

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. I. J. SZMURŁO. Przyczynek do kwestyi błonicy ucha środkowego, przebiegającej pod postacią zwykłego ropienia Str. 447. KAZIMIERZ RZĘTKOWSKI. O azotemii. (Dok.). Str. 452. *Dział sprawozdawczy.* 52. HILDEBRANDT. Znaczenie urobilinuryi dla rozpoznawania i rokowania włóknikowego zapalenia płuc. Str. 457. 53. O. DAWID. Doświadczenia nad wywoływaniem przekrwienia w płucach. Str. 458. 54. S. COHEN. (Filadefia). Leczenie zapalenia płuc dużemi dawkami chlorku chininy i mocznika. Str. 458 55. HELLENDALL MARTA. Zimno lodowe, jako środek badania czynności naczyń. Str. 459. 56. MAX DOHRN. O działaniu atofanu; przyczynek do teoryi skazy moczanowej. Str. 459. *Zjazd naukowy.* FELIKS MALINOWSKI. VII Międzynarodowy Zjazd Dermatologów i Syfilidologów w Rzymie. Str. 460. *Przegląd bibliograficzny.* OTTO NAEGELI. Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Ocenil Str. KLEJN. Str. 463. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenia gastrologów 20-go grudnia 1911 r. str. 464 i 17-go stycznia 1912 r. str. 467. Posiedzenie dermatologów 7-go lutego 1912 r. str. 467. *Wiadomości bieżące.* Str. 468. Nekrologia. JÓZEF MERU-NOWICZ. ARMANER HANSEN Str. 471. Nadesłano do Redakcyi. Str. 472. *Ogłoszenia.*

I. Przyczynek do kwestyi błonicy ucha środkowego, przebiegającej pod postacią zwykłego ropienia.

Podał

J. Szmurło.

Zapalenie ucha środkowego, wywołane przez prątki LÖFFLER'a, należy wogóle do cierpień bardzo rzadkich. Tak przynajmniej każe sądzić statystyka szpitalna oraz piśmiennictwo specjalne, w którem zaledwie od czasu do czasu spotykamy spostrzeżenia, traktujące o błonicy jamy bębnekowej. Zwłaszcza wielką rzadkością odznaczają się przypadki pierwotnego błoniczego zapalenia ucha środkowego. Opisałi je KATZ (1) (jeden przypadek), DADÉ (2) (jeden przypadek), KOBRAK (3) (jeden przypadek), LEWIN (4) (jeden przypadek), KASSEL (5) i KUTSCHER (6) (po jednym przypadku), KREPUSKA (7) (jeden przypadek), STEIN (8) (3 przypadki). Temi spostrzeżeniami, zdaje się, wyczerpane zostaje piśmiennictwo, traktujące o pierwotnej błonicy ucha, przynajmniej w dostępnych mi czasopismach lekarskich.

Nawiasem wspomnę, że we wszystkich wyliczonych spostrzeżeniach błonica stwierdzoną została tak klinicznie i histologicznie (tworzenie się błon wrzekomych na błonie bębnekowej oraz w jamie ucha środkowego) iak i bakteryologicznie (obecność prątków błoniczych stwierdzona drogą hodowli oraz badania drobnowidzowego).

Coraz częściej wszakże przedsiębrane badania bakteryologiczne i drobnowidzowe wydzieliny ucha środkowego wykazują, iż w ropie z jamy bębnekowej nie tak znowu rzadko spotykamy się z lasecznikami błonicy. Nie mogę na tem miejscu przytaczać całego piśmiennictwa, dotyczącego tej kwestyi, wspomnę tylko badania GREEN'a (9), który w 101 przypadkach pierwotnego ropienia ucha środkowego 2 razy znalazł prątki LÖFFLER'a, badania KOSSEL'a (10), który w 107 podobnych przypadkach znalazł w dwu laseczniki błonnicze. CONNEILMAN i WILLIAMS (11) znaleźli laseczniki błonicy w ropie z ucha w jednym przypadku błonicy gardzieli i w dwu przypadkach przebytej odry. PODAREK (12) w trzech przypadkach ropienia z ucha, w jednym ostrego i w dwu przewlekłego, znalazł dwa razy w ropie laseczniki błonnicze razem z paciorkowcami. KOBRAK (13) w przypadku ostrego ropienia z ucha, połączonego z porażeniem nerwu twarzowego, stwierdził w ropie obecność czystej hodowli laseczników błonniczych. To mu dało pohop do wygłoszenia, wbrew zdaniu LEWIN'a, zupełnie słusznego twierdzenia, że dla rozpoznania błonicy ucha niekoniecznie jest potrzebną obecność błon wrzekomych w uchu środkowym, niezbędnem natomiast jest zbadanie wydzieliny z ucha i stwierdzenie w niej obecności prątków LÖFFLER'a. Stąd widać, że możemy mieć błonnicowe zapalenie ucha środkowego, wywołane przez laseczniki błonnicze, bez błon wrzekomych w uchu środkowym, jak to już dawno stwierdzonem zostało dla błonicy nosa i błonicy gardzieli, o czem na każdym niemal kroku naszej praktyki lekarskiej przekonać się możemy. Przypadki takie niejednokrotnie były opisywane w piśmiennictwie lekarskiem. U nas na podobne przypadki, zwłaszcza w błonicy nosa, zwracali uwagę: SĘDZIAK (14), a potem piszący te słowa (15) oraz KORYBUT-DASZKIEWICZ i MATYŁDA BIEHLER (16).

Z drugiej strony wiemy obecnie doskonale, iż w tworzeniu się błon wrzekomych na śluzówkach, a więc i w górnym odcinku dróg oddechowych, mogą brać udział nie tylko prątki LÖFFLER'a, lecz i laseczniki wrzekomobłonnicze, dalej drobnoustroje, wywołujące gryzę, paciorkowce, gronkowce, laseczniki i krętki, wywołujące zapalenie gardła, znane pod nazwą *angina Vincenti*, i inne. LÖWENBERG (18) opisał przypadek błonniczego zapalenia gardzieli i jamy nosowogardłowej z następczem zapaleniem ucha środkowego i z tworzeniem się błon wrzekomych w jamie bębnekowej, gdzie najszczegółowsze badania nie wykryły laseczników błonniczych, lecz tylko paciorkowce. GAWRYŁOW (17) opisał przypadek wrzekomo błonniczego zapalenia jamy nosowogardłowej ze znacznem tworzeniem się błon wrzekomych, w których badanie bakteryologiczne wykryło prątki PFEIFFER'a. Zimą roku 1910 miałem możność leczenia chorej w wieku lat 50, u której przy wysokiej ciepłocie wytwarzały się błony wrzekome na migdałkach i na języczku. Błony te, łatwo dające się zdejmować, były kilkakrotnie poddawane badaniu bakteryologicznemu, ani razu wszakże nie stwierdzono w nich prątków LÖFFLER'a; były natomiast

pacjorkowce i dwoinki. Przypadek ten zakończył się śmiercią przy objawach ogólnego zakażenia.

Znane są dalej i doskonale zbadane przypadki, w których ropienie zostało wywołane przez prątki błonicze. MÜLLER (19) np. opisuje przypadek błonicy sromu z następczą błonicą nosa i gardzieli i zastrzałem, w którym w ropie z palca oraz w błonach wrzekomych sromu oraz nosa i gardzieli wykryto prątki LÖFFLER'a. HALA (20) opisuje przypadek ropni podszczękowych; w ropie znalezione zostały laseczniki błonicze. GÜNTHER (21) opisuje przypadek powierzchownej ropowicy (*phlegmone*) podskórnej, gdzie w ropie znaleziono laseczniki LÖFFLER'a.

Wszystkie wyżej przytoczone fakty niezbiecie dowodzą, że sprawa tworzenia się błon wrzekomych z jednej strony, powstawanie ropienia z drugiej, są niezależne od jakiegoś specyficznego gatunku drobnoustrojów, lecz od wielu różnorodnych przyczyn; że lasecznik błonicy w jednym miejscu przy pewnym natężeniu sprawy może wywołać tworzenie się błon wrzekomych, w innym zaś, przy innych warunkach, tylko ropienie lub zmiany nieżytowe. Stąd wynika, że za jedyne kryterium decydujące musimy zawsze uważać badanie bakteryologiczne, które jedno tylko jest w stanie zdecydować, jaki drobnoustrój wywołał dany proces chorobny.

Na podstawie tego wniosku oraz faktów znanych w piśmiennictwie, i przezemnie wyżej przytoczonych, zdaje się, możnaby twierdzić, że wogóle błonica ucha, tak pierwotna jak i wtórna, należy do cierpień rzadkich i że częściej występuje w postaci zwykłego ropienia, aniżeli w postaci błon wrzekomych, tworzących się w jamie bębnekowej oraz w przewodzie słuchowym zewnętrznym. Ropienie takie może z ostrego przejść w przewlekłe i trwać lata całe, przytem w ropie z ucha zawsze znajdować będziemy prątki błonicze. Przypadek taki przewlekłego ropienia z ucha środkowego, trwającego 8 lat, opisał w roku zeszłym MEKLER (22). W przypadku tym u dziewczyny, cierpiącej 8 lat na ropienie z ucha, w zbadanej kilkakrotnie bakteryologicznie ropie z ucha znajdowano stale czyste hodowle lasecznika LÖFFLER'a. Z wywiadów okazało się, że chora przed 8-u laty przechodziła błonicę, że jej zastrzykiwano surowicę przeciwbłoniczą i że od tego czasu pozostało ropienie. Leczenie chorej zwykłymi środkami bez uciekania się do surowicy przeciwbłoniczej dało wynik zupełnie pomyślny.

Jeżeli ropienia błonicze ucha środkowego przebiegają bez powikłań, to nie zwracają na siebie zazwyczaj baczniejszej uwagi. Inaczej wszakże rzecz się przedstawia, jeżeli jako powikłanie występuje sprawa zapalna w wyrostku sutkowym. W podobnych razach rana może naraz podczas opatrunku okazać się pokrytą błonami wrzekomymi, wprowadzając w zdumienie operatora, i dopiero badanie bakteryologiczne ropy z ucha, oraz nalołów z rany, wykrywa charakter ropienia i przyczyny przykrego powikłania.

Mieszkając długo w mieście Samarze, gdzie epidemia błonicy nigdy nie wygasa i gdzie tylko zmienia się jej natężenie, dochodzące niekiedy do rozmiarów klęski, miałem możność spostrzegać cztery przypadki ropienia ucha środkowego, spowodowane przez prątki błonice. Ponieważ przypadki te przedstawiają pewne właściwości, ciekawe z punktu widzenia klinicznego, pozwalam sobie przytoczyć je w krótkości.

P r z y p a d e k 1 dotyczył kobiety, Iw-owej, l. 42, która w marcu 1906 r. zgłosiła się do usznego ambulatoryum szpitalnego ze skargą na ropienie z ucha lewego, trwające od miesiąca. Badanie wykazało: w przewodzie zewnętrznym dość obfita wydzielina ropna z domieszką śluzu; błona bębenkowa zaczerwieniona, zgrubiała; w środku przedziurawienie okrągłe, wielkości ziarnka siemienia lnianego. Chora zegarek słyszy przy samem uchu. Zalecono przemywanie ucha rozczyntem ciepłym kwasu borowego i wkraplanie wody utlenionej. Po dwu dniach w stanie chorej przedmiotowo i podmiotowo zmiany zauważyć nie mogłem. Wzięto ropę do zbadania bakteriologicznego. Codziennie suche opatrunki. Badanie bakteriologiczne, dokonane w pracowni anatomopatologicznej szpitalnej, wykazało w ropie obecność prątka błonicy w czystej hodowli. Na propozycję zastrzyknięcia surowicy przeciwbłonicy chora się nie zgodziła. Pod wpływem opatrunków ropienie zmniejszało się, aczkolwiek powoli; po dwu tygodniach leczenia chora znikła mi z oczu.

