudnością oddychało i tylko szeptem mówiło, po upływie trzechmiesięcznej kuracji oddycha swobodnie i mówi głosem naturalnym. Laryngoskopia wykazuje nieomal normalną nagłośnię, oraz tylko nieznaczne zgrubienie w błonie śluzowej poniżej więzadeł. Chora miała się zgłosić po upływie roku, lecz jeszcze dotychczas się nie pokazała [pomimo, że już przeszło dwa lata upłynęły].

VI. Analogiczny do tego przypadek mamy w przebiegu choroby u 15-letniej A. C., gdzie tak samo rozchodziło się jedynie o *scleroma laryngis*, a nos był zupełnie niezajęty. I u tej dało leczenie promieniami ROENTGEN'a wynik bardzo dodatni: powrócił jej naprzód głos, który była całkiem utraciła, a oddychanie, poprzednio wysoce upośledzone, stało się zupełnie swobodnym. Chora ta po kilkotygodniowym leczeniu przedstawiała także w obrazie laryngoskopowym bardzo małe zmiany, jedynie w postaci nieznacznych zgrubień w błonie śluzowej krtani, poniżej więzadeł głosowych położonych. Niedawno temu mieliśmy ją znowu na klinice, gdzie się zgłosiła stosownie do naszego polecenia. Stan taki sam, jak przy jej wyjściu z kliniki, a więc lekkie zgrubienia pod więzadłami głosowymi. Zastosowano znowu kilka naświetlań promieniami ROENTGEN'a i kazano jej się zgłosić po sześciu miesiącach. Bezpośredniego skutku po tej seryi naświetlań nie widzieliśmy, co zresztą nic dziwnego, gdyż trzeba zawsze pewien czas, nieraz kilka tygodni, poczekać, zanim on wystąpi.

VII. Ponieważ i u następnej chorej, 10-letniej J. D. przebieg choroby i leczenia był bardzo do poprzednich zbliżony, więc jeszcze krócej postaram się go przytoczyć: przed rokiem zrobiono jej tracheotomię z powodu tak znacznych duszności, że zachodziła obawa uduszenia się chorej. Przewody nosowe zupełnie wolne, krtań zwężona wybujałościami skleromatycznymi do tego stopnia, że zaledwie pióro gęsie dałoby się przez nią przecisnąć. Po kilkumiesięcznej kuracji, prowadzonej z dłuższymi przerwami, skutek był ten, że chora mogła swobodnie bez rurki tracheotomijnej oddychać, oraz głośno mówić, gdy przedtem jedynie szeptem mogła się posługiwać, badanie zaś laryngoskopowe wykazało jedynie nieznaczne pozostałości w postaci zgrubień, poniżej więzadeł głosowych położonych. Mamy nadzieję, że skoro po upływie kilku miesięcy chorą tę dalszemu poddamy leczeniu, uda nam się także i te zgrubienia usunąć zupełnie.

VIII. A. B., lat 16, z rodziców i rodziny zdrowej; w okolicy podobnego cierpienia nie zauważyła. Od 8-u miesięcy chrypka, która powoli, lecz stale się powiększa. W ostatnich czasach coraz częściej powtarzają się napady duszności—trapią ją szczególnie w nocy. Narządy wewnętrzne klatki piersiowej i jamy brzusznej bez zmian. Przewody nosowe i górna część gardła (*epipharynx*) również żadnych zmian nie wykazują, ani przy badaniu palcem, ani przy wziernikowaniu nosa od tyłu (*rhinoscopia posterior*). Krtań w wysokim stopniu zwężona. Zwężenie to spowodowane jest zgrubieniem więzadeł głosowych i wybujałościami, sterczącymi do środka światła krtani, a będącymi skleromatycznymi naciekami błony śluzowej. Przy wdechu zapadają się wyraźnie przestrzenie międzyżebrowe. Leczenie polegało na przecięciu podłużnym krtani (*laryngofissura*) i naświetleniu przez ranę w czasie operacji wnętrza krtani promieniami ROENTGEN'a, lecz tym razem użyto lampy stosunkowo miękkiej i naświetlano znacznie dłużej i energiczniej. Po kilku dniach przystąpiono do dalszych seryj naświetlań, a sprawa chorobna znacznie się cofnęła. Chora ma się zgłosić do nas w celu dalszego jeszcze leczenia.

IX. U chorej N. M., 35-letniej, o inteligencji bardzo niskiej, zaczęto leczenie twardzieli nosa promieniami ROENTGEN'a, lecz żadnego skutku się nie doczekano, ponieważ chora zaraz po kilku pierwszych naświetleniach, klinikę opuszczała.

X. M. B., lat 14. Zewnętrznie nos nie przedstawia żadnych zmian, gdy się go bada wzrokiem, zapomocą dotyku jednakże badany, wykazuje charakterystyczną twardość dla twardzieli. W lewym nozdrzu widzimy dwa guzki różowe, wielkości grochu, jeden z nich umieszczony na przegrodzie nosowej, drugi na wewnętrznej stronie skrzydła nosowego. Przy badaniu głębszem wziernikiem nosowym widzimy, że obydwa guzki ograniczają się jedynie do chrzęstnej części nosa, a na kostną nie przechodzą. W prawym nozdrzu widzimy takie same zmiany, tylko mniej daleko posunięte. Aby skrócić czas leczenia i ułatwić dostęp promieniom do środka nosa, wycięto chorobnie zmienioną tkankę w przegrodzie nosowej, a guzki na wewnętrznej stronie skrzydeł nosowych usunięto ostrą łyżeczką. Po kilkudziesięciu naświetleniach zniknęły wszelkie dostrzegalne zmiany, chorą jako zupełnie

uzdrowioną wypuściliśmy z naszej opieki i poleciliśmy jej w razie pokazania się najłżejszego chociażby nawrotu, do nas się zgłosić. Ponieważ dotychczas [po upływie 3-ich lat] wcale się nie pokazała, a była osobą dbałą o swe zdrowie, więc z pewnem prawdopodobieństwem możemy wnioskować, że cierpienie nie wróciło.

XI. K. C., lat 24, leczenie zwężenia skleromatycznego krtani zapomocą promieni ROENTGEN'a dało i u niej wynik zadowalający, bo chociaż jeszcze nie zupełnie skończone, to już w znacznej mierze duszność ustąpiła, a głos nabrał dźwięku, gdy poprzednio tylko szeptem mogła chora mówić.

XII. Tak samo u 14-letniej R. M., dotychczas jeszcze będącej w leczeniu: po kilku naświetleniach znaczne już można było zauważyć polepszenie. Chora ta przysłała na klinikę zupełnie bez głosu i z oddychaniem tak utrudnionem i z takimi napadami duszności w nocy, że zaraz na wstępie trzeba jej było zrobić tracheotomię; dziś tymczasem potrafi już mówić dość głośno i wcale nieźle oddychać krtanią, chociaż zaledwie dwa tygodnie upłynęły od jej przyjęcia na klinikę, i prosi się przy każdej wizycie, żeby jej kaniulę tracheotomijną usunąć, że potrafi już bez niej oddychać.

