



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żółwia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpeli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“

Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methyl Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

PRZECIW Hemoroidom



Cena obniżona: Mk. 3.60 za pudełko 12 świeczek.

ANUSOL szybko usuwa często dręczące bóle, dezynfekuje, osusza i leczy zapalne, przekrwione i ropiejące powierzchnie. Zmiękcza zastój kału w odbytnicy, sprowadza lekkie i niebolesne wypróżnienie. Anusol nie zawiera żadnych narkotyków, nie zatrzuwa i nie wywołuje jakichkolwiek szkodliwych następstw. Skutkiem tego może być stosowanym w każdym wieku i każdej chwili. Wprowadza się rano i wieczorem świeczkę możliwie głęboko do odbytnicy.

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych, należy sądzić tylko

„Anusol Goedecke'go”

w czerwonych pudełkach z plombą Goedecke i S-ka w Lipsku.

Dostawcy: Ed. KOCH i W. BORMANN w Warszawie, Nowogrodzka 4.

Racyonalne i b. staranne

kształtowanie paznogi (Manicure i Pedicure) w gabinecie Wiśniewskiej,
Aleje Jerozolimskie № 43, m. 15,
 I-sze piętro, przy Marszałkowskiej.

NEO-FOSFATYNA



wyrobu apteki

L. KLIMPLA i S-ki

Doskonały i lekko strawny pokarm dla każdego wieku.

== Żądać tylko z sową. ==

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych.

Diabetylin

preparat drożdżowy w formie tabletek dla diabetyków.

Diabetylin zapobiega nawet bez ścisłej diety tworzeniu się cukru.

Sposób użycia: 3 razy dziennie 2 — 3 tabletki.

Literaturę i próby dla lekarzy wydaje

Dr. A. HALPERN—WARSZAWA—MARSZAŁKOWSKA 68,

Skład Główny:

Tow. Akc. LUDWIK SPIESS i SYN.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY

I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.

Hemogen Magistra Klawe

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych

poleca LABORATORJUM CHEMICZNE

Magistra KLAWE,

10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



Próbki i literaturę na żądanie P.P. Lekarzy.

INIEKCYJE STRYCHNINOWE

„Triplex I, II, III” Gessner — pudełko 36 ampulek.

(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glycerinofosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kokodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20,

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol,
i wiele innych.

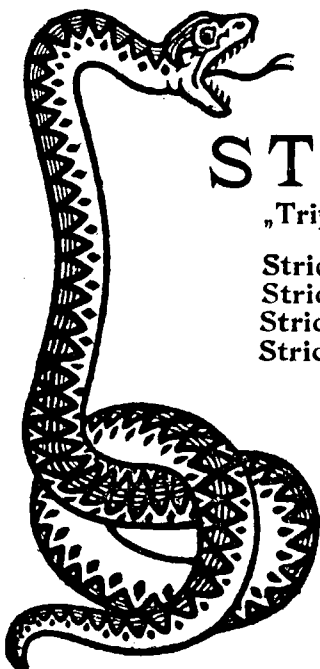
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.





GAZETA LECARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WNIĘ-
TNOŚCI LECARSKICHDziesięć
lecie drugie

Warszawa, d. 16 grudnia 1916 r.

Żółtaczkę hemolityczną w świetle badań ostatnich.

Podał

Kazimierz Szokalski.

Wstęp. Żółtaczkę hemolityczną wrodzoną, nabytą oraz żółtaczkę nowonarodzoną.

Monografia Hertza i Sterlinga „O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej”, drukowana w r. 1912 w Gazecie Lekarskiej, uwalnia mnie od potrzeby powtarzania ustalonych danych.

Ograniczę się na podaniu nowego materiału, jaki nagromadził się od czasu ukazania się wspomnianej monografii z uwzględnieniem głównie zagadnień teoretycznych.

Dotychczas rozróżniano trzy postaci żółtaczek hemolitycznych: wrodzoną, opisaną przez Minkowskiego, nabytą, i t. zw. „*ictère hemolisinique*”, autorów francuskich. Jednak obserwacje kliniczne ostatnich lat zakwestyionowały racjonalność tego podziału. Wszak różnica ścisłej pomiędzy żółtaczką wrodzoną i nabytą niema, obraz krwi jest jednakowy w obydwu postaciach, własności biologiczne surowicy są te same.

Chauffard, któremu zawdzięczamy wiele doniosłych spostrzeżeń nad żółtaczką hemolityczną, w pierwszym numerze *Annales de médecine* z roku zeszłego przytacza obserwacje Fourniera, Joltrina i dwie swoje, dotyczące żółtaczki hemolitycznej wrodzonej, gdzie występują dwa czynniki etiologiczne: przymiot i gruźlica, przytem w jednym przypadku syfilis, stwierdzony już w trzecim pokoleniu.

Opisana również przez Chauffarda i Vincenta, jako samoistna jednostka chorobna „*ictère*

re hémolisinique” została w ostatnich czasach poddana krytyce przez Rotha.

Badacz ten znalazł cechujące jakoby tę chorobę autohemolizyny w przypadku niedokrwistości złośliwej i starał się stwierdzić, czy istotnie spostrzegane w niej rozpuszczanie krwinek przez surowicę tegoż chorego należy uważać za skutek działania autoizolizyn. Otóż surowica tego chorego rozpuszczała własne krwinki czerwone, nie rozpuszczała natomiast krwinek pięćdziesięciu innych chorych.

Krwinki czerwone chorej były hemolizowane przez pięćdziesiąt surowic innych chorych; po inaktywacji surowica nie hemolizowała. Autohemoliza więc wpływała w danym razie nie z tworzenia się autohemolizyn, lecz ze zmiany budowy krwinek. Dla potwierdzenia tego założenia Roth łączył krwinki normalne z roztworem soli 0,5%; zawiesina tych krwinek, po dodaniu surowicy, nie posiadającej izolizyn, rozpuszczała je całkowicie.

Identyczność wyników terapeutycznych (leczenie swoiste, splenektomia) potwierdza hipotezę, że te postaci żółtaczki należą do jednej i tej samej rodziny nozograficznej.

Bardzo częste występowanie żółtaczki u nowonarodzonych skierowało badaczy ku wyjaśnieniu jej powstania. Najprostszym przypuszczeniem byłoby to, że wątroba jeszcze jakiś czas po porodzie oddaje barwki żółciowe krwi, jak to odbywa się w życiu zarodkowym. Już pierwsze badania *icterus neo-*

natorum wykazały, że w moczu obarczonych tą żółtaczką osesków nie można wykryć zarówno barwików żółciowych, jak i kwasów żółciowych. Początkowo przypuszczano, że pochodzenie tej żółtaczki jest wątrobowe, że wskutek zastojów żylnego następuje wessanie żółci do krwi (Frerichs, Schultz). Pogląd ten znalazł oparcie w stwierdzonej przez Birch-Hirschfelda obecności barwików żółciowych w płynie osierdziowym. Lereboullet wykazał, że w pewnych wypadkach żółtaczki nowonarodzonych surowica krwi zawiera $4\frac{1}{2}$ razy większe ilości barwików żółciowych, niż normalna.

Jeżeli dodamy do wyżej przytoczonych objawów zmniejszoną odporność krwinek czerwonych, spostrzeganą u dzieci przez niektórych autorów, będziemy mieli obraz żółtaczki hemolitycznej. Zmniejszona odporność krwinek czerwonych powoduje ich rozpad, nagromadzenie się nadmierne hemoglobiny i jej pochodnych, a więc i barwików żółciowych. Ta policholia w pierwszych dniach życia nowonarodzonego wobec nadmiernego nagromadzenia się bilirubiny powoduje przedostawanie się jej do krwi.

Niektórzy, jak Knöpfelmacher, utrzymują, że przejście żółci do przewodów żółciowych jest utrudnione wskutek prawie zdwojonej lepkości żółci u noworodków.

Żółte zabarwienie skóry i błon śluzowych w żółtaczkach hemolitycznych.

Rozpatrzmy wszystkie objawy, poszczególnie każdy, składające się na całokształt obrazu tych chorób, zaczynając od rozpatrzenia objawu żółtaczki w żółtaczkach hemolitycznych.

Podług ogólnie przyjętych poglądów zarówno żółte zabarwienie skóry i błon śluzowych, jak i bilirubinurya, zależne są od krążenia we krwi powiększonej ilości barwików żółciowych. Żółte zabarwienie surowicy krwi, wbrew rozpowszechnionym w nauce poglądom, pochodzić może zarówno od luteiny, jak i od barwików żółciowych. Zapomocą dawno znanej metody Ehrlicha, można z łatwością wykryć, nawet najmniejsze ślady barwików żółciowych. W tym celu do jednej części surowicy dodaje się 2 części 96% alkoholu, mieszaninę centrifuguje się; tylko mała liczba barwików żółciowych pozostaje w strącie, znaczne ilości przechodzą do płynu, w którym określa się je kolorymetrycznie. Na podstawie bardzo licznych badań stwierdzono, że bilirubina znajduje się we krwi zdrowych ludzi w ilości od $\frac{1}{800}$ tys. do $\frac{1}{300}$ tys. W pa-

tologicznych stanach poza żółtaczkami właściwymi, o których będzie mowa oddzielnie, większe ilości bilirubiny we krwi znajdowano w niedostateczności mięśnia sercowego, chronicznym zapaleniu nerek (do $\frac{1}{80}$ tys.), zapaleniu płuc krupowem, białaczce, bezkrwiistości złośliwej, nowotworach etc.

Podług Huppert-Sulkowskiego, granica tolerancji bilirubiny sięga $\frac{1}{80}$ tys.; jeżeli w moczu znajdziemy ślady bilirubiny, możemy być pewni, że w surowicy ilość jej przekroczy $\frac{1}{80}$ tys. Brak bilirubiny w moczu nie wyklucza natomiast możliwości znalezienia jej we krwi, co stwierdzić się daje w żółtaczkach hemolitycznych.

Ze zwierząt konie zawierają najwięcej bilirubiny we krwi, bo do $\frac{1}{20}$ tys., surowica bydłęca, chociaż intensywnie zabarwiona, zawiera przeważnie luteinę; w surowicy świń, owiec, królików i psów biliburyny nie odnawiano. Godnym uwagi jest fakt, że w surowicy psa głodzonego już po 24 godzinach występuje bilirubina we krwi, gdy natomiast w moczu odszukać jej nie można.

Żółte zabarwienie skóry i błon śluzowych występuje w wielu chorobach poza żółtaczkami homolitycznymi, a więc w przebiegu żółtaczki z powodu zatkania mechanicznego przewodu żółciowego (*carcinoma, cholelithiasis*), w żółtaczkach t. zw. nieżytowych, w chorobach Weila, Hanota, Bantięgo, w marskości alkoholycznej, żółtaczkach zakaźnych, toksycznych i t. d.

