

MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyna”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenue 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. O sterylizacji materiałów opatrunkowych. Podał d-r J. Borzymowski. — Klika uwag w sprawie teścia i jego uleczalności. Podał Stanisław Lejzerowicz. (Dokończenie). — **WYKŁADY KLINICZNE,** Nowsze prace dotyczące nowotworów powstałych z resztek prąrczy — meso-nephros (Sprawozdanie zbiorowe). — **SKRĘSZCZENIA I WYCIĄGI.** 78. Przyczynnik do klinicznej dyagnostyki zawału nerkowego i kolki nerkowej. 79. O wpływie węgla na lasocznika grzłlicy. — III zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. (Sprawozdanie własne). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Borzymowski — Sur la sterilisation des pansements. 2) D-r S. Lejzerowicz — Quelques remarques sur le tetanus et sa curabilité.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Borzymowski — Ueber die Sterilisirung der medicinischen Verbandmaterialie. 2) D-r S. Lejzerowicz — Einige Bemerkungen über den Tetanus und seine Heilbarkeit.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O STERYLIZACJI MATERIAŁÓW OPATRUNKOWYCH.

Podał

D-r J. BORZYMOWSKI.

Ordynator kliniki chirurgicznej w szpitalu św. Ducha.

(Odczyt wypowiedziany w r. b. w sekcji biologicznej Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego).

Antyseptyka i aseptyka. Świetny okres antyseptyki niepodzielnie panował w chirurgii do ostatnich czasów; upadek tego okresu rozpoczął się z chwilą narodzin nowego, a mianowicie okresu aseptyki. Objawy walki tych dwóch kierunków widziliśmy na całej linii postępu chirurgicznego; i tak, 5% roztwory karbolu, zalecane w swoim czasie przez KÖNIG'a, zostały już zupełnie wycofane z użycia, słabe zaś 2—3% roztwory zeszyły do skromnej roli płynów, używanych, mówiąc nawiasem, na konserwatywnych oddziałach, do przechowywania narzędzi podczas operacji. Wysoka cena karbolu, nieprzyjemny zapach oraz ujemny wpływ tegoż na tkanki ludzkie nawet w 2% roztworze, powodującym niekiedy t. zw. gangrenę karbolową, zupełnie usprawiedliwiają schodzenie z pola tego przodownika antyseptyki.

Sublimat pomimo znakomitej swej siły bakterycydzkiej i tanioci obecnie używa się więcej do odkażania rąk i przechowywania materiałów opatrunkowych, niż do ich nasycania i przemywania ran.

Jodoform zaś stracił w ogromnym stopniu kredyt od czasu wykrycia w nim wegetacyi zarodników chorobotwórczych; sprzyjała temu w niemalym stopniu niechęć publiki do zapachu, który się stał niemal kompromitującym. Używamy obecnie jeszcze jodoformu w sprawach gruźliczych i ropnych nie dlatego, żebyśmy mocno wierzyli w jego działanie, lecz więcej przez siłę przyzwyczajenia i dzięki sławnej jego tradycyi. Jakkolwiek chirurgia nie wypowiedziała ostatecznego wyroku potępiającego na antyseptykę przyraną, wielu z nas jednak o tyle tylko wierzy w antyseptykę, stosowaną do rany, o ile ta jest aseptyczna, uważając ją po za tem raczej za szkodliwą, niż za pożyteczną. Wypowiadając zdanie powyższe, nie mam zamiaru bynajmniej podkopywania powagi antyseptyki, stosowanej do odkażania rąk, pola operacyjnego i wogóle do wszystkiego, co stoi po za obrębem rany. Sterylizacya czyli wyjaławianie jest praktycznym wyrazem aseptyki, niemożliwe jest przez to stosowanie aseptyki bez sterylizacyi materiałów opatrunkowych, narzędzi i t. d.

Na wstępie muszę zaznaczyć, że nie tylko u nas w Warszawie, ale i na całym świecie chirurgicznym rzuca się w oczy brak ustalonej metody sterylizacyjnej. Każdy niemal oddział chirurgiczny ma swój sposób wprowadzania w życie aseptyki, a więc i sterylizacyi środków opatrunkowych; a wiadomo, że wielorakość metod jest najlepszym dowodem braku metody dobrej.

Wymagania aseptyki. Przystępując do sprawy wyjaławiania materiałów opatrunkowych, powinniśmy jasno sobie zdać sprawę z tego, jaką siłę ma wróg, z którym walczy sterylizacya, i jaką metodę walki należy uznać za najlepszą. Otóż co do siły najmocniejszego wroga, t. j. najodporniejszych zarodników mogą poinformować nas prof. LEHMANN i NEUMANN (Bakteriologie und bakteriologische Diagnostik. T. II. 1899. Str. 41), którzy cytują dosłownie wyniki badań CHRISTEN'a: (Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde XVII. str. 498. Jena). „Do zabicia niektórych zarodników potrzeba działania pary wodnej, ogrzanej do 100° więcej niż w przeciągu 16 godzin

od 105° — 110° = 2 — 4 godz.
125° — 130° = 5 min. i dłużej.
140° — = 1 min.“.

