

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś C. I. C. BARSZCZEWSKI. Zastosowanie promieni ROENTGEN'a w klinice chorób wewnętrznych. Str. 1113. II. A. PUŁAWSKI. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą GRAVES'a (BAEDEDOW'a). (Dok.). Str. 1118. *Dział sprawozdawczy.* 161. R. EHRMANN i A. LEDERER. O zachowaniu się trzustki przy braku soku żołądkowego (*achylia gastrica*) i przy bezkwasie żołądkowym (*anaciditas*). Str. 1124.—162. H. BRAUN. O zdatości do operacyi raka żołądka. Str. 1125.—163. M. HIRSCHBERG i H. LIEFMANN. Przyczynki do bakteriologii żołądka. Str. 1125. *Akademia Umiejętności w Krakowie.* Wydział matematyczno-przyrodniczy. Posiedzenia dnia 3-go maja, 7-go czerwca, 5-go lipca 1909 r. Str. 1126, 1128. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekeya ginekologiczna. Posiedzenia dnia 19-go maja i 16-go czerwca 1909 r. Str. 1128, 1129. Sekeya ginekologiczna. Posiedzenia dnia 26-go marca, 30-go kwietnia, 26-go maja, 24-go września, 21-go października 1909 r. Str. 1130, 1131, 1132, 1133. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

I. Z PRACOWNI DYAGNOSTYCZNO - RENTGENOWSKIEJ DRA CZESŁAWA BARSZCZEWSKIEGO W WARSZAWIE.

Zastosowanie promieni Roentgen'a w klinice chorób wewnętrznych.

Podał

Dr C. Barszczewski.

Odczyt wygłoszony na I Zjeździe internistów polskich w Krakowie w dniu 20-go lipca 1909 roku z pokazem radiogramów w obrazach niknących.

Promienie ROENTGEN'a z chwilą odkrycia od razu zyskały zastosowanie praktyczne w chirurgii.

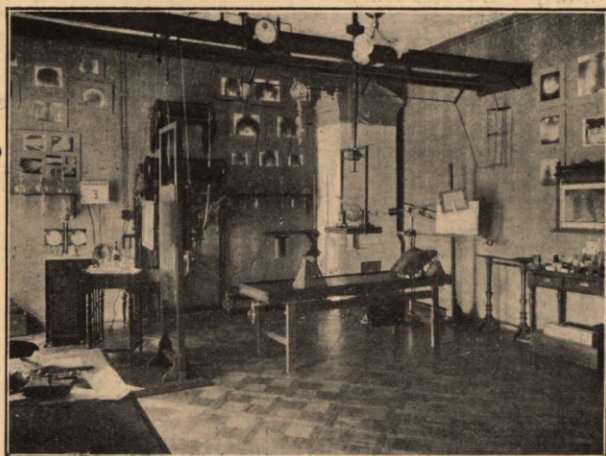
Medycynie wewnętrznej sędzono dłużej czekać na tę dopełniającą metodę kliniczną, która dopiero w ostatnich latach zaczęła zwolna obejmować coraz to nowe narządy, otwierając tym sposobem lekarzom internistom nowe pole badania wnętrza ustroju ludzkiego.

Ta metoda świetlna, z jednej strony wykazując trafne lub nietrafne przypuszczenia nasze, z drugiej strony wykrywając nowe fizyczne objawy chorobne, które dla dotychczasowych metod badania były niedostępne, obecnie już stanowi w dyagnostyce chorób wewnętrznych ważny dział obok palpacyi, perkusyi i auskultacyi i stałym swym postępem zdobywa wśród nauk lekarskich

praktycznych, stanowisko niezależne na równi z chemią lekarską i bakteriologią.

Badania radiologiczne, stosowane w medycynie bądź drogą prześwietlania [radioskopia], bądź drogą zdjęć fotograficznych [radiografia], jeżeli mają posiadać charakter naukowy i znaczenie kliniczne, powinny odpowiadać pewnym określonym warunkom, jakich wymaga klinika, a mianowicie: powinny odznaczać się ścisłością i łatwym wykonaniem.

Istotnie, klinika wymaga od radiologii, aby lekarz internista mógł badać chorego zapomocą promieni X., t. j. mógł badać dany narząd lub daną okolicę ciała szczegółowo i wszechstronnie tak, jak się bada serce zapomocą stetoskopu przez wysłuchiwanie go w różnych punktach klatki piersiowej, jak się bada płuca przez opukiwanie klatki piersiowej na całej powierzchni dla



Rys. 1.

Gabinet lekarski radiologiczny z najnowszymi urządzeniami do badania promieniami ROENTGEN'a chorych wewnętrznych.

porównania różnic dźwiękowych i t. d., jednym słowem — klinika wymaga od radioskopii, aby lekarz mógł władać promieniami X. jak włada stetoskopem i plesimetrem jednakowo dobrze w różnych pozycjach chorego.

Potrzebę władania promieniami X. w powyżej przytoczonym znaczeniu odczuwali już dawno lekarze interniści, o czym świadczą liczne ich prace i usiłowania techniczne, które ostatecznie zostały pomyślnie rozwiązane. Urządzenia te polegają na uruchomieniu aparatu oświetlającego, t. j. rurki CROOKES'a, która może być przesuwana dowolnie we wszystkich kierunkach ręką lekarza podczas samego badania.

Dzięki tego rodzaju urządzeniom pomocniczym, istotnie można badać chorych jednakowo dobrze w postawie stojącej i leżącej, prześwietlając klatkę piersiową i jamę brzuszną we wszystkich punktach.



Rys. 2.

Badanie płuc promieniami ROENTGEN'a. Prześwietlenie zapomocą ekranu fluoryzującego. Chory w pozycji stojącej, czołowo-przedniej.



Rys. 3.

Badanie serca i aorty promieniami ROENTGEN'a zapomocą ortodyagrafu (pomiar serca) w pozycji stojącej chorego. †



Rys. 4.

Badanie żołądka i kiszek promieniami ROENTGEN'a w pozycji stojącej chorego. Prześwietlenie zapomocą ekranu fluoryzującego wkrótce po śniadaniu lub obiedzie bismutowym (bismut w kefirze lub z kaszą).

Ułatwienie w technice badania chorych wewnętrznych nie pozostało bez wpływu i na same metody badania, każdy bowiem narząd wewnętrzny zależnie od swych rozmiarów, kształtu i umiejscowienia, wymaga pewnej pozycji chorego, pewnego ustawienia aparatu oświetlającego i ekranu, jeżeli ma być należycie zbadany.

Wyrobienie i opracowanie tych warunków fizykalno - geometrycznych, w jakich każdy poszczególny narząd winien być zbadany promieniami X., stanowi metodę badania, a usystematyzowanie i zestawienie tych metod w kolejnym porządku, następujących po sobie badanych narządów, stanowi metodę radiologiczną w klinice chorób wewnętrznych.

Narządy, będące przedmiotem badania internisty, zawarte są w 3-ich wielkich wnętrzach ustroju ludzkiego, z których każde zachowuje się bardzo odmiennie wobec promieni ROENTGEN'a.

Jak mianowicie te wnętrza: mózgowie, narządy klatki piersiowej i jamy brzusznej zachowują się względem promieni X., jakie narządy są wdzięczniejsze do badania tymi promieniami, jaka jest poszczególna metodyka radiologiczna płuc, serca, żołądka, kiszek i t. d., w jakich pozycjach należy badać poszczególne narządy chore, jak należy tłómaczyć spostrzegane cienie na obrazach radiologicznych i t. d., odsyłam Sz. słuchaczy do moich prac ogłoszonych drukiem ¹⁾.

Na tem zaś miejscu pozwalam sobie przedstawić Sz. słuchaczom w obrazach niktających urządzenie pracowni dyagnostyczno-rentgenowskiej do klinicznego badania chorych wewnętrznych, poszczególne momenty techniki badania chorych oraz szereg radiogramów chorób płuc, serca, żołądka, kiszek i nerek chorych, badanych w mej pracowni; niektóre z tych radiogramów zamieszczone są w pracy niniejszej.

Ryciny poniżej podane są to obrazy ortogonalne, wykonane zapomocą ortodyagrafu i tu podane w zmniejszeniu do $\frac{1}{40}$.

Obrazy te dają naturalną wielkość i kształty badanych narządów w istotnym anatomo-topograficznym stosunku i do poszczególnych swych części i do całości ustrojowej osobnika.

Zastosowanie ortodyagrafii w tych przypadkach jest dlatego ważne, że zwykła radioskopia i radiografia dają obrazy zawsze nieco powiększone i topograficznie rozsunięte, a niekiedy nawet skośnie i zniekształcone, co zależy od

¹⁾ Stan obecny rentgenologii. Medycyna 1900 r.

„Czego wymaga klinika od radioskopii i radiografii“. Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 26-go marca. Gazeta Lekarska 1901 r.

„Dziesięciolecie promieni X. w medycynie praktycznej“. Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. z pokazem radiogramów na kartonach i w obrazach niktających w dniu 5-go grudnia 1905 r. Gazeta Lek.

