

3. Dans deux cas, où le temps de la sédimentation ne surpassait pas 10 minutes, la mort arriva; de deux cas, où ce temps atteignit 12 minutes, un bébé mourut, l'autre se développe insuffisamment malgré la cure assez systématique. D'après cela on peut supposer, que la réaction de Biernacki dans le syphilis héréditaire chez les nouveaux nés, possède la valeur pronostique vitale. Les suppositions dénombrées ci-dessus, surtout les dernières, exigent la ratification prochaine sur un plus grand nombre des malades.

Institut d'anatomie pathologique

Directeur Prof. Dr. Opoczyński.

ST. MAHRBURG

Trois cas d'hypernéphrome.

L'auteur présente les opinions de différents expérimentateurs sur la genèse des tumeurs intrarénales dites hypernéphromes qui se résument en trois théories: 1) origine surrénale des néoplasties (Grawitz), 2) origine vraiment rénale (Sudek, Stoerk), 3) origine des cellules de différentes lamelles embryonnaires formant l'appareil urinaire (Ricker, Wilson).

En outre l'auteur s'occupe de la malignité des néoplasties de Grawitz et de leur dépendance de la constitution histologique. Se fondant sur les trois cas, examinés par lui, dont deux présentaient une structure histologique se rapprochant des néoplasmes mûrs et dont le troisième avait des propriétés d'une néoplastie tout atypique, l'auteur arrive à la conclusion que dans ses trois cas il ne peut constater aucun rapport saisissable entre la structure histologique et la malignité de la néoplastie.

Clinique des maladies des enfants

Directeur Prof. Dr. W. Jasiński

par Dr. S. GOGOLEWSKA-LÖWENHOFF.

Réaction au mastizol du liquide cébrospinal des enfants.

Après avoir éprouvé la réaction au mastizol dans 115 cas de différentes maladies du système nerveux l'auteur arrive à la conclusion qu'elle n'est point supérieure aux réactions globuliniques de Pandy et de Nonne-Aspelt.

Erreurs diagnostiques dans la pratique médicale

par le Dr. A. WIRSZUBSKI

Un cas de luxation du maxillaire inférieur envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de „Tétanus“.

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

i

Wydziału Lekarskiego Uniw. Stefana Batorego

Organ

T-wa Lekarskiego Woj. Nowogródzkiego

i

Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.



465/III

WILNO,

NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH
I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ”, Drukarnia „PAX”, UL. ŚW. IGNACEGO 6.

S. TRZEBIŃSKI.

Z archiwum Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Wiadomość o piśmie p. Heymana Benedykta¹⁾ przez Józefa Korzeniewskiego²⁾.

Rękopis, w powyższy sposób zatytułowany, znajduje się pod Nr. 16 w teczce z autografami. Format 22 × 18, bez okładek, papier szarawy, umiarkowanej grubości, prążkowany, ze znakiem wodnym W. P. Stron 16, nie numerowanych zapisanych drobnem, dość wyraźnem pismem. Oto jego treść. (pisownia zmodernizowana).

Pan Heyman Benedykt, medycyny doktor, przed dwoma laty uczeń tutejszego uniwersytetu, dziś w przedmiocie naukowym znajdujący się za granicą, starając się zadosyć uczynić propozycji prof. Abichta względem zakomunikowania mu swoich obserwacji, następną daje wiadomość o ważniejszych chorobach i sposobie ich leczenia w celniejszych klinikach i szpitalach w Berlinie i Hamburgu postrzeganych.

Do najlepszych klinik w Berlinie liczy P. Heyman klinikę Profesora Rusta³⁾ w szpitalu *Charité*. W niej miał zręczność widzieć złamania rozmaitych kości, a szczególnie złamanie szyi kości udowej, kości udowej nad kłykciami, złamanie kości goleniowych, przedramienia, wyrostka *olecranon* zwanego i złamanie kości nosowych. Co do obchodzenia się z członkiem złamanym, to godnem uwagi znajduje, że Profesor Rust zostawuje go przez 6 lub 8 dni bez nałożenia aparatu; powiada bowiem, iż przez obandażowanie powiększa się zapalenie i zgangrenowanie członka nastąpić może, o czem się przekonał z kilku przykładów w praktyce prywatnej. Stara się więc tylko nadać członkowi natu-

¹⁾ Heyman Benedykt, syn Hertza, lekarza poczty Wileńskiej i jednego z członków—założycieli Wil. Tow. Lek., promowany w Wilnie na d-ra med. 1829 roku, według Bielińskiego służył czas jakiś jako lekarz w wojsku polskiem(?) później poświęcił się naukom przyrodniczym i był profesorem chemii na uniwersytecie Moskiewskim. Sądząc ze wzmianki Korzeniewskiego o tem, że przed dwu latami był „ucznieniem tutejszego uniwersytetu” (który ukończył w 1828 roku, ze stopniem lekarza) jego podróż naukowa, oraz pochodząca z tych czasów relacja wypadłaby na rok 1830.

²⁾ Korzeniewski Józef 1806 — 1870 z gub. Mińskiej, w r. 1822 wychowaniec Instytutu med. Wileńskiego, zdolny i pracowity, promowany na d-ra med. 1829, pomocnik prosektora anat opis, wykonawca pięknych preparatów, zwłaszcza N sympathic. asystent, a w r. 1834 adjunkt kliniki chirurg.; wykładał tam desmurgję. W r. 1837 zostaje prof. nadzwyczajnym, a 1839 po śmierci Porcyanki zwyczajnym. Ciężkie warunki życia domowego (zazdrośna żona, siostra żony prezydenta akademii Kuczkowskiego) odbiły się niekorzystnie na jego zdrowiu i jego działalności. (wedł. Bielińskiego).

³⁾ Rust Johann-Nepomuk 1775—1840. Studyował medyc. w Pradze i Wiedniu. Wykładał czas jakiś anatomię, chirurgię i akuszeryę w liceum w Ołomuńcu, skąd powołano go 1803 r. do Krakowa. Przebył tam do 1809 r. W r. 1810 działał, jako prymaryusz oddziału chirurg. w Allg. Krankenhaus w Wiedniu. W r. 1815 wstąpił na służbę pruską. Był wysokim dygnitarzem lekarsko-wojskow., a od 1816 r. profesorem chirurgji w Berlinie. Położył zasługi nie tylko na polu naukowem, lecz też, zwłaszcza jako zdolny organizator wojskowej i cywilnej służby zdrowia. (wedł. Hirscha).

TREŚĆ:

	Str.
S. Trzebiński — Wiadomość o piśmie Heymana Benedykta przez Józefa Korzeniewskiego	97
W. Jabłonowski — Wskazania do operacji w ważniejszych cierpieniach jamy brzusznej	102
A. Kapłan — Insulina a schorzenia wątroby	112
J. Muszyński — Głóg (<i>Crataegus</i>), nowy nieszkodliwy środek nasercowy	117
J. Zienkiewicz — O leczeniu stowarsolem niemowląt i dzieci, obciążonych kłą wrodzoną	121
H. Kaulbersz-Marynowska — Przypadek meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych o nietypowym przebiegu	126
A. Wirszubski — Przypadek „ <i>Encephalopathiae traumaticae</i> ”	129
Protokoły Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego	131
Protokół Oddziału Nowogródzkiego Towarzystwa Lekarskiego Wojew. Nowogródzkiego	137
Sprawozdanie Wileńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego	139
Komunikaty i wiadomości bieżące	140

SOMMAIRE:

	Page
S. Trzebiński — Communication de la lettre du Dr. Heyman faite par le Dr. Korzeniewski (an 1830)	97
W. Jabłonowski — Indications opératoires dans quelques maladies principales de la cavité abdominale	102
A. Kapłan — L'insuline et les maladies du foie	112
J. Muszyński — L'aubépine, un nouveau cardiaque inoffensif	117
J. Zienkiewicz — Le stovarsol dans le traitement des nourrissons et des enfants syphilitiques-héréditaires	121
H. Kaulbersz-Marynowska — Un cas de méningite méningococcique atypique	126
A. Wirszubski — Un cas d'Encéphalopathie traumatique	129
Société de médecine de Wilno	131
Société de médecine de Nowogródek	137
Société polonaise de Pédiatrie-Section de Wilno	139
Communiqués et chronique	140

Résumé des travaux contenus dans le N. 3 du vol. IV page 141

ralne położenie, i ile możliwości ruchowi jego przeszkodzić przez materacyki, które obok członka układu; przytem zaleca fomentacye zimne i ścisłą dyete przepisuje. Po uśmierzeniu zaś zapalenia, co się między 6 i 8 dniem przytrafia, nakłada aparat z leszczotek, lub inny stosowny. Jeżeli to opisanie jest prawdziwem, możemy śmiało zarzucić Rustowi, iż zostawianie złamanych członków bez opatrzenia w wielu zdarzeniach bardzo złe zejście za sobą pociągnąć może, naprzykład w złamaniu kości udowej i kości ramieniowej w części ich średniej, w obu bowiem tych przypadkach, z powodu ściągania się mięśni, końce złamanej kości najczęściej na siebie zachodzą. Nie powinniśmy też lękać się gangreny od nałożenia leszczot w tych zdarzeniach, w których złamaniu kości, ani stłuczenie, ani obrażenie części miękkich nie towarzyszy. Nie pojmujemy także, o jakich aparatach myśli P. Heyman, mówiąc, iż Profesor Rust w złamaniu uda nad kłykciami, po leczeniu przeciwzapalnym, oblał członek masą gipsową, która natychmiast stwardniała, a członek położenie naturalne, jakie mu przez ekstenzję nadanem było, zachował, zrośnięcie zaś kości po kilku tygodniach w miejscu żądanem nastąpiło⁴⁾. Dalej powiada, że widział kilka przykładów złamania poprzecznego rzepki, które przez położenie członka w ekstenzji i nałożenie nawiązki cyrkularnej, zrosły się. Jeden tylko przykład złamania rzepki był śmiertelny z powodu powstałej supuracji, a potem gangreny w kolanie. Takowe zejście przypisuje poprzedniczemu złemu leczeniu przez jakiegoś nieumiejętnego lekarza. W leczeniu ran i innych obrażeń zewnętrznych, ze stłuczeniem połączonych, powiada, że Rust nie radzi długo używać okładeń zimnych, a to z tych powodów, iż naczynia poszarpane mało mają energii, która przez fomentacje zimne zupełnie może być przytłumiona; z tej przyczyny czwartego dnia po obrażeniu miejscowemu lekarstwu podbudzające stosuje. Pijawek Rust rzadko używa, lęka się bowiem nabrzmienia części, które jego zdaniem po przystawieniu pijawek w obrażeniach traumatycznych często się zdarza. W ranie ręki od ukąszenia psa, gdzie aponeurosis znacznie była obrażoną, Rust prócz okładeń zimnych, z dobrym skutkiem użył smarowania około rany maścią szarą, które lekarstwo, niewiadomo dlaczego, jako mocne antiphlogisticum uważa. W jątrznikach rakowatych zaleca, jako specificum, arszenik; jak go jednak używa, pod jaką formą przepisuje, nie wspomina P. Heyman. Cokolwiek bądź, zdaje się jednak, że Profesor Rust nazbyt wiele przypisuje temu lekarstwu, które, jeżeli nie szkodzi, to przynajmniej niewiele dobrego w podobnych chorobach sprawuje; o czem nietylko przekonywują doświadczenia wielu zagranicznych lekarzy, ale też obserwacje, w ciągu lat kilku w tutejszej klinice zebrane. Wyznaje nadto P. Heyman, iż w obu przypadkach, gdzie arszenik był użyty, zejście niepomysłne miejsce miało. Wspomina dalej o dwu przykładach zapalenia żył, z których jeden po użyciu lekarstw mocno przeciwzapalnych, a potem ściągających, szczęśliwie ukończył się, w drugim zaś podobne środki żąd-

⁴⁾ Ustalanie złamań za pomocą gipsu (wedł. Haesera znane oddawna na Wschodzie) zaczęto w Europie stosować dopiero w pierwszych dziesięcioleciach XIX w. najprzód w Holandyi (Groningen) w r. 1814, potem Kluge i Rust stosowali tę metodę, którą w postaci dzisiejszego opatrunku gipsowego podał jednak dopiero Matthsen w r. 1852.

nego skutku nie sprawiły. Nadmieniam także o chorobie „melanose ad marginem alae nasi sinistrae” położonej, którą Rust, mając za Fungum haematodem, biorący początek a choanis posterioribus, starał się oddalić zapomocą operacyi. Na ten koniec, aby mieć łatwiejszy przystęp, i wygodniejszem uczynić działanie w uśmierzaniu krwotoku, zalecił doktorowi Dieffenbach rozciąć nos podłużnie. Przekonał się jednak podczas operacyi, iż to było „melanose” mające siedlisko na powierzchni wewnętrznej alae nasi sinistrae, rozcięcie zatem nosa wcale było niepotrzebne. Gojenie się atoli rany bardzo prędko i bez żadnego oszpecenia nastąpiło; stąd Rust radzi, aby w wrywaniu polipów nosowych dla łatwiejszej manipulacyi nos rozplatać, zaczynając cięcie ab ossibus nasi ad apicem ejus. Za godny także wzmianki uważa P. Heyman przykład verae commotionis cerebri po upadnięciu, bez komplikacyi zapalnych, w leczeniu której Rust trzymał się z dobrym skutkiem przepisów Richtera, to jest używał lekarstw pobudzających. Powiada prócz tego, iż to był jedyny przykład, który mu się zdarzyło widzieć w 30 letniej praktyce; w innych bowiem zdarzeniach zaleca używać środków przeciwzapalnych. Chcąc jednak przekonać się o ważności tego przypadku, dokładniejszego bez porównania opisanie potrzeba; nie wymienia bowiem P. Heyman ani stopnia komocyi, ani ważniejszych jej symptomatów. Powiada następnie, iż mnóstwo widział jątrzników⁵⁾, które Rust na zasadach swojej helkologii każe rozpoznawać przez samo wejrzenie, nie dając żadnego względu na początek, bieg choroby, oraz na usposobienie chorych, które jego zdaniem mogą tylko służyć do potwierdzenia diagnozy, nigdy zaś do jej zrobienia lub zmienienia. W leczeniu też jątrzników ogólnej reguły nie stanowi, jakoż wedle indykacyi używa miejscowem już to lekarstw przeciwzapalnych, już to podbudzających, lub nareszcie narkotycznych. Lecz nie do samych tylko jątrzników Rust takie prawa rozciąga; w wielu bowiem innych chorobach podobnie postępować uczy. Nie zdaje się rzeczą potrzebną przykładami stwierdzać, o ile samo wejrzenie do poznania podobnych chorób bywa niedostatecznem. Mylnem też w codziennych prawie doświadczeniach pokazuje się być zdanie, że w leczeniu jątrzników dosyć jest tylko mieć wzgląd na stan ich i wedle tego pewne indykacje stanowić. Miał nadto P. Heyman zręczność przekonania się rozmaitych skutkach z używania sublimatu metodą Dzondiego⁶⁾ w chorobach wenerycznych. Dwa tej choroby przykłady cytuję i jeden z nich pod postacią plam na skórze postrzegający, się zupełnie zdawał się być wyleczony, drugi zaś co do mocy poprzedzającemu podobny, pomimo wielkich dóz sublimatu, ciągle się pogarszał, tak dalece, że do zupełnego uleczenia tej choroby frykcyj merkurjalnych użyć trzeba było. Sądzi więc z tych i tym podobnych przykładów,

⁵⁾ Jątrznik—w słowniku terminologicznym = fonticulus, tu widocznie = ulcus. Może też ten termin odpowiedniejszymby był od dzisiejszego „wrzodu”, który łatwo wywoływać może nieporozumienia ze względu na znaczenie, nadawane temu słowu przez publiczność nielekarską.

⁶⁾ Dzondi Carl-Heinrich 1770—1835. Medycynę studjował w Würzburgu, gdzie się doktoryzował w r. 1816. Od r. 1811—1814 był profesorem chirurgji w Halle, skąd musiał ustąpić z racyi politycznych. Później prowadził własny szpital. Pisał też o leczeniu przymiotu.

że sublimat, lubo niekiedy okazuje się być skutecznym, radykalnego jednak leczenia sprawić nie może. Jakoż zdawałoby się, iż sublimat i inne lekarstwa, do wewnątrz przepisywane, więcej do wstrzymania postępu choroby, jak raczej do jej wyniszczenia przyczyniają się. In lue uniwersali, gdy choroba uporczywa, Rust używa frykcyj merkurjalnych, łącząc je ze ścisłą dietą (Hungerkur). Przekonał się jednak P. Heyman, co też sam Rust przyznaje, iż ten sposób leczenia bardzo przez niego jest zmodyfikowany, chory albowiem tak ścisłej diety, jak ją w swoim Magazynie opisał, nie podlega. Utrzymuje Rust, że tylko przez takową kurację radykalne leczenie syphilidis miejsce mieć powinno, wszelkie bowiem inne sposoby uważa za niedostateczne. W ogólności nie przyjmuje radykalnego leczenia choroby wenerycznej bez saliwacji, która jego zdaniem jest nieodbicie potrzebną do zupełnego oddalenia choroby. Co się zaś ściera bubonów, które dzieli in primarios, secundarios et symptomaticos, następnie postępować radzi: bubones secundarios każe per suppurationem leczyć i dopóki się nie otworzą, do środka merkurjuszu nie dawać, utrzymuje bowiem, iż to przeszkadza przejściu bubonów w ropienie; co większe, uważa użycie merkurjuszu prawie za niepotrzebne, gdyż jego zdaniem cała choroba koncentruje się w bubonie, bubones zaś primarios et secundarios? stara się usunąć per resolutionem.

Operacje Rust rzadko wykonywa, stara się albowiem członek chorobą zajęty, ile możliwości zachować. Jakoż wyznaje P. Heyman, że w ciągu 6 miesięcy 7 tylko operacji zrobiono. Z tych dwie amputacje cruris, z których jedna śmiertelnie się zakończyła; dwie trepanacje czaszki z zejściem nieszczęśliwym; dwie amputacje mammae, z których jedna chora wyzdrowiała i nareszcie rozcięcie nosa w chorobie „melanose“.

Zwiedził też P. Heyman w czasie swego pobytu w Berlinie klinikę chorób wenerycznych profesora Kluge⁷⁾. Powiada, że cała nauka profesora Kluge na tem zależy, aby wprawiać uczniów w poznawanie chorób syfilitycznych i w egzaminie kobiet de syphilide suspectis. W ogólności Kluge, podobnie jak Rust, z wejścia miejscowego egzaminu każe chorobę poznawać. Co do leczenia, stara się własnymi obserwacjami przekonać się o skuteczności nowo podawanych sposobów, szczególnie zaś zachwala metodę Fricke⁸⁾, zależącą na użyciu lekarstw zwalniających i ścisłej diety bez użycia merkurjuszu. Dwie kuracje różni: jedną nazywa Entziehungskur, kiedy chory przy ścisłej diecie codziennie remedium laxativum bierze, drugą zaś „Purgans vel Laxans-Kur“ zowie, która tem się od poprzedzającej różni, że chorzy przez dzień *) laxantia biorą. Takowe leczenie jest modyfikacją po części metody Fricke, który, jak w dziele swoim

⁷⁾ Kluge Carl-Alex-Ferdin. (1782—1844) doktoryzował się w Erfurcie 1806 r. Był prof. chirurgii med.-chir. akademii wojsk., a następnie uniwersytetu Belńskiego. Interesował się nauką o zwichnięciach i złamaniach. Pisał niewiele.

⁸⁾ Fricke Johann-Carl-Georg (1790—1841) studjował medycynę w Göttingen i Berlinie. Od r. 1814 w Hamburgu. Opracował metodę leczenia przymiotu bez ręki.

