

GAZETA LEKARSKA

TRESC. I. Doc. W. NOWICKI. Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek. Str. 730. *Streszczenie zbiorowe.* WACŁAW DOBROWOLSKI. Współczesny stan nauki o fulguracji. (Dok.). Str. 734. *Dział sprawozdawczy.* 131. G. L. WALTON i W. E. PAUL. Przyczynek do badań klinicznych nad stwardnieniem tętnic (*arteriosclerosis*). Str. 737.—132. H. STRAUSS. Ciśnienie krwi a leczenie zapomocą picia wód. Str. 738—133. TH. TUFFIER. Tętniak tętnicy wątrobowej. Str. 739.—134. KAST i MELTZER. Wrażliwość trzew brzusznych. Str. 740. I Zjazd Internistów Ziemi Polskich. (Dok.). Str. 741. *Wiadomości bieżące.*—Ne-krologia.—*Ogłoszenia.*

I. Z INSTYTUTU PATOLOGICZNO-ANATOMICZNEGO UNIWEERSYTU WE LWOWIE

[PROF. OBRZUT].

Badania nad istotą chromochłonną nadnerczy zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek.

Podał

Doc. W. Nowicki.

[Rzecz wygłoszona na I Zjeździe internistów polskich w Krakowie w dniu 21-go lipca 1909 r.].

Jeżeli fizyologiczne znaczenie nadnerczy jeszcze kilkanaście lat temu było prawie zupełnie nieznane, to nic dziwnego, że ścisłe poznanie związku szeregu objawów, spotykanych w schorzeniach tego narządu, natrafiało na trudności, a jeżeli były tłumaczenia, to tylko oparte na hipotezie. Dziś, gdy rola nadnerczy dzięki pierwszym odkryciom CYBUŁSKIEGO i SZYMONOWICZA, SCHAEFFER'a i OLIVER'a została znacznie wyświetlona, poznajemy coraz lepiej w ostatnich latach związek zachodzący między szeregiem objawów, względnie zmian chorobnych ustroju całego lub jego narządów, a zmianami w nadnerczach. Doświadczenia fizyo- i patologiczne nad działaniem suprareniny na czynności narządów i wpływ jej na tkanki, w pierwszym rzędzie na układ

naczyniowy posunęły niewątpliwie znacznie naprzód nasze dotychczasowe wiadomości o patogenezie niejednej choroby.

Dziś więc wiemy, że wycięcie obu nadnerczy pociąga za sobą śmierć w bardzo krótkim czasie i to wśród objawów zatrucia, gdy wycięcie jednego nadnercza nie wywołuje żadnych ogólniejszych zmian w ustroju. Przekonaliśmy się, że ważnym czynnikiem jest tutaj kora, która ma zubożniać ciała trujące, wytwór przemiany materii. Inne zadanie spełnia istota rdzenna nadnerczy, która już histogenetycznie różni się od kory. Jej to przypisujemy wydzielanie adrenaliny. Swoistą własność wydzielania tego ciała odnosimy do komórek chromochłonnych, nazwanych tak z powodu pewnego pokrewieństwa (stąd zwane chromaffinowemi—*chrom affinitas*) do soli chromowych, któremi barwi się brunatno ziarniste pierwoszcze tych komórek. Owa własność charakterystyczną jest wogóle dla układu współczulnego, a więc jego zwojów, a także dla *glandula carotica*. Adrenalinę należy więc uważać za produkt układu chromochłonnego. Możemy się zresztą o tem przdkonać także przez zastosowanie odczynu VULPIAN'a t. j. stosowanie alkoholowego roztworu chlorku żelaza, który daje typowe dla adrenaliny zabarwienie zielonawe.

Dawniejsze i ostatnie doświadczenia ze stosowaniem wyciągów z nadnerczy u zwierząt pouczyły nas o pewnym wpływie adrenaliny na zachowanie się ciśnienia krwi, dalej o występowaniu t. zw. glikozuryi adrenalinowej, a zatem o prawdopodobnej roli tego ciała w przemianie cukrowej, a przez wykazanie t. zw. miażdżycy adrenalinowej u zwierząt były bodźcem do szeregu nowych prac doświadczalnych nad wywoływaniem podobnych zmian pod wpływem różnych ciał chemicznych i środków sercowych.

Dzięki wreszcie odkryciu odczynu adrenalिनowego [WESSELY ¹⁾], MELZER ²⁾, EHLMANN ³⁾] i przy zastosowaniu wspomnianego wyżej odczynu VULPIAN'a, przekonano się, że w pewnych stanach spotyka się we krwi krążącej adrenalinę. W pierwszym rzędzie odnosi się to do surowicy krwi osobników dotkniętych schorzeniem nerek i to przedewszystkiem ich przewlekłymi zapalnymi stanami, a dalej, jakto w zeszłym roku zauważyli SCHUR i WIESEL ⁴⁾, u zwierząt, które wykonały wyczerpującą pracę mięśniową. Jeżeli surowica krwi w schorzeniach nerek lub innych stanach zawiera adrenalinę, to tem samem nasuwała się myśl istnienia jakiegoś związku przy schorzeniach nerek,

¹⁾ Ueber die Wirkung des Suprarenins auf das Auge. Bericht ueber die 28 Versaml. der opt. Gesel. zu Heidelberg 1900, s. 76. Zur Wirkung des Adrenalins auf Pupille u. Angendruck. Zeitschr. f. Angenheilk 1905. Zur Wirkung des Adrenalins auf das enukleirte Froschaue und die isolierte Warmbluteriris. Deutsch. med. Woch. 1909, Nr. 23.

²⁾ Zentrbl. f. Physiol. 1905 Nr. 11. Bemerkungen zur Wirkung von Adrenin auf die Froschpupille. Deutsche med. Woch. 1909, Nr. 13.

³⁾ Ueber eine physiologische Wertbestimmung des Adrenalins und seine Nachweise im Blut. Arch. f. exp. Path. und. Pharmakologie 1905, Nr. 53, s. 97. Zur Methode des qualitativen und quantitativen Nachweises kleinster Adrenalinmengen in Blut und Körpflüssigkeiten. Deut. med. Woch. 1909, Nr. 15, s. 674.

⁴⁾ Verhandl. d. deutsch. path. Gesell. XI. Dz. 1907, Jena 1908.

lub innych narządów z nadnerczem, względnie układem chromochłonnym, wytwarzającym adrenalinę.

W miarę poznawania czynności i znaczenia dla ustroju nadnerczy, zaczęto przeprowadzać anatomiczne badania tego narządu i to w pierwszym rzędzie w tych stanach chorobnych, których objawy kazały przypuszczać nieprawidłową czynność nadnerczy. A więc badano przede wszystkim nadnercza tam, gdzie występowało stale podniesienie ciśnienia śródnaczyniowego, a bodźcem do tych badań było bądźto charakterystyczne działanie suprareniny na narząd krążenia, bądź też zmiany znajdowane w tętnicach zwierząt, którym to ciału przez pewien czas wprowadzano śródżylnie.

I tak badano nadnercza królików, u których wywoływano miażdżycę adrenalinową [LOEPFER ¹⁾, KNELB ²⁾, HEDINGER ³⁾, MIĘSOWICZ ⁴⁾, HANDELSMAN ⁵⁾, HORNOWSKI i NOWICKI ⁶⁾, LANDAU ⁷⁾], nie znajdowano w nich jednak żadnych zmian charakterystycznych; badania nadnerczy ludzi dotkniętych miażdżycą przeprowadzali JOSUÉ, HANDELSMAN, HORNOWSKI i NOWICKI, LANDAU. W materiale ludzkim nie znajdowano również stałych charakterystycznych zmian dla miażdżycy, albowiem przerost nadnerczy, opisywany przez JOSUÉ'go ⁸⁾, przekrwienie, pomnożenie barwika i t. d., opisywane przez innych, nie są wcale stałymi zmianami w nadnerczach ludzkich, pochodzących z miażdżycy. Badania przeprowadzone przeze mnie i HORNOWSKIEGO i to na największym materiale nie wykazały żadnych typowych zmian w tego rodzaju nadnerczach.

Znacznie ciekawsze wyniki dały dotychczasowe skąpe badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej nadnerczy w ogólności, w szczególności zaś w tych stanach, gdzie dochodzi do pewnych zmian w ciśnieniu krwi, tonizacji tkanek i t. p.