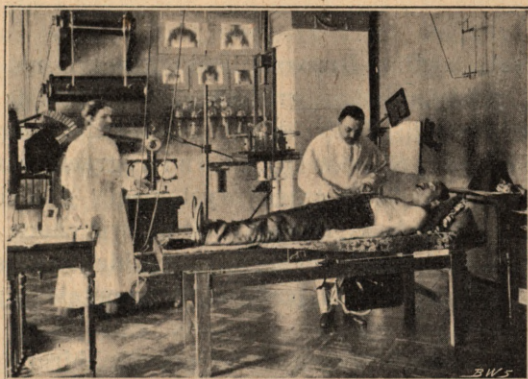
„Podstawy i zasady radiodyagnostyki klinicznej chorób wewnętrznych“. Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w dniu 4-go lutego. Gaz. Lek. 1908 r.

„Objaw kliniczny tkliwości uciskowej w dołku w świetle najnowszych badań“. Praca ofiarowana do Księgi Jubileuszowej dra BRONISŁAWA SAWICKIEGO. Warszawa 1909.

geometrycznego ustawienia aparatu oświetlającego względem chorego, na którego padają promienie z antykathody skośnie, t. j. w różnych punktach obrazu pod różnymi kątami.

Ortodyagrafia natomiast daje obrazy wykreślone [ołówkiem woskowym na płycie szklanej] rzutem promieni pionowych, t. j. padających w każdym punkcie obrazu pod kątem prostym.

Ta właśnie zasada ertodyagrafi usuwa źródło błędów optycznych, które mogą zachodzić na ekranie fluoryzującym przy dowolnem ustawianiu aparatu oświetlającego podczas radioskopii.



Rys. 5.

Badanie żołądka i kiszek promieniami ROENTGEN'a w pozycji leżącej chorego. Prześwietlenie zapomocą ekranu fluoryzującego odbywa się na trochoskopie czyli stole radiologicznym, pod którym umieszczona jest rurka CROOKES'a.

Stosując systematycznie promienie ROENTGEN'a, przeprowadziłem w ciągu roku w własnej pracowni całkowitych badań radiologicznych 500 chorych różnego wieku i płci, którzy się zgłaszali po poradę w różnego rodzaju cierpieniach.

Przed przystąpieniem do badania prom. X., wszystkich tych chorych badałem zwykłymi metodami, a w przypadkach, które tego wymagały, stosowane były dodatkowe badania chemiczne i bakteryologiczne.

Z pośród tej liczby 500, w 300 przypadkach zanotowałem większe lub mniejsze opuszczenie żołądka i ewentualnie okrężnicy, której topografię badałem niezawsze, lecz w specjalnych dość licznych przypadkach. Ta częstość spostrzeganej przeze mnie gastroptozy u chorych, którzy ze względu na rozpoznane klinicznie ich cierpienia, nie dawali żadnych do tego przypuszczeń, skłoniła mię do pilniejszej obserwacji przewodu pokarmowego w różnych chorobach i zadałem sobie tedy pytanie, w jakich mianowicie notuje radiologia zwisnięcie żołądka częściej?

II. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Graves'a (Basedow'a).

Podał

A. Puławski,

b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus

i b. dyrektor Zakładu leczniczego w Nałęczowie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 49).

Chorobę GRAVES'a, według RIEDEL'a, należy leczyć na samym początku przez wycięcie $\frac{1}{10}$. powiększonego gruczołu, pozostawiając z każdej strony resztki tkanki gruczołowej. Tylko rzadkie przypadki choroby G., przebiegające bez widocznego powiększenia gruczołu tarczowego, można leczyć wewnątrznie i to aż do czasu wystąpienia groźniejszych objawów. Jeden z najcięższych przypadków RIEDEL'a, w którym chora w ciągu dwu lat wyschła jak szkielet i dochodziła do obłądu, przebiegał właśnie z małym wolem [wielkości jaja bażanta]. Chora po operacji zupełnie wyzdrowiała i urodziła troje dzieci.

U nas wyjątkowo tylko uciekano się do pomocy chirurgicznej w chorobie GRAVES'a, a w piśmiennictwie naszym posiadamy właściwie tylko jeden opis przypadku choroby GRAVES'a, operowanego przez DROBNIKA zapomocą częściowego wycięcia wola. O drugim przypadku, operowanym przez JAWDYŃSKIEGO i zakończonym śmiercią, wiemy tylko z króciutkiej wzmianki w pracy GAJKIEWICZA; o tem, że KRAJEWSKI operował w chorobie GRAVES'a [z wynikiem dodatnim], wspomina MAŁEWSKI. O przypadku operowanym przez RUTKOWSKIEGO [śmierć] wzmiankują KĘDZIOR i ZANIEŹKOWSKI. Być może, że przypadków takich znalazłoby się więcej, ale dokładny i przez samego operatora podany opis DROBNIKA jest dotąd u nas unikatem. Chorzy nasi tymczasem coraz częściej poddają się operacji za granicą [znam kilka takich przypadków], choć operacja wycięcia wola jest dobrze znana i wykonywana przez naszych chirurgów.

Nie można uważać ch. G. za chorobę „chirurgiczną“, jak to zrobił LEMCKE. Musi ona i nadal pozostać w rękach internistów, jak to powiedziałem wyżej. Są przypadki, w których leczenie dotychczas przyjęte [t. zw. wewnętrzne] najzupełniej wystarcza, są inne—w których żadne leczenie nie pomoże [przypadki ostre, kończące się śmiercią—zresztą rzadkie, przypadki ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym—również nie częste]. Ale jest cała kategoria przypadków przewlekłych, podlegających ciągłym nawrotom, narażających chorych na długie, kosztowne a nieskuteczne leczenie po zakładach i stacyach klimatycznych. Takich chorych po pierwszej

recydywie, nie czekając charłactwa i ostatecznego wycięcia, należałoby operować, t. j. poddawać wycięciu częściowemu wola według metody KOCHERA. Interniści muszą iść ręką w rękę z chirurgami. Odpowiedni dobór przypadków, odpowiednie przygotowanie do operacji, na co słuszną uwagę zwraca KOCHER, obok zachowania wszelkich ostrożności w czasie samej operacji, będzie stanowiło o jej przyszłości i pożytku dla chorych. Już po napisaniu niniejszej pracy dowiedziałem się, iż do tego samego wniosku doszedł OPPENHEIM, który dotychczas był przeciwnikiem interwencji chirurgicznej w chorobie GRAVES'a. W ostatnim wydaniu swojego podręcznika [1908] powiada, iż leczenie chirurgiczne choroby GRAVES'a [częściową strumektomią] uważa za usprawiedliwione i skuteczne (*ein berechtigtes und wirksames Verfahren*).

Pozostało mi jeszcze do omówienia kilka środków, używanych z większym lub mniejszym powodzeniem w chorobie GRAVES'a, zwłaszcza w czasach ostatnich. Hipoteza MOEBIUS'a wydała na świat dwa przetwory: surowicę (*Antithyroidinum Moebius-Mercki*) i rodagen.

Surowica pochodzi ze krwi baranów, którym wycięto gruczoł tarczowy na 6 tygodni przed pierwszym upustem krwi; zastrzykuje się ją podskórnie w ilości 5—10-u ctm. sz. Już sam MOEBIUS nie widział wyraźnych skutków od tych zastrzykiwań i zaczął podawać surowicę *per os* po 5 ctm. sz. co 2-gi dzień w ciągu kilku tygodni. Na Zjeździe neurologów niemieckich w r. 1901 donosi MOEBIUS o dobrych wynikach takiego leczenia, co potem niektórzy klinicyści potwierdzili, inni — nie. Widziałem 5-u chorych, leczonych tą metodą [2-u przez kilkakrotne zastrzykiwanie surowicy, 3-ch przez używanie wewnętrzne] i nie byłem zachęcony do dalszych prób, gdyż poprawy nie widać było żadnej. W klinice krakowskiej E. Mięśowicz [1906] na 4 przypadki widział polepszenie w jednym, ale polepszenie to stało się widocznem dopiero po pobycie chorej w Krynicy. W klinice lwowskiej J. GREK [1907] stosował surowicę MOEBIUS'a w 7-u przypadkach. W 4-ch było polepszenie stanu ogólnego i zmniejszenie objawów, ale nie było możności stwierdzenia trwałości poprawy.

Stosowano także mleko kóz, pozbawionych gruczołu tarczowego [LANZ z Bernu, u nas E. Mięśowicz w 3-ch przypadkach]. LANZ miał jakoby dobre wyniki, Mięśowicz raczej pogorszenie [ubytek 1½ klg. wagi w jednym przypadku]. Z mleka takich kóz wyrabia się przetwór, znany pod nazwiskiem rodagenu w postaci białego proszku, który się podaje w ilości 10-u—15-u grm. dziennie przez czas dłuższy. Rodagen stosowałem systematycznie przez czas dłuższy w 2-u przypadkach i nie mogłem zauważyć żadnego działania. To samo twierdzą GREK [w 2-u przypadkach] i Mięśowicz [w 4-ch przypadkach]. Mięśowicz w jednym przypadku zauważył ustąpienie biegunki [to się zdarza bez wszelkich lekarstw!], zmniejszenie wola i przybytek na wadze.

W czasach wszechwładnie panującej organoterapii nie omieszkanoby próbować w chorobie GRAVES'a i przetworów, otrzymywanych z baraniego

gruczołu tarczowego. VOISIN ¹⁾ i OWEN ²⁾ widzieli nawet dobre wyniki takiego leczenia, co MOEBIUS przypisywał tej okoliczności, iż w takich razach dostarczenie choremu zdrowego soku gruczołu tarczowego może neutralizować działanie soku chorobliwie zmienionego. Właściwie mówiąc, ze stanowiska hipotezy MOEBIUS'a, leczenie takie wydaje się absurdem [jeżeli zwłaszcza przyjąć za fakt, iż gruczoł tarczowy w chorobie G. wydziela za dużo soku].

