

GAZETA LEKARSKA

Ś. p.

Prof. Edward Korczyński.

Wszechnica Jagiellońska postradała w KORCZYŃSKIM jednego z wybitniejszych profesorów, a społeczeństwo niepospolitego przedstawiciela nauki, który w przędzę wiedzy umiejętnie i chlubnie wplatał nić twórczości polskiej.

Nie tak dawno, bo pięć lat temu, klinika lekarska Krakowska obchodziła uroczyste 25-lecie pracy nauczycielskiej przedwcześnie zgasłego profesora. Najtrafniej uprzytomnimy czytelnikom naszym wybitną tę postać, jeżeli przytoczymy tu słowa, które w roku 1900 wypowiedział PRUSZYŃSKI, kreśląc w naszym piśmie życiorys jubileuszowy.

„Obdarzony niezwykłym darem słowa, KORCZYŃSKI zawsze przyciągał słuchaczy; bogata treść wykładu łączyła się zawsze z prostotą i jasnością myśli. W obejściu z chorym trudno było znaleźć bardziej wyrozumiałego i starannego lekarza, a w praktycznym prowadzeniu kliniki bardziej wytrawnego kierownika... Dwie dziedziny ze szczególnem zamiłowaniem uprawiane były w klinice: farmakologia kliniczna i choroby przewodu pokarmowego... O ile można się zgodzić z tymi, którzy twierdzą, że nauka nie jest zupełnie kosmopolityczną, że w niej mogą się odzwierciedlać w pewnych czasach cechy twórczości narodowej, to w pewnym ułamku

wiedzy, mianowicie w zakresie patologii żołądka, polscy badacze byli zupełnie oryginalni, łącząc świetność pomysłu z dokładnością pracy naukowej“.

W okresie kierownictwa KORCZYŃSKIEGO klinika Krakowska osiągnęła niebywałą przedtem świetność zarówno pod względem doniosłości prac, w niej wykonanych, jak i wielkiej ich liczby. Chlubę mistrza stanowił szereg uczniów, który ozdobił dzieje nauki lekarskiej polskiej prawdziwie wybitnymi nazwiskami.

Ś. p. KORCZYŃSKI rozumiał, że naród, który pragnie ostać się w rządzie narodów żywych i czynnych, musi pracą swoją przysparzać owoców ku pożytkowi powszechnemu, z drugiej zaś strony winien w całej pełni korzystać z zasobów, które kultura wszechludzka wytwarza. I dlatego to, starając się, by klinika polska stanowiła jedną z kuźni powszechnych warsztatów wiedzy, dążył przez całe życie do tego, aby wszystko, cokolwiek nauka na Zachodzie w dziedzinie umiejętności lekarskich wytworzyła, wyzyskanem być mogło ku pożytkowi i rozwojowi zarówno zawodu lekarskiego, jak i w ogóle sprawy powszechnej zdrowotności kraju rodzinnego.

Kiedy, począwszy pracę profesorską, z niczego nieomal stworzył dzięki niezmiernym wysiłkom klinikę, jako tako znośną, to pod koniec działalności swojej dzięki starannym i pilnym zabiegom sprawił, że wydział lekarski Krakowski posiadał klinikę wspaniałą, jaką chlubićby się mogło każde większe ognisko naukowe w Europie.

Widząc dotkliwy brak książek lekarskich polskich, założył Towarzystwo wydawnicze dzieł lekarskich w Krakowie, które podniosło znamienne bogactwo literatury lekarskiej ojczystej.

Budził też dzięki swojej energii i miłości wiedzy wartą pracę w łonie Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, stworzył biuro statystyczne i osobną komisję sanitarną w Krakowie.

Starał się, na ile warunki pozwalały, podnosić żywotność zdrojowisk krajowych; dążył do tego, aby w dziedzinie przemysłu, związanego z potrzebami sztuki lekarskiej, kraj rodzinny wyemancypował się z nieustannego korzystania z wytwórczości obcej, lecz wzniósł się do samodzielnej w tym kierunku wydajności.

Ś. p. KORCZYŃSKI urodził się w Dobromilu w ziemi sanockiej d. 5-go października 1844 r., wykształcenie gimnazjalne odebrał w Galicyi, wydział lekarski ukończył w Krakowie w 1867, stopień doktora medycyny w następnym roku uzyskał.

W r. 1871 został mianowany prymaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie, w styczniu r. 1875 objął klinikę wewnętrzną Uniwersytetu Jagiellońskiego. W r. 1879—80 był dziekanem wydziału lekarskiego, w roku zaś 1889—90 rektorem uniwersytetu, w latach 1875 i 1876 prezesem Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, a w latach od 1875 do 1881 piastował godność radcy miasta Krakowa.

Od paru lat dotknięty ciężkiem cierpieniem, wrywał się jednak z wysiłkiem, z niemocą swoją walcząc, do obowiązków, które umiłował. Niezachwia-

ne jednak prawa zjawisk, których był sam pilnym badaczem i dzielnym znawcą, przerwały nić owocnego jego żywota.

Zmarł w Krakowie d. 23 września r. b.

Prace lekarskie zarówno osobiście przez KORCZYŃSKIEGO, jak i pod jego kierunkiem dokonane, staną się prawdopodobnie przedmiotem pilnego i sumiennego rozbioru. Będzie to doniosły przyczynek do dziejów medycyny polskiej.

Cieniom Męża wielce dla nauki polskiej zasłużonego, znakomitego lekarza, nieodżałowanego współpracownika swojego, wyrazy hołdu i niezapomnianej wdzięczności śle

Gazeta Lekarska.

I. Z KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH WE LWOWIE.
[DYREKTOR PROF. DR A. GLUZIŃSKI].

O WĘGORZKU JELITOWYM (*Anguillula intestinalis* ¹⁾)

Napisał
dr Witold Ziembicki,
asystent kliniki.

U dwóch chorych w klinice prof. GLUZIŃSKIEGO wykryto w stolcach pasożyta, o którego spostrzeganiu wzmianki w naszej literaturze dotąd niema. Czyniąc zadość wezwaniu mego szefa, bym sprawą się tą zajął, zestawiam wyniki tak obcych, jako też i moich własnych badań, dołączając opis obu naszych przypadków.

Wielka rodzina węgorzowatych (*anguillulidae*) zawdzięcza nazwę swą temu, że należące do niej gatunki do pewnego stopnia kształtem, a bez wątpienia ruchami, przypominają rybę węgorza (*anguilla vulgaris*) ²⁾.

Robaki te, wielkości przeważnie mikroskopijnej, a więc najmułajsze z gromady „nicienie“ (*nematoda*), są w przyrodzie bardzo rozpowszechnione. Żyją najczęściej wolno, w wodzie, w ziemi, z szczególniejszem zaś upodobaniem w przedmiotach gnijących, stąd w ziemi, zawierającej wiele odpadków organicznych, w ziemi ornej. Niektóre są pasożytami. Pasożytujące w roślinach

¹⁾ Jest to zarazem pierwszy w literaturze polskiej opis tego pasożyta wraz z doniesieniem o pierwszych dwóch przypadkach, stwierdzonych klinicznie. Rzeczą wygószoną była w Tow. Lek. Lwowskiem na posiedzeniu naukowem dnia 4.XI. 1904 r.

²⁾ Wyraz *anguilla* wywodzi się zaś, jak wiadomo, od *anguis*, wąż.

znano od dawna z powodu szkód, jakie wyrządzały. Takim jest np. węgorzek pszeniczny (*anguillula tritici* s. *tylenchus tritici*), żyjący w ziarnie pszenicy; takim jest węgorzek buraczany (*heterodera Schachtii*), powodujący chorobę buraków („*Rübenmüdigkeit*“); takim jest węgorzek niszczyk (*anguillula devastatrix*), sprawiający gnicie koniczu i żyta. Ten to gatunek, jak się zdaje, niszczył w r. 1873 pszenice ozime w naszym kraju.

Później poznano gatunki, pasożytujące na zwierzętach (np. *ascaris nigrovenosa* s. *rhabdonema nigrovenosum* w płucach żaby). W człowieku pasożyt z tej rodziny był nieznany—prawdopodobnie z powodu swych drobnych rozmiarów, wskutek czego nie zwracał uwagi aż do r. 1876.

W r. 1876 NORMAND, lekarz marynarki francuskiej, doniósł paryskiej Akademii Umiejętności o gwałtownej i uporczywej bieguncie, szerzącej się w zastraszający sposób wśród szeregow wojska francuskiego w Kochinchinie; doniósł zarazem, że w stolcach chorych, przybyłych z Kochinchiny do Tulonu, znalazł maleńkiego, nieznanego pasożyta, którego BAVAY oznaczył jako gatunek z rodziny węgorkowatych i nadał mu miano *anguillula stercoralis*.

W stolcach świeżych spotykano jedynie postać niedojrzałą [formy embryonalnej], długości $\frac{1}{4}$ mm. mające, z których po paru dniach wyrastały okazy płciowo rozwinięte [♂ około 0,7 mm., ♀ około 1 mm. dł.].

Pasożyt znajdował się w stolcach w takiej ilości i u tak wielkiej liczby chorych, że wydało się usprawiedliwionem podejrzenie, czy nie on to jest czynnikiem, wywołującym chorobę, której też NORMAND dał nazwę: *biegunka kochinchińska* (*diarrhée de Cochinchine*).