Te cyfry muszą i nas obowiązywać, albowiem samo przez się rozumie się, że kiedy chodzi o zupełne wyjałowienie, to powinniśmy brać pod uwagę odporność tylko najtrwalszych zarodników. Ciż sami badacze zapewniają, że niektóre zarodniki chorobotwórcze mogą bez pożywnej gleby wegetować nie tylko całe lata, ale i dziesiątki lat.

W praktyce chirurgicznej mają zastosowanie następujące sposoby wyjaławiania środków opatrunkowych: 1) Płomień. 2) Suche gorące powietrze. 3) Woda wrząca czysta lub z dodatkiem sody. 4) Para wodna bieżąca bez ciśnienia przy dostępie powietrza. 5) Para wodna nieruchoma pod ciśnieniem przy dostępie powietrza. 6) Para wodna nieruchoma pod ciśnieniem bez dostępu powietrza i 7) Para wodna bieżąca pod ciśnieniem, bez dostępu powietrza.

I. Płomień. Sterylizacyę materiałów opatrunkowych płomieniem po uprzednim przesychnieniu ich *ex tempore* spirytusem zaproponował zeszłego

roku jeden z niemieckich lekarzy; zachęcająca jest łatwość i pozorna pewność tego sposobu. Zanurzamy w spirytusie gazę higroskopijną lub jodoformową podczas opatrunku na szczypekach anatomicznych, zapalamy i trzymamy dotąd w płomieniu, aż wypali się spirytus. Chociaż do prób używałem alkoholu absolutnego, to jednakże po zagaszeniu płomienia, gaza zostawała przesycona żółtawą cieczą, mającą ostrą woń zuzłu; już dla tego jednego powodu sposób ten powinien być zaniechany; gdybyśmy jednak nie brali nawet pod uwagę szkodliwego, a przynajmniej zbytecznego dodatku do rany w postaci zuzłu, to i tak ten sposób nie wytrzymałby najmniejszej krytyki wobec następującego doświadczenia. Po owinięciu dolnej części termometru gazą higroskopijną w ilości $\frac{1}{4}$ metr., zmoczoną w spirytusie, i zabezpieczeniu górnej części termometru po nad gazą azbestem, zapalilem spirytus, płomienia zaś nie gasiłem aż do spalania kilku powierzchniowych warstw gazy, i cóż się okazało? Termometr wskazywał *maximum* zaledwie 58° C.

II. Suche gorące powietrze. Bakterye i zarodniki ich są nadzwyczaj odporne na działanie ogrzanego suchego powietrza; według ABEL'a (Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten d-r ABEL) do wyjąłowania tym sposobem konieczne jest działanie 150° C. przez pół godz.; według ZELIS'a (Die medicinischen Verbandmaterialie, Zelis. Berlin. 1897) potrzebne jest wielogodzinne działanie 150° do wygubienia wszystkich zarodników.

Jeżeli powietrze suche jest złym przewodnikiem ciepła, to wszystkie materiały opatrunkowe w ogromnym stopniu potęgują jeszcze tę właściwość suchego powietrza; i tak, jeżeli weźmiemy kilka cienkich rurek szklanych, napełnionych do połowy siarką kryst. rombowa, i umieścimy je w materiałach opatrunkowych w rozmaitych odstępach od powierzchni tychże, to łatwo przekonamy się, jak leniwo przenika ciepło w atmosferze suchego powietrza do głębszych warstw materiałów opatrunkowych.

Doświadczenie 1. Jedna rurka szklana z siarką, umieszczona nazewnątrz $\frac{1}{2}$ m. gazy higr. w suszarce, a druga takąż wewnątrz. Temperatura była od 117° — 120° — 4 min.; od 120° — 121° — 5 min.; od 118° — 120° — 8 min.; 120° — 121° — 6 min.; razem od 117° — 121° przez 23 min. Siarka w zewnętrznej rurce stopiła się zupełnie, w wewnętrznej wcale.

Doświadczenie 2. Dwie rurki z siarką umieszczone w środku $\frac{1}{2}$ i 1 met. gazy w suszarce, temp. od 120° — 123° — 3 min.; od 123° — 127° — 1 min.; od 127° — 138° — 3 min.; od 138° — 140° — 2 min.; od 140° — 143° — 1 min.; od 143° — 148° — 5 min.; od 148° — 150° — 3 min.; razem temp. od 120° — 150° — 18 min.; siarka w obydwóch rurkach niestopiona.