Najmocniej ostrzegałbym każdego przed podawaniem tyreoidyny w chorobie GRAVES'a ³⁾. Znane i opisane są przypadki, w których przetwórczość ten wywoływał tachykardię, podniecenie, dochodzące do obłądki. Klasycznym jest pod tym względem przypadek bardzo starannie spostrzegany przez F. KJEW-SKIEGO ⁴⁾. 15-letnia dziewczyna z powodu wola wyżyła w ciągu 42-u dni 16 grm. sproszkowanej tyreoidyny. W ciągu tej kuracji dostawała tachykardii [do 120] i napadów obłądki. Po odstawieniu lekarstwa, objawy ustępowały. Chory NOTHHAFT'a ⁵⁾, 40-letni mężczyzna po wyżyciu 1000 tabletek tyreoidyny w ciągu 5-u tygodni [z powodu otyłości] stracił wprawdzie 30 f. na wadze, ale dostał wyraźnych objawów ch. G. z cukromoczem [1%]. Po odstawieniu tyreoidyny objawy te przeszły. Ja sam widziałem niedawno razem z kol. HORODYSKIM z Puław i kol. CIECHOMSKIM mężczyznę 60-letniego, cierpiącego od dawna na wole, który po wyżyciu 18 tabletek tyreoidyny, dostał początkowych, ale typowych objawów choroby G. Przypadek ten opiszę oddzielnie po ukończeniu obserwacji.

Z dziedziny organoterapii wartoby się zastanowić nad leczeniem choroby GRAVES'a grasicą (*gl. thymus*). Rola grasicy w powstawaniu tej choroby jest zupełnie ciemna, jak również jej stosunek do gruczołu tarczowego, ale nie ulega wątpliwości, że w znacznej liczbie przypadków sekcyjnych ch. G. u ludzi dorosłych znajdowano pozostałości grasicy, a nawet jej przerost ⁶⁾. Te czy owe względy skłoniły niektórych autorów do podawania grasicy chorym na chorobę GRAVES'a. Szczególnym zwolennikiem tego leczenia był MIKULICZ, który karmił niektórych chorych, cierpiących na ch. G., grasicą i był z wyników tej kuracji zadowolony [MOEBIUS]. Znany jest w li-

¹⁾ J. VOISIN. Goitre exophthalmique et traitement thyreoidien. Semaine méd. 1894, Nr. 9.

²⁾ D. OWEN. Thyroidfeeding in exopht. goitre. Brit. med. jour. 1893.

³⁾ Wyjątek możnaby chyba zrobić tylko dla tych niezmiernie rzadkich przypadków, w których choroba GRAVES'a przechodzi w obrzęk śluzakowy (*myxoedema*). Powstając przeciwko stosowaniu tyreoidyny w chorobie G., nie myślę bynajmniej potępiać tyreoidyny w o g ó ł e w przypadkach odpowiednio wybranych i ściśle kontrolowanych przez lekarza podczas kuracji.

⁴⁾ F. KJEWSKI. Przyczynę do leczenia wola tak zwaną tyreoidyną. Gaz. Lek. 1896, Nr. 37. Podano literaturę tego przedmiotu.

⁵⁾ A. v. NOTHHAFT. Centrbl. f. klin. Med. 1898, Nr. 15.

⁶⁾ E. GIERKE. Die Persistenz und Hypertrophie der Thymusdrüse bei Basedowscher Krankheit. Münch. med. Woch. 1907, Nr. 17. Przerost znaleziono w dwu przyp., pozostałość — w 40 (dane z literatury).

teraturze dość szczególny przypadek OWENA ¹⁾, w którym chory „przez pomyłkę“ (*sic!*) zamiast gruczolu tarczowego, spożywał duże ilości grasicy i wyleczył się jakoby zupełnie z choroby GRAVES'a.

Z własnej praktyki mam do zanotowania dwa przypadki, w których widziałem niewątpliwie dobre skutki stosowania grasicy w postaci opotyminy [POEHL'a]. Jeden z nich był bardzo charakterystyczny. 30-letnia rosyanka, zamężna, bezdzietna, w ciągu dość krótkiego czasu zapadła na chorobę GRAVES'a ze wszystkimi charakterystycznymi objawami. Najmniej wydatne było wole [uawet nie mogłem znaleźć zwykłego tętnienia], zato był bardzo wybitny wytrzeszcz, drżenie, poty, gorąco, śpieszenie się, a przedewszystkiem wychudnienie. Pomimo spokoju i zwykłego leczenia, chora nie poprawiała się wcale, a że musiała po kilku tygodniach udać się w daleką podróż [do Paryża, a potem włąb Rosyi], przeto prosiła mię, aby jej dać na drogę jakiś środek „tymczasowy“ na czas przerwy w kuracji. Chcąc wypróbować sposób MIKULICZA, zaleciłem jej opotyminę POEHL'a, [po 0,3 3 razy dziennie]. Po miesiącu chora wróciła dla dalszego leczenia. Ku mojemu zdumieniu znalazłem w niej znaczną poprawę: wytrzeszczu i drżenia nie było, tętno ze 120-u spadło do 80-u i cały stan chorej poprawił się nie do poznania, choć przez miesiąc cały była narażona na niewygodę i zmęczenie. Chorą tę widziałem w kilka lat potem z powodu innej zupełnie choroby (po operacji z powodu *appendicitidis*) i śladów dawnego cierpienia nie znalazłem. Chora mi oświadczyła, że miewała przez czas ten małe pogorszenia, ale zawsze „ratowała się“ w takich razach przepisaniem lekarstwem. *Post hoc czy propter hoc?*

W 2-im przypadku, bardzo ciężkim, u 40-letniej żydówki—ofiary pogromu białostockiego—tak świetnego i wyraźnego skutku nie widziałem, ale w chwilach najcięższych, kiedy chora po przyjeździe do Nałęczowa nie mogła wstawać z łóżka ani odbywać żadnego leczenia [mieszkała w złych warunkach poza zakładem], kiedy zwykłe środki nie przynosiły jej żadnej ulgi [brom, arsenik i inne], opotymina [tak się przynajmniej zdawało] wpłynęła na zmniejszenie częstości tętna, na drżenie, na wychudnienie, tak, że chora po dwuletnim leczeniu [z małemi przerwami] względnie wyzdrowiała. W tym przypadku obok grasicy stosowano zwykłe leczenie i to przez czas dłuższy, poprawa szła wolno, ale nie mogę pozbyć się wrażenia, że w tej poprawie opotymina odegrała rolę dodatnią ²⁾. Nadmienić muszę, że i w tym przypadku wole na początku choroby było bardzo nieznaczne, powiększyło się dopiero później, kiedy poprawa pod innymi względami była widoczną.

¹⁾ DAVID OWEN. Further notes of the treatment of a case of exophth. goitre. Brit. med. jour 1895 (SCHMIDT's Jahrb. 247, str. 29). 46 letniemu choremu O. zalecił używać codziennie $\frac{1}{4}$ części gruczolu tarczowego z barana. Żona przez pomyłkę (*sic*) dawała mu $\frac{1}{4}$ funta! Zjawiła się niestrawność, zawroty głowy, obrzęki, ale chory poprawił się zupełnie. Po upływie roku okazało się, że chory dostawał nie gruczol tarczowy tylko grasicę (!).

²⁾ Analogiczne przypadki komunikował mi ustnie kol. JAKOWSKI.

W ostatnich czasach STEGMANN ¹⁾ i FREUND ²⁾ widzieli doskonale wyniki od naświetlania okolic gruczołu tarczowego promieniami ROENTGEN'a. U nas podobny przypadek opisał J. SKŁODOWSKI [1906]. U chorej 15-letniej, która miała objawy choroby G. od 6-u miesięcy, stosowano bezskutecznie surowicę MOEBIUS'a i zwykłe leczenie [brom, leżenie]. Po 12-u naświetleniach w ciągu miesiąca [10 minut przy oddaleniu 20 ctm., za każdym razem jedna połowa gruczołu] stan nerwowy poprawił się znacznie, jak również waga ciała i wygląd chorej, ale inne objawy ch. G. pozostały bez zmiany [wytrzeszcz, tachykardia, wole]. Poprawa trwa już pół roku. J. GREK [1907] stosował naświetlanie promieniami ROENTGEN'a w 5-u przypadkach: we dwu otrzymał znaczne polepszenie, ale wszystkie objawy powróciły po zaprzestaniu naświetlania.

Doświadczenia podobne, ale na wolach z wycieczajnych, były dokonywane na wielką skalę w Tybindze ³⁾, Poddano naświetleniu 51 przypadków wola świeżego u młodych osobników [miękkie rury, 30 ctm. długość w ciągu 10-u — 15-u minut]. Leczenie trwało najmniej 4—6-u miesięcy. W żadnym przypadku nie otrzymano wyleczenia, w 2-u znaczne polepszenie, w 26-u przypadkach było silne podrażnienie skóry. U 8-u chorych po kuracji naświetlania wycięto gruczoł tarczowy. Badanie histologiczne nie wykazało żadnych zmian, któreby świadczyły o działaniu naświetlania.

Piśmiennictwo polskie choroby Graves'a ⁴⁾.