*) „przez dzień“ użyto tu w znaczeniu „co drugi dzień“, jak to często czynią polacy z zaboru rosyjskiego, wzorując się na rosyjskim „czerez dień“.

wyraża, codziennie rozczyń soli gorzkiej chorym zaleca. Trudno jest pojąć, co profesor Kluge w takowem rozróżnieniu widzi. P. Heymanowi zdaje się, iż Rust w dawaniu lekarstw zwalniających „przez dzień“ chce zachować pewien typus, obserwacje bowiem pokazały, że zachowany typus w używaniu merkurjuszu, skuteczniejszym go czyni. Przytem p. Kluge największą czystość każe zachowywać i miejscowie żadnych lekarstw nie używa; jeżeli mocne jest zapalenie, wtedy antiphlogistica i saturnina zaleca. In blenorhoea inveterata przepisuje iniekcje z siarczanu cynku, ałunu i opjum, lub też vesicatoria do międzykroku przykładą; condylomata zaś, które mimo długiego użycia lekarstw rozwalniających nie nikną, per caustica lub ligatury oddala. Sposób ten in syphilide primaria skutecznym się okazuje, nieskutecznym zaś in syphilide secundaria.

Co do klinik medycznych w szpitalu Charité, te zostają pod przewodnictwem dwu profesorów; w jednej z nich jest p. Bartel z Marburga, w drugiej zaś p. Wolff, lekarz wojskowy. W obu tych klinikach p. Heyman nic ważnego nie zaobserwował.

In policlinicis przewodniczy p. Hufeland, którego najczęściej zastępuje p. Ossan. Dla słuchaczy ta tylko korzyść, iż nabyć mogą wprawy prędkiego egzaminu i robienia rychłej indykacji.

Znajdując się p. Heyman w Hamburgu, miał zreczność przypatrywać się powtórnie sposobowi traktowania chorób wenerycznych bez merkurjuszu. Doktor Fricke widocznie odstępował od opisanego sposobu w swoim dziele (Annalen des Hamburgischen Krankenhauses), albowiem chorym na syphilis największe ochędóstwo każe zachowywać, powietrze czyste, temperaturę mierną, dietę stosowną do stanu i sił; wina i mięsa chorym nie wzbrania; funkcje wszystkie stara się w normalnym stanie utrzymać, do środka nic nie daje, miejscowie zaś używa obmywania wodą zwyczajną, wodą Goulardową, dekoktem ulmi; w innych przypadkach kaustyczne przepisuje. Condylomata wycina cum bursa mucosa, którą za siedlisko tej choroby uważa. Ulcera secundaria przez środki gryzące i płukania ściągające leczy. W chorobie wenerycznej ogólnej zaleca kąpiele mydlane, lub z kwasem saletrowym, ałunem, sublimatem, lub też kamieniem kaustycznym. Długich jeszcze doświadczeń potrzeba, póki coś stanowczego o tym sposobie leczenia powiedzieć będziemy mogli; wszelako wyznaje p. Heyman, iż choroba ta w szpitalu Hamburgskim mniej jest energiczną i jakby zmodyfikowaną być się zdaje; wszelkie bowiem afekcje syfilityczne mniej są ważne, części zaś ciała, dotknięte tą chorobą, nie podlegają takiemu zniszczeniu, jakie można widzieć w wielu innych szpitalach. Powtórne nawet okazywanie się choroby bardzo rzadko się zdarza.

Zamiast ligatur dr. Fricke po operacjach skręcenia naczyń (torsio vasorum) używa, który sposób uważa za dostateczny do zabezpieczenia się od krwotoku. Utrzymuje też dr. Fricke, że użycie opii po wielkich upuszczeniach krwi w chorobach piersiowych, najpomyślniejsze skutki sprawuje. W przypadkach ropienia muscui psoatis z widoczną fluktuacją in inguine, Fricke, rozciąwszy części miękkie, supra cristam ilei, znaczną ilość ropy wyprowadził. Powiada, że takowa droga na pierwszeństwo zasługuje przed rozcinaniem narywu in inguine,

albowiem tą drogą na siedlisko choroby natrafiamy, co radykalnemu leczeniu bardziej sprzyja.

W jątrznikach zastarzałych, bez względu na ich naturę, ucieka się dr. Fricke do sposobu, przez Sheafortha podanego, zależącego na wlewaniu do nich wosku roztopionego w takiej temperaturze, jaką chory zniesić może; po odpadnięciu wosku znówu go wlewa. O skutkach p. Heyman nie wie, to tylko powiada, że po kilkudniowym zasprycowaniu wosku stan jątrznika polepszać się zdawał.

Te są obserwacje p. Heymana, które miał zręczność zrobienia i za godne zakomunikowania osądził. Wiele z nich zasługuje na uwagę, większy jednak bez porównania wzbudziłyby interes, gdyby p. Heyman dokładniejsze opisanie przesłał, są bowiem miejsca niezrozumiałe, są zdania lekarzy z wielką wiarą przyjęte, są wreszcie takie opinie zacytowane, które zbyt wielką wzbudzają wątpliwość, aby mogły należeć do ludzi, z tylu dzieł ważnych w świecie uczonym znajomych. Nie możemy jednak pominąć tego, co p. Heyman powiada, że, jeżeli z wielu względów jego obserwacje są niedostateczne, to raczej nie z własnej pochodzi przyczyny, ale ze zbiegu rozmaitych przeszkód, które w czasie odwiedzania chorych natrafiał.

Dr. Władysław JABŁONOWSKI.

Wskazania do operacji w ważniejszych cierpieniach jamy brzusznej.

Pomiędzy chorobami jamy brzusznej są trzy cierpienia, w których szczególnie często bywa potrzebna interwencja chirurga, a mianowicie: zapalne stany wyrostka robaczkowego, wrzód żołądkowo-dwunastniczy i kamica żółciowa. Poglądy na sprawę operacji w tych cierpieniach zmieniały się parokrotnie. Jeszcze w końcu ubiegłego stulecia stanowiły one prawie wyłącznie dziedzinę medycyny wewnętrznej; dzięki postępom, jakie w tym czasie poczyniła chirurgia, zaczęła ona jednak zdobywać coraz więcej pozycji i już zdawało się, że dla medycyny wewnętrznej zostało wszystko stracone. Dopiero w ostatnich czasach ta ofenzywa chirurgiczna załamała się i widzimy nawet cofanie się jej z już zdobytych stanowisk. Ze względu na wielkie znaczenie tej sprawy, omówienie jej w naszym Towarzystwie lekarskim *) zdawało mi się pożytecznem dla lekarza-praktyka.

Najmniej wątpliwości nasuwa ostre zapalenie wyrostka robaczkowego; tutaj i internista i chirurg zgodzą się co do tego, że każdy wypadek niewątpliwego zapalenia winien być operowany natychmiast, nie później, jak w przeciągu pierwszych 24—36 godzin, a to z tego względu, że nigdy nie możemy z pewnością wiedzieć, jaki będzie dalszy przebieg cierpienia. Często napad zaczyna się od tak niewinnych pozornie objawów, że nie budzi żadnych obaw, a tymczasem w dalszym przebiegu często bez żadnych widocznych powodów nastę-

puje gwałtowne pogorszenie i zabieg chirurgiczny może okazać się spóźnionym. Sam zabieg, wykonany w ciągu pierwszej doby, nie przedstawia niebezpieczeństwa większego, niż dokonany w okresie ponapadowym, przeciwnie, często bywa łatwiejszym, ponieważ nie mamy do czynienia ze zrostami, nareszcie i z tego względu, że przez operację raz nazawsze usuwamy niebezpieczeństwo nawrotów. Z drugiej jednak strony nie da się zaprzeczyć, że większość nie skomplikowanych wypadków kończy się pomyślnie przy kuracji wewnętrznej, a z tego powodu, jeżeli chodzi o chorych, u których z tych czy innych powodów operacja sama przedstawia niebezpieczeństwo, to w wypadkach, gdzie miejscowe objawy są nieznaczne, typowo zlokalizowane, tętno dobre, wymioty nie powtarzają się, wzdęcia niema, z operacją możemy się wstrzymać, ale pod warunkiem ścisłej obserwacji chorego i możliwości dokonania zabiegu w każdej chwili.

W wypadkach zaś, kiedy napad zaczyna się silnymi bólami, kiedy powtarzają się wymioty, kiedy mamy wyraźne napięcie powłok brzusznych, silną miejscową bolesność, wzdęcie brzucha i przyśpieszone tętno, należy operować bezwzględnie; należy również operować także w tych wypadkach, gdzie chociaż napad zaczyna się nie tak groźnymi objawami, lecz gdzie bolesność jest zlokalizowana nie typowo, mianowicie, w linii środkowej, lub w okolicy lędźwiowej, w tych bowiem wypadkach przebieg zwykle bywa nieprawidłowy, często następują poważne powikłania do zapalenia otrzewnej włącznie.

Nareszcie bywają wypadki, na szczęście nieczęste, kiedy napad zaczyna się dreszczami, przy badaniu znajdujemy bardzo przyśpieszone tętno, bolesność nieznaczna, chorzy znajdują się w stanie pewnego błogostanu — są to wypadki najgorsze, nawet operacja dokonana w ciągu pierwszej doby nie ratuje ich, giną bowiem oni na 3—4 dzień wśród objawów zakażenia septycznego.

Jeżeli widzimy chorego w okresie późniejszym, na 2—3 dzień po napadzie, to postępowanie nasze będzie zależało od jego stanu. Jeżeli po początkowych często nawet gwałtownych objawach, następuje pewne ich złagodzenie, tętno jest dobre, wymiotów, znacznego rozdęcia niema, ogólny stan niezły, z operacją należy się wstrzymać, jeżeli zaś złagodzenia objawów niema, a przeciwnie jest ich nasilenie, lub jeżeli po pewnej poprawie następuje pogorszenie, należy operować nie zwracając uwagi, który to jest dzień choroby, w tych bowiem wypadkach prawie zawsze mamy do czynienia ze zmianami w wyrostku o charakterze ropnym lub zgorzelinowym, które w dalszym przebiegu poważnie zagrażają życiu chorego; operacja w tych razach nie daje tak dobrych wyników, jak dokonana w okresie pierwszym, ale nie powinniśmy naszych chorych doprowadzać do stanu, kiedy operacja staje się jedynym wyjściem, bo wtedy rezultaty będą jeszcze bez porównania gorsze.

Jak widzimy z powyższego, głównem zadaniem internisty w ostrym napadzie zapalenia wyrostka będzie prawidłowe rozpoznanie cierpienia i przekazanie go w ręce chirurga, rozpoznanie zaś w większości wypadków nie przedstawia większych trudności: ból mniej lub więcej gwałtowny w typowym miejscu, objawy ze strony narządów trawienia czy to w postaci nudności, wymiotów, bie-

*) Posiedz. z 21 Marca 1928 r.

gunki czy też uporczywego zaparcia stolca, wreszcie większe lub mniejsze podniesienie ciepłoty, jest to typowy zespół, który w większości wypadków znajdujemy w przebiegu zapalenia wyrostka i przy którego obecności kardynalnym błędem będzie nie pomyśleć przedewszystkiem o tej możliwości. Naturalnie, bywają wypadki, gdzie tego lub innego objawu nie ma, ale bywa tak rzadko, i zwykle przy powtórznym badaniu jesteśmy w stanie postawić prawidłowe rozpoznanie; naogół rozpoznaje się bodaj częściej — zapalenie wyrostka, gdzie go nie ma, niż przeciwnie. Statystyka wykazuje, że w 6% rzekomo ostrego zapalenia wyrostka rozpoznanie było stawiane mylnie. Szczególnie należy być ostrożnym w wypadkach bólów w okolicy wyrostka, jakie czasami obserwujemy w przebiegu anginy u dzieci i młodych ludzi; wówczas, przy, zdawałoby się, typowych objawach, operacja nie wykazuje żadnych zmian w wyrostku. Czasami tylko znajdowano niewielką ilość płynu surowiczego w jamie brzusznej.

Chciałbym tutaj zwrócić uwagę na jeden objaw, z którym nie spotkałem się w podręcznikach. Nieliczenie się z nim może często doprowadzić do mylnego rozpoznania. Mianowicie prawie zawsze możemy skonstatować w zapaleniu wyrostka pewną równomierność w nasileniu objawów. Gdzie tej równomierności nie ma, lub są inne objawy, nie typowe dla zapalenia, tam z rozpoznaniem należy być ostrożnym.

Przypominam sobie wypadek, gdzie chora dostała gwałtownych bólów w okolicy wyrostka. Ani podniesienia ciepłoty, ani objawów ze strony narządów trawienia nie było, pomimo to rozpoznano zapalenie wyrostka — przy operacji okazała się ciąża pozamaciczna; w drugim wypadku chorą przysłano z prowincji z rozpoznaniem zapalenia w celu wykonania operacji; u tej chorej bóle były, ale nieznaczne, a ciepłota dochodziła do 39,5; prócz tego były bóle głowy. Okazało się, że to dur brzuszny. W tych dniach zwróciła się do mnie chora wprost od jednego z chirurgów, który zalecił jej natychmiast operację, ponieważ prócz bolesności znalazł silne napięcie powłok brzusznych; ani podniesienia ciepłoty, ani objawów ze strony narządów trawienia nie było; okazało się, że bóle i napięcie były pochodzenia mięśniowego i po paru dniach zupełnie ustąpiły.

Po przebytem zapaleniu wyrostka zalecamy zwykle choremu operację, żeby uchronić go od nawrotów; czy rzeczywiście nawroty te następują tak często, jak niektórzy twierdzą, z pewnością nie wiemy. Podają rozmaite liczby od 10—40%; sam nawrót w swoim przebiegu nie zawsze bywa cięższy, niż napad pierwszy; jeżeli więc chodzi o osobników starszych, że zmianami w narządach krążenia lub oddechowych, mieszkających w mieście i u których po przebytem zapaleniu wyrostka nie pozostały wyraźne zmiany — z operacją możemy się wstrzymać; również wskazane jest nie nalegać na operację u osobników, którzy przebyli ropne zapalenie i u których mamy dane do przypuszczenia obecności znacznych zrostów, a którzy nie doznają specjalnych dolegliwości; w tych bowiem wypadkach operacja często przedstawia duże techniczne trudności, a wyrostka wcale możemy nie znaleźć, ponieważ uległ on zniszczeniu.

Nie tak prosto przedstawia się sprawa w tak zwanem chronicznem zapa-

leniu wyrostka; tutaj odrazu powstaje pytanie, co pod tem mianem należy rozumieć. Z punktu widzenia klinicznego pojęcie chronicznego zapalenia wyrostka, jako jednostki chorobowej, to coś bardzo nieokreślonego, nie mamy bowiem bodaj jednego objawu, któryby był dla danego cierpienia typowym i stałym, natomiast spotykamy się stale ze zjawiskiem, że chory skarży się na bóle w okolicy wyrostka, zaburzenia w trawieniu i inne dolegliwości; robimy operację i w wyrostku nie znajdujemy albo żadnych zmian, albo zmiany tak nieznaczne, że trzeba dużo dobrej woli i sporo fantazji, żeby mózdz je postawić w przyczynowy związek z dolegliwościami chorego. Z drugiej strony przy braku jakichkolwiek skarg ze strony chorego, możemy przy operacji znaleźć zmiany w wyrostku bardzo znaczne. Jedynym mniej więcej stałym objawem przewlekłego zapalenia wyrostka jest bolesność w punkcie M. Burneya, lecz jest to objaw nader niepewny, zdarzający się bodaj częściej w innych cierpieniach, a mianowicie w „coecum mobile“, kiedy kreska przekręca się i może wywoływać przez to znaczne dolegliwości, w zapaleniu okrężnicy, skurczach jelit u osobników nerwowych, w ciągu najrozmaitszych procesów w kątnicy, u kobiet w zapalnych stanach w miednicy, w chorobach nerek, wątroby, wrzodzie żołądkowo-dwunastniczym; ból nareszcie może być pochodzenia mięśniowego lub czysto psychicznego. Nie możemy również stanąć na punkcie widzenia anatomo-patologicznym, zmiany bowiem w wyrostku spotykają się bardzo często; daleko częściej spotykamy wyrostki ze zmianami, niż wyrostki zupełnie zdrowe. Helly z S. Gallen zbadał 2341 wyrostków, usuniętych podczas operacji, z nich 720 u osób, które nie miały żadnych dolegliwości; z tych 720 tylko w 36% w wyrostkach nie było zmian, a w 64% zmiany były mniej lub więcej wyraźne.

Większość chirurgów, nie licząc się z tem, że do rozpoznania chronicznego zapalenia wyrostka nie mamy pewnych danych, często prawie nie badając chorego, a opierając się jedynie na skargach jego na bóle w dolnej części jamy brzusznej, zaleca operację. Rezultat bywa ten, że chory pozbywa się swego wyrostka, ale w więcej niż połowie wypadków pozostają mu dolegliwości. Wspomniany wyżej Helly na 1641 wyrostków, usuniętych z powodu stanu zapalnego, w 8 $\frac{1}{4}$ % nie znalazł żadnych zmian, a w 17% zmiany tylko histologiczne, które nie mogły być powodem dolegliwości chorych. Podstawą do takiego traktowania sprawy jest to, że usunięcie wyrostka dla chorego jest nieszkodliwe, sama operacja nie przedstawia niebezpieczeństwa, a usuwa niebezpieczeństwo ostrego napadu, z drugiej strony rozpoznanie pewne jest trudne, czasami wprost niemożliwe. Takie rozumowanie jest słuszne, ale tylko do pewnego stopnia, często bowiem w tych wypadkach chodzi o osoby z konstytucją psychopatyczną, dla których samo słowo „operacja“ oznacza pewien psychiczny uraz, czasami chodzi o osoby ze zmianami w narządach, gdzie operacja bynajmniej nie jest pożądaną, a głównie z tego powodu, że chory nie pozbywa się swoich dolegliwości i słusznie może mieć do nas za to pretensję. Z takim więc stanowiskiem nie można się zgodzić i z tej racji należy w każdym wypadku dążyć do mniej więcej szczegółowego rozpoznania przyczyny dolegliwości chorego. W tych

wypadkach miarodajnym winno być przede wszystkim pytanie, czy chory przeżył ostry napad lub nie, w pierwszym wypadku jest wielkie prawdopodobieństwo, że bóle i inne dolegliwości mogą rzeczywiście pochodzić od zmian w wyrostku, w drugim wypadku zaś musimy do takiego rozpoznania ustosunkować się krytycznie. Nie twierdzę bynajmniej, że chroniczny zapalny stan wyrostka nie może rozwinąć się bez ostrego napadu, może wreszcie ten napad przejść niepostrzeżenie, ale mam wrażenie, że bywa to nader rzadko. Jeżeli badanie wykaże bolesność nie tylko w okolicy wyrostka, lecz też w innych miejscach, szczególnie bolesność jelita grubego, to ta okoliczność będzie silnie przemawiała za tem, że wyrostek jest powodem dolegliwości. Jeżeli przytem chodzi o osobnika nerwowego, to takie przypuszczenie stanie się prawie pewnikiem. Oczywiście winniśmy bardzo szczegółowo zbadać wszystkie narządy jamy brzusznej. Niedawno Fraenkel w Berlinie zwrócił uwagę, że chory wyrostek pozbywa się swojej zawartości znacznie powolniej, niż zdrowy, należy może mieć na uwadze ten objaw i wogóle częściej w wątpliwych wypadkach posługiwać się Roentgenoskopją; możemy przytem otrzymać dane, pozwalające na rozpoznawanie z większą dokładnością przyczyn dolegliwości chorego i zmniejszenie w ten sposób ilości niepotrzebnych operacji. W wypadkach wątpliwych lepiej oczywiście operować; tylko należy chorego uprzedzić, że operacja usunie niebezpieczeństwo napadu, ale nie koniecznie usunie jego dolegliwości.