Dawniejsze tłumaczenie powstawania żółtaczki zamknięciem dróg żółciowych lub też dyslokacją beleczek wątrobowych nie wystarcza do wyjaśnienia pochodzenia różnorodnych żółtaczek. Stwierdzono w całej seryi prac o żółtaczkach zakaźnych, na podstawie badań anatomopatologicznych, kompletny brak niedrożności dróg żółciowych. W trzech przypadkach żółtaczki z odbarwieniem stolców u pneumoników Lennère i Abrami nie znaleźli żadnej przeszkody w drogach żółciowych; autorzy wyprowadzają stąd wniosek, że żółtaczka pneumoników spowodowana jest umiejscowieniem wątrobnem pneumokokseney i raczej wynikiem stanu zapalnego wątroby, niż *angiocholitis*. Badania anatomiczne, kliniczne i doświadczalne, przeprowadzone głównie przez uczniów Widala, wykazały, że cały szereg odmian żółtaczek nie może zależeć od zatkania dróg żółciowych, a są raczej zależne od zaburzeń czynnościowych komórki wątrobowej. O tem poucza nas występowanie t. zw. żółtaczek *dissociées*. Zauważono mianowicie, że w pewnych żółta-

czkach, pomimo absolutnego odbarwienia mas kałowych, absorbcyja kiszkowa tłuszczów pozostaje możliwą, sole żółciowe przedostają się do kiszek i niema ich w moczu. Naodwrot, w innych cierpieniach wątroby, pomimo zupełnego braku żółtego zabarwienia skóry, pomimo normalnej barwy mas kałowych, absorbcyja kiszkowa tłuszczów ulega głębokim zaburzeniom t. zw: hemokonii, t. j. widzialne w ultramikroskopie ciała tłuszczowe, nie znajdują się we krwi, i w moczu wykryć można obfitą ilość soli żółciowych. Podobną dysocjację wydzielania żółci można uwi docznić w żółtaczkach t. zw. nieżytowych i zakaźnych, w marskości wątroby, jako też w żółtaczkach hemolitycznych. Przeciwnie, w przebiegu żółtaczek, wywołanych zatkaniem mechanicznem *ductus choledochus* (rak, kamienie), zatrzymanie żółci pozostaje zawsze ogólnem, a więc i sole i barwiki są jednocześnie zatrzymane.

Udział wątroby w żółtaczkach hemolitycznych.

Istnienie owej dysocjacji w sekrecyi żółciowej u chorych na żółtaczkę hemolityczną nasuwa nam przypuszczenie zaburzeń samej komórki wątrobowej. Gdyby bowiem w żółtaczkach hemolitycznych przypuścić istnienie zaburzeń obliteracyjnych przewodów żółciowych małych i dużych, retencyja ta dotyczyłaby zarówno barwików, jak i soli, jak przy kamicy lub raku *ductus choledochus*. Należy przypuścić, że jedyna komórka takiego gruczołu, jak wątroba, zdolna jest do takiej selekcji pomiędzy pierwiastkami składowymi żółci. Nasuwa się tu analogia zaburzeń wątrobowych z nerkowymi: jak w jednych, tak i w drugich, poza zaburzeniami ekskrecyi wskutek uszkodzenia dróg odprowadzających, istnieją zaburzenia sekrecyi, spowodowane przez uszkodzenie miąższu.

Sama istota uszkodzenia miąższu wątroby może zmieniać się bezgranicznie; marskość, zwyrodnienie tłuszczowe, zwykła kongestia, zatrucie ostre lub przewlekłe, zakażenie umiejscowione w wątrobie lub ogólne.

W żółtaczkach hemolitycznych nie udało się dotychczas wykryć żadnych widocznych zmian w komórce wątrobowej. Ale stwierdzone kilkakrotnie zakaźne pochodzenie żółtaczek hemolitycznych (przymiot i gruźlica) każe przypuszczać, że komórka wątrobowa może ulegać zaburzeniom.

Minkowski, który pierwszy opisał przypadek żółtaczki hemolitycznej wrodzonej, znajduje bardzo proste wytłomaczenie pochodzenia żółtaczki. Podług niego, hemoglobina,

przeistaczając się w wątrobie, wytwarza nie-normalne ilości barwików żółciowych; zgęszczona żółć zwalnia swe krążenie; następuje zatrzymanie żółci i przedostawanie się jej do krwi.

Teorya ta nie została uznana przez szkołę francuską. Widali nie może zrozumieć, czemu przedostają się do krwi tylko barwiki żółciowe, gdy natomiast sole, kwasy żółciowe i cholestearyna przechodzą drogą normalną do kiszek; innemi słowy, jeżeli żółtaczką hemolityczną ma być retencyjna, winna jej towarzyszyć nie tylko cholemia, lecz i zatrzymanie soli żółciowych i hypercholesterynemii; objawy hypercholesterynemii i zatrucia krwi kwasami taurocholowemi podług Chauffarda spotykamy w wspomnianej wyżej chorobie Hanata, w żółtaczkach hemolitycznych objawów tych niema. Chorzy na żółtaczkę hemolityczną nigdy nie skarżą się na swędzenie skóry, nie miewają zwolnionego tętna, nie są zbyt wychudzeni, co spotykamy w razie retencyi żółci.

Badana przez ultramikroskop krew chorych na żółtaczkę hemolityczną po próbnem jedzeniu obfitem w tłuszcze, w większości przypadków zawiera produkty emulsyi i absorbcyi przez kiszkę tłuszczów, t. zw. „*hemiconies*“, czego w żółtaczce retencyjnej nie spotykamy.

Hypoteza wytwarzania się barwików żółciowych po za wątrobą w żółtaczce hemolitycznej ma pewne poparcie w badaniach przeobrażeń, jakim ulegają w organizmie wylewy krwawe pod wpływem rozpadu krwinek. Te miejscowe żółtaczkę hemolityczną posiadają wszystkie cechy żółtaczki hemolitycznej ogólnej; są one czysto barwikowe, gdyż hemoglobina, z której powstają, nie wytwarza ani soli żółciowych, ani cholestearyny. Quinke po zastrzyknięciu do tkanki podskórnej krwi odwłóknionej znajdował bilirubinę i urobilinę w ognisku zastrzyknięcia; to samo stwierdzano przy krwotokach oponowych.

Troisier wykazał, że i w wylewach krwawych, jak i w żółtaczce hemolitycznej odporność krwinek jest mniejsza; krwinki rozpuszczają się w surowicach naładowanych dopełniaczem. Troisier znajdował bilirubinę w płynie z wysięku krwawego z opłucnej i w płynie mózgoworodzeniowym; zawartość bilirubiny w moczu i w płynach krwotocznych była zawsze większa, niż w surowicy krwi.

Hymaus, Bergh i Innapper robili doświadczenia na psach, zastrzykując im pod skórę głowy znaczną ilość krwi psiej, ludzkiej lub końskiej i po upływie 2 — 3 dni respirowali ją. Otóż okazało się, że zawartość owa

bilirubiny wzrastała stosownie do powiększenia ilości wstrzykniętej krwi, w krwiobiegu jednak barwików nie znajdowano.

Jeżeli następnie zwrócimy się do badań chemicznych, dowiemy się, że bilirubina, najważniejszy barwik żółciowy, pochodzi, podług Nenckiego, z hematyny po utracie Fe i przyłączeniu się cząsteczki wody, a więc może tworzyć się na koszt hemoglobiny w ogniskach krwotoku, według Brescheta, Virchowa, Robina, Zeuckera, Funke, Jaffe, Hayema i in. Autorzy ci twierdzą, że zniszczone cząsteczki hemoglobiny odkładają żelazo w śledzionie celem wytworzenia nowych barwików krwi, pozostałe zaś cząstki czy to w krwiobiegu, czy też, jak chcą sami, w wątrobie przeistaczają się w barwiki żółciowe.

Zwolennicy teorii pozawątrobowego pochodzenia żółtaczki hemolitycznej szukają kompromisu, twierdzą mianowicie, że w żółtaczce hemolitycznej wątroba może odgrywać również pewną rolę, przerabiając część powstałą z rozpadu krwinek hemoglobiny w barwiki żółciowe; to nadmierne wytwarzanie barwików ze swej strony powodować może nagromadzenie się żółci w drogach żółciowych, wytwarzać zastój żółci i w ten sposób potęgować żółtaczkę, a nawet dawać objawy żółtaczki zastoinowej.

Obrzmienie wątroby w żółtaczce hemolitycznej, podług tych autorów, może mieć źródło w procesie zastoinowym

Barwik żółciowy rzadko zjawia się w moczu, jako skutek tej retencji podczas żółtaczki hemolitycznej.

Obecność urobiliny w surowicy i nadzwyczaj często stwierdzana urobilinogemia lub urobilinurya oraz sam fakt istnienia t. zw. „*ictères dissociés*“ każą niektórym badaczom przypuszczać, że bilirubina, zatrzymana w nadmiarze w komórkach, ma skłonność do redukowania się w pigment mniej barwny i przechodzić do moczu w postaci jeszcze więcej zmienionej. Wszystkie organy gruczołowe, jak to wykazał Ehrlich, zdolne są do energicznego redukowania barwika.

W przypadku marskości wątroby pochodzenia wyskokowego, opisanym przez Brulea i Garbana została stwierdzona współrzędna obecność w moczu soli żółciowych i barwików zmodyfikowanych z wyjątkiem istotnych barwików żółciowych.

W opisanym przypadku odporność krwinek czerwonych była normalna przy bardzo intensywnej żółtaczce. Na podstawie badania dwustu chorych autorzy ci przyszli do przekonania, że obecność istotnych barwików żół-

ciowych w moczu zawsze świadczy o zaburzeniu wątroby, gdy natomiast urobilinurya może mieć pochodzenie pozawątrobowe i występować w żółtaczkach hemolitycznych.

Gieber i Chabrol twierdzą na podstawie badań z tolnylen-diaminą, że w wytwarzaniu się żółtaczki hemolitycznej główną rolę należy się wątrobie. Robili oni doświadczenia na królikach w tolnylen-diaminą i wykazali, że uszkodzenia wątroby poprzedzały zmiany we krwi. Nie brali jednak pod uwagę toksycznego działania na wątrobę tolnylen-diaminy.

Fissinger i Lyon-Caen wstrzykiwali czystą hemoglobinę do krwiobiegu psa i mogli stwierdzić przekształcanie się hemoglobiny w bilirubinę w komórce wątrobowej przy wzmożonej czynności tej ostatniej.

Kwestya udziału wątroby w powstawaniu żółtaczki w żółtaczkach hemolitycznych pozostaje zatem dotychczas nierozstrzygniętą. Wykluczone tu jest przypuszczenie zamknięcia światła dróg żółciowych, co ma miejsce w kamicy żółciowej, nowotworach dróg żółciowych i bezwątpienia również w pewnych żółtaczkach typu nieżytowego. Prawdopodobnie pewną rolę grają tu zawsze komórki wątrobowe; uszkodzenie tych komórek powodować może zaburzenia w wytwarzaniu i wydzielaniu się składników żółci. Na czem polegają te uszkodzenia, dotychczas nie udało się wyjaśnić; ustalone zostało tylko, że w chorobach z widocznymi zmianami komórek wątrobowych, a więc w marskości, zwyrodnieniu tłuszczowem, zwykłej kongestji, zatruciach ostrych lub przewlekłych, oraz w sprawach natury zakaźnej stwierdzić można w badanym moczu obecność soli żółciowych i urobiliny.

Pogląd, uzależniający powstawanie żółtaczek hemolitycznych od zaburzeń czynności komórek wątroby, niektórzy badacze uzasadniają istnieniem w protoplazmie komórek wątroby podwójnej sekrecji: nazewnątrz wydala się z nich żółć, do krwi przedostaje się cukier i mocznik. Perturbacja pracy wątroby może przejawiać się w postaci paracholii, w której sekrecja żółci odbywa się do krwi: *per parapedesin* z układu dróg żółciowych żółć dyfunduje do dróg glikogenowych. Można przypuszczać, że występowanie paracholii może być uzależnione od zaburzeń innerwacji.

Rola śledziony w żółtaczce hemolitycznej.