P r z y p a d e k 2-gi dotyczył dziewczynki Bu-wej, lat 10 mającej, która dwa tygodnie przed tem przechodziła, według opowiadania matki, influencję, połączoną z silnym bólem gardła i anginą. Obecnie (t. j. w marcu 1909 r.) cierpi na ból w uchu lewym. Przy badaniu widać: dziewczyna blada, anemiczna, w lewym uchu mocne zaczerwienienie i wypuklenie błony bębenkowej, ciepł. 38,5°. Zaleciłem: okłady ciepłe z płynu Burow'a w 2%-ym rozczyntu na ucho, aspirynę do wewnątrz, wkraplanie 5%-ego rozczyntu fenolu z nowokokainą w glicerynie, środek czyszczący, ewentualnie w razie wzmocnienia się bólów przekłucie błony bębenkowej. Po dwu dniach z ucha pokazała się obfita ropna wydzielina, błona bębenkowa okazała się przedziurawioną w dolnym tylnym odcinku, ciepł. 38°. **L e c z e n i e:** usuwanie ropy zapomocą przemywania ucha ciepłą wodą przygotowaną, wkraplanie do ucha wody utlenionej, sączkowanie następcze gazą wyjałowioną. Po 10-iu dniach ciepłota podwyższona, wieczorami dochodzi do 38,5°, stan ucha bez zmian, wyrostek sutkowy bolesny na dotyk, wydzielina śluzoworopna nieco skąpsza, niż w początku ropienia. Zaleciłem okłady lodowe na ucho, środek czyszczący; ciepłota spadła, bole się zmniejszyły; po kilku dniach nowe podwyższenie ciepłoty, w uchu daje się stwierdzić obrzmienie zewnętrznego przewodu słuchowego w górnej i tylnej części, wyrostek sutkowy bolesny u wierzchołka i w okolicy jamy sutkowej i znacznie obrzmiały. Wobec najwyraźniejszych objawów zapalenia wyrostka sutkowego i podwyższonej ciepłoty, zaproponowałem trepanację, której dokonałem na trzeci dzień w miejscowym szpitalu Czerwonego Krzyża, urządzonym według wszelkich wymagań szpital-

nictwa, w asystencji kolegów WORONCOWA i NIENIUKOWA. Wyrostek sutkowy okazał się w stanie ostrego zapalenia; w niektórych komorach znajdowałem ropę, zmieszaną ze śluzem, w innych obrzmienie błony śluzowej, ziarninę. Ściany komór nie były zniszczone, w *antrum* ropa i ziarnina. Po wyczyszczeniu wyrostka sutkowego, usunięciu wszystkich części, chorobowo zmienionych, otwarciu *antrum* i przemyciu rany wyjąłowym roztworem fizyologicznym NaCl, a potem wodą utlenioną, ranę zatamponowałem i nałożyłem z góry i z dołu po 2 szwy, pozostawivszy środkową część rany niezasytą. Po operacji chora czuje się bardzo dobrze, ciepłota wieczorem spadła do 37°, na drugi dzień zrana 36,5°, a wieczorem 37,2°. Na trzeci dzień wieczorem ciepłota znowu podniosła się do 38°, wskutek czego następnego dnia zrobiłem pierwszy opatrunek. Podczas opatrunku znalazłem, że brzegi cięcia skórniego zaogniły się szwy miejscami się rozeszły, wskutek czego zdjąłem je, przyczem okazało się, że powierzchnia rany operacyjnej pokryta jest miejscami szarobiaławym nalotem. Nalot oraz wydzielinę z ucha środkowego posłałem do zbadania w pracowni bakteryologicznej dra KAWECKIEGO. Ranę zampendzlowałem nalewką jodową i opatrzyłem gazą jodoformową. Po dwu dniach otrzymałem odpowiedź, że w hodowli, wziętej z rany, oraz w ropie z ucha stwierdzono obecność laseczników błoniczych z niewielką liczbą innych drobnoustrojów. Chorej, po naradzie z kolegami: GOLISZEWSKIM i BUDNIKOWEM, zastrzyknąłem 2,000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej i ranę podczas opatrunków począłem przemywać pyocyanażą. Po 5-iu dniach rana zupełnie się oczyściła, po 10-iu dniach znikły w wydzielinie z rany prątki błonicze; ucho środkowe suche. Po czterech tygodniach zupełne wyzdrowienie.

Epicrisis. W przypadku tym, u chorej, która najprawdopodobniej przeszła błonicę gardzieli, rozpoznaną jako zwyczajne torebkowe zapalenie migdałków, rozwinęło się następnie zapalenie ucha środkowego, które w końcu przeszło i na wyrostek sutkowy. Po dokonanej operacji, wobec zmienionych warunków anatomicznych, pozostałe w jamie bębnowej, a nawet i w jamie sutkowej, prątki LÖFFLER'a wytworzyły na powierzchni rany błony wrzekome. Surowica przeciwbłonicza oraz pyocyanaża w prędkim czasie zrównoważyły działanie toksyn błoniczych, zniszczyły drobnoustroje i sprawa cała prędko bez przeszkody uległa zupełnemu zagojeniu.

[D. n.]

*

II. Z ODDZIAŁU II-GO W SZPITALU WOLSKIM W WARSZAWIE.

O azotemii.

Podał

Kazimierz Rzętkowski,

Ordynator oddziału.

(Dokończenie. — Patrz № 16).

Zobaczymy z kolei, jak zachowuje się azot niebiałkowy krwi w innych chorobach. W marskości wątroby zanikowej azot ten nie ulega wzmożeniu (0,46‰), w marskości przerostowej z żółtaczką powiększa się on nieco (0,63‰), co prawdopodobnie świadczy o wzmożonym rozpadzie azotowych elementów protoplazmatycznych. W cukrzycy bez powikłań nerkowych liczby dla azotu niebiałkowego ulegają nieznacznemu zwiększeniu się. W moich 2-u przypadkach cukrzycy średnio ciężkiej z objawami lekkiej acydozy cyfry dla N-niebiałkowego były 0,59% i 0,6%. I w tych przypadkach chodzi niewątpliwie o wzmożoną przemianę azotową wogóle (tak jak w marskości przerostowej), skutkiem czego występuje nieznaczna azotemia — nie *e retentione*, lecz raczej *e superproductione*.

Jak zachowuje się azot krwi niebiałkowy w przypadkach zaburzenia krążenia na tle niedomogi mięśnia sercowego (wskutek wad zastawkowych, rozedmy płuc etc.)?

Na to pytanie odpowiedzieć możemy na zasadzie 9-u następujących przypadków (patrz tablica II).

Jak widzimy z tablicy powyższej we wszystkich tych przypadkach ze strony nerek nie mieliśmy żadnych zaburzeń poważniejszych prócz właściwego niedomodze serca zmniejszenia ilości moczu. W 7-u na 9 przypadków powyższych ilości N niebiałkowego były prawie jednakowe z bardzo nieznacznymi wahaniami od 0,52‰ do 0,59‰. Wobec tego mamy prawo wyprowadzić z nich średnią, która wyniesie 0,57‰ N niebiałkowego t. j. 1,19 mocznika na litr krwi, niezależnie od obecności w moczu śladów białka, od obecności sinicy, obrzęków, lub nie. W dwu pozostałych przypadkach stwierdzamy mniej lub więcej wyraźne zmniejszenie się ilości N niebiałkowego. Na zasadzie danych powyższych twierdzić możemy, że w przypadkach niedomogi serca ilość N niebiałkowego we krwi bywa najczęściej (77%) nieco powiększona, rzadziej zmniejszona, i to niezależnie od napięcia wogóle objawów klinicznych sprawy niedomogowej.

Zwróćmy się wreszcie do zapalenia nerek, w którym azotemia, zdaniem wyżej wspomnianych autorów francuskich, ma mieć

T A B L I C A II.

N ^o .	Azot niebiałk. ‰	Białko w moczu	U W A G I
1	0,59	0	Lat 31. Vit. cord. Dyscompensatio. Cyanosis Obrzęki małe.
2	0,57	śląd	Lat 60. Dyspnoe. Cyanos. Obrzęki duże. Mocz $\frac{750}{1020}$. Dyscompensatio cordis.
3	0,53	$\frac{1}{2}$ ‰	Vit. et insuff. m-li cordis. Mocz $\frac{200-800}{1028}$ lat 52.
4	0,57	0	Lat 40. Cyanos. Emphys. pulm. Adynam. cord. bez obrzęków.
5	0,57	0	Lat 42. Adyn. cord., emphys. pulm. bez obrzęków.
6	0,56	śląd	Adyn. cord., dyspnoe, cyanos. Olbrzymie obrzęki. L. 33. Mocz $\frac{210}{1026}$
7	0,39	śląd	L. 50. Insuff. m-li cordis. Obrzęki małe.
8	0,46	0	Vit. cordis. Dyscompens.
9	0,52	śląd?	Vit. cordis. Dyscompens. Obrzęki.

dotychczas znaczenie jedyne go niezawodnego objawu, pozwalającego na postawienie bardzo ścisłego rokowania co do zejścia sprawy chorobnej i co do czasu.

JAVAL w swej pracy (5) o azotemii twierdzi, że prognoza w danym przypadku choroby BRIGHT'a jest tem gorsza, im zatrzymanie mocznika we krwi jest silniejsze. Jeżeli azotemia w danym przypadku wynosi 2—3 grm., to zejście śmiertelne jest kwestyą miesięcy lub tygodni (JAVAL 5 str. 485, WIDAL 4 str. 624). Najmniejsze stopnie azotemii (*les petites azotémies*), wynoszące zdaniem WIDAL'a 0,5—1‰ mocznika, nie są objawami bezpośrednio fatalnymi. Złe rokowanie zaczyna się od 2‰ mocznika; ilości powyżej 3‰ świadczą o rychłym zejściu śmiertelnem sprawy. Pod względem ciężkości objawów w zależności od ilości mocznika we krwi, JAVAL (5) odróżnia następujące postaci azotemii: 1) *azotémies rapides, foudroyantes* (6 przypadków), które kończą się śmiercią w parę dni. Ilość mocznika w tych przypadkach wynosiła 2,02—6,32‰. Byli to chorzy na zapalenie nerek, z objawami mocznicy, ze wzmożeniem ciśnieniem, obrzękami i t. p. Żyli oni 10—2 dni od chwili stwierdzenia u nich we krwi, w płynie obrzękowym z opłucny, lub w płynie mózgowo-rdzeniowym „wielkiej” azotemii. 2) *azotémies progressives* (6 przyp.), w których ilość mocznika we krwi wzrasta mniej lub więcej szybko aż do cyfr nadmiernych. W tych razach przebieg bywa nie tak szybki, lecz

choroba również kończy się śmiercią po dojściu liczb dla mocznika do znacznie wyższych wysokości. 3) *grandes azotémies à rémissions* (2 przyp.). Tu chodzi o chorych z mocznikiem we krwi powyżej 2‰, u których liczby dla mocznika mogą obniżyć się do normy (np. z 2‰ do 0,45—0,49‰; z 2,2‰ krwi do 0,77‰ w płynie mózgowo-rdzeniowym). Chorzy tej kategorii mają żyć dłużej (10,7¹/₂ miesięcy). 4) *grandes azotémies ambulatoires* (4-y przyp.), w których, jak mówi JAVAL (5 str. 496) „*les symptômes cliniques paraissent être en antagonisme avec les symptômes sanguins*” t. j. u których mamy wybitną azotemię bez równie wybitnych objawów zatrucia moczowego. Chorzy tej kategorii prędzej czy później umierają na mocznicę. Ilość mocznika wynosi u nich 2—3‰.