I gdy do niedawna zakres spraw, przy których występowały zmiany w układzie chromochłonnym, był bardzo ograniczony, dziś pokazuje się, że zachowanie się istoty chromochłonnej w niektórych zwłaszcza stanach, uważanych nawet za fizjologiczne, przedstawia nawet znaczne różnice.

Po raz pierwszy zauważył WIESEL prawie zupełny brak istoty chromo-

¹⁾ L'action de l'adrenaline sur l'appareil cardiovasculaire et sur la capsule surrénales Soc. de Biol. 1903. XI.

²⁾ Experimentelles ueber Nebennierenextracte. Kongr. f. innere. Medizin in Wiesbaden 1905.

³⁾ Ueber experimentelle durch Adrenalin und Haemostasin erzeugte Arterienkrankungen bei Kaninchen. Korrespondenzbl. f. schweizer. Aerzte 1905.

⁴⁾ Działanie śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny na narządy wewnętrzne królika. Bozpr. Wydz. mat. przyr. t. XLVI. Serya B. Akad. Um. w Krakowie.

⁵⁾ Ueber Suprarenininjektionen bei Kaninchen nebst Einleitung ueber Nebennierenveraenderungen bei Arteriosklerose. Inaug. Diss. Berlin. 1906.

⁶⁾ Nadnercze a miażdżycę. Przegl. Lek. 1908.

⁷⁾ Zmiany anatomiczne w nadnerczach w arteriosclerosis. Pam. Towarz. Lek. Warsz 1907, zeszyt 3.

⁸⁾ Les capsules surrénales dans trois cas de l'athérom artériel. Bull. de la Soc. med. de hôp. de Paris 1903, XI.

chłonnej w nadnerczach ludzi dotkniętych chorobą Addison'a. Aczkolwiek niektórzy utrzymywali, że tak nie jest, należy jednak przyznać słuszość WIESEL'owi, a sam się przekonałem, badając jeden przypadek choroby Addison'a, o takim zupełnym braku istoty chromochłonnej w nadnerczach. Następnie SCHUR i WIESEL ¹⁾ a także HORNOWSKI ²⁾ wykazują na podstawie badań u ludzi i zwierząt, że podczas głębokiego uśpienia chloroformem przychodzi do większego wydzielania produktu istoty chromochłonnej, w następstwie czego występuje wyczerpanie komórek chromochłonnych. Nadto zauważył SCHUR i WIESEL, że osobniki ze stanem limfatycznym odznaczają się niedorozwojem istoty chromochłonnej; fakt ten wyjaśniałby, jego zdaniem, częstsze przypadki śmierci przy usypianiu tego rodzaju osobników. Że owo wyczerpywanie się u zwierząt usypianych, które w kilka lub kilkanaście godzin giną po narkozie, rzeczywiście występuje, przekonałem się również na podstawie badań, przeprowadzonych w prawdzie nie w tym celu. Według HORNOWSKIEGO t. zw. szok operacyjny wyraża się niezależnie od chloroformu również przez wyczerpanie istoty chromochłonnej.

Być może, że owa wzmożona czynność nadnercza, względnie układu chromochłonnego, przy uśpieniu chloroformem jest między innymi następstwem zaburzeń w parciu krwi, jakie występują przy takim uśpieniu. Wreszcie stwierdzenie zwiększonej ilości adrenaliny we krwi w pierwszym rzędzie przy schorzeniach nerek naprowadziło na pytanie, jak przy tych schorzeniach zachowuje się istota chromochłonna przede wszystkim nadnerczy, pytanie tem słuszniejsze, że właśnie w przewlekłych schorzeniach nerek spotykamy się również ze zmianami w układzie naczyniowym, między innymi ze stałym podniesieniem ciśnienia śródnaczyniowego. SCHUR i WIESEL ³⁾ w swych badaniach nad obecnością adrenaliny we krwi ludzi z zapaleniem nerek [względnie białkomoczem] i królików i psów po wycięciu nerek, wspomina o zmianach w istocie chromochłonnej nadnerczy.

W badaniach moich chodziło mi o przekonanie się, jak zachowuje się istota chromochłonna nadnerczy zwierząt, którym wycięto jedną lub obie nerki, jaki wpływ będzie miało wycięcie jednego nadnercza na stopień ewentualnych zmian w pozostawionem nadnerczu. Następnie starałem się przekonać, jaki wpływ wywiera na istotę chromochłonną wprowadzanie do krwi adrenaliny, surowicy zwierząt z nerkami i bez nerek, mocznicowej, wreszcie prawidłowego moczu lub pochodzącego od ludzi z przewlekłym zapaleniem nerek. Ostatnie doświadczenia miały na celu—z góry zaznaczę—uzyskanie odpowiedzi na pytanie, do czego należy odnieść zmiany w istocie chromochłonnej przy schorzeniach nerek.

Badania owe rozciągnąłem także na materiały ludzkie, t. j. nadnercza ludzi ze zmianami nerkowymi.

¹⁾ l. c.

²⁾ O przyczynie śmierci po zabiegach operacyjnych. Gaz. Lek. 1909.

³⁾ l. c.

Metodyka badania polegała na określaniu ciężaru i wymiarów nadnerczy, opisie ich wyglądu na powierzchni i przekroju, a następnie badaniu drobnowidzowem.

Materyał przeznaczony do badania istoty chromochłonnej utrwaląłem w płynie MUELLER'a, trzymając w nim kawałeczki grubości 3—4 mm. przez 7 dni, następnie po 15 - minutowem opłukaniu pod wodą bieżącą, przeprowadzałem przez alkohole, o ile możności często je zmieniając. Odwodnione kawałeczki zatapiałem w parafinie. Skrawki pięciomikronowe barwiłem hematoksyliną GAGÉ'go. Inne kawałeczki utrwaląłem w 5%-owej formalinie i płynie FLEMMING'a lub celem barwienia Sudanem III robiłem skrawki mrożone.

Barwiłem preparaty formalinowe hematoksyliną i eozyną, von GIESON'em, safraniną i rezorcynfuchsyną. Z materyału zwierzęcego badałem nadto tętnice i mięsień sercowy.

Doświadczenia moje przeprowadziłem na 21 królikach i 2 psach, a można je podzielić na dwie grupy. Doświadczenia grupy pierwszej polegały na wycinaniu, względnie podwiązywaniu naczyń nerek, nadnerczy, lub jednych i drugich, grupy zaś drugiej — na wstrzykiwaniu w ten sposób operowanym zwierzętom adrenaliny, surowicy królików z wyciętymi nerkami lub zupełnie prawidłowych, moczu ludzkiego z zapalenia przewlekłego nerek lub prawidłowego, a wreszcie surowicy krwi ludzi, dotkniętych mocznicą.

Operacje wycinania nerek, względnie nadnerczy u królików wykonałem w narkozie eterowej, a wycinania dokonywałem przez otwarcie brzucha, mianowicie po otwarciu jamy brzusznej chwytalem za nerkę u królików, z powodu otaczającej ją wiotkiej tkanki dość luźnie usadowioną, następnie, nie naciągając otrzewnej, podnosiłem ku górze i po podwiązaniu otrzewnej wraz z naczyniami i moczowodem, wycinałem nerkę. Po zaszyciu rany brzusznej zakładałem opatrunek koloidonowy.

Operację, rzecz naturalna, wykonywałem, przestrzegając o ile możności warunków, jakich wymaga postępowanie bezgnilne.

Zachowanie się zwierząt zaraz po operacji okazywało pewną różnorodność, zależnie od rodzaju wykonanego zabiegu, czasu narkozy i wieku zwierzęcia, przyczem już tu zauważyć muszę, że króliki młode znacznie gorzej znosiły zabiegi operacyjne aniżeli starsze, a odnosiło się to tak do zachowania się zaraz po operacji, jako też faktu, że króliki takie niestosunkowo szybko ginęły w porównaniu ze starszymi. Po operacji zwierzęta często przez jakiś czas, do pół godziny, rzadko dłużej, położone na bok, bezwładnie leżały wśród spokojnych, lecz bardzo płytkich oddechów; inne natomiast zdjęte ze stolika operacyjnego już przy odwiązywaniu zrywały się i odwiązane siadały.