1) CHAŁUBIŃSKI T. Choroba Basedow'a (*Tachycardia strumosa exophthalmica, Bronchitis chronica*), obserwowana w klinice terapeutycznej prof. CHAŁUBIŃSKIEGO. (Autorem prawdopodobnie był sam Ch.). Gaz. Lek. 1865, str. 209 (178 SATTLER).

2) CIEPAŃSKI F. Przyczynę do powstawania objawów choroby Basedow'a. Now. Lek. 1890, Nr. 8 i 9. Opis przypadku, który powstał na gruncie choroby zakaźnej (promienicy?).

3) CHOMĘTOWSKI S. Galwanizacja nerwu współczulnego w chorobie Basedow'a. Pam. Tow. Lek. W. 1866, str. 114. Protok. posiedz.

4) Tenże. Choroba Basedow'a. P. T. L. W. 1874, str. 83. Prot. pos.

¹⁾ R. STEGMAN. Die Behandlung des M. B. mit Roentgenstrahlen. Wiener klin. Woch. 1906, Nr. 3. Opis 3-ch przyp.

²⁾ R. FREUND. Die Roentgenbehandlung der Basedow. Krankheit Münch. med. Woch. 1907, Nr. 17. 5 przypadków.

³⁾ C. PFEIFER. Die Roentgenbestrahlung des Kropfes auf Grund klinischer Beobachtungen und histologischer Untersuchung. Beit. zur klin. Chir. 1906, str. 367.

⁴⁾ W monografii H. SATTLER'a, która wyszła w *Graefse-Saemisch Handbuch der gesamten Augenheilkunde*. Lipsk, 1908, podano bibliografię ch. G. do r. 1907 włącznie, obejmującą 2896 numerów. W nawiasie podaje numer, pod jakim umieszczono w tej bibliografii prace naszych autorów.

5) DOMAŃSKI S. O chorobie BASEDOW'a. Przegl. Lek. 1872, str. 457 i 467. 1873, str. 9, 17, 90 i 391. Referat krytyczny (kilka własnych spostrzeżeń). (283 SATTLER).

6) Tenże. Prąd stały przy chorobie BASEDOW'a. Przegl. Lek. 1872, Nr. 25, Prot. pos. Tow. Lek. Krakow.

7) DROBNIK TOMASZ. Operatywne leczenie choroby BASEDOW'a s. GRAVES'a oraz pogląd na jej patogenezę. Now. Lek. 1895, Nr. 4 i 5, (1296 SATTLER).

8) GAJKIEWICZ WŁADYSŁAW. Kilka słów o poglądach na naturę i leczenie choroby BASEDOW'a. Gaz. Lek. 1897, Nr. 43. Referat krytyczny, oparty na literaturze i własnych spostrzeżeniach. Szczegółowe wiadomości o operacji ABADIE'go. (1573 SATTLER).

9) GAWROŃSKI (Pińczów). Choroba BASEDOW'a u osoby cierpiącej na maciennicę, zależną od błednicy. Przegl. Lek. 1872, str. 117.

10) GLUZIŃSKI A. Sprawozdanie z kliniki lekarskiej prof. dra KORCZYŃSKIEGO za lat 4. Przegl. Lek. 1880, Nr. 51. Spostrzegano 15 przyp. choroby G., jeden sekcyjny. (168 SATTLER).

11) GREK J. (Lwów). O nowszych sposobach leczenia choroby BASEDOW'a. Sprawozd. z posiedzeń X Zjazdu lekarzy i przyr. polskich. 1907, str. 132. Spostrzeżenia robiono na 15-u przypadkach z kliniki lwowskiej.

12) HIGIER H. Choroba BASEDOW'a. Streszczenie zbiorowe. Gaz. Lek. 1893, Nr. 21 i 22.

13) JASIŃSKI ROMAN. Leczenie padaczki, histero-epilepsyi i choroby BASEDOW'a przez całkowite obustronne wycięcie n. współczulnego na szyi metodą JONESCO'a. Gaz. Lek. 1897, Nr. 43. Korespondencya z Paryża.

14) KĘDZIOR W. i ZANIEŹOWSKI J. Przyczynek do nauki o chorobie BASEDOW'a. Gaz. Lek. 1902, Nr. 39. To samo w Neurol. Centrbl. 1901, Nr. 10. Opis przypadku operowanego przez RUTKOWSKIEGO. Na sekcji znaleziono zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Rzadki przypadek. (2087 SATTLER).

15) KORCZYŃSKI LUDMIŁ. Choroba BASEDOW'a. Rozprawy z zakresu med. praktycznej. Serya II, zesz. 10. Kraków 1894. Referat krytyczny w postaci wykładu.

16) LUBELSKI. Choroby BASEDOW'a leczenie elektrycznością. Pam. Tow. Lek. Warsz 1868, str. 259. Prot. posiedz.).

17) ŁUCZKIEWICZ H. Choroba BASEDOW'a z niewysłownością (*aphasia*) i drżączką (*paralysis agitans*). Gaz. Lek. 1877, str. 409. Przypadek ostry, zakończony śmiercią (bez sekcji).

18) MAŁEWSKI BRONISŁAW. 51 przypadków choroby BASEDOW'a, spostrzeganych przez lekarzy w Zakładzie Nałęczowskim. Gaz. Lek. 1901, Nr. 16 i 17 i Pam. T. L. W. 1900, str. 711. Prot. pos. To samo w Neurol. Centrbl. 1901, Nr. 23. Statystyka, krytyczne rozpatrzenie niektórych objawów, przegląd piśmiennictwa polskiego. W obszernej dyskusyi brali udział: PAWIŃSKI, CIAGLIŃSKI, NUSBAUM, RYCHLIŃSKI, BREGMAN i BIRÓ. (2097 SATTLER. Wszyscy biorący udział w rozprawach pomieszczeni pod oddzielnymi numerami).

19) MIĘSOWICZ ERWIN. Przypadek choroby BASEDOW'a z zanikami mięśni i niedomogą wydzielniczą żołądka. Gaz. Lek. 1904, Nr. 29 i 30. To samo w Wiener klin. Woch. 1904, Nr. 45. Rzadki i śmiertelny przyp. Sekcji nie było. (2413 SATTLER).

20) Tenże. Nowy przypadek choroby BASEDOW'a z zanikami mięśni i ze zmianami śluzakowemi na kończynach dolnych. Gaz. Lek. 1905, Nr. 31. Bardzo rzadki przyp. (2546 SATTLER).

21) Tenże. Leki w chorobie BASEDOW'a (mleko kozie, rodagen, antityreoidyna MOMBUS'a). Zapiski lecznicze z klin. Uniw. Jag. Przegląd Lek. 1906, str. 34.

22) ROSENBLATT. Drżenie członków (*tremor*), jako pierwszy objaw choroby BASEDOW'a. Gaz. Lek. 1892, str. 440. (1071 SATTLER).

23) SKŁODOWSKI JÓZEF. Przypadek choroby BASEDOW'a, leczony promieniami ROENTGEN'a. Gaz. Lek. 1906, Nr. 7. To samo w Deut. med. Woch. 1906, Nr. 33 (2757 SATTLER).

24) STRÓŻEWSKI K. O chorobie BASEDOW'a (patogeneza i leczenie). Gaz. Lek. 1901, Nr. 32. Referat krytyczny. Statystyka dotychczasowych wyników leczenia operacyjnego.

25) SZOKALSKI W. Choroba BASEDOW'a (struma exophthalmicum). Pam. Tow. Lek. Warsz. 1864, str. 154 i 414. Prot. posiedzeń. Opis pierwszego u nas przypadku (ostrego).

Choroba GRAVES'a była przedmiotem rozpraw doktorskich dwu lekarzy Polaków na uniwersytetach zagranicznych:

- 1) BARWIŃSKI OSKAR. Berlin, 1868 (204 SATTLER).
- 2) FILIPOWICZ KAZIMIERZ. Würzburg. 1888. (Patrz Słownik lekarzy polskich KOŚMIŃSKIEGO).

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

161. R. Ehrmann i A. Lederer. O zachowaniu się trzustki przy braku soku żołądkowego (*achylia gastrica*) i przy bezkwasie żołądkowym (*anaciditas*).

Na podstawie 98-u przypadków odnośnych, badanych na poliklinice, autorowie dochodzą do następujących wniosków:

1) W *achylia* i *anaciditas* czynności trzustki wbrew dotychczasowemu mniemaniu nie tylko nie są zakłócone, ale odbywają się sprawniej, niż w innych warunkach normalnych.

2) Jest więc zbyt rzadkiem stosowanie kwasu solnego dla pobudzenia czynności trzustki.

3) Jest zbyt rzadkiem i z tego względu, że kwas solny nie może być uważany za bardzo swoisty dla trzustki, jak wykazują odnośne badania autorów nad psem z przetoką trzustkową.

4) W próbnym śniadaniu VOLHARD'a [oliwa] i próbnym śniadaniu EWALDA w *achylia* i *anaciditas* po większej części udaje się stwierdzić obecność trypsyny. Przy wielokrotnym badaniu prawie zawsze można ją odnaleźć.

5) W *heperaciditas* po próbnym śniadaniu VOLHARD'a zazwyczaj nie udaje się wykazać trypsyny; w innych przypadkach występuje ona w ilościach nieznacznych, które można zwiększyć pod wpływem dwuwęglanu sodu.

6) Im wydobyta zawartość żołądka bogatsza jest w żółć, tem obficiej zawiera i trypsynę.