Taką jest klasyfikacja JAVAL'a. Już na pierwszy rzut oka uznać musimy ową klasyfikację za nader sztucznie skonstruowaną. Czyż bowiem chorzy, należący do kategorii 1 (*az. rapide*) różnią się od chorych kategorii 2 (*az. progressive*) w rozwoju tej ostatniej? A dalej, w jaki sposób np. możemy stwierdzić z góry, że dany chory, u którego znajdujemy dziś 2‰ mocznika we krwi (a zatem *az. grande*) nie przejdzie pod wpływem leczenia energicznego do kategorii azotemii „*à rémissions*”, w której rokowanie co do czasu zejścia jest pomyślniejsze. Że tak bywa rzeczywiście, tego dowodzi przypadek opisany przez tegoż JAVAL'a wspólnie z MOSNY'm i LÉVY-BRÜHL'em (7), dotyczący chorego na zapalenie nerek skutkiem zatrucia Pb, który pomimo 4,22‰ mocznika w surowicy i 3,77‰ w płynie mózgowo-rdzeniowym dnia 18-go kwietnia żył jeszcze d. 7-go listopada, mając w surowicy już tylko 1,76‰ mocznika. Przez cały czas pobytu w szpitalu występowały u tego chorego mniej albo więcej ciężkie objawy mocznicy.

Z dotychczasowych prac klinicystów francuskich o azotemii w mocznicach i jej znaczeniu prognostycznym, które tu w zarysie streściłem, to tylko jedno wywnioskować możemy, że powiększanie się cyfr azotu niebiałkowego we krwi chorych na zapalenie nerek powyżej 2‰ jest objawem *mali ominis*, że wszelako niezależnie od ilości mocznika we krwi i od natężenia objawów mocznicy niepodobna z całą pewnością twierdzić, że dany przypadek jest beznadziejny, i że kwestya zejścia śmiertelnego jest w danym razie kwestyą dni czy tygodni.

Tyle o poglądach autorów francuskich, na znaczenie azotemii w chorobie BRIGHT'a.

Przejdźmy do rozpatrzenia moich własnych w tej mierze wyników. Zestawmy przedewszystkiem następujące przypadki, dotyczące N-niebiałkowego we krwi chorych na mocznicę (patrz tablica III).

Z zestawionych w tablicy powyższej przypadków w 2-m i 7-m badano krew prawie bezpośrednio przed zejściem śmiertelnym, bo w agonii. Mimo to w 2-m stwierdzono prawie półtrzecia raza tyle mocznika we krwi, co w 7-m. Największą liczbę dla mocznika stwierdzono w przypadku 1, który żył o kilka dni dłużej, niż przypadki 2 i 7. Stąd wniosek, że rokowanie o najbliższym losie chorych w stanach uremicznych, opie-

T A B L I C A III.

N ^o	Azot niebiałk. ‰	Mocznik ‰	U W A G I
1	3,36	7,19 (!)	Neph. interst. chron. Uraemia: St. gravis. † w kilka dni po badaniu krwi.
2	1,83	3,81	Coma uraemic. Anuria, agonia. l. 28. Neph. parench. chr.
3	0,9	1,93	Uraemia laevis. Ciśn. tętn. 22—23. T. 48—54. Neph. interst. chron. Wypis. bez poprawy.
4	0,87	1,86	Neph. acuta. Uraemia, hydrothorax. Alb. 8—9‰.
5	0,84	1,79	Neph. interst. chron. Uraemia lekka. Bez obrzęków.
6	0,81	1,73	Uraemia. Neph. acuta. Obrzęki 4‰ Alb.
7	0,7	1,49	Uraemia gravis. Agonia. Neph. acuta.

rające się wyłącznie na liczbach dla azotemii jest równie niepewne, jak wogóle każde rokowanie, oparte nie na całokształcie objawów, lecz tylko na jedynym objawie. To prawda, że stanom uremicznym towarzyszą zazwyczaj duże ilości N niebiałkowego we krwi. Moje cyfry, w tablicy III zestawione, potwierdzają to, zresztą dawno już znane zjawisko. I pod tym względem, jeśli by chodziło o spożytkowanie cyfr dla azotemii w celach rozpoznawczych, dla odróżnienia np. stanów uremicznych od innych stanów chorobnych o wyglądzie zbliżonym (ogólne objawy mózgowie), to stwierdzenie np. sporej azotemii w danym przypadku przemawiałoby za tłem uremicznym, brak jej — za tłem np. padaczkowym, wybroczynowym i t. p.. Co się zaś tyczy prognozy, to ta dotychczas w zatruciu moczowem nie wiele pożytku z badań w kierunku azotemii odnieść może.

W przypadkach choroby BRIGHT'a bez mocznicy cyfry dla N niebiałkowego we krwi stwierdziłem następujące: (patrz tablica IV).

Z zestawienia powyższego widzimy, że azotemia, wprawdzie w stopniu nieznacznym, jest zjawiskiem pospolitem w chorobie BRIGHT'a. W niektórych przypadkach liczby dochodzą tu do tych, jakie JAVAL i WIDAL zakwalifikowali by niewątpliwie do „*azotémies grandes*” (przypadek 4-y), mimo to mocznicy w tym przypadku nie było. Natomiast w tablicy III-ej spotkaliśmy liczby znacznie mniejsze u agonizantów *in uraemia* (nb przyp. 7). Wzmoczenie też N-niebiałkowego bez żadnych oznak mocznicy grożącej stwierdziłem u chorych ze zwyrodnieniem mączkowatym (*deg. amyloidea*) nerek w dwu przypadkach (0,896 N = 1,92 mocznika ‰ i 0,52 N = 1,11‰ mocznika).

T A B L I C A IV.

N ^o	Azot niebiałk. ‰	Mocznik ‰	U W A G I
1	0,47	1,0	Nephr. acuta. Alb. 3‰. W 2 tygodnie wypis. zdrów.
2	0,8	1,71	Nephr. acuta. Alb. 6 — 8‰. Przesięki. Wyzdrowienie.
3	0,69	1,48	Nephr. interst. chronica. Alb. 2‰. W anamnezie napady uremiczne. Ciśnienie tętn. 230 mg. Hg.
4	1,03	2,2	Nephr. parench. chron. Alb. 9—10‰. Obrzęki, przesięki.
5	0,36	0,77	Nephr. parench. chron. Olbrzymie obrzęki. Alb. do 7‰.
6	0,67	1,43	Nephr. interst. chron.. Alb. 1/2‰.

Z porównania cyfr dla N niebiałkowego w stanach uremicznych w *nephritis acuta* (np. Tabl. III przyp. 4, 6, 7) z cyframi dla *nephritis chronica* zauważymy, że w ostrem zapaleniu nerek dochodzi do mocznicy, nie raz bardzo ciężkiej, przy cyfrach dla azotemii stosunkowo znacznie niższych, niż te, przy jakich chorzy chroniczni nie ujawniają ani śladu uremii. Prawdopodobnem jest tedy, że chorzy chroniczni zwolna przywykają do swej azotemii i potrafią znosić o wiele większe ilości N-niebiałkowego we krwi, niż chorzy z *nephritis acuta*. Chodzi tu, jak to już miałem sposobność zaznaczyć na innem miejscu (3), o *sui generis* „mitrydatyzm“ wobec autointoksykacyi, o zaprawienie się swoiste komórek ośrodków do znoszenia bez szkody dla siebie znacznych ilości trucizn, krążących we krwi. To zaprawienie się komórek t. j. zwiększanie się tolerancyi ustroju na krążące w sokach jego jady robi dla ustroju nieszkodliwemi nawet większe stopnie azotemii.

Wnioski do jakich dojść możemy na zasadzie rozważań powyższych są następujące:

1. Największe ilości azotu niebiałkowego stwierdzamy we krwi chorych na zapalenie płuc włóknikowe oraz na chorobę BRIGHT'a.

2. W zapaleniu płuc włóknikowem nawet znacznego stopnia „azotemia“ zazwyczaj nie ujawnia się zgoła żadnymi objawami zatrucia moczowego.

3. W przypadkach mocznicy ilość N-niebiałkowego we krwi zawsze przewyższa normę.

4. Moczniczy w zapaleniu nerek ostrem towarzyszą ilości N niebiałkowego stosunkowo mniejsze, niż moczniczy w zapaleniu nerek przewlekłym.

5. Stwierdzenie we krwi chorego sporych nawet ilości N niebiałkowego nie jest oznaką niezawodną grożącego choremu rychłym zejściem śmiertelnym zatrucia moczowego.

PIŚMIENICTWO.

1. H. STRAUSS. Die chronischen Nierenentzündungen in ihrer Einwirkung auf die Blutflüssigkeit. 1902. 2. G. ASCOLI. Vorlesungen über Uraemie. 1903. 3. K. RZĘTKOWSKI. O zawartości suchej substancji, azotu całkowitego i azotu niebiałkowego we krwi.. Pamiętn. Tow. Lek. Warsz. r. 1904. 4. FERNAND WIDAL. Le pronostic dans le mal de BRIGHT.. Bull. et Mém. de la Soc. des Hop. de Paris. 1911. № 37. 5. A. JAVAL. La grande azotémie. Ses formes, son pronostic, étudiés par le dosage méthodique de l'urée.. Soc. des Hop. 1911. № 34, str. 485. 6. FR. ARONSSOHN. Sur le dosage d'urée dans le sang. Soc. de Biologie. 1911. t. LXXI, № 24, str. 346. (Zestawić z A. JAVAL. Sur le dosage d'urée dans le sang. Ibidem. № 31, str. 399). 7. MOSNY, JAVAL. et LÉVY-BRÜHL Note sur un cas de grande azotémie avec survie exceptionnellement prolongée. Soc. de Hop. 1911, № 32, str. 374.

Warszawa, w lutym 1912.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. Hildebrandt. Znaczenie urobilinuryi dla rozpoznania i rokowania włóknikowego zapalenia płuc.

Autor zaznacza, że w piśmiennictwie zbyt mało zwraca się uwagi na urobilinurę, która towarzyszy niepowikłanemu, włóknikowemu zapaleniu płuc. Jak wiadomo, w kiszkach pod wpływem bakterji powstaje z bilirubiny i bilwerdyny — urobilina, skąd drogą krwi dostaje się do wątroby; tam komórki wątroby zabierają ją zapomocą naczyń włoskowatych krwionośnych i oddają ją drogą naczyń włoskowatych żółciowych, stąd powraca ponownie do kiszek, część tylko mała nie przechodzi przez wątrobę i wydziela się przez nerki drogą krwiobiegu. Otóż przy zapaleniu płuc ilość urobiliny może być zwiększona dla następujących powodów: 1) przy rozpadzie czerwonych ciałek z wysięku płucnego z hemoglobiny powstaje w wątrobie większa ilość bilirubiny, co prowadzi w sposób powyższy do powiększenia ilości urobiliny w kiszkach. Tym sposobem wątroba musi spełniać nadmiar pracy przy przerabianiu barwika krwi na bilirubinę i następczem wchłanianiu większej ilości urobiliny. Przy niedość doskonałej czynności komórek wątroby, pewna część urobiliny, która nie zostaje wchłonięta przez wątrobę, dostaje się do obiegu krwi względnie do moczu. 2) Jeżeli nawet komórki wątrobowe działają prawidłowo, to powstaje w sposób wyżej omówiony przeładowanie wątroby urobiliną, przez co znowu znaczna jej część dostaje się do moczu.