XIII. M. F., lat 15, przy rodzicach. Zawsze była zdrowa, dopiero przed rokiem zauważyła, że jej trudno oddychać nosem i że nos jej, jak powiada, spuchł. Badanie wykazuje twardziel nosa, zajmującą przeważnie jego część chrzęstną, przyczem drożność lewego nozdrza zupełnie, a prawego prawie zupełnie zniesiona z powodu wybujałości ku przewodom nosowym sterczących. Cały nos powiększony, z nozdrzy wystają na zewnątrz masy sklerotyczne, wielkości mniej więcej połowy fasoli. Po dwu tygodniach naświetlania, skoro zauważono lekkie zaczerwienienie i obrzęk nosa, zaprzestano naświetlań, chorą wypisano z kliniki i kazano jej się zgłosić po trzech tygodniach. Za jej powtórne przybyciem na klinikę można było już zauważyć skutki działania naświetlań. Nos nieco się zmniejszył, wystające z nosa masy cofnęły się i obydwie przewody nosowe zaczęły w niewielkiej mierze przepuszczać powietrze. Po trzech dalszych seryach naświetlań, nos powrócił do normy, przegroda i skrzydła nosowe, poprzednio twardości chrząstki będące, stały się miękkie i ruchome. Wewnątrz nosa jednakże przy użyciu wziernika zauważyć się dawały zgrubienia, dlatego polecono chorej zgłosić się znowu w celu dalszych naświetlań.

XIV. Z. L., lat 13. U zdrowej zresztą dziewczynki wystąpiła od kilku miesięcy chrypka, stale się zwiększająca. Badania laryngoskopowe wykazują mniejszą ruchomość więzadeł głosowych oraz charakterystyczne dwa wały poniżej więzadeł. R o z p o z n a n i e: *Scleroma laryngis*.

Już po pierwszej seryi naświetlań chrypka znacznie się zmniejszyła i oddychanie stało się łatwiejszem, po dalszych zaś naświetlaniach stan coraz więcej się polepszał. Mimo nieskończonego leczenia chora więcej się u nas nie pokazała.

Obecnie mamy w leczeniu ośmiu chorych, dotkniętych twardzielą czyto nosa, czy krtani; z tych jeden mężczyzna, reszta—dziewczeta.

Muszę podnieść z naciskiem, że prawie wszystkie przypadki twardzieli, jakie obserwowałem, tyczyły się płci żeńskiej; a drugi fakt, jaki mię uderzył, był ten, że przeważna liczba chorych, były to dzieci od lat siedmiu do dwunastu lub młode osobniki, 15—20-u lat liczące. Jedna tylko [IX] przekroczyła lata młodzieńcze [l. 35], ale i ta podawała, że cierpienie jej rozpoczęło się przed 10-u laty.

Uderza także, że wszyscy chorzy należą do klasy uboższej; w prywatnej praktyce nie mieliśmy ani jednego przypadku twardzieli.

Pragnącym stosować to leczenie, muszę jeszcze zwrócić uwagę, że najprędzej występuje i najdłużej się utrzymuje podmiotowy jego wynik, dlatego trzeba chorych swoich przestrzedz, aby co pewien czas pokazywali się i w ten sposób zapobiegli nawrotom, które chorzy, niestety, zbyt późno spostrzegają.

Sposób, w jaki należy stosować promienie ROENTGEN'a, ażeby osiągnąć pożądaný wynik leczniczy, a uniknąć nieprzyjemnych skutków dla chorych i dla siebie, podałem przy opisie poszczególnych przypadków i zwracam na niego uwagę, jako na rzecz wypróbowaną na względnie znacznej liczbie przypadków.

II. Z ZAKŁADU ANATOMII PATOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO.
DYREKTOR PROF. OBRZUT.

O przyczynie śmierci po zabiegach operacyjnych.

(Z badań nad patologią układu chromafinowego u człowieka i zwierząt).

Podał

Dr Józef Hornowski,

asystent zakładu.

(Dokończenie — Patrz Nr. 2).

Doświadczenie 1-sze. Królik wagi 1525 grm., chloroformowany przez 4½ godzin, zdechł nagle przy chloroformowaniu po użyciu 32-u gramów chloroformu.

Na sekcji, wykonanej zaraz po śmierci, nie znalazłem w narządach wewnętrznych żadnych widocznych zmian makroskopowych.

Wycięte nadnercza poprzecinałem każde na 4 części i włożyłem na 7 dni do płynu MUELLER'a, przyczem płyn z powodu zmętnienia był jeden raz zmieniany.

Po 7-u dniach nadnercza wyjęte, były płukane w wodzie pod kranem przez pół godziny i część kawalków była zaraz pokrajana sposobem mrożenia ich, część włożona do 96° alkoholu. Alkohol zmieniałem 2 razy na dzień przez dwa dni, trzeciego zaś dnia przeprowadziłem nadnercza przez karbolksylol — 3 godziny, przez ksylol — 2 godziny, przez ksylol z parafiną przy 36° w termostacie przez 4 godziny i przez parafinę czystą, topliwą przy 52° również w termostacie — przez 2 godziny. Skrawki grubości 10 μ mrożone i parafinowe podbarwiałem hematoksyliną GAGE'a przez 10 minut.

W skrawkach tych protoplazma komórek feochromowych istoty rdzennej, wszędzie dobrze się barwi na ciemno-brunatno, jak w nadnerczu normalnym; nieco jaśniejszą barwę wykazują komórki, leżące przy ściance żyły przebiegającej w istocie rdzennej.

Doświadczenie 2-gie. Królik wagi 1014 gramów, chloroformowany przez 1½ godziny; dostał 16 gramów chloroformu, poczem pozwoliłem mu przyjść do siebie, poczekałem 4 godziny i znowu zacząłem mu dawać chloroform, który królik wogóle znosił źle, dlatego też musiałem chloroformować bardzo ostrożnie i powoli.

Po 2½ godzinem chloroformowaniu, w ciągu którego królik dostał 14 gramów chloroformu — królik zaczął przestawać oddychać i zdechł.

Na sekcji wykonanej zaraz nie znalazłem w narządach wewnętrznych żadnych zmian wybitniejszych.

Wyciąłem nadnercza i postępowałem z nimi, jak w przypadku pierwszym.

W preparatach mikroskopowych otrzymałem obrazy podobne, jak w przypadku pierwszym, jednak wogólności zabarwienie komórek feochromowych jest nieco bledsze niż w przypadku pierwszym.

Doświadczenie 3-cie. Królik wagi 3030 gramów, chloroformowany przez 2 godziny 40 minut, dostał 30 gramów chloroformu.

Królikowi chciałem wykonać zabieg operacyjny wycięcia nadnercza, zacząłem więc otwierać jamę brzuszną; królik zaczął się rzucać, dostał więc naraz kilkanaście kropel chloroformu i nagle przestał oddychać.

Na sekcji w narządach wewnętrznych znalazłem gruczoł gruczołów zaotrzewnych, oraz drobne gruczołki w wątrobie.

Nadnercza makroskopowo wykazują wybitną wąskość istoty rdzennej, jednak w preparatach mikroskopowych po utrwaleniu w płynie MUELLER'a nie daje się wykazać zmian większych w zabarwieniu komórek feochromowych istoty rdzennej.

Doświadczenie 4-te. Królik wagi 3055 gramów, chloroformowany przez trzy dni z rzędu.

Pierwszego dnia dostał w przeciągu 3-ch godzin 15 u minut — 22 gramy chloroformu, poczem przyszedł do siebie dość szybko.

Drugiego dnia znosił chloroform gorzej i dostał przez 1 godzinę 55 minut — 13 gramów chloroformu.

Trzeciego dnia w ciągu 1-ej godziny 10-u minut dostał 5 gramów chloroformu, poczem zdechł.

Na sekcji znalazłem jedynie kruchość narządów mięsowych.

W preparatach mikroskopowych z nadnerczy, utrwalanych jak wyżej w płynie MUELLER'a, daje się wykazać zaledwie żółte zabarwienie [nie brunatne] protoplazmy komórek feochromowych istoty rdzennej, przyczem niektóre komórki, leżące przy ścianie żyły w istocie rdzennej, nie wykazują żadnego zupełnie zabarwienia.