Przechodzę do sprawy operacji w przebiegu wrzodu żołądkowo-dwunastniczego. Przedtem kilka słów o patogenezie tego cierpienia; niestety, jest to sprawa dotychczas nie wyjaśniona, nie mamy takiej teorii (choć ich jest dużo), któraby nam bez zastrzeżeń wytłumaczyła powstawanie, rozwój i warunki uleczalności tego cierpienia, zagadnienie to pozostaje nierozwiązane; nie wiemy nawet, czy egzystuje jedyna, a pozostająca nieznaną przyczyna powstawania wrzodu, czy też cierpienie to jest wynikiem całego szeregu czynników, które mogą występować w rozmaitych kombinacjach. Wszyscy badacze zgadzają się co do tego, że sok żołądkowy dzięki swoim własnościom trawiennym, odgrywać musi tutaj wybitną rolę i, że przytem muszą zachodzić zaburzenia cyrkulacji w naczyniach błony żołądkowej, które zmniejszają jej odporność; czy zaś zmiany w naczyniach powstają wskutek przyczyn mechanicznych (tromboza, embolia, arterioskleroza), czy wskutek stanów spastycznych mięśni lub zmian w unerwieniu samych naczyń lub zmian w układzie wegetatywnym, co do tego zdania są podzielone. W ostatnich czasach Konieczny, Kowbez i inni, jako główną przyczynę wrzodu, uważają nieżyt żołądka, który bez kwestji spotyka się nader często, ale czy jest on główną przyczyną wrzodu, bynajmniej nie jest kwestją rozstrzygniętą. Boenheim i Polier przypisują zaburzeniom w gruczołach wkrwonych decydujące znaczenie, Barbaszy i Jarno znajdowali u chorych na wrzód znaczną Hypocholesterinemję, Boliut zwiększenie ph tkanek, większość uznaje znaczenie momentów konstytucjonalnych.

Najnowszy pogląd na tę sprawę jest mniej więcej taki. Do powstania wrzodu niezbędne jest usposobienie czyli konstytucja my ją będziemy rozumieć, jako dysharmonję systemu wegetatywnego w sensie Bergmana, czy jako dys-

harmonję w budowie i funkcji kapillarów (wazo - neurotyczna dyateza Müllera), czy w sensie zmiany środowiska jonów — są to już detale, faktem jest, że cierpienia to występuje przeważnie u osobników astenicznych, u wagotoników. Na gruncie tej dyatezy, pod wpływem czynników zewnętrznych, które u osobników zdrowych nie są w stanie wywołać żadnego odczynu, tutaj powstają zmiany w błonie śluzowej w postaci nieżyty; nieżyt ze swej strony wywołuje dalsze zmiany wskutek podrażnienia nerwów i skurczów mięśni gładkich (stadium praeulcerosum); w dalszym przebiegu cierpienia wskutek zaburzeń w cyrkulacji i martwicy częściowej błony pod działaniem soku żołądkowego może powstać wrzód. Z punktu widzenia klinicznego teoria ta może najlepiej tłumaczyć nam powstanie i rozwój tego cierpienia.

Jeżeli przyjmujemy tę teorię, to sam wrzód żołądka będzie tylko jednym z objawów, co prawda najważniejszym, choroby, nie zaś samą chorobą, usunięcie więc chirurgiczne wrzodu nie usunie samej choroby, lecz najwyżej jeden z jej objawów. Ale nie tylko pod wpływem powyższej teorii w ostatnich latach nastąpił wyraźny zwrot nawet u zapalonych zwolenników chirurgicznego leczenia wrzodu, bo także fakta kliniczne nie dały tych wyników, jakich początkowo się spodziewano, rezultaty okazały się w każdym razie nie lepsze, niż przy kuracji wewnętrznej, a tymczasem sam zabieg, jako taki, daje nie mały odsetek śmiertelności i często powikłanie bardzo dla chorych uciążliwe. Chociaż nie można polegać jedynie na statystyce, jednakże niektóre z nich są bardzo wymowne: Kutner na przykład, podaje, że ze 102 chorych na wrzód żołądka, których on operował i których przez dłuższy czas mógł obserwować, tylko 25 czuło się zupełnie dobrze, u 77 zaś dolegliwości wystąpiły z powrotem.

Jak wiadomo, doniedawna, a niektórzy chirurdzy także obecnie jeszcze w przypadkach wrzodów żołądkowo-dwunastniczych wykonują przeważnie gastroenterostomię — zabieg, o którym Pribram się wyraził, że jest to skok w ciemność (ein Sprung ins Dunkle), bo w rzeczywistości nigdy z pewnością przy tym zabiegu nie wiemy, co z niego dla chorego wyniknie, a często wynikają komplikacje nader dlań ciężkie, przede wszystkim „Ulcus pepticum jejuni“, komplikacja dosyć częsta. Singer podaje jej częstość na 13%, Lewinson nawet na 34%, Holberer na 25%. Główny cel operacji nie zawsze zostaje osiągnięty, bo anastomoza często funkcjonuje źle, pokarmy przechodzą i przez oddźwiernik; pomimo operacji wrzód trwa dalej, wskutek tego częste krwawienia (od 7% do 10%). Wobec powyższych braków większość chirurgów obecnie wykonuje gastroenterostomię tylko w razie zwiężenia oddźwiernika i w tych wypadkach, gdzie ryzyko operacji jest zbyt wielkie ze względu na trudności techniczne lub ogólny stan chorego. Jednak resekcja żołądka jest to zabieg dla chorego bardzo poważny, dający do 10% śmiertelności, pozbawiający chorego większej części, czasami do $\frac{3}{4}$, tak ważnego narządu, jak żołądek. To wywołuje często bardzo przykre dolegliwości, pochodzące z utraty zdolności żołądka do sortowania pokarmów, dzięki czemu chory po jedzeniu odczuwa ciśnienie w żołądku, pełność. Występują wymioty i pacjent cierpi więcej, niż przed operacją. Ostatecznie także i resekcja nie leczy go raz nazawsze, nawroty i wtedy bywają;

komplikacje w postaci „ulcus pepticum jejuni”, chociaż rzadziej, niż po gastroenterostomji, również się zdarzają. Nic więc dziwnego, że większość internistów czuje niechęć do chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka, ale niestety bez niego nie możemy się obejść, bo bywają wypadki nawet dosyć liczne, gdzie medycyna wewnętrzna nic niema do zrobienia i gdzie pomoc chirurga jest konieczną. Winniśmy więc przestrzegać ściśle tej zasady, że operować należy tylko w tych wypadkach, kiedy kuracja wewnętrzna prawidłowo zastosowana i przeprowadzona nie usuwa cierpienia, lub tam, gdzie po wrzodzie ewentualnie zagojenym powstają w żołądku organiczne zmiany, które wywołują znaczne dolegliwości, a które nie ustępują pod wpływem środków wewnętrznych. Należy więc operować: 1) przy ostrej perforacji. Jeżeli jesteśmy w stanie dokonać operacji w przeciągu pierwszych 12 godzin, możemy uratować do 70% chorych, już po 12—24 odsetek ten spada do 40%, a po 24 do 20—12%; 2) przy ostrym krwotoku. Jeżeli krwotok pomimo zastosowania odpowiedniej kuracji trwa nadal, tętno staje miękkie, ilość ciałek czerwone spada, dalej jak do 3 dnia czekać nie należy. Również przy krwotokach często się powtarzających, uporczywych, zmuszeni jesteśmy operować; 3) w wypadkach zwężenia odźwiernika, gdzie mamy objawy stałej zastoiny, stałej hypersekcji, gdzie zastosowana kuracja wewnętrzna nie zmienia obrazu klinicznego, ani radioskopijnego, operacja jest niezbędna; 4) również należy operować też w razie innych deformacji żołądka, jako skutków wrzodu, jeżeli te zniekształcenia wywołują znaczne dolegliwości; 5) w wypadkach wrzodu przenikającego (ulcus penetrans), który daje wyraźne objawy kliniczne i radioskopijne, kiedy zachodzi obawa pogorszenia, z operacją nie należy bardzo zwlekać; 6) przy „ulcus pepticum jejuni” kuracja wewnętrzna tylko w wyjątkowych wypadkach daje wynik dodatni. Prawie zawsze jesteśmy zmuszeni operować; 7) bywają wypadki wrzodu szczególnie uporczywe: u tych chorych stosowano i przeprowadzano już staranne leczenie, pacjent ściśle wykonywał nasze zlecenia, a pomimo to bóle nie ustępują, wymioty i krwawienia powtarzają się, odżywienie jest niedostateczne i stan ogólny się pogarsza. W tych uporczywych wypadkach nie pozostaje nic innego, jak operować, ale z operacją nie należy śpieszyć, trzeba tu parokrotnie przeprowadzić najściślejszą kurację, nim zdecydujemy się na operację, ponieważ właśnie w takich razach, także operacja nie daje dobrych wyników. Występują nawroty wrzodu, zmuszeni jesteśmy operować powtórnie i w końcu chorzy giną; 8) w wypadkach wrzodu, kiedy mamy dane przypuszczać, że wrzód przechodzi w zwyrodnienie złośliwe; 9) Bywają nareszcie wypadki wrzodu, które mogą być wyleczone środkami wewnętrznymi, ale chorzy nie są w stanie ze względów socjalnych przeprowadzić odpowiedniej kuracji. W tych wypadkach, w naszych warunkach niestety dosyć licznych, częściej będziemy zmuszeni zastosować operację — nawet bez wyżej przytoczonych wskazań.

U osobników młodych z wyraźną konstytucją neuropatyczną, u osobników skłonnych do biegunek, z nieżytami jelit z operacją należy być szczególnie wstrzeźliwym, bo zwykle w tych wypadkach dobrych wyników ona nie daje.

Co się tyczy czasu operacji, to nie należy operować, jeżeli do tego nie mamy specjalnych wskazań, w okresie krwawienia, lub w czasie obostrzenia wrzodu, lepiej wczekać okresu spokoju.

Przechodzę wreszcie do ostatniej sprawy — kamicy żółciowej.

Jeszcze w roku 1913 znakomity chirurg i znawca tego cierpienia Kehr powiedział, że niema choroby kamicy żółciowej, lecz jest tylko infekcja dróg żółciowych, dzięki której powstają kamienie. Jednakże, badania ostatnich lat, szczególnie szkoły francuskiej, każą inaczej zapatrywać się na tę sprawę. Według tych badań, istotną przyczyną cierpienia jest „hypercholesterinaemia”, która powstaje wskutek swoistej niedomogi komórek wątrobowych do wytwarzania z cholesterolu żółcianów. To prowadzi do nagromadzania się w żółci cholesterolu i do wypadania jej w postaci białokamieni niezdolnych do ponownego rozpuszczania się. Teoria ta ma wiele danych za sobą i ona najlepiej tłumaczy nam patogenezę tego cierpienia, jednakże nie tłumaczy wszystkiego, tak że obok tej skazy należy liczyć się jeszcze z dwoma czynnikami, mianowicie zastojem żółci i zakażeniem dróg żółciowych — skojarzenie tych czynników może nam wytłumaczyć wszystkie zjawiska w kamicy żółciowej. Czy każdy z tych czynników z osobna może wywołać kamice, to jest rzeczą wątpliwą, w każdym razie bez skazy czyli usposobienia, ani zastój żółci, ani stan zapalny dróg żółciowych kamicy wywołać nie mogą. Chodzi więc też w kamicy żółciowej podobnie, jak we wrzodzie żołądka, o skazę konstytucyjną, na którą tu i tam nóż chirurga nic nie może zaradzić. Jednakże przy operacji kamicy należy brać pod uwagę pewne momenty, które każą nieco inaczej zapatrywać się na tę sprawę, a mianowicie: chociaż w kamicy żółciowej kamienie są tylko jednym z objawów skazy, to przecie jedynym dla chorego uciążliwym objawem, a już sama ich obecność może wywoływać tak poważne zaburzenia, że usunięcie ich równa się uleczeniu chorego. Następnie, w przeciwieństwie do wrzodu, w samej operacji leży wielka różnica: pozbawienie chorego żołądka nie jest jednoczynnikiem z usunięciem pęcherzyka żółciowego, który jest wprawdzie potrzebny, ale bez którego chorzy mogą doskonale się obywać. Operacja w wypadkach niezapuszczonych i nieskomplikowanych, a w rękach doświadczanego chirurga daje minimalny odsetek śmiertelności.

Przy rozstrzygnięciu więc sprawy operacji w kamicy żółciowej nie będziemy tak powściągliwi, jak przy wrzodzie żołądka, a to tembardziej, że nadzwyczaj ważną sprawą jest, kiedy będziemy operować: im dłużej z operacją będziemy zwlekać, tem ona będzie trudniejszą i dla chorego niebezpieczniejszą. Niebezpieczeństwo zależy przede wszystkim od tego, czy będziemy operować podczas napadu (żółtaczką, stan gorączkowy) lub w stanie spokoju. Z nowych statystyk przytoczę statystykę Kielskiej chirurgicznej kliniki. Na 464 wypadki, operowane w stanie spokoju, było 1,7% wypadków śmiertelnych, zaś na 248 operowanych podczas napadu, było 18% wypadków śmiertelnych; wiek chorych odgrywa ogromną rolę u osób operowanych podczas napadu. Ze statystyki tej widzimy, jak ważną jest sprawa, żeby nie doprowadzać chorych do tego stanu, kiedy operacja staje się konieczną, kiedy nastąpiły powikłania,

a cierpienie przestało być miejscowym, w tych bowiem wypadkach nawet po szczęśliwie przebytej operacji pozostają rozmaite dolegliwości, z jakimi nie spotykamy się u chorych, operowanych w okresach wczesnych. Wobec powyższego niektórzy chirurdzy są zwolennikami operacji wczesnej, czyli wymagają, by każdy wypadek niewątpliwiej kamicy był operowany po jego rozpoznaniu. Takie stanowisko jest bez wątpienia zbyt radykalne i w praktyce nie da się przeprowadzić chociażby z tego względu, że tylko drobna część chorych z lek-
kimi atakami usłucha naszej rady i podda się operacji, większość prędzej zwróci się do znachorów; prócz tego wiemy przecie, że kamica jest chorobą nader częstą, u nas przynajmniej $\frac{1}{4}$ kobiet ma kamice, ale z tej ilości tylko w 5 — 10% wypadków następują napady, które w większości przeważnej kończą się pomyślnie przy kuracji wewnętrznej. Chorzy często do końca życia pozostają zdrowymi. Niekrórcy klinicyści, szczególnie Umber, odrzucają takie stanowisko także jeszcze z tego względu, że po operacji często (do 40%) następują nawroty. Osobiście miałem sporo operowanych wypadków, które obserwuję już od dłuższego czasu, a nie mam wrażenia, żeby nawroty występowały nawet w przybliżeniu tak często. Rzeczywiście widujemy u chorych po operacji najrozmaitsze dolegliwości i to dosyć często ale zależą one nie od rzeczywistych nawrotów, tylko od całego szeregu innych przyczyn, a mianowicie: od nierozpoznanych lub przeoczonych chorób innych narządów (wrzód żołądka, kamica nerkowa, zapalne stany wyrostka robaczkowego), od zmian zapalnych, czy to dróg żółciowych, czy narządów sąsiednich, których operacja nie jest już w stanie usunąć, a bodaj najczęściej miewają źródło w nerwowej cholecystopatii. Jad wiadomo, żółć wydziela się do dwunastnicy w pewnych odstępach, a to wskutek tego, że przewód żółciowy przy swoim ujściu zamyka się zwieraczem (Sphincter O); taki sam aparat mięśniowy posiada pęcherzyk żółciowy; aparaty są unerwione przez nerw sympatyczny i współczulny i działają jako antagoniści—przy skurczu aparatu pęcherzyka następuje rozkurcz zwieracza Oddiego i odwrotnie, Od równowagi między nerwem sympatycznym i współczulnym zależy prawidłowe działanie tych aparatów mięśniowych i co zatem idzie—prawidłowe wydzielanie się żółci do dwunastnicy. W zaburzeniach tej równowagi mogą występować skurcze i pęcherzyka i zwieracza Oddiego i wskutek tego ataki do złudzenia podobne do ataków w kamicy żółciowej. Takie zaburzenia bywają szczególnie częste po operacji kamicy żółciowej, ale spotykają się też nieraz u osobników nerwowych i bez operacji. Sam kilkakrotnie miałem wypadki, gdzie zdawało się, nie było wątpliwości, że mamy do czynienia z kamica, tak wypadki były typowe i na tyle dokuczliwe, że chore poddały się operacji, podczas której jednak żadnych zmian ani w pęcherzyku, ani w drogach żółciowych nie znaleziono. Przy rozpoznaniu kamicy należy na ten objaw zwracać większą, niż dotychczas uwagę, żeby uniknąć niepotrzebnej operacji.

Biorąc wszystko to pod uwagę, nie należy być w sprawie operacji kamicy ani zbyt konserwatywnym, ani zbyt radykalnym, lecz indywidualizować, wychodząc z zasady, że operować trzeba tam, gdzie cierpienie przestaje być miejsco-

wem i daje powikłania. W tych wypadkach zaś z operacją nie należy zbyt zwlekać.

Wszystkie wypadki, w których wskazana jest operacja, możemy podzielić na 3 grupy:

- 1) wypadki, kiedy operować należy niezwłocznie,
- 2) wypadki, kiedy operacja jest konieczną, ale z jej wykonaniem możemy poczekać czas pewien,

- 3) wypadki, kiedy operacja jest wskazaną i celową, ale nie jest konieczną.

Do grupy pierwszej należą przede wszystkim wypadki ostrego ciężkiego zapalenia woreczka, które zaczynają się dreszczami, przebiegają z silnymi bólami, z objawami podrażnienia otrzewnej, dają wyraźne napięcie powłok brzusznych, w tych bowiem wypadkach w pierwotnie niezmiennym pęcherzyku często potem powstają zmiany o charakterze zgorzeli, które prowadzą do jego perforacji. Przy mniej ciężkich i groźnych objawach z operacją możemy się wstrzymać do czasu przejścia ostrych zapalnych objawów, ale pod warunkiem ścisłej obserwacji chorego.

Do tej samej grupy należą wypadki empyemy woreczka z wysoką temperaturą i objawami podrażnienia otrzewnej. Chociaż w tych wypadkach niebezpieczeństwo operacji jest mniejsze, z operacją nie należy zwlekać, ponieważ operacja w okresach późniejszych daje wyniki gorsze.

Nareszcie w wypadkach zamknięcia kamieniem światła przewodu żółciowego, kiedy dołączają się do tego objawy cholangityczne (żółtaczka, wysoka temperatura, dreszcze, bolesna i powiększona wątroba). W tych wypadkach nawet wczesna operacja daje do 20% śmiertelności, a w okresach późniejszych do 50% i więcej, lecz bez operacji takie wypadki giną wszystkie bez wyjątku.

Do grupy drugiej, kiedy z operacją możemy pewien czas czekać, należą wypadki zamknięcia przewodu bez objawów zakażenia dróg żółciowych; wtedy możliwe przejście kamienia bez operacji, więc możemy z nią się wstrzymać, jednakże czekać dłużej, jak 3 tygodnie, nie należy; kamień, który w tym czasie nie przeszedł, najprawdopodobniej samodzielnie nie przejdzie, a z każdym dniem wzrasta niebezpieczeństwo dżety krwotocznej.

Do grupy ostatniej, gdzie operacja jest wskazaną, ale nie konieczną, należą wypadki chronicznego cholecystytu i pericholecystytu o przebiegu łagodnym, bez objawów zakażenia dróg żółciowych, bez podrażnienia otrzewnej; dalej wypadki, gdzie czy to na mocy obserwacji chorego, czy badania roentgenologicznego mamy powody przypuszczać większe zmiany anatomiczne, czy to w pęcherzyku, czy w przewodach żółciowych, czy nareszcie takie wypadki, kiedy ataki powtarzają się zbyt często, są zbyt silne, odbierają choremu chęć do życia i odbijają się na jego zdolności do pracy.

O ile w wypadkach pierwszej i drugiej grupy decyzja co do operacji jest łatwą, to w wypadkach ostatniej grupy często jest bardzo trudną; większość ich bowiem kończy się pomyślnie przy kuracji wewnętrznej, ale pewna część przybiera przebieg niepomyślny, a wówczas operacja staje się konieczną, ale w warunkach dla chorego dużo gorszych. Z drugiej strony często w tych wypad-

kach chodzi o osoby ze zmianami w narządach krążenia, gdzie operacja nawet w okresach wczesnych daje często wyniki niepomyślne, w takich więc wypadkach operacja tylko wtedy wskazana, kiedy jest konieczną. Należy wtedy po szczegółowym zbadaniu chorego dobrze zważyć wszystkie za i przeciw, a w razie wątpliwości poddać go badaniu klinicznemu.