W przebiegu niepowikłanego włóknikowego zapalenia płuc ilość urobiliny w moczu wznaga się nagle w okresie wchłaniania się wysięku. Jestto, zdaniem autora, rzecz cechująca. Jeżeli zapaleniu płuc towarzy-

szy zapalenie mięszone wątroby, krzywa urobiliny wznosi się przed okresem wchłaniania wysięku w płucach lub pozostaje wysoką przez czas dłuższy po wessaniu się sprawy płucnej.

Rzecz jasna, iż ma to znaczenie praktyczne ze względu na ewentualną potrzebę leczenia i rokowania chorób wątroby.

Marta Erlichówna.

(*Zeitschrift für klinische Medizin* t. 73, Nr. 3—4).

53. O. Dawid. Doświadczenia nad wywoływaniem przekrwienia w płucach.

Autor dokonał szeregu doświadczeń w celu wywołania przekrwienia w płucach. Przekonał się, że jedynie dobre wyniki w tym kierunku daje wdychanie tlenu, znajdującego się pod zmniejszonym ciśnieniem. W ostatnim celu autor zamykał króliki do klatek, w których oddychały tlenem, i badał płuca mikroskopowo i chemicznie. Okazało się, że przy oddychaniu tlenem 10%-ej atmosfery następuje największe przekrwienie, a tkanka płucna nie ulega uszkodzeniu, jak to ma miejsce przy oddechaniu tlenem o większym stężeniu.

Autor przypuszcza, że większe ukrwienie w tych warunkach jest wynikiem przekrwienia nabłonka wskutek powiększonej pracy. Opierając się na swych wnioskach, autor zbudował przyrząd do wywoływania przekrwienia w płucach u ludzi i obiecuje ogłosić wynik swoich odnosnych badań.

Marta Erlichówna.

(*Zeitschrift für klinische Medizin* t. 78, Nr. 5—6).

54. S. Cohen (Filadefia). Leczenie zapalenia płuc dużymi dawkami chloru chininy i mocznika.

Istnieje tradycja (czy przesąd? p r z y p. s p r a w.), że wczesne podanie chininy „przerывa“ napad zapalenia płuc. Autor widział przypadek, w którym chory przez omyłkę zażył w ciągu 5-iu godzin 4 grm. siarczanu chininy w dwie godziny po dreszczu wstrząsającym, zapowiadającym (?) zapalenie płuc. P n e u m o n i a nie doszła do skutku. GALBROITH (1904) wznowił leczenie zapalenia płuc dużymi dawkami chininy. Autor przeprowadził szereg spostrzeżeń nad tym środkiem w szpitalach filadelfijskich. Stosował chininę podskórną w postaci podwójnego chlorku chininy i mocznika w ilości 6-10 grm. w ciągu 48—60 godzin. Rozpoczął od 1-go grm., powtarzając tę dawkę 3—4 razy w 3 godziny, to samo na drugi dzień, a, o ile była potrzeba, to i na trzeci, poczem przez jakiś czas podawał jeszcze chininę *per os* w małych dawkach (0,3—0,6 dziennie). Nigdy nie zauważył objawów zatrucia. Ciężota opadała stopniowo, jak również zmniejszała się częstość oddechu i tętna, chorzy czuli się podmiotowo dobrze, przestawali bredzić, choroba przebiegała *per lysin*, bez potów. Na objawy miejscowe chinina nie okazywała żadnego wpływu. Tępość, oddech oskrzelowy, krepitacje trwały jak zwykle; zdarzały się pogorszenia w razie szerzenia się sprawy (wtedy znów stosowano wstrzykiwania chininy). Zachowanie się chlorków w moczu nie odstępowało od zwykłej normy. Działanie chininy może być w tych razach, zdaniem autora, nie bakteryobójcze, tylko antytoksyczne i chemiczne, ale dla chorych korzystne. W ten sposób leczono 87 przypadków, z których zmarło 16. Odsetka śmiertelności w szpitalach filadelfijskich (mianowicie w t. zw. szpitalach powszechnych) w zapaleniu płuc jest zwykle wy-

soka (25%—50%). Autor zaznacza, że stosował chininę tylko w przypadkach ciężkich i że nawet w przypadkach śmiertelnych choroby podczas leczenia podmiotowo czuli się lepiej, niż po innych środkach. Szkoda tylko, że autor jak sam się przyznaje, niezależnie od chininy stosował kamforę, wyskok, naparstnicę, środki moczopędne, o ile były potrzebne (*when symptomatically indicated*).

(*The amer. Jour. of the med. sciences. 1912. Nr. 1*).

55. Hellendall Marta. Zimno lodowe, jako środek badania czynności naczyń.

Autorka wykonała szereg doświadczeń pletysmograficznych nad 32-u osobnikami ze zdrowymi albo choremi tętnicami, aby skontrolować pracę OTFRIED'a MÜLLER'a nad wpływem zmiany temperatury na krzywe pletyzmograficzne. Badała wpływ zimna zapomocą przykładania kawałka lodu na *sulcus bicipitalis internus*. Autorka dochodzi do przekonania, że sposób MÜLLER'a nie nadaje się do decydowania o sprawności tętnic z następujących powodów: 1) doświadczenia, wykonywane na tym samym osobniku i w tych samych warunkach, dają za każdym razem inne wyniki; 2) u chorych z wybitnym stwardnieniem tętnic pod wpływem zimna odchylenia krzywych bywają czasem silniejsze, niż u zdrowych; 3) niema żadnej charakterystycznej różnicy między nachyleniem krzywej u zdrowych i u chorych osobników; 4) u osobnika z chorobą RAYNAUD'a krzywa dwukrotnie podniosła się, zamiast spaść, po przyłożeniu lodu; 5) wpływy psychiczne, pod którymi tętnice rozszerzają się lub zwężają, czynią niemożliwymi jakiekolwiek wnioski o sprawności tętnic, np. autorka zauważyła, że na widok lodu krzywa spada silniej, niż po przyłożeniu go—i nazywa to reakcją psychiczną.

Zeitsch. f. klin. Mediz., t. 47, z 3—2).

Marta Erlichówna.

56. Max Dohrn. O działaniu atofanu; przyczynek do teoryi skazy moczanej.

Autor zastrzykiwał kwas moczowy do żyły chorych na skazę moczaną. Przez 3 dni chorzy wydzielali zaledwie 50% tego kwasu. Po zażyciu atofanu wydzielanie się kwasu moczowego powiększyło się ponad normę u niektórych chorych, u innych działanie było niejednakowe, a w niektórych przypadkach były takie dni, kiedy podanie atofanu nie miało żadnego wpływu na wydzielanie kwasu moczowego. To samo daje się zauważyć w stosunku do kwasu moczowego, wytwarzanego przez sam organizm. Wyniki doświadczeń są bardzo zmienne, nawet u jednego i tego samego osobnika w różnych porach, co zupełnie się zgadza ze spostrzeżeniami nad leczeniem skazy moczanej wogóle.

Co się tyczy przyczyn, wywołujących skazę moczaną, to autor sądzi, że w tym stanie chorobnym, z powodu nienormalnego działania fermentów na nukleoproteidy, zasada bez uprzedniego odszczepienia się od nukleiny przechodzi przez utlenienie w kwas moczowy. Ciała te dostają się do krwi w postaci soli, nie mających własności moczopędnych i dlatego nie mogą być wydzielane z organizmu drogą nerek.

Marta Erlichówna.

(*Zeitschrift für klinische Medizin t. 74, Nr. 5—6*).

VII Międzynarodowy Zjazd Dermatologów i Syfildologów w Rzymie.

Podał

Feliks Malinowski.

Na Zjeździe były rozpatrywane 3 główne tematy:

I. Jaki wpływ wywarły nowe zdobycze etyologiczne, rozpoznawcze i doświadczalne na kierunek leczenia syfilisu, na możliwość uodpornienia i leczenia radykalnego lub poronnego tej choroby.

II. Rezultaty leczenia fizykalnego chorób skórnych.

III. Blastomykoza, sporotrychoza i stosunek ich do spraw analogicznych.

Jak należało oczekiwać, najwięcej zainteresowania wzbudził 1-szy temat, a szczególnie sprawa leczenia syfilisu zapomocą salwarsanu, i na ten temat wygłoszono najwięcej odczytów.

Referentem głównego tematu był NEISSER, który chociaż na zjazd, skutkiem nieszczęśliwego wypadku złamania kości nie przyjechał, jednak przesłał swoje wywody. W skróceniu brzmią one mniej więcej w następujący sposób: Odnalezienie krętków białych i serodyagnostyka dają możliwość rozpoznania syfilisu nawet wtedy, gdy niema wyraźnych objawów klinicznych. Stwierdzono doświadczalnie, że w znacznej części przypadków rozprzestrzenienie się krętków białych po całym ustroju następuje jeszcze, zanim zjawia się pierwotne owrzodzenie. Doświadczalnie stwierdzono na osobnikach zakażonych trypanozomami, jak również krętkami, że zupełne wyleczenie można osiągnąć tem pewniej i łatwiej, im wcześniej zacząć kurację. Z tego wynika, że ogólne leczenie syfilisu należy rozpoczynać w każdym podejrzanym przypadku natychmiast po ustaleniu rozpoznania zapomocą odnalezienia krętków białych i badań serodyagnostycznych.

Nie mamy żadnego dowodu, żeby po wyleczeniu syfilisu pozostawała zupełna niewrażliwość na krętki białe, odwrotnie, wyleczone zwierzęta i ludzie mogą być na nowo zarazani, ta powtórna choroba przebiega w taki sam sposób, jak i pierwsza.

Ustrój zaś zakażony syfilisem posiada, szczególnie w pierwszych latach, znaczną, choć nieabsolutną, niewrażliwość skóry na nowe zakażenie. Tę względną niewrażliwość udaje się jednak zwyciężyć zapomocą wprowadzenia znacznej ilości zarazków i wywołać miejscowo superinfekcję: w pierwszych tygodniach po zakażeniu, zanim choroba stanie się ogólną, można wywołać nowe owrzodzenie pierwotne, jak również w latach późniejszych przebiegu syfilisu, jeśli zaszczepienie nastąpiło w części ciała, wolnej już od zarazków. Postać objawów superinfekcji odpowiada zazwyczaj okresowi choroby. Do tej pory nie udało się jeszcze osiągnąć u zwierząt czynnej lub biernej odporności (seroterapia), jednakowoż doświadczenia KRAUS'a i SPITZER'a pozwalają przypuszczać, iż jest ona możliwą. Ogólne leczenie przymiotu należy postawić na pierwszym planie, jednak trzeba uwzględnić zarazem leczenie miejscowe. Leczenie syfilisu bez uwzględnienia metody serodyagnostycznej jest niemożliwe. Odczyn dodatni jest niewątpliwą oznaką zakażenia ustroju, ale również i reakcja ujemna, oceniona krytycznie, posiada ważne rozpoznawcze znaczenie. Dzięki serodyagnostyce przychodzimy do wniosku, że poprzednia meto-

da leczenia przymiotu była zupełnie niedostateczna i przeważna liczba syfilityków pozostawała niewyleczona.

W każdym pojedynczym przypadku leczenie powinno być tak energiczne, jak tylko to może znieść ustrój chorego. Zastrzykiwaniom należy dać pierwszeństwo przed wcieraniami i wewnętrznym leczeniem ze względu na większą pewność.