Muszę wreszcie nadmienić, że z rozmysłu używałem zwierząt w różnym wieku, chodziło mi bowiem o przekonanie się: czy, względnie o ile ewentualne zmiany istoty chromochłonnej w nadnerczach zależą od wieku badanego osobnika.

Najpierw przytoczę krótki opis każdego doświadczenia.

(D. c. n.)

STRESZCZENIE ZBIOROWE.

Współczesny stan nauki o fulguracyi.

Podał

dr Wacław Dobrowolski.

(Dokończenie — Patrz Nr. 31).

Dotychczas przytoczyliśmy opinie zwolenników fulguracyi. Reszta badaczy zachowuje się z rezerwą względem nowej metody, lub nawet zajmuje stanowisko wprost wrogie. Gwoli bezstronności pozwolimy sobie tu przytoczyć i ich głosy. A więc QUÉNU opisuje przypadek *carcin. mammae recidivans*, gdzie w kilka tygodni po fulguracyi nastąpiła śmierć. Też metodę Q. stosował u 10 u innych chorych, w czem 7 *carc. mam.*, 2 *carc. recti*, 1 *carc. linguae*—u wszystkich rana operacyjna się zagoiła. W 6-u przypadkach *carc. mammae* otrzymał zagojenie *per primam intentionem* [a cóż się stało z wydzieliną?]; jedna z chorych zmarła w 5 miesięcy po operacyi, u drugiej—nawrót całkowity, pozostałe na razie są zdrowe, lecz dopiero niedawno po operacyi; 2 raki odbytnicy daly już nawrót. GUINARD wykonywał fulguracyę 28 razy u 20-u chorych przy 9-u rakach sutka, 4-ch rakach twarzy, 2-u r. maciezno-pochwowych, 2-u r. odbytnicy, 1-m mięsaku uda i u 2 u chorych gruźliczych. W tem 2 przypadki śmierci operacyjnej u osobników silnie wyniszczonych, choć G. nie widzi przyczyny śmierci w samej fulguracyi. Oprócz 3-ch raków sutka, u wszystkich innych fulgurowanych G. stwierdził nawrót choroby.

ABEL wprawdzie przyznaje, że fulguracya niekiedy wywiera wpływ dodatni, zależny bezpośrednio od iskier elektrycznych, jak to miało miejsce np. w przypadku raka macicy, który stał się *operabile*, dał się uruchomić po kilku seansach fulguracyi. Jednakże uważa on, iż nawroty zjawiają się szybciej u fulgurowanych; skóra zagaja się szybko, lecz szybko rozwija się i rak. Tylko rakowce mogą być całkowicie wyleczone; co się zaś tyczy istotnych raków, to fulguracya wogóle nie wywiera na nie pożądanego wpływu.

COHN fulgurował 100 chorych z bardzo słabym skutkiem, bo skóra goiła się szybko, lecz również szybko zjawiały się nawroty. Przy *cancer en cuirasse* fulguracya jest zupełnie bezskuteczna. SEGOND stosował fulguracyę u 17-u rakowatych, z których 4-ch zmarło uagle, a pośród tych ostatnich dwu, jak się zdaje, bezpośrednio wskutek fulguracyi. W 7-u przypadkach metoda okazała się bezskuteczną. W 6-u pozostałych otrzymał poprawę paliatywną, nie uznaje atoli wogóle wartości leczniczej fulguracyi. DELBET stracił chorą w 6 dni po amputacyi sutka i wyjęciu gruczołów pachowych z następczą fulguracyą. Przyczyną śmierci miał być, według K.—H., rzadki szew, chociaż D. ustalił dobry *drainage*. HORMEISTER widział chwilową poprawę w *casus inoperabiles*, lecz żadnego wyzdrowienia wśród 56 u chorych, leczonych fulguracyą. LEJARS nie rokuje przyszłości nowej metodzie, ponieważ działa ona zbyt powierzchownie zaledwie na 2 mm. wgłąb. DOREN twierdzi, iż iskry wielkiej częstotliwości mają takąż wartość leczniczą, co i gorące powietrze, czyli nadają się tylko do owrzodzeń powierzchownych. SGHULTZE na zasadzie obserwacyi klinicznych

zajmuje stanowisko bardzo niechętnie względem nowej metody, uznając zresztą pewną jej wartość, jako paliatywu, przy guzach posokowatych i bolesnych. Przy fulguracji raków sutka widział SCH. bardzo złośliwe nawroty, jakkolwiek guzy usuwano bardzo radykalnie, a następnie fulgurowano 30–60 minut, powtarzając fulgurację znów po kilku dniach. O jakimśkolwiek elektrycznym działaniu na komórki rakowe nie może być mowy. Co do istoty samej metody, to ważną tu jest częstość (*Frequenz*), a nie napięcie prądu. TUFFIER badał wartość fulguracji eksperymentalnie i na obserwacjach klinicznych [21 przypadków raka rozmaitych narządów] i stwierdza, że fulguracja nie wywiera żadnego działania elektrycznego na komórkę rakową, jakkolwiek może przez mechanizm zapalenia doprowadzić do zniszczenia tych komórek, lecz działanie tego czynnika ogranicza się do warstw powierzchownych; wskutek tego, w warstwach głębszych, nawet już po zabliznieniu rany, rak może rozwijać się jak najswobodniej. Co do objawów klinicznych, to T. podkreśla występowanie objawów septycznych bardzo ciężkich i długotrwałych po fulguracji raków sutka, pomimo dobrego drenowania. Życie takich chorych udawało się uratować tylko przez całkowite obnażenie rany, poczem gojenie trwało 2 miesiące.

Z najpoważniejszą jednak krytyką wartości fulguracji wystąpił FREUND, stawiając szereg zarzutów istotnie rzeczowych. Przedewszystkiem, wbrew zdaniu CZERNY'ego, F. zaznacza, iż właściwa dawka isker elektrycznych jest zupełnie nieznana i trudna do określenia, na co, zresztą, praktyczna fulguracja nie zwraca większej uwagi. Dalej, co się tyczy owego rzekomo elektrycznego jej działania, to śmiało można przyznać, iż komórki rakowe łatwiej, niż zdrowe, giną pod wpływem fulguracji, ponieważ są one wogóle wrażliwsze na wszelkie szkodliwości zewnętrzne. Będąc wogóle skłonne do przemian wstecznych, komórki rakowe mogą szybciej ulegać porażeniu przez iskrę elektryczną, niż sąsiednie tkanki zdrowe; zachodzi tylko pytanie, czy różnica w czułości tych rozmaitych elementów tkankowych jest tak wielka, że ma znaczenie praktyczne, i czy komórka rakowa wywiera tak przyciągające działanie, że iskra dosięga ją szybciej, niż wszelkie inne komórki? Właściwie mówiąc, to nie wiemy dotychczas, czy ogłoszone przypadki wyleczeń nie zależały po prostu od grubo mechanicznego, cieplnego i chemicznego działania uderzeń iskry, czy nie od rozdzierania, spalania mas nowotworowych, a tylko od jakiejś przypuszczalnej tajemniczej siły leczniczej? Zresztą, gdyby tu nawet nastąpiło owo działanie „elektryczne”, to powinno ono odbywać się: 1) równomiernie po całej powierzchni i 2) działać nieco głębiej, niż na 2 mm. [LEJARS]. Tymczasem zaś fulguracja nie odpowiada wcale tym zasadniczym postulatam. Albowiem wskutek przyciągającego działania wierzchołków, iskry padają przeważnie na wystające punkta pola operacyjnego, które nigdy wszak nie jest zupełnie równe. A wskutek tego części zagłębione tkanek nie podlegają działaniu iskry, pomimo najsumienniejszego prowadzenia elektrody. Ścisłe określenie, na jaką głębokość działa iskra elektryczna, jest niemożliwe, zależy to bowiem od rozmaitych czynników, jak: siła wyładowania, przewodnictwo tkanek, i t. d. To też nie można, zdaniem FREUND'a, uważać obecnie fulguracji za pewny środek do niszczenia komórek rakowych, pozostałych po operacji. Nieodzowne ulepszenia w metodzie muszą dotyczyć:

1. wyboru odpowiednich prądów,
2. wyboru środków, któreby sprzyjały głębszemu działaniu iskry,
3. zaprowadzenia takich urządzeń, któreby dawały rękojmię równomiernego działania po powierzchni,
4. zastosowania środków, któreby usuwały lub zmniejszały przykroście, związane z fulgurowaniem, a więc: bole [dla chorego] i udary elektryczne [dla lekarza].