Doświadczenie 5-te. Królik wagi 3170 gramów, chloroformowany przez 4 dni.

Pierwszego dnia dostał w przeciągu $3\frac{1}{2}$ godzin—24 gramy chloroformu.

Drugiego dnia dostał w przeciągu $2\frac{1}{2}$ godzin—15 gramów chloroformu.

Trzeciego dnia dostał w przeciągu $1\frac{1}{2}$ godziny—7 gramów.

Czwartego dnia—w przeciągu 50-u minut—4 gramy.

Ponieważ nie chciałem stracić królika, a znosił on chloroform czwartego dnia bardzo źle, przeto przerwałem chloroformowanie na 4-ch gramach.

Królik przyszedł do przytomności, ale był widocznie słaby, leżał bezustannie w jednej pozycji i po 5-u godzinach zdechł.

Na sekcji, wykonanej w dwie godziny potem, znalazłem kruchość znaczną narządów mięsowych, oraz przekrwienie płuc.

Nadnercza w preparatach mikroskopowych wykazują żółtawe zabarwienie tylko tych komórek istoty rdzennej, które znajdują się na obwodzie jej, na granicy z istotą korową, gdy całe grupy komórek, leżących przy ścianie żyły, jako też i bliżej, choć nie w bezpośrednim sąsiedztwie z naczyniem, nie barwią się zupełnie.

Doświadczenie 6-te. Królik wagi 870 gm. operowany bez uspiania. Po otwarciu jamy brzusznej wyrezkowałem mu esicę (*flexura sigmoidea*) i część kiszki grubej na przestrzeni 8-u ctm., poczem obydwa odcinki kiszki połączyłem szwem śluzowym i LAMBERT'a.

Przy zabiegu tym naciągałem krezkę, przeszedłem palcem, uciskając na obydwa nadnercza i splot trzewny, poczem zeszyłem brzuch i zalałem celoidyną. Operacya trwała $\frac{3}{4}$ godziny.

Położony na słońcu królik ogrzał się trochę, zaczął pełzać na brzuchu i nawet nieco jeść, jednak w 9 godzin po operacji zdechł.

Na sekcji, wykonanej w pół godziny potem, znalazłem lekkie przekrwienie otrzewnej naokoło szwu i w częściach otaczających. Szew trzyma dobrze. Nadnercza makroskopowo zmian widocznych nie okazują.

Przy badaniu mikroskopowem skrawków, utrwalanych jak wyżej w płynie MUELLER'a, znalazłem:

Całe grupy komórek w istocie rdzennej nadnerczy nie wykazują zupełnie żadnego nawet najbardziej słabego żółtego zabarwienia i to głównie te, które się wewnątrz istoty rdzennej, naokoło żyły; komórki zaś leżące na obwodzie przy istocie korowej, wykazują

bądź oddzielnie, bądź w małych grupach lekko-żółtawe zabarwienie.

Doświadczenie 7-e. Królik wagi 3680 grm, operowany bez uspienia. Cięcie brzuszne po linii białej, wycięcie 18 ctm. kiszki grubej wraz z esicą (*fl. sigmoidea*), połączenie końców kiszki zapomocą szwu śluzowego i LAMBERT'a.

Przy operacyi była naciągana krezka, palcem prowadziłem wzdłuż zwojów trzewnych. Operacya trwała 40 minut.

Brzuch zeszyto i zalano celoidyną.

Królik po operacyi był dość rażny, łąził, jadł.

Na drugi dzień miał się również dobrze zrana i wieczorem.

Na trzeci dzień zupełnie dobrze: jadł i uciekał szybko przy próbie złapania go.

Zabiłem go po 48-u godzinach od zabiegu operacyjnego przez uderzenie po karku.

Na sekcyi znalazłem, iż otrzewna naokoło guza jest nieco nastrzykana, kiszka drożna, cała otrzewna gładka, blada, błyszcząca.

Nadnercza makroskopowo zmian żadnych nie wykazują. W preparatach mikroskopowych widać, iż wszędy prawie komórki istoty rdzenniej są zabarwione na jasno brunatno, tylko gdzieś niedługo pomiędzy nimi znajduje się po kilka komórek barwiących się żółtawo. Komórki te leżą bardziej ku środkowi istoty rdzenniej. Z jednej strony ścianki żyły, przebiegającej w istocie rdzenniej, widać wązki paseczek złożony z komórek prawie nie barwiących się zupełnie.

Doświadczenie 8-e. Królik wagi 3110 gramów, chloroformowany przez $1\frac{3}{4}$ godziny, przyczem zużyto chloroformu 13 gramów.

Potem otworzyłem jamę brzuszną, wyjąłem nadnercze lewe, a w celu, ażeby zabieg trwał krótko nie podwiązywałem naczyń, tylko zostawiłem kleszczyki PÉAN'a w brzuchu i brzuch zeszyłem.

W czasie operacyi wyciągnąłem całe kiszki, naciągałem je w różnych kierunkach, uciskałem palcem pozostałe nadnercze pod wątrobą, prowadziłem palcem wzdłuż splotów trzewnych i dużych naczyń.

W godzinę i 10 minut [przez cały czas po operacyi królik był dość słaby] otworzyłem znowu brzuch już bez usypiania królika i wyjąłem drugie nadnercze. W ciągu tego zabiegu królik zdechł.

Na sekcyi w narządach wewnętrznych żadnych wybitnych zmian nie znalazłem.

W nadnerczu lewym, a więc pierwotnie wyjętem, nie znalazłem żadnych widocznych zmian pod mikroskopem co do zachowania się istoty tonizującej—komórki barwią się na ciemno-brunatno.

W nadnerczu prawem również wybitniej zmiany te nie występują—zabarwienie ogólne jest może nieco bledsze, jednak nie można tego twierdzić z zupełną pewnością.

Doświadczenie 9-te. Królik wagi 1430 grm.

W narkozie eterowej otworzyłem brzuch i wyciąłem nadnercze lewe, przyczem towarzyszył temu nieznaczny krwotok — podwiązałem naczynia, brzuch zaszyłem i zalałem celoidyną.

Po operacji królik był dość słaby, ale ogrzany przy piecu wrócił do sił zaczął podnosić głowę, jadł nawet nieco. W 16 godzin po operacji zdechł.

Na sekcji nie znalazłem żadnych wybitniejszych zmian w narządach wewnętrznych, ani też w otrzewnej. Nadnercze lewe, wycięte w czasie operacji, wykazuje ciemno-brunatne zabarwienie istoty rdzennej.

Nadnercze wyjęte na sekcji, wykonanej zaraz po śmierci królika, wykazuje słabo żółtawe zabarwienie komórek i to tylko komórek leżących na obwodzie istoty rdzennej, gdy komórki, leżące koło ścianki żylniej, nie wykazują żadnego zabarwienia.

Doświadczenie 10-te. Królik wagi 1350 grm.

W narkozie eterowej wykonałem wycięcie nadnercza lewego przez cięcie brzuszne. W czasie operacji dość znaczny krwotok. Naczynia podwiązałem, brzuch zaszyłem i zalałem celoidyną.

Królik zdechł w 10 godzin po operacji.

Na sekcji, wykonanej zaraz po śmierci królika, nie znalazłem zmian w narządach wewnętrznych; otrzewna blada; naokoło miejsca operacyjnego podbiegnięcia krwawe. Na przekroju pozostałego nadnercza istota rdzenna robi wrażenie silnie przekrwionej.

W nadnerczu lewym, wyciętem operacyjnie, istota rdzenna wykazuje jednolite ciemno-brunatne zabarwienie.

W nadnerczu prawym, wyjętem na sekcji, komórki, i to tylko obwodowe, barwią się słabo żółto, gdy centralne, naokoło naczynia żylnego, nie barwią się zupełnie.