Anemia, zmniejszona odporność krwinek czerwonych, oraz inne zmiany we krwi, towarzyszące żółtaczce hemolitycznej, uzależnia-

ne są przez wielu autorów od hipotetycznych auto- i izohemolizyn. Niema dowodów na to, by śledziona była głównym ośrodkiem formowania się hemolizyn, a tembardziej wyłączeniem ośrodkiem. Podług doświadczeń Foix, Salin, Carrel i Hermana Lüdtkę, tworzą się one wszędzie i mogą je wytwarzać wszystkie komórki, zdolne fagocytować krwinki czerwone. Przypisywane są makrofagom własności hemolizynotwórcze w najszerszym tego słowa znaczeniu, zaczawszy od krwinek białych, a skończywszy na komórkach endotelialnych. Każdy proces hemolityczny doprowadza do splenomegalii; żółtaczkom hemolitycznym objaw ten stale towarzyszy. Nic więc dziwnego, że na narząd ten, przy szukaniu istoty spraw hemolitycznych, zwrócono główną uwagę.

Zacząto szukać hemolizyn w wyciągach śledziony; niektórzy badacze znaleźli je w tym narządzie, co, według innych należy przypisać wadliwej technice.

Powiększenie śledziony w żółtaczkach hemolitycznych niektórzy badacze przypisują nagromadzeniu się rozpadniętych w krwiobiegu krwinek; krwinki te pod wpływem spraw, zachodzących w śledzionie, wytwarzają ciała hemolityczne. Podług innych autorów, śledziona, na skutek bodźca dotychczas niepoznanego, może jadu bakteryjnego, pasorzytniczego lub chemicznego, wytwarza ciała trujące bez udziału krwinek rozpadniętych. Inni znów uznają śledzionę za narząd dominujący w wytwarzaniu hemolizyn, lecz nie jedyny; sądzą oni, że i inne gruczoły oraz szpik kostny biorą udział w tej sprawie.

Sam osobiście, na podstawie pracy, ogłoszonej przed 9 laty i nowych badań, jeszcze nie ogłoszonych, przychyliam się do ostatniego poglądu.

Dawne moje badania były wykonywane na świnkach morskich. Po wycięciu śledziony zastrzykiwałem świnkom obce krwinki i przekonywałem się, zgodnie zresztą z badaniami uprzednimi, że surowica świnek w pierwszych dniach po operacji nie hemolizowała krwinek obcych. Wykazałem wówczas, że to zahamowanie hemolizy nie zależało od braku funkcji śledziony, gdyż otrzymywałem wybitną hemolizę, zmieniając warunki doświadczenia, a mianowicie, zastrzykując krwinki w kilka dni po operacji. Zahamowanie hemolizy otrzymywałem również nawet po zwykłej laparotomii bez wycinania śledziony, o ile wprowadzałem obce krwinki do ustroju w pierwszych dniach po operacji. Stąd wyprowadziłem wniosek, że zahamowanie hemolizy należy tłumaczyć zbyt małym okresem czasu do zastąpienia roli śledziony lub gruczołów krezkowych przez inne gruczoły.

Profesor Banti i jego uczniowie stwierdzili, że zwierzęta, pozbawione śledziony, znacznie lepiej znoszą wpływ destrukcyjny surowicy hemolitycznej; odporność krwinek czerwonych u zwierząt splenektomizowanych słabnie w stopniu znacznie mniejszym, niż u służących do kontroli, objawy hematologiczne klinicznie przebiegają znacznie łagodniej.

(Dok. n.).

Rokowanie w chorobie Basedowa i jej leczenie chirurgiczne

(SPOSTRZEŻENIA WŁASNE)

(Według odczytu wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek. d. 16 maja 1916 r.)

Podał

A. Puławski,

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(Dokończenie—patrz № 24).

Bilans zatem ogólny moich 20 przypadków przedstawia się tak: śmiertelność pooperacyjna = 0; śmierć, jaka nastąpiła w 2 moich przypadkach (10%), świadczy nie o szkodliwości, ale o bezsilności operacji. W 3-im była to śmierć przypadkowa w rok po operacji (zapalenie płuc) u człowieka bar-

dzo starego, dlatego przypadek ten wyłączam. Wszak strumektomia nie zapewnia nieśmiertelności! Gorzej jest, że w 2 przypadkach (10%) strumektomia okazała się zupełnie bezsilną wobec choroby Basedowa i to w przypadkach zwyczajnych. W 5 przypadkach (25%) zjawiała się recydy-

wa: w 1-ym w kilka miesięcy po operacji gruczoł tarczowy znów się powiększył, ale po drugiej operacji nastąpiło prawie wyleczenie, w 2-gim — w pół roku zjawilo się znów powiększenie gruczołu i znaczne pogorszenie, które trwa do tego czasu (bez operacji), w 3-im — recydywa wystąpiła po roku — powtórna operacja, a w pół roku śmierć wskutek cukrzycy, w 4-ym przypadku recydywa po 4 miesiącach, poprawa dość mierna po rentgenoterapii, w 5-ym recydywa bez powiększenia gruczołu tarczowego w 6 lat po strumektomii, dokonanej przez Kochera. Przyczyną recydywy była influenza. Poprawa następuje powoli. W 6 przypadkach (30%) otrzymałem wyraźną, długotrwałą poprawę — wyleczenie praktyczne, w 5-iu poprawa była również wyraźna, ale chore zniknęły z horyzontu i nie mogę nic powiedzieć o trwałości wyleczenia (25%)

Taka poprawa *doraźna*, właściwie mówiąc, była we wszystkich przypadkach, prócz 2-ch, — nawet w tych przypadkach, w których nastąpiła potem recydywa a nawet i śmierć.

Trudno byłoby porównywać z moich spostrzeżeń wynik leczenia niechirurgicznego z chirurgicznym wobec tego, że tylko mała częśćka moich chorych (8%) poddawała się operacji, że ściślejsza statystyka leczenia niechirurgicznego (w tem 5 przyp. leczonych rentgenoterapią) obejmuje 100 przyp., chirurgicznego — 20. Zrobiwszy z góry to zastrzeżenie, trudno jest nie zauważyć uderzającej identyczności wyników leczenia. Śmiertelność po wyłączeniu ze statystyki chirurgicznej przypadku, o którym była mowa wyżej, jest taka sama (10%), brak poprawy również, odsetek t. zw. praktycznych wyleczeń jest taki sam. (Patrz tablicę).

I ta szczupła statystyka nie stoi w sprzeczności z cyframi, jakie znajdujemy w olbrzymiej statystyce Kochera. Oto co w niej widzimy: Kocher na 876 operowanych przez siebie mógł zebrać wiadomości tylko o 320, a więc prawie o $\frac{1}{3}$ (to jest los wszystkich statystyk Ch. B-a). Z nich 150 t. j. przeszło połowę uważa za wyleczonych (Murray powiedziałby „wyleczonych praktycznie“), w drugiej połowie (148) istnieją w dalszym ciągu objawy ch. Basedowa, a z 22 Kocher jest z upełnieniem niezadowolony, gdyż mają nawroty choroby, cukrzycę i t. d. *Tout comme chez nous!* Strumektomia zatem na równi z innemi metodami, bardzo rzadko leczy radykalnie chorobę Basedowa, nie chroni od nawrotów nawet w przypadkach,

w których wycięto dostateczną ilość gruczołu tarczowego. Widocznie samo zmniejszenie tylko przez strumektomię substancji wydzielającej gruczołu tarczowego nie wystarcza do wyleczenia w wielu przypadkach. Rodzi się stąd przypuszczenie, że: 1-o) albo choroba Basedowa zależy nie tylko od wzmożenia czynności wydzielniczej gruczołu tarczowego (*hyperthyreoidismus*), ale i od zmian jakościowych tej wydzieliny (*dysthyreoidismus*)¹⁾ i 2-o) albo zależy ona od zaburzeń w czynności innych jeszcze gruczołów, co jest rzeczą niewątpliwą. Przedewszystkiem zwrócono uwagę na grasicę, którą znaleziono powiększoną w większości przypadków choroby Basedowa²⁾. Skierowano znów w tym kierunku zabiegi operacyjne. Na klinice Rehna we Frankfurcie nad M., jak podaje Klose³⁾ stosują wycięcie grasicy (tymektomię) samej lub łącznie z częściowym wycięciem gruczołu tarczowego z dobrym wynikiem. Teoretyczna zasada tego zabiegu wydaje się niejasną: wszak odradzanie się grasicy (*thymus perstans*), która normalnie zanika w wieku młodocianym, wzmożona czynność tego gruczołu i jego przerost ma być właśnie obroną organizmu od wzmożonej czynności gruczołu tarczowego, będącej punktem wyjścia choroby Basedowa. Praktycznie zaś biorąc, usuwanie grasicy należy podobno do ciężkich zadań chirurgicznych, chociażby z obawy krwotoku.

Jak widzimy zatem, akty patogenezy choroby Basedowa i jej leczenia nie są bynajmniej zamknięte⁴⁾. A jednak *suum cuique!*

¹⁾ Rozstrzygnięcie tej kwestyi Moebius w swoim czasie uważał za muzykę przyszłości (Zukunftsmusik). I dotąd ta kwestya nie jest rozstrzygnięta, chociaż w najnowszej pracy Oswalda (Die Schilddrüse in Physiologie und Pathologie. 1916) przytoczono dużo poważnych danych, przemawiających przeciw teorii dystyreoidyzmu, której zwolennikiem jest Klose (patrz Gaz. Lek. 1913, Nr. 10). (*Przyp. w korekcie*).

²⁾ Według Chrustalewa grasicą ulega przerostowi. Znalazł ją w 65% przypadków na 134 sekcye, inni autorzy znajdowali ją jeszcze częściej (Matti 74%). (Zmiany anatomopatologiczne niektórych narządów w chorobie Basedowa. Gaz. Lek. 1914, Nr. 30).

³⁾ H. Klose. Wandlungen und Fortschritten in der chirurgischen Behandlung der Basedowschen Krankheit (Berlin Klin. Woch. 1914, Nr. 1 i streszcz. w Gaz. Lek. 1914, Nr. 4).

⁴⁾ Cytowany wyżej Oswald z Zürichu, znany badacz gruczołu tarczowego, za punkt wyjścia (*primum movens*) choroby Basedowa uważa układ nerwowy. Tarczycę gra rolę multiplikatora, który bodźce, pochodzące od tego układu, przenosi z powrotem na układ nerwowy zapomocą wzmożonej wydzieliny. Tę nową teorię choroby Basedowa omówię, streszczając ostatnią pracę Oswalda. (*Przyp. w korekcie*).