7) Przeciwnie, bywają przypadki, gdzie trypsyny niema, choć sok jest zasadowy i dużo żółci zawiera.

8) Przyczyna braku albo małej zawartości trypsyny w przypadkach hipersekrecyi nie zależy jedynie tylko od rozkładu jej pod wpływem kwasu, ale prawdopodobnie zawisła od swoistego działania kwasu na absolutne wydzielanie zczyny i, być może, od sposobu funkcjonowania odźwiernika.

9) Czy tłuszcze powodują fizyologiczne przedostawanie się soku kiszkowego do żołądka, jak tego dowiódł BELDYREFF u psa, kwestya ta u człowieka nie jest dostatecznie dowiedziona; w każdym razie czynnik mechaniczny [wprowadzenie zgłębnika, ruchy wymiotne, tłoczenia brzuszna] odgrywa tu pewną rolę.

10) Dla ilościowego oznaczenia czynności trzustki wydostawanie soku kiszkowego, dostającego się do żołądka, jest obecnie niewystarczające. Ale zupełna sprawność czynnościowa tego gruczołu może być w inny sposób dowiedziona.

11) Gdzie idzie o jakościowe stwierdzenie trypsyny w żołądku, może się okazać dogodniejszym próbnym śniadaniem EWALDA, gdy metodą tą ustalone zostaną większe szeregi danych porównawczych.

(Deut. med. Woch., 1909 Nr 20).

A. Lande.

162. H. Braun. O zdatności do operacyi raka żołądka.

Na zasadzie swojego materyału klinicznego autor uważa częściową rezekcję w raku żołądka za operację usprawiedliwioną, jakkolwiek wyraźną korzyść otrzymuje z niej niewielu tylko chorych z dość wczesnem rozpoznaniem. Trudność wczesnego rozpoznania lub przynajmniej uzasadnionego podejrzenia zwiększa się przez to, że częstokroć chorzy przez dłuższy czas nie odczuwają dolegliwości. Bądź co bądź dotychczasowe doświadczenie przy operacyach pozwala do pewnego stopnia odróżniać przypadki z prawdopodobieństwem nadające się do operacyi od nienadających się stanowczo. Oto są dane autora:

1. Guz, wyczuwalny jako odosobniony wczesny objaw nowotworu, po większej części nadaje się do operacyi; natomiast te przypadki, gdzie rozpoznajemy z pewnością lub prawdopodobieństwem rak żołądka bez guza wyczuwalnego, prawie nigdy nie nadają się do operacyi, gdyż rak wtedy umiejscawia się na krzywiznie małej lub w dnie żołądka. Obowiązkiem więc jest stwierdzić, czy i gdzie guz się wyczuwa [napełnianie powietrzem, kw. węglanym, narkozą]. Guzy ruchome wymagają próbnej laparotomii, o ile inne okoliczności nie stanowią o ich niezdolności operacyjnej. Guzy nieruchome, nie leżące u odźwiernika, po większej części są niezdadne. Należy, o ile możliwości, ustalić, czy nieruchomość jest skutkiem rozrostu samego guza, czy może innych chorób. W ostatnim wypadku nieruchomość może nie być przeszkodą do operacyi.

2. Stan odźwiernika: wystąpienie objawów zwężenia odźwiernika z jego następstwami [rozszerzenie żołądka, nagłe schudnięcie] u osoby starszej jest bezwarunkowem wskazaniem do operacyi. Zwężenie odźwiernika jest tu względnie wczesnym objawem. Przy badaniu żołądka zapomocą powietrza lub gazu nieraz możemy otrzymać charakterystyczne objawy, świadczące przeciw operacyi: żołądka nadąć niemożna, jego rozmiar, ruchomość, odgłos opukowy nie zmienia się (*infiltratio carcinomatosa, casus inoperabilis*).

3. Wyniszczenie, schudnięcie, jako wczesny objaw występuje w przypadkach zwężenia przez guz odźwiernika (względna *operabilitas*), jako późniejszy objaw towarzyszący przypadkom, gdzie sprawa zajmuje inne miejsca, nie zwężając odźwiernika, i gdzie idzie najczęściej o rozległe zmiany (*inoperabilitas*).

4. Danym chemicznym autor przypisuje mało wartości rozpoznawczej, wogóle, natomiast krew w kale lub w zawartości żołądkowej może, zdaniem autora, być wskazaniem do próbnej laparotomii.

5. O wartości rentgenoskopii i rentgenografii w omawianej kwestyi autor zdania nie wypowiada. W końcu artykułu podaje autor tabliczkę oryentacyjną, w której zestawia wyżej opisane objawy.

(Deut. med. Woch. Ne 30).

M. Gliński.

163. M. Hirschberg i H. Liefmann. Przyczynek do bakterjologii żołądka.

Chory, przeznaczony do badania, otrzymywał przeddzień na kolację litr mleka i dwa jaja [lub połowę tej porcyi] i pozostawał na czczo do chwili przepłukania żołądka następnego ranka. Przepłukanie odbywało się w ten sposób, że po odpowiedniem starannem przemyciu ust i zebraniu śliny dla badania kontrolującego, zapomocą wyjałowionego lejka, rurki gumowej i zgłębnika wlewano do żołądka 200 ctm. sz. jałowego roztworu fizjologicznego soli kuchennej, który następnie z powrotem wydostawano. Po odpowiedniem rozcieńczeniu otrzymanej zawartości mieszano ją z kwaśno oddziaływującym agarem i innemi odżywkami, wylewano następnie na płytki PÉTRIEGO, i po pewnym czasie obli-

czano ilość wytwarzających się tu kolonii i określano ich charakter. Po przepłukaniu w ten sposób czczego żołądka chory dostawał próbne śniadanie dla określenia stopnia kwasności soku żołądkowego.

Autorowie wykonali 40 badań na najrozmaitszym materiale klinicznym, przedstawiającym różnorodne organiczne i czynnościowe zaburzenia trawienne, i doszli do wniosków następujących: Czyży żołądek przy normalnej sile wydzielniczej i ruchowej nie zawiera żadnych zarodków, zdolnych do rozrostu na zwykle przez nas używanych podłożach. Stan ten natychmiast ulega zmianie, jeżeli występuje upośledzenie w sekrecyi kwasu solnego lub niedomoga ruchowa, albo jednocześnie zaburzenia wydzielnicze i ruchowe, a mianowicie odnajdujemy wtedy mniejszą lub większą liczbę drobnoustrojów najrozmaitszego rodzaju i pochodzenia. Liczba ich do pewnego stopnia zależy od ogólnego stanu zdrowia chorego i wzrasta [do 2-u milionów i wyżej w 1-m ctm. sz.] z jego pogorszeniem się, lub maleje—z poprawą. Najczęściej autorowie wyhodowywali, obok innych drobnoustrojów, *streptococcus viridans* i *bacterium coli*. Ten ostatni zazwyczaj znajdował się u chorych z *gastritis anacida*, u których często występowały rozwołnienia. Autorowie sądzą, że dodatni wynik badania bakteriologicznego, w sposób powyższy przeprowadzonego, rozstrzygnąć może kwestyę w przypadkach wątpliwych niedomogi ruchowej żołądka.

(Berlin. klin. Woch., 1909 Nr 30).

A. Lande.

AKADEMIA UMIEJĘTNOŚCI W KRAKOWIE.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 3-go maja 1909 r.

Przewodniczący Dyrektor E. JANCZEWSKI.

Czł. I. MARCHLEWSKI przedstawia pracę J. D. BORKOWSKIEGO i Z. SZYMANOWSKIEGO p. t.: „*Aglutynacja i hemoliza krwinek zapomocą soli metali ciężkich.*”

Badania, oparte na obfitym materiale, wykazały, że pomiędzy zdolnością aglutynacyjną i hemolityczną soli metali ciężkich a powinowactwem chemicznem, wartościowością i koncentracją, odpowiadającą elektrolitycznemu ciśnieniu jonów, nie zachodzi związek. Najwybitniejszą zdolnością hemolityczną odznaczają się sole srebra; w pewnej określonej dla każdej soli srebra koncentracji zagiutynowane ciała nie opadają na dno. Zagiutynowane ciała, pomimo zmienionej czekoladowej barwy, okazują obecność oksyhemoglobiny. KCN w stężeniach mniejszych, niż te, które wywołują hemolizę, ma własność uczulania krwinek, to znaczy czyni je wrażliwymi na działanie związków, normalnie pod tym względem obojętnych.

Posiedzenie dnia 7-go czerwca 1909 r.

Czł. K. KOSTANECEI przedstawia pracę BRONISŁAWA FRENKLA pod tyt. „*O drogach mózżkowych gołębia.*”

Autor niszczył mózdzek gołębia i inne części układu nerwowego gołębia, ażeby zbadać połączenia mózdzkowe ptaków. Z tych doświadczeń uzyskał 40 seryi, barwionych metodą KLARCHI'ego, zmodyfikowaną przez BUSCH'a; wykazały one następujące połączenia mózdzku:

1. Drogi doprowadzające: a) droga rdzeniowo-mózdzkowa, b) droga z jąder sznurów tylnych, c) droga z ciała dwojaczego;

2. Drogi wewnątrz-mózdzkowe: a) włókna kojarzące, b) włókna spoidłowe, c) włókna z kory mózdzkowej do jąder mózdzkowych i

3. Drogi odprowadzające: a) droga mózdkowo-opuszkowo-rdzeniowa, b) droga mózdzkowa do pola słuchowego, c) włókna łukowate zewnętrzne, d) włókna przebiegające w obrębie *fasciculus long. posterior*, e) droga mózdzkowa do śródmózdzka i f) droga mózdzkowa do międzymózdzka.