Doświadczenie 11-te. Królik wagi 3170 grm.

W narkozie chloroformowej, przyczem zużyto 5 gramów chloroformu, operowałem od tyłu w okolicy lędźwiowej lewej pozaotrzewnie. Schwyciłem nadnercze kleszczykami Péan'a i zmiażdżyłem je kilkakrotnie, poczem zeszyłem ranę skórną i zalałem ją celoidyną. Operacja trwała 10 minut.

Po operacji królik czuł się dobrze, jadł.

Królik padł po trzech dniach.

Na sekcji okolica zmiażdżonego nadnercza nie wykazuje zmian wybitniejszych. Nadnercze w całości zniszczone. Wogóle zaś nigdzie zmian żadnych wykazać nie można. Nadnercze prawe duże, istota rdzenna przekrwiona.

W preparatach mikroskopowych istota rdzenna nadnercza prawego nie barwi się zupełnie, tylko na obwodzie jej w kilku miejscach znajdujemy grupy po

3 do 5-u komórek, których protoplazma jest słabo żółto zabarwiona.

Przystępuję teraz do objaśnienia celu, oraz wyprowadzenia wniosków z moich doświadczeń.

I. Doświadczenie 1-sze, 2-gie, 3-cie, 4-te, 5-te, były robione w celu przekonania się, w jaki sposób wpływa uspienie chloroformowe na zachowanie się feochromizmu komórek istoty rdzennej. Ilość chloroformu, czas przez który był chloroform podawany, były modyfikowane.

1) W doświadczeniu 1-szem — 32 gramy chloroformu przez $4\frac{1}{2}$ godziny jednorazowo.

2) W doświadczeniu 2-gim — 16 gramów chloroformu przez $1\frac{1}{2}$ godziny, a po przyjściu królika do przytomności w 4 godziny później — 14 gramów w przeciągu $2\frac{1}{2}$ godzin. Razem 30 grm.

3) W doświadczenia 3-iem — 30 gramów chloroformu przez 2 godz. 40 min.

4) W doświadczeniu 4-tem — 22 gramy chloroformu w ciągu 3-ch godzin 15-u minut — pierwszego dnia. 13 gramów w ciągu 1-ej godz. 55-u min. drugiego dnia. 5 grm. w ciągu 1-ej godz. 10-u min. trzeciego dnia. Razem 40 grm.

5) W doświadczeniu 5-tem — 24 gramy w ciągu $3\frac{1}{2}$ godzin pierwszego dnia; 15 grm. w ciągu $2\frac{1}{2}$ godz. drugiego dnia; 7 grm. w ciągu $1\frac{1}{2}$ godz. trzeciego dnia; 4 grm. w ciągu 50-u min. czwartego dnia. Razem 50 grm. chloroformu.

II. Doświadczenia 6-e i 7-e były robione w celu przekonania się, o wpływie na układ chromafinowy tak zwanego szoku operacyjnego, niezależnie od narkozy; dlatego też króliki nie były usypiane.

W przypadku 6-tym królik zdechł sam, w przypadku 7-ym został na trzeci dzień zabity.

III. Doświadczenia 8-e, 9-te, 10-te, 11-te robione były w celu przekonania się o wpływie szoku operacyjnego, a jednocześnie i narkozy na układ chromafinowy.

W doświadczeniu 8-em, 9-tem, 10-tem' chodziło mi o stosunek zmian w nadnerczu wyciętem operacyjnie, a zatem zmian wywołanych li tylko przez narkozę, do zmian w istocie rdzennej nadnercza pozostałego po operacji, a wyjątego sekcyjnie, na które działała nie tylko narkoza sama, lecz i szok.

W doświadczeniu 11-em chodziło mi o zachowanie się istoty chromafinowej nadnercza pod wpływem krótkotrwałej narkozy, połączonej z silnym szokiem [zmiażdżenie jednego nadnercza], działającym bezpośrednio na elementy układu chromafinowego.

W doświadczeniach 1-szem i 3-ciem występuje wybitnie feochromizm komórek istoty rdzennej.

W doświadczeniach 4-em, 5-em, 6-em, 9 em, 10-em, 11-em występuje wyraźnie brak feochromizmu komórek istoty rdzennej i to głównie w częściach centralnych; brak ten obejmuje większe lub mniejsze grupy komórek.

Reasumując całość moich spostrzeżeń i doświadczeń, muszę wyprowadzić następujące wnioski:

I. Chloroform działa w ten sposób na układ chromafinowy, iż powodując większe zapotrzebowanie istoty tonizującej organizm, doprowadza również i do jej wyczerpania i wskutek tego do śmierci organizmu [przypadek II, doświadczenia 2-gie, 4-te, 5-te].

II. Chloroform nie powoduje natychmiastowego wyczerpania tej istoty tonizującej [doświadczenie 1-sze, 3-cie], lecz stopniowo, po kilku, lub kilkunastu godzinach [doświadczenie 2-gie, 4-te, 5-te].

III. Chloroform może spowodować szybkie wyczerpanie się istoty chromafinowej, o ile istoty tej jest wogóle mało, co wyraża się przez wąskość istoty rdzennej nadnerczy [przypadek II].

IV. Działanie chloroformu na organizm drogą wyczerpywania zapasów istoty tonizującej jest tem szkodliwsze, im częściej się ono w krótkim przeciągu czasu powtarza [doświadczenie 4-te, 5-te].

Wobec tego zrozumiałą się staje nagła śmierć, obserwowana klinicznie u osób chloroformowanych dzień po dniu.

V. Tak zwany szok operacyjny, niezależnie od zatrucia chloroformem wyraża się również przez wyczerpanie istoty chromafinowej, istoty tonizującej organizm, co pociąga za sobą śmierć osobnika [doświadczenie 6-te i przypadek IV, w którym brak komórek feochromowych wykazały zwoje szyjne układu współczulnego, zależnie od maltretowania ich przy zabiegu operacyjnym; oraz przypadek III, gdzie brak ten wykazują zwoje trzewne, szczególnie uszkodzone wskutek naciągania, przewiązywania dużych naczyń, które sploty trzewne układu współczulnego oplatają i t. d.).

VI. Odporność organizmu na szok operacyjny wyraża się przez możliwość tego zadosyćczynienia wzmożonemu zapotrzebowaniu istoty tonizującej go, oraz możliwość wytwarzania się tej istoty tonizującej nadal [doświadczenie 7-e i wszystkie przypadki pooperacyjne cięższe, po których chorzy wyżyli].

VII. Kombinowane działanie szoku operacyjnego z działaniem środka usypiającego [chloroform, eter] wzmacnia zapotrzebowanie istoty tonizującej organizm i tem samym prędzej wyczerpuje jego zapas [przypadek I, III, IV, doświadczenie 9-te, 10-te, 11-te].

VIII. Takie kombinowane działanie nie wyczerpuje jednak od razu całego układu chromafinowego [doświadczenie 8-e, w którym królik, zabity po 1-ej godzinie 10-u minutach, nie wykazywał większych zmian w istocie chromafinowej], lecz stopniowo [doświadczenie 9-te, 10-te, 11-te].

IX. Istota tonizująca organizm wydziela się prawdopodobnie do naczyń krwionośnych, na co zdaje się wskazywać brak barwienia się przedewszystkiem komórek, leżących naokoło naczyń w istocie rdzennej.

X. Całość moich badań doświadczalnych i obserwacji sekcyjnych mówi o tem, że w przypadkach nieobjaśnionej na sekcji śmierci należy zawsze badać zachowanie się układu chromafinowego i w nim szukać przyczyny tej śmierci.