Co prawda, owe udary elektryczne, jakie otrzymuje operator przy dotykaniu naładowanego elektrycznością chorego, łatwo można usunąć w ten sposób, że opuszcza się rękę chorego w naczynie z wodą, połączone w odpowiedni sposób z wodociągiem, *resp.* z ziemią. Zestawiając wreszcie wartość leczniczą fulguracji z takąż promieni RoENTGEN'a, Fr. oddaje pierwszeństwo tym ostatnim, albowiem one: 1. niszczą silniej komórkę rakową, niż tkankę normalną, 2. na eksponowanej powierzchni działają prawie równomiernie, 3. działają na znaczną głębokość.

Z przedstawionego tutaj materiału naukowego widzimy, jak dalece rozbieżne są jeszcze poglądy świata lekarskiego na wartość fulguracji. Który z dwu obozów ma tu więcej racji? Zdawałoby się, iż przyznać ją należy przeciwnikom nowej metody, głównie ze względu na dane statystyczne, nie tak znów bardzo obiecujące.

Zestawiając zdania tych, co mieli do czynienia z fulguracją, trudno zgodzić się z założeniem KEATING-HART'a, iż proponowana przezeń metoda leczy cierpienie raka, a zabieg operacyjny odgrywa tu rolę tylko podrzędną. Znane wszak są każdemu przypadki, gdzie po radykalnej operacji przez długie lata, albo i wcale nie było nawrotu guza, choć to się działo jeszcze przed szczęśliwymi narodzinami fulguracji. Wynoszenie zatem tej metody do wysokości niezawodnego środka przeciwrakowego, jest co najmniej przedwczesne. Egzaltowali się niektórzy w swoim czasie i promieniami RoENTGEN'a i radium i leczeniem fermentami, a żaden z tych środków nie odpowiedział gorącym nadziejom swych stanowczych zwolenników, wykazał bowiem swą istotną wartość tylko w pewnym, ograniczonym zresztą, zakresie działania. Taż sama przyszłość, zdaje się, oczekuje i fulgurację: jako paliatyw, jako środek samarytański, kojący bole, usuwający smrodliwą wydzielinę i zbliżający na czas pewien długo niezagojone owrzodzenia rakowe, fulguracja już ustaliła swą rację bytu.

Czy zdziała więcej, to rzecz wątpliwa.

L I T E R A T U R A.

- 1) Dr de KEATING-HART. Die Behandlung des Krebses mittels Fulguration. Lipsk 1908.
- 2) Tenże. La fulguration des cancers. Arch. internat. de chir. t. IV, z. 1.
- 3) Tenże. La sidération électrique dans le traitement du cancer—Extr. de la revue de thérapeutique 1907, Nr. 20.
- 4) Tenże. L'action des courants de haute fréquence et de haute tension dans le traitement de cancers. Bull. de l'acad. de méd. 1907, Nr. 31.
- 5) CZERNY. Ueber die Blitzbehandlung der Krebse. Muench. med. Woch. 1908, Nr. 6.
- 6) Tenże. Ueber die Blitzbehandlung der Krebse. Zentrbl. f. Chir. 1908, Nr. 35.
- 7) Tenże. Le traitement du cancer par la fulguration et les sels de radium. La semaine médic. 1909, Nr. 16.
- 8) DELHERM. La fulguration dans un épithélioma cutané. Résultats deux ans après. Gaz. des hôpitaux 1908, Nr. 4.
- 9) ROSENKRANZ. Die Fulgurationsbehandlung der Krebse nach KEATING-HART. Berlin. klin. Woch. 1908, Nr. 20.
- 10) DESPLATS. Un nouveau traitement médico-chirurgical du cancer (méthode du dr de KEATING-HART). Extr. du Bull. de la soc. de sciences méd. 1908, Nr. 11.
- 11) SCHULTZE. Klinische Beobachtungen nach Fulgurationsbehandlung maligner Tumoren. Centrbl. f. Chir. 1908, Nr. 41.

- 12) WASIELEWSKI i HIRSCHFELD. Ueber den Einfluss der Fulguration auf die Lebensfähigkeit von Zellen. Muench. med. Woch. 1908, Nr. 37.
- 13) FREUND. Die elektrische Funkenbehandlung (Fulguration) der Karzinome. Stuttgart 1908.
- 14) ZIMMERN. Considérations sur les effets de la fulguration. Action ouloplasique de l'étincelle. Revue de Méd. 1909, Nr. 4.
- 15) TENŽE. A propos de la fulguration. Revue de Méd. 1909, Nr. 6.
- 16) TUFFIER. Recherches sur la fulguration. Revue de Méd. 1909, Nr. 6.
- 17) BELBET. Remarques sur la fulguration. Revue de Méd. 1909, Nr. 6.
- 18) LUCAS-CHAMPIONIERE. A propos de la fulguration. Revue de Méd. 1909, Nr. 4.
- 19) POZZI. Remarques sur la fulguration. Revue de Méd. 1909, Nr. 4.
- 20) FAUKE. Sur la fulguration. Revue de Méd. 1909, Nr. 4.
- 21) SEGOND. A propos de la fulguration. Revue de Méd. 1909, Nr. 4.
- 22) SCHWÄRTZ. Résultats du traitement du cancer par la fulguration. La semaine médic. 1909, Nr. 23.
- 23) ABEL, COHN, HOFMEISTER. Le traitement du cancer par la fulguration. La semaine médic. 1909, Nr. 16.
- 24) QUÉNU, GUINARD. Résultats du traitement du cancer par la fulguration. La semaine médic. 1909, Nr. 24.
- 25) LEJARS. La chirurgie du cancer au début du vingtième siècle. La semaine méd. 1908, Nr. 40.
- 26) DURET, WALTHER, JUGR, DOYEN. Tumeur cancéreuse volumineuse de la région cervico-maxillaire considérée comme inopérable. La semaine méd. 1908, Nr. 43.
- 27) ABETTI. Beitrag zur Lehre von Zellveränderungen der Mäuse- und Rattentumoren bei der Fulguration. Zeitschr. f. Krebsforsch., t. 7, z. 3.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



131 G. L. Walton i W. E. Paul. (Boston). Przyczynek do badań klinicznych nad stwardnieniem tętnic (arteriosclerosis).

Stwardnieniu tętnic przypisujemy wiele objawów, zwłaszcza nerwowych. Samo stwierdzenie stwardnienia tętnic u danego osobnika wystarcza nieraz bez dalszej analizy do policzenia znalezionych u niego objawów na karb arteryosklerozy. Niektórzy idą jeszcze dalej. Opierając się na fakcie, że stwardnienie może istnieć w naczyniach niedostępnych badaniu, uważają za arteryosklerotyczne niektóre objawy u ludzi, u których zwykłemi badaniami wcale arteryosklerozy wykryć się nie daje. Wychodząc z punktu widzenia, że należy poddać rewizji takie poglądy, autorzy zbadali szczegółowo 100 przypadków wyraźnej arteryosklerozy w stosunku do niektórych objawów, uważanych zwykle za charakterystyczne dla tego cierpienia.

Ból głowy znaleziono u 22-u chorych, a więc niezbyt często, z a - wrót głowy zato znaleziono u 65-u chorych.

Napady podobne do apoplektycznych (*apoplectiform*) zanotowano u 94-ch chorych. Tu autorzy robią słuszną uwagę, że napady te zależą nie tylko od pęknięcia naczynia albo też od zatoru (*embolia*), lecz po prostu od nieprawidłowego krążenia w połączeniu ze złem odżywieniem. Jeżeli dodać do tego neuropatyczne usposobienie, możemy w pewnych przypadkach otrzymać obraz kliniczny dość skomplikowany—połączenia neurastenii z arteryosklerozą. Taki właśnie przypadek opisują autorzy bardzo szczegółowo. 65-letni literat, neuropata, przeciążony pracą, w ciągu ostatnich 5-u lat w różnych odstępach czasu miał 10 napadów krótkotrwałej [godzina do kilku godzin] afazji bez

utraty przytomności, ale połączonej najczęściej z osłabieniem już to prawej, już to lewej ręki. Napady te zjawiały się zwykle po zmęczeniu fizycznym lub umysłowym. Chory ten miał ciśnienie 230 (*Riva-Rocci*) i *neph. interstitialis*. Pomimo to czuje się dotąd dobrze i może się oddawać ciężkiej pracy umysłowej. Napady te można uważać za rodzaj chromamania przestankowego w naczyniach mózgowych [bez uszkodzenia materyalnego].