Ze Szpitala Miejskiego Żydowskiego w Wilnie. (Lekarz Naczelny Dr. A. Wirszubski).

Insulina a schorzenia wątroby.

Dr. ALEKSANDER KAPŁAN.

Terapia insulinowa, wykraczając z każdym dniem coraz więcej z zakresu pierwotnie należącej do niej dziedziny cukrzycy, w ostatnich czasach zdobywa nową pozycję — w patologii wątroby. Opierając się na danych, które się ukazały w piśmiennictwie, a pochodzących z poważnych klinik, przystąpiłem wspólnie z d-rem Bużańskim w Szpitalu Miejskim Żydowskim do przeprowadzenia leczenia insuliną schorzeń wątroby z żółtaczką. Przytem w doborze metodyki do swych badań wychodziłem z założenia, że sam przez się wynik leczenia insuliną jeszcze nie jest miarodajnym dla oceny tej metody: przecież bowiem znaczna część przypadków żółtaczki nieżytowej, oraz lekkiego zapalenia wątroby, przebiega nieraz tak łagodnie, że przy każdym innym sposobie leczenia, a nawet przy zupełnym braku leczenia, może nastąpić poprawa, zwłaszcza gdy chory zmienia niepomyślne warunki pobytu w domu na bardziej odpowiedni tryb życia szpitalnego. To też z tej racji postanowiłem jako materiał do badania obrać wyłącznie sprawy dość ciężkie — sprawy, w których procesem chorobowym objęte są nie tylko drogi żółciowe, lecz też sam miąższ wątroby, a więc — t. zw. „hepatity”, bądź to samoistne, [bądź] wnikające inne sprawy chorobowe; postanowiłem również podzielić cały czas obserwacji na poszczególne okresy: w jednym okresie przeprowadza się leczenie insuliną, w drugim — inny sposób leczenia, w trzecim — sprawę pozostawia się samej sobie i t. d. Jedynie w taki sposób można, moim zdaniem, otrzymać dane miarodajne, aby sądzić o wyższości terapii insulinowej w porównaniu z innymi sposobami leczenia, jako też z biernym traktowaniem choroby. Przed i po zastosowaniu każdego sposobu leczenia stan chorego określa się za pomocą dokładnego klinicznego badania; ze szczególną uwagą przytem obserwuje się dynamikę żółci w organizmie, a w tym celu dokonywa się równocześnie badania krwi, moczu i soku dwunastnicy na zawartość bilirubiny, oraz moczu i kału — na urobilinę; wyniki tych badań bierze się za podstawę do oceny porównawczej zastosowanych sposobów leczenia, w tej liczbie — terapii insulinowej.

Pierwszy przypadek, w którym przeprowadziłem leczenie insuliną z zachowaniem wszystkich wspomnianych zastrzeżeń co do metodyki, dotyczył chorego C. z ciężką żółtaczką nieżytową, powikłaną rozlanem zapaleniem wątroby.

Ponieważ chory, o którym mowa, już był przezemnie demonstrowany na posiedzeniu Związku Lekarzy Szpitalnych przed kilkoma tygodniami, ograniczę się więc obecnie do przytoczenia wyników tylko jednego z licznych badań, wykonanych u chorego, za które poczuwam się do obowiązku wyrazić na tem miejscu podziękowanie kierownikowi laboratorium szpitala, d-rowi Gelmanowi. Jest to badanie krwi na zawartość bilirubiny, które uważam za najbardziej ścisły i przekonywający sprawdzian obiektywnego stanu rzeczy w przebiegu żółtaczkowego schorzenia wątroby. Otóż to badanie wykazało, że po każdym okresie stosowania insuliny występowało tak wybitne zmniejszenie współczynnika bilirubinowego we krwi, jakiego nie spostrzegaliśmy po okresach stosowania innych metod leczenia, a tem bardziej — po kilkudniowym pozostawieniu sprawy samej sobie, po czem ilość bilirubiny nawet znacznie się podnosiła. Jest godną zaznaczenia ta równomierność, z jaką spadała zawartość bilirubiny w różnych okresach leczenia insuliną: w pierwszym okresie, od 20-go do 23-go marca, współczynnik bilirubiny we krwi, określony metodą Herzfelda, spadł z 800 do 640 w drugim okresie, od 10 do 15 kwietnia, z 480 do 280 w trzecim — od 24 do 29 kwietnia — z 400 do 200 a więc przeciętne spadanie ilości bilirubiny we krwi wynosiło stale od 40 do 50 dziennie przy codziennej dawce od 20 do 40 jednostek angielskiej insuliny Brand.

Oczywiście nie będę wysnuwał decydujących wniosków, ani robił oceny nowej metody leczniczej na podstawie tylko jednego obserwowanego przypadku; postaram się uczynić to później, o ile mi się uda zebrać dostateczny dla tego celu materiał; dziś tylko ograniczę się do wyłożenia ogólnej teoretycznej części problemu zastosowania insuliny w schorzeniach wątroby.

W 1924 roku Richter¹⁾, a po nim cały szereg innych badaczy opublikowali spostrzeżenia o wpływie insuliny na chorą wątrobę. Najbardziej jaskrawy efekt otrzymano w przebiegu rozlanych miąższowych schorzeń wątroby — Icterus catarrhalis, Hepatitis luetica, Carcinoma hepatis, Hepatitis hypertrophica i inne. Prawie we wszystkich wypadkach zauważono zmniejszenie albo stopniowe znikanie żółtaczki i tych objawów, które powoduje obecność żółci we krwi, a przede wszystkim — swędzenia. Poprawa ujawniała się nawet tam, gdzie żółtaczka trzymała się dość długo — czasami wiele miesięcy. W ten sposób do terapii żółtaczek pochodzenia wątrobowego została włączona zupełnie nowa metoda biologiczna.

Co się tyczy sposobu stosowania, to podczas gdy Richter stosował z powodzeniem małe dawki 10—12 jednostek dziennie, a Elias nawet tylko od 8 do 14 jednostek, późniejsi autorzy przeszli do większych dawek, a w ostatniej pracy Kleina²⁾ wspomina się już o dawkach od 80 do 100 jednostek dziennie. Nieodzownym warunkiem jest jednoczesne podawanie z pokarmem większych ilości węglowodanów; lecz nawet i w tym wypadku łatwo może nastąpić stan hypoglykemji, i dlatego też stosuje się wlewanie glukozy. Czas trwania leczenia — od kilku dni w lekkich przypadkach do wielu tygodni w wypadkach za-

¹⁾ Med. Klin. 1924, Nr. 24.

²⁾ Klin. Woch. 1927, Nr. 4.

niedbanych, ciężkich, kiedy leczenie insuliną zaczyna się już po dłuższym trwaniu żółtaczk.

Otóż insulina jest w stanie wywrzeć wpływ na kardynalny objaw w schorzeniach wątroby — mianowicie na żółtaczkę. Jakiemi drogami odbywa się to działanie, jaki jest jego mechanizm? Aby dać odpowiedź na to pytanie, należy wspomnieć szereg faktów, zebranych przez eksperymentalną i kliniczną medycynę co do działania insuliny na organizm ludzki. Ze zrozumiałych przyczyn najbardziej bogaty i skrupulatnie opracowany materiał pochodzi od badaczy którzy poświęcili swoją uwagę tej dziedzinie patologii, dla której insulina jest sprawą najbardziej żywotną — mianowicie cukrzycy. Lecz zagadnienie — insulina a cukrzyca — ściśle biorąc, nie wschodzi w zakres dzisiejszego tematu, ograniczę się więc do tego, że wspomnę jedynie kilka punktów zasadniczych: jakkolwiekby były niezupełne, a nawet różnorodne rezultaty badań co do mechanizmu działania insuliny w cukrzycy, można jednak uważać za rzecz ustaloną, że w tym mechanizmie najbardziej istotnym momentem jest wpływ insuliny na wątrobę, a mianowicie — na przemianę w niej węglowodanów w sensie zwiększenia syntezy glikogenu i ograniczenia jego rozkładu. Następnym etapem jest przemiana materii wewnątrz-komórkowa: wzmożenie zdolności asymilacyjnej komórek przede wszystkim w stosunku do węglowodanów i wody, ale w pewnym stopniu i do białka, tłuszczu i soli. To wzmożenie odbywa się widocznie drogą zwiększenia przepuszczalności (perméabilité)³⁾ otoczki komórek. Wpływ insuliny na procesy oksydacyjne w samej komórce prawdopodobnie nie odgrywa tu większej roli, ponieważ dowiedziono, iż podawanie insuliny prawie nie zmienia współczynnika oddechowego, który służy jako wskaźnik intensywności procesów spalania w ustroju.

Otóż więc same przestudjowanie mechanizmu działania insuliny w cukrzycy doprowadziło do uznania wątroby, za główne miejsce zaczepne tego działania. Dalsze potwierdzenie znajdujemy w pracach Eliasa,⁴⁾ któremu się udało za pomocą insuliny wstrzymać wymioty w różnych stanach intoksykacyjnych. Przytem okazało się, że ani na wymioty, wywołane zastrzykiem apomorfiny — więc pochodzenia centralnego mózgowego, ani na wymioty, spowodowane podawaniem siarczanu miedzi, więc pochodzące z podrażnienia błony śluzowej żołądka, insulina żadnego wpływu nie miała. Stąd jasny wniosek, że jej działanie przeciwwymiotne można objaśnić li tylko zmianą samych produktów toksycznych, wywołujących wymioty, a taka zmiana może mieć miejsce właśnie w wątrobie. Następnie Bambergerowi⁵⁾ w jednym wypadku otrucia fosforem, podczas którego wystąpiły już groźne objawy intoksykacji pochodzenia wątrobowego, udało się za pomocą glukozoinsulinowej terapii nie tylko zatrzymać dalszy rozpad mięszu wątroby, lecz też zupełnie przywrócić jej wydolność funkcjonalną. Wszystkie te obserwacje pozwalają na wniosek o jakimś bodźcu, wzmagającym antytoksyczne własności komórki wątrobowej pod wpływem dzia-

łania na nią insuliny. Ale jakże przyczynowo powiązać to działanie z wiadomym już nam przeciwwółtaczkowym działaniem insuliny? Czy podlegają oba te działania jednemu wspólnemu mechanizmowi, i na czym polega jego istota biologiczna?

Jako jedno z ogniw w łańcuchu myśli wyjaśniających, mogą tutaj posłużyć niezmiernie ciekawe doświadczenia słynnego patologa Rudolfa Jaffégo⁶⁾ z roku ubiegłego. Jaffé oparł się na tym fakcie, że przy niedokrewności złośliwej barwnik, zawierający żelazo, gromadzi się w komórkach wątroby, podczas gdy tam, gdzie tej choroby niema, udaje się drogą eksperymentalną nagromadzić ten barwnik tylko w komórkach tkanki śródbłonkowo-siateczkowej, więc też w komórkach gwiaździstych Kupfera w wątrobie, lecz bynajmniej nie w jej elementach mięszowych. Według Jaffégo tłumaczy się to tem, że toksyny złośliwej niedokrewności wzmagają przepuszczalność komórek wątroby i ułatwiają w ten sposób przenikanie do komórki barwnika, zawierającego żelazo. Dlatego Jaffé próbował otrzymać podobne wzmożenie przepuszczalności, działając na wątrobę niektórymi jadami wątrobowymi; i rzeczywiście, u zwierząt, traktowanych w podobny sposób, udawało się stwierdzić po odżywianiu żelazem obfite odkładanie się tegoż w mięszu wątroby. Lecz najciekawsze jest to, że taka wątroba, jakby naładowana żelazem, okazała się dziwnie odporną w stosunku do trucizn wątrobowych. Tak na przykład w stosunku do chloroformu odporność jej zwiększyła się 12 razy! Ta sama ilość chloroformu, która doprowadziła w wątrobie normalnego zwierzęcia do ciężkich zaburzeń nekrotycznych, nie wywołała u doświadczalnego zwierzęcia, traktowanego metodą Jaffégo, najmniejszych nawet śladów nekrozy! Lecz jeśli takie podniesienie biologicznych własności komórek mięszowych wątroby może być spowodowane przez nasycenie ich żelazem, to czyż nie ma racji oczekiwać jeszcze większego podniesienia pod wpływem nasycenia ich glikogenem, tym naturalnym biologicznym ingredientem komórki wątrobowej?

Oto jest bieg myśli, który nas prowadzi do zrozumienia mechanizmu działania insuliny na chorą wątrobę. Przecie jeszcze stare badania Pflügera wykazały, że między stopniem „vitalité” i funkcjonalnej energii komórki wątrobowej z jednej strony, a jej nasyceniem glikogenem z drugiej istnieje ścisły związek przyczynowy. Charakterystyczne jest to, że ta koncepcja, wysunięta jeszcze w epoce przedinsulinowej, znalazła sobie nowe, a dobitne potwierdzenie w ostatnich pracach Kleina⁷⁾ z kliniki praskiej, któremu przypada zasługa eksperymentalnego i klinicznego opracowania zagadnienia o wpływie insuliny na biologiczne procesy w wątrobie. Wpływ ten, okazuje się, jest wielce różnorodnym; po zastosowaniu insuliny u chorych na wątrobę daje się zauważyć zatrzymanie w organizmie azotu (pozytywny bilans azotowy), w znacznej większości wypadków — również zwiększenie zasobów alkali, co jest szczególnie znamienne ze względu na to, że u takich chorych mamy często kwasicę.

³⁾ Wichmann, Münch. med. Woch. 1927, Nr. 34.

⁴⁾ Med. Klin. 1927, Nr. 33, S. 1283.

⁵⁾ Deutsch. med. Woch. 1927, Nr. 40.

⁶⁾ Med. Klin. 1928, Nr. 3, S. 116.

⁷⁾ Zeitschr. f. Klin. Medizin 1926, B. 102; Klin. Woch. 1928, Nr. 4.

Wreszcie zawartość bilirubiny we krwi we wszystkich trzech wypadkach, zbadanych przez Kleina, znacznie spadała po każdym zastrzyku insuliny.

Otóż możemy przyjąć w mechanizmie działania insuliny na schorzałą wątrobę wzmożenie syntezy, a szczególnie—ograniczenie rozchodu glikogenu—za pierwotny i zasadniczy proces, wzmagający energję życiową w ocalałych częściach miąższu wątroby i prowadzący za sobą odnowienie i podwyższenie wszystkich funkcji tego narządu w całości. Z tem zgadzają się też dawne spostrzeżenia o pożytku karmienia chorych wątrobowych wielką ilością węglowodanów, a zwłaszcza cukru gronowego.

A więc niewątpliwie w schorzeniach wątroby leczenie insuliną nie tylko daje symptomatyczne polepszenie, lecz wprowadza jawny plus w bilans biologiczny tego narządu. Samo przez się nasuwa się tutaj porównanie insuliny z syntaliny, niedawno zaproponowaną jako środek zastępczy insuliny, podawany doustnie. Jednakże syntalina nie może rościć sobie pretensji do roli takiego zastępstwa gdyż jej działanie na wątrobę jest wręcz odwrotne do działania insuliny: jeśli ta ostatnia uzdrowia schorzałą wątrobę, to syntalina upośledza zdrową. Właściwie syntalina winna zostać zupełnie wykluczona z arsenału leczniczego po tej wysoce nieprzychylnej charakterystyce, jaką dał jej tak poważny badacz, jak prof. Staub⁸⁾. Staub dowiódł, że syntalina jest prawdziwym jadem komórkowym, upośledzającym funkcję oddechową komórki; zmniejszenie zaś pod jej wpływem cukru we krwi jest właśnie wynikiem tego upośledzenia, gdyż organizm dąży do wyrównania produkcyj energii, brakującej mu wskutek obniżenia oksydacyjnej funkcji komórek, za pomocą przemiany cukru na kwas mlekowy. Co do stosowania syntaliny w lecznictwie, to oświadcza Staub kategorycznie: „Dziś już nie możemy z czystym sumieniem kontynuować tego eksperymentu”. Ponieważ nawet po opublikowaniu pracy Stauba jednak jeszcze nie milkną głosy apologetów syntaliny, np. prof. Tranka⁹⁾ we Wrocławiu, nabierają szczególnego znaczenia doskonałe badania nad syntaliną polskiego uczonego Hornunga¹⁰⁾ z Zakładu Ogólnej i Eksperymentalnej Patologii we Lwowie, opublikowane w jednym z ostatnich zeszytów „Klinische Wochenschrift”. Oto są wnioski Hornunga w streszczeniu: 1) Syntalina jest nie obojętną, lecz raczej szkodliwą dla organizmu zwierzęcego; 2) toksyczne objawy, wywołane wpływem syntaliny, są spowodowane uszkodzeniem wątroby; 3) przy długo trwałym stosowaniu syntaliny zachodzą nie funkcjonalne, lecz anatomiczne (degeneracyjne) zmiany wątroby.

⁸⁾ Verh. d. Ges. f. Verd. — u. Stoffw. Krkh. 1927, Leipzig, G. Thieme.

⁹⁾ Med. Klin. 1928, Nr. 15, 16.

¹⁰⁾ Klin. Woch. 1928, Nr. 2.

Prof. J. MUSZYŃSKI (Wilno).

Głóg (*Crataegus*) nowy nieszkodliwy środek nasercowy.

(niem. Weissdorn, fr. aubépine, ang. Hawthorn)

Liście, kwiaty i owoce głogu były od dawien dawna stosowane w medycynie ludowej środkowo-europejskiej, jako łagodne leki przeciwbiegunkowe i wzmacniające.

G. Dragendorff cytuje w swem dziele — *Die Heilpflanzen der verschiedenen Völker und Zeiten* (1898 str. 273) cztery europejskie gatunki głogu, mianowicie *Crataegus oxycantha* L. *Cr. monogyna* Jacq., *Cr. pyracantha* Pers., *Cr. Azarolus* L. wskazując na ich działanie przeciwbiegunkowe. Tę właściwość posiadają liczne rośliny należące, podobnie jak głóg; do rodziny różowatych (*Rosaceae*),—rodziny bogatej w związki garbnikowe i floroglucydowe, a ubogiej w alkaloidy. Lud nasz stosuje przy biegunkach i katarach kiszek następujące surowce krajowe z rodz. *Rosaceae*: *Rhizoma Tormentillae*, *Rhizoma Caryophyllatae*, *Herba Fragariae*, *Herba Pentaphylli*, *Herba Anserinae*, *Rhizoma Sanguisorbae*, *Herba Alchemillae*, *Rad. Filipendulae*, *Rhizoma Comari*.

Leki te oprócz łagodnego ściągającego działania, zależnego od obecności związków garbnikowych, posiadają nieraz jeszcze osobliwe bliżej dotychczas farmakologicznie niezbadane działanie metaboliczne, mianowicie zwiększają sekrecję soków trawiennych, wzmagają diurezę i ułatwiają wydzielanie moczników. Niektóre z nich przeto, jak ziele i owoce poziomek (*Herba et fructus Fragariae*), ziele pięciornika srebrnolistnego (*Potentilla argentea*), liście malin i jeżyn (*Folia Rubi Idaei*, *Folia Rubi vulgaris*) stosowane są z powodzeniem przeciwko kamicy nerkowej i dniewi.

W moich badaniach polskich leków ludowych natrafiam na coraz to nowe, dowody, że te nietrujące leki z rodziny *Rosaceae* posiadają częstokroć cenne własności terapeutyczne.

Oto niedawno otrzymałem od jednego z mych korespondentów aptekarza prowincjonalnego próbkę ziół i następujący list:

„Uprzejmie proszę o naukowe określenie załączonej trawki, noszącej u ludu nazwę „srebrnolistnik”. Medycyna ludowa stosuje ją przy rozstroju żołądka. Działanie wymienionego zioła wypróbowałem na sobie i swoich dzieciach.