225 p r z y p a d k ó w	Wynik leczenia niewiadomy 105 przyp. (47%)		WYNIKI LECZENIA CHOROBY (Spostrzeżenia własne)				
			Wynik niewiadomy Znaczna poprawa (wyleczenie praktyczne) Poprawa Brak poprawy Śmierć				
	20 przyp. (8%) (Strumektomia)						
	10 przyp. śmierci (10%)		Leczenie niechirurgiczne 100 przyp. (45%)	Strumektomia 20 przyp. (8%)	2 przyp. śmierci (nie po oper.) (10%)		
	10 przyp. bez poprawy (10%)				2 bez poprawy (10%)		
	50 popraw dorażnych ale były nawroty (50%)	Poprawa dorażna (80%)			5 popraw dorażnych ale była recydywa (25%)	Poprawa dorażna (80%)	
	30 znacz. popr. Wyleczenie praktyczne. (30%)				5 popraw dorażnych ale dalszy wynik niewiadomy (25%)		
					6 znacznych popraw. Wyleczenie praktyczne (30%)		
13 lat spostrzeżeń			6 lat spostrzeżeń				

Kocher (1912 r.).
876 przyp.
Wynik leczenia:
Niewiadomy—556 (64%)
Na 320 przyp.
Wyleczeń 150 (17%)
Polepszeń 148 (46%)
(ale objawy istnieją)
Bez polepszenia 22 (7%)

Murray
120 przyp.
Wynik leczenia niewiad. 80 p. (66%)
na 40 przyp.
Śmierć 9 przyp. (22,5%)
Mała poprawa 14 p. (35%)
Znaczna poprawa 8 p. (20%)
Wyzdrow. prakt. 9 p. (22,5%)

Stern
60 przyp.
1) Zwycz. Ch. B-a 2) Basedowoidzi
35 przyp. 25 przyp.
Śmierć 15 p. (43%) Ani śmierci,
Bez poprawy 11 p. (31%) ani poprawy.
Wyzdrow. 9 p. (26%)
(20 lat spostrzeżeń)

Syllaba
51 przyp.
Operowany 1 (śm.)
Śmierć w 13 p. (26%)
Pogorsz. w 3 p. (6%)
M. popr. w 7 p. (14%)
Poprawa w 13 p. (26%)
Wyzdrow. w 17 p. (34%)
(12 lat spostrzeżeń)

Strumektomia, na mocy nawet moich szczupłych spostrzeżeń, ma swoją rację bytu w leczeniu tej choroby.

Przedewszystkiem nie może być uważana obecnie za zabieg heroiczny, zagrażający życiu chorego, co dawniej zrażało do operacyi. Bardzo często poprawia stan chorych i usuwa nieraz na długi czas (nie na zawsze) wiele dokuczliwych objawów choroby Basedowa, usuwa je (co jest rzeczą ważną) w czasie stosunkowo krótszym i w sposób może pewniejszy, niż inne leczenie. W razie nawrotu możliwą i skuteczną jest operacja powtórna. Co jednak jest rzeczą najważniejszą, — jest to zabieg, który czasem pomaga w tych przypadkach, w których zawodzą inne sposoby leczenia. W takich razach najzagorzalsi nawet przeciwnicy strumektomii zgadzają się na jej stosowanie, owszem — gorąco ją zalecają (Oppenheim i inni). Z powyższego wypływają wskazania do strumektomii w chorobie Basedowa:

1-o. Operacja ta wskazana jest tam, gdzie chorzy nie posiadają możności, ani środków do odpowiedniego leczenia niechirurgicznego.

2-o. Wskazana jest również tam, gdzie inne leczenie nie pomaga, gdzie zdarzają się częste nawroty z krótkimi tylko okresami poprawy.

Nie nadają się do operacyi:

1-o. Przypadki lekkie, które przechodzą przy zachowaniu spokoju i odpowiedniem leczeniu. (Niestety, niezawsze można przewidzieć, jaki będzie przebieg w danym przypadku).

2-o. Przypadki nawet ciężkie, burzliwe, które powstają nagle, w następstwie wstrząsu albo choroby zakaźnej, gdyż i takie przypadki mogą się poprawić bez operacyi (spokój, salicyl i t. d.).

3-o. Przypadki, w których wystąpiło charłactwo, ciężkie objawy niedomogi serca (przebiegi do jam ciała).

4-o. Przypadki, rozwijające się na tle nerwowo-degeneracyjnem t. zw. basedowoidzi. W takich razach operacja narówni z wszelkiem innem leczeniem nie przynosi żadnej korzyści, lub tylko chwilową poprawę. Przypadki takie dyskredytują interwencję chirurgiczną.

Do tych wskazań i przeciwwskazań należy dołączyć jeszcze przestrożkę, opartą na mojem własnem doświadczeniu i powadze wielu autorów, a przedewszystkiem Kochera.

Przed i po operacyi chorzy powinni zachować spokój, znajdować się pod obserwacją lekarską przez kilka tygodni i leczyć się odpowiednio. Inaczej operacja może zupełnie chybić celu, może nawet działać, jako *shock* (wstrząs), pogarszając objawy choroby Basedowa. Bardzo pouczający pod tym względem przypadek spostrzegalem razem z kol. B. Sawickim:

35-letnia akuszerka miała od młodości wole. Była zawsze szczupłą, ale po pierwszym dziecku zaczęła tyć tak, że doszła do 312 f. wagi (przy wzroście średnim = 160 cm.). Pracowała bardzo ciężko i doszła do wielkiego stopnia zdenerwowania; ponieważ ciążyła jej otyłość, której przypisywała znaczną część swego osłabienia, dopraszała się, aby jej „zdjęto tłuszcz z brzucha“; ponieważ zaś dokuczało jej wole, uciskające na tchawicę, postanowiono najpierw usunąć wole, a potem pomyśleć o usunięciu tłuszczu. W styczniu r. 1909 kol. Sawicki wykonał resekcyję wola (zraz prawy i środkowy). W 3 tygodnie rana się zagoiła i chora wzięła się zaraz do ciężkiej pracy: przepędziła 20 nocy przy bardzo ciężkiej chorobie. Wtedy zaczęła gwałtownie chudnąć. W lipcu tegoż roku kol. Sawicki widział u niej już bardzo gwałtowne objawy choroby Basedowa, gruczoł tarczowy powiększył się po stronie operowanej, a jeszcze więcej po stronie lewej; podobno chorej dawano w tym czasie jod i tyreoidynę (ze względu na otyłość). Po kilkutygodniowem leczeniu w szpitalu objawy choroby Basedowa złagodniały, ale wole, jak się wyraził Sawicki, „rosło jak na drożdżach“. Chorą widziałem w lutym 1910 roku. Była względnie spokojna, nie chudła już, ale miała bardzo wybitne objawy choroby Basedowa: duże wole, mały wytrzeszcz, zwłaszcza lewego oka z wybitnym objawem Grąfego, objaw Stellwaga, drżenie, tachykardya, poty, spieszenie się i t. d. Z opowiadania jej mogłem wnioskować, że przed operacją miała już także objawy choroby Basedowa (poty, spieszenie się, drżenie), ale w tak nieznacznym stopniu, że mogły one ująć uwagi. Chora nie godziła się na powtórzenie operacyi, ale, korzystając z poprawy niejakej swego losu, wyjechała na odpoczynek, przeprowadziła jakie takie leczenie i powoli przyszła do zdrowia.

W danym przypadku strumektomia, jeżeli nie wywołała ch. Basedowa, jak z początku można było sądzić, to w każdym razie nic nie pomogła, a nawet może łącznie z nadmiernem zmęczeniem podziałała, jakby wstrząs, na pogorszenie już istniejącej choroby, która się u chorej znajdowała *in statu nascendi*. Takie przypadki *ad oculos* uzasadniają potrzebę dłuższej obserwacyi chorych przed operacją i odpowiedniego zachowania się i leczenia po jej wykonaniu.

To, co powiedziałem wyżej o strumektomii, nie różni się zasadniczo od poglądów, wygłoszonych przeze mnie przed laty 6-ciu. Tylko wówczas, nie posiadając własnego doświadczenia, miałem może większą wiarę w

skuteczność a raczej w radykalność tego zabiegu, wyobrażałem sobie, że działanie jego jest pewniejsze. Takie mniejsze lub większe rozczarowanie spotyka nas często przy badaniu s a m o d z i e l n e m wielu metod i środków leczniczych. Zresztą, w badaniach klinicznych — przy łóżku chorego, trudno jest

się pozbyć pewnego subiektywizmu, nie mówiąc już o tem, że w spostrzeżeniach tych niemałą rolę gra przypadek (czyli t. zw. szczęście) — jeden obserwator natrafia na przypadki łatwiejsze, inny — na cięższe, trudniej poddające się leczeniu.

ODCINEK.

Organizacje lekarskie w zakresie działalności Komitetu Obywatelskiego m. Warszawy.

(SEKCJA LEKARSKA. KOMITET SANITARNY. WYDZIAŁ ZDROWIA PUBLICZNEGO. (I. VIII. 1914 — I. VIII. 1916).

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarzy Warszawskich w dniu 13. X. 1916).

opracował

Dr J. Bączkiewicz,

b. prezes Wydziału Zdrowia Publicznego Zarządu m. stoł. Warszawy.

(Dokończenie—patrz № 23).

6) Gdy pracownia bakteryologiczna została otwarta i rozwinęła swą działalność, pierwszą troską prezydium było, aby dokonać badania studzien podmiejskich. Na posiedzeniu Rady w kwietniu 1916 r. wyłoniona została w tym celu specjalna Komisja, w skład jej weszli: dr Dąbrowski (przewodniczący), inż. Rychłowski, przedstawiciel Wydziału hydrologicznego Towarz. Hygien., dr. Serkowski, dr F. Kowalski, dr Zapasiewicz, dr Szerypo, p. Duda, dr Sieragowski, kierownik pracowni bakteryologicznej i sekretarz inż. Majewski. Na podstawie instrukcji, opracowanej przez Komisję, każda studnia jest badana pod względem technicznym na podstawie opracowanego kwestyionariusza, który wypełnia opieka sanitarna danego Okręgu; dalej woda z danej studni jest badana pod względem bakteryologicznym i chemicznym. Po zebraniu wszelkich danych, swoje wnioski i wskazówki daje Wydział hydrologiczny Towarzystwa Hygienicznego, wreszcie Komisja swoją opinię co do danej studni odsyła do Urzędu Zdrowia, zaznaczając, że studnię należy zamknąć, jeżeli nie można poprawić jakości wody, lub orzeka, że woda nie może być używana z danej studni do użytku wewnętrznego aż do czasu wykonania niezbędnych ulepszeń i powtórnej ekspertyzy. Na planach przedmieść Komisja oznacza kategorie studzien w celu oryentowania się co do stanu zdrowotności wody w danej dzielnicy. Na podstawie już zebranego materiału widać, że wielka liczba studzien posiada wodę niezdatną do picia, dla tego też Komisja wspólnie z Urzędem Zdrowia podniosła kwestję ułatwienia mieszkańcom korzystania z prywatnych

studzien artezyjskich, które także poddano badaniu.

7) Jednocześnie z Komisją wodną wyłoniona została Komisja mleczna pod przewodnictwem Asesora Farmacji p. B. Koskowskiego, do Komisji tej weszli: dr Szerypo i p. Duda; nadto Komisja kooptowała przedstawicieli przemysłu mleczarskiego, lekarzy weterynaryi, sanitarnych, opiek sanitarnych i koła chemików. Komisja dokonała spisu krowiarni Warszawy, spisu jednotygodniowego mleka, dostarczanego do Warszawy. Na zasadzie analiz ustaliła w obecnych warunkach paszy, minimum tłuszczu w mleku 2,7%, nadto przewodniczący opracował projekt kontroli rynkowej.

Wskutek utworzenia Komisji mlecznej także przy Wydziale Sekcji handlowej, Komisja mleczna Wydziału Zdrowia połączyła się z tą ostatnią.

8) Dodać należy, że stale na posiedzeniach Rady przewodniczący Komisji dla bezdomnych dr Puławski informował o postępach ewakuacji bezdomnych i stanie sanitarnym przytułków centralnych, a prezes Komisji rozpowszechniania wskazań zdrowotnych, dr J. Jaworski¹⁾ o postępach prac i zarządzeń tejże komisji (patrz strona 364).

9) Oprócz tego przy wydziale Zdrowia

¹⁾ Dla wyjaśnienia dodać należy, że prezesem Komisji rozpowszechniania wskazań od stycznia 1915 do czerwca tegoż roku był mecenas Fr. Nowodworski; po opuszczeniu przez tegoż Warszawy na prezesa powołano dra J. Jaworskiego.