Postępującą utratę pamięci znaleziono w 48%, najczęściej w związku z wyżej opisanymi napadami.

Na bezsenność skarżyła się trzecia część chorych.

Niepokój, chorobliwe obawy i inne przypadłości t. zw. neurasteniczne zauważono u 40% chorych. W połowie przypadków taki stan trwał od dawna i nie pogarszał się z biegiem czasu, a więc nie może być przypisywany wyłącznie arteryosklerozie.

Autorzy zwracali uwagę na stan nerek i serca. Objawy cierpienia nerek [białko, niski ciężar właściwy, wałeczki, zwiększona diureza] znaleziono w 36%. Z tej znów grupy w 80% znaleziono przerost serca. Ciśnienie krwi (*Riva-Rocci*) wynosiło przeciętnie 147, przy przeroście serca—168, przy cierpieniu nerek—173, przy cierpieniu nerek i przeroście serca—195.

Na mocy swoich spostrzeżeń autorzy dochodzą do pewnych wniosków ogólnych, a mianowicie: stwardnienie tętnic bywa często przyczyną zawrotów głowy i napadów podobnych do udaru mózgowego (*apoplectiform*). Te znów napady wywołują niekiedy utratę pamięci i upadek władz umysłowych oraz bóle głowy. Związek objawów neurastenicznych z arteryosklerozą wymaga dalszych spostrzeżeń; trzeba tylko mieć na uwadze, że arteryoskleroza zdarza się u starych [chronicznych] neurasteników.

Co się tyczy ciśnienia krwi, to stwardnienie tętnic samo przez się rzadko się łączy z wybitnem podniesieniem tegoż, osiąga zato wysokich cyfr w razie dołączenia się do arteryosklerozy przerostu serca i cierpienia nerek.

(*Publications of the Massachusetts General Hospital. 1908. V. II. Nr. 1, str. 175—184.*)
A. Puławski.

132. H. Strauss. Ciśnienie krwi a leczenie zapomocą picia wód.

Zwiększone ciśnienie [powyżej 160 mm. Hg. do 170] krwi znajdujemy tylko przy miażdżycy naczyń i śródmiąższowem zapaleniu nerek, ewentualnie ich sklerozie. Wbrew niektórym badaczom przy *adipositas* czystej i przy zaparciu nawykowem niema zwiększonego ciśnienia, a gdy ono istnieje stale—mamy na pewno do czynienia z powikłaniem [miażdżycy ogólna lub ukryta sklerozą nerek], a gdzie występuje przelotnie—to zależy ono od wpływów czysto zewnętrznych, które u osób nerwowych nadzwyczaj łatwo podnoszą ciśnienie; szczególnie wybitnie zjawisko to ujawnia się przy nerwicach urazowych. Aby sprawdzić jaki wpływ wywiera picie wód na ciśnienie krwi u osób mających stale zwiększone ciśnienie, autor podawał odnośnym chorym po pół litra wody, ciepłoty 10°, poczem w 5 minut określał ciśnienie zapomocą aparatu *Riva-Rocci*; zabieg ten albo żadnego nie wywierał wpływu, albo powodował tak minimalny wzrost ciśnienia [1—2 mm.], że cyfra otrzymana leżała w granicach omyłki i tylko u osób bardzo nerwowych stwierdzał bardzo krótkotrwałe podniesienie się ciśnienia [do 10 mm.]. Że nie należało ono od przeładowania płynem układu krwionośnego, ale od innych przyczyn, dowodzi fakt przez autora zauważony, że u osób zupełnie zdrowych, każdorazowe wprowadzenie pokarmu do żołądka podnosi ciśnienie mniej więcej o 10 mm. na czas krótki, a na-

wet sam akt zucia [np. gumi] może podnieść ciśnienie o 10—20 mm. Hg. A zatem te ilości płynu, jakie wprowadzamy do ustroju zazwyczaj podczas picia wód mineralnych, nie wywierają same przez się większego wpływu na ciśnienie od mnóstwa codziennych wpływów zewnętrznych, jakim organizm ulega bezustannie. Czy w płynie wprowadzonym był rozpuszczony CO_2 , czy też NaCl —było rzeczą obojętną; nie dowodzi to bynajmniej, aby większe ilości soli kuchennej w pewnych przypadkach nie działały szkodliwie w przewlekłym śródmiaższowym zapaleniu nerek.

Z punktu widzenia balneologii praktycznej ważne jest pytanie, czy picie wód nie obniża ciśnienia krwi. Przedewszystkiem należy przypomnieć sobie, że według tegoczesnych pojęć ostateczną przyczyną wzmożonego ciśnienia w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, tkwi w nagromadzeniu się pewnych substancji chemicznych we krwi i sokach, które zatrzymują się w ustroju wskutek upośledzonej czynności wydzielniczej nerek; pobudzają one kurczliwość umięsienia gładkiego naczyń, co pośrednio wywołuje powstanie przerostu serca; mamy więc tu do czynienia z pewnego rodzaju „toksykozą retencyjną”.

Nie adrenalina, jak twierdzą niektórzy badacze, jest tą substancją, ale pewne produkty przemiany azotowej. A więc celem terapii w odnośnych przypadkach winno być zmniejszenie dowozu substancji azot zawierających, a z drugiej strony ułatwienie wywozu owych resztek azotowych lub przynajmniej ich rozcieńczenie.

I rzeczywiście podczas diety, mało azotu zawierającej [do 60 grm. na dobę], wtrącając od czasu do czasu dnie z dietą bardzo w azot ubogą [do 20—30 grm., jarzyny, potrawy mączne, soki owocowe] i dostarczając ustrojowi płynów w ilości nieco większej aniżeli normalnie z jednoczesnem podawaniem małych dawek naporstnicy (0,05—0,1 *pro die*)—autor otrzymywał obniżenie ciśnienia krwi o 20—30 mm. Hg.

Nawet domieszka soli kuchennej nie jest szkodliwa tam, gdzie działalność serca jest wyrównana, niema objawów podrażnienia miąższu i tendencji do obrzęków.

Czy wody czyszczące przez podrażnienie błony śluzowej kiszek ułatwiają wydzielanie omawianych powyżej substancji toksycznych—trudno orzec, lecz ponieważ częste wodniste stolce zubożają jednocześnie ustrój w płyn, czyli przyczyniają się do zwiększenia procentowej zawartości tych substancji w sokach organizmu—więc należy tu zachować pewną ostrożność. Trzeba pamiętać, że nie tyle jest ważną ogólna ilość krążących w ustroju tych resztek trujących azotowych, ile ich koncentracja.

(*Medicin. Klinik* 1909, Nr. 30).

A. Lande.

133. Th. Tuffier. Tętniak tętnicy wątrobowej.

Z okazji jednego przypadku tętniaka tętnicy wątrobowej, rozpoznanego, co prawda, dopiero podczas operacji, autor zebrał 41 podobnych przypadków, notowanych w literaturze od 1820 roku. Dotyczyły one przeważnie ludzi młodych—dwudziestu ludzi nie miało 35-u lat,—którzy przechodzili w niedawnej przeszłości ciężkie zakażenie [tyfus, zap. płuc]. W 20-u przypadkach tętniak znajdował się w pniu (*truncus*), w pozostałych: 17 razy w prawem i 4 razy w lewym rozgałęzieniu tętnicy. Klinicznie tętniak *a. hep.* objawia się napadami kolki wątrobowej, krwotokami [w wymiocinach i stolcach] oraz żółtaczką. Omacywanie brzucha, jako też radioskopia daje przeważnie wynik ujemny i rozpoznanie rzadko kiedy jest właściwe; zazwyczaj rozpoznawano *cholecystitis*, tu-

mor pancreatis, raz nawet *ulcus ventriculi* [MIKULICZ]. Co się tyczy samego zabiegu, to autor radzi przewiązać tętnicę i wyciąć tętniak; tylko w przypadkach jeszcze świeżych, kiedy krążenie obocznie nie zdążyło się jeszcze wytworzyć, zabieg taki przerywający dopływ krwi z *a. hep.*, może się zakończyć nekrozą wątroby. Operowany w ten sposób chory KEHR'a—wyzdrowiał.