Jak stwierdza doświadczenie, prawdziwymi leczniczymi środkami, t. j. takimi, które nie tylko usuwają objawy, lecz i zabijają zarazki syfilisu, są następujące: rtęć, atoksyl i jego pochodne, arsenofenylglicyna, salwarsan i preparaty antimonu, daleko niepewniej działa jod i chinina. Atoksylu i jego pochodnych lepiej unikać z obawy ujemnego działania na nerw wzrokowy, zaś rtęć, arsenofenylglicyna i salwarsan stanowią drogocenne i niezbędne środki lecznicze. Chociaż rtęć i salwarsan, odpowiednio długo i energicznie stosowane, mogą każde oddzielnie wywołać odpowiedni efekt leczniczy, jednakowoż pod każdym względem daleko lepiej jest stosować leczenie mieszane rtęci z salwarsanem: w taki sposób można uniknąć stosowania zbyt dużych dawek pojedynczych środków, gdyż sumujemy ich działanie, również jedne krętki lepiej poddają się działaniu rtęci, a inne salwarsanu, więc w każdym razie zastosujemy środek odpowiedni. Chociaż Ehrlichowskie wyjałowienie ustroju (*Therapia sterilisans magna*) może mieć miejsce, jednakowoż ze względu na obecne spostrzeżenia leczenie powinno być chroniczne: z jednej strony należy stosować środki silnie działające, zabijające krętki, z drugiej strony środki, wstrzymujące rozwój tych pasożytów; w każdym razie działanie to powinno trwać przez dłuższy przeciąg czasu. Otrzymany w przeciągu pierwszego roku na stałe odczyn ujemny pozwala wprowadzić na pewne złagodzenie kuracyi w następnych latach, lecz nigdy na jej zaprzestanie. Szczególniej intensywnego i konsekwentnego leczenia wymagają chorzy w późniejszym okresie z reakcją WASSERMANN'a dodatnią. Trudność wyleczenia wtędy, być może, zależy od specjalnej postaci, którą przyjmują krętki blade (spory, otoczki). Dobrze więc wtenczas dołączyć zabiegi wodolecznicze, preparaty jodu i t. d.

Od czasu wprowadzenia 606 do leczenia syfilisu należy je skutecznie w następujący sposób:

I. Zaczynać kurację jak tylko można najwcześniej.

II. Używać dużych dawek 606, wielokrotnie i śródryźnie, ewentualnie w połączeniu z 3—4 śródmięśniowemi zastrzykiwaniami arsenofenylglicyny (408) 0.3—0.5 tygodniowo.

III. Prawie zawsze łączyć powyższe leczenie z energiczną kuracją rtęciową, przecięciowo 0.7 rtęci. Najlepiej stosować zastrzykiwania oleju szarego, ewentualnie dodawać zastrzykiwania azurołu.

IV. Takie leczenie powinno trwać przynajmniej rok. Krętki blade poddajemy działaniu ciągłemu i silnemu i stale wznawianemu środka leczniczego 606, bądź też 606 w połączeniu z rtęcią. Postępując według tej metody, NEISSER nigdy nie spostrzegł neurorecydyw.

Głównym korreferentem NEISSER'a był FINGER. On, zwracając uwagę na różny stopień wrażliwości na zarażenie tak najrozmaitszych narządów jednego ustroju, jak i najrozmaitszych zwierząt, podnosi względną łatwość superinfekcyi, twierdzi zarazem, iż jest możliwe prawdziwe, powtórne zakażenie. FINGER uzasadnia chroniczne przestankowe leczenie pozostawianiem krętków w najrozmaitszych miejscach już po zniknięciu wszystkich klinicznych objawów. FINGER oprócz dwu dawniej znanych środków: rtęci i jodu, które posiadają pewne uboczne toksyczne własności, radzi jeszcze używać salwarsanu. Nie jest on wolny wprowadzić od

pewnego rodzaju toksyczności, lecz przewyższa rtęć w działaniu na objawy choroby, a szczególnie na syfilis złośliwy. Poronne leczenie może się udać zapomocą stosowania tak rtęci, jak i salwarsanu. Przy leczeniu ważne znaczenie posiada reakcja WASSERMANN'a. FINGER przestrzega przed zbyt energicznym leczeniem i przerosi stosowanie wcierań nad zastrzykiwania. Przy pozwalaniu na wstępowanie w związki małżeńskie, radzi powodować się nie tylko R. W., lecz więcej jeszcze klinicznym przebiegiem, długością choroby i poprzednim leczeniem, przytem wymagania jego odnośnie do kobiet są surowsze, aniżeli do mężczyzn.

Następnie w długim szeregu odczytów i spowodowanej przez nie dyskusji wyjaśniano wiele punktów, odnoszących się do głównego tematu. Zaznaczę ważniejsze z nich:

NICOLAS, wzorując się na tuberkulinie zrobił glicerynowy wyciąg z krętków białych (z antygeny luetycznego) i, zastrzykując go chorym, powodował miejscowe powstawanie grudek. Ten „syfilin“ działał jednakowoż niestale i, zdaje się, nie będzie posiadał wybitnego znaczenia rozpoznawczego. MILIAN, HECHT (z kliniki KREIBICH'a), HOFFMANN, SACHS, ja i inni osiągnęli poronne wyleczenie syfilisu zapomocą salwarsanu. Takż rezultat otrzymał HALLOPEAU zapomocą hektyny. HOFFMAN przedstawił mikroskopowe preparaty zmian tkanki przy syfilisie, wywołanych drogą doświadczalną u królików. WATRASZEWSKI wypowiedział odczyt o metodach leczenia syfilisu; wywody te, oparte na długoletnim doświadczeniu, będą prawdopodobnie zamieszczone w jednym z pism lekarskich polskich, dlatego też w szczegóły tego interesującego odczytu bliżej nie wchodzi. Jak należało oczekiwać, odczyty o działaniu salwarsanu przedstawiały największą różnicę zdań. Znajdowali się bezwzględni przeciwnicy tego środka, jak naprzykład: PETRINI, GAUCHER. Jedni motywowali swoją niechęć tem, że posiadamy już rtęć, środek znany i wypróbowany, więc poco szukać nowych nieznanych, inni jakoby częstością obserwowanych nawrotów i ubocznym działaniem. EHLERS objaśniał silne działanie salwarsanu na objawy wielkością dawki i w takiż sam sposób, t. j. dużemi dawkami rtęci stara się osiągnąć efekty lecznicze. Znajdowali się również bezwzględni entuzyaści, jak naprzykład LEREDDE, który wyleczył zupełnie 15 przypadków władu rdzenia zapomocą salwarsanu. Większość jednak poważnych badaczy wygłaszała zdania bardzo zbliżone do moich, zreasumowanych w 3-ch odczytach w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem, ja następnie drukowanych. Ostateczne zaś wnioski, wygłoszone o tym przedmiocie, po ukończeniu dyskusji przez FINGER'a, była prawie identyczne z wnioskami, wygłoszonymi w moim odczycie na tymże kongresie. Wnioski te brzmią mniej więcej w następujący sposób.

Salwarsan jest znakomitym środkiem przeciwsyfilitycznym, działającym bardzo szybko na objawy, szczególnie skutecznie w ciężkich postaciach 3-cio rzędnego przymiotu, jak również złośliwego. Zapomocą salwarsanu można osiągnąć wyleczenie poronne, w leczeniu chronicznem przestankowem rtęć nie utraciła swego dominującego znaczenia. Ze względu na objawy uboczne, należy stosować salwarsan ostrożnie i umiejętnie. Sprawa salwarsanu pozostaje otwartą na przyszłe zjazdy.

Dość szczegółowo była rozpatrywana sprawa odczynu WASSERMANN'a, która teraz, po wyhodowaniu kultur krętków białych przez HOFFMANN'a, powinna znaleźć bardziej naukowe podstawy, jednakowoż wniesiono do niej bardzo mało nowego i poglądy co do tego odczynu nie różniły się zasadniczo od poglądów, wypowiedzianych przezemnie na ostatnim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Krakowie.

[D. n.]

Przegląd bibliograficzny.

OTTO NAEGELI. **Blutkrankheiten und Blutdiagnostik.** 2-ie wydanie. 1912. str. 720 z 20 tablicami.

Książka N. już w pierwszym wydaniu, które ukazało się w r. 1908, zwróciła na siebie uwagę świata naukowego zupełnie oryginalną formą i treścią, opartą przeważnie na badaniach własnych, i jako taka o całe niebo przewyższała nawet tak bardzo rozpowszechnioną książkę GRAWITZ'a. Wydanie to jednak, nie pozbawione wielu wad i jaskrawo zabarwione bezwzględnym, a nieraz nawet brutalnym subiektywizmem, wywołało mnóstwo sporów i polemik, które w ostateczności nie zostały bez pożytku dla nauki.

W nowym wydaniu, znacznie powiększonym, autor, widocznie korzystając z udzielonych mu rad, w znacznej mierze uwzględnił postawione mu zarzuty, tak że w rezultacie powstało dzieło, które śmiało można polecić każdemu lekarzowi. Trudno tu podać całą treść i układ dzieła; dość będzie, gdy zwrócę uwagę na pewne rozdziały, które noszą na sobie wybitne piętno autora.

Do tych należy, oprócz działu białaczek, bardzo szczegółowo opracowany rozdział o leukocytach, w którym po raz pierwszy omawiane są t. zw. duże leukocyty i przejściowe, stanowiące bête noire hematologii non-noczesnej. N. sady, że komórki te pochodzą ze szpiku kostnego, ziarnistość zaś ich uważa za swoistą i odróżnia ją od ziarnistości neutrofilowej i azurofilowej. W rozdziale tym omawia N. naukę ARNETHA o leukocytach, przyczem wypowiada zupełnie słuszne zdanie, iż na tak zmuodne badania szkoda czasu, gdyż i wyniki są minimalne, widoczne zresztą przy zwykłym obejrzeniu preparatu. W sprawie morfologicznej różnicy pomiędzy myeloblastami a lymfoblastami N. stara się uwzględnić zarzuty, postawione mu w swoim czasie przez referenta, ziarnistości zaś ALLMANN-SCHRIDDE'go nie przypisuje już tego decydującego znaczenia, co dawniej. W rozdziale: szpik kostny jako narząd—znajdujemy bardzo pięknie opracowaną sprawę podziału leukocytów na szpikowe i limfatyczne. Specjalny rozdział, poświęcony nomenklaturze hematologicznej, poleciłbym niejednemu z kolegów, dla których terminologia hematologiczna jest straszylem noli me tangere.

W rozdziale o anemiach zasługuje na uwagę opracowanie anemii aplastycznej oraz t. zw. anaemia inf.-pseudoleucaemica, której N. nie uważa za oddzielną jednostkę chorobną, lecz za morfologiczno-hematologiczną odmianę każdej anemii wtórnej u bardzo małych dzieci—pogląd który referent, w innej może formie, wygłosił jeszcze w r. 1899; w tej bowiem chorobie, jak i wogóle w patologii, trzeba raz już wyrzec się myśli, że pewne obrazy hematologiczne zawsze odpowiadają pewnym jednostkom chorobnym, natomiast pamiętać należy, iż rozmaite nieraz czynniki mogą wywołać jednaki odczyn ze strony narządów krwiotwórczych.

Rozdział traktujący o białaczce wrzekomej, jako o zbiorze objawów klinicznych, obejmuje między innymi t. zw. chorobę BANR'ego, której stanowisko nozologiczne wydaje się N. jeszcze całkowicie nieustalonym.

W rozdziale o zmianach krwi w chorobach zakaźnych zasługuje na uwagę rzecz o durze brzuszonym oparta na znanych badaniach własnych autora. Rozdział o hemoglobinurii napadowej opracowany został przez ERICHA MEYER'a.