Spostrzeżenia swe i opis pasożyta ogłosili NORMAND i BAVAY w *Comptes rendus de l'Académie des sciences* w tymże roku [1876], w następnym zaś dowiadujemy się z tego samego pisma, że autorowie ci przy sekcji zmarłych na biegunkę kochinchińską znaleźli na ścianach górnych odcinków jelit znowu jakiegoś odmiennego pasożyta, różniącego się od poprzedniego przede wszystkim wielkością, przekraczał bowiem 2 mm. dł., dzięki czemu był spostrzeżony i odkryty gołym okiem. Płci rozróżnić w nim nie mogli. Zdawało się im, że były to albo same samice, albo zwierzęta, nie przedstawiające wyróżnionych narządów płciowych. W istocie, jak później nauka stwierdziła, były to osobniki obojnakie, stanowiące nie odmienny gatunek, ale tylko odrębną generację tego samego pasożyta, który NORMAND'owi i BAVAY'emu znanym był ze stolców. Gdy wszakże jego sprawa rozwoju była im nieznana [pomimo, że zupełnie analogiczne zjawisko odkrył jeszcze w r. 1865 LEUCKART u gatunku *ascaris nigrovenosa* żaby]—nadali temu rzekomo nowemu gatunkowi osobną nazwę, bo wprawdzie również *anguillula* (*sensu latiori*, z powodu cech zewnętrznych), ale z przymiotnikiem: *intestinalis*. I od tej chwili obie te nazwy: *anguillula stercoralis* i *anguillula intestinalis* przechowywały się obok siebie przez długi czas, jako imiona dwóch rzekomo różnych pasożytów, zanim tenże LEUCKART wykazał w r. 1882, że mamy tu przed sobą zjawisko przemiany pokoleń jednego i tego samego gatunku, któremu nadał nazwę naukową *rhabdonema strongylo-*

des. Nazwa ta jednak w piśmiennictwie lekarskiem nie zyskała popularności, używaną bowiem jest nadal nazwa: *anguillula*, z zatrzymaniem już tylko przymiotnika *intestinalis*, jako dla pasożyta, żyjącego w jelicie ludzkim. Celem utworzenia nazwy polskiej, wydało mi się najwłaściwszem do znanego od dawna w piśmiennictwie polskiem zoologicznem imienia: węgorzek, dodać przymiotnik: jelitowy.

Zanim zajmiemy się pasożytem ze stanowiska lekarskiego, zapoznajmy się bliżej z jego wyglądem i z tym jego rozwojem, dziś nam już dokładnie znanym, a będącym bez wątpienia jedną z bardziej interesujących kart historii naturalnej.

Jak wygląda węgorzek jelitowy? Skomplikowana historia jego rozwoju czyni odpowiedź nie łatwą, bo zależną od tego, którą z licznych generacji chcemy mieć na myśli. Celem uproszczenia opisu i uczynienia go jak najmniej nużącym, będzie, zdaje się, najwłaściwiej rozpocząć go od tej formy pasożyta, którą przed wszystkimi innymi spostrzega się zapomocą mikroskopu w kale ludzkim.

Jest to malutki, pół milimetra długości mający robak, wąty i przejrzysty. Wśród mas kałowych wykonywa poruszenia zazwyczaj dość szybkie i zwinne, przypominające w istocie w wysokim stopniu ruchy płynącego węża lub węgorza.

Preparat, zawierający większą liczbę okazów, a oglądany w małym powiększeniu [np. *Reich.* № 3] daje szczególne wejrzzenie. PAPPENHEIM, obejrzawszy taki preparat, powiada: „Na polu widzenia roilo się od niezliczonych węgorzowato wijących się tu i owdzie wątych robaczek. Pasożyta tego nigdy dotychczas nie widziałem *in vivo*. Ale poruszenia zwierzątek były tak charakterystyczne i tak odpowiadały pojęciu, jakie wzbudza sama nazwa, że rzut oka natychmiast myśl na nią naprowadzał. To mogła być tylko *anguillula* i tak musiała wyglądać”.

Przy znaczniejszem dopiero powiększeniu [№ 7. *Reich.*] widać dokładniej budowę robaka.

Ciało z grubszym, zaokrąglonym końcem głowowym, a z cienkim, wydłużonym stożkowato ogonem, składa się z trzech głównych części: z przejrzystej powłoki skórnej, z przewodu pokarmowego i z zaczątkowego narządu płciowego. Nie wdając się w szczegóły, które ciekawi znajdują w odnośnych monografiach, zwrócę uwagę na najważniejszą cechę budowy anatomicznej, to jest kształt przedniego odcinka przewodu pokarmowego, czyli przelyku (*oesophagus*).

Przelyk odznacza się mianowicie dwoma charakterystycznymi rozszerzeniami: jednym z przodu, dłuższem, cylindrycznem, drugim od tyłu, mniejszem, kulistem. A więc składa się on niejako z trzech części. Całość porównałbym z odwróconym kręglem.

Jest to cecha, pozwalająca na pierwszy rzut oka rozpoznać każdy gatunek rodziny węgorzkowatych, mimo pewnych modyfikacji, jakim może ulegać. Cecha ta znana jest

w zoologii, jako właściwość t. zw. rodzaju *rhabditis*, stąd też nazwą *rhabditis* proponował DUJARDIN [1845] zastąpić nazwę *anguillula*.

W połowie mniej więcej długości ciała spotykamy twór mały, wrzecionowaty, zawiązek narządu płciowego. Płeć rozpoznać się nie daje. Jest to forma niedojrzała, larwa, jak chce LEICHTENSTERN: *embryo*.

Po paru dniach, czasem prędzej, w kale wydalonym, a więc na zewnątrz organizmu ludzkiego, rozwijają się z tych form młodych dojrzałe płciowo samce i samice, zachowujące ten sam typowy kształt przełyku. Samce nie dochodzą 1 mm. dł., samice przekraczają tę długość. Samice posiadają w połowie długości ciała pochwę, połączoną z rozchodzącą się symetrycznie w dwu kierunkach macicą i jajnikami; samce odznaczające się zawsze zakrzywionym końcem organowym, posiadają jądro i narząd spółkowania, złożony z dwóch igieł chitynowych [t. zw. *spicula*], mających na celu rozsuniecie brzegów pochwy w czasie aktu płciowego.

Wkrótce po zapłodnieniu widać w samicy dojrzewające jaja, z których najczęściej w samym ciele matki wylęgają się młode, z wejrzenia podobne do tych, jakie poznaliśmy przed chwilą [w świeżym kale].

Wylęgnięcie się tego nowego pokolenia okupione jest niemal zawsze śmiercią matki, której ciało zostaje literalnie spustoszone przez własne dzieci. Rzadki ten przykład w przyrodzie jest niemal prawidłem w rodzinie węgorzków. Młode przedarłszy się przez ściany macicy, poruszają się swobodnie w jamie ciała. Nareszcie z życiodajnego organizmu nie pozostaje nic, prócz wątłej osłonki, ta pęka pod naporem młodych, rozbiegających się na wsze strony.

Dotychczas wszystko wydawałoby się łatwo zrozumiałem, gdybyśmy przypuszczali, że z tego nowego pokolenia wyrastają znowu samice i samce, takie same, jakimi byli rodzice tych młodych. Tak jednak nie jest. Oto embryonalne te formy, mierzące z początku nie więcej jak $\frac{1}{4}$ mm. dł., ulegają zlenieniu i po paru dniach w kale, który ciągle obserwujemy, znajdujemy okazy zupełnie odmiennej budowy. Naraz znika cecha rodzajowa—ów charakterystyczny kształt przełyku. Przełyk staje się długi, cylindryczny, sięgający do połowy długości ciała. Mamy przed sobą larwy, kształtem i budową przypominające rodzinę: *Strongylidae* lub *Filariidae*. Generacya ta odznacza się wielką ruchliwością—i nie dziw. Środowisko, w jakim się znajduje, jak się dowiemy, przestaje jej wystarczać do utrzymania życia. Szuka innego, a nie znalazłszy, po kilku dniach ginie.

Zostawmy ją przez chwilę na uboczu, a przypomnijmy sobie, że NORMAND i BAYAT znaleźli przy sekcji zmarłych na biegunkę kochinchińską w górnych odcinkach jelit robaka, któremu dali miano: *anguillula intestinalis*. Jakże on wyglądał? Długość przenosiła 2 mm., był więc dwakroć większy od znanych nam już samców i samic, wyhodowanych w kale. Powłoka ciała bardzo smukłego i zwężającego się ku obu końcom była poprzecznie prążkowana, przełyk długi, cylindryczny, bez żadnych rozszerzeń; obok przewodu pokarmowego narząd workowaty, wydłużony, pełen jaj, ułożonych w szereg, jak rząd paciorków.

Okazy takie znajdowano jedynie przy sekcyach na ścianach dwunastnicy. wyjątkowo w żołądku. W dolnych częściach jelit, ani też w kale nigdy. W obec tak odmiennego zachowania się i budowy, nie dziw, że zrazu uważano je za odrębny gatunek. Nie przypuszczano, że te, zawsze dość nieliczne osobniki, są właściwymi pasożytami, nie opuszczającymi ścian jelitowych, a dającymi życie owym, spotykanym w kale krociom embryonów, zdążających do wytworzenia generacyi niepasżytniczej, wolnej.

[C. d. n.].

II. Z KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH UNIW. JAG. RADCY DWORU
PROF. DRA EDWARDA KORCZYŃSKIEGO.

O nowszych sposobach badania chorób nerkowych i sprawności wydzielniczej nerek.

Napisał

dr Józef Latkowski,

I asystent kliniki.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 37].

Według doświadczeń CASPER'a i RICHTER'a, próba ta ma jeszcze większe znaczenie przy zastosowaniu kateteryzowania moczowodów. Ilość bowiem cukru, wydzielonego w tym samym czasie przez obie nerki, ma być w prawidłowych stosunkach równą, wobec tego więc zmniejszenie się ilości cukru po jednej stronie, lub brak tegoż może mieć rozpoznawcze znaczenie dla jednostronnej choroby nerkowej. Większość autorów, a mianowicie obok CASPER'a i RICHTER'a, KUEMMEL, RUMPELL i inni, przekonała się praktycznie o dobroci tej metody, jeden tylko ISRAEL nie przypisuje jej tej wartości. Twierdzi on, iż na podstawie próby floryzynowej nie można wnosić o zdolności wydzielniczej nerki, gdyż ta zdolność zależy od bezwzględnej wielkości pracy, wykonanej przez nerkę i jej zdolności do pełnienia pracy zastępowej, o czym badanie floryzyną nas nie przekonywa, a liczby, uzyskane z obliczenia wydzielonego cukru, niezawsze odpowiadają ilości wydzielającego mięszu nerkowego. Z samej próby floryzynowej nie można stawiać wskazań do wycięcia nerki, lecz tylko przy zastosowaniu równoczesnem kryoskopii moczu i krwi. Czasem może się też zdarzyć, że nerka wydziela małe ilości cukru w stanie prawidłowym, a na podstawie próby floryzynowej możnaby taką nerkę uważać za chorą.