(*La Presse med.* 1909, Nr. 18).

Ryszard Hertz.

134. Kast i Meltzer. Wrażliwość trzew brzusznych.

Dzisiejsza chirurgia twierdzi, że trzewa brzuszne są absolutnie niewrażliwe na ból, jakkolwiek niezliczone obserwacje z życia codziennego przeczą temu. W celu wyjaśnienia tej sprawy obaj autorowie przedsiębrali szereg odnośnych doświadczeń na zwierzętach i otrzymali wyniki dosyć ciekawe. Przedewszystkiem trzewa brzuszne psów, badane przez mały otwór w jamie brzusznej, zresztą zupełnie zamkniętej, są bez wątpienia wrażliwe na ból. Nie brak również wrażliwości i poza jamą otrzewnej, jeżeli wyciągniemy tylko małą pętlę i będziemy badać zaraz po wyciągnięciu na zewnątrz. Stan zapalny bez wątpienia zwiększa bolesność trzew brzusznych u psów.

Jeżeli wszystkie trzewa, lub znaczna ich część ulegnie wypadnięciu, to wrażliwość obniża się mniej lub więcej znacznie, tem jaskrawiej, im zwierzę jest słabsze. Jednocześnie zwierzę ulega mniejszej lub większej apatii i obniża się także wrażliwość skóry.

Laparotomia osłabia czynność ruchową przewodu żołądkowo-jelitowego.

Obniżenie wydolności ruchowej i czuciowej polega na zahamowaniu odruchów, które powstaje w ośrodkach i może objąć nawet inne ośrodki. U zwierząt słabowitych i przy dłuższej procedurze zahamowanie czuciowe obejmuje i ośrodki życiowe w rdzeniu przedłużonym i często prowadzi do śmiertelnego wstrząsu. Zdaje się, że i obwodowe mechanizmy w kanale kiszki zostają w pewnej mierze zahamowane przez cięcie brzuszne.

Także trzewa kotów i królików posiadają nerwy, wrażliwe na czucie bólu, łatwo się jednak wyczerpują, i bardzo szybko i silnie ulegają wpływowi laparotomii; kiszka boli szybciej i głębiej, niż nerwy krezki.

Chirurgiczne obserwacje na ludziach bynajmniej nie dostarczają dowodu na to, że trzewa normalnego człowieka w normalnie zamkniętej jamie brzusznej nie posiadają żadnych włókien, wrażliwych na ból. Dopóki zatem nie zostanie przedstawiony oczywisty dowód, że unerwienie czuciowe trzew ludzkich radykalnie się różni od takiegoż unerwienia innych ssaków, to musimy przyjąć, że, jak u zwierząt, tak również u ludzi trzewa brzuszne posiadają własne czuciowe włókna nerwowe, i wrażliwość tych narządów, jak i u zwierząt, może się wzmacniać przez zapalenie. Takie przypuszczenie wyjaśnia w prosty sposób powstawanie powszechnie znanych silnych bólów w jamie brzusznej u ludzi.

(*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u Chir.* t. 19, z. 4).

W. Dobr.

I Zjazd Internistów Ziemi Polskich.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 30).

O D C Z Y T Y.

1) Dr STANISŁAW MUTERMILCH [Warszawa]. „O stosowaniu w odczynie WASSERMANN'a antygenu nieswoistego“.

Prelegent, omówiwszy podstawy teoretyczne metody BORDET-GENGOU odchylania komplementu oraz odczynu WASSERMANN'a, przedstawia poglądy różnych autorów na możność stosowania w odczynie W. rozmaitych wyciągów z narządów prawidłowych, oraz czystych związków chemicznych. Własne badania prelegenta przeprowadzone zostały z wyciągiem alkoholowym z serca świnki morskiej ze szczególnem uwzględnieniem spraw chorobnych niesyfilitycznych. Statystyka prelegenta obejmuje przypadki następujące [liczba ogólna = 150]: 36 przypadków syfilisu, z tych jeden w okresie owrządzenia pierwotnego, 27 — w okresie drugorzędnym, 5 — w okresie trzeciorzędnym, 3 — w okresie utajonym. W powyższych przypadkach otrzymano: 4 razy wynik ujemny, 1 wynik wątpliwy [surowica autotrop.] i 31 dodatnich. Na 27 przypadków syfilisu w okresie drugorzędnym liczba dodatnich wyników wynosiła 25, t. j. 93%.

9 przypadków dotyczyło cierpień parasyfilitycznych; wynik dodatni otrzymano 8 razy.

Na 17 przypadków podejrzanych — 2 razy otrzymano wynik dodatni, raz wątpliwy.

18 przypadków dotyczyło rozmaitych chorób skórnych i moczowo-płciowych [niesyfilitycznych]; we wszystkich otrzymano wynik ujemny.

Reszta, t. j. 88 przypadków, dotyczyła rozmaitych chorób skórnych, wewnętrznych, nerwowych.

15 przypadków dotyczyło chorób nerwowych. We wszystkich przypadkach otrzymano wynik ujemny. 3 przypadki dotyczyły chorych bez ścisłego rozpoznania z wynikiem ujemnym.

52 przypadki dotyczyły chorób wewnętrznych.

W powyższych przypadkach, t. j. na 88 surowic otrzymano 4 razy wynik dodatni, mianowicie w 1 przypadku ciężkiej moczówki cukrowej z acetonemią; w 1 przypadku rozedmy płuc; w 1 przypadku gruźlicy płuc i wreszcie w 1 przypadku zwężenia krtani. Prócz moczówki cukrowej, w 3-ch innych syfilis był prawie pewny.

W zakończeniu prelegent omawia stronę teoretyczną odczynu W. i dochodzi do wniosku, że nie może być tu mowy nie tylko o swoistych niwecznikach w surowicy chorych na syfilis, lecz wogóle o jakichkolwiek niwecznikach komórkowych. Wiązanie komplementu powstaje prawdopodobnie przez połączenie, jakie zachodzi między lipoidami a pewnymi związkami koloidalnymi w surowicy krwi; innemi słowy — wytlómaczenie t. zw. odczynu W., należy do dziedziny chemii fizycznej.

Co się tyczy wartości praktyczno-klinicznej odczynu W., to sprawę tę ostatecznie wyświecić mogą badania na wielkim materiale klinicznym, a zwłaszcza sekcyjnym.

2) Dr LEON FEUERSTEIN [Lwów—Bad Hall]. „O klinicznej wartości próby WASSERMANN'a“. [Z zakładu higieny Uniwersytetu lwowskiego].

Po krótkiem omówieniu swej techniki, zdaje prelegent sprawę z wyników prób WASSERMANN'a, wykonanych przezeń w zakładzie prof. KUČERY na 779 surowicach, względnie płynach mózgowo-rdzeniowych 697 rozmaitych chorych.

Wyniki badań zgadzają się naogół z wynikami większości innych autorów. Wyjątek stanowią surowice, a zwłaszcza płyny mózgowo-rdzeniowe paralityków; wyjaśnieniem tej sprawy zajmuje się prelegent w dalszym ciągu z kol. R. ZAGÓRSKIM.

Prawie we wszystkich przypadkach, w których przerobiono dostatecznie energiczne leczenie rtęciowe, wynik dodatni próby przeistoczył się w ujemny.

Na podstawie wyników swych i przeglądu piśmiennictwa dochodzi prelegent do następujących wniosków:

1) Za dodatni wynik próby uważać należy jedynie zupełne albo prawie zupełne powstrzymanie hemolizy.

2) Wynik dodatni stwierdza, że badany uległ zakażeniu syfilitycznemu, z rzadką dla metod biologicznych ścisłością.

3) Nie jest stwierdzonem, aby wynik dodatni próby był wyrazem istnienia w ustroju czynnego jadu syfilitycznego.

4) Leczenie rtęciowe wywiera niewątpliwie nader wybitny wpływ na wynik próby. Nie wiadomo jednak dotychczas, czy przeistoczenie wyniku dodatniego na ujemny pod wpływem rtęci uważać należy za dowód jednoczesnego ustąpienia, względnie unieruchomienia jadu syfilitycznego w ustroju.