Na str. 366 w. 7 zamiast Janowskiego powinno być Jaworskiego.

stale funkcjonowała Komisja Opiek Obywatelskich, mająca za zadanie głównie jednoczyć i regulować działalność opiek sanitarnych. Przewodniczącym Komisji był p. Oetkiewicz; gdy ten się zrzekł, powołano dra F. Kowalskiego, a następnie po ostatecznym opracowaniu regulaminu Komisji na przewodniczącego powołano p. Dymarskiego, członkami byli: Ign. Rudziński, dr J. Adamski, W. Budziński, dr H. Czarkowski, dr J. Dembicki, dr S. Kurtz, dr B. Łaski, dr Pawlikowski, dr P. Ruppert, dr P. Rudzki, inż. M. Rotmil, S. Scholtze, dr W. Szczawińska, dr K. Szokalski, dr M. Zapasiewicz i dr G. Voellnagel. Komisja odbyła 34 posiedzenia i rozpatrzyła 182 sprawy, dotyczące działalności opiek.

Tak się przedstawia praca Prezydium i Rady, oraz poszczególnych Komisji. Główny zaś organ wykonawczy i nadzorczy Wydziału, Urząd Zdrowia, głównie opierał swą działalność na organizacji opiek sanitarnych. Urząd Zdrowia odbył 41 posiedzeń, na których ogółem rozpatrzono 1436 spraw, których większość odnosiła się do spostrzeżonych wykroczeń i zarządzeń sanitarnych, proponowanych przez opieki sanitarne. W początkach swej działalności Urząd Zdrowia, jako spadkobierca Urzędu lekarskiego, musiał do pewnego stopnia regulować różne sprawy, które w zakresie jego kompetencji miały wejść. Ze względu na charakter spraw i żądanie władz w początkach działalności Urzędu na pierwszych 8 posiedzeniach obecni byli przedstawiciele władz okupacyjnych, jak lekarz gubernialny i lekarze garnizonowi; później Inspektor był wzywany do Urzędu gubernialnego, dla porozumienia się w sprawach, związanych ze stanem zdrowotnym miasta: np. w kwestyi grzebania ciał osób, zmarłych na ostre choroby zakaźne.

Z decyzji Ces. Niem. prezydium policyi, Urząd Zdrowia, oraz Inspektor Zdrowia i Asesor Farmacji, otrzymali prawo proponowania kar za wykroczenie sanitarne do wysokości 100 marek lub 20 dni aresztu. Kary te zatwierdzał Zarząd Miasta.

Ze spraw urzędowych, bądź uregulowano, bądź opracowano: kwestyę egzaminów dentystycznych, pomocników aptekarskich, drogistów, nadzoru nad handlem towarów aptecznych, handlu lekarstwami, zaświadczeń lekarskich, przepisów, oględzin przy przenoszeniu i ekshumacji zwłok, lekarzy konsultantów Urzędu Zdrowia; wobec wyjazdu wielu właścicieli domów i zakładów uregulowano sprawę odpowiedzialności sądowej, walki z szarlatanizmem, podniesiono sprawę nocnej pomocy lekarskiej, sprawy aptek, mianowicie: na skutek przedstawienia Tow. Farmaceutycznego o podwyższeniu taksy aptekarskiej, Urząd polecił Komisji Farmaceutycznej, składającej się z Asesora Farmacji mag. B. Koskowskiego pp. Lelejki, Modlińskiego, Przędzieckiego, Rutkowskiego, Freyera, Zaksta, Żółtowskiego, dra Majewskiego, oraz przedstawiciela Tow. lekarskiego dra Puławskiego opracować projekt, który zatwierdzony przez

Zarząd Miasta, został złożony do Ces. Niem. Prezydium Policyi.

Uregulowano zgodnie z budżetem wydawanie bezpłatnych lekarstw dla ludności ubogiej. Z chwilą wprowadzenia Milicyi Miejskiej opracowano regulamin, określający stosunek Milicyi do Opiek Sanitarnych w zakresie nadzoru sanitarnego. Z ważniejszych spraw sanitarnych podjęto na przedmieściach uregulowanie sprawy Sadurki na Woli, zniwelowanie i obmurowanie rowu ściekowego na Nowem Bródnie, usunięcie śmietnika przy ul. Grodzkiej w Mokotowie oraz osuszenie glinianki za pomocą odprowadzenia wód z glinianki rurami do kanału miejskiego. Co do walki z chorobami zakaźnymi uregulowano sprawę meldowania wypadków chorób zakaźnych ostrych przez lekarzy prywatnych za pośrednictwem Straży Obywatelskiej, ewentualnie Milicyi, na przedmieściach wprowadzono obowiązkowe wydawanie świadectw śmierci przez lekarzy, postarano się o obowiązkowy przymus izolacji w wypadkach tyfusu płamistego, do przewożenia osób do domu izolacyjnego wprowadzono oddzielną karetkę; wobec braku formaliny i spirytusu, opracowano inne sposoby dezynfekcyi, rozwinięto walkę z wszawicą. Po domach izolacyjnych wprowadzono obowiązkowe odwieszanie, zbudowano zakład kąpielowy i do odwieszania przy ul. Esplanadowej na Pradze, podjęto budowę takiegoż zakładu przy kąpielach „Janina“, zwrócono się do instytucyi społecznych, opiekujących się biednymi i dziećmi, zalecając strzyżenie włosów i tępienie wszy, z inicjatywy Instytutu higieny dziecięcej opracowano przepisy walki ze świerzżą. Opracowano także instrukcyę dla chederów i domów modlitwy wyznania mojżeszowego, polecono wykonywać przepisy co do grzebania zmarłych na choroby zakaźne ostre, stosownie do instrukcyi Ces. Niem. Prezydium Policyi. Urząd lekarski stale zabiegał o wydanie przepisów obowiązujących szczepienie ospy. Obecnie, zgodnie z rozporządzeniem Ces. Niem. Prezydium Policyi, zorganizowano w mieście przymusowe szczepienie ospy. Rozwinięto nadzór nad produktami spożywczymi; w zakresie nadzoru nad handlem mięsnym w łączności z inspekcją sanitarnoweterynaryjną opracowano projekt kontroli nad produktami spożywczymi na targach i w sklepikach; poczyniono kroki w celu uregulowania przepisów co do handlu i użycia sacharyny oraz barwników anilinowych; rozwinięto dozór nad surrogatami przy pomocy pracowni chemicznej. Oto w głównych zarysach działalność Wydziału i Urzędu Zdrowia do chwili reorganizacji Zarządu Miasta na podstawach samorządu.

Na zakończenie przytoczę jeszcze kilka liczb, dotyczących działalności Wydziału Zdrowia i instytucyi jemu podwładnych ¹⁾.

¹⁾ Na podstawie sprawozdania za I półrocze 1916 r. i danych z akt Wydziału za II półrocze 1916.

Opieki sanitarne ¹⁾ .	
w II półr. 1915 r. dokonały oględzin	86130
w I " 1916 " "	74958
Razem	161088

Liczba nieruchomości, sklepów, zakładów i t. p., doprowadzonych do porządku na żądanie opiek:

w II półroczu 1915 r.	22966
w I " 1916 r.	21359
Razem	44325

Liczba osób, przedstawionych do kar:

w II półroczu 1915 r.	1182
w I " 1916 r.	1382
Razem	2564

Liczba oględzin, dokonanych przez lekarzy sanitarnych:

w II półroczu 1915 r.	49978
w I " 1916 r.	50788
Razem	100766

Liczba wezwań sanitarnych do biednych chorych:

w II półroczu 1915 r. w mieście	12747
w I " 1916 r. " "	16461
Razem	29208

w II półroczu 1915 na przedmieściach	3229
" I " 1916 " "	4702
Razem	7931

Liczba wizyt lekarzy sanitarnych u biednych chorych:

w II półroczu 1915 w mieście	13012
" I " 1916 " "	20024
Razem	33636

w II półroczu 1915 na przedmieściach	3481
" I " 1916 " "	4785
Razem	8266

Dane dotyczące chorób zakaźnych w mieście.

Tyfus plam. Tyfus brzusz. Ospa			
w II półr. 1915	724	1292	534
" I " 1916	2652	841	123
Razem	3376	2133	657

Szkarlat. Dysenterya. Dyfteryt.			
w II półr. 1915	1966	2518	238
" I " 1916	271	267	171
Razem	2240	2775	409

Dane dotyczące działalności Miejskiego Zakładu Dezynfekcyjnego

Odkazano:

Mieszk. Izb. Innych. Metr.³ Ubrań pomiesz.

II półr. 1915	5277	10092	1695	908924	58483
I " 1916	4071	8097	2104	726420	51184
Razem	9348	18189	3800	1635344	109667

Bielizny. Pościeli. Pudów. Mebli.					
II półr. 1915	190149	9290	6987	449	
I " 1916	329948	20715	12723	105	
Razem	522997	30005	19710	554	

¹⁾ Skład opiek sanitarnych Sprawozdanie za I półr. 1916 r. Wydziału zdrowia publicznego str. 53.

Działalność miejskiego Zakładu Spalania śmieci.

Obsłużono posesyi. Spalono pud. śmieci.			
w II półr. 1915	336	571128	
" I " 1916	1963	299090	
Razem	2299	870218	

Działalność domu izolacyjnego Miejskiego:

Ilość izolowanych. Ilość dni zakładowych.			
w II półr. 1915	2119	7122	
" I " 1916	4108	21740	
Razem	6227	28862	

Działalność domów izolacyjnych na przedmieściach.

Ilość izolowanych. Dni zakł.			
w II półr. 1915	1827	5273	
" I " 1916	802	3110	
Razem	2629	8383	

Wykonano dezynf. Odkazano ubrań mieszkań i bielizny i t. p.

w II p. 1915	587	11812
" I " 1916	288	5165
Razem	875	16977

W Zakładzie Kąpielowo dezynfekcyjnym na Pradze.

Wydano kąpeli. Oczyszczono ubrań, bielizny itp.

w maju 1916	323	za 150 osób
" czerwcu 1916	732	" 450 "
Razem	1055	600 osób

Działalność Laboratorium Chemicznego Miejskiego.

w II półr. 1915 dokonano analiz	1330
" I " 1916 " "	1613
Razem	2943

Działalność Laboratorium Bakteryologicznego Miejskiego.

w lutym 1916 dokonano analiz	5
" marcu " " "	17
" kwietniu " " "	41
" maju " " "	51
" czerwcu " " "	104
Razem	278

Budżet Wydziału Zdrowia Publicznego i jego instytucji.