XI. Odnośnie do wniosków leczniczych, z tych doświadczeń wypływających, zdawałoby się, że w przypadkach takich mogłoby uratować chorych zastrzykiwanie śródkżyłwe wyciągów z istoty rdzennej nadnerczy, o tyle jednak tylko, o ile działanie tych wyciągów pozwoliłoby organizmowi przetrzymać krytyczny dla niego brak wytwarzania się istoty tonizującej. O ile organizm nie jest w stanie zacząć znowu tej istoty tonizującej wytwarzać, działanie wyciągów z nadnercza może tylko życie podtrzymywać na czas powstania, ale go nie uratować.

Z tego punktu widzenia stają się zrozumiałymi wyniki doświadczeń fizyologicznych LOCKHARD'a, MUMMERY i LEGGE SYMES'a (*The British Medical Journal* wrzesień 1908) odnośnie do dobrych wyników, otrzymanych przy wstrzykiwaniach wyciągów adrenaliny w przypadkach wywołwanego przez nich sztucznie u psów i kotów szoku, a również i szereg obserwacji klinicznych z ostatnich czasów w tymże kierunku.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

9. A. Plehn. Leczenie reumatyzmu stawowego.

Podstawą leczenia jest salicyl. Tak uczy doświadczenie. Czy salicyl posiada działanie przeciwbakteryjne [TREUPEL], czy działanie na rozszerzenie naczyń [SENATOR], czy wywołuje przekrwienie w stawach [BIER, KLEMPERER], czy też działa na wskaźnik opsoninowy, jak to stwierdził JACOBY--jest to w gruncie rzeczy wszystko jedno. Salicyl, według PLEHN'a, działa swoiście na nieznaną przyczynę reumatyzmu. Aby jednak to swoiste działanie wyzyskać, należy stosować salicyl w odpowiednio dużych dawkach, podobnie jak to się czyni z chininą i rtęcią.

Od lat 20-u autor w szpitalu am Urban trzyma się następującej metody, zaleconej jeszcze przez NAUNYNA. Po ustaleniu rozpoznania chory dostaje codziennie 6 grm. kwasu salicylowego w dawkach 1-gramowych lub półgramowych, dopóki ciepłota ciała nie spadnie do normy i dopóki nie ustąpią bole. Następnie chory jeszcze w ciągu 7-u dni przyjmuje po 4 grm. salicylu. Po trzech dniach leżenia bez lekarstw chory ma prawo wstać z łóżka. Tej metody trzyma się autor zarówno w ciężkich, jak i lżejszych przypadkach.

Kwas salicylowy uważa za lepiej działający, niż sól sodową, którą należy podawać w większej ilości [8 grm.], aspiryny jeszcze więcej.

Przy „nieśmiałym“ stosowaniu salicylu P. obawia się powikłań i nawrotów. Zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego można uniknąć przez podawanie salicylu tylko po jedzeniu; zaburzenia ze strony układu nerwowego dają się usuwać przez jednoczesne podawanie bromu [NaBr].

Znaczną część swej pracy poświęca PLEHN walce z przesądem co do szkodliwego działania salicylu na nerki. Przesąd ten z prasy lekarskiej przeszedł do publiczności, która [autor ma na myśli publiczność berlińską] wprost obawia się salicylu, zastępując go różnymi zachwalanymi środkami, które jakoby nie posiadają żadnego „ubocznego“ działania. Geneza tego przesądu jest taka, że niektórzy badacze [głównie LÜRNJE *Deut. Arch. f. klin. M., t. 74*] znajdowali po użyciu salicylu w moczu białko, a zwłaszcza wałeczki przy badaniu osadu zebranego zapomocą wirówki elektrycznej. Należy zauważyć, że inni badacze zapomocą tej metody znajdowali wałeczki w moczu ludzi zdrowych [89%], którzy nigdy salicylu nie zażywali. Reumatycy w okresie gorączkowym miewają ślady białka w moczu przed rozpoczęciem kuracji salicylowej, a tracą je właśnie po użyciu salicylu. Autor przytacza nawet kilkanaście spostrzeżeń, wykazujących, że w przypadkach reumatyzmu, powikłanego zapaleniem nerek [niekiedy i wśierdzia] białkomocz zniknął po użyciu salicylu. Nie należy więc obawiać się salicylu ze względu na nerki. Również nie należy się go obawiać ze względu na serce. Zdrowemu sercu salicyl nie zaszkodzi, a na poczynającą się *endocarditis* salicyl działa pomyślnie. Naturalnie, że w ciężkich przypadkach zapalenia wśierdzia lub mięśnia sercowego salicyl nie pomaga. W razie ukazania się objawów zatrucia (*delirium*, niepokój, głębokie wdychania i t. d.), należy salicyl odstawić, co autor zmuszony był zrobić w 9-u przypadkach [na 341]. Dla szybszego wydzielania salicylu radzą go podawać w wodach alkalicznych. Na mocy własnego doświadczenia autor do tego stopnia jest przekonany o skuteczności salicylu, że rokowanie w reumatyzmie stawia wprost w zależności od wczesnego i racjonalnego podawania salicylu. Tam, gdzie salicyl podawano zbyt późno lub niedostatecznie, zdarzały się daleko częściej powikłania ze strony serca [w 36-u przyp. na 101], gdy tymczasem w przypadkach leczonych „prawidłowo“ takie powikłanie widział tylko 2 razy na 311 przypadków. W tych rzadkich przypadkach, w których salicyl okazał się bezskutecznym, miał autor dobre wyniki od podawania jodku potasu [3—4 grm. *pro die*] lub od kombinacji chininy z antypyriną (aa 0,5 codziennie przez zastrzykiwanie do mięśni poślankowych).

W przypadkach uporczywych używał surowicy MENZER'a [przeciwpacior-kowcowej] w dawkach po 5—20 grm. co 2 do 5-u dni. Surowica ta jest droga.

Dobre wyniki dawały wstrzykiwania do żyły kollargolu według metody CREDE'go [3 do 5-u ctm. sz. 5% go roztworu co 3—5 dni]. Po pierwszym wstrzyknięciu zjawia się silny odczyn [dreszcz, podniesienie ciepłoty do 40°]. Odczyn ten przy dalszych zastrzykiwaniach jest słabszy. Wystarcza 3—5-u zastrzykiwań.

Fizykalne metody leczenia [kąpiele, koce, mięsienie, metoda BIER'a] przynoszą niewątpliwą korzyść w okresie zdrowienia, przyspieszając zdolność do pracy, ale stosowane same przez się [bez salicylu] dają wyniki dużo gorsze. Aby się o tem przekonać, dość jest porównać wyniki leczenia metodami fizykalnymi [HAUFF'a i KLEMPERERA] ze statystyką PLEHN'a.

W 101 przypadkach HAUFF'a przeciętna długość leczenia wynosiła 41 dni [u PLEHN'a 25,3]. Nawroty zdarzały się u HAUFF'a w 21,8% przypadków, u PLEHN'a w 15%. Powikłania ze strony opłucnej u HAUFF'a istniały w 20%, u PLEHN'a—1%. Powikłania ze strony serca (*endo- et pericarditis*)

KLEMPERER zanotował 12 razy na 67-u chorych, PLEHN 5 razy na 341. Inne statystyki [np. SCHWALBE'go z Getyngi] są jeszcze gorsze.

(*Deut. med. Woch.* 1908, NN. 51 i 52).

A. Puławski.

10. G. Treupel. Leczenie dychawicy oskrzelowej (asthma bronchiale).

Napad astmy oskrzelowej [nerwowej] zależy od nagłego kurczu mięśni oskrzelowych i od rozszerzania naczyń krwionośnych błony śluzowej oskrzeli [co pociąga za sobą zwiększenie wydzieliny śluzu]. Większość autorów powstawanie astmy przypisuje wpływom nerwowym.