Książkę zdobi 20 tablic wielobarwnych, dość wyczerpująco przed

stawiających morfologię krwi normalnej i patologicznej. Tablice te stoją znacznie wyżej od tablic, dodanych do pierwszego wydania książki, zarówno pod względem ścisłości jak i wykonania technicznego, część z nich jednak, jak np. tabl. 12, 13, 14 i 15 mogłyby się bez szkody dla czytelnika umieścić na jednej tablicy i są technicznie wadliwe (np. płytki BIZZOZERO).

Pomimo pewnych braków i w tekście, do których zaliczyłbym zbyt pobieżne traktowanie sprawy o limfosarkomatozie i myelomacie, (którego N. nie zdecydował się umieścić w rozdziale o białaczce), o krwawiączce, szkorbutcie, chorobie BARLOW'a i skażeniu krwotocznem, książkę N. należy wyróżnić z powodzi podręczników, jakimi nas literatura niemiecka tak obficie w ostatnich czasach zalewa.

St. Klejn.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie gastrologów — dnia 20-go grudnia 1911.

1. RZĘTKOWSKI przedstawia płyn, otrzymany przy operacji bąblowca wątroby (operował kol. SŁAWIŃSKI) pod mikroskopem (haczyki bąblowca) oraz pęcherz bąblowca.

Chora, od której pochodzą przedstawione preparaty, dziewczyna lat 18, wstąpiła do oddziału Rz. w szpitalu wolskim dnia 5/XII 1911 r. Zawsze była zdrową; w ostatnich czasach miała wzdęcie w górnej części brzucha, a przed tygodniem dostała dreszczów i bólów pod pierściami i w ramieniu prawem. Stan obecny: budowa i odżywianie ogólne bardzo dobre. Na dolnej wardze herpes. Tętno 90; w płucach i w sercu nic osobliwego. Stan gorączkowy. Brzuch wzdęty; wymiar brzucha w obwodzie na poziomie odległości pomiędzy pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym wynosi 86 ctm., odległość *proc. xyph.* od pępka 21, pępka od spojenia łonowego 15 ctm. Tępość wątroby na linii sutk. 18 ctm. Brzeg wątroby gruby, bolesność niezbyt znaczna, powierzchnia gładka. Z prawej strony od tyłu, poczynając na 3 palce poniżej kąta łopatki, stłumienie bez zmian w oddechu. Sledziona nie wyczuwa się, gruczoły limfatyczne nigdzie nie powiększone; uderzenie w kości nie bolesne. Objawów wolnego płynu w brzuchu niema. Badanie krwi wykazuje nieznaczna leukocytozę: komórek neutrofilowych 51%, limfocytów 40%, anofiolów 1%, przejściowych 4%, eozynofiolów 4%. Odczyn WASSERMANN'a ujemny. Odczyn WEINBERG-PARRA (kol. St. MUTTERMILCH) dodatni. Rozpoznano: bąblowca wątroby w okresie ropienia. W przebiegu sprawy podczas pobytu w oddziale RZĘTKOWSKIEGO stwierdzono: stan gorączkowy o krzywej zupełnie nieprawidłowej, dochodzącej do 40° wieczorami i do 35,8° rankami. Wzmaganie się osłabienia, brak łaknienia. Dnia 12/XII wystąpiła żółtaczka z odbarwieniem stolców; żółtaczka następnie zmniejszyła się i stolce przyjęły barwę zwykłą. Okolica nadpępkowa wypukła się coraz bardziej i przy opukiwaniu dawała odgłos bębenny, podobny do dźwięku rozbitego garnka w położeniu na boku lewym; odgłos ten w położeniu na plecach zniknął (jama napełniona gazem i płynem). Wreszcie wystąpiły objawy zapaści (tętno do 120) i wzmożyły się bóle w brzuchu. To skłoniło chorą do poddania się operacji, na którą namawiano ją od

początku. Przepisano chorą do szpitala Ś-go Rocha, gdzie kol. SŁAWIŃSKI wykonał operację. Operacja stwierdziła rozpoznanie i ujawniła bąblowca wątroby w stanie gnilnego rozpadu.

SŁAWIŃSKI uzupełnił powyższe przemówienie szczegółami technicznymi operacji.

St. MUTTERMILCH opisał odczyn WEINBERG-PARRA, stosowany przy bąblowcu.

2. RÓBIN odczytał rzecz: „O działaniu nowego źródła Rohitsch-Donati w cierpieniach przewodu pokarmowego.“

R. wybrał tę wodę do swych badań z następujących powodów: a) dlatego, że źródło Donati dopiero niedawno zostało odkryte i nie było jeszcze poddawane dokładnym badaniom klinicznym, b) że woda ta uderza niezwykłym bogactwem soli magnezyowych, jakiego nie spotykamy w żadnej ze znanych wód (57‰, gdy w karlsbadzkim Sprudlu jest ich zaledwie 4‰, a w marjenb. Kreutzb. 6‰); c) że powyższa przewaga soli magnezyowych już *à priori* pozwalała przypuszczać silniejsze działanie na czynność kiszek, i d) że korzystał do badań z chorej z przetoką żołądkową, nałożoną wskutek niedrożności przelyku; chora ta, wobec prawidłowej sekrecyi, nadawała się w wysokim stopniu do badań nad bezpośrednim wpływem wody mineralnej na sekrecję żołądka.

Prócz badań nad wzmiankowaną chorą, R. podawał wodę ze źródła Donati chorym przez czas dłuższy i badał chemizm żołądka co pewien czas po próbnym śniadaniu. Ogółem wypili chorzy około 400 butelek; każdy wypijał od 12 do 40 but. w ciągu 4—8 tyg. Chorzy otrzymywali zazwyczaj 2—3 r. dz. po $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$, do 1 szklanki wody mineralnej, przyczem zwracano uwagę na dyetę, objawy subiektywne i stan ogólny.

Na zasadzie powyższych badań R. dochodzi do następujących wniosków:

a) woda Roh.-Donati nie wywiera wybitnego wpływu bezpośredniego ani na czynność ruchową, ani wydzielniczą żołądka.

b) również nie ma tendencji pośredniego zmieniania prawidłowego chemizmu u ludzi zdrowych, t. j. nie pobudza ani nie hamuje sekrecyi żołądka, nawet podawana przez czas dłuższy (do 6 tyg.).

c) w przypadkach nadkwaśności i podkwaśności nieco zmniejsza kwaśność soku żołądkowego, ale dopiero po dłuższym czasie przyjmowania.

d) na objawy podmiotowe wpływa dodatnio w przypadkach nadkwaśności i nieżyłtów z podkwaśnością.

e) przeciwnie jest w nieżyłtach z zanikiem wydzielania soku żołądkowego.

f) szczególnie pomyślne działanie wywiera w przypadkach zastoju w jamie brzusznej, zaparcia stolca nawykowego itd.,—gdyż działanie lekko czyszczące występuje w tych razach bardzo wyraźnie.

W dyskusyi GRUNDZACH zwraca uwagę na jeden wniosek, wpływający z prób na chorych, dotkniętych nadkwaśnością. Autor przychodzi do wniosku, że po 5—6 tygodni stosowania tej wody mineralnej spostrzegał zmniejszenie kwaśności ogólnej w miazdze trawiennej, nie dodaje jednak, czy stwierdził to samo, badając (np. co miesiąc) chorego w ciągu roku. Wiemy wszyscy, że w nadkwaśności różnego pochodzenia osiągamy nieraz wybitną poprawę podmiotową, ale kwaśność miazgi pozostaje często ta sama, a jeżeli osiągamy zmniejszenie jej, jest ona czasową i wkrótce wraca do stopnia pierwotnego. G. sądzi, że to należy zaznaczyć dla uniknięcia nieporozumienia.

TUCHENDLER twierdzi, że spostrzeżenie kol. RÓBINA o wpływie wody Rohitsch na sprawność wydzielniczą kiszek tłomaczyć można w ten sposób, że chory, wypijając większą ilość wody, sprowadza tem obfitszą, ale więcej rozcieńczoną wydzielinę. W ten sposób zmniejsza się także możliwość tworzenia się osadów. Dalej skład chemiczny danej wody mineralnej mało stanowi o jej wskazaniach i działaniu. Dla przykładu T. wspomina Ems i Vichy, których skład chemiczny jest przecież prawie identyczny, a jedne mają wpływ zbawienny na choroby dróg oddechowych, drugie na narządy trawienia.

Józef ZAWADZKI zarzuca brak metodyki w badaniach kol. RÓBINA. Niema wcale badań porównawczych, przez co niewiadomo, czy dane wyniki przypisać wodzie mineralnej czy też innym czynnikom. Same badania nie są ścisłe: nie można opierać wniosków na samym badaniu chorych ambulatoryjnych. Tylko klinika przy ścisłej obserwacji chorego przed i po użyciu środka oraz równolegle przeprowadzone na znacznym materiale badania porównawcze mogą dać odpowiedź na pytanie co do działania środków leczniczych w ogólności, a wód mineralnych w szczególności. Poza tem ubolewa, że autor poświęcił tyle pracy dla badania wody mineralnej z a g r a n i c z n e j, skoro tyle wód posiadamy w kraju. Wierzyć w specyficzną wodę mineralną wogóle dziś trudno, dlatego należy i ze względów etycznych i praktycznych raczej zająć się wodami mineralnymi krajowemi, które można otrzymać i w stanie świeższym i przez badanie przyczynić się do rozwoju zdrojowisk. Wogóle jeżeli chodzi o badanie ścisłe, przeprowadzić je można tylko u źródła, gdyż woda przy transporcie ulega zmianie i nie jest tą samą, co na miejscu.

RÓBIN w odpowiedzi zaznacza, że balneoterapia stała się w ostatnich czasach przedmiotem bardzo licznych badań ze strony najwybitniejszych klinicystów i badaczy, że wymieni NOORDEN'a, DOPPER'a, a zwłaszcza BICKEL'a, w którego pracowni w Berlinie dokonywują się ciągle badania nad różnemi wodami mineralnemi niemieck., rosyjsk. itd. Jakkolwiek bowiem wpływ bezpośredni na czynności żołądka różnych wód jest prawie jednakowy, jednak pod względem klinicznym działanie często bywa inne, i empirya uczy, że niezawsze można z równym pożytkiem zalecać różne wody, naprz. woda słona w nadkwaśności jest źle znoszona. Tak więc nie wchodzi tu w grę działanie samej tylko wody, jako wody czystej, lecz bezwątpienia i wpływ soli, zawartych w wodach, i innych czynników. Co do sprawy badania poszczególnych składników wody osobno, to to do celu nie doprowadzi, a w każdym razie będzie nader utrudniać wnioski, gdyż każdy składnik działa inaczej, a nam idzie o działanie, jakie okazuje woda w rezultacie, w całości. Gdzie powinny być dokonywane tego rodzaju prace, czy w szpitalu, czy w praktyce prywatnej, to rzecz do dyskusyi. R. sądzi, że często właśnie spostrzeżenia lekarzy-praktyków są niezmiernie ważne w tym kierunku, bo ci ostatni rozporządzają zupełnie innym materiałem, niż lekarze szpitalni; dość przytoczyć dla przykładu, że naprzykład nieżyty przewlekłe żołądka, moczówka cukrowa i t. d. niezmiernie rzadko dają się spostrzegać w szpitalach, a bardzo często w praktyce prywatnej; badania te, o ile są robione krytycznie, mają doniosłą wagę i niejedną cegiełkę do nauki wnoszą i wносить będą. Co do nadkwaśności, to istotnie trudno oczekiwać od jakiegokolwiek wody, nawet od mocnych roztworów sody, aby na zawsze lub na długo zmniejszała kwaśność soku żołądkowego, zmniejszenie to może się okazać na czas krótki, na okres kilkotygodniowy, tak jak to widzimy na wodzie Rohitsch.