Niepojawienie się cukru po wstrzyknięciu floryzyny tłómaczy się tem, iż floryzyna jest według CASPER'a środkiem silnie moczopędnym i dlatego z ilości jej nie można wnosić o pracy nerki, tylko z czasu pojawienia się cukru, co też KAP-SAMMER podnosi. Zwykle w prawidłowych stosunkach pojawia się cukier w 12 — 15 min. po wstrzyknięciu floryzyny. Pojawienie się reakcyi na cukier w 20 minut jest oznaką nieprawidłowej czynności, ale dającej się naprawić, późniejsze pojawienie wskazuje na bardzo duże zmiany w nerce, nie dające się uleczyć. Wedle naszego doświadczenia, tworzenie się cukru z floryzyny jest w związku ze stanem mięszu nerkowego, bo w przypadkach zniszczenia mięszu nerkowego cukier się nie wydzieliał, gdy tymczasem w innych przypadkach zawsze cukier pojawiał się w moczu.

Zupełnie nową metodę do oznaczenia czynności wydzielniczej nerek wprowadził A. KORANYI, polegającą na oznaczeniu stężenia „osmotycznego“ moczu i krwi zapomocą oznaczenia punktu zamarzania. Ponieważ kryoskopia krwi i moczu, o której mowa będzie niżej, poucza nas nie o czem innem, jak tylko o s t ę ż e n i u o s m o t y c z n e m tych cieczy, przeto pozwolę sobie w kilku słowach wyjaśnić pojęcie stężenia osmotycznego, chcąc uniknąć jakiegokolwiek nieporozumienia.

Jeśli między dwoma roztworami, mającymi różny stopień stężenia, znajduje się ściana na pół przepuszczalna, t. j. przepuszczająca wodę, a nie przepuszczająca ciał będących w roztworze, to cząsteczki ciała rozpuszczonego, starając się przejść z roztworu o większem stężeniu do roztworu o mniejszem stężeniu, wywierają na ścianę ciśnienie, które nazywamy c i ś n i e n i e m o s m o t y c z n e m r o z t w o r u. Ciśnienie to da się zmierzyć manometrycznie i może przedstawiać bardzo duże wartości, np. dla 1%-go roztworu cukru w cieplecie 14°C — 535 mm. Hg.: dla roztworu 1%-go NaCl ciśnienie osmotyczne jest jeszcze 10 razy większe. Do roztworów dostatecznie rozcieńczonych stosuje się, jak wiadomo, prawo VAN'T HOFF'a, według którego ciśnienie osmotyczne jest wprost proporcjonalne do ilości cząsteczek gramowych ¹⁾ rozpuszczonych w jednostce objętości roztworu i do jego temperatury bezwzględnej, przyczem współczynnik proporcjonalności jest jednaki dla wszelkich roztworów, co więcej identyczny ze stałą gazową. Z tak dokładnej analogii prawa VAN'T HOFF'a z prawem gazowem [BOYLE'go — CHARLES'a — AVOGADRY] wynika oczywiście, że ciśnienie osmotyczne jakiegokolwiek roztworu [rozcieńczonego] jest wprost równe prężności gazu [jakiegokolwiek], mającego tę samą, co roztwór ciepłotę i zawierającego w jednostce objętości tyle cząsteczek gramowych, ile ich jest rozpuszczonych w jednostce objętości roztworu. Analogia ta jest ścisła i w przypadku roztworów elektrolitów, jeżeli tylko przez

¹⁾ Przez drobinę gramową jakiegoś związku rozumiemy tyle jego gramów, na ile opiewa jego ciężar drobinowy, np. drobina gram. soli kuchennej oznacza 59 gramów tej soli, gdyż 23 (Na) + 36 (Cl) = 59. Zaś przez jon gramowy rozumiemy tyle gramów jonu, powstałego przez dysocjację, na ile opiewa suma ciężaru atomów wchodzących w skład tego jonu, np. przez jon gramowy SO₄, powstały z Na₂SO₄, rozumiemy 96 gramów SO₄, gdyż 32 (S) + 4 × 16 (O) = 96.

ilość rozpuszczonych cząsteczek gramowych rozumiemy ilość wszelkich powstałych przez dysocjację w roztworze jonów gramowych, dołączoną do ilości wszelkich, a nie zdysocjowanych drobin gramowych.

W moczu, a nawet we krwi ciśnienie osmot. raczej pochodzi od elektrolitów, niż od innych ciał.

Ilość jednych i drugich w jednostce objętości roztworu rozstrzyga dopiero o jego ciśnieniu osmotycznym i zwie się dlatego „stężeniem osmotycznym“ roztworu, a więc wogóle nie stężeniem „drobinowym“, w którego pojęciu nie uwzględnia się dysocjacji.

Z powyższego wynika, że mierząc w jakikolwiek sposób ciśnienie osmotyczne roztworu mieszanego [kilka ciał w jednym rozpuszczalniku], mierzymy tem samem jego całkowite „osmotyczne stężenie“ w znaczeniu powyższem, i o t a k i e m t o właśnie stężeniu będzie poniżej mowa. Jednym zaś z dogodnych, a ściślejszych sposobów wyznaczania ciśnienia osmotycznego jest obserwacja punktu zamarzania roztworu. Obniżenie bowiem tego punktu jest przy danym rozpuszczalniku wprost proporcjonalne do ciśnienia osmotycznego roztworu, a współczynnik proporcjonalności łatwo się oblicza ze stałych fizycznych samego rozpuszczalnika.

Ciśnienie osmotyczne krwi i limfy jest według doświadczeń prawie stałe, a mianowicie **HAMBURGER** wykazał, iż po wstrzyknięciu do krwi rozczyńców anizotonicznych bardzo prędko ciśnienie osmotyczne wraca do stanu prawidłowego. Zdolność ta do wyrównywania ciśnienia osmotycznego leży z jednej strony w surowicy krwi, która bardzo łatwo przez przyciąganie wody z tkanek wyrównywa ciśnienie osmotyczne, z drugiej zaś strony, nerki przez wyprowadzenie z ustroju ciał, sztucznie celem doświadczenia wprowadzonych, lub w ustroju powstałych wskutek wymiany materji, utrzymują ciśnienie osmotyczne na jednym i tym samym stopniu. Ta zdolność wyrównywania ciśnienia osmotycznego przez nerki jest według **HAMBURGER**'a tak znaczną, iż po usunięciu nerek krew pozostaje anizotoniczną [po doświadczalnem wstrzyknięciu rozczyńców anizotonicznych] i tylko bardzo powoli anizotonia ta zmniejsza się wskutek działania gruczołów i przewodu pokarmowego. Tak więc w warunkach prawidłowych, ciśnienie krwi i limfy jest jednakowe, a nawet nie zmienia się przy krwawieniu, jak to **HAMBURGER** wykazał. Również według tego autora punkt zamarzania krwi odwłóknionej lub surowicy krwi jest ten sam, to znaczy, że obecność krążków krwi czerwonych nie wpływa na zachowanie się punktu zamarzania. Ciała bowiem białkowate wskutek wysokiego ciężaru drobinowego, wywierają tak małe ciśnienie osmotyczne, iż w praktyce nie ma ono znaczenia. **KROENIG** i **FUETH** wykazali, iż punkt zamarzania surowicy krwi i miazgi krążków krwi czerwonych jest ten sam. Oznaczenia innych autorów, którzy znajdowali różnicę w zachowaniu się punktu zamarzania krwi odwłóknionej i surowicy krwi nie wytrzymują krytyki, gdyż nie zostały później potwierdzone, a mogą one polegać na błędach w technice doświadczenia.

Z a s t o s o w a n i e o z n a c z a n i a punktu zamarzania krwi i moczu nabrało znaczenia w rozpoznawaniu chorób nerkowych dzięki pracom **KORA-**

ny'ego i od tego czasu kryoskopia weszła w powszechne użycie. Przez oznaczenie punktu zamarzania krwi i moczu można oznaczyć zmniejszenie przepuszczalności nerek dla rozpuszczalnych drobin ciał rozmaitych, jako też zaburzenia w wydzielaniu wody. Podczas wymiany materii w ustroju, duże drobinny białka, które w roztworze wywierają, jak wiadomo, bardzo małe ciśnienie osmotyczne, rozpadają się na mniejsze drobinny ciał, będących produktem wymiany materii. Wskutek tego wzrasta zagęszczenie krwi i limfy, tembardziej, że przez skórę i płuca zmniejsza się ilość wody zawartej w ustroju. Nerki mają za zadanie wyprowadzić z ustroju drobinny ciał, będących wytworem wymiany materii, u dla ustroju niepotrzebnych, a tem samem mają zadanie utrzymania stałego ciśnienia osmotycznego krwi i limfy. Jeżeli czynność nerek podupada, wtedy wzraasta stężenie osmotyczne krwi i limfy, punkt zamarzania krwi musi się przeto obniżyć. Przekonamy się jednak później, iż to teoretyczne wnioskowanie niezawsze znajduje potwierdzenie, jak np. przy mocznicy.

Ciśnienie osmotyczne już w ustroju prawidłowym może ulegać pewnym wahaniom wskutek przyjmowania pokarmów. Tu bowiem mogą pokarmy, obfitujące szczególnie w sól kuchenną i wodę, przez dostanie się do ogólnego obiegu krwi wywoływać znaczne wahanie w zachowaniu się ciśnienia osmotycznego. Dopiero po ukończeniu trawienia ciśnienie osmotyczne może wrócić do stanu prawidłowego.