Ucisk pnia nerwu błędnego [np. przez nowotwór], wywołuje napad astmy t. j. skurcz mięśni oskrzeli. Kurcz ten usuwa atropina. To jest fizyologiczną podstawą leczenia napadu astmy od czasów TROUSSEAU'a. Zastrzyknięcie $\frac{1}{2}$ —1 mgr. atropiny w przeciągu 10—12 minut usuwa najsilniejsze napady dychawicy. Atropina wchodzi w skład znanych wziewań TUCKER'a i RITSERT'a (*Euphema*). TROUSSEAU dla zapobiegania napadom zalecał 4 - tygodniowe leczenie atropiną [zaczynając od $\frac{1}{2}$ mgrm. *pro die*, zwiększając co 3 dni o $\frac{1}{2}$ mgrm, aż do 4-ch mgrm.]. Dobre wyniki otrzymywał autor od zastrzyknięcia 1-go ctm. morfiny z $\frac{1}{2}$ mlg. atropiny.

Dychawica nerwowa powstawać może drogą odruchową [cierpienie nosa, przeładowanie przewodu pokarmowego, zaparcie stolca, *helminthiasis*). Szczególnie też t. zw. astma pochodzenia nosowego („*nasale*” *asthma*) była przedmiotem bezkrytycznej polipragmazy, chociaż zaprzeczyć się nie da, że w niektórych przypadkach usunięcie polipów, przypalenie dolnych muszli nosowych na pewien krótszy lub dłuższy przeciąg czasu uwalnia od napadów astmy.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje zależność astmy i astmatyków od wpływów psychicznych.

Sama myśl o napadzie, przypomnienie sobie niektórych faktów, pewnych miejscowości jest w stanie wywołać napad astmy. Sama obawa zaduszenia się wywołuje nieprawidłowy, nieporządnny oddech podczas pierwszego napadu, co wytwarza pewne złe przyzwyczajenie, które się przejawia w następnych napadach. Przez naśladowanie nieprawidłowych ruchów oddechowych, właściwych napadowi astmatycznemu, można dowolnie napad astmatyczny wywołać, przyczem nawet nie będzie brakowało charakterystycznego kataru [TALMA, STRUEBING, własne doświadczenie autora].

Stąd autor wyprowadza wniosek, że można psychicznie wpływać na zmniejszenie obawy uduszenia się i na prawidłowość ruchów oddechowych. W ten sposób można również wpływać na zmniejszenie kaszlu, który niezawsze zależy od nagromadzenia się wydzielin w oskrzelach.

Uważając astmę oskrzelową za chorobę nerwową, astmatyków zaś za neurasteników, autor kładzie szczególny nacisk na konsekwentne przeprowadzenie leczenia psychicznego u tego rodzaju chorych. Należy im wyłomaczyć sposób powstawania napadu, uspokoić co do niebezpieczeństwa, jakie im, właściwie mówiąc, nie grozi podczas napadu, należy ich nauczyć prawidłowego oddychania. Naturalnie tam, gdzie tego wymaga potrzeba, należy leczyć nieżyt oskrzeli i rozedmę płuc.

Leczenie klimatyczne, zwłaszcza też w miejscowościach górskich lub nadmorskich, wpływa dodatnio na wielu chorych: po dłuższym pobycie napady, o ile się wracają, są zwykle rzadsze i lżejsze.

W tych rzadkich przypadkach, w których na pierwszy plan występuje nieżyt oskrzeli (*bronchiolitis exsudativa*), dobre wyniki otrzymywano od lecze-

nia, w przerwach między napadami, jodkiem potasu i potami [kąpiele świetlne elektryczne].

(*Deut. med. Woch. 1908, Nr 53*).

A. Puławski.

11. J. Benderski. Czkawka i jej leczenie.

Autor ma na myśli czkawkę nerwową, chorobę, jak wiadomo, bardzo uporczywą i trudną do leczenia.

Zachęcony wynikami, otrzymywanymi przez siebie z leczenia wymiotów nerwowych płukaniem żołądka [komunikat na Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Paryżu], B. zastosował tę metodę do leczenia czkawki nerwowej. W przypadkach świeżych [1 do 3-ch miesięcy] autor widział wyleczenie na długie lata niekiedy po jednorazowym płukaniu. Czkawki, trwające po lat kilka i nie poddające się żadnemu leczeniu, ustępowały szybko i na długo po płukaniach. Jeżeli nawet wyniki tego leczenia niezawsze są trwałe, to jednak przynosi ono ulgę na pewien czas, co już jest ważne w chorobie tak uporczywej. Prawdopodobnie metoda BENDERSKIEGO ma znaczenie suggestyji.

(*Wraczeb. Gaz. 1908, Nr 50*).

A. Puławski.

AKADEMIA UMIEJĘTNOŚCI W KRAKOWIE.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 7-go grudnia 1908 r.

Przewodniczący: Dyrektor E. JANCZEWSKI.

Czł. BROWICZ przedstawia pracę ADOLFA MACIEJSZY p. t.: „Znaczenie przewodnictwa pokarmowego w powstawaniu pylicy płuc i organów jamy brzusznej”, wykonaną w Zakładzie Patologii Ogólnej Uniwersytetu Jagiellońskiego, pod kierunkiem prof. K. KLECKIEGO.

Autor karmił myszy dorosłe i młode, świnki morskie dorosłe i młode oraz dorosłe psy jadłem, mieszanem z sadzą, drobnosproszkowanym węglem lub karminem. Badania mikroskopowe ścian jelit, krezki, gruczołów krezkowych, wątroby, śledziony, nerek i szpiku kostnego powyższych zwierząt nie wykazały w tych narządach obecności pyłków, wprowadzanych do przewodnictwa pokarmowego nawet przez bardzo długi okres czasu [około dwu lat]. Nieznana liczba pyłków, znajdujących w komórkach pylicowych w płucach myszy i młodych świnek pochodzi, zdaniem autora, z przewodnictwa oddechowego; wybitną zaś pylicę płuc i gruczołów oskrzelowych dorosłych świnek oraz psów należy tłumaczyć obecnością pyłków, które się tam dostały były jeszcze przed wzięciem zwierząt do doświadczeń.

Autor na podstawie wyników badań swoich, oraz wyników badań innych badaczy wysnuwa wniosek, że pylica płuc i gruczołów oskrzelowych powstaje wyłącznie za pośrednictwem dróg oddechowych.

Pylica zaś narządów jamy brzusznej powstaje zwykle wskutek przedziurawienia pylicowego gruczołami oskrzelowymi ścian dużych naczyń krwionośnych w płucach [WEIGERT], oraz wskutek przenikania pyłków węgla wprost do krwiobiegu przez zanikające ściany naczyń krwionośnych w płucach u ludzi starszych z rozedną płuc [ARNOLD, OHKUBO]. Przewód pokarmowy tylko w tych nielicznych przypadkach może mieć znaczenie przy powstawaniu pylicy narządów jamy brzusznej, kiedy gruczoły krezkowe są pylicowe.

Czł. KOSTANECKI przedstawia pracę AD. MACIESZY p. t.: „*O wrodzonych, nadmiernie rozszerzonych otworach ciemieniowych (foramina parietalia) u ludzi*“.