W sprawie sokotoku, R. nie widzi przeciwskazania do stosowania wszelkiej wody, o ile niema wybitnego niedowładu żołądka, lub rozszerzenia, a wcale nie wszystkie przyp sokotoku przebiegają z niedowładem.

Wreszcie w sprawie możności zastępowania wody Roh. wodą polską, to tego rodzaju wody, tak bogatej w sole magnezyowe, nie mamy, a zresztą z naciskiem należy zaznaczyć, że nie bardzo sami swoje wody popieramy; przed kilku laty R opracował wskazania do stosowania wody ciechoc. Nr. 10, odpowiadającej najzupełniej wodzie homburskiej, jednak ta pierwsza nie wyparła jeszcze bynajmniej wody homburskiej, ani o wiele słabszej kissingeńskiej.

GRUNDZACH stwierdza wbrew zdaniu mówcy, że badanie wód mineralnych jest pobudką i zachętą do jej stosowania dla liczego grona lekarzy i nawet pacjentów (którzy czasem przynoszą broszury do gabinetu lekarza); to samo odnosi się i do ciechocińskiej solanki, badanej przez RÓBINA i ARNSZTEJNA i w czasach ostatnich szeroko stosowanej na miejscu i w kraju całym.

UWAGA. W ciągu 3-letniego istnienia sekcji gastrologicznej ogłoszono ogółem 20 odczytów. Pokazów było ogółem 56. Na posiedzeniach bywało przeciętnie po 15—25 członków i gości. W. Róbin.

Posiedzenie d. 17 stycznia 1912 r.

1. LEŚNIEWSKI demonstrował preparat mięsaka limfatycznego wątroby.

2. WEJNERT odczytał rzecz „o przypadkach niezwykle wysokiej kwasności miazgi pokarmowej“.

Autor, opierając się na 1000 przypadkach, badanych zgłębnikiem, zaznacza, iż przypadków o niezwykle wysokiej kwasności po śniadaniu próbnym (gdzie L. 60 lub wyżej i A = 100 lub wyżej) jest bardzo mało, bo zaledwie 1, 8%. Przypadki te, posiadając jedną cechę wspólną, pod innymi względami są klinicznie różne.

Autor rozróżnia na zasadzie symptomatologii i badań chemicznych przypadki na tle nerwowem, których jest najwięcej, na tle wrzodu i na tle kataru.

Autor wyprowadza wniosek, iż niezwykle wysokie stopnie kwasności nie cechują się jakimiś nadzwyczajnymi dolegliwościami, ani specjalnymi charakterystycznymi objawami; owszem dolegliwości i objawy są tu identyczne i pod względem charakteru i pod względem natężenia ze spostrzeganymi w przypadkach najpospolitszych; wynik dopiero badania zgłębnikiem sprawia nam zupełną niespodziankę, wykazując niezwykle wysokie stopnie kwasności.

W dyskusyi RÓBIN zwracał uwagę na ciekawą dysproporcję pomiędzy objawami podmiotowymi a przedmiotowymi, to jest, że nie było zgagi w tych przypadkach, w których wolnego HCl po śniadaniu próbnym było 60—90,—tembardziej, że przypadki prelegenta nie należą do przypadków t. zw. heterochylii, w których cyfry wolnego HCl są bardzo zmienne.

R. Hertz.

Posiedzenie dermatologów d. 7 lutego 1912 r.

Przewodniczący WATRASZEWSKI przedstawił nietypowy przypadek łuszczycy w postaci dwóch łukowatych wykwitów pod lewą pachą i na prawym pośladku.

Kol. STERLING przedstawił 5 przypadków 1) *Dermatitis herpetiformis Dühringi*, w którym po zastosowaniu 0.30 salwarsanu dożylnie objawy cierpienia ustąpiły, 2) *lichen ruber acuminatus*, 3) *mycosis fungoides*, 4) ca-

sum pro diagnosi: brunatne zabarwienie skóry skroni i lic, na którego tle widać plamy prawie czarne; to samo w mniejszym stopniu na prawem przedramieniu po stronie wyprostnej. Wywiady i badania wykluczyły chorobę ADDISONA, *acanthosis nigricans*. Przewodniczący rozpoznaje ograniczoną twardziel, kol. ELIASBERG *acrodermatitis atrophicans*. 5) *casum pro diagnosi:* u 70-letniej kobiety od kilku tygodni wysypka na całym ciele, żywo przypominająca grudki *pruriginis*, bez swędzenia. Na wewnętrznej powierzchni prawej pięty i w prawej fałdzie międzypośladowej dwa zgorzelinowe owrzodzenia. Taką wysypka i owrzodzenie, lecz na sutkach, miały miejsce przed 7 laty. Morfologiczny skład krwi nie wykazuje żadnych osobliwości.

Kol. DUBROWICZ przedstawił przypadek *framboesia* na tle *sycosis sim.* podbródka.

Kol. BERNHARDT przedstawił przypadek *tuberculid. papulo-necrot. + erythem. indurat.* BAZIN'a, z pomyślnym skutkiem leczony tuberkuliną.

Kol. WERNIC przedstawił przypadek wysypki grudekwoato-krostkowej głównie na dolnych kończynach, trwającej od 5 lat, miejscami ugrupowanej w łuki i linie. Dyskusja wykazała, że po bliższym zbadaniu można rozpoznać, czy jestto sprawa gronkowcowa, czy też zakażenie grzlicze.

Raciniowski.

Wiadomości bieżące.

— Dowiadujemy się, że w dniu 21-go b. m. w Towarzystwie naukowem warszawskim przed posiedzeniem ogólnem odbyło się uroczyste wręczenie prof. IGNACEMU BARANOWSKIEMU medalu pamiątkowego, wybitego na Jego cześć staraniem członków tegoż Towarzystwa w uznaniu zasług naukowych i obywatelskich czcigodnego profesora, któremu nasze Towarzystwo naukowe tak wiele zawdzięcza. W tymże czasie nasze najwyższe instytucje naukowe pospieszyły z hołdem uznania dla prof. BARANOWSKIEGO, przesyłając Mu gorąco napisane adresy, a mianowicie: Akademia Umiejętności w Krakowie, uniwersytety krakowski i lwowski, Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu, Towarzystwo lekarskie krakowskie i lwowskie, redakcyja „Przeglądu Lekarskiego” i „Tygodnika Lwowskiego”. Uniwersytet lwowski zamianował prof. BARANOWSKIEGO doktorem *honoris causa*. Są to wszystko jakby spóźnione echa jubileuszu, na którego obchód przed 3-ma laty prof. BARANOWSKI w żaden sposób zgodzić się nie chciał. W swoim czasie pismo nasze umieściło życiorys czcigodnego jubilata (1909 Nr. 48) pióra kol. J. PAWIŃSKIEGO, uwydatniający główne rysy Jego pięknego żywota. Korzystamy z okazji, ażeby do tych ogólnych dowodów uznania dołączyć raz jeszcze nasze najserdeczniejsze życzenia długich lat temu wzorowi obywatela, pedagoga i lekarza.

— Kol. prof. Dmochowski z okazji ustąpienia ze stanowiska vice-prezesa Towarzystwa Naukowego Warszawskiego otrzymał na posiedzeniu ogólnem Towarzystwa w dniu 21-go b. m. adres od Zarządu za pracę swą i zasługi dla Towarzystwa na tem stanowisku.

— Towarzystwo Naukowe Warszawskie otrzymało z funduszków, zapisanych przez ś. p. ANNĘ BORCHĘ i pozostawionych do dyspozycyi pani KUCHARZEWSKIEJ, rb. 15,00) na ogólne cele Towarzystwa.

— Prof. SIMANOWSKI ofiarował Uniwersytetowi w Saratowie 100 tys. rubli na urządzenie kliniki chorób gardłanych i usznych. Rada Uniwersytetu postanowiła rzucić klinikę imienia ofiarodawcy.

— Dnia 17-go b. m. wieczór dyskusyjny w Stowarzyszeniu lekarzy poświęcony był higienie pracy umysłowej w zastosowaniu do zawodu lekarskiego. Prelegentem był kol. **Str. Kopczyński**. Dyskusja była bardzo ożywiona.

— Z nadesłanego nam sprawozdania Sanatorium w Rudce dowiadujemy się, że w r. 1911 przyjęto nowych chorych 185, z roku 1910 pozostało chorych 68, na rok 1912 pozostało chorych 71. Przeciętnie w Sanatorium było dziennie 69-u chorych. Koszt dziennego utrzymania chorego bez amortyzacji kapitału i bez nowych urządzeń i ulepszeń wynosił 2 rb. 30 kop. dziennie, gdy przeszło połowa chorych płaciła tylko 1 rb. 50 kop. Niedobór zeszłoroczny wyniósł ogółem 7,890 rb. Opłata chorych jest niższą od ceny kosztu na dzień chorego o 1 rb. 30 kop. (wliczając 10% od amortyzacji maszyn i utensylii oraz 5% od kapitału 290 tysięcy rubli). Liczby te dowodzą charakteru filantropijnego instytucji. A potrzeby takiej instytucji u nas dowodzi długi szereg kandydatów, oczekujących na wolne miejsce. Największa liczba takich kandydatów była w marcu — 58, najmniejsza we wrześniu — 5 osób. Kandydaci oczekują na miejsce przeciętnie 38 dni (najkrócej 3, najdłużej 149!). W 1-ym okresie (według **TURBAN'a**) przyjęto 67-u chorych, w II-gim — 59, w III-cim — 56. Wyniki leczenia są coraz lepsze (w roku sprawozdawczym poprawę uzyskało 82% chorych, w 1910 — 76%, w 1909 — 73%). Trwała zdolność do pracy osiągnęło 39-u chorych, zdolność do pracy na pewien czas 81, pozostało niezdolnymi do pracy 48. Budowa nowego skrzydła Sanatorium staje się koniecznością i palącą potrzebą. Na tę budowę, która wynosić będzie około 100 tysięcy rubli, Komitet posiada tylko 16 tysięcy! Pozatem są jeszcze długi za budowę Sanatorium, choć się one co rok zmniejszają. Komitet zaznacza zmniejszenie się ofiar w roku ubiegłym i prosi społeczeństwo o dalszy współdziałanie w podtrzymaniu i doskonaleniu jednego dotychczas u nas Sanatorium dla niezamożnych chorych piersiowych.

— **Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie**. W dniu 10-ym kwietnia r. b. otworzono w sali **BETHOWEN'a** filharmonii berlińskiej 41 Zjazd chirurgów niemieckich. Na wstępie przewodniczący prof. **GARRÉ** uczcił pamięć zmarłych w roku ubiegłym, przedewszystkiem zaś w przemówieniu dłuższem głęboko uzasadnił niespożyte dla nauki chirurgicznej zastugi **JÓZEFA LISTER'a**, długoletniego członka honorowego Towarzystwa chirurgów niemieckich.

W pierwszym dniu roztrząsano sprawę zapobiegania zakażeniom pooperacyjnym, zatorom powietrznym oraz tworzeniu się zakrzepów, dalej mówiono o przeszczepianiu kawałków mięśnia przy ranach serca i wątroby w celu wzmocnienia szwu, który rozdzierał kruchą tkankę owych narządów, wreszcie ciekawe były pokazy wszczepiania kości słoniowej z wynikiem doskonałym przy większych brakach kostnych np. na żuchwie.

Tegoż dnia o godz. 8-ej wiecz. w domu **LANGENBECK'a** odbyły się bardzo liczne pokazy zdjęć fotograficznych zwykłych i rentgenowskich, rzuconych na ekran. Z tych szczególną zwrócili na siebie uwagę piękne obrazy unaczynienia tętniczego chorej i zdrowej nerki.