Nerki mogą tylko powoli wyrównać to zwiększenie się ciśnienia osmotycznego i dlatego już teoretycznie można przypuszczać, że ciśnienie osmotyczne będzie zależnem od przyjmowania pokarmów. Tę też okoliczność należy uwzględnić przy oznaczaniu punktu zamarzania. Na zależność obniżenia punktu zamarzania krwi od przyjmowania pokarmów, mało dotąd zwracano uwagi. KORANYI podaje jako punkt zamarzania krwi— $0,56^{\circ}$ i twierdzi, iż punkt zamarzania zależy od diety o tyle, że jeżeli wprowadzamy do ustroju małą ilość węglowodanów, to punkt zamarzania krwi jest znacznie obniżony. KUEMMEI podaje punkt zamarzania krwi — $0,55^{\circ}$ do— $0,57^{\circ}$ i nie mówi wcale czy uwzględnił dietę chorych i czas brania krwi. Jeśli zaś inni autorowie, jak np. VIOLA, znajdują obniżenie punktu zamarzania krwi [— $0,59$] u zdrowego człowieka, to nasuwa nam się pytanie, czy w niektórych przypadkach właśnie jakoś i ilość pokarmów, jako też czas wprowadzenia ich do ustroju, nie wpłynęły na tak znaczne obniżenie punktu zamarzania krwi. Doświadczenia SCHOUTE'go przemawiają za tem przypuszczeniem. Oznaczał on u 50-u ludzi ze zdrowymi nerkami punkt zamarzania krwi, a krew brał zawsze na czczo. Chorzy dostawali dietę mleczną i jaja. Punkt zamarzania krwi porównywano zawsze z punktem zamarzania wody i 1% go roztworu NaCl i przekonano się, że punkt zamarzania waha się między— $0,56^{\circ}$ do— $0,58^{\circ}$. W kontrolnych doświadczeniach, gdy nie uwzględniano diety, otrzymano zawsze wartości większe niż— $0,58^{\circ}$, w jednym przypadku— $0,597^{\circ}$. Jeżeli zaś u ludzi, będących na dyecie mlecznej, brano krew do badania w godzinę do dwóch godzin po obiedzie, wtedy punkt zamarzania krwi był zawsze wyższy od— $0,58$, a nawet dochodził do— $0,60^{\circ}$. Na zależność punktu zamarzania od diety zwraca też uwagę SOBIERAŃSKI. KOEPE i VIOLA spostrzegali zwiększenie obniżenia punktu zamarzania krwi po przyjęciu znaczniejszej ilości soli

kuchennej. BARTH opisuje przypadek, w którym przy jednostronnej chorobie nerki i przy obecności drugiej zdrowej nerki, punkt zamarzania krwi był nieprawidłowo obniżony. W przebiegu zapaleń nerkowych znajdują jedni autorowie, jak KORANYI, ALBARRAN, BOUSQUET, SENATOR, CZILI, zwiększenie obniżenia punktu zamarzania krwi, gdy inni, jak STRAUSS, BERNARD, często zwiększenia tego nie spostrzegali. W tych przypadkach może zatrzymanie się chlorków i innych ciał w cieczach ustroju powodować podwyższenie punktu zamarzania, jeśli zaś chory przyjmie odpowiednią ilość wody, wtedy może punkt zamarzania krwi być prawidłowy pomimo niedomogi nerkowej. Również podnieść należy, że niedomoga nerkowa cechuje się nie tylko złem wydzielaniem ciał stałych, lecz także złem wydzielaniem wody, przeto przy złym wydzielaniu wody niedomoga nerek może być przez dłuższy czas ukrytą. Możliwem również jest, iż na prawidłowe ciśnienie osmotyczne wpływa regulująco wchłanianie w przewodzie pokarmowym, za czem przemawiają badania KORANYI'ego i jego uczniów, wykazujące, iż ciśnienie osmotyczne krwi królików zmienia się ze względu na pory roku. Tak więc zwiększenie obniżenia punktu zamarzania krwi niezawsze musi występować przy niedomodze nerkowej. Punkt zamarzania krwi może być nieprawidłowo obniżony, wedle KORANYI'ego, w przypadkach wielkich guzów jamy brzusznej, w przebiegu napadów dny i kolki nerkowej, przed napadem dusznicy, na co zwrócić również trzeba uwagę przy oznaczaniu punktów zamarzania. Zauważyć jednak należy, że KORANYI nie uwzględniał diety chorych, że więc w tych przypadkach mógł uzyskać niższy punkt zamarzania krwi, zależny od wprowadzenia pokarmów.

W przebiegu niedokrwistości i w przebiegu chorób gorączkowych, przy których oddychanie nie jest upośledzone, znajdujemy bardzo małe obniżenie punktu zamarzania krwi, a więc wartości mniejsze niż — 0,56°.

W przypadkach mocznicy KORANYI niezawsze znajdował zwiększenie obniżenia punktu zamarzania krwi; natomiast LINDEMANN prawie zawsze spostrzegał znaczniejsze obniżenie, czyli zwiększenie stężenia osmotycznego. Na tej podstawie sądził, iż przyczyną mocznicy jest niewydzielanie się z ustroju ciał, które zwiększają stężenie osmotyczne krwi, a więc przede wszystkim elektrolitów. Nawet udało mu się przez śródżylnie wstrzyknięcie bardzo stężonych roztworów soli kuchennej i mocznika wywołać upśów drgawki. Wątpliwem jednak jest, czy drgawki te były drgawkami mocznicowymi, gdyż bardzo stężone roztwory mogą już przez odciągnięcie wody działać szkodliwie na mózg. Obok LINDEMANN'a znajdowali zwiększenie stężenia osmotycznego krwi: SENATOR, RUMPEL, BICKEL, EUGELMANN, z polskich badaczy LANDAU, podczas gdy KORANYI nawet, przy mocznicy kończącej się śmiercią nie znajdował zmiany stężenia osmotycznego krwi. Również ISRAEL, STOCKMANN i LANDAU znaleźli w przypadkach mocznicy kończącej się śmiercią prawidłowe stężenie osmotyczne krwi. W klinice chorób wewnętrznych badałem w 5-u przypadkach mocznicy, która skończyła się śmiercią, punkt zamarzania krwi. W dwóch przypadkach punkt zamarzania, a zatem i stężenie osmotyczne krwi, były prawidłowe.

Słusznie zatem KORANYI sądzi, że jad mocznicowy składa się z dużych drobin, które nie wpływają na stężenie osmotyczne krwi. Badania zaś Couvée'go, wykazujące, iż zawiesiny narządów zwierząt, które zginęły na mocnicę, nie wywołują objawów uremicznych po wstrzyknięciu innym zwierzętom, pozbawionym nerek, nie mogą zaprzeczyć tej hipotezie. Owszem—można razem z HAMBURGER'em i Czili'm przypuścić, iż jad ten łatwo się rozkłada i pomimo działania wysoce trującego, nie znajduje się w ilościach, mogących zwiększyć stężenie osmotyczne krwi, nawet po rozpadnięciu się dużych drobin na małe. Z badań zaś ENGELMANN'a, który oznaczał punkt zamarzania i przewodnictwo elektryczne krwi chorych na mocnicę, nie można wysnuwać żadnych wniosków o zachowaniu się elektrolitów i nieelektrolitów w krwi mocznicowej i nie można wcale na tej podstawie wejrzeć bliżej w przyrodę mocznicę.

[D. n.].

III. Intubacya i tracheotomia

na podstawie spostrzeżeń, zebranych w szpitalu dla dzieci
pod nazwą św. Zofii we Lwowie w latach 1894 — 1903.

Podał

dr Stanisław Czarnik,
ordynator szpitala.

[Ciąg dalszy.—Patrz Nr. 37].

Na tablicy V-ej zestawilem czas trwania intubacyi, to znaczy, ile godzin potrzeba było do zupełnego usunięcia tubusa u tych, którzy wyszli, i ile godzin leżał tubus u tych, którzy umarli.

Pominąwszy tych chorych, u których czas trwania intubacyi wynosił więcej niż 96 godzin, gdyż liczba 18-u takich chorych jest za mała, żeby wzięwszy ją za podstawę, można wyprowadzać jakieś dalej idące wnioski [chyba to tylko, że nie jest korzystną rzeczą, żeby tubus dłużej leżał, niż około 100-u godzin], widzimy, że niekiedy już 24-ch godzin wystarcza do usunięcia zwężenia krtani. Najczęściej jednak, bo przy 71,7%, udaje nam się z końcem 3-ej doby usunąć tubus. Widzimy dalej, że intubowani przeważnie umierają w pierwszej dobie [82,6%], i że u tych, którzy z tubusem przeżyją trzy doby, możemy stawiać bardzo korzystne rokowanie. Śmiertelność bowiem w czwartym dniu intubacyi wynosi 2%.

Przeciętny czas intubacyi według wieku podają na tablicy VI-ej.

Sądziłoby wypadało, że u najmniejszych dzieci czas intubacyi jest krótszy, niż u starszych [62,4 godzin], lecz jest to tylko rzecz przypadku, większa bowiem część autorów jest zdania, że czas trwania intubacyi u dzieci niżej

Tablica V.

Czas trwania intubacyi	Wyszło	Umarło	Śmiertel- ność w %
do 24-ch godzin	8	38	82,6
„ 48-u „	46	20	30,3
„ 72-ch „	101	13	11,4
„ 96-u „	48	1	2,0
„ 120-u „	9	3	25,0
„ 144-ch „	3	2	40,0
„ 216-u „	1		0,0

Tablica VI.

Wiek lat	Liczba chorych	Przecięt- ny czas intubacyi
0 — 1	8	62,4
1 — 2	30	76,8
2 — 3	41	72,0
3 — 4	37	76,8
4 — 5	36	72,0
5 — 6	32	72,0
6 — 7	19	76,8
ponad 7	13	60,0

roku jest najdłuższy. Przeciętny czas intubacji u chorych przeze mnie leczonych wynosi około 3-ch dni [72 godzin]. Wynika to stąd, że niejako za zasadę przyjąłem w szpitalu Ś-ej Zofii próbowanie pierwszej ekstubacji z końcem 3-ej doby. BÓKAI podaje czas trwania intubacji przed surowicą na 79 godzin, w czasach leczenia surowicą—61 godzin. ADELA WEISSENBERGER podaje 84 godzin, THUERMER twierdzi, że przeciętny czas intubacji w czasach posurowicznych tylko nieznacznie się zmniejszył [o 6—3 godzin]. MOMIDŁOWSKI podaje w r. 1892, że ostateczne wyjęcie rurki przypadało między ukończonym drugim a początkiem dnia czwartego. Inni autorowie, jak: DILLON BROWN, MOUNT BLEYER, G. BAER podają w większości przypadków przeciętny czas intubacji na 120 godzin, v. RANKE na 96 godzin, a HEUBNER na 100 godzin w czasach przedsurowicznych. Przeciętny czas trwania intubacji w naszym szpitalu najwięcej zbliżony jest do tego, jak go podaje BÓKAI, a o wiele mniejszy od czasu, podanego przez powyżej wymienionych autorów, którzy w czasach przed leczeniem surowicą określają go na 96 do 120 godzin.