Autor, opisując dwa przypadki własne nadmiernie rozszerzonych otworów ciemieniowych na czaszkach ludzkich, omawia jednocześnie 20 dotychczas znanych w piśmiennictwie podobnych przypadków. Następnie, opierając się na wynikach obserwacji własnych, zrobionych na 150-u czaszkach normalnych oraz uwzględniając 22 przypadki czaszek, posiadających nadmiernie rozszerzone otwory ciemieniowe, wysnuwa wnioski następujące:

Nadmiernie rozszerzone otwory ciemieniowe [średnica 0.4—3.6 ctm.] spotykają się niezmiernie rzadko, dotychczas bowiem znane są zaledwie 22 czaszki, posiadające takie otwory.

Otwory ciemieniowe prawidłowe, mające średnicę dochodzącą do 0.2 ctm., spotykają się w 75% czaszek ludzkich obustronnie lub tylko po jednej stronie.

Otwory ciemieniowe o średnicy dochodzącej do 0.4 ctm. spotykają się bardzo rzadko.

Powstanie nadmiernie rozszerzonych otworów ciemieniowych tłumaczy autor zgodnie z innymi badaczami zahamowaniem rozwoju kości ciemieniowej w tem miejscu, w którym zwykle tworzą się te otwory. Przyczyna zaś powstrzymania rozwoju kości ciemieniowej dotychczas nie jest znana.

Czł. MARCHLEWSKI przedstawia pracę STANISŁAWA KOZŁOWSKIEGO p. t.: „*O stosunkach zasad mineralnych do kwasów w prawidłowym moczu ludzkim*“.

Wykrycie przez BĄDZYŃSKIEGO i jego współpracowników R. GOTTLIEB'a, K. PANKA i ST. DĄBKOWSKIEGO wśród przetworów przemiany białka w ustroju całej grupy nowych związków chemicznych, które zawierały wszystkie pierwiastki, z których składa się białko, a więc także azot i siarkę—kwasów proteinowych, oraz okoliczność, że związki te są wyraźnymi kwasami i to prawdopodobnie wielozasadowymi, wysunęły naturalnym biegiem myśli pytanie, jaką rolę odgrywają wymienione związki w wiązaniu i wyprowadzaniu zasad mineralnych z ustroju. W przekonaniu, że zjawiska te znajdują wyraz w składzie moczu, autor postanowił poddać badaniu stosunki wydzielania mineralnych zasad i kwasów w moczu ludzkim.

Na podstawie dzisiejszego stanu wiadomości o składzie moczu, zdawało się uzasadnionem przypuszczenie, że gdy się oznaczy ilość wszystkich zasad mineralnych zawartych w moczu z amoniakiem włącznie, a z drugiej strony wszystkich kwasów mineralnych, jako też kwasu moczowego, kwasu hippurowego, kwasu szczawiowego, kwasów tłuszczowych lotnych i innych, w małej ilości w moczu spotykanych kwasów bezazotowych szeregu aromatycznego czyli kwasów wyciągu eterowego, względnie gdy się określi równoważniki tych zasad oraz wszystkich wymienionych kwasów i wyrazi je w sposób jednolity, to jest np. w gramach sodu [Na], to pozostanie z różnicy między równoważnikiem zasad mineralnych a równoważnikiem kwasów pewien

nadmiar zasad w porównaniu z kwasami, którym wyrazi się równoważnik kwasów proteinowych.

Autor poddał badaniom takim w 4-ch doświadczeniach mocze 3-ch osób, oddane w rozmaitych warunkach żywienia, a to po dyecie przeważnie mięsnej [2 dośw.], mieszanej i mlecznej.

Tylko w dwu doświadczeniach, mianowicie tylko po dyecie mięsnej, przeważały w moczu zasady mineralne nad kwasami, których równoważniki określono. Przewaga ta wyraziła się mianowicie w jednym z tych doświadczeń równoważnikiem równym 3.4206 grm. Na, w drugim—ilością 3.3416 grm. Na.

Po dyecie mlecznej wynik różnicy między równoważnikiem zasad a równoważnikiem kwasów był zupełnie inny. W tym przypadku brakło zasad do zobojętnienia nie tylko kwasów proteinowych, kwasu moczowego i kwasów wyciągu eterowego, lecz nawet części kwasów mineralnych. Deficyt ten wyrażał się cyfrą 1.6987 grm. Na.

Rezultat otrzymany z diety mięsnej wypadł jakby pośrodku między tymi dwoma krańcowymi wynikami.

W dyecie mięsnej wytwarzają się kwasy proteinowe, jak to wynika z badań GAWIŃSKIEGO, w większej ilości niż w dyecie mlecznej. Wytworzone w nadmiarze kwasy wyprowadziły z ustroju większą ilość zasad, które organizm miał w zapasie z diety, która poprzedzała dietę mięsną.

W doświadczeniu z diety mleczną i mieszaną, kwasy do których zobojętnienia brakło zasad mineralnych z amoniakiem włącznie, zobojętnione były niewątpliwie przez jakieś zasady organiczne. Zasady organiczne brały udział w zobojętnianiu kwasów także i w moczach diety mięsnej.

Zasady organiczne wytwarzają się więc najwidoczniej stale przy przemianie białka w ustroju i mają niepośledni udział w zobojętnianiu kwasów, które przy przemianie białka powstają.

Stopień kwaśności moczu jest tylko dalekim wyrazem powiększonego wytwarzania kwasów w ustroju. Kwaśność moczu nie zależy wyłącznie od wydzielania kwasów mineralnych [fosforowego i siarkowego], oraz kwasu moczowego i innych prostych kwasów organicznych, lecz głównie od wydzielania kwasów proteinowych; nie pochodzi ona także, a przynajmniej niewątpliwie nie pochodzi zawsze, jak to wynika ze stosunków, jakie zachodziły między ilością kwasu fosforowego a kwaśnością moczu w doświadczeniach autora z dietą mięsną,— od kwaśnych fosforanów potasowców.

Praca ta została wykonana w Zakładzie chemii lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego, pod kierunkiem prof. dra ST. BĄDZYŃSKIEGO.

Wiadomości bieżące.

— Zjazd internistów polskich odbędzie się w dniach 19-go i 20-go lipca 1909 r. w Krakowie; w razie niewyczerpania materiału, posiedzenia odbywać się będą jeszcze w dniu 21-go lipca.

Dnia 19-go lipca zrana referat główny: „Zapobieganie i leczenie gruźlicy płuc”. Dr K. RZĘTKOWSKI [Warszawa] i dr J. BRUDZIŃSKI [Łódź]. Dyskusya.

Po południu: zgłoszone odczyty.

Dnia 20-go lipca zrana referat główny: „O fizyologicznem i leczniczem działaniu radu“. Prof. K. KŁECKI [Kraków]. Referat ten poprzedzi wykład prof. dra L. BRUNNERA [Kraków]: „O fizycznych i chemicznych właściwościach radu“. Dyskusya.

Po południu: zgłoszone odczyty.

Odczyt może trwać najwyżej 20 minut, a przemówienie w dyskusyi 5 minut.

Zgłoszenia odczytów i demonstracji przyjmuje Biuro Zjazdu do dnia 1-go czerwca 1909; prace zgłoszone później, a mianowicie najdalej do dnia 15-go czerwca 1909 r., oznaczone zostaną w programie gwiazdką i mogą z braku czasu odpaść z porządku dziennego.

Nie przyjmuje się tak zwanych „tematów zastrzeżonych“.

Do dnia 15-go czerwca ma każdy prelegent przysłać do Biura Zjazdu krótkie streszczenie ze zgłoszonego odczytu.

Wkładka dla uczestników Zjazdu wynosi 20 kor. Wkładki przyjmuje skarbnik Zjazdu doc. dr E. MIĘSOWICZ. Klinika medyczna, Kopernika 15.

Zgłoszenia i odczyty przyjmuje i wszelkich informacji udziela sekretarz Zjazdu dr B. KOROLEWICZ w Krakowie, Kopernika 15.