Będąc chorym na „miocardit” doznawałem jednocześnie stałego rozstroju trawienia;—wystarczała szklanka herbaty z mlekiem aby dostać biegunki na 2 tygodnie. Stan był opłakany—wszelkie środki chemiczne i homeopatyczne nie skutkowały: Wtedy za poradą wędrownej cyganki zacząłem stosować srebrnolistnik, używając go przez czas dłuższy w postaci naparów i obecnie jestem człowiekiem zupełnie zdrowym i zapomniałem o mych dolegliwościach, które mi w ciągu lat dokuczały”. Roślina nadesłana przy tym liście okazała się ziele pięciornika giesiego—*Potentilla anserina* (r. *Rosaceae*), pospolitego chwastu na łąkach, przydrożach i trawnikach. Ziele to gospodynie wiejskie używają od dawien dawna w stanie siekanym jako karmę dla młodego drobiu zwłaszcza indyków i gęsi.

Niektóre surowce z rodziny różowatych posiadają, również działanie napotne (diaphoreticum), np. maliny (Fr. Rubi Idaei), kwiaty tawuły (Flores ulmariae), jeżyny (Fruct. Rubi nigri).

Osobliwe po części miejsce wśród leków z rodziny różowatych zajmuje wymieniony w tytule Głóg — *Crataegus oxyacantha* L. (a także inne gatunki rodzaju *Crataegus*), którym już od roku 1896 zainteresowała się medycyna oficjalna, mianowicie lekarze amerykańscy i francuscy. U nas ten środek jest prawie nieznany, albowiem znajdujemy się jeszcze ciągle pod wpływem nauki niemieckiej, która ufna w swój potężny przemysł chemiczny, propagowała stosowanie chemikalji i środków syntetycznych i tak zlekceważyła leki roślinne, że naukę botaniki wykreślono z programu wykształcenia lekarzy. Dlatego też kto się interesuje phytoterapią czyli stosowaniem leków roślinnych musi się zwracać do źródeł francuskich i angielskich.

Wyciągi głogu są rozpowszechnione we Francji i mało znane u nas. Celem niniejszego artykułu jest zapoznanie z tym środkiem czytelników polskich.

Część botaniczna.

Rodzaj głogu — *Crataegus* — należy do rodziny Rosaceae, podrodziny — Pomoideae. Są to kolące krzewy o białych wonnych kwiatach i czerwonych owocach wielkości fasoli. Rodzaj *Crataegus* liczy kilkadziesiąt gatunków rozpowszechnionych głównie w Ameryce północnej. W książce B. L. Robinsona i M. L. Fernald'a — *Flowering plants and ferns of the Central and Northeastern United States and adjacent Canada*, 1908 r. str. 460, wymieniono 65 gatunków głogu. W Europie środkowej rosną właściwie dwa zasadnicze gatunki, które cytuje D-r G. Hegi w swym kapitalnym dziele — *Illustrierte Flora von Mittel — Europa*, T. IV, str. 725, mianowicie:

Crataegus monogyna Jacq. — Głóg jednoszyjkowy.

Crataegus oxyacantha L. — Głóg dwuszyjkowy.

Wprawdzie zamiłowani systematycy rozbili te gatunki na szereg nowych gatunków lub podgatunków, lecz te różnice są nieraz tak drobne, że można mówić, tylko o dwu wyżej wymienionych.

Cechy tych zasadniczych gatunków są następujące:

1. Liście głęboko-wcięte (niekiedy prawie pierzasto-dzielne), o 5 do 7 zastrzonych kłapach. Kwiaty pięciokrotne, białe lub różowe, o średnicy do 1 ctm., osadzone na owłosionych szypułkach. Pręcików około 20, słupek o 1 szyjce. Owoc jajowato-kulisty, gładki, czerwony lub pomarańczowy, zawiera jedną twardą pestkę. Głóg jednoszyjkowy — *Crataegus monogyna* Jacq.

2. Liście przewrotnie jajowate o 3 do 5 płytkich, zaokrąglonych na brzegu gęsto piłkowanych kłapach. Kwiaty białe lub różowe na szypułkach nieowłosionych podobne do gatunku poprzedzającego lecz o 2 do 3 szyjkach słupkowych. Owoc jajowato-kanciasty, często zlekka okrągławo-kanciasty, czerwony — zawiera zwykle 2 (do 3) twarde pestki. — Głóg dwuszyjkowy — *Crataegus oxyacantha* L.

Oba te gatunki rosną w Polsce, albowiem wymienia je Jakób Waga w swej „*Florze Polskiej*” (1848 r.) str. 733, jak również prof. W. Szafer w „*Roślinach polskich*” (1924 r.) str. 377. Głogi te spotyka się przeważnie w południowych częściach Kongresówki, w Wielkopolsce i Małopolsce, — w zarostach, ogrodach i parkach. Czasami używane bywają na żywopłoty, albowiem są krzewy mocno kolczaste. W ogrodach spotyka się często odmianę w kwiatach różowych, pełnych, podobnych do maleńkich różyczek zebranych w gęste caldachogrony.

S u r o w i e c.

W lecznictwie współczesnem stosuje się wyłącznie kwiaty (*Flores Crataegi*), zbierane bez różnicy z obu gatunków głogu; w ludowej medycynie używane były i owoce (*Fructus Spinae albae*), jako leki przeciwko kamicy pęcherzowej. Zbiera się je w czasie zakwitania, który przypada u nas na maj i czerwiec. Głóg jednoszyjkowy zakwita o 1 do 2 tygodni później od głogu dwuszyjkowego. Kwitnienie trwa 7 do 12 dni. Zebrane kwiaty suszy się szybko w cieniu i po dokładnem wysuszeniu przechowuje w szczelnie zamkniętych naczyniach.

Z suchych kwiatów przyrządza się nalewkę (*Tinctura Crataegi*) w stosunku 1:5 na 60% spirytusie i ekstrakt płynny (*Extractum fluidum Crataegi*) przyrządzany na 30% spirytusie. Racjonalniejszym znacznie przetworem jest stabilizowany wyciąg ze świeżych kwiatów, t. z. *Intractum Crataegi*. Wyciągi ze świeżych roślin, np. *Intractum Adonidis*, *Intr. Convallariae*, *Intr. Valerianae* działają znacznie wybitniej i pewniej niż przetwory z tych samych surowców wysuszonych.

Skład chemiczny:

Kwiaty głogu zawierają trójmetylaminę, glikozyd flawonowy kwercytrynę, trochę gorzkiej substancji *Crataeginy*, ślady nitrylo-glikozydów, garbniki, cukry, kwasy organiczne; w nasionach nitrylo-glikozydy występują w większych ilościach niż w kwiatach.

Żadnych substancji silnie działających kwiaty nie zawierają i przetwory z nich są nietrujące.

Własności farmakodynamiczne.

Badał pierwszy dr. Jennings ⁽¹⁾, stosując w 43 przypadkach płynny wyciąg z kwiatów (*Extr. fl. Crataegi*) przy różnych niedomogach sercowych stwierdził, że preparaty głogu wywierają wpływ na układ nerwowy autonomiczny serca, wytwarzając równowagę między ciśnieniem krwi w naczyniach i napięciem skurczów komór sercowych, posiadają przeto działanie kojące na cały system naczynio-sercowy. Dzięki temu Fiessing nazwał głóg walerjaną serca. Dr. Clement ⁽²⁾ stosował z powodzeniem głóg w angina pectoris. H. Huchard ⁽³⁾ uważa głóg za doskonały środek wzmacniający działanie serca, który powinien w wielu wypadkach zastąpić napastnicę. Dr. E. Reilly ⁽⁴⁾ stosował głóg przy arytmjach, wadach zastawek, otłuszczeniu serca. L. Renon ⁽⁵⁾ stwier-

dza, że najbardziej znamienne jest oddziaływanie przetworów głogu na system współczulny serca a także płuc i żołądka.

Gorącym zwolennikiem tego leku już od roku 1912 jest Dr. H. Leclerc (⁶, ⁷, ⁸, ⁹, ¹⁰); — w książce swej o fytoterapii (¹⁰) przyszedł H. Leclerc na zasa-dzie wieloletnich obserwacji klinicznych do następujących wniosków. Głóg jest środkiem nietrującym, który można stosować w ciągu długich okresów czasu nawet u chorych z niedomogą nerkową. W dawkach wynoszących około 2 gr. nalewki pro dosi, wywołuje głóg zwolnienie pulsu i senność. Najważniejszą właściwością głogu jest pobudzenie działalności serca przy jednoczesnem regu-lowaniu skurczów naczyń, dzięki czemu zostaje wytwarzana równowaga między ciśnieniem krwi i pracą serca. Z tego wynika jego działanie kojące na pobudli-wość systemu nerwowego. Leclerc otrzymywał dobre wyniki przy biciach serca bezsenności, zawrotach głowy, zwłaszcza na tle arterio-sklerozy lub w okresie przekwitania u kobiet.

Przetwory i dawkowanie głogu.

Napar (Infusum).

Rp. Flor. Crataegi 20,0
Cortic. Frangulac 5,0
Aquae destill. 200,0
M. f. infusum.

Bardzo racjonalne jest połączenie
płynnego wyciągu głogu z intraktem
pięciornika.

Po łyżce stołowej 3—4 razy dziennie.
Wyciąg płynny (Extractum fluidum)
na 30% spirytusie.

Rp. Extr. fluid. Crataegi 30,0
D. S. Po 15—20 kropel 2—3 razy
dziennie.

Nalewka (Tinctura 1:5 na 60% spi-
rytusie).

Rp. Tincturae Crataegi 30,0
D. S. Po 25—30 kropel 2—3 razy
dziennie.

Jako środek nasenny i kojący można
stosować po łyżeczce herbatniej na-
lewkę w 1/2 szklance wody na noc.

U nas w Polsce już niektóre warszawskie wytwórnie farmaceutyczne za-
czynają wprowadzać nowe leki roślinne i przyrządzać intrakty.

Literatura dotycząca zastosowania leczniczego głogu (Crataegus).

1. Jennings — Crataegus oxyacantha in the treatment of heart disease. New-York.
2. Clément — Crataegus oxyacantha in angina pectoris with report of case Kansas city med. Record. 1898.
3. H. Huchard — Crataegus oxyacantha—Journal des praticiens 1903.

4. E. F. Reilly — Crataegus oxyacantha. The Journ. of the Americ. med. asso-
ciation 1910.
5. H. Leclerc — L'Aubépine — Courrier médical 1912.
6. L. Renon — Une médication hypotensive phyto-chimique 1914.
7. H. Leclerc — Etude clinique sur l'action hypotensive de l'aubépine. Courrier
médical 1919.
8. H. Leclerc — Phytotherapie hypotensive, gui (jemioła) et aubépine (głóg).
Revue de chimiotherapie et de medic générale 1920.
9. H. Leclerc — L'aubépine: son histoire, ses propriétés therapeutiques Revue
moderne de medic, et de Chirurgie 1921 r.
10. H. Leclerc — Précis de phytothérapie 1922 r. str. 158.
11. Dr. A. Joannin — Les Remèdes Galéniques Fasc. III — 1922 r. str. 332. Wy-
dawnictwo—Laboratoire Dausse Paris, 4 rue Aubriot.

Dr. JAN ZIENKIEWICZ.

Z Kliniki chorób dzieci U. S. B. Poradnia przeciwkółowa.
(Stacja opieki nad matką i dzieckiem Nr. 8)
Dyrektor: Prof. Dr. Wacław Jasiński.

O leczeniu stowarsolem niemowląt i dzieci, obarczonych kiłą wrodzoną.

Stawarsol 190 jest to sól sodowa kwasu acetyl — oxy — amino — fenyl
arsinowego. Preparat wyrabia w kraju firma „Spiess i Syn“ w tabletkach
po 0,25, do podawania ustnego. Od kilku już lat szereg autorów zagra-
nicznych przeprowadza badania w kierunku wypróbowania preparatu i określenia
jego wartości leczniczej i zapobiegawczej w kile. Większość z nich wypowiada
się dodatnio o stowarsolu. Zachęci tem zdecydowaliśmy się zastosować
preparat w leczeniu kiły wrodzonej u niemowląt i dzieci, będących pod opieką
poradni przeciwkółowej (stacja opieki nad matką i dzieckiem Nr. 8) w Wilnie.
Wobec tego, że dzieci leczone są ambulatoryjnie w przychodni stacji, nie mog-
liśmy przeprowadzić badań, które mogłyby sprawdzić wydzielanie i znikanie
w moczu arsenu, ograniczyliśmy się jedynie do stwierdzenia wpływu stowarsolu
na stan ogólny chorego, na zachowanie się pod jego wpływem odczynów
B-Wassermanna i Biernackiego oraz na jego działania uboczne. W tym celu
trzy przypadki świeżej, nie leczonej kiły niemowląt poddaliśmy leczeniu wyłącz-
nie stowarsolem, podając takowy w myśl schematu kuracji mieszanej E. Müllera
przez 12-cie tygodni z dwudniowymi przerwami, czyli:

Dni tygodnia	1	2	3	4	5	6	7	
I tydzień .	s t o w a r s .					przerwa		
II tydzień .	s t o w a r s .					przerwa i t. d.		

W pozostałych przypadkach stosowaliśmy stowarsol zamiast nowoarsenobenzolu w połączeniu z rtęcią lub bismutem podług schematu:

Tydzień	Rtęć	Stowarsol	Tydzień
1	1 — 2	I — II	2
3	3 — 4	III — IV	4
5	5 — 6	V — VI	6
7	7 — 8	VII — VIII	8
9	9 — 10	IX — X	10
11	11 — 12	XI — XII	12

lub w wypadkach, gdy matka z jakichkolwiek powodów nie mogła dwa razy tygodniowo przynosić dziecka na stację, podawaliśmy stowarsol w połączeniu ze rtęcią lub bismutem przez 12-cie tygodni w ten sposób, że na działanie rtęci odliczaliśmy 3 dni, a w ciągu pozostałych 4 dni tygodnia podawaliśmy stowarsol

Dni tygodnia	1	2	3	4	5	6	7
I tydzień	rtęć			stowarsol			
II tydzień	rtęć			stowarsol i t. d.			

Dawka dzienna stowarsolu, stosowana w trzech porcjach i znoszona przez niemowlęta bez żadnych objawów ubocznych, waha się między 0,02 — 0,04 na klg. wagi dziecka. Co się zaś tyczy dzieci starszych do lat siedmiu, to znoszą one doskonale 1 — 2 tabletek dziennie zależnie od wieku. Sposób podawania stowarsolu jest nadzwyczaj łatwy ze względu na rozpuszczalność takowego w ściągniętym mleku matki lub wodzie.

W leczonych przypadkach nie widzieliśmy żadnych poważniejszych powikłań po podawaniu stowarsolu poza nieznacznym swędzeniem skóry, jednorazowych wymiotów, które to przypadłości ustępowały natychmiast po zmniejszeniu dawki.

Co się tyczy wyników to wypadły one korzystnie w trzech przypadkach, leczonych wyłącznie stowarsolem, gdyż zmiany kiłowe na skórze i błonach śluzowych znikły szybko (już na trzeci — czwarty dzień podawania leku), stan ogólny dziecka również szybko się poprawiał, waga podnosiła się. Odczyn B-Wasser. z wybitnie dodatniego zmieniał się na ujemny, odczyn Biernackiego przyspieszonego ulegał zmianie w kierunku zwolnienia już po pierwszej kuracji, sięgając w jednym wypadku do trzech godzin.

Załączone wyciągi z kart chorych ilustrują omówione trzy przypadki:

L. p. H. Ch. 160.

Gł. St. 2¹/₂ mies. odczyn B-Wass. we krwi matki wybitnie dodatni. Dzieci żywo urodzonych 3, żyje 1, zmarło 2, z powodu wczesnego urodzenia w 7-m i 8-m miesiącu ciąży. Poronienie 1.

Dziecko w 6-m tygodniu życia miało wysypkę na całym ciele, kąpano je w sublimacie — wysypka znikła.

Obecnie: Cera blada z odcieniem żółtawym, wyniszczenie wybitne, skóra łatwo układa się w fałdy liczne na szyi i brzuchu, nacieczona; wyłysienie przednie. Podniebienie ryjkowate, manus valga bilateralis, zgrubienie gołeni, śledziona wystaje z pod łuku na 2 cm. twarda, wątroba 1 — 2 cm. mięka. Gruczoły, liczne, twarde, nadbłoczkowe obustronnie dość duże. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, odczyn Biernackiego 12 minut.

Waga przy przyjęciu 3.100, w końcu kuracji 4.600 gr. Zastosowano 45 tabletek stowarsolu. Stan ogólny dziecka dobry, zmiany kostne ustąpiły, odczyn B-Wass. ujemny (—) odczyn Biernackiego 2 godziny 18 minut.

L. p. H. Ch. 207.

Brz. J. 4 tygodnie, wcześniak, urodzone w 8-m miesiącu ciąży, matka dotąd nigdy się nie leczyła, odczyn B-Wa we krwi matki wybitnie dodatni, dzieci żywo urodzonych 2, żyje 1, jedno zmarło w 5-m tygodniu życia, poronienie 1.

U dziecka w tydzień po urodzeniu zjawił się pęcherzyk na małym palcu ręki prawej, później pęcherze na stopach, dłoniach i całym ciele, sapka od urodzenia.

Obecnie: skóra blada, nacieczona, na stopach i dłoniach wysypka grudkowa, onychia, na głowie wysypka gęsta pęcherzykowa. Sapka wybitna, nos lekko siodełkowaty, o zgrubiałej nasadzie, manus valga bilateralis. Wątroba macalna, wystaje na 1 palec z pod łuku, śledziona twarda, macalna oraz pod łukiem, odczyn B-Wass. Wybitnie dodatni, odczyn Biernackiego 35 min. Waga przy urodzeniu 4 funty, przy przyjęciu—2.000 gr. w końcu kuracji 4.000 gr. na 8-my dzień od początku kuracji wysypka znikła. Zastosowano 28¹/₂ tabletek stowarsolu. Odczyn B-Wass. ujemny (—), odczyn Biernackiego 183 minuty. Stan ogólny dziecka dobry.

Załączone wyciągi z kart chorych ilustrują omówione trzy przypadki.

L. p. H. Ch. 205.

M. J. 2 miesiące i 9 dni. Rodzice twierdzą, że nie chorowali na kiłę. Odczyn B-Wass. we krwi matki (—), przy powtórnej kuracji syna dodatni. Jeden poród przedwczesny w 8-m miesiącu ciąży.

Dziecko urodzone czyste, w 2-m tygodniu wysypka pęcherzykowa na całym ciele, sapka od 6-go tygodnia życia.

Obecnie: skóra blada, czoło i plecy pokryte meszkiem, żyły czaszkowe wybitnie rozszerzone, wysypka plamista na nogach i klatce piersiowej, gdzieś pęcherzykowa, sapka dość znaczna, guzy ciemieniowe wybitne, wątroba wystaje z pod łuku o 2 palce, śledziona macalna pod łukiem. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, odczyn Biernackiego 83 minuty, waga przy przyjęciu 2.850 gr. w końcu kuracji 6.450 zastosowano 22¹/₂ tabletki stowarsolu, z przerwami gdyż matka przychodzi nieregularnie, po ustąpieniu objawów uważa dziecko za zdrowe. Po kuracji odczyn B-Was. ujemny. Odczyn Biernackiego 2 godz. 35 min.

W wypadkach kuracji mieszanej rtęciowo-stowarsolowej i rtęciowo-nowarsenobenzolowej nie widzieliśmy wielkich różnic, co demonstrowa załączone zestawienie liczbowe i procentowe ustępowania odczynu B-Wass. po 1-ej kuracji:

Rtęć — Stowarsol

Rtęć — Novarsenobenzol

Ilość przypadków	Odczyn B-Wass. początkowy	Odczyn B-Wass. ujemny (—)	Odczyn B-Wass. +	Odczyn B-Wass. bez zmian	Ilość przypadków	Odczyn B-Wass. początkowy	Odczyn B-Wass. ujemny (—)	Odczyn B-Wass. +	Odczyn B-Wass. bez zmian
6	+	3	2	1	11	+	8	1	3
%	100%	50%	33 $\frac{1}{3}$ %	16 $\frac{2}{3}$ %	%	100%	66 $\frac{2}{3}$ %	8 $\frac{1}{3}$ %	25%

Zaznaczyć tutaj należy, że wypadek, gdzie odczyn B-Wass. pozostał bez zmian, dotyczy dziecka starszego, które leczone było niesystematycznie z powodu zamieszcowego zamieszkania matki. Co się zaś tyczy wypadków z odczynem B-Wass. słabo dodatnim, to takowy w jednym przypadku po drugiej kuracji uległ zmianie na ujemny, w drugim zaś przypadku dziecko leczone było bardzo nieregularnie wcieraniem maści rtęciowej i stowarsolu z powodu ropnej sprawy okostnowej.