W jakim czasie po intubacji występuje śmierć ze względu na wiek chorych [przeciętnie]?

W wieku

0 — 1	śmierć występuje w 48 godzin
1 — 2	" " 33 "
2 — 3	" " 48 "
3 — 4	" " 45 "
4 — 5	" " 50 "
5 — 6	" " 84 "
6 — 7	" " 36 "
ponad 7	" " 72 "

Możemy zatem powiedzieć, że przeciętnie chorzy intubowani umierają w 45,6 godzin po operacji, t. j. z końcem drugiej doby, że wiek niewiele wpływa na czas śmierci po intubacji i że nie można wcale powiedzieć: im młodsze dziecko, tem prędzej umiera.

W którym dniu przyjęcia chorego do szpitala wykonano intubację?

W dniu przyjęcia	wykonano intubację u 369-u	z tego umarło 107-u = 28,9%
W dobę po przyjęciu	" " " 14-u	" " 5-u = 35,7%
W 2 doby po	" " " 2-ch	" " 2-ch = 100,0%
W 3 " " "	" " " 1-go	" " 1 = 100,0%
W 4 " " "	" " " 1-go	" " — = 0,0%

Razem u 377-u

W dniu przyjęcia do szpitala wykonano intubację w 95,3% przypadków z najmniejszą śmiertelnością 28,9%. W dobę po przyjęciu wykonano intubację u 14-u chorych, t. j. 3,6%, śmiertelność 35,7%. W 2 doby u 2-ch chorych, t. j. 0,5%, ze zejściem śmiertelnem w obu razach. W jednym przypadku, t. j. w 0,2% w 3 doby po przyjęciu również z wynikiem niepomyslnym. Wreszcie jedno dziecko, intubowane w 4 dni po przyjęciu, wyszło zdrowe. Było to dziecko roczne, u którego początkowo rozpoznawałem nieżyt krtani (*pseudo-*

croup), dopiero po intubacji, gdy chory odkrztusił błony dławcowe, doszliśmy do prawdziwego rozpoznania. W każdym razie długie ociąganie się z intubacją nie zawsze wychodzi na pożytek choremu. Surowica przeciwbłonicza nie zawsze zabezpiecza od dalszego szerzenia się dławca, gdyż w kilka dni po wstrzyknięciu trzeba było operować, rozumie się, chorych, którzy zgłosili się do szpitala już ze zwężeniem krtani.

T r a c h e o t o m i a n a s t ę p o w a. Na tablicy VII-ej podaję, w ile godzin po intubacji wykonałem tracheotomię następową.

Tablica VII.

Czas trwania intubacji	Wyszło	Umarło	Razem	Śmiertel- ność w %
od 2-ch do 12-u godz.	2	6	8	75,0
do 24-ch „	16	23	39	58,9
„ 48-u „	3	3	6	50,0
„ 72-ch „	4	1	5	20,0
„ 96-u „	5	4	9	44,4
„ 120-u „	13	1	14	7,1
„ 144-ch „	8		8	0,0
„ 168-u „	3		3	0,0
„ 192-ch „	1		1	0,0
„ 264-ch „	1		1	0,0

Ogólnie więc powiedzieć można, że im później wykonałem tracheotomię następową, tem lepsze mam wyniki i gdyby tylko nie obawa odleżyny w pewnych przypadkach, doradzałbym jak najbardziej odkładać termin tej operacji. Tych chorych, u których wykonałem tracheotomię następową w 2 — 12 godzin po intubacji, a u których właściwie wskazaną była tracheotomia pierwotna, jest stosunkowo niewiele, stanowią oni zaledwie 2,3% wszystkich przypadków intubowanych. Są to chorzy, u których sprawa chorobowa była już nisko umiejscowiona. Najwięcej tracheotomii następowych wykonałem z końcem pierwszej doby [39 = 41,4%].

Tracheotomię następową w pierwszych czterech dniach choroby robiłem głównie z powodu posuwania się dalszego sprawy chorobowej, niekiedy w takich razach, gdy po ekstubacji bardzo szybko i nagle występowała silna duszność. Po czwartym dniu choroby robiłem głównie tracheotomię następową z obawy przed odleżyną. Najpóźniej wykonałem ją po 11-dniowej intubacji, przerywanej kilkogodzinną ekstubacją co 3 dni. Chora ta opuściła zupełnie zdrowa szpital, podczas gdy u innego chorego już po 4-ch dniach intubacji powstał wrzód odleżynowy, następnie silne zwężenie krtani.

Zupełnie słusznem jest więc zdanie Bókai'a i Galatti'ego, że czas powstania odleżyny waha się w bardzo szerokich granicach i gdy u jednych chorych powstają już po kilku godzinach wrzody odleżynowe, u innych nie tworzą się wcale nawet po długiem leżeniu tubusa. Bókai sądzi, że obawa odleżyny nie powinna być wskazaniem do tracheotomii, ale dopiero odleżyna sama. Z tem ostatniem zdaniem nie mogę się zgodzić i zapatrywanie moje w tym względzie wypowiedziałem już wyżej, a na podstawie doświadczenia własnego mogę tylko powiedzieć, że rzeczywiście u niektórych chorych już po 24-godzinnej intubacji widziałem przy sekcji wrzody odleżynowe. Zdarza się to u chorych silnie gorączkujących, szczególnie u dzieci intubowanych, które w szpitalu zarażyły się płonica.

Tracheotomia pierwotna. Tracheotomię pierwotną ze względu na umiejscowienie choroby wykonałem:

przy <i>croup laryngis</i>	u 18-u, z tego umarło	9=50%
„ <i>diphtheritis faucium. Croup laryng.</i>	„ 43-ch „ „	25=58,1%
„ <i>diphtheritis fauc., nasi. Croup. lar.</i>	„ 2-ch „ „	1=50%
Razem „ 63-ch „ „		35=55,5%.

W dniu przyjęcia chorego do szpit. wykonałem u 60-u, z tego umarło 33=55,0%

W dobę po przyjęciu „ „ „ „ u 3-ch „ „ 2=66,6%.

Z tych liczb, wprowadzie niewielkich, muszę jednak wyprowadzić wnioski, że tracheotomia pierwotna, mimo leczenia surowicą, daje bardzo wielki procent śmiertelności: 55,5%. Tracheotomię pierwotną wykonywałem w latach 1894 — 1895 i z początkiem roku 1896, t. j. do czasu, w którym nauczyłem się intubacji. W tym czasie wykonałem ogółem 45 tracheotomii, z tego umarło 26 = 57,7%. W następnych latach robiono tracheotomię jako zabieg pierwotny tylko wówczas, gdy nie można było z jakichkolwiek powodów wykonać intubacji. W ostatnich 7-u latach intubacji wykonano 18 tracheotomii pierwotnych ze śmiertelnością 50,0%.

Co do samej techniki, to robiłem po większej części tracheotomię dolną, a od lat kilku wyłącznie dolną, która, mojem zdaniem, nie jest trudniejszą od górnej, daje łatwiejszy przystęp do niższych dróg oddechowych i łatwiejsze zastosowanie środków leczniczych lokalnych; ziarnina i wrzody odleżynowe nie tworzą się tak często, jak przy tracheotomii górnej, nie występuje również zmiana w głosie. Uważam za stosowne zwrócić uwagę na cięcie w tchawicy, które zawsze powinno być wykonywane w linii środkowej. Znaczna część niemiłych następstw po tracheotomii pochodzi ze złego przecięcia tchawicy, a mia nowicie wysuwanie się kaniuli z rany tracheotomijnej. Jeśli bowiem tchawicę

przećnięcie się skośnie lub z boku, rurka tracheotomijna po każdym silniejszym kaszlu usuwa się z rany tchawicy, a zarazem swoim dolnym końcem musi więcej uciskać jedną ścianę tchawicy, powodując wrzody odleżynowe, a nawet krwotok z tętnicy bezimiennej. Krwotok taki miałem sposobność widzieć u 6-letniego chłopca w 11 dni po tracheotomii. Tchawica była u niego skośnie przecięta.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

123. Bruhns. O swędzeniu skóry, jego przyczynach i leczeniu.

Z pośród przyczyn, wywołujących swędzenie, odróżniamy:

I. Przyczyny wewnętrzne, zależne od cierpienia narządów wewnętrznych, albo na tle cierpienia nerwowego, lub na drodze odruchowej powstałe.

II. Przyczyny zewnętrzne: 1) Swędzenie spowodowane pasożytami lub innymi czynnikami drażniącymi skórę [bodźce chemiczne, termiczne]. 2) Swędzenie powstałe na tle zmian, spowodowanych chorobami skórnymi (*eczema*, *lichen ruber* i w. in.). Oczywiście ścisłą granicę pomiędzy różnymi stanami swędzenia trudno postawić, istnieją bowiem stany przejściowe i pośrednie, że wspomniemy o pokrzywce i o swędzeniu, zależnem od przyczyn wewnętrznych (*urticaria ex ingestis*).

Co do I. Swędzenia hematogenne (*icterus*, *diabetes*, *diathesis urica*, *uraemia*), powstają skutkiem drażnienia nerwów skórnych lub ośrodkowego układu nerwowego krążącymi we krwi lub limfie substancjami, które w warunkach normalnych nie istnieją w tych osoczach. Tutaj zaliczyć należy również swędzenie pochodzenia białaczkowego z wykwitami o charakterze pokrzywkowym, lub też pochodzenia rzekomo białaczkowego z wykwitami podobnymi do *prurigo*, bez regularnego jednakże ugrupowania guziczków i bez śladów zadrapania, jak to zwykle spostrzegać się daje przy *prurigo Hebrae*.