Czł. KOSTANECKI przedstawia pracę T. KURKIEWICZA p. t. „*Z histogenezy mięśnia sercowego zwierząt kręgowych*“.

Autor wykonał badania nad rozwojem mięśnia sercowego u kurczęcia i doszedł do następujących wniosków:

1) Część blaszki otrzewnej wewnętrznej (*splanchnopleura*) jest materiałem twórczym dla mięśnia sercowego (*myocardium*).

2) Związek tego mięśnia ujawnia się naprzód parzyście. Przez obustronne wypuklenie blaszki otrzewnej zostają wytworzone tak zwane kieszenie myokardyalne, oddzielone od siebie rodzajem przegrody, która pochodzi z zagiętych ku jelitu końców obudwu połówek *splanchnopleury*.

3) W przestrzeni, objętej przez związek myokardyalny, znajduje się związek dla śródsierdza (*endocardium*), które do stadyum 8 myomerów jest parzyste.

4) Przez stopniowe lub zupełne obniżanie się przegrody międzykieszeniowej zostaje zatarta parzystość obudwu składników serca.

5) Różnicowanie zarówno śródsierdza, jak warstwy mięsnej serca postępuje od strony ogonowej ku stronie głowowej.

6) Komórki, przeznaczone do wytworzenia mięśnia sercowego, są pochodzenia mezodermalnego. We wczesnych okresach rozwoju odnośna część mezodermi wyróżnicowywa się w dwie warstwy: zewnętrzną i wewnętrzną. Utworzenie dwu warstw odbywa się głównie drogą przemieszczania komórek.

7) Komórki warstwy mięsnej embryonalnego serca w bardzo wczesnych stadiach są zupełnie wyodrębnione i wyraźnymi granicami pooddzielane. Wtenczas już zaczyna się tworzenie włókienek [fibrilli]. W późniejszych okresach komórki zlewają się w syncycja, zacierając granice swych terytoriów. Zlewanie się komórek odbywa się najpierw w warstwie wewnętrznej, znaczenie później w zewnętrznej.

8) Warstwa zewnętrzna „*myocardium*“ stanowi przez dłuższy czas życia embryonalnego prowizoryczne „*epicardium*“.

9) Zewnętrzna i wewnętrzna warstwa mięśnia sercowego w pewnym okresie rozwoju odsuwają się od siebie. W tę szczelinę wędrują komórki z warstwy zewnętrznej i tworzą sieć elementów związanych wzajemnie wypustkami. Jest to środkowa warstwa mięśnia sercowego.

10) Autor opisuje dalej sposób tworzenia beleczek mięśnia sercowego, w czym udział bierze warstwa wewnętrzna i środkowa. Warstwa zewnętrzna tworzy t, zw. zbitą masę mięśnia sercowego.

11) Ostateczne *epicardium* powstaje przez rozrost komórek „kosmków“, umieszczonych na powierzchni zatoki żyłnej serca. Podścielisko z tkanki łącznej tworzy się przez wędrowanie elementów mezenchymatycznych ze ściany zatoki żyłnej serca.

Posiedzenie dnia 5-go lipca 1909 r.

Czł. H. HOYER przedstawia pracę WŁADYSŁAWA MIERZEJEWSKIEGO p. t.: „Przyczynek do rozwoju układu limfatycznego ptaków“.

Autor, badając rozwój układu limfatycznego kury, wykrył, że serce limfatyczne zakłada się w 5½ dniu embryonalnego rozwoju w postaci pęcherzyków na bocznych gałązkach pięciu pierwszych żył ogonowych. Równocześnie tworzą się na żyłę szyjnej, podobojczykowej, puste i kręgowę, wypukliny, które dają początek limfatycznemu splotowi szyjnemu. Związki serca i splotu zra-
stają się ze sobą i tworzą w ten sposób dwa gąbczaste ciała, z których tylne pulsujące jest sercem limfatycznym, przednie niepulsujące splotem. Boczny pień limfatyczny poczyna się zarówno od splotu, jak i serca w postaci gron delikatnych siatek limfatycznych rosnących ku sobie. W obrębie jednej i drugiej siatki dyfferencjuje się po jednym grubszym naczyniu, które zrastają się ze sobą. Wykształcony pień boczny leży na boku ciała między przednią a tylną kończyną, w tyle uchodząc do serca, na przodzie wlewając się do splotu limfatycznego.

Pień boczny istnieje do 12-go dnia, poczem zanika, a w miejsce jego pojawia się już siatka naczyń limfatycznych podskórnych. W tym samym dniu wykryć już można istnienie parzystego przewodu piersiowego limfatycznego, który zawiązuje się później niż pnie boczne.

W końcu przytacza autor, że pulsacja serca limfatycznego pojawia się w 9-ym dniu, równocześnie z różnicowaniem się w ścianie serca włókien większych.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA GASTROLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 19-go maja 1909 r.

1) K. SIERPIŃSKI przedstawił 3 kamienie żółciowe, z których jeden, wielkości śliwki, waży 9,2 grama, ma 7,3 cm. sz. w wymiarze poprzecznym i 8,4 w podłużnym. Przypadek ten S. uważa za godny uwagi ze względu na wystąpienie pierwszych objawów kamicy, wyraźnie po przebyciu tyfusu brzusz-
nego, ze względu na znaczną wielkość jednego z wydalonych kamieni, wreszcie ze względu, iż obecność kamieni nie powodowała nigdy w danym przypadku gorączki.

W dyskusyi zabierali głos: MINZ, REJCHMAN, ZAWADZKI, EIGER, RZĘT-
KOWSKI i KNAPPE.

2) PACANOWSKI przedstawił kamień żółciowy, cholesterynowo - bilirubi-
nowy, wagi 8 grm., długości 3,5 ctm., szerokości 2 ctm., obwodu 7 ctm.

3) J. MALINIAK wygłosił rzecz: „O leczeniu dyetetycznem przetok
trzustkowych.“ Badania doświadczalne na zwierzętach wykazały zależność
czynności trzustki od pokarmów. Najsilniej pobudzają ją węglowodany, mniej
substancje białkowe, najmniej tłuszcze; również i jarzyny pobudzają mało.
Najsilniejszym bodźcem wydzielniczym lekarstwowym dla trzustki jest kwas
solny, silnie też obudzają sekrecję trzustki: pilokarpina, fisostygmina, pro-

peptony; hamają zaś: atropina, adrenalina, węglan i dwuwęglan sodu, opium; morfina początkowo hamuje, potem pobudza. WOHLGEMUTH zaproponował stosowanie u chorych z przetokami trzustki diety antydiabetycznej z dodatkiem dużej ilości węgla sodu [6 łyżeczek dziennie]. Wpływ diety WOHLGEMUTH'a daje się stwierdzić w krótkim czasie. W przypadku HEINECKE'go, leczonym tą metodą, zamknięcie przetoki nastąpiło już po 3-ch dniach; w przypadku HOHMEYER'a—po 10-u dniach; w przypadku SCHMIDT'a—po 14-u dniach. Ponieważ ogłoszono też szereg przypadków niepomysłnych, KEMPF sądzi, że na dietę powyższą reagują tylko przetoki, powstałe po urazie.

W przypadku urazowej torbieli trzustki, spostrzeganym przez autora w oddziale dra JANOWSKIEGO, M. zastosował dietę WOHLGEMUTH'a w 7 tygodni po zabiegu operacyjnym. Bezpośrednio po operacji ilość wydzieliny wynosiła 400 ctm. sz. na dobę; przed początkiem leczenia dyetetycznego—około 150 ctm. sz. Na 8-y dzień otwór się zasklepił, lecz chory zerwał strup. Na 28-y dzień otwór przetoki zamknął się zupełnie. Przed rozpoczęciem leczenia stwierdzono próbami, iż chory reagował wybitnie na rodzaj pokarmu. Tego rodzaju badanie powinno, zdaniem autora, zawsze poprzedzić właściwe leczenie, podczas którego należy uwzględnić otrzymane wyniki, modyfikując odpowiednio dietę.

W dyskusji wzięli udział: REJCHMAN, LANDAU i RÓBIN.

4) M. REJCHMAN odczytał rzecz p. t.: „Kilka słów o lekach stosowanych przeciwko wnetrzakom kiszgowym.“ Najczęściej napotykamy u ludzi 4 następne rodzaje robaków kiszgowych: tasieńce, glisty, nitkowce i włosogłówki. Olej eteryczny z paproci, używany pospolicie do wyprowadzenia z przewodu kiszgowego tasieńca, jest niewątpliwie środkiem dobrym, posiada jednak dwie ważne wady: 1) dawki, niezbędne do zatrucia tasieńca, często silnie drażnią błonę śluzową; 2) prędko się psuje i traci swe własności. Autor wobec tego od lat 10-u stosuje chloroform w formie: *Chloroformii Duncani* 2,0 [3,0—4,0], *Syr. simpl.*, *Mucil. gum. ar.* 25,0, *MDS*. Zmieszać i wypić na czczo co $\frac{1}{2}$ —1 godz. po $\frac{1}{3}$ części lekarstwa; następnie środek czyszczący.