Zachęci dobremi wynikami kuracji stowarsolowej, ostatnimi czasy każdą pierwszą kurację w ostrym przypadku kły u niemowlęcia zaczynamy od podawania stowarsolu aż do ustąpienia objawów skórnych i z błon śluzowych, poczem przystępujemy do energicznej kuracji rtęciowo-nowarsenobenzolowej. Załączamy tutaj wyciągi z historii chorób dzieci leczonych stowarsolem do ustąpienia objawów.

L. H. Ch. 246.

K. H. 1 mies. 3 tyg. Matka miała żywych porodów 8 dzieci. Żyje troje, zmarło 5, wszystkie w 1-m roku życia. Siostra Antonina, odcz. B-Wass. wybitnie dodatni.

Dziecko urodziło się czyste, od urodzenia miało zgięte ręce w stawach nadgarstkowych, w 4-tym tygodniu życia zjawiała się wysypka.

Obecnie: cera blada z odcieniem żółtawym, liczna na całym ciele wysypka grudkowa, nadżerki dokoła warg, sapka dość znaczna. Zgrubiałe dolne części kości przedramienia, wątroba twarda wystaje z pod łuku na 4 palce, śledziona o 2 palce z pod łuku, odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, odczyn Biernackiego 14 minut.

Zastosowano 3 tabletki stowarsolu, wykwity skórne ustąpiły.

L. H. Ch. 220.

J. H. 6 tygodni, matka choruje od 1918 roku, odczyn B-Was. we krwi ojca i matki wybitnie dodatni, żywourodzonych dzieci 4, zmarło 2, w 1-m roku życia. 2 poronienia samoistne.

Dziecko ma sapkę od urodzenia, popekane wargi w 2-gim tygodniu życia.

Obecnie: cera blada z odcieniem żółtawym, wargi popekane, wykwitów skórnych brak. Skóra twarzy nacieczona, sapka wybitna. Błona śluzowa jamy ustnej nacieczona, nadżerka na twardym podniebieniu. Nos siodełkowaty, pseudoparalysis Parrot prawostronny. Wątroba wystaje o 2 palce z pod łuku twarda, gruczoły nadbłoczkowe obustronnie macalne, odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, odczyn Biernackiego 13 minut.

Po zastosowaniu 5 tabletek stowarsolu objawy z błon śluzowych i popękania warg ustąpiły, niedowład ręki znacznie się poprawił.

L. H. Ch. 200.

O. B. 2 miesiące. Matka choruje od 2 lat, odczyn B-Wass. w jej krwi wybitnie dodatni.

Dziecko ma sapkę od pierwszego miesiąca życia.

Obecnie: skóra marmurkowata, rzadka wysypka plamista na nogach, pośladkach i klatce piersiowej. Sapka wybitna, wątroba wystaje z pod łuku na 3 palce, twarda, śledziona macalna, odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, odczyn Biernackiego 20 minut.

Po zastosowaniu 2 tabletek stowarsolu objawy skórne ustąpiły.

L. H. Ch. 179.

R. M. 2 $\frac{1}{2}$ miesięcy. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni we krwi matki, dzieci żywourodzonych 3, zmarło 1, w 5-m miesiącu życia.

U dziecka w 1-m miesiącu życia zjawiała się wysypka pęcherzykowa, trwała kilka dni.

Obecnie: skóra obrzmiała, cera blada z lekko żółtawym odcieniem, liczne plamy pojedyncze i złane na twarzy, łuszczący się naskórek na dłoniach i podszewach. Nieznaczna sapka, zgrubiałe podudzia, wątroba olbrzymia sięga dołu biodrowego, śledziona twarda, wystaje o 3 palce z pod łuku żebrowego. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, odczyn Biernackiego 17 minut.

Po zastosowaniu 5 tabletek stowarsolu wykwity skórne znikły, wątroba znacznie się zmniejszyła, stan ogólny nieco się poprawił.

L. H. Ch. 148.

W. R. 2 $\frac{1}{2}$ mies. Dzieci żywourodzonych 2, jedno zmarło po upływie godziny. Martwo urodzonych 1.

Dziecko ma sapkę i wysypkę od 10-ciu dni, wysypka początkowo na twarzy, potem na tułowie i kończynach.

Obecnie: obfita grudkowo plamista wysypka na całym ciele, skóra warg nacieczona, sapka wybitna, bezwład lewej ręki, wątroba o 2 palce wystaje z pod łuku, miękka, śledziona o 3 palce, twarda. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, odczyn Biernackiego 18 minut.

Po zastosowaniu 2 tabletek stowarsolu wykwity skórne ustąpiły.

Ponadto we wszystkich wypadkach, wymagających łagodniejszej kuracji, to zn. w wypadkach, gdzie nic poza wywiadem nie przemawia za kiłą, lub w wypadkach, gdzie dzieci nie znoszą nowarsenbenzolu, stosujemy stowarsol.

Po zestawieniu powyższego, uważamy stowarsol, jako środek łatwy do stosowania i skuteczny w leczeniu kiły, za godny uwagi.

Streszczenie:

1. Poddano leczeniu wyłącznie stowarsolem 3 świeże przypadki kiły wrodzonej u niemowląt, podając od 0,02—0,04 stowarsolu na kilogram wagi dziecka przez 12 tygodni, z dwudniowymi przerwami, objawy ustąpiły, niemowlęta znacznie przybrały na wadze, odczyn B-Wass. uległ zmianie z wybitnie dodatniego na ujemny, odczyn Biernackiego — z wybitnie przyspieszonego na zwolniony do 3-ch godzin.

2. Na 6 przypadków kiły wrodzonej u niemowląt i dzieci po 1-ej kuracji rtęciowo-bismutowo-stowarsolowej w 3-ch (50%) odczyn B-Wass. z wybitnie dodatniego zmienił się na ujemny, w 2 przypadkach (33%) — na słabo dodatni, i w jednym (16%) pozostał bez zmian. Z dwu przypadków, gdzie odczyn B-Wass. zmienił się na słabo dodatni w jednym po drugiej kuracji ustąpił, drugi dotyczy niemowlęcia leczonego wcieraniem maści rtęciowej i stowarsolem z powodu ropnej sprawy okostnowej. Wypadek, gdzie odczyn B-Wass. nie uległ zmianie, dotyczy dziecka starszego, leczonego nieregularnie z powodu zamieszkawania matki.

3. Zachęcenie dobrymi wynikami stosowania stowarsolu, na początku każdej kuracji w ostrym przypadku kiły u niemowląt, podajemy ten środek do ustąpienia objawów skórnych i z błon śluzowych, a dopiero wtedy przystępujemy do energicznej kuracji rtęciowo-bismutowo-nowarsenobenzolowej.

4. W wypadkach wymagających łagodniejszej kuracji, Inb tam, gdzie dziecko nie znosi Nowarsenobenzolu, stosujemy stowarsol z dobrym skutkiem.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Stefana Batorego
(Dyrektor: Prof. Dr. Wacław Jasiński).

Przypadek meningokokowego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych o nietypowym przebiegu.

podała HANNA KAULBERSZ-MARYNOWSKA.

Dnia 28.XII — 1927 roku przyjęty został do Kliniki chorób dziecięcych chłopczyk w wieku 12 miesięcy, pochodzący z rodziny zdrowej. Nie chorował nigdy, rozwijał się prawidłowo. Karmiony był piersią matki do 6-go miesiąca życia, następnie dokarmiany mlekiem krowim i jarzynami. Obecna choroba trwa od 3 tygodni; zaczęła się nagle gorączką, wymiotami i zaparciem stolca.

Badanie w Klinice w dniu przyjęcia dało następujące wyniki: dziecko nie reaguje zupełnie na otoczenie, leży apatyczne, z oczami szeroko otwartymi, wzrokiem nieruchomo utkwionym w jedno miejsce. Stwierdzono lekką sztywność karku bez tyłozgięcia; odruchy ścięgnowe żywe; objawy Kerniga i Babińskiego słabo zaznaczono, Brudzińskiego karkowy i łonowy oraz Flatau niema. Temp. 37,4. Odżywianie dobre, waga 10,530 gr. (w stosunku do wzrostu o 1 kg. 830 gr. za duża). Skóra normalnie zabarwiona. Kościec przedstawia zmiany krzywicze: różaniec, zgrubienie nasad, wybitne guzy czołowe i ciemięniowe. Ciemiączko prawie zupełnie zarośnięte. Gruczoły chłonne liczne, wielkości grochu. Żrenice równe reagują na światło. Narząd słuchu, płuca i serce zmian nie wykazują. Tętno 80 na minutę, przerywane. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Mocz i kał bez zmian patologicznych. Odczyn Pirqueta i Bordet-Wassermana ujemne. Badanie krwi wykazało: Hb. 75%, czerw. ciałek 3610000, białych ciałek 6600. Wzór: Eoz. 1%, bas. 1%, pałeczk. 3%, segm. 72%, limfoc. 21%, menoc. 2%.

Opierając się na zewnętrznym wyglądzie dziecka postawiliśmy od razu rozpoznanie gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Rozpoznanie nasze zdawało się być potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Nakłucie lędźwiowe, robione w pierwszym dniu pobytu dziecka w Klinice, wykazało płyn przezroczysty, wypływający pod ciśnieniem 45 mm. Odczyny Pandy'ego, Nonne-Appelta i z ninhydryną były dodatnie; ilość chlorków wynosiła 0,60%, ilość białka 0,12%; pleocytoza 370 z przewagą leukocytów wielojądrowych. W osadzie żadnych drobnoustrojów nie wykryto. W płynie już po kilku godzinach stania powstała mgiełka.

W ciągu następnych 2 dni stan dziecka nie uległ zmianie, temp. nie przekraczała 37,0; wymioty powtarzały się kilka razy dziennie. Codziennie wypuszczano około 30—50 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, przezroczystego, i wstrzykiwano go dziecku podskórnie w ilości 2—4 cm³. Dnia 31.XII t. j. czwartego dnia pobytu dziecka w klinice stwierdzono w płynie m.-rdz., nieco ksantochromicznym, liczne dwójki wewnątrz-komórkowe, Gram.—ujemne. Rozpoczęliśmy wówczas leczenie surowicą meningokokową wielowazną, dziecko otrzymywało w ciągu 5 dni codziennie po 20 cm³ surowicy do kanału m.-rdz. Ogólny stan dziecka był do dnia 2.I—1928 r. niezmieniony, leżało wciąż spokojnie, apatycznie. Dnia 2.I. stan ogólny pogorszył się, wystąpił szczękoscisk, sztywność kończyn; płyn m.-rdz. mętny, wypływał pod ciśnieniem 35 mm., pleocytoza 830, w osadzie 94% leukocytów wielojądrowych, 6% limfocytów. Dnia 3.I. w nocy wystąpiły jednorazowe drgawki i silne poty; tętno nierówne 60—80—100 na minutę, przerywana. Posiew płynu mózgowo-rdz. na buljonie i agarze pozostał jałowy; w osadzie, bezpośrednio badanym, widoczne były liczne meningokoki. Dnia 4.I. drgawki powtarzały się częściej, meningokoki w osadzie w dużej ilości obecne. Dnia 5.I. stan ten sam; dziecko otrzymało 10 cm³ surowicy i 10 cm³ buljonowego meningokokowego przesączu Besredki do kanału mózgowo-rdzeniowego. Dnia 6.I. szczękoscisk i drgawki ustąpiły, dziecko znajdowało się nadal w stanie apatii, bez ruchu. W płynie mózgowo-rdzeniowym nie stwier-

dzono meningokoków. Dziecko otrzymało podobnie jak dnia poprzedniego 10 cm³ surowicy i 10 cm³ przesączu Besredki, razem otrzymało więc w ciągu 7 dni 120 cm³ surowicy meningokokowej + 20 cm³ przesączu Besredki. W nocy z 6-go na 7-go stycznia drgawki kilkakrotnie powtarzały się, wystąpiły objawy obrzęku płuc. Dnia 7.I. i 8.I. płynu mózgowo-rdzeniowego nakłuciem lędźwiowym nie udało się wydobyć. Dziecko zmarło dnia 9-go stycznia o godz. 12-ej w nocy.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Meningitis tuberculosa + meningitis meningococcica. Rozpoznanie anatomo-patologiczne: Leptomeningitis basilaris purulenta. Oedema cerebri. Synechia aquaeductus Sylvii. Pyocephalus internus (sekcji dokonał Dr. Jakubowski).

Przebieg choroby w naszym przypadku był zupełnie nietypowy dla ropnego zapalenia opon m.-rdz. Apatja, brak tyłozgięcia niska stosunkowo temperatura przy ciężkim stanie ogólnym; tętno przerywane; początkowa przezroczystość płynu mózgowo-rdzen., brak drobnoustrojów w osadzie, wytworzenie się delikatnej mgiełki w płynie, przemawiały za rozpoznaniem gruźliczego zapalenia opon mózg.-rdz. Jedynie zdziwiło nas stwierdzenie leukocytozy w płynie m.-rdz., zamiast najczęściej w gruźliczym zapaleniu opon m.-rdz. spotykanej limfocytozy. Nie typowym był również dla gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. nagły początek choroby—jednakowoż nie mieliśmy tu dość ścisłych obserwacji rodziców. Po stwierdzeniu dnia 31.XII. meningokoków w płynie mózg.-rdzen. przypuszczaliśmy, że u dziecka z gruźliczym zapaleniem opon m.-rdz. nastąpiło wtórne zakażenie meningokokami (w bezpośrednim sąsiedztwo leżało dziecko z ciężkim nagminnym zapaleniem opon m.-rdz.). Chcąc się przekonać o słuszności naszego przypuszczenia zastrzyknęliśmy świnie morskiej wśrodotrzewnowo 5 cm³ płynu mózg.-rdzen. Świnka ta do tej pory (5 miesięcy upłynęło od tego czasu) jest zdrowa, co nie miałoby napewno miejsca przy gruźliczym zapaleniu opon m.-rdz. Na sekcji również gruzełków żadnych nie stwierdzono.

Nietypowe dla meningitis meningococcica zachowanie się dziecka tłómaczymy wyłącznem zajęciem przez proces zapalny podstawy mózgu. Na powierzchni mózgu ropa nie była nigdzie widoczna. Suche nakłucia w ciągu 3 ostatnich dni spowodowane były zrostami w wodociągu Sylviusza.

Nasz przypadek podajemy do wiadomości ze względu na to, że może on posłużyć za przykład, jak trzeba być ostróżnym w rozpoznawaniu gruźliczego zapalenia opon m.-rdz. i mimo typowego obrazu klinicznego szukać należy przy każdorazowym badaniu drobnoustrojów, zwłaszcza w przypadkach z leukocytozą w płynie m.-rdz. Wcześniejsze przybycie do nas dziecka i postawienie od razu należytej dajagnozy mogłyby może je uratować.

Dr. A. WIRSZUBSKI.

Przypadek „Encephalopathiae traumaticae“.

(Odczyt, wygłoszony na posiedz. Wil. Tow. Lek. dnia 30.V—1928).

Uczęszczając na posiedz. Wil. Tow. Lek. od roku 1901, najmniej w tem okresie czasu widywałem pokazów chorych z dziedziny chirurgji mózgowej. Otóż do tego właśnie zakresu wiedzy odnosi się pokaz niniejszy, który zaopatrzyłem tytułem „Encephalopathia traumatica“.

Pacjent, którego pokazuję, w wieku 16 lat, dnia 5 kwietnia b. r. w czasie niefrasobliwej zabawy z chłopcami, uległ znieścacka brutalnemu uderzeniu po głowie ciężkim przedmiotem. Bezpośrednio po tem zajściu z poszkodowanym nic nie zaszło, lecz wkrótce tegoż samego dnia zaczął on przejawiać dziwne napady zamroczenia świadomości. Napady, trwające od kilku minut do godziny, nawiedzały pacjenta wielokrotnie w ciągu dni następnych.

Zachowanie się chorego w trakcie napadu sprawiało wrażenie niby świadomej reakcji na akcję uderzenia po głowie. Gniewał się, głośno komuś wymyślał, groził pięścią, straszył pociąganiem do surowej odpowiedzialności karnej i t. d., słowem bredzenie kręciło się dokoła momentu urazu głowy. Uderzającym było to, że w czasie podobnego transu chorego orientacja była do pewnego stopnia zachowana, tak np. wcale poprawnie czytał książkę i bez wahania poznawał mnie w szeregu fotografii, rozwieszonych w moim gabinecie. Po skończeniu napadu pac. odzyskiwał zupełnie przytomność, jakby nic nie zaszło, nie pamiętając jednakże okoliczności, towarzyszących napadowi.

Podkreślam, że w przerwach między napadami nie wykryłem żadnych uchybień systemu psychicznego lub nerwowego. W szczególności zaś nie stwierdzono ani wymiotów, ani bólu głowy, ani zwolnienia tętna lub jakichkolwiek innych objawów, zaznaczających początkujące cierpienie substancji mózgowej lub opon mózgowych.

Tłómacząc sobie napad jako odmianę „psychosis [traumatica]“, zaleciłem choremu bezwzględny spokój i do wewnątrz zażycie bromu z luminalem.

Po upływie przeszło miesiąca chory z prowincji znów zjawił się u mnie, przyczem towarzysząca choremu siostra oświadczyła, że napady trwają w dalszym ciągu i w tem samym natężeniu, mimo przestrzegania moich przepisów. Otóż radzą się, co mają teraz robić. Dla czystego sumienia poleciłem zdjęcie rentgenowskie miejsca uderzenia głowy, które to zdjęcie dało nieoczekiwany wynik następujący: tak na zdjęciu bocznem, jak i na zdjęciu frontalnem wyraźnie widać pęknięcie kości czaszki, to też dajagnoza rentgenologa brzmiała: „Infractio os. occipitalis sin. cranii“.

Zarządziłem w związku z taką dajagnozą zabieg trepanacji, która została wykonana dnia 24.V, t. j. po upływie 7 tygodni od czasu urazu głowy. Na owłosionej części głowy na 10 cm. powyżej lewego ucha stwierdzono bliznę długości 1 cm., zrośniętą kością.

Pod znieczuleniem ogólnem dokonano zabiegu trepanacji kości na miejscu blizny. Wyświdrowano otwór wielkości dwuzłotówki. Nie stwierdzono odłam-

ków kostnych, wylewów krwawych lub zrośnięcia kości z oponą twardą, natomiast stwierdzono na tem miejscu zgrubiałość kości.

Ranę zaszyto. Sączek. Przebieg pooperacyjny zupełnie poprawny. Z uczuciem zadowolenia notuję, że od chwili operacji i po dziś dzień, t. j. w ciągu tygodnia nie było ani jednego wyżej opisanego napadu, wówczas gdy początkowo w ciągu 7-miu tygodni pourazowych napady nawiedzały chorego codzień wielokrotnie.

Pokazałem chorego nie tylko w celu zaimanifestowania wartości zabiegu trepanacji, lecz przeważnie w celu podkreślenia poglądów [o „Encephalopathia traumatica“. Otóż na zjeździe neurologów niemieckich w r. 1925 dr. Schwab wygłosił odczyt pod tytułem „Encephalographische Bilder „sogenannter“ traumatischer Neurosen“.

Myśl przewodnia autora polega na tem, że rzekoma nerwica urazowa, następująca po urazie głowy, wcale nie zawsze jest pochodzenia czynnościowego, natomiast udoskonalone metody badania stwierdzały w wielu takich wypadkach zmiany anatomo-patologiczne, to też tym ostatnim przypadkom urazu głowy właściwa jest nazwa „Encephalopathia traumatica“ według określenia szeregu miarodajnych neurologów niemieckich.