W stanach białaczkowych, prócz spotykających się chorób skórnych, nie powodujących swędzenia, jak guzy, rozlane obrzęki i t. d., spostrzegać się też daje t. zw. *erythrodermia* ze swędzeniem i objawami pryszczycowymi (*lymphodermia perniciosa* KAPOSÍ). Wogóle swędzenia i wykwyty do *prurigo* lub *strophulus* podobne powstać mogą na tle różnorodnych cierpień narządów chłonnych, jak to spostrzegać się nieraz daje przy powiększonej pomalarycznej śledzionie lub przy *lymphosarcoma* [BLASCHKO].

Do swędzeń hemato — lub limfogennych zaliczamy również swędzenia idiosynkratyczne, powstałe po morfinie, kokainie lub innych środkach lekarskich.

Co się tyczy swędzeń pochodzenia ośrodkowego, to w nielicznych tylko przypadkach spostrzegać się dają zmiany organiczne [nowotwór mózgu]; najczęściej przyczyny swędzenia ośrodkowego pochodzenia nie są nam bliżej znane: mówimy wtedy o swędzeniu „odruchowem“.

Wpływ odruchowy na skórę znany nam jest i przy innych cierpieniach, mianowicie przy chorobach narządów płciowych u kobiet, podczas miesiączki, ciąży (*pruritus gravidarum*), chociaż swędzenie przy ciąży, o ile ono jest umiej-

scowione, zależy nieraz od zaburzeń cyrkulacyjnych—zastojów żylnych [jak to nie raz spostrzegać się daje przy żylakach gołeni i hemoroidach]. Dalej spostrzegać się dają przypadki swędzenia, w których brak nam wszelkich danych przyczynowych. Mówi się wtedy o swędzeniu czysto nerwowem, występującem najczęściej napadowo na tle neurastenii lub histeryi, po zmęczeniu lub skutkiem pobudzeń psychicznych. Tutaj zaliczyć należy swędzenie, występujące u pewnych osobników na sam widok ludzi, cierpiących na świerzbę lub *pediculosis*, również swędzenie i po wyleczeniu się ze świerzby, chociaż w tym ostatnim razie swędzenie może być spowodowane pozostałemi skutkiem swoistego leczenia świerzby pryszczycowemi zmianami skóry. Z szeregu swędzeń nerwowych wykluczyć należy swędzenie starcze (*pruritus senilis*), zależne od starczych zmian zakończeń nerwów, oraz *pruritus hiemalis* i *aestivus*, zależne od wpływów atmosferycznych.

Co do II. Przyczyny pasożytnicze: świerzba (*scabies*). Rozpoznanie świerzby nie zawsze bywa łatwem z powodu trudnego nieraz wykrycia charakterystycznych galeryi pasożyta w ulubionych pomiędzy palcami miejscach. Nieraz galerye takie udaje się wykryć w fałdach zgięcia stawu ręcznego lub na brzuścach dłoniowych, lub wreszcie na skórze ściągniętej, a u dzieci nieraz na podszewkach nóg. W przypadkach wątpliwych rozpoznajemy sprawę *ex juvantibus*. Spostrzega się również nieraz i świerzbę zwierzęcą, przechodzącą na człowieka ze zwierząt parszywych: brak w danym razie grupowania wykwitów w ulubionych dla świerzby ludzkiej miejscach, brak galeryi, oraz pasożyta [rodzaj *sarcoptes*] wyklucza ludzką świerzbę. Swędzenie powodują dalej wszy, pchły, pluskwy, komary, gąsienice; włoski tych ostatnich powodują wykwyty pokrzywkowe, grupujące się na szyi nad kołnierzem. Również ustroje roślinne: pokrzywa, pierwiosnek (*primula obconica*, *sinensis*, *chinensis*), mianowicie ich włoski powodują pokrzywkę, lub wykwyty pryszczycowe moknące, lub strupy, albo obrzęki. Ulubionem miejscem grupowania się wykwitów są ręce, twarz.

Do chorób skórnych, wywołujących swędzenie należą: *eczema*, *lichen ruber*, *prurigo*, *dermatitis herpetiformis* DUHRING'a, *pityriasis versicolor*, *pityriasis rosea*. Tutaj należy również *psoriasis*, zwłaszcza *punctata* lub *lenticularis* w chwili wybuchu sprawy, oraz pewien rodzaj grudekowego syfilisu [zwykle wykwyty syfilityczne, jak wiadomo, nie powodują swędzenia].

Dalej wymienić należy i pokrzywkę, zależną bądź od zaburzeń narządów trawiennych, bądź od innych przyczyn wewnętrznych. Tutaj zaliczyć należy *strophulus* (*lichen urticatus*), spotykający się u dzieci. Wykwity tej sprawy bywają różnorodne i obok pokrzywkowych spotykają się brunatno - czerwone twarde grudki, również małe, rzadziej większe bąble najczęściej na tułowiu, chociaż i kończyny nie bywają wolne od wykwitów. Swędzenie najczęściej występuje w nocy, w łóżku. *Lichen urticatus* choć szybko się nieraz goi, często jednakże wraca i trwać może przez lata całe. Powstawanie tej sprawy przypisują zbyt forsownemu żywieniu dzieci, zwłaszcza pokarmami mięsnymi. *Lichen urticatus* w początkowych okresach trudno nieraz odróżnić od *varicella*.

Do świerzbiących spraw chorobowych należy również rzadko występująca postać — *neurodermitis chronica circumscripta* s. *Lichen Vidal*, charakteryzująca się większymi lub mniejszymi brunatno - czerwonymi nieco łuszczącymi się naciekami skóry (*plaques*); w obwodzie takiego nacieku, lub nieco dalej spostrzegać się dają pojedyncze lub w małych grupach ułożone blade-czerwone grudki. Spostrzegano [JADASSOHN] przy tej sprawie ośrodkowe gojenie się i obwodowe szerzenie się nacieku, jak to bywa w chorobach pochodzenia pasożytniczego. Do ulubionych miejsc tej sprawy należą: kark, szyja, okolica zgięcia łokciowego, podkolanowa, powierzchnie wewnętrzne ramion, dalej *regio ani*, *scroti*, przeważnie u dorosłych. Z punktu etyologicznego nie można postaci tej

odmówić pewnego pokrewieństwa ze sprawą pryszczycową, tembardziej, że obie te sprawy spotykają się nieraz jednocześnie jedna obok drugiej JADASSOHN nie odrzuca dla tej sprawy możności pochodzenia zakaźnego, jak to bywa przy *lichen ruber planus*.

Leczenie. Zabiegi nasze lecznicze przede wszystkim powinny być skierowane przeciwko chorobom skórny, powodującym swędzenie. Przeciwno *scabies* najtańszym i najskuteczniejszym środkiem są preparaty siarki. Po uprzedniej kąpeli [mydło szare] wciera się silnie maść *ex Sulfure praecip. 30 : 100 Axungiae porci*; po 8-u dniach kąpiel. Używana bieliznę dezynfekować parą.

Swędzenie, zależne od chorób wewnętrznych, wymaga specyficznego leczenia tych chorób.

Przy swędzeniach wewnętrznych poprawa stanu ogólnego, wpływ psychiczny [sugestia] wielką odgrywają rolę jako czynniki lecznicze. Z wodoleczniczych procedur stosowanie zimnej wody zmniejsza wprawdzie chwilowo swędzenie, lecz następce osuszanie ciała pogarsza stan znacznie. Zimne natomiast okłady i ostrożne osuszanie, stosowane na ograniczone części skóry, łagodzą na pewien czas swędzenie.

Niektórym pacjentom łagodzą swędzenie gorące kąpiele; zwłaszcza znakomicie działają przy ograniczonych swędzeniach (*pruritus analis et genitalis*), gorące nasiadówki, gorące okłady, parówki [sucha łaźnia skrzyniowa].

B a l n e o — i k l i m a t o t e r a p i a. Przeciwno chorobom skórny — swoiste źródła: siarczane, zawierające kwas węglany, morskie kąpiele (*eczema, prurigo*). Przeciwno zaś swędzeniom, zależnym od chorób wewnętrznych — odpowiednio dla tych ostatnich chorób miejscowości kąpielowe. Chorzy nerwowi najlepiej znoszą klimat gór średnich wysokości [wysokie góry, lub morze — zwłaszcza północne, drażnią ich z powodu częstych wiatrów i zbyt silnych promieni słonecznych]. Nie bez dodatniego wpływu u nerwowców jest zmiana miejscowości, zajęcia, odwracanie uwagi od cierpienia.

W s k a z ó w k i h y g i e n i c z n e. Ubranie niezbyt grube i nie można przylegające do ciała [dla unikania tarcia skóry], bielizna lniana; spanie na twardej pościeli i niezbyt ciepłe okrywanie się. Unikanie nagłych zmian temperatury. Miejsca swędzące okryć opatrunkiem cynkowym dla ochrony od drażnienia.

D y e t a. Unikać napojów alkoholowych, kawy, herbaty, przypraw korzennych, potraw powodujących *urticariam*.

Leczenie wewnętrzne. Przeciwno pokrzywce, zależnej od zaburzeń przewodu pokarmowego — sól karlsbadzka [2 — 3 tygodnie].

Osobom nerwowym zaleca się brom, antipirynę, *Trional*, *Veronal*, *Morphium* [o ile znoszone bywa]. Specyficznymi środkami przeciwko swędzeniu są: *Atropina sufl.* [w pigułkach po ½ mg. na noc 1 — 2 pig.; wogóle 20 — 30-u pigulek], *Salol*, *Aspirinum*, *Ac. carbol. interne*. Arsenik — bez dodatnich wyników.

Leczenie zewnętrzne. *Resorcinum* [1%] tymol [1%], mentol w maści ½%. *Spir. carbol.* 1 — 2%, *Vaselin. carbol.* 2%. *Ung. ex liq. alum. acet.* 10% *cum lanolino*; *Ung. ex bromocoll* 10% — 20% (*pruritus*), *Tumenol* (*Tumenol* 5 — 10% *pastae Zinci* 100,0) albo penzlowanie z tumenolu (*Tumenol* 5,0 *Spir. aeth. Glycer. an.* 15,0), *Thigenol* (*pastae* 5 — 10%).