- Poz. 1. a) Utrzymanie personelu wydziału Zdr. Publ. . . . Rb. 22810
 b) Wydatki gospodarcze i kancelaryjne tegoż Wydziału . . . " 7100
 " 2. Wydatki Obywatelskich Opiek Sanitarnych, oraz utrzymanie Lekarzy sanitarnych, sanitaryuszów i inne wydatki sanitarne . . . " 158410
 " 3. a) Utrzymanie zakładu dezynfekcyjnego i spalania odpadków . . . " 155824
 b) Na budowę dwóch kamer

do dezynfekcji rzeczy, bielizny i sprzętów.	„ 16000
„ 4. Utrzymanie domu izolacyjnego przy ul. Spokojnej № 15	„ 35712
„ 5. Utrzymanie laboratorium bakteriologicznego	„ 7020
„ 6. Utrzymanie laboratorium chemicznego	„ 4780
„ 7. Utrzymanie 4 domów izolacyjnych na przedmieściach.	„ 22464
„ 8. Utrzymanie 4 ambulatoryów podmiejskich	„ 3235
„ 9. Utrzymanie 12 stacji szczepienia ospy na przedm.	„ 6360
„ 10 ¹⁾ . Utrzymanie 2 schronisk dla bezdomnych i nieuleczalnych chrześcijan i żydów	„ 38248
„ 11 ²⁾ . Utrzymanie Inspekcji Sanitarnoweterynaryjnej	„ 19500

Razem Rb. 497463

W głównych zarysach przebiegliśmy działalność Sekcji lekarskiej Komitetu sanitarnego i Wydziału Zdrowia; wszystkie te organizacje są w ewolucyjnym ze sobą związku. Z przeglądu ich dążeń, zadań i prowadzenia spraw widać stopniowy rozwój działalności obywatelskiej sanitarnoleczniczej, Sekcja bowiem lekarska rozpoczynała prawie od zadań dobroczynnoleczniczych (przytulki, ambulatoria, opieka nad bezdomnymi, początki organizacji pomocy dla rannych), później w Komitecie Sanitarnym działalność obywatelska zajmuje współrzędne stanowisko w sprawach zdrowotnych miasta na równi z władzami państwowymi, wreszcie w Wydziale Zdrowia Publicznego występuje już, jako samodzielny organ Zarządu Miasta.

W stopniowej ewolucji tych organizacji

i poszczególne jednostki posuwały się na wyższe szczeble działalności społecznolekarskiej, gdyż nowe warunki stwarzały nowe pole do pracy, do samokształcenia się w zakresie higieny społecznej, do rozwinięcia w większym lub mniejszym stopniu zdolności administracyjnych.

We wszystkich tych okresach organizacje lekarskie w swej działalności opierają się przeważnie na honorowej pracy obywatelskiej, której podaż w tych wyjątkowych warunkach bytu była niezwykła.

Jako chlubę naszego stanu lekarskiego poczytać należy tę stałą gotowość do pracy społecznej, do pracy bezinteresownej, a tem bardziej w tak ciężkich chwilach, jakie nie tylko Warszawa, ale i cały kraj przeżywał.

Tu nie tylko jednostki chętnie stawiały w szeregi, ale i zrzeszenia lekarzy, czy to naukowe, czy zawodowe, jak Towarzystwo Lekarskie, Stowarzyszenie lekarzy, Tow. Higieniczne, Tow. higieny praktycznej im. B. Prusa, bądź przez swych delegatów, bądź na terenie swej działalności brały czynny udział w pracy.

W chwilach tak przełomowych, tak groźnych dla życia nie tylko indywidualnego, ale i społecznego, w chwilach tak złowrogich dla stanu sanitarnego miasta, wszelka akcja zapobiegawcza, zda się, nie może być nawet pomyślana bez udziału sił lekarskich, a jednak Komitet Obywatelski zawiązał się bez udziału lekarzy; tembardziej wydaje się to dziwne, że wyłonił się z pośród ludzi, którzy doskonale pojmowali doniosłość pracy lekarskiej w tej akcji obywatelskiej. Później dopiero błąd ten został naprawiony i do składu Komitetu powołany został lekarz.

Przegląd bibliograficzny.

Leon Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego. (Odczyt kliniczny. Serya XXI. Zesz. 5—6, stron 68).

Pracę swoją autor oparł na analizie tych poszukiwań terapeutycznych, które opierają się na patogenie choroby, zmierzając do usunięcia lub naprawy podstawowych zaburzeń chorobnych. Ponieważ przeważająca część patologii duru jest natury anafilaktycznej, więc w terapii, według autora, mogą znaleźć zastosowanie te środki i metody, które zostały opracowane doświadczalnie w t. zw. antyanafilaksyi. Mamy tutaj dwie drogi: jedna z nich — to całkowite odkażenie ustroju od zarazków (*therapia sterilisans magna*), druga dążyłaby li tylko do unieszkodliwienia tych konsekwencji zakażenia, które się mieszczą w ramach anafilaksyi. Dotychczas jednak nie posiadamy środków chemicznych o

podobnych własnościach z wyjątkiem soli salwarsanu w gorączce powrotnej. Autor daje nam krytycznie poglębiony rys rozwoju środków, mających pretensję do swoistości w leczeniu duru, przytaczając jednocześnie dane ze swych własnych poszukiwań. Należą tutaj hemo- i seroterapia w różnych odmianach i bakteryoterapia podskórna. Korzyści praktyczne okazały się zupełnie niewspółmierne do nadziei, w imię której były podjęte.

Drugi dział — to bakteryoterapia i chemoterapia dożylna. W założeniu tych prób tkwi albo wprost empirya, albo nieziszczalne, jak dotąd, pragnienie wywołania ustroju. Chociaż pozornie rozbieżne, łączą się one w jedną harmonijną całość, leżącą w dziedzinie anafilaksyi. Według Karwackiego, zarówno zawiesina bakterii pewnego typu, jak produkty rozpadu białkowego, jak metale w stanie rozproszenia koloidalnego, jak wreszcie pewne sole, wstrzyknięte dożylnie, wywołują zmiany w układzie międzycząsteczkowym osocza, wyrażające się nazwętną szeregiem objawów, objętych nazwą wstrząsu. Wytworzenie się stanu chwilowego wstrząsu czyni

¹⁾ Schroniska przeszły pod zawiadywanie sekcji Szpitalnej.

²⁾ Inspekcja sanitarnoweterynaryjna zorganizowaną została przy Wydziale handlowym.

ustroj zakazony niewrazliwym na dzialanie bodzca chorobnego i najtem polega wartosc lecznicza wstrzykniecia. W okresie tej niewrazliwosci ma sie dokonywac samowyleczenie ustroju w tempie nieslychaniem przyspieszonym. Zaleznie od natury i ilosci bodzca wstrzasowego i warunkow indywidualnych ustroju, jakosc tego wstrzasu musi byc niejednakowa, a stad i wartosc jego lecznicza rozna.

W dziale chemoterapii badania autora dotycza: elektroargentolu Karpińskiego, rodu koloidalnego — lantolu Conturieux, jodu koloidalnego i glikogenu (Clin'a) oraz elektraurołu i hydrargolu Karpińskiego. Poddanych tej kuracji bylo 50 przypadków duru brzuszego, jeden przypadek duru rzekomego A i 9 przypadków duru rzekomego, w którym autor wykryl we krwi ziarniki — ochrzczone mianem: *micrococcus paratyphi*. Najlepsze wyniki autor otrzymal od elektraurołu i hydrargolu. Zastrzykiwania byly robione w spostrzezeniach pierwszych codziennie albo w bardzo blizkich odstepach czasu, w pozniej-

szych co 3—4—5 dni. Dawka zarowno dla dzieci, jak i dla doroslych, poczatkowo wynosila 10 cm., pozniej dla doroslych zostala podwyzszona o 5—10 cm. W razie niemoznosci wstrzykiwania do zyly, robione byly wstrzykiwania do miesni — w posladki. Izotonizowanie koloidow, na zasadzie swych spostrzezen, autor odrzucil, jako zbędne i kłopotliwe, a nie przynoszace realnej korzysci.

Wyniki lecznicze, jakie otrzymal autor zwlaszcza z elektraurolem i hydrargolem, zachecaja do dalszych prob w tym kierunku. Preparaty warszawskie, wedlug spostrzezen Karwackiego, niczem nie ustepuja lekcom pochodzenia francuskiego, a nawet zdaja sie je przewyzszac w skutecnosci dzialania.

Odczyt Karwackiego, napisany piekna polszczyzna, czyta sie latwo i z zajeciem, zwróciłbym tylko uwage autora na brak podzialu na rozdzialy, ktoreby ulatwily oryentowanie sie w calosci oraz odszukanie poszczegolnych metod leczenia.

T. Wretowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 16 maja 1916 r.

1, Puławski A. przedstawil 4 chore dotknięte Chorobą Basedowa: 1) 55-letnią wdowę, której przed 4 laty kol. B. Sawicki wykonal strumektomię z powodu objawow ch. B. w stopniu umiarkowanym. Objawy te przeszly i chora czuje sie zupełnie dobrze, ma tylko pobudliwosc tetna, 2) 38-letnią pannę, która miala bardzo ciężką i długotrwałą chorobę Basedowa. Przed 6 laty kol. Sawicki B. wykonal jej strumektomię i n e x t r e m i s wobec tego, że zadne leczenie nie pomagalo i zjawily sie objawy ucisku tchawicy. Stan chorej poprawil sie znacznie ale w niecaly rok trzeba bylo operacje powtorzyc. Od drugiej operacji uplynulo lat 5 — chora ma sie niezle i moze pracowac, ale latwo jest poznac, że ma pewne cechy ch. B-a (malý wytrzeszcz, objaw Stellwaga, tachykardye do 90), 3) 36-letnią wdowę, francuzkę, której kol. B. Sawicki wykonal strumektomię przed 2 miesiacami. Stan jej poprawia sie stopniowo ale bardzo nieznacznie. Chora jest bardzo nerwowa. Przypadek zasluguje na uwage, ze wzgledu na swe pochodzenie (influenza) i omylki w rozpoznaniu (choroba macicy, p e r i t o n i t i s), 4) 24-letnią pannę z lekkimi objawami Ch. B-a (f. fruste) ale posiadajacą dosc rzadki objaw Joffroy (niemoznosc marszczenia czoła — porazenie miesnia czołowego). Chora lekko goraczkuje, ale goraczka zalezy prawdopodobnie od poczatkowych objawow gruźlicy płuc.

2. Puławski A. wyglosil odczyt p. t. Spostrzezenia własne nad ch. B-a (etyologia, rozpoznanie, rokowanie, leczenie chirurgiczne), ilustrowane pokazami chorych i tablic. Pierwsze dwie czesci odczytu (etyologia i rozpoznanie) byly drukowane w Gaz. Lek. №№ 1 i 2 oraz 11 i 12 II półr. Dwie pozostale drukuja sie obecnie.

W dyskusyi p r o f. K r y ŋ s k i zaznacza, że zasadniczem leczeniem choroby Basedowa jest ograniczenie czynnosci tarczycy. Zaczynac nalezy od leczenia wewnetrznego; gdy to leczenie pozostaje bez wyniku dodatniego, dokonac operacji która jest przeciwskazana w przypadkach bardzo posuniętych. Chirurg powinien zrobic tyle, ile chory bez niebezpieczenstwa zniesc moze. Statystyki chirurgiczne okreslaja liczbe przypadków wyleczonych na $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ ogólnej liczby operowanych, jezeli przez wyleczenie rozumie sie stan chorego, który pozwala mu po zabiegu powrocic do zwyklych zajec, chociazby pozostal na pewien czas ten lub inny objaw.

K. operowal dotychczas 25 przypadków choroby Basedowa, z których 24 wyzdrowialy. Wszyscy ci chorzy zupełnie zagojeni mogli powrocic do poprzedniego trybu zycia, chociaz nie wszystkie objawy chorobowe ustapily. Trudno jest odpowiedziec, czy wszystkie objawy chorobne pod wpływem leczenia mogą zniknac. Pod tym wzgledem K. podziela pesymizm prelegenta.