To samo pokazało się w wyżej opisanym przypadku, który uchodził za czynnościowy. Nawet chirurg odradzał od interwencji chirurgicznej, a tymczasem Roentgen i trepanacja wykryły zmiany organiczne.

Byłem nieustępliwy w żądaniu interwencji chirurgicznej i tego chyba nie mam podstawy żałować.

Na zakończenie słów kilka co do mechanizmu efektu trepanacji w wyżej wymienionym wypadku. Uraz czaszki często daje wskazanie potrzeby zabiegu trepanacji. Pom. in. uciekamy się do trepanacji przy padaczce, wywoływanej podrażnieniem ośrodków, przyczem metoda ta daje dobre wyniki w przypadkach padaczek niedawnych, w których napady padaczkowe nie zdążyły wywołać zmian wtórnych w mózgu. Analogiczne zjawisko przedstawia dany przypadek. Stwierdzone zmiany w kości były czynnikiem podrażniającym substancję mózgową, lecz nie zdążyły wywołać w mózgu zmian wtórnych. Trepanacja spowodowała usunięcie podrażnienia, co dało w wyniku uzdrowienie.

Protokół posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

w dniu 18-go kwietnia 1928 roku.

Przewodniczący prezes prof. Januszkiewicz.

Obecnych członków Towarzystwa 23 osób, 14 gości.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego zebrania.

II. Dr. Józef Kucharski z oddziału chir. Szpit. Św. Jakóba przedstawia: 1) chorą lat 70 ze złamaniem szyjki kości udowej. Leczona za pomocą op. gipsowego, który nałożono tak jak w zwłnieciu w stawie biodrowym wrodzonym u dzieci „luxatio congenita“. W 9 dni po nałożeniu opatrunku chora siadła; w 6 tyg. zdjęto gips; w 7 tyg. chodzi około łóżka; chodzi bez kul. Sprawność kończyny dobra (zgięcie odprowadzenie); skrócenia niema.

Zalety tej metody leczenia złamań szyjki udowej są następujące: efekt leczenia szybki, dobry co do sprawności kończyny, wcale nieuciążliwy w pielęgnowaniu tak dla otoczenia jak i dla chorego; samopoczucie chorego bardzo dobre, siedzieć może dowolną ilość godzin; leczenie b. tanie.

2) Roentgenogram chorego lat 54 ze złamaniem szyjki kości udowej lewej; leczenie za pomocą op. gipsowego; wyleczenie bez skrócenia. W 8 tyg. po złamaniu wypisał się chory ze szpitala, chodząc o lasce. Obecnie pracuje chodząc na robotę 3—4 kilometrów. Sprawność kończyny dobra, prawie normalna, ruchy niebolesne.

W dyskusji Dr. Zarcyn stwierdza, że złamanie szyjki uda jest plagą starszych kobiet — zwykle chore nie są w możności wyleżeć 5 — 6 tygodni w wy ciągu; powstają często komplikacje ze strony płuc, o których wspominał prelegent. Metodę szwedzką Witmanna mówca stosuje i uważa ją za celową.

Dr. Czarkowski wypowiada się przeciwko używaniu terminologii obcej.

III. Dr. Pawłowski przedstawia przypadek niepospolitych rozmiarów tętniaka aorty i arteriae anonymae. Chory 45 lat. Pierwsze objawy subiektywne ze strony serca wystąpiły w roku 1923. Odczyn Wassermann'a wykonany wówczas wypadł wybitnie dodatni. Chory od tego czasu przeprowadzał systematycznie kurację specyficzną. W roku 1925 zaczął się uwypuklać w okolicy stawu obojczykowo-mostkowego prawego guz wyraźnie tętniący. Chory wówczas pierwszy raz trafił do II. Kliniki Wewnętrznej. Mówca przedstawia mufa (odlew z masy plastycznej), zdjęcia fotograficzne oraz Roentgenogram z tego okresu. W roku 1926 chory zgłosił się ponownie już ze znacznie większym guzem, który zniszczył staw obojczykowo-mostkowy oraz dośrodkową połowę obojczyka, guz był gładki tętniący, skóra nad nim zcieńczała. Po upływie 1½ roku guz wyrósł do wielkości pięści, stał się twardszy o nierównej powierzchni, co się tłumaczy wytworzeniem się skrzepów przyściennych. W międzyczasie chory doznał napadu z utratą mowy. Obecnie chory mówi z trudem, niewyraźnie, a guz ma wielkość głowy dziecka. Ciekawe to, że zastawki aorty funkcjonują sprawnie — żadnych szmerów w sercu nie słychać. Tętno na tę-

nicy sprychowej prawej jest znacznie mniejsze niż po stronie przeciwnej. Ogólny stan chorego dobry, objawów niewydolności serca brak.

W dyskusji Dr. Czarkowski zapytuje, czy stosują się obecnie metody, mające na celu przyspieszenie wytwarzania się skrzepów w tętniaku.

Prof. Januszkiewicz zaznacza, że w przypadkach schorzenia kilowego aorty, nie można stosować energicznego leczenia swoistego, gdyż postępująca dzięki takiemu leczeniu szybka resorbcja kilaków, prowadzi do wytwarzania się tętniaka, ponieważ ściany aorty cieńszeją, stając się podatnymi i łatwo rozszerzając się. Leczenie w tych wypadkach winno być nader ostrożne. Co do metod używanych w celu wytwarzania skrzepów, to wszystkie te metody, jak wstrzykiwanie różnych preparatów do tętniaka, przepuszczanie prądu przez wklute dwie igły, służące za elektrody, zawiodły i obecnie nikt ich nie stosuje.

Dr. Zarcyn podnosi, że jeden z francuskich autorów opracował i wykonał zabieg operacyjny w jednym przypadku tętniaka. Chory zmarł następnego dnia po operacji przy objawach anurji.

IV. Dr. Zarcyn przedstawia chorą cierpiącą na cukrzycę, u której z powodu owrzodzenia amputowano palec na lewej kończynie górnej. Rana przez długi czas nie goiła się, pomimo stosowania insuliny; chora miała gwałtowny ból w tej kończynie. Mówca wykonał t. zw. chemiczną sympatyko-izolację, t. j. obnażył nerw na przedramieniu i obmył go alkoholem. W rezultacie bóle ustąpiły, a rana zaczęła się goić.

Dr. Achmatowicz, znając tę chorą, nie uważa, aby stan jej był całkowicie zadawalniający, rana bowiem jest jeszcze nie zagojoną.

Dr. Pawłowski wyraża przypuszczenie, że chora nie była w dostatecznej mierze odcukrzona i odkwaszona i dlatego gojenie szło opornie; nie jest rzeczą dostateczną w takich wypadkach usunąć cukromocz, lecz należy sprowadzić glikemję do stanu normalnego.

Prof. Januszkiewicz również jest zdania, że należyte odcukrzenie w sensie usunięcia hyperglikemji jest koniecznym warunkiem normalnego gojenia.

W odpowiedzi — Dr. Zarcyn zaznaczył, że głównym efektem wykonanego przezeń zabiegu było usunięcie dokuczliwego bólu.

V. Prof. Trzebiński: „Kilka słów o metodzie wynajdywania wskazań lekarskich Tytusa Chałubińskiego“.

Dyskusja. Prof. Januszkiewicz: Prawie że każdy z nas stosuje tę metodę Chałubińskiego bezwiednie, w trakcie badania chorego poszczególne momenty tej metody odbywają drogę myślową b. szybko. Przy nauczaniu metoda ta jest b. cenna i może oddać duże korzyści.

Prof. Trzebiński: Właściwie w porównaniu z chwilą, w której Chałubiński ogłaszał swą książkę, dziś szanse powodzenia jego metody uległy może raczej pogorszeniu. Stało się to dzięki temu, że rozszerzył się zakres skrytykowanych przezeń tradycyjnych wskazań (ind causal, prophyl, morb etc.). Za jego czasów np. wskazanie przyczynowe w medycynie wewnętrznej dawały właściwie tylko: przymiot i zimnica. Obecnie mamy ich więcej, nie odczuwając z tej racji w tak wysokim stopniu potrzeby zastępowania starych metod nowymi. Przecież dziś

jeszcze postępowanie, przez Chałubińskiego zalecane, może w nauczaniu oddać znaczne usługi. W celu przekonania się o tem, koniecznyby był współudział klinicznego ciała nauczycielskiego.

Głos zabierają jeszcze: prof. Januszkiewicz i prof. Jakowicki, który poleca ostrożność w stosowaniu metody Chałubińskiego w nauczaniu ze względu na psychologję studenta, którego by nieraz znudziłyby mogło wyliczanie z kolei wszystkich momentów chorobowych, gdybyśmy chcieli trzymać się à la lettre przepisów książki.

P r o t o k ó ł posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

dnia 2 maja 1928 roku.

Przewodniczy prezes prof. Januszkiewicz, Sekretarz Dr. Pawłowski.

Obecnych członków T-wa — 22-ch, gości — 10-ciu.

Protokół poprzedniego zebrania odczytany i przyjęty.

Prezes składa w imieniu Towarzystwa gratulacje wice-prezesowi D-rowi Szabadowi z racji wyboru na członka senatu. Rzeczypospolitej.

1. Odczyt prof. Muszyńskiego „Niezgadzające się mieszaniny lecznicze“. Prelegent odróżnia dwa rodzaje niezgadzających się mieszanin leczniczych: 1) te które przez swój nieestetyczny wygląd mogą wzbudzać obrzydzenie pacjenta, 2) mieszaniny, dające niepożądane połączenia chemicznie lub strąty. Przykładem mieszaniny, dające strątki alkaloidów, zawartych w Tr. Strychni i Tr. Chinae compositae. Na dnie i ścianach naczynia po dłuższym staniu, osiadają pod wpływem garbnika alkaloidy. Prelegent przytacza przypadek zatrucia z zejściem śmiertelnem: Chora zażyła 25 kropel wspomnianej mieszaniny z dna naczynia, w którym ona czas dłuższy pozostawała, i w kilka godzin zmarła. W żołądku i jelitach prelegent wykrył strychninę w ilości około 0,02. Mówca przestrzega przed podobnem łąčeniem leków.

W dyskusji Dr. Świda zapytuje prelegenta, z czem najlepiej łączyć Tr. Strychni.

Prof. Muszyński odpowiada, że najlepiej zakwaszać te mieszaniny, wówczas osadu nie będzie.

Prof. Januszkiewicz uważa, że najlepiej łączyć Tr. Strychni, podobnie jak Sol. Fowleri z Tr. Aurantiorum composita.

Dr. Szabad dodaje Tr. Valerinae aether. Zapytuje on prelegenta, czy można do mikstur, które zawierają morfinę lub apomorfinę dodawać syropy.

Dr. Trzeciak znajduje, że Sol. Fowleri z Tr. Chinae composita nie należy łączyć, aby nie podawać arszeniku na czczy żołądek.

2. Odczyt D-ra Antoniego Zalewskiego: „O naczyniach limfatycznych torebki stawowej u człowieka i o rezorbcji stawowej“ z pokazem preparatów mikroskopowych. (Praca przeznaczona do druku).

Dyskusja. Prof. Michejda: Badania wykonane przez prelegenta, są bardzo ciekawe, nie tylko z punktu widzenia teoretycznego lecz i praktycznego. Doświadczenie kliniczne poucza, że nie wszystkie stawy zachowują się jednakowo co do rezorpcji zwłaszcza produktów toksycznych. Wiadomo, na przykład, że infekcje stawów kolanowych bywają cięższe niż biodrowych.

Protokół

posiedzenia Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

dnia 16 maja 1928 roku.

Przewodniczący wice-prez. Dr. C. Szabad, sekretarz Dr. E. Czarnecki:
Obecnych członków T-wa — 29, gości — 17.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego zebrania.

II. Przewodniczący w imieniu Zarządu T-wa proponuje na członka honorowego D-ra Stanisława Peszyńskiego, z racji 50-cio lecia otrzymania przez kandydata dyplomu lekarskiego; zebranie wniosek ten przyjmuje do wiadomości, głosowanie zaś nad tą sprawą odbędzie się w przepisany przez Statut czasie.

III. Dr. Cz. Czarnowski — pokazał dwóch chorych ze złamaniem nosa. W obu przypadkach cały nos był odsunięty w stronę. Działając od wewnątrz sondą Kochera, założoną do nosa, oraz palcami drugiej ręki uciskając od zewnątrz, można w takich przypadkach dość łatwo wyprostować nos. Trudniejszą rzeczą jest utrzymanie kości nosowych w należytej pozycji, oraz nałożenie opatrunku unieruchamiającego. Istniejące w tym celu specjalne przyrządy nie zawsze są pod ręką. Do użycia w szerszej praktyce lekarskiej można zalecić pokazany przyrząd, składający się z metalowej obręczy, nakładanej na głowę chorego z przymocowanymi doń imadłami, utrzymującymi nos w ustawionej przez chirurga pozycji, który z łatwością może być wykonany w kilka godzin przez każdego ślusarza.

Dyskusja: Dr. Ch. Zarcyn. W wypadkach ustalania złamanego nosa nie mniej wskazaneby było umocowanie kości nosowych nie tylko od strony zewnętrznej, lecz również od wewnątrz.

Dr. Cz. Czarnowski. Ucisk na błonę śluzową nosa przy unieruchomieniu narządu od wewnętrznej strony jest nie wskazany z racji na możliwość wywołania, zwłaszcza przy dłuższym stosowaniu, stanu zapalnego i odleżyn.

IV. Dr. B. Hanusowicz pokazuje chorego, któremu stosował celem wypróbowania preparatów kruszyny na pryszczycę, decoctum frangulae; kurację przeprowadzono w ten sposób, że choremu, który miał pryszczycę na 2 rękach, na jednej z nich stosowano leki powszechnie używane w tem schorzeniu (liq. Burowi, arg. nitr. etc.), na drugą zaś odwar z kruszyny. Ustępowanie procesu chorobowego zaznaczyło się w równym stopniu na jednej, jak i na drugiej ręce.

V. Dr. Ch. Zarcyn. „O sympatykotomji“. Rzeczą przeznaczoną do druku.

Dyskusja: Dr. Wirszubski. Opis spostrzeżeń, w których stosowano sympa-

kotomję, prelegent poprzedził informacjami, dotyczącymi czynności roślinnego układu nerwowego. Kwestja udziału systemu wegetatywnego w działalności narządów ustroju przykuwa coraz więcej uwagę przedstawicieli różnych gałęzi medycyny praktycznej, poczynając od prac wiedeńskiej szkoły Eppingera i Hessa. Jak wielkie wzbudza zainteresowanie ta najmłodsza gałąź neuropatologii, dobitnie świadczyć może to, że na mającym się odbyć wkrótce w Hamburgu zjeździe neurologów niemieckich, — na który w tych dniach otrzymałem zaproszenie, — niemal cały program wyczerpuje się tematem „Das vegetative Nervensystem“. Należy się jednak zastrzedz, że mimo wyteżonej pracy badaczy w tym kierunku dotychczas nie zdobyliśmy wyjaśnień wielu zjawisk klinicznych, to też zachowujemy się z wielką rezerwą względem prób wyświeślenia skomplikowanego mechanizmu oddziaływania systemu wegetatywnego na objawy kliniczne i ich przebieg. Otóż ten fakt zastanawiający polega: primo, na tem, że rozsiiane umiejscowienie zwojów współczulnych i ich gałęzi nerwowych znacznie utrudnia ustalenie wielu szczegółów. Secundo, zmiany anatomiczne w jakiejś części tego układu powstają obok zmian w narządach sąsiednich (rdzeniowych, wewnętrznych), co również utrudnia wyjaśnienie protogenezy objawów klinicznych. Po trzecie, układ roślinny widocznie posiada w znacznym stopniu zdolność do wyrównywania ubytku swych czynności, to też uszkodzenie poszczególnych zwojów i nerwów często nie daje żadnych stałych objawów. Po czwarte, uwzględnić należy, że bodźcami, oraz hamulcami układu roślinnego są przeważnie podniety chemiczne, z którego to zakresu wiedzy wielu kwestji na razie nie możemy rozstrzygnąć. Tem niemniej kliniści ustalili zespoły objawów, nawiązane, bądź do układu współczulnego, bądź do układu parasympatycznego, z którym to zagadnieniem stykamy się niejednokrotnie w praktyce lekarskiej. Otóż np., miesiąc temu zjawił się u mnie dawny mój pacjent z prowincji z powodu napadów dręczących bólów brzusznych, przyczem pokazał list swego domowego lekarza, w którym kolega prosi lekarzy wileńskich o różnicowanie przypadku pomiędzy Appendicitis, Cholelithiasis i Nephrolithiasis. Zaprosiłem na naradę chirurga i internistę, przyczem po wyczerpującej wymianie zdań doszliśmy do wniosku rozpoznania wagotonji, co drugiego dnia świetnie potwierdziło badanie roentgeologiczne. Jednocześnie przytaczam spostrzeżenia Bergmana (D. Med. Woch. 1926), które narobiły hałasu, dotyczące rzekomych napadów kamicy żółciowej, z powodu czego chorych poddano interwencji chirurgicznej. Wtedy pokazało się, że chodziło nie o kamice żółciową, lecz o spazm wagotoniczny dróg żółciowych. Wreszcie szkic przypadków, przytoczonych przez prelegenta, jest wyrazem przypuszczenia przez klinistów zależności wielu cierpień od mechanizmu układu roślinnego. Widać zatem z powyższego, że zarysowują się rozległe horyzonty patologji systemu wegetatywnego, której granic i rozmiarów na razie określić niepodobna.

Dr. J. Bohuszewicz przytacza przypadek choroby Raynauda, rozpoznany przez Prof. Władyczkę oraz D-ra Falkowskiego, gdzie sympatykotomia skutków nie dała. Mając do wyboru dwa sposoby wykonywania sympatykotomji: sposób chirurgicznego usuwania nerwu współczulnego ze ścianki naczynia krwionośnego

lub też zadziałanie na naczynie alkoholem, wypowiada się mówca raczej na korzyść pierwszego sposobu głównie z tego powodu, że niewiadomo, w jakim stopniu co do nasilenia oraz co do rozległości działa alkohol; moment ten może wpłynąć na to, że wynik zabiegu może być nieraz zbyt krótkotrwały. Za stosowaniem pierwszego sposobu przemawia jeszcze i ta okoliczność, że niepożądane głębokie uszkodzenie ścian naczyń, o czym wspominał prelegent, może być spowodowane w czasie zabiegu równie dobrze i przy używaniu alkoholu, gdzie się niema sposobu kontroli, jak to ma miejsce przy chirurgicznym sposobie. Uważając, że należy wykonywać zabieg tylko wówczas, kiedy się ma pewność co do dobrego stanu naczyń, podlegających operacji, zaznacza mówca, że najlepsze wyniki daje ta operacja w schorzeniach troficznym, jak np. „malum perforans pedis”. Zgodnie z obserwacjami kliniki chirurgicznej lwowskiej, występować może nieraz regeneracja przeciętego nerwu.

Dr. H. Rudziński. Sympatykotomia w stosunku do chorób wewnętrznych nie znalazła szerszego zastosowania. Próby leczenia tą metodą dusznicy bolesnej dały wyniki niepomyślne; ustępuje wprawdzie nieraz ból po usunięciu zwoju gwiaździstego, zjawiają się natomiast objawy niewydolności mięśnia sercowego i duszności.

Z racji demonstrowania przez prelegenta na poprzednim posiedzeniu chorej na cukrzycę, której wykonano sympatykotomję, myślę, że zabiegu tego nie należałoby stosować przed przeprowadzeniem odpowiedniej kuracji u chorych cukrzycowych i cierpiących na miażdżycę naczyń.

Dr. E. Czarnecki — na podstawie własnych doświadczeń, przeprowadzonych na zwierzętach, stwierdza, że regeneracja rezerwowanych nerwów zwłaszcza układu współczulnego, występuje stosunkowo bardzo szybko.

Dr. Ch. Zarcyn:—W czasie wykonywania sympatykotomji operować należy tylko na części uszkodzonej naczyń. Jest rzeczą wielce charakterystyczną, że, o ile **choroba** Raynauda daje dobre wyniki, po wykonaniu zabiegu przy **zespole** objawów Raynauda, nie otrzymuje się polepszenia.