Dziegieć zmniejsza wprawdzie znakomicie swędzenie, lecz drażni nieraz skórę, wypróbować go zatem należy na małych ograniczonych miejscach. Zaleca się dziegieć albo w postaci penzlowań *Liquor. Carbonis detergent*, [celem unikania drażnienia, kładzie się po zapenzlowaniu pastę cynkową lub tumenoleynkową], albo w postaci maści, albo wreszcie jako pastę smołowo dziegciową (*Terzinkpaste*).

Nowy preparat smoły *Anthrasol* nie wala białizny, używa się w postaci penzlowań jako 10%-owy roztwór [w spirytusie, acetonie] albo w postaci 1—3%-ej maści. *Anthrasol. Lanolin aa 5,0 Ung. Glycer. ad 50,0*—z przepisu SACK'a. Przeciwno *pruritus analis* nieraz dobrze działa pasta rezorcynowo - cynkowa [1 — 2%] lub chrysarobinowo — cynkowa [$\frac{1}{4}$ — 1%]¹⁾.

W nowszych czasach zaleca się rentgenizację, która w pewnych lekkich przypadkach swędzenia dobre nieraz oddaje usługi.

W końcu należy zaznaczyć, iż obfity arsenał środków lekarskich najlepiej świadczy o małym postępie leczenia swędzenia. Leczenie właściwe polega nieraz na wypróbowaniu tych lub owych środków, oraz na indywidualizowaniu poszczególnych chorych.

(*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*. 1905. N. 7).

Dr Puterman [Sosnowice].

124. Bruns i Müller. Przenikanie tęgoryjca dwunastnicy (*Anchylostoma duodenale*) przez skórę u człowieka. Znaczenie tej możliwości zakażenia dla szerzenia się i zwalczania tej choroby.

W ostatnich czasach niejednokrotnie omawianem było zagadnienie co do sposobu zarażania się tęgoryjcem dwunastnicy (*Anchylostoma duod.*). LEICHTENSTERN i WARBURG na zasadzie licznych badań twierdzili, że tęgoryjcem zarazić się można jedynie przez przyjęcie go z pokarmem i stanowczo odrzucali możliwość przenikania larw tęgoryjca przez skórę. Z przeciwnym poglądem wystąpił LOOSS. Na podstawie kilku obserwacji przyszedł on do wniosku, że larwy tęgoryjca mogą dostać się do organizmu przez nieuszkodzoną skórę i tym sposobem wywołać zakażenie. Niestety, doświadczeniom, ogłoszonym przez LOOSS'a, brakło naukowej ścisłości, dlatego też pogląd LOOSS'a został przyjęty przez świat naukowy, zwłaszcza niemiecki, z niedowierzaniem. Zgodne z wynikami LOOSS'a doświadczenia włoskich badaczy PIERI i NOÉ'go także nie wpłynęły stanowczo na wyjaśnienie sprawy, tembardziej, że jednocześnie prawie ogłoszone badania angielskich uczonych BOYKOLL'a i WALDANE stanowczo przemawiały przeciw przypuszczeniom LOOSS'a. Jednak jesienią 1904 r. na Kongresie zoologicznym w Bernie LOOSS demonstrował liczne preparaty i zapomocą doświadczeń na psach stanowczo udowodnił, że skóra tych ostatnich nie stawia przeszkody przenikaniu przez nią larw *Anchylostoma caninum*—robaka, bardzo zbliżonego do *Anch. duod.* Wkrótce potem SCHAUDINN'owi udało się zaszczerpić przez skórę *Anch. duod.* małpie, a TUNHOLZ ogłosił dodatnie doświadczenie na człowieku: pewnemu młodemu lekarzowi wtarto 16.XII. 1904 w zewnętrzną powierzchnię ramienia 80 do 100-u żywych inkapslowanych larw i I.II. 1905, t. j. po 46-u dniach wykryto w jego wypróżnieniach jajka tęgoryjca.

W celu ostatecznego wyjaśnienia ciekawej i ważnej sprawy, BRUNS i MÜLLER postanowili powtórzyć doświadczenia swych poprzedników, prowadząc je z naukową ścisłością. Otrzymawszy na psach wyniki dodatnie, B. i M. zwrócili swe badania na ludzi, ale dwie pierwsze próby wypadły stanowczo ujemnie: I i 3.IX. 1904 jednemu lekarzowi i jednemu posługaczowi szpitalnemu, którzy dobrowolnie i świadomie zgodzili się na to, wtarto mniej więcej po 150 larw w skórę ramienia, nie dezynfekując jej przed doświadczeniem i pomimo co-

¹⁾ NEISSER podaje następujący przepis: *Fl. Zinci, Tal. venet. Glycerin. Aquae aa 25,0 Liq. carb. deterg. angl. 5,0 — 10,0. Ichthyol 3,0 — 5,0 — 10,0.* Do penzlowania. Po zaschnięciu formuje się rodzaj powłoki, co znakomicie zmniejsza swędzenie. Powłoka ta zmywa się łatwo letnią wodą lub spirytusem.

dziennego badania kału pod mikroskopem, do połowy maja 1905 r. nie wykryto w nim ani jednego jajka *Anch. d.* Obydwaj badani nie ujawnili też żadnych oznak małopokrwistości, a krew ich nie zawierała więcej eozynofilowych leukocytów niż normalnie.

Podobne wyniki jeszcze bardziej sceptycznie usposobiły B. i M. względem twierdzeń Looss'a, nie zniechęciły ich jednak do nowych prób, które też niebawem zostały dokonane. Tym razem próbie poddali się 27-letni kupiec i 26-letni lekarz. Doświadczenie było cokolwiek odmienne—mianowicie, kroplę wody, zawierającą około 300 inkapslowanych larw, kapnięto na nogę przedtem przez pół godziny moczoną w ciepłej wodzie i pozwolono tej kropli całkowicie wyschnąć. Poczynając od tego dnia badano codziennie krew na zawartość eozynofil. leukocytów oraz wypróżnienia na jajka tęgoryjca. Przed doświadczeniem krew kupca zawierała 0,5 do 1% eozyn. leuk. Na 6-y—8-y dzień liczba ich już nieco wzrosła, po 3-ch tygodniach wynosiła 5%, po czterech 10%, po pięciu prawie 25%. 22-go września, a więc po 53-ch dniach, znaleziono w kale pierwsze jajko tęgoryjca i przytem jedyne na 22 preparaty, zrobione dnia tego. Poczynając od tego dnia, codziennie znajdowano w większej liczbie jajka tęgoryjca. Liczba eozyn. leukocytów zaczęła się około tego czasu nieco zmniejszać. Badania nad lekarzem nie były prowadzone tak dokładnie, ponieważ wkrótce po zaszczepieniu zachorował na jakąś chorobę zapalną i pierwsze badanie kału dokonane zostało dopiero dnia 46-go. Wypadło dodatnio—znaleziono jajka tęgoryjca, a w krwi 20% eozyn. leukocytów, kiedy przed zaszczepieniem było ich zaledwie 3% do 4%. Takie są wyniki dotychczasowych badań nad drogami przenikania do organizmu *Anchyl. duod.* Nie ulega wątpliwości, że potrzebne są dalsze próby, mogące określić warunki przenikania tęgoryjca przez skórę, jednak możność tego przenikania już dziś trzeba uważać za fakt stwierdzony. Co do praktycznych wniosków ze stwierdzenia tego faktu, to należy mieć na względzie, że, jakkolwiek każda część ciała górników może być przypadkowo miejscem wejścia tęgoryjca, najczęściej jednak narażone są na to ręce w czasie wspinania się po drabinach. Jeden osobnik z zanieczyszczonym ubiwarem kałem, zawierającym larwy, może pozostawić zainfekowane częścieczki na wielu szczeblach i zarazić kolegów, zmuszonych do przytrzymywania się szczebli. Projekt zaopatrzenia szczebli w drut kolezasty i tym sposobem uniemożliwienie dotykania się doń rękami, narażałoby górników na częste przypadki potłuczenia. Jedyne skutecznem pozostaje zabronienie pod grozą surowych kar wypróżnianie się poza specyalnie na ten cel przeznaczonymi kublami i częste mycie rąk. Dane statystyczne wymownie świadczą, że przestrzeganie czystości w kopalniach energicznie wpływa na zmniejszenie się zarażeń *Ank. duod.* Kiedy w 1903 r. notowano 14510 zapadnięć na bezkrwistość, spowodowaną tęgoryjcem, w tym roku było ich zaledwie 2670.

(*Munch. med. Woch. N.* 31. 1905).

M. Biernacki.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej d. 30-go czerwca 1905 r.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 37].

O godz. 9-ej wieczorem KARCZEWSKI przy pomocy A. ZIELIŃSKIEJ i siostry miłosierdza [chloroform] przystąpił do operacji. Po nacięciu otrzew-

nej wylało się dużo krwi ciemnej, płynnej; oprócz tego usunięto dużo skrzepów. Gdy wprowadzono rękę do jamy brzusznej w celu uchwycenia jajowodu, nie znaleziono macicy w linii pośrodkowej; natomiast po bokach wyczuwało się twarde ciała jajowate. Skoro uprzystępniono dla oka dno miednicy małej, przekonano się, że macica jest dwurożna, rozdwojona aż do szyi. U wierzchołka lewego rogu leżał wśród starych zrostów lewy jajnik wraz z jajowodem, tworząc jedną masę; w jajniku istniała torbiel wielkości orzecha włoskiego, która podczas manipulowania w małej miednicy po omacku pękła; płyn był surowiczy. Prawy jajowód był zupełnie wolny. Wychodził on z wierzchołka prawego rogu macicy i w pobliżu końca brzusznego miał zgrubienie w postaci guzika wielkości śliwki. W chwili, gdy jajowód ten wydobywano na zewnątrz, ze zgrubienia wypadł i pozostał w ręku twór miękki, czerwony, wielkości jaja gołębiego; w jajowodzie pozostało miseczkowate rozszerzenie. Szypułę jajowodu podwiązano struną i jajowód odjęto [pokaz preparatu]. Jamę podczas zamknięto szwem trzypiętrowym. Podczas operacji zastrzyknięto chorej pod skórę litr fizyologicznego roztworu soli. Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Przypadek ten, już zasługujący na uwagę z powodu macicy dwurożnej (*uterus bicornis unicollis*), nastrocza kilka uwag.