Higier sadi że choroba Basedowa nie jest rzadsza u zydw, niz u chrzescian, ze wzgledu na czestość cierpien nerwowych wśród zydw. W kwestyi związku choroby Basedowa z gruźlicą panuja różne poglady: gdy jedni podkreślaja wspólistnienie obu cierpien, natomiast inni twierdza, że osobniki gruźlicze na nią nie zapadaja. Higier widywal przypadki, w których trudno bylo orzec, czy mialo sie do czynienia z utajoną gruźlicą, czy z początkową postacią choroby Basedowa. Po podkreśleniu roli grasicy w wielu przypadkach choroby Basedowa i dodatnich wynikach leczniczych, otrzymywanych przez podawanie tyminy lub czesciowe usuniecie grasicy, Higier zaznacza, że jest zwolennikiem zabiegu chirurgicznego, jezeli długoletnie leczenie wewnetrzne pozostaje bez wyniku.

Gajkiewicz podkreśla, że dziś chirurgowie przystępują do zabiegu w chorobie Basedowa wtedy, gdy leczenie wewnętrzne zawiodło. Gajkiewicz zna przypadki leczone kilkanaście lat metodą wewnętrzną. Zabieg chirurgiczny zaleca tym chorym, których położenie społeczne nie pozwala na długie leczenie, uprzedzając ich jednocześnie, że nawrót choroby jest możliwy.

Koelichen spostrzegał obecność zmian o charakterze psychicznym (niepokój, niemożność usiedzenia na jednym miejscu, i t. d.), jako wczesny objaw choroby Basedowa. Zabieg chirurgiczny Koelichen zaleca tylko w przypadkach ciężkich, pomyślnych wyników jednak nie widział.

Borzymowski wspomina o znaczeniu warunków klimatycznych w powstawaniu choroby Basedowa i podkreśla skuteczność naświetlania promieniami Röntgena w tem cierpieniu.

Jaworski omówił stosunek choroby Basedowa do życia płciowego kobiety. Następnie przytoczył 3 przypadki choroby Basedowa u kobiet ciężarnych z wybitnym przerostem gruczołu tarczowego. Jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią wskutek duszności i niedomogi serca. Dwa inne, pomimo b. ciężkich objawów podczas porodu, zakończyły się pomyślnie dla matek i dzieci, dzięki przyspieszeniu przez Jaworskiego rozwiązania za pomocą operacji nałożenia kleszczy.

Po zastanowieniu się nad wpływem karmienia i okresu przedklimakterycznego na chorobę Basedowa, Jaworski zaznacza, na podstawie własnego doświadczenia, wpływ organoterapii (ovarium, varium) na zaburzenia w menstruacji.

Rygier-Cękańska spostrzegała przypadki choroby Basedowa, powikłane ichtyozą, leczone skutecznie przez podawanie tabletek tyreoidyny, zapytuje prelegenta o podobne spostrzeżenia.

Kryński w odpowiedzi Gajkiewiczowi zaznacza swoją niezmienną poglądów na leczenie chirurgiczne choroby Basedowa.

Pawiński dodaje, że postaci zatarte choroby Basedowa widuje często u osób o usposobieniu neuropatycznym i wybitnej pobudliwości naczynioruchowej. Pawiński spotykał przypadki choroby Basedowa z podniesioną ciepłotą, bez innych powikłań. Po podkreśleniu złego wpływu choroby Basedowa na pierwszą połowę ciąży i jej łagodność na drugą, Pawiński uważa zabieg chirurgiczny za konieczny wobec objawów ucisku na tchawicę i brak polepszenia po zwykłym leczeniu.

Gajkiewicz podkreśla, że skóra dotkniętych chorobą Basedowa wydaje się gorącą wskutek wzmożonej gry naczynioruchowej.

Puławski odpowiada Kryńskiemu, że trudno jest wskazać odpowiednią chwilę do operacji. Wskazania do zabiegu zależą od skuteczności zwykłych metod, od częstości nawrotów, od możliwości przeprowadzenia dłuższego i odpowiedniego leczenia. Często przystępuje się do zabiegu z powodu ucisku wola na tchawicę i wywołanych przez to objawów duszności. Gajkiewiczowi, że tylko Lemcke uważał chorobę Basedowa, jako należącą wyłącznie do chirurgów, natomiast Kocher zaleca odpowiednie leczenie przed i po operacji. Rygier-Cękańskiej, że spostrzegał tylko jeden przypadek

choroby Basedowa połączonej z ichtyozą; leczenie tyreoidyną wywoływało pogorszenie ch. B-a. Borzymowskiemu — że choroba Basedowa zdarza się wszędzie, niezależnie od klimatu. W tych miejscowościach, w których wole panuje endemicznie, choroba Basedowa zdarza się bardzo rzadko. Naświetlanie pozostaje bez wpływu na wole zwyczajne, natomiast w chorobie Basedowa daje dobre wyniki. Jaworskiemu, że często kobiety dotknięte chorobą Basedowa znoszą ciężą dobrze, więc należy być ostrożnym z przerywaniem ciąży z powodu choroby Basedowa. Niektórzy lekarze uważali ciężą i poród za lekarstwo na chorobę Basedowa (Charcot, Nusbaum). Nie można tu postawić żadnej zasady ogólnej i należy każdy przypadek indywidualizować.

Posiedzenie kliniczne d. 6 czerwca 1916 r.

1. Kurella T. pokazał chłopca, l. 12, pochodzącego z rodziny zdrowej, który w początku r. b. poczał odczuwać osłabienie nóg, a od 12. III. przestał chodzić. Do szpitala przy ul. Grzybowskiej № 19 chory przybył 28. IV. w stanie następującym: nie poruszał ani głową, ani tułowiem, pił i lękał powoli i z wielką trudnością; oddech typu piersiowego. Poruszał kończynami górnymi, których siła mięśniowa była znacznie upośledzona. Bezład zupełny kończyn dolnych. Poruszał słabo palcami obu stóp. Czucie dotykowe i bólowe było zmniejszone na stopach i podudziach z obu stron. Bolesność pnia nerwu udowego po obu stronach; objawu Lasègue'a nie było. Odruchy skórne i mięśniowe były dość żywe, objawu Babińskiego nie było. Porażenia miały charakter wiotki, zaniki mięśniowe były nieznaczne. Samoistne stolca nie oddawał. W narządach wewnętrznych i w moczu zmian nie stwierdzono. Leczenie polegało na stosowaniu ciepłych kąpiei i zastrzykiwaniu codziennie 0,001 *strychnini nitrici* pod skórę. Obecnie można stwierdzić następującą poprawę: chory porusza głowę, lecz nie jest jeszcze w stanie jej utrzymać; typ oddechu stał się piersiowoprzeponowym; porusza swobodnie kończynami dolnymi; miewa co 2 dni samoistne wypróżnienia. Rozpoznanie waha się między polyneuritis a poliomyelitis.

2. Borzymowski przedstawił męczyznę dwudziestoparoletniego, któremu przed 6-u laty zeszywał prawą komorę serca.

3. Borzymowski wygłosił rzecz p. t. „Wskazania operacyjne w postrzałach brzucha na podstawie własnego doświadczenia“.

B. przedstawił własną teorię wskazań, według której przebieg kliniczny każdego postrzału zależy od umiejscowienia i kierunku ran postrzałowych. Wszystkie postrzały brzucha B. dzieli na dobrotliwe, t. j. nie prowadzące do zapalenia otrzewnej i złośliwe — wszystkie inne. Do pierwszych B. zalicza postrzały: 1) w okolicy miednicy, 2) w okolicy przedłużonych linii pachowych na obu bokach brzucha i 3) w okolicy nadbrzusza, o ile są skierowane w lewo. Wymienione trzy kategorie o tyle jednak są dobrotliwe, o ile mają kierunek odśrodkowy. Do złośliwych B. zalicza postrzały: 1) w okolicy pępka i 2) wszystkich okolic brzucha, o ile mają kierunek dośrodkowy. Teorię swą B.

uzasadniał przedstawieniem obrazu anatomicznego wszystkich tkanek brzucha, oraz własnymi historiami 41 chorych, leczonych w Lazarecie Miejskim.

W dyskusji Kryński nie zgadza się z podziałem postrzałów brzucha na dobrotliwe i złośliwe, z podziałem, który byłby dla chirurgów wielkiem ułatwieniem, gdyby udało się dowieść jego słuszności. Gdy w dziedzinie postrzałów czaszki wskazane jest naogół postępowanie operacyjne, a w postrzałach klatki piersiowej — zachowawcze, natomiast co do postrzałów jamy brzusznej najtrudniej jest ustalić tezę ogólną. Ogólnikowo można tylko powiedzieć, że przypadek świeży z objawami krwotoku wewnętrznego wymaga zabiegu natychmiastowego, przypadek zaś starszy, np. materiał wojenny, przywożony w kilka dni po zranieniu, wymaga postępowania raczej wyczekującego.

Leśniowski sądzi, że w przypadkach, dochodzących do chirurga w okresie późniejszym, nowe teorie nie są potrzebne, gdyż leczenie w tych przypadkach opiera się na zasadach zwykłych. Dla przypadków, świeżo po postrzale dostarczanych, teoria B., opierająca się na kierunku postrzału, jest zawodna, gdyż określić kierunek ten jest często bardzo trudno, a gdy jest otwór tylko wejściowy — niemożliwe. L. opiera się zazwyczaj na zasadzie następującej: jeżeli zranione jest większe naczynie krwionośne lub narząd, mogący dać krwotok, to należy operować niezwłocznie, bez względu na kierunek postrzału i jego umiejscowienie. Gdy niema danych co do krwotoku wewnętrznego, to postępowanie jest zależne od zespołu innych danych i ogólnego stanu chorego, w czym najlepszą wskazówką oryentacyjną może być tylko doświadczenie chirurga, podobnie jak w przypadkach przedziurawienia.

Horodyski podkreśla znaczenie kierunku postrzału. Statystyki angielskie wykazują, że rany brzucha w kierunku przedniotylnym przebiegają pomyślniej, niż rany o kierunkach bocznych. Znajduje to uzasadnienie w danych anatomicznych: jelita oparte są o kreskę na kształt bukietu, wskutek czego postrzały w kierunku przedniotylnym ranią zwykle tylko kiszki pojedyncze, podczas gdy postrzały boczne ranią większą liczbę jelit i dają większe krwotoki.

Kijewski Fr. zaznacza ciężkość ran jamy brzusznej. Do Warszawskiego Lazaretu Miejskiego dowieziono chorych z postrzałami klatki piersiowej

1182, natomiast z postrzałami brzucha tylko 308, z których zmarło 92, operowano zaś 94, przeważnie z zejściem niepomyślnem. Dla K. wskazaniem operacyjnym w przypadkach świeżych będzie nie kierunek lub umiejscowienie postrzału, lecz objawy krwotoku wewnętrznego lub gwałtownie rozwijającego się zapalenia otrzewnej.

Borzymowski w odpowiedzi zaznacza, że chirurg prawie zawsze może ustalić kierunek postrzału przez wypytanie rannego oraz badanie otworu wejściowego i wyjściowego. Ranni w brzuch zwykle są przytomni i zdają sobie sprawę, czy front nieprzyjacielski był przed nimi, czy za ich plecami. B. nie zgadza się z systemem wyczekującym Kryńskiego. Leśniowskiemu B. odpowiada, że analogia postrzałów brzucha z przedziurawieniem jest bardziej powierzchowna, niż istotna. B. zgadza się z Leśniowskim w trudności ustalenia kierunku kanału postrzałowego, kiedy niema wylotu, lecz i w tym przypadku wypytanie chorego, badanie kierunku bolesności oraz cechy otworu wejściowego i kierunku kanału skórniego dają wiele wskazówek. Wskazania Kijewskiego co do zabiegu chirurgicznego B. uważa za zupełnie słuszne, lecz niewystarczające.