Środek ten, zdaniem autora, działa pewnie i nie sprowadza żadnych niepożądanych objawów.

Przeciw glistom autor radzi stosować w miejsce santoniny *Ol. Chenopodii anthelm.* w dawce 8—15 kropel, które przyjmuje chory na czczo w wodzie ocukrzanej 3 razy, co godzina; bezpośrednio po ostatniej dawce—środek czyszczący.

Przeciwko nitkowcom za najlepsze autor uważa: kalomel wewnętrżnie oraz lawatywy z emulsji terpentynowej.

O pewnym środku przeciw włosogłówce autor nie wie; stosuje zazwyczaj tymol, lecz z wynikami wątpliwymi.

W dyskusji przemawiali: ZAWADZKI, SIERPIŃSKI, RZĘTKOWSKI, GOLDBAUM, SADKOWSKI, RÓBIN, MINZ, TUCHENDLER, LANDAU i KNAPPE.

Posiedzenie dnia 16 czerwca 1909 r.

1) Minz przedstawił chorego z uchyłkiem w dolnej części przełyku. Zgłębnik napotyka w okolicy wpustu przeszkodę, którą dość łatwo obejść i dostać się do żołądka. Z przełyku wydostaje się około 100—150 ctm. sz. zawartości pokarmowej ze znaczną domieszką śluzu; odczyn tej zawartości jest kwaśny, bez śladu wolnego kwasu solnego, natomiast z wyraźnym odczynem na kwas mleczny. Po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka otrzymać można zawartość z dużą domieszką żółci i z wyraźnym odczynem na wolny kwas solny. Prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a potwierdziło rozpoznanie uchyłku.

2) MINZ przedstawił rentgenogram przypadku wrzecionowatego rozszerzenia przełyku, oraz 2-u chorych po gastroenterostomii, z których jeden, zdaniem MINZ'a, zasługuje na uwagę z powodu nader szybkiego powstania znacznego rozszerzenia żołądka; w przypadku zaś drugim badanie żołądka w kilka miesięcy po operacji zapomocą promieni ROENTGEN'a dało wyniki niezgodne ze znanymi wynikami, otrzymywanymi przez JONASA [w pracowni HOLZKNECHT'a] u chorych po gastroenterostomii.

3) HERTZ RYSZARD przedstawił chorego z niedrożnością przełyku, trwającą od lat 10-u [po wypiciu ługu]. Choremu wykonano gastrostomię; żywi się on obecnie przez rurkę. HERTZ wykonał na nim szereg doświadczeń według metody PAWŁOWA; o wynikach obiecał opowiedzieć obszernie na jednym z następnych posiedzeń.

4) RÓBIN przedstawił chorego, cierpiącego od lat kilkunastu na napady nudności, wymiotów i bólów w dołku; wymioty, rozpoczynające atak, są pokarmowo-słuzowe, potem stają się krwawymi, przyczem wydziela się 6—8 szklanek czystej krwi; napady trwają 2—3-ch dni, poczem chory szybko powraca do zdrowia i już po kilku dniach jada mięso i powraca do normalnego trybu życia. Przez 2—3 miesiące okresu międzynapadowego chory czuł się zazwyczaj zupełnie dobrze. Obecnie jednak uskarża się na stale zmniejszone łaknienie, nudności, zaparcie stolca, chudnienie. Badanie żołądka wykazuje: na czczo—żołądek pusty; po śniadaniu próbnem—zawartość dość dobrze strawiona, ciekła, zawiera mało śluzu, L=82, A=130. RÓBIN przedstawia ten przypadek jako rzadki i trudny pod względem rozpoznawczym.

5) TUCHENDLER przedstawił chorą z rakiem odbytnicy. Chora ma lat 27, a zgłosiła się do T. przed 2 a miesiącami. Badanie palcem oraz rektoskopem ustaliło rozpoznanie wysoko usadowionego raka odbytnicy. T. doradził chorej operację (*anus sacralis*), którą wykonano.

6) TUCHENDLER przedstawił chorego (*proctitis ulcerosa*), którego już przedtem demonstrował w Towarzystwie; obecnie chce pokazać dobre wyniki stosowanego tu leczenia miejscowego.

W dyskusji nad przedstawionymi przypadkami wzięli udział: EIGER, REJCHMAN, JUDT, GRUNDZACH, SIERPIŃSKI, ODERFELD, RZĘTKOWSKI, ZAWADZKI, SADKOWSKI, PACANOWSKI, LANDAU, MINZ, RÓBIN i TUCHENDLER.

B. Wejnert.

SEKCJA GINEKOLOGICZNA.

Posiedzenie dnia 26-go marca 1909 r.

1. NEUGEBAUER do dyskusji o wycinaniu macicy dodaje kilka uwag historycznych.

2. MONSIORSKI przedstawił preparat jajowodu ciężarnego, który to jajowód usunął w 4 miesiące po pierwszych objawach ciąży zamacicznej po wessaniu są kolosalnego krwisteku. M. przemawia za bezwarunkowem operowaniem ciąży zamacicznej w każdym jej okresie. KARCZEWSKI nie zaprzecza możliwości samowyleczenia ciąży zamacicznej, sądzi jednak, że tylko operacja może na pewno zabezpieczyć chorą od groźnych częstokroć następstw. W przypadkach, w których nastąpiło zropienie, K. zaleca drenowanie po zabiegu operacyjnym; pozostawienie skrzepów po wylewach krwawych zazwyczaj nie przynosi szkody.

3. Dyskusja nad odczytem LORENTOWICZA. Według MONSIORSKIEGO istnieją trzy poważne wskazania do skrobienia macicy: 1) obecność resztek jaja płodowego po poronieniu 2) krwawienia maciczne bez wyraźnej przyczyny tak ze strony przydatków, jako też i samej macicy, i wtedy skrobienie jest środkiem albo rozpoznawczym, albo też i rozpoznawczym i leczniczym, po 3) niepłodność; skrobienie łączy tutaj M. ze stomatoplastyką oraz z drenowaniem macicy. STANKIEWICZ nie uważa upławów za wskazanie do skrobienia macicy; za dopuszczalne uważa skrobienie w pewnych przypadkach włókniaków macicy przy zachowaniu bezwzględnej czystości. KARCZEWSKI uważa, że LORENTOWICZ w odczycie swoim wyjaśnił raczej przeciwwskazania, nie zaś wskazania do skrobienia macicy i poczytuje mu za zasługę, że podjął on sprawę skrobienia macicy, która niewątpliwie bywa nadużywana w praktyce, a zastosowana w warunkach odpowiednich jest dzielnym środkiem leczniczym. W dalszej dyskusji zabierali głos THIEME, ZABOROWSKI, CYKOWSKI, RYŁKO, ZWEJGBAUM i prelegent.

Posiedzenie dnia 30-go kwietnia 1909 r.

1. J. JAWORSKI przedstawił 47-letnią chorą z rakiem pierwotnym pochwy. Guz kałafiorowaty, dosyć miękki, na szerokiej szypule, usadowiony po środku lewej ściany pochwy; przerzutów nie wyczuwa się, macica wraz z przydatkami i pęcherz moczowy nie przedstawiają nic osobliwego. Rak pierwotny pochwy należy do rzadkości i rozwija się prawdopodobnie z resztek przewodów GARTNERA; przyczyna powstawania—uraz [po porodzie, od krążka]. J. ze względu na umiejscowienie nowotworu na ograniczonej przestrzeni, ma zamiar go wyciąć i stawia rokowanie pomyślne. W dyskusji Cz. STANKIEWICZ uważa za wskazane usunięcie pochwy wraz z macicą i przydatkami i gruczołów; pogląd powyższy podziela LORENTOWICZ.

2. J. JAWORSKI przedstawił rentgenogram pęcherza 27-letniej dziewczyny z dużą podwójną szpilką od włosów. J. usunął szpilkę przez cięcie pęcherza od strony pochwy.

3. Cz. STANKIEWICZ przedstawił chorą, u której przed 9-u laty wykonał nefropeksję sposobem KOCHERA z wynikiem pomyślnym.

4. Z. ENDELMAN i L. LORENTOWICZ przedstawili patologicznie zmienione nerki, pochodzące od płodu donoszonego płci żeńskiej. Poród samodzielny, płód w stanie śmierci pozornej, niedocucony. Nerki w postaci guzów, wielkości dużej męskiej pięści; badanie drobnowidzowe wykazało: *cystadenoma multiloculare renis congenitale*.

5. WERTENSTEIN podał rzadki przypadek krwaka poporodowego w jamie kulszowo-prostniczej (*fossa ischio-rectalis*) [artykuł wydrukowany w Nr. 21 Gazety Lekarskiej].