Przedewszystkiem ciekawą jest rzeczą, który z rogów macicy był siedliskiem poprzednich ciąży.

Ponieważ stan pógowy po pierwszym porodzie był gorączkowy i trzymał chorą przez dwa miesiące w łóżku, należy przypuścić, że wtedy właśnie było owo cierpienie, które spowodowało wyżej wymienione zmiany w lewym jajniku i jajowodzie. Prawie więc z pewnością możemy twierdzić, że siedliskiem drugiej ciąży był prawy róg, o ile naturalnie, wykluczmy wewnętrzne wędrowanie jaja, t. j. możliwość przedostania się jaja zapłodnionego przez jajowód prawostronny i przez prawy róg macicy do rogu lewego. Następnie wchodzi tu w grę i inna okoliczność. Rozwój obu rogów macicy dwurożnej niezawsze bywa równomierny. Różnica w rozwoju rogów nie może pozostać bez wpływu na ich siłę mięśniową, czyli sprawność porodową. A zatem przebieg porodu z pewnemi zastrzeżeniami może być poczytywany za wykładnik rozwoju danego rogu macicy dwurożnej. Ponieważ w danym przypadku pierwszy poród trwał dwa dni i skończył się siłami natury, a drugi trwał trzy dni i był ukończony zapomocą kleszczy, możnaby więc wnioskować, że nie ten sam róg macicy był ciężarnym w ciążach poprzednich, czyli, że siedliskiem pierwszej ciąży był róg lewy.

W trzeciej zaś ciąży jaje nie dosięgło rogu prawego, lecz usadowiło się w jajowodzie i spowodowało jego pęknięcie. Trudno określić, jak długo rozwijało się jaje w jajowodzie. Sądzić jednak należy, że pęknięcie nastąpiło w bardzo wczesnym okresie. Wczesne to pęknięcie można wytłómaczyć pewnym niedorozwojem jajowodu; podczas operacji bowiem jajowód w swoim wolnym końcu wydawał się cieńszym od normalnego. W końcu KARCZEWSKI zaznacza, że nie usunął lewostronnych przydatków pomimo istniejących w nich zmian chorobowych dlatego, aby nie przedłużać operacji u chorej, będącej w takich warunkach. Sądzi jednak, że zmiany te były tego rodzaju, iż chorej nie sprawiały wielkich dolegliwości i przypuszcza, że nadal zaburzeń poważnych nie będą wywoływały.

W dyskusyi SAWICKI BR. zaznacza, że pozostawienie lewostronnych przydatków może mieć znaczenie ze względu na ciążę. Przypomina bowiem sobie przypadek, gdzie, usunąwszy torbiel z jednej strony i stwierdziwszy zmiany w przydatkach drugiej strony, upewnił chorą, że wcale już nie zajdzie w ciążę; tymczasem zaszła w bardzo krótkim stosunkowo czasie.

BORYSSOWICZOWI nasuwa się pewien cień wątpliwości, czy tutaj mamy do czynienia z ciążą jajowodową *sensu strictiori*, gdyż przypomina sobie przypadek z przed kilku lat, w którym operował chorą z powodu olbrzymiego wylewu krwi do jamy brzusznej i zamiast spodziewanej ciąży znalazł niewielką utratę substancji na powierzchni jajowodu. Badanie drobnowidzowe wykazało *chorio-epitheloma*.

KARCZEWSKI odpowiada, że badania mikroskopowe są w biegu i prawdopodobnie sprawę wyjaśnią.

7) Przewodniczący odczytał list prof. MARSA w sprawie międzynarodowego Zjazdu Ginekologicznego w Petersburgu. Prof. MARS zawiadamia, że Zjazd został odłożony do roku przyszłego, i że zrzeka się przewodnictwa w Komitecie narodowym polskim na tym Zjeździe.

Sekcja Ginekologiczna jednomyślnie uchwaliła uprosić prof. MARSA o zatrzymanie godności przewodniczącego komitetowi narodowemu polskiemu na Zjeździe międzynarodowym w Petersburgu, oraz przestać mu wyrazić gorącej wdzięczności za utworzenie tego komitetu. Treść uchwały sekcji bezpośrednio po posiedzeniu została telegraficznie przesłana prof. MARSAWIE.

8) Sekretarz odczytuje uchwałę komisji, która się zajmuje opracowaniem „wskazówek dla ciężarnych, rodzących i położnic”, że przedstawiona tej komisji praca po wprowadzeniu pewnych skrótów i nieznacznych zmian odpowiada swemu celowi, t. j. oświadczeniu kobiet z warstw ludowych. Nadto sekretarz podaje kosztorys tego wydawnictwa [10000 egzemplarzy około 70 rb]. Na wniosek BORYSSOWICZA zaniechano odczytywania tych „wskazówek” i przekazano zajęcie się tem wydawnictwem wzmiankowanej komisji. Koszty wydawnictwa postanowiono pokryć częściowo z funduszu, jaki sekcyja obecnie posiada, a resztę — drogą dobrowolnych składek członków sekcji.

SZYMAŃSKI oświadcza, że podejmowanie wydawnictw popularnych przez Sekcyję Ginekologiczną obniża jej stanowisko i zadania naukowe.

JAWORSKI uważa za zapatrywanie to za mylne, ponieważ bardzo poważne ciała naukowe zadania takie podejmują. Na początku bieżącego roku np. akademia lekarska w Paryżu, na prośbę ministra spraw wewnętrznych podjęła opracowanie „wskazówek pielęgnowania noworodków”. Przepisy ułożył znany w nauce akuszerzy prof. PORAK, a akademia je zaakceptowała. Inny przykład: prof. l'ESPINE z Genewy z udziałem komisji lekarskiej ułożył podobne przepisy na paru stronicach w postaci małej książeczki i wydał je w celu szerokiego rozpowszechnienia.

Nasza sekcyja, zdaniem J., z powodu podjęcia zadania takiego na naukowym honorze nic nie straci, a na spełnieniu obowiązku obywatelskiego względem warstw nieoświeconych tylko zyskać może.

9) WEJSBERG B., jako gość, wygłosiła odczyt p. t. „o zatrzymaniu w macicy martwego płodu” (*missed abortion, missed labour*).

Odczyt ten *in extenso* zostanie wydrukowany w „Gazecie”.

W dyskusji odnośnie pierwszego przypadku nasuwa się KARCZEWSKIEMU pewna wątpliwość co do ścisłego rozpoznania. K. skłonny jest uważać przypadek ten za typową ciążę zamaciczną.

SAWICKI odpowiada, że przed operacją przez szyję dochodził sondą do wyraźnie chroboczących kości w jamie macicy.

BORYSSOWICZ także nie uważa za możliwe, aby nastąpiło przedziurawienie ściany macicy z zewnątrz i przejście zawartości worka, zawierającego produkty ciąży zamacicznej, do jamy macicy.

JAWORSKI w przypadku prelegentki widzi pod tym względem rzadką osobliwość, że, pomimo niewątpliwego obumarcia płodu, kobieta ta miesiączkowała prawidłowo. Stąd wynika, że w danym przypadku po przerwaniu łączności ja-

ja ze śluzówką macicy stale odbywała się regeneracja śluzówki, aż w końcu wystąpiła fizyologiczna czynność menstruacyjna.

To co W. klinicznie spostrzegła, stwierdzono raz, czy dwa razy przez badanie histologiczne. Mianowicie, u kobiety, zmarłej z powodu marskości wątroby [CHIARI], znaleziono trzymiesięczne jaje, zatrzymane w macicy przez 10 miesięcy. Wewnętrzna powierzchnia macicy nawet na miejscu, gdzie leżało jaje, posiadała normalną śluzówkę z gruczołami i niezmiennym nabłonkiem cylindrycznym. Ściany macicy nie zawierały zmian, właściwych ciąży; nigdzie nie znaleziono przerostu włókien mięsnych.

Fakty te świadczą, że przy *missed abortion* sprawa wstecznej involucji zarówno w śluzówce, jak i w *mesometrium* z chwilą przerwania ciąży w znaczeniu fizyologicznem postępuje stale.

Główny bodziec w tym razie dla rozrostu włókien mięsnych macicy z chwilą śmierci płodu znika. Ze względu na zajście powtórne w ciążę po trwającym przez sześć lat zatrzymaniu się martwego płodu, JAWORSKI przypadek ten uważa za unikat w literaturze.

Następnie J. zaznacza, że wśród przyczyn, warunkujących zatrzymanie płodu w macicy, WEISSBERG nie podaje dosyć częstej, mianowicie tyłozgięcia macicy (*retroflexio uteri*). Nie ulega również wątpliwości, że w rzędzie tych przyczyn, lub czynników współrzędnych są także zmiany w samem utkaniu macicy, a także zaburzenia w jej inervacji, które powodują zmniejszenie jej pobudliwości.

W końcu J. dodaje, że rozpoznanie *missed abortion* nie zawsze bywa tak łatwem, jak to twierdzi W. Wprawdzie, najpewniejszą oznaką śmierci płodu jest wstrzymanie się dalszego wzrostu macicy [przy *missed labour* brak ruchów i bicia serca], co się stwierdza dokładnymi pomiarami, wielkość jednak macicy stanowi w tym razie tylko względne kryterium odnośnie trwania ciąży. W zależności bowiem od zmniejszenia się ilości wody płodowej w razie jej rezerwacji i przy zmniejszeniu się przepelnienia krwią macicy po śmierci płodu, objętość jej staje się mniejszą względnie do czasu przerwy w miesiączkowaniu. Z drugiej strony, krwi wylewy w błony płodowe jaja i włóknikowe nawarstwienia na nich mogą nadać macicy nieodpowiednie wymiary. Przy rozpoznaniu, zdaniem J., wypada zawsze mieć na uwadze powyższe okoliczności.

M. Rylko.

SPROSTOWANIE.

W N-rze 37-ym Gazety na str. 921 w wierszu 22-im od góry zamiast: karmieniem należy czytać: karminem.