Kijewski dodaje, że wygląd rany może dawać wskazówki co do kierunku postrzału tylko w ranach kulami stożkowatymi, wobec jednak tak licznych w obecnej wojnie ran szrapnelowych — badanie brzegów rany nic nie pomoże. K. przytacza 3 sprostowania własne, dotyczące przypadków napozór ciężkich, według teorii prelegenta wymagające interwencji, które jednak bez zabiegu zakończyły się pomyślnie.

Leśniowski nie zgadza się, ażeby z wyglądu rany można było zawsze określić kierunek kuli; na pytania zaś ciężko ranni zwykle odpowiadają, że nic nie wiedzą. Analogia postrzału z perforacją zachodzi bardzo często, gdyż w wielu przypadkach perforacji nie bywa żadnych zrostów.

Borzymowski odpowiada, że ranni najczęściej są jeszcze w stanie udzielić pewnych wskazówek. Porównanie z perforacją już choćby dłatego nie jest ściśle, że cały zespół warunków, poprzedzających uszkodzenie, jest w obu razach różny. Zpośród przypadków, przytoczonych przez Kijewskiego, dwa potwierdzają teorię B.; wyjątki są możliwe i słuszności teorii bynajmniej nie przeczą.

K. Dąbrowski.

Wiadomości bieżące.

— Jako wydawnictwo „Gazety Lekarskiej”, wyszedł odczyt kliniczny doc. dra J. Pruszyńskiego: „Anafilaksja”. Odczyt składa się z 2 części: I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.

— „Przegląd Lekarski” od Nowego Roku 1917 wychodzić będzie, jak dawniej, co tydzień.

— Pełne zasługi w rozbudzaniu miłości do kraju ojczystego oraz poznawania i badania wła-

snej ziemi Towarzystwo Krajoznawcze święciło w d. 6 b. m. dziesięciolecie poważnej i płodnej pracy kulturalnej oraz naukowej. Na uroczystem posiedzeniu, jakie się z tej okazji odbyło, przemawiał, między innymi, w imieniu Tow. Hygienicznego kol. J. Bączkiewicz.

Sprostowanie. W № 24(50) na str. 370 w szpalcie 2-iej, w wierszu 9-ym od góry zamiast otrzewnej winno być ościennej.

Od Wydawcy.

Szanownych kolegów, prenumeratorów prowincjonalnych, prosimy, w celu uniknięcia przerwy w odbiorze pisma, o wczesne odnowienie przedpłaty na r. 1917.

JÓZEF DYMNICKI.

(Wspomnienie pośmiertne).

Zmarły dnia 23 listopada śp. dr Józef Dymnicki był nie tylko najdawniejszym, bo od lat 55 stałym członkiem naszego Towarzystwa, lecz jednym z najstarszych lekarzy polskich, któremu losy pozwoliły doczekać niezwykle sędziwego wieku, bo aż przeszło lat 90, przeżyć całą najsmutniejszą epokę naszego kraju — epokę klęsk i pogromów, wielkich zwątpień i nadziei, a wreszcie zamknąć oczy w chwili budzącej się nowej wielkiej epoki naszej ojczyzny. Sześćdziesiąt lat z górą praktyki zawodowej nie przeszło mu na marne, będąc bowiem wychowawcą arcymistrza medycyny polskiej wielkiego klinicysty krakowskiego Dietla, wyniósł z jego szkoły nie tylko gruntowne wychowanie fachowe, lecz i dar obserwacyjny i zamiłowanie do wszystkiego, co swoje i nam bliskie, a idąc śladem mistrza swego był jednym z pierwszych, a długie nawet lata niemal jedynym, który z naukowo-praktycznego punktu widzenia zajmował się polską balneologią. A praktykując niemal przez pół wieku, jako lekarz zdrojowy w Busku, ogłaszał rok rocznie, poczynając od roku 1859, w naszych czasopiśmie lekarskich, a częściowo i niemieckich, obszernie sprawozdania ze swojej działalności w Busku. W sprawozdaniach tych, opracowywanych gruntownie, poruszał najróżnorodniejsze kwestye, odnoszące się nie tylko do kazuistyki chorób leczonych w Busku, lecz jednocześnie nowoczesnych poglądów na patologię i terapię chorób wenerycznych i skórnych, które przechodziły w owej epoce zmiany przełomowe. Długie więc lata był on u nas jedynym niemal syfilidologiem i balneologiem na modłę nowoczesną.

I położył bezsporne zasługi w tych obu kierunkach literatury lekarskiej i balneologii polskiej.

Józef Dymnicki urodził się w r. 1826 we Frysztaku, powiecie Jasielskim w Galicyi; nauki początkowe pobierał w Jasle i Rzeszowie. Studiował z początku teologię, dopiero w r. 1850 wstąpił na medycynę w Krakowie, ukończył ją w 1855 ze stopniem doktora. W 1857, podobnie jak wielu innych wychowawców uniwersytetu Jagiellońskiego, przeniósł się do Królestwa, gdyż ciężki system biurokratyczny i reakcyjny, panujący podówczas w Austrii, dał się szczególnie we znaki Galicyi, która zbiedniała i na wpół zdziczała, tak że nawet lekarze z trudnością utrzymać się mogli¹⁾ — dążyli więc do Królestwa, w którym panowały również ciężkie reakcyjne dla ducha polskiego czasy Paszkiewiczowskie lecz jednocześnie i względny dobrobyt, a wychowawcy szkoły krakowskiej byli przyjmowani chętnie, ponieważ naogół posiadali wykształcenie wyższe, niż wychowawcy ówczesnych szkół lekarskich rosyjskich.

Dymnicki osiedlił się w Busku i praktykował przeszło pół wieku tamże, zyskawszy rozległą klientelę i uznanie licznej bardzo rzeszy pacjentów, ponieważ przynosił im wielką pomoc swoją gruntowną wiedzą fachową. Od kilkunastu lat osiedlił się nastąpił w Warszawie, gdzie i dokonał swego pracowitego żywota.

Cześć Jego pamięci!

Dr med. A. Sokołowski.

¹⁾ Kraków i Galicyę pod panowaniem Austrii opisał szczegółowo nasz znakomity dziejopisarz ksiądz Wal. Kalinka w pracy, wydanej w r. 1852 p. t. Galicya i Kraków pod panowaniem Austrii.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Kazimierz Szokalski. Żółtaczki hemolityczne w świetle badań ostatnich	373	<i>Przegląd bibliograficzny.</i> Leon Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego. Ocenił T. Wretowski	384
A. Puławski. Rokowanie w chorobie Basedowa i jej leczenie chirurgiczne (Dokoń.)	377	<i>Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.</i> Posiedzenia kliniczne dn. 16 maja i 6 czerwca 1916 r.	385
<i>Odcinek.</i> J. Bączkiewicz. Organizacje lekarskie w zakresie działalności Komitetu Obywatelskiego m. Warszawy. (Dok.)	381	<i>Wiadomości bieżące.</i>	387
		Józef Dymnicki. Wspomnienie pośmiertne.	388

Redaktorowie: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: Marszałkowska 73.

Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂ do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”, I „ODCZYTÓW KLINICZNYCH”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2. Cena numeru pojedynczego kop. 20.

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

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz jednoszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 25, na stronach wewnętrznych okładki kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i S-ka, Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

Odbito czeconkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

D-r Med. Bolesław Dębiński

Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena rb. 1.

Wyszło z druku dzieło p. t.

Farmakologia doświadczalna

podręcznik dla studentów i lekarzy

napisali

Dr Hans H. Meyer i Dr R. Gottlieb

Wiedeń

Heidelberg

profesorowie farmakologii.

Z II wydania niemieckiego przełożył

Dr JAN PRUSZYŃSKI

Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

WARSZAWA 1916.

Cena rb. 3.60.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.**Odczyty Kliniczne**

WYSZEDŁ Z DRUKU SERII XXI ZESZYT 7. 8. 9.

(OGÓLNEGO ZBIORU ZESZYT 247. 248. 249).

Doc. Dr J. Pruszyński.

A N A F I L A K S Y A.

- I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksya doświadczalna.
- II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.

Cena r b. 1.20.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny, w. księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny D-ra E. Reichsteina

w Warszawie, Marszałkowska 140, tel. 4217.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Hessinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne i paski przepuklinowe.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 3 do 7 rb. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdując w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do skutecznego leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

Plastry smarowane

zwyczajne i kauczukowe (na szpulkach) nie ustępujące wyrobom zagranicznym.

Plasterek angielski

przewyższający wyroby zagraniczne.

Opatrunki wyjąłowane

w ulepszonej opakowaniu z kontrolą, systemu prof. Mikulicza.

Kataplazmy

antyseptyczne i zabezpieczone od gnicia i pleśni,

Synapizma

energicznie działające.

Plaster rupturowy

dziecinny (pępkowy).

Plaster Tatrzański

na odciski.

Gazy i waty antyseptyczne, bandaże oraz wszelkie materiały opatrunkowe poleca fabryka środków opatrunkowych i pracownia sterylizacyjna

R. STRZELECKIEGO

WARSZAWA.

ulica Sienna № 45, tel. 48-90.

Na dostawy specjalne ceny.



APTEKA K. WENDY

Surowice i Szczepionki

z Instytutu Tow. Naukowego Warszawskiego (dawniej d-ra Palmirskiego.)
Dyfterytyczna, dyzenteryjna, streptokokowa, szkarlatynowa i szczepionki przeciwskarlatynowe. Podłoża dla bakterii.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

W Aptekach i Składach Aptecznych!!

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA D-ra BORZYMOWSKIEGO

wprowadziła następujące NOWOŚCI:

- 1) Gazę hygrosk., jodoform, wioformową, kseroform. w postaci pasków: 5, 8, 10 i 12 ctm. szer. i 5 m. dług.
- 2) Kompresy przeciwzapalne, nasycone płynem Burowa. z ceratką: 10, 20 i 30 ctm. kw.
- 3) Tampony z lintaneli (waty prasowanej).
- 4) Laminaryę sterylizowaną w zatopionych ampułkach po 4, 6, 8, 10 i 12 mm. średnicy.
- 5) Gazę jodoformową Dührsena (do tamponowania).
- 6) Płyn do znieczulenia miejscowego № 1 (0,3 nowokainy na 50 soli), № 2 (0,5 nowokainy na 50).
- 7) 2% nowokaina z adrenaliną do rwania zębów w ampułkach po 1.0.
- 8) Samomydłące poduszeczki do mycia pola operacyjnego, położnic i do kąpieli po 10 szt.
- 9) Ciepłomierze maksymalne skontrolowane i odkazujące się po użyciu automatycznie za pomocą umieszczonej w pochewce formaliny.

Składy Główne: SPIESS CENTRALNY i Zarząd Pracowni (Chmielna № 62, Telet. 106-85).

Wata, Gazę hygrosk., jodoform, wioform., kseroform, Ligatury, katgut, Bandaże.

Tampony ginekolog., uszne, nosowe, oczne, opatrunki chirurg. i ginekolog. Wyprawki poleg. Fizyolog. roztwór soli.

Fizyologia patologiczna

podręcznik dla studentów i lekarzy
napisał Dr Ludolf Krehl, profesor i dyrektor kliniki lekarskiej w Heidelbergu
z udziałem profesora E. Levy'ego ze Strasburga.

Przełożył z piątego wydania niemieckiego

Dr JAN PRUSZYŃSKI

Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

Cena r. b. 2.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Drukarnia W. Krawczyński, E. Egert, J. Więclawski, Żelazna 89. Telefon 188-70.

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.