5) Dla celów terapeutycznych wartość próby nie powinna być przeceniana.

6) Próba WASSERMANN'a powinna być wykonywana jedynie w odpowiednio urządzonych pracowniach.

7) Metody, zdążające do uproszczenia próby WASSERMANN'a, a mające na celu zmniejszenie liczby odczynników przez wyzyskanie zawartych w badanej surowicy amboceptora hemolitycznego i dopełniacza, uważać należy *a priori* za chybione.

3) Dr F. EISENBERG i doc. dr R. NITSCH [Kraków]. „Uwagi o serodyagnostycznej metodzie WASSERMANN'a rozpoznawania syfilisu“.

1) Wywoływacze naturalne—podobnie, jak i zbadane wywoływacze sztuczne—działają krwiobójczo.

2) Ilościowe stosunki między dwuchwytnikiem a dopełniaczem wpływają znacznie—na czułość odczynu WASSERMANN'a.

3) Wywoływacze naturalne i sztuczne mogą być w zawiesinie wodnej przechowywane przynajmniej 3 dni, bez utraty skuteczności.

4) Dr F. EISENBERG i doc. dr NITSCH [Kraków]. „O odczynie WASSERMANN'a ze sztucznym wywoływaczem“.

W przeszło 100 przypadkach wywoływacz oryginalny SACHSA i RONDONIEGO [A] okazał się zupełnie odpowiednim do próby WASSERMANN'a w porównaniu z wywoływaczem naturalnym z wątroby syfilitycznej. Także wywoływacz, sporządzony przez autorów wedle przepisu SACHSA i RONDONIEGO, w całym szeregu przypadków okazał zupełną zgodność z oryginalnym. Wreszcie próby z pewną modyfikacją wywoływacza SACHSA i RONDONIEGO dały wyniki zachęcające do dalszych w tym kierunku badań.

5) Dr MARCIN SELZER i dr G. G. WILENKO. „Adrenalinemia a cukromocz pokarmowy“. [Z oddziału wewnętrznego szpitala powsz. we Lwowie. Prym. prof. WIEZKOWSKI].

Opierając się na eksperymentalnym fakcie powstawania miażdżycy tętnic u królików po wstrzykiwaniu adrenaliny i niewątpliwym wpływie nadnercza na przemianę materii węglowodanów, badano odpowiedni materiał kliniczny: 1) z jednej strony co do obecności większej ilości adrenaliny we krwi, 2) z drugiej strony co do cukromoczu pokarmowego. Przekonano się, że przy miażdżycy tętnic u ludzi oba te objawy nie występują. Jeden przypadek cukromoczu pokarmowego przy miażdżycy znalazł swe wytłomaczenie w stwierdzonych sekcyjnie zmianach chorobnych trzustki.

Natomiast wykryto wielką zależność czynności nadnercza od stanów chorobnych układu nerwowego ośrodkowego i przysadki mózgowej. Należy przypuszczać, że to samo odnosi się i do innych gruczołów z wewnętrznym wydzielaniem, a w ten sposób wyjaśnia się znany już dawniej klinicznie fakt wpływu układu nerwowego ośrodkowego na zaburzenia w przemianie materii. Odkrycie to komplikuje zarazem jeszcze bardziej poznanie wszystkich czynników, od których zależne są sprawy przemiany materii; teorie dotychczasowe są już niewystarczające. Co do wykrytej obecności adrenaliny we krwi chorych na mocnicę, to należy na razie poprzestać na stwierdzeniu tego faktu.

Posługując się do wykrywania większej ilości adrenaliny we krwi ludzkiej metodą wywoływania rozszerzenia źrenicy w oku ludzkim przez wkroplenie adrenaliny i sposobem EHRMAN'a, przekonano się, że pewne wyniki daje tylko druga metoda.

6) Dr JEKELS [Bystra] skreślił teorie FREUD'a o nerwicach tudzież psychoanalizie.

7) Prof. A. GLUZIŃSKI i dr J. GREK [Lwów]. „Wpływ miesięczkowania na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobnych”.

Na 316 przypadków, spostrzeganych w klinice lekarskiej lwowskiej wśród których były rozmaite schorzenia, w 112 przypadkach czyli w 35,5% zaznaczył się wyraźny wpływ miesięczkowania na zachowanie się ciepłoty, Na 112 przypadków, gdzie wpływ miesięczki na ciepłotę był wyraźny, składały się przypadki gruźlicy, przebiegające z podwyższoną lub też prawidłową ciepłotą, przypadki bezgorączkowe bez wykazalnej klinicznie gruźlicy w liczbie 60, a także 2 przypadki chorób gorączkowych bez gruźlicy. Wpływ miesięczkowania zaznaczał się podwyższeniami ciepłoty w dniach poprzedzających miesięczkę, podwyższeniami lub też obniżeniami się ciepłoty podczas trwania miesięczki, podwyższeniami lub też rzadziej obniżeniami w okresie pomiesięczkowym, wreszcie podwyższeniami ciepłoty w środku okresu międzymiesięczkowego.

Wobec 62-u przypadków, w których widocznym był wpływ miesięczkowania na ciepłotę, w których jednak klinicznie gruźlicy wykazać nie było można, przyjąćby należało, że nie tylko gruźlica, lecz także i inne schorzenia powodować mogą zmianę ciepłoty zależnie od miesięczkowania. Nie tylko na krzywej ciepłoty zaznacza wpływ swój miesięczkowanie, często pod wpływem miesięczki występują zaostrzenia samej sprawy chorobnej, po większej jednak części zaostrzenia te są tylko przejściowe.

8) Doc. dr MARISCHLER, dr REICHENSTEIN i dr SCHNEIDER [Lwów, Klinika lekarska]. „Wpływ diety różnowartościowej pod względem kaloryi i azotu na przemianę materii u ludzi chorych”.

Autorowie podawali w 13-u przypadkach chorobowych: u 4-ch chorych na nerki, 3 z gościem stawowym, 1 z rwą kulszową, 1 z cukrzycą, 2 z białaczką, 2 z „*paralysis periodica intermittens*”, we wstępnym okresie wysokowartości-

wą dyetę, a w następnych okresach dyetę o bardzo małej ilości białka i kaloryi, jak i wysokowartościową pod względem kaloryi, ale również z małą ilością białka.

Z doświadczeń okazało się, że: 1. Nie wolno zejść w podawaniu pokarmów niżej 30-u kaloryi na kg. wagi ciała, nie narażając chorego na ubytek wagi ciała.

2. Przy pokarmie, zawierającym 5 grm. N czyli 31—32 grm. białka i 1600 kaloryi, równowagi azotowej u chorych otrzymać nie można.

3. Pokarm, zawierający 71 grm. białka na dzień, jest na dłuższy czas niedostatecznym dla chorego dorosłego, pomimo nawet dostatecznej ilości kaloryi.

4. Dyeta ta wpływa na zwiększenie produkcji kwasów w ustroju i z tego powodu jest ona niekorzystna dla ustroju.

5. U chorych na nerki i cukrzycę może dyeta skąpa, na krótki czas podana, wpłynąć korzystnie na stan ogólny chorego.

6. Dyeta głodowa wpływa tylko poniekąd na wydzielanie kwasu moczowego, usuwając wielką część egzogenicznego kwasu moczowego, uzyskać to można jednak także przez podanie samej tylko diety bezpurynowej.

9) Doc. dr W. Nowicki [Lwów]. „Badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej nadnerczy u zwierząt i ludzi w schorzeniach nerek” [z przedstawieniem preparatów]. [Pracę tę umieściliśmy w numerze bieżącym Gazety. *Przyp. red.*].

10) Dr HORNOWSKI [Lwów]. „Wpływ czynników termicznych na zachowanie się istoty chromochłonnej nadnerczy u ludzi i zwierząt i jego praktyczne znaczenie”. Praca ta ukaże się *in extenso* w Gaz. Lek.

11) Dr WINCENTY CZERNECKI [Lwów]. „Przyczynek do sprawy dziedziczności wrzodu żołądka”.