VI. Dr. A. Kapłań: „Insulina a schorzenia wątroby”. (Rzecz, przeznaczona do druku).

Dyskusja: Dr. K. Pawłowski. Stosowanie w II Klinice Chorób Wewnętrznych U. S. B. insuliny w schorzeniach wątroby nie dało pomyślnych wyników, ani co do zmiany ilości bilirubiny, ani co do nasilenia żółtaczki. Co do syntaliny, uważać ją należy, zgodnie z obserwacjami innych klinik uniwersyteckich, za środek toksyczny, wywołujący niejednokrotnie żółtaczkę.

Dr. A. Kapłań. Sprawy pożytku lub szkody stosowania syntaliny nie można uważać za ostatecznie wyjaśnioną. Są głosy za i przeciw stosowaniu tego leku. Tak np., zgodnie z obserwacjami Kleina z Pragi na 26 ciężkich przypadków, gdzie stosowano syntalinę, w jednym tylko nie otrzymano dodatniego efektu. W końcu zapytuje mówca, czy w przypadkach, leczonych insuliną w klinice, stosowano wlewania węglowodanów?

Dr. K. Pawłowski w odpowiedzi zaznacza, że nie zawsze potrzeba uciekać się do wlewania węglowodanów przy stosowaniu insuliny; jest ono potrzebne

tylko wówczas kiedy się ma do czynienia ze znacznym obniżeniem zawartości cukru we krwi; zazwyczaj jednak można podawać chorym zwiększone ilości węglowodanów nie tylko w drodze wlewań dożylnych, lecz z równie dobrym skutkiem i „per os”.

Często obserwuje się przy podawaniu insuliny indywidualne różnice i swoistość reagowania na ten środek różnych ustrojów. Ostatnimi czasy coraz częściej stosuje się sposób pobudzania trzustki do intensywniejszego działania w drodze podawania zwiększonej ilości węglowodanów.

VII. Prof. J. Muszyński: „Głóg jako nowy środek nasercowy”. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusja. Prof. St. Trzebiński zapytuje o sposób przygotowania intryktów. Dr. H. Rudziński: W jakich wypadkach należy stosować głóg?

W odpowiedzi Prof. Muszyński podaje sposób przygotowania intryktu, polegający na gotowaniu świeżej rośliny w ciągu 10—15 minut w 90% alkoholu. Przygotowany w sposób ten intrykt głogu przechowuje prelegent od r. 1921, przyczem posiada on obecnie wszystkie własności, jakie posiadał w okresie sporządzenia. Głogu, jako środka nasercowego, używać należy w cierpieniach, gdzie wskazane jest stosowanie mniej energicznych środków pobudzających.

Oddział Nowogródzki Towarzystwa Lekarskiego Województwa Nowogródzkiego.

Dnia 6.V—1928 roku odbyło się zwyczajne posiedzenie Oddziału Nowogródzkiego T-wa Lekarskiego Województwa Nowogródzkiego z następującym porządkiem dziennym:

1. Zgorzel płuc — Dr. Blaustein.
2. Gospodarka sanitarna samorządów Wojew. Nowogr. — Dr. Domański.
3. Problem wodny w Nowogrodzie — Dr. Domański.
4. Wysięk międzypłatowy płuc — Dr. Mandeltort.
5. Przerzut nowotworowy do płuc — Dr. Mandeltort z pokazem roentgenogramów.
6. Sprawy bieżące.
7. Wolne wnioski.

Ad 1. Dr. Blaustein opisuje przypadek chorobowy z praktyki szpitalnej. Początek choroby był nagły. Choroba zaczęła się krwotokiem płucnym. Odtąd miał chory bóle po prawej stronie klatki piersiowej. W szpitalu stwierdzono po stronie prawej, u dołu z tyłu do połowy łopatki, pod pachą prawą i z przodu do 4 żebra, wypuk stłumiony. Nad miejscem stłumionym były szmery oddechowe osłabione; z głębi dochodziły rżenia w nieznacznej ilości; z początku szmery oddechowe chuchające, które przeszły następnie w oddech amforyczny. Punkcja klatki piersiowej wykazała obecność ropnego cuchnącego wysięku opłucnowego. Płwocina była cuchnąca, ropiasta. Drobnowidowo nie stwierdzono włókien elastycznych i strzępów tkanki płucnej. Przebieg choroby był

przewlekły. Przez cały czas utrzymywała się ciepłota podgorączkowa. Pod koniec pobytu chorego w szpitalu wystąpiły objawy niedomogi mięśnia sercowego w postaci obrzęków twarzy, jąder i powiększenia wątroby. Referent przeprowadza rozpoznanie różniczkowe między cuchnącym nieżytem oskrzeli, a zgorzelą płuc i dochodzi do przekonania, że w tym wypadku miał do czynienia obok cuchnącego nieżytu oskrzeli, ze zgorzelą płuc. Co do leczenia, neosalvarsan zmniejszył i odwoił płwocinę — nie zapobiegał zaś wystąpieniu niedomogi mięśnia sercowego. W dyskusji zabrali głos Dr. Domański i Dr. Szymanowski. W odpowiedzi referent zaznaczył, że surowicy przeciwzgorzeli nowej Weinberga nie stosował.

Ad 2. Dr. Domański przedstawia na podstawie danych cyfrowych ogólny wzrost sum budżetowych samorządów Woj. Nowogródzkiego. W tym wyraźnie biorą udział pozycje na cele sanitarne. Gdy się porówna cyfry budżetowe z 1924 r. i 1928 r., to zauważa się w niektórych budżetach dziesięciokrotny wzrost sum, asygnowanych na cele sanitarne. W akcji tej przodują miasta, po nich idą sejmiki, a na końcu są gminy. W tym roku ma być 50% wsi zabrukowanych, a wszystkie gospodarstwa zaopatrzone w ustępy. Nałoży to na mieszkańców wsi olbrzymi podatek, który zrównoważy mały udział wsi w wydatkach, w budżecie przewidzianych.

Ad 3. Dr. Domański mówi o wielkich trudnościach w wyszukaniu źródeł wody dla Nowogródka. Woda z czynnych studzien Nowogródka jest naogół niedobra. Z nowych studzien jedyna studnia obok rzeźni dostarcza wody dobrej. W innych studniach mimo dotarcia do znacznej głębokości na wodę nie natrafiono. Pozostaje tylko urządzenie wodociągów. Studnie wody wodociągowej nie dostarczają, więc jedynym źródłem wody może być pobliska rzeka, z której mogłaby być dostarczana woda przy użyciu pomp, działających pod wysokim ciśnieniem.

Ad 4. Dr. Mandeltort przedstawia roentgenogram na którym uwidocznia się cień między płatem górnym, a dolnym płuca lewego. W porównaniu ze zdjęciem, dokonaniem przed kilku miesiącami, które wykazuje płyn w jamie opłucnowej, uważa, on że cień na roentgenogramie późniejszym oznacza zrost międzypłatowy. Tylko ten ostatni może dać cień zbity, o bardzo znacznym wysyceniu i o ostrych konturach.

Ad 5. Dr. Mandeltort pokazuje drugi roentgenogram, na którym po stronie prawej płuc widoczne są dwa kuliste, ostro odgraniczone cienie, ponad rozlanym cieniem w dolnej części płuca prawego. Te cienie wskazują na obecność nowotworu lub bąblowca w płucach.

Dr. Blaustein dostarcza odnośnie do II roentgenogramu danych klinicznych. Chora poprzednio wysoko gorączkowała. Badanie fizykalne wykazało stopień wypuku po stronie prawej tylnej i pod pachą i zniesienie szmerów oddechowych. Punkcja klatki piersiowej płynu nie wykazała. Obecnie chora nie tak wysoko gorączkuje, a nawet przybyło jej na wadze. Badanie krwi wykazało: 36% limfocytów i 63% obojętnochłonnych.

Dr. Domański komunikuje, że w Baranowiczach odbył się Zjazd delegatów

Oddziałów na którym postanowiono przystąpić do „Związku Lekarzy Państwa Polskiego“.

Powzięto jednomyślnie uchwałę przystąpienia do Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Na tem zamknięto posiedzenie.

Sekretarz Dr. Blaustein.

Prezes Dr. Domański.

Sprawozdanie

Wileńskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego (za trzeci rok działalności 1927 r.).

Wileński Oddział Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego liczył w roku 1927 członków 20.

W roku 1927 Pol. Tow. Pediatryczne poniosło stratę z powodu śmierci swego członka D-ra Władysława Zahorskiego.

W skład Zarządu weszli: Prof. Dr. W. Jasiński — jako prezes, Dr. L. Łukowski i Dr. H. Kowarski — jako wice-prezesi, Dr. B. Żabko-Popowicz — jako skarbnik, Dr. H. Kaulbersz-Marynowska — jako sekretarz. W skład Komisji Rewizyjnej weszli: Dr. K. Karnicka, Dr. M. Lewin i Dr. M. Zagórska.

Posiedzeń naukowych odbyło się 56, jedno uroczyste, poświęcone celi ś. p. J. Brudzińskiego.

Wygłoszono na nich 6 referatów i omawiano 16 przypadków chorobowych, co razem z 14 referatami i 31 pokazami dwu lat ubiegłych czyni 20 referatów i 47 pokazów.

Referaty wygłosili: 1) Dr. W. Szuniewicz: Sprawozdanie z działalności Przeciwkłowej Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem za okres 3-letni (od 1.IV 1924 r. do 1.III 1927 roku).

2) Dr. J. Dowgiałłówna: O leczeniu ropnych zapaleń opłucnej u dzieci.

3) Dr. S. Gogolewska-Löwenhoff: Kilka uwag o szczepieniach ochronnych w ospówce.

4) Prof. Dr. Alexandrowicz: Dziedziczenie chorób w świetle teorii Mendla.

5) Dr. K. Stawiarska: Sprawozdanie lekarskie ze Żłobka Im. Marji dla niemowląt.

6) Dr. J. Zienkiewicz: Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiłą wrodzoną. Oraz na posiedzeniu uroczystem:

7) Ks. Rektor Szlagowski: Józef Brudziński, jako organizator Wszechnicy Warszawskiej.

8) Prof. Dr. Jasiński: Zasługi Brudzińskiego na polu Pedjatrji.

9) Prof. Dr. Szmurło: Udział Brudzińskiego w życiu społeczno-lekarskim w stolicy.

10) Dr. B. Hanusowicz: Józef Brudziński, jako kolega uniwersytecki.

Omawiano i demonstrowano następujące przypadki chorobowe:

1) Dr. E. Iszora: Przypadek mocznicy przewlekłej u 12-tetniej dziewczynki.

2) Dr. M. Zagórska: Przypadek cirrhosis hepatis cardiotuberculosa (Hutina) u 13-letniej dziewczynki.

3) Prof. Dr. W. Jasiński: Przypadek zespołu Hirschprunga u 7-mio miesięcznego dziecka.

4 — 5) Dr. J. Muraszko: 2 przypadki białaczki limfatycznej: u 13-letniej dziewczynki i 9-letniego chłopca.

6) Dr. H. Kaulbersz-Marynowska: Przypadek cukrzycy u 8-letniego chłopca.

7) Dr. F. Ejzenberżanka: Przypadek ropnia płuc u 14-sto miesięcznego dziecka.

8—11) Dr. W. Szuniewicz: Cztery przypadki kiły wrodzonej ze zmianami kostnymi (pokaz rentgenogramów).

12) Dr. L. Baranowski: Przypadek powikłania po obrzezaniu u 4-miesięcznego dziecka.

13) Dr. P. Lidzka: Przypadek ostrego przekrwienia opon mózgowych u 5-letniego gruźliczego dziecka.

14) Dr. T. Wąsowski: Przypadek zarośnięcia nozdrzy tylnych u 9-cio miesięcznego dziecka.

15) Dr. E. Gerlée: Przypadek białaczki limfatycznej u 5-letniej dziewczynki.

16) Dr. E. Gerlée: Przypadek ziarnicy złośliwej u 7-letniej dziewczynki.

W tem demonstrowano: z Kliniki Dziecięcej przypadków	9
ze Szpitala Miejskiego	1
ze Szpit. Żydowsk. (Zwierzyniec)	1
ze Schroniska dla Dzieci gruźliczych	1
ze St. Op. nad Matką i Dzieck. Nr. 8	4

W 1927 roku Oddział Wileński Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego wziął czynny udział w organizowaniu III-go Zjazdu Pedjatrów w Wilnie.

Sekretarz

Hanna Kaulbersz-Marynowska.

Prezes

Wacław Jasiński.

K o m u n i k a t y.

— VI Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Rzymie od 24—29 września r. b. Tematy programowe: 1) Postacie przesączalne zarazka gruźliczego (ref. prof. Calmette), 2) Rozpoznanie gruźlicy dziecięcej (ref. prof. Rocco Jemma), 3) Organizacja profilaktyki gruźliczej na wsi (ref. Dr. William Brand).

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego są zaproszeni na zjazd i otrzymują bezpłatne sprawozdania.

Udział swój winni zgłosić za pośrednictwem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Spraw Wewnętrznych) lub Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa, ul. Chocimska 24) do dnia 15-go lipca b. r.

W Zjeździe mogą wziąć również udział lekarze, którzy nie są członkami Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego przedstawieni przez Dep. Służby Zdrowia (M. S. W.) lub Polski Związek Przeciwgruźliczy, Chocimska 24.

Oplata za udział w Zjeździe wynosi 100 lirów od osoby.

Członkowie Zjazdu, którzy pragną wziąć udział w dyskusji i wypełnili powyższe wa-

runki zapisu, mogą być zawczasu zgłoszeni za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, o ile nadeślą odpowiednie zawiadomienia do dnia 15-go lipca b. r. W dyskusji pierwszeństwo będą mieli ci uczestnicy zjazdu, którzy się wcześniej zapiszą do głosu.

— III Zjazd ogólnokrajowy ku zwalczaniu gruźlicy odbędzie się w Poznaniu w Colleg. Minus. Uniwers. Poznańskiego — Wały Wazów 29—30 czerwca r. b. Zgłoszenie przyjmuje sekretariat III Zjazdu: Poznań — Urząd Wojewódzki — Gołębia 1. Wstępne dla uczestników 10 zł. Dla zamiejscowych zniżka ceny powrotnej jazdy koleją o 66,60%.

Zjazd Lekarzy Kresowych odbędzie się w Łucku dn. 30 i 31 sierpnia 1928 r. Oplata za kartę uczestnictwa 15 zł. Zniżka kolejowa dla biletów powrotnych 66,60%.

Wiadomości udziela Komitet Organizacyjny Zjazdu Lekarzy Kresowych w Łucku ulica H. Sienkiewicza Nr. 13.

Obchód jubileuszowy pięćdziesięciolecia istnienia Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego odbędzie się w sobotę dnia 7 lipca 1928 r. we Lwowie, w sali Izby Handlowej i Przemysłowej (Akademicka 17).

Wiadomości bieżące.

W celu uczczenia rzadkiej uroczystości, a mianowicie 50-cio lecia pracy zawodowej powszechnie u nas znanego i szanowanego D-ra Stanisława Peszyńskiego, który w tym czasie to jest 30 maja r. b. obchodził także złote gody małżeńskie, Wileńskie Towarzystwo Lekarskie mianowało go swym członkiem honorowym, a wydział lekarski U. S. B. na uroczystym akcie promocyjnym dnia 13-go czerwca wręczył mu dyplom doktora wszech nauk lekarskich.

Résumé des travaux contenus dans le N-o 3 du Vol IV.

S. TRZEBIŃSKI.

Rapport des observations faites par le Dr. Heyman dans les cliniques Berlinoises et les hôpitaux de Hambourg en 1830 présenté par le Dr. Korzeniewski à la Société de Médecine de Wilno (Archives de la Société).

W. JABŁONOWSKI.

Indications opératoires dans quelques maladies principales des organes de la cavité abdominale.

L'auteur donne l'analyse des indications opératoires dans l'appendicite, l'ulcère de l'estomac et du duodénum, et enfin dans la cholecystite.

Hôpital Juif de la ville de Wilno.

A. KAPŁAN.

Insuline et maladies du foie.

Se basant sur ses propres observations faites dans l'hôpital juif de Wilno et sur la littérature l'auteur arrive aux conclusions suivantes.

L'étude de l'action insulinaire au cours du diabète nous a révélé le foie comme point principal d'application de l'influence insulinaire.

2. Nous trouvons la confirmation de ce fait dans les observations d'Elias sur l'action antivomitique de l'insuline et dans celles de Bamberger qui a ap-

pliqué avec succès la traitement glucoso-insulinaire dans un cas d'intoxication avec le Phosphore.

3. L'analyse de l'action de l'insuline dans les maladies du foie nous y fait constater les étapes suivantes: L'insuline contribue à l'accumulation du glycogène dans le foie en activant sa synthèse et en diminuant sa dépense. L'accumulation du glycogène augmente l'énergie vitale et les fonctions des cellules parenchymateuses du foie ce qui facilite leur régénération et leur victoire dans le combat contre les facteurs nocifs. En comparant l'action de l'insuline avec celle de la synthaline l'auteur constate l'influence nocive de la dernière se traduisant par la lésion du parenchyme hépatique, et réclame son exclusion de l'arsenal thérapeutique.

Institut pharmacognostique de l'université de Wilno.

Le prof. J. MUSZYŃSKI directeur de l'institut.

L'aubépine un nouveau cardiaque inoffensif.

L'aubépine (*crataegus oxyacantha*) employé en Amérique et en France, mérite l'attention des médecins, comme remède excitant l'action du coeur et comme régulateur des contractions vasculaires, ce qui mène à la restitution de l'équilibre entre la pression du sang et le travail du coeur.

Clinique des maladies des enfants de l'université de Wilno.

J. ZIENKIEWICZ.

Traitement des nourrissons et des enfants syphilitiques héréditaires par le Stovarsol.

a. Traitement de récents cas de syphilis héréditaire des nourrissons et des enfants (exclusivement) par le stovarsol 0,02—0,04 par 1 kilogr. de poids pendant 12 semaines avec des intervalles de 2 jours. Disparition des symptômes, augmentation considérable de poids, disparition de la réaction positive de Bordet-Wassermann, changement de la réaction de Biernacki. (Attardement marqué de la sédimentation des globules rouges).

b. Dans les cas où la première cure (traitement par le stovarsol combiné avec le traitement mercuriel et bismuthique) n'avait pas changé la réaction positive de B. Wassermann en r. négative, celle-ci devint franchement négative en suite d'une cure réitérée, avec l'exception d'un enfant traité irrégulièrement.

c. L'auteur recommande le traitement initial de syphilis grave héréditaire par le stovarsol jusqu'à la cessation des manifestations cutanées et muqueuses, ensuite l'application énergique du mercure, du bismuth et du néoarsénobenzol.

d. Dans les cas qui exigent un traitement très circonspect ou quand les enfants supportent mal le néoarsénobenzol, le stovarsol donne de bons résultats.

Clinique universitaire des maladies des enfants de Wilno.

M-e KAULBERSZ-MARYNOWSKA.

Un cas de méningite méningococcique atypique.

Un garçon d'un an a présenté cliniquement l'image de la méningite tuberculeuse-(apathie, raideur de la nuque, signe de Kernig, pouls intermittent

température peu élevée 37—37,6; pas d'opisthotonus. Liquide céphalo-rachidien clair, renfermant 340 globules blancs par 1 mm cube). D'abord on n'y décélé point de bactéries, mais 4 jours après son admission à la clinique on y trouva des méningocoques en abondance. Tout de même en supposant une combinaison de la méningite tuberculeuse avec la méningite méningococcique on pratiqua une injection du liquide céphalorachidien dans la cavité péritonéale d'un cobaye (résultat négatif). Malgré l'application du sérum méningococcique mort après quelques jours. A l'autopsie point de lésions tuberculeuses.

A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Un cas d'encéphalopathie traumatique.

Un garçon de 16 ans présentait après un traumatisme du crâne des attaques quotidiennes d'obnubilation avec délire, pourtant sans aucuns symptômes pendant les intervalles. Trépanation dans la région de la cicatrice où l'os était un peu grossi. Guérison.