— Wyszedł z druku zeszyt I i II kwartalnika p. t. „Przegląd Pedyatryczny“ pod redakcją: L. Andersa w Warszawie, J. Brudzińskiego w Łodzi, S. Krysiwicza w Poznaniu, prof. K. Lewkowicza w Krakowie i prof. J. Raczyńskiego we Lwowie. Redaktorem technicznym jest prof. Stanisław Ciechanowski w Krakowie. Wydawcami: L. Anders, J. Bączkiewicz, W. Banachiewicz, R. Bernhardt, M. Biehlerowa, Korybut-Daszkiewicz, E. Dytel, S. Kamieński, T. Kopeć, A. Koral, J. Kramsztyk, W. Królikowski, T. Kurella, W. Łapiński, A. Malinowski, St. Miszewski, Cz. Perdyński, M. Roszkowski, W. Rodys, Janina Salberg, W. Sawicki, K. Sędziuk, G. Severin, A. Sikorski, A. Smiechowski, J. Smoleński, J. Wołyński, S. Zembrzusi w Warszawie;—L. Łukowski, B. Żabko-Potopowicz w Wilnie;—L. Adamczewski, W. Grabowski, A. Karwowski, S. Krysiwicz, L. Mieczkowski, J. Pomorski, M. Szulc, Br. Szulczewski w Poznaniu;—L. Jastrzębski, S. Ostrowski w Petersburgu;—Juraha-Giedroyé w Mińsku;—M. Biernacki, L. Bondy, J. Brudziński, A. Goldman, S. Gutentag, W. Jasiński, F. Łukasiewicz, A. Maszlan-ka, T. Mogilnicki, Z. Prechner, S. Rotwand, H. Rozenblatówna, W. Schoenaich, A. Tomaszewski, A. Trenknerowa w Łodzi;—F. Grodecki w Kownie;—K. Bielski, S. Czarnik, K. Hornung, P. Kucharski, N. Lillien, S. Ludwig, S. Meisels, J. Münzer, S. Progulski, R. Quest, J. Raczyński, M. Sołtysik, Z. Szydłowski, A. Wachtel we Lwowie;—T. Cybulski, W. Filipkiewicz, N. Gertler, A. Gettlich, E. Grażyński, H. Hirsch, prof. M. L. Jakubowski, A. Kwaśnicki, J. Landau, R. Landau, K. Lewkowicz, A. Merz, F. Murdziński, S. Poźniak, E. Rosenblatt, T. Żeleński w Krakowie;—A. Nowiński w Kijowie;—M. Michałowicz w Częstochowie;—S. Kramsztyk w Berlinie;—Z. Czerniawski w Baku.

Zeszyt ten zawiera następujące prace: K. Lewkowicz: „O prosówce płonicy“. T. Kopeć: „Badania nad lipemią trawienną u osesków“. B. Korybut-Daszkiewicz: „Zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci“. J. Brudziński: „O zakażeniu mieszanem odrą i płonicą u dzieci“. W. Jasiński: „O plamach niebieskich w okolicy krzyża, znanych pod nazwą plam mongolskich“. Wł. Schoenaich: „O popłoniczem zapaleniu gruczołów chłonnych“. St. Kramsztyk: „Przyczynę do rozpoznawania i patogenyzy choroby Barlowa“. J. Raczyński: „O zachowaniu się chlorków w płonicy i jej powikłaniach“. Nadto znajdujemy w nim streszczenie zbiorowe p. t. „Tężyčka u dzieci w świetle nowszych badań“, napisana przez kol. T. Mogilnickiego, [Łódź], oraz liczne streszczenia, korespondencje i sprawozdania z Towarzystw. Zeszyt ten poświęcony został prof. M. L. JAKUBOWSKIEMU; streszczenie prac oryginalnych dokonane zostało

w języku francuskim przez kol. Brudzińskiego z Łodzi. Cena prenumeracyjna nowego kwartalnika wynosi rocznie 4 rub., 10 koron, 9 marek. Przepłatę przyjmuje Administracja „Przeglądu Pedyatrycznego”—Kraków, ul. Strzelecka, szpital Św. Ludwika.

— Na posiedzeniu Wydziału III [matematyczno-przyrodniczego] Warsz. Towarzystwa Naukowego dnia 7-go b. m. wygłosili wspomnienia pośmiertne: p. J. TUR o działalności prof. HOYERA i p. J. LEWIŃSKI o prof. K. JURKIEWICZU. Późem p. Z. WEYBERG miał przemówienie inauguracyjne na temat „Stan współczesny nauki o izomorfizmie”. P. ST. MIKŁASZEWSKI w imieniu p. STEFANA WRÓŃSKIEGO przedstawił „rozpadanie się w wodzie grudek rzędziny”, nadto komunikaty wypowiedzieli: p. T. BANACHIEWICZ „O związku pomiędzy pewnem twierdzeniem matematyków chińskich i formą FERMAT’a na liczby pierwsze”, i p. WŁ. GOSIEWSKI „o średniej arytmetycznej i o prawie SAUSS’a prawdopodobieństwa błędu”, p. S. DICKSTEIN zdał sprawę z dotychczasowych czynności komisji meteorologicznej.

— Dnia 7-go b. m. odbyło się zebranie Towarzystwa Hygienicznego, poświęcone sprawom budżetowym. Z budżetu, zatwierdzonego na tym zebraniu, okazuje się, że na potrzeby własne Towarzystwo rozporządza sumą 4110 rb., z czego oddaje rub. 1000 jako zapomogę redakcyi „Zdrowia”. Ogrody im. RAUA rozporządzają sumą 20000 rub. rocznie, Instytut higieny dziecięcej im. LENWALA—11000 rb., Sanatorium w Rudce przewiduje w dochodach rub. 119 kop. 50 dziennie czyli rub. 43020 rocznie, licząc 25 miejsc po rub. 1 kop. 50, 30 po rub. 2 kop. 30, 5 po rub. 2 kop. 60, w rozchodach 43750 rub., t. j. 730 rub. niedoboru, który niewątpliwie z ofiar publicznych pokryty zostanie. Na temże zebraniu uchwalono przyjąć 2 zapisy: 1) ANASTAZJI LEBIEDJEWOWEJ 3000 rub. do uznania Rady Towarzystwa Hygienicznego oraz rub. 500 na Sanatorium w Rudce i 2) ś. p. LUDWIKA GÓRSKIEGO—rub. 3000 dla delegacyi do kąpeli ludowych.

— Dnia 21-go b. m. odbędzie się w Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich konferencya w sprawie kasy dla chorych lekarzy. Jak najgoręcej zachęcamy członków Stowarzyszenia do liczego zebrania się na tę konferencyę, mającą na celu szczegółowe omówienie tej tak ważnej sprawy i przygotowanie projektu na najbliższe zebranie ogólne.

— Podobno istnieje projekt przyznawania emerytur żonom i sierotom pozostałym po lekarzach, którzy zginęli przy wykonywaniu obowiązków niesienia pomocy chorym, dotkniętym chorobami zakaźnymi, jak oto: tyfusem, cholera, dżumą, błonicą, wąglikiem, ropnicą, posocznicą. (*St. Petersb. med. Woch. 1908, Nr. 51*).

— Nakładem FISCHER’a w Jenie zacznie wychodzić czasopismo p. t. „Zeitschrift f. Immunitätsforschung und experimentelle Therapie”, redagowane przez F. FRIEDBERGER’a, B. KRAUS’a, H. SACHS’a i P. UHLENHUTH’a.

SPROSTOWANIE. W numerze 2-gim na str. 43-ej w wierszu 28-ym zamiast:

„winy“, ma być: „nerwy“.