Prelegent przedstawia historię chorób rodziny, złożonej z 5-u osób, t. j. matki i czworga dorosłych dzieci, z których wszyscy okazywali schorzenie żołądka. U trojga osób stwierdzono na pewno wrzód żołądka ze skłonnością do uporczywych krwawień, przyczem sączenie się krwi trwało długo [20—40 dni], a ustało równocześnie z ustaniem bólów. U dwojga osób stwierdzono jedynie objawy nerwicy żołądka i opadnięcia trzew (enteroptosis) ze zmianami w chemizmie żołądka. Prócz tego uderzały jeszcze u wszystkich członków rodziny, zwłaszcza u dzieci, wspólne cechy fizyczne i układu nerwowego, a to: budowa klatki piersiowej, jak przy t. zw. „*habitus phthisicus*”, zgęszczenia szczytów płuc, zwłaszcza prawego, obecność niepozrastanych z łukami żebrowymi dziesiątych żeber („*costae decimae fluctuantes*”), objawy opadnięcia trzew; ze strony zaś układu nerwowego: nadczułość psychiczna, dziwactwo, wyraźny wpływ czynników psychicznych na objawy podmiotowe, zmiany naczynioruchowe i dermografię, tudzież podwyższenie odruchów kolanowych. Opierając się na dotychczasowych spostrzeżeniach np. STILLER'a o t. zw. przez niego „*asthenia universalis congenita*”, „*habitus enteroptoticus*”, „*neuroticus*”, czego wyrazem ma być niezrośnięcie się dziesiątych żeber („*stigma atonicum*”), uważa prelegent rodzinę, przez siebie opisaną, za typ tego rodzaju ustrojów. Chorzy ci przedstawiali przykład szeregu zmian fizycznych i nerwowych, które istnieją obok siebie, jużto łącząc się ze sobą prawdopodobnie w związek przyczynowy [czego prelegent nie przesądza], doprowadziły w końcu do wytworzenia się wrzodu żołądka, popierając przypuszczenie, że wrzód żołądka nie jest tylko wyrazem miejscowego schorzenia błony śluzowej, lecz wynikiem kilku czynników działających, wynikiem organizacji chorego, przyczem i układ nerwowy niepoślednią zapewne gra rolę.

W końcu zwraca prelegent uwagę na potrzebę leczenia nie tylko miejscowego przy wrzodzie żołądka, lecz i leczenia ogólnego u niektórych osobników aby w ten sposób uniknąć nawrotów cierpienia.

Dyskusya. Dr St. RUDZKI [Lwów] zaznacza możliwą łączność między układem współczulnym, a wrzodem żołądka. Przytacza dwa spostrzegane przez siebie przypadki wrzodu żołądka u chorych, cierpiących jednocześnie na chorobę Addison'a, u których na sekcji znaleziono poważne zmiany w nadnerczach i w układzie współczulnym. Zaleca badanie układu współczulnego i istoty chromochłonnej nadnerczy we wszystkich przypadkach sekcyjnych wrzodu żołądka.

Doc. dr NOWICKI [Lwów] ze względu na przemówienie dra RUDZKIEGO zauważa, że badania nad zachowaniem się istoty chromochłonnej układu współczulnego przy niezbytach jelit u dzieci [osesków], połączonych ze stanem zapadowym, wykazują pewne zmiany ilościowe w tym układzie. Spostrzeżenie to zrobił u dzieci HORNOWSKI.

Dr KIKINGER [Lwów] przytacza przypadek z własnej obserwacji, gdzie ojciec zmarł na wrzód żołądka; obecnie syn 20-letni okazuje objawy wrzodu. Co do związku między zaburzeniami w układzie nerwu współczulnego, a powstawaniem wrzodu żołądka, przytacza mówca własne badania zawartości żołądka, wykonane na klinice prof. GLUZIŃSKIEGO u histeryczek. W $\frac{1}{3}$ przypadków stwierdził mówca sok żołądkowy na czczo z wolnym kwasem solnym, nadto niemal we wszystkich stwierdził skazę limfatyczną; dopatruje się więc związku przyczynowego między skazą limfatyczną [gruźlicą narządu limfatycznego], a nerwicami czynnościowymi i wrzodem żołądka. Dlatego w tych razach obok leczenia dyetetycznego wskazane jest leczenie klimatyczne, jak przy gruźlicy początkowej.

Na tem zakończono wykłady i dyskusye.

J. Lustgarten.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku nakładem Akademii Umiejętności w Krakowie I-y tom „Anatomii człowieka“, napisany przez Prof. dra ADAMA BOCHENKA.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Lwowskiego ogłasza konkurs na posadę asystenta katedry ginekologicznej z płacą roczną 1400 koron. Podania wnosić można do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15-go września 1909 r.

— Według statystyki komisji sanitarnej w Petersburgu w roku bieżącym od początku epidemii cholery, czyli od 29-go maja, do 24-go lipca zachorowało w Petersburgu na cholere 3075 osób, zmarło zaś 1177, co stanowi 38% śmiertelności. (*Rus. Wracz Nr. 29*).

NEKROLOGIA

— + — + —

Ś. p. Stanisław Bucelski.

W tym tygodniu ubył znów jeden z współpracowników i przyjaciół Gazety Lekarskiej, ś. p. kol. STANISŁAW BUCELSKI.

Urodził się w Pinczowie w 1862; gimnazjum ukończył w Płocku w roku 1880. Po ukończeniu Wydziału Lekarskiego w Warszawie w roku 1885 został mianowany asystentem przy szpitalu Św. Jana Bożego w styczniu 1886 r. W r. 1888 objął obowiązki ordynatora kliniki psychiatrycznej, a w r. 1891 mianowany ordynatorem szpitala dla chorych obłąkanych w Tworkach. W roku 1892 po obronie rozprawy; „O zmianach w zwojach podkorowych przy bezwładzie postępującym”—otrzymał od Wydziału Lekarskiego w Warszawie stopień Doktora Medycyny. W r. 1902 wybrany zostaje na członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego, a od lat kilku mianowany starszym ordynatorem szpitala w Tworkach i na tem stanowisku pozostawał do końca swego życia.

Oprócz wspomnianej dysertacji ś. p. BUCELSKI ogłosił następujące prace: 1) „O zmianach w komórkach nerwowych przy bezwładzie postępującym”, z kliniki prof. POPOWA [Gaz. Lek. 1890]. 2) „Czynniki wywołujące bezwład postępowy”. [Gaz. Lek. 1901]. 3) „Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące”. [Gaz. Lek. 1903]. 4) „Zakład dla obłąkanych w Tworkach 1892—1901”. [Pam. Tow. Lek. 1903]. 5) „Dzieje budowy Zakładu dla obłąkanych w Królestwie Polskiem oraz stan obecny szpitala w Tworkach”. [Pam. Tow. Lek. 1905—1907].

Na szczególne uwzględnienie zasługuje ta ostatnia rozprawa, napisana z ogromnym nakładem pracy i oparta na dokumentach źródłowych; nie stanowi ona bowiem zwykłego zbioru faktów historycznych, ale jest krytycznem ich zestawieniem, a co najważniejsza, śmiało wytyka czasem wprost bez ogródki, a miejscami pod postacią przejrzystych aluzji rozmaite nadużycia, jakich się dopuszczano podczas budowy; system gospodarki szpitalnej znalazł w ś. p. BUCELSKIM również surowego a bardzo kompetentnego sędziego, albowiem od lat szeregu zmarły był świadkiem tego wszystkiego, nad czem autor ubolewa, a czego zreformować nie miał możliwości. Obszerna ta praca zajmie w historii szpitalnictwa naszego miejsce poczesne.

Ś. p. BUCELSKI odznaczał się nadzwyczajną prostotą i serdecznością w obęjściu; i dbały o los nieszczęśliwych swych chorych, umiał wzbudzić w nich uczucie miłości i zaufanie do siebie, to też skon jego odbija się echem żalu w smutnych murach przybytku kryjącego chorych, z których niejeden, pomimo mgły przesłaniającej jasność jego myśli i uczucia, uronił zę współczucia na wieść o śmierci swego opiekuna-lekarza.

Ś. p. BUCELSKI od dłuższego czasu dotknięty był nieuleczalnem cierpieniem serca, które podczas wywczasów letnich przecięło prawie nagle, a tak przedwcześnie nić pożytecznego żywota tego prawdziwego lekarza-człowieka!