Następny dzień Zjazdu obfitował w ciekawe odczyty z chirurgii mózgu i rdzenia. **FEDOR KRAUZE** zdał sprawę z pomyślnego odsłonięcia rozległego w kilku przypadkach 4-ej komory mózgowej, inni przemawiali o wynikach operacji **FÖRSTER'a**, to znowu o rozpoznawaniu guzów rdzeniowych. W końcu posiedzenia prof. **KOCHER** pokazał szereg tablic, dotyczących składu krwi przy różnych stanach, zależnych od schorzenia gruczołu tarczowego. Po południu mówiono wiele z zakresu chirurgii płuc, mianowicie: o wartości operacji **FREUND'a** przy gruźlicy szczytów, prof. **SAUERBRUCH** pokazał kilka przypadków rezekcji płuc ze znakomitym wynikiem, wreszcie roztrząsano sprawę zamykania braków przepony po rozległych operacjach na niej.

W 3-cim dniu Zjazdu żywo omawiano sprawę postępowania operacyjnego przy wrzodzie okrągłym żołądka, prof. **RIEBEL** zdał sprawę z 18-u rezekcji częściowych żołądka przy wrzodzie na krzywiznie małej, zaś **KOCHER (junior)** o wynikach gastroenterostomii przy tem cierpieniu; dalszy ciąg posiedzenia poświęcono leczeniu marskości

wątroby, chorobom trzustki i kiszek oraz długotrwałemu drenowaniu otrzewny przy puchlinie wodnej brzucha. Popołudniu roztrząsano sprawę zapalenia wyrostka robaczkowego w drodze doświadczalnej, zapalenia błony brzusznej, skręcenia esicy, na ostatek o sposobie operowania raków prostaty po uprzednim okryciu otrzewnej jamy brzusznej.

Czwarty, zatem ostatni, dzień Zjazdu poświęcono chirurgii nerek; KÜMMELL i inni przemawiali o wartości dekapulacji, o powstawaniu wodonercza i roponercza, o krwotokach nerkowych, wreszcie o niebezpieczeństwach próbnym nacięciu nerki, później mówiono o nawrotach po doszczętej operacji przepuklin pachwinowych, popołudniu zaś o cierpieniach kończyn górnych i dolnych; na tem miejscu prof. PAYR przedstawił kilka osób z doskonałym wynikiem po operacji uruchomienia zeszywniałego stawu kolanowego.

Wogóle zgłoszono odczytów 96 i wypowiedziano prawie wszystkie zazwyczaj na pamięć i bardzo gładko, a niekiedy z wielką nawet swadą. Niektóre odczyty zwłaszcza z pogranicza chirurgii i medycyny wewnętrznej wywołały bardzo ożywione rozprawy, prowadzone przez przewodniczącego z konieczną w tych razach karnością. Wybrano na przewodniczącego na rok przyszły prof. ANGERER'a z Monachium.

Lista obecności w 3-m dniu Zjazdu wykazała 1,120 uczestników; w obecnej chwili towarzystwo liczy 2,168 członków i ma kapitału około 650 tysięcy marek.

— VI Międzynarodowy Kongres elektrolologii i radiologii lekarskiej odbędzie się w Pradze 26-go—31-go lipca r. b.

Proponowane tematy: 1-o O radioczynności, referent prof. BERLOTTI z Turynu; 2-o Leczenie cierpień stawów prądami o wysokim napięciu, ref. dr MORLET z Antwerpii; 3-o Odporność skóry, ref. prof. DOUMER z Lilles; 4-o Fototerapia zapomocą kąpeli świetlnych, ref. prof. PEYRI z Barcelony; 5-o Ekrany wzmacniające, referent jeszcze nie obrany; 6-o Jonizacja i introdukcja elektrolityczna leków, ref. dr SARAZIN; 7-o Stan czynny radiografii, ref. inżynier DESSAUER z Frankfurtu nad Menem.

Wszelkich informacjami, dotyczących Zjazdu, udziela profesor patologii, dr KRIST. HUSEK, Praga II, szpital powszechny.

— Wszechsłowiński Zjazd i wystawa w Petersburgu zostały odłożone, jak już donosiliśmy, do roku 1913. Powodem odłożenia była, jak się okazuje, zwłoka ze strony ministerium spraw wewnętrznych. Premier KOKOWCEW jeszcze w grudniu r. z. obiecał komitetowi organizacyjnemu 40 tys. rubli zapomogi na urządzenie wystawy; wypłacono zaś te pieniądze z przyczyn czysto formalistycznych dopiero przed 2 tygodniami. Niedawno również rozstrzygnięto przychylnie sprawę języka ukraińskiego na Zjeździe. Zastrzeżono przytem kategorycznie, że żadne demonstracje polityczne, ani też rozmowy o polityce dopuszczone na Zjeździe nie będą.

— W Uniwersytecie kijowskim zwolniony został po wysłużeniu lat profesor chorób dziecięcych JAKUBOWICZ. Wydział lekarski nie wniósł prośby o pozostawienie profesora jeszcze na 5 lat, jak to czynią wydziały zwykle, a nie uczynił tego, pragnąc tym sposobem pozbyć się ze swego grona jednostki postępowej, zdradzającej zupełną niezależność od rektora i brak w stosunkach z nim wszelkiej uniżoności. „Wręcz. Gazeta“, z której wiadomość tę czerpiemy, robi uwagę, że wkrótce zapewne cały skład uniwersytetu noworosyjskiego będzie jednakowy, ale... biedną jest świątynia nauki!

— Minister spraw wewnętrznych wniósł do Dumy Państwowej projekt nowych przepisów, dotyczących szczepienia ospy.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 17-go do 23-go marca r. b. do szpitali warszawskich przybyło 107 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 11, odrą 1, płonicą 6, błonicą 3, różą 4, tyfusem plamistym 17, tyfusem brzuszny 14, grypą 3, kokluszem 1 i zapaleniem płuc 47.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 16 osób, mianowicie: na ospę 3, błonicę 2, tyfus plamisty 1, tyfus brzuszny 3 i na zapalenie płuc 7; w całym

zaś mieście zmarło 14 osób na choroby zakaźne, (nie licząc w to zapalenia płuc), mianowicie: na ospę 5, odrę 1, płonicę 1, błonicę 1, różę 1, tyfus brzuszny 2 i na koklusz 3.

W następnym tygodniu od dnia 24-go do 30-go marca przybyło do szpitali miejskich 96 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 12, płonicą 2, błonicą 3, różą 4, tyfusem plamistym 21, tyfusem brzuszny 12, grypą 3 i zapaleniem płuc 39.

W tym czasie zmarło w szpitalach 19 chorych zakaźnych, mianowicie: na płonicę 1, różę 2, tyfus brzuszny 2, tyfus plamisty 1 i na zapalenie płuc 13. W całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 18 osób, mianowicie: na ospę 3, płonicę 5, błonicę 1, tyfus brzuszny 4, tyfus plamisty 2, na koklusz 3.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 17-go marca—3,253, 24-go marca—3,185 i 30 marca—3,076.

NEKROLOGIA.

Józef Merunowicz.

Wielce zasłużony pracownik na polu zdrowotności publicznej, zmarł we Lwowie d. 9 kwietnia r. b. Rodem z Czerniowiec, studia lekarskie odbył w Krakowie, w r. 1873 uzyskał stopień doktora na Uniwersytecie Jagiellońskim. Jako asystent kliniki lekarskiej ogłosił ciekawe przyczynki z dziedziny kazuistyki medycyny wewnętrznej, przeważnie dotyczące chorób zakaźnych i układu krwionośnego. Fiziologię studyował w laboratorium znakomitego Ludwiga w Lipsku. Stąd też powstały jego prace: nad wpływem środków, wznecających silny ruch robaczkowy jelit na wydzielanie limfy, nad chemicznymi warunkami powstawania ruchów serca, nad fizyologicznym działaniem naparstnicy czerwonej.

Prace te zapowiadały młodemu badaczowi piękną przyszłość na polu naukowym; widocznie okoliczności, bliżej nam nieznane, skłoniły go do oddania się działalności lekarza praktykującego w Stanisławowie. W r. 1878 protomedyk ś. p. prof. BIESIADECKI powołał MERUNOWICZA do swojego biura w Namiestnictwie, gdzie dzięki pracowitości i zdolnościom, po latach 11, objął naczelne stanowisko w zarządzie sanitarnym Galicji.

W sprawach zdrowia publicznego zebrał liczne materiały w „Zdrowiu“, w „Przeglądzie lekarskim“, jak i w urzędowych „Sprawozdaniach Rady Zdrowia“.

Dbał o dobro kraju, odznaczał się wysoką prawością i uczynnością. Toteż ogólnym cieszył się szacunkiem. Cześć pamięci dzielnego pracownika i zacnego obywatela!

Armaner Hansen (1841—1912).

Zmarły niedawno ARMANER HANSEN urodził się w Norwegii w epoce, kiedy straszna zaraza trądu dziesiątkowała ludność Skandynawii, toteż w zaraniu swej działalności naukowej za cel swego życia postawił walkę z tą prawdziwą kłeską narodową. Po wielu latach mozolnej pracy obalił wreszcie wszechwładnie panującą w owym czasie teorię o dziedzicznym charakterze trądu, popieraną przez słynne tablice genealogiczne takich autorytetów, jak: DANIELSSEN i BORCK, dowiódł, że jest to choroba zaraźliwa i wykrył z biegiem czasu jej zarzek swoisty. Pełen wiary w doniosłość i prawdziwość głoszonych przez siebie poglądów, stał

się autorem prawa o obowiązku izolowania trędowatych i gorącym rzecznikiem budowania specjalnych szpitali i przytułków dla tej kategorii chorych. Niemordowaną swą działalnością doprowadził do tego, iż gdy w r. 1857 dokonany spis wykazał 2,766 trędowatych, z czego 2,339 przebywało u siebie, a 427 w zakładach publicznych, to w r. 1907 nie było więcej nad 438 chorych, z czego 204 odosobnionych prywatnie, a 234 w przytułkach publicznych.

Znakomity ten badacz odznaczał się nadzwyczajną skromnością i prostotą, które tak często cechują ludzi genialnych, i dożył tej chwili szczęśliwej, iż na drugim międzynarodowym Zjeździe leprologów w Bergen, w r. 1909, zasady przez niego głoszone zyskały poklask ogólny, a dzieło jego żywota należycie zostało przez współczesnych ocenione.

A. L.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) Prof. W. JAWORSKI. Brunnen—oder Sanatoriumkurorte. Odb. Wien. Med. Woch. 1912, Nr. 11.

2) Dr A. PUŁAWSKI. Pogadanka o picciu trunków i pijaństwie. Warszawa 1912.

3) Sprawozdanie sanatorium dla chorych piersiowych „Rułka“ za rok 1911.

4) Protokoły imperatorskiego wileńskiego medicynskiego Obszczestwa 1911 r. i odbitki: a) Tuberkulęz i nerwnaja sistema WIRSZUBSKAŁO, b) K raspoznawanu i leczenu opucholej mozgowago pridatka WIRSZUBSKAŁO, c) K kazuistykie dlitelnago funkcjonalnago klonusa stopy WIRSZUBSKAŁO, d) O wsieroslijskoj ligie borby z tuberkulęzom Szobada, e) O rentgenodiagnostykie wnutrennich bolieznej KANA, f) Otnoszenie mieđdu wnutriglaznym i wnutriczerepnym dawleniem. Gławkomatoznaja ekskawacya i zastojnyj sosok. NOISZEWSKI.

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

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą; rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, 1/2 str. rub. 11 1/4 str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, 1/2 str. rub. 8, 1/4 str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metz i S-ka Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Sw. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Löhner, Grossbeerstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbés.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.