6. NEUGEBAUER przedstawił kilka preparatów oraz rysunków po operacjach ciąży pozamacicznej: a) przypadek *abortus tubarius ex ampulla* z lewej strony, powikłany torbielą jajnika prawego, uwiecznioną w zatoce DOUGLAS'a; b) przypadek *abortus tubarius* lewostronny i prawostronny *sactosalpinx* przy jajniku normalnym, który pozostawiono; c) przypadek *abortus tubarius incompletus* lewostronny; jajnik lewy torbielowato wyrostkiem robaczkowym, który był zrosnięty z krwistkiem, otaczającym ośrodkowy koniec ciężarnego jajowodu; d) przypadek poronienia jajowodowego, w którym koniec ośrodkowy prawego ciężarnego jajowodu leżał po lewej stronie macicy i sięgał

do zatoki DOUGLAS'a, gdzie był pogrążony w *haematoma peritubarium*. Jajnik prawy torbielowato zwyrodniały, wielkości jaja kurzego, zrosnięty z jajowodem ciężarnym, krwistkiem i górną powierzchnią dna macicy; e) rzadki przypadek ogromnej torbieli jajnika (*adenoma ovarii glandulare proliferum invertens papillare*), usuniętej u 72-letniej staruszki z wynikiem pomyślnym. Wreszcie N. zdaje sprawę z dokonanej przez siebie laparotomii u 72-u letniej panny, obciążonej wysokiego stopnia *kyphoscoliosis*. Rozpoznano guz, uciskający na wątrobę i żołądek i powodujący w ten sposób uporczywe wymioty. Zabieg rozpoznawczy wykazał dyzlokowaną i zwyrodniałą rakowato wątrobę. Chora zmarła w 6 tygodni po zabiegu z wyłódzenia.

Posiedzenie dnia 28 go maja 1909 r.

1. FIEDOROWICZ przedstawił chorą, u której przed 8-u laty wykonano *colpocleisis* z powodu przetoki pęcherzowo-pochwowej; od 3-ch lat cierpi ona na zapalenie pęcherza i obecnie przy badaniu cewnikiem wykazuje się obecność kamieni. F. ma zamiar przeciąć bliznę i możliwie starać się o zaszcycie przetoki pęcherzowej. W dyskusji NEUGEBAUER broni praw obywatelstwa *colpocleisis* dla wyjątkowych przypadków, których liczba stale się zmniejsza wobec postępów techniki operacyjnej.

2. KOLIŃSKI przedstawił twór dosyć twardy, w postaci *uterus bicornis*, wydobyty z macicy 19-letniej dziewczycy, cierpiącej od 7-u lat na hemofilię. Chora dostała silnego krwotoku macicznego z bólami, ujście zewnętrzne rozwarte na 2 palce, macica wielkością swoją odpowiada 3-u miesiącowi ciąży. Badanie drobnowidzowe nie wykazało żadnego utkania, twór składał się wyłącznie z wylugowanych ciałek czerwonych.

3. STANKIEWICZ przedstawił szereg preparatów macicy, usuniętych bądź z powodu raka, bądź też włóknaka.

4. NEUGEBAUER przedstawił kilka preparatów oraz rysunków operacji włókniaków międzywiązadłowych i bronił zasady indywidualizowania rodzaju zabiegu i wyboru możliwie zabiegu zachowawczego.

5. RYŁKO w odczycie streścił obecne poglądy na sprawę wczesnego wstawania po porodzie i po cięciu brzuszem i przyszedł do wniosku, że metoda ta w pewnych ściśle określonych warunkach, godna jest polecenia. W dyskusji ENDELMAN przytacza bardzo pomyślne wyniki wczesnego wstawania po porodzie i operacjach brzusznych, podane w pracy VOGEL'a. NEUGEBAUER i STANKIEWICZ nie uznają za pożyteczne wczesne wstawanie po porodach. NATANSON robi to zastrzeżenie szczególnie dla położnic wychudzonych. JAWORSKI jest przeciwnikiem wczesnego wstawania i pomimo stanowczych zachęceń pewnych autorów uważa zbyt wczesne wstawanie po porodzie za sprawę wymagającą jeszcze dalszych badań, a tymczasem otwartą. ANTECKI na zasadzie materyału przytułku i szpitala praskiego zaznacza, że nie widział złych następstw wczesnego wstawania.

Posiedzenie dnia 24-go września 1909 r.

1. MONSIORSKI przedstawił chorą po wycięciu raka na kroczu i lewej dużej wardze sromnej, oraz wyluszczeniu gruczołów pachwinowych lewych. Obecnie gruczoły w pachwinie prawej znacznie powiększyły się.

2. Prof. KRYŃSKI przedstawił preparat włókniaka macicy 40-letniej panny. Nowotwór, wielkości głowy dorosłego człowieka, na szypułce wychodził z prawego rogu macicy i sprowadził skręcenie macicy prawie na 180° dookoła osi pionowej, nadto i sam miał mocno skręconą szypułę. Obadwa te skręty wywołały zaburzenia w odżywieniu tak w nowotworze, jak i w ścianie macicy, w prawej jej połowie; z tego powodu K. wyciął klinowato znaczną część prawej połowy macicy; pozostała część macicy po zeszyciu przybrała kształt stożka o podstawie zwróconej ku dołowi. Wynik pomyślny.

3. LEBENSBAUM przedstawił sześciokrotnie powiększone wzierniki NEUGEBAUER'a, specjalnie sporządzone dla chorej z niezmiernie rozwinętą tkanką tłuszczową ud.

4. NEUGEBAUER zdał sprawę z dokonanego przez siebie sztucznie poronienia u 26-letniej niezamężnej chorej, z powodu zwężenia miednicy 2-go stopnia, oraz *dystrophiae musculorum progressivae*. Poronienia dokonano dwuczasowo.

5. A. WINAWER zakomunikował przypadek cięcia cesarskiego u 32-letniej mężatki, która pięć razy uprzednio urodziła martwe płody z powodu zapewne nawykowego zamierania ich w ostatnich dniach ciąży. Wymiary miednicy prawidłowe. Wynik cięcia cesarskiego pomyślny dla matki i płodu.

Posiedzenie dnia 21 go października 1909 r.

NEUGEBAUER w stosownym przemówieniu uczcił pamięć zmarłego kolegi MAKSYMILIANA WARSZAWSKIEGO.

1. NEUGEBAUER przedstawia chorą z guzem przedniej ściany brzusznej, który uważał początkowo za włókniak ściany brzusznej, z powodu jednak zmniejszenia się guza po okładach, przychodzi do wniosku, że jest to guz pochodzenia urazowego—wylew krwi w głębszych warstwach ściany brzusznej. STANKIEWICZ i LEŚNIEWSKI po zbadaniu chorej przyłączają się do zdania NEUGEBAUER'a.

2. LEŚNIEWSKI przedstawił preparat płodu skamieniałego ze sporym kawałem sieci dużej zgrubiałej i guz kulisty wielkości dużej pięści, składający się ze ściętego jajowodu, mieszczącego stare łożysko. Zastanawiająca okoliczność: płód, który wypadł z prawego jajowodu, mieścił się całkowicie w lewej połowie jamy brzucha. Przypadek ten dotyczył 36-letniej mężatki; przed dwoma laty, będąc, jak sądzi, w 7-ym miesiącu ciąży, dostała krwawienia, kilkakrotnych omdleń, lecz poród nie odbył się. Po 10-u miesiącach po tem wydarzeniu zaczęła prawidłowo miesiączkować.

3. LEŚNIEWSKI przedstawił macicę dużą wraz z przydatkami oraz całymi przymaciczkami, usunięte od strony jamy brzusznej u 48 letniej kobiety z powodu rakowatego zwyrodnienia części pochwowej, przechodzącego na tylne sklepienie. Zabieg ten [od strony brzucha] uważa dla raków macicy za normalny. W dalszym ciągu omawia leczenie paliatywne raka macicy: podwiązanie naczyń, wyskrobywanie mas rakowatych, przyżeganie, przestrzykiwania i zwalczanie bólów. W dyskusji zabiera głos STANKIEWICZ.

Wł. Staniszewski.

Wiadomości bieżące.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od d. 21-go do 27-go listopada r. b. do szpitali warszawskich zgłosiło się 110 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 42, odrą 8, błonicą 15, błonicą 10, różą 14, tyfusem brzuszny 11, tyfusem plamistym 5 i grypą 5.

W tymże czasie zmarło osób 15, mianowicie: na ospę 9, odrę 1, błonicę 1, tyfus brzuszny 3 i różę 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach w dniu 21-m listopada wynosiła 3023, a w dniu 27-go listopada 3003 osób.

— We Lwowie powstaje od Nowego Roku szkoła pielęgniarek. Wydział krajowy asygnuje na ten cel corocznie 2000 koron. W roku bieżącym suma ta została użyta na urządzenie szkoły, od Nowego Roku zaś służyć będzie na prowadzenie jej. Celem zapoznania się z organizacją takich szkół za granicą, wydelegowany został dr Starzewski.

— Moskiewski komitet do spraw prasowych skonfiskował broszurę, wydaną przez Towarzystwo im. Pirogowa, p. t. „Co jest potrzebne do walki z chorobami zakaźnymi“.

(Wracz. Gaz.).

— Ministerium oświaty zwołuje w grudniu Zjazd lekarzy szkół średnich celem opracowania środków i sposobów walki z chorobami szkolnymi.

SPROSTOWANIE. W numerze 49-m Gazety Lek. na str. 1104 w wierszu 8 ym z dołu zamiast: rachianestazyi, ma być: rodzaju operacyi. Na stronicy 1108 w wierszu 13-m z góry zamiast: fizyologicznych, ma być: ftizyologicznych.

Od Wydawcy.

Upraszamy Szanownych kolegów o nadesłanie prenumeraty na rok 1910. Za-
legających w opłacie za rok bieżący lub lata poprzednie upraszamy o wpła-
cie należności do Administracyi [Zielna 11].

Do numeru niniejszego jako dodatek bezpłatny dołącza się prospekt „Biblioteki
dzieł wyborowych“.

Redaktor, Doc. Dr J. Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Masowiecka 8.