Doświadczenie 3. W metrze gazy, ściśle zawiniętym, jedna rurka z siarką ukryta pod 4-ma płatkami gazy, druga pod 10-ma, trzecia pod 20-ma; czwarta pod 40-ma; piąta pod 80-ma; ogrzewanie trwało 10 minut; ciepłota od 134° — 161° , t. j. do wysokości w której wata tli się, a gaza żółknie i traci trwałość jej włókna; i potem tylko w 2 rurkach siarka okazała się stopioną, t. j. pod 4-ma i 10-ma płatkami gazy, w pozostałych zaś była niestopiona.

Doświadczenie 4. Termometr maksymalny owinięto w 40 gr. waty, luźno zawiązanej, i włożono do suszarki

Temp. pieca zewn.	80° , 100° , 110° , 115° , 120° , 125° , 140° , 145° , 150° , 154° , 153° , 151°
Temp. waty wewn.	35° , 40° , 49° , 54° , 57° , 58° , 63° , 70° , 78° , 102° , 110° , 119°
Czas	2 m. 1 m. 2 m. 3 m. 2 m. 3 m. 5 m. 4 m. 9 m. 3 m. 4 m.

Temp. zewn. 146°, 150°, 153°, 150°, 150°, 150°, 152°, 150°, 150°, 151°	wata zaczęła się tlić
Temp. wewn. 121°, 130°, 130°, 133°, 135°, 135°, 140°, 143°, 143°, 143°	
Czas . . . 5 m. 3 m. 1 m. 1 m. 1 m. 4 m. 6 m. 8 m. 6 m. 9 m.	

a zatem po włożeniu 40 gr. waty do suszarki, ogrzanej do 80°, po nagraniu tejże w dalszym ciągu do 150° przez 22 min, temperatura w środku waty podniosła się zaledwie do 78°, a po godzinnem utrzymywaniu ciepłoty na wysokości 150°—154°, ciepłota w środku waty dosięgła 143° t. j. ciepłoty niewystarczającej do wyjałowienia, chociaż zewnętrzne części waty zaczęły się już wtenczas tlić. A zatem, żeby wyjałowić materiały opatrunkowe w suchem powietrzu, należałoby trzymać je w ciepłocie, niszczącej materiały opatrunkowe; dalej, ponieważ powietrze suche i materiały opatrunkowe są bardzo złymi przewodnikami ciepła, przeto dużo czasu trzeba stracić na doprowadzenie tej ciepłoty do środka materiałów opatrunkowych, a jeszcze więcej czasu na utrzymanie tej temperatury; wzięwszy zaś pod uwagę konieczność regulowania ciepłoty, na co zwrócił niedawno uwagę WATTEN, przyjdziemy do wniosku, że sterylizacja materiałów opatrunkowych suchem powietrzem jest wprost niemożliwa praktycznie.

O sterylizacji zaś gazy jodoformowej suchem powietrzem nie może być mowy, ponieważ jodoform topi się i rozkłada przy 119°—121°. A jednak w Paryżu dostawca ministerjum wojny LÉCOMTE sterylizuje środki opatrunkowe za pomocą suchego gorącego powietrza; i w Warszawie spotyka się w handlu gaza jodoformowa w blaszanych pudełkach niby sterylizowana w ten sam sposób.

(D. n.).

Kilka uwag w sprawie tężca i jego uleczalności.

Podał

Stanisław Lejzerowicz.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 35).

Dnia 18. VIII. Noc lepsza nieco od poprzedniej. Zrana zastrzyknięcie dziesiątej dawki surowicy — razem 100 ctm. sz. oraz jednej szprycki *extr. calab.* Dzień zeszedł nadzwyczaj niespokojnie. Dotąd napady dosięgały najwyższego stopnia natężenia dopiero nocą i we śnie, a tu w biały dzień i bynajmniej nie w uspieniu wstrząsały chłopcem straszliwie i niepokoiły go silnie przez 5 godzin z rzędu. Popołudniu raz jeszcze zastrzyknąłem *extr. calab. ind.* Ciepłota stale normalna.

Dnia 19. VIII. Znowu nader silne napady nie dawały choremu w nocy spokoju, nad ranem dopiero sfołgowały. Dzień zaś zeszedł o tyle dobrze, że napady były rzadsze i słabsze, przy tem spał dość długo, nadmiar spokojnie, co się dotąd nie zdarzało. Dwukrotne zastrzyknięcie *extr. calab.*

Dnia 20 VIII. Chory noc spędził bardzo źle, co kilka minut chwytają go napady, a ucichły dopiero nad ranem. Dzień zaś minął niezłe; apetyt zdradzał już większy, drgawki jakby rzadsze, przy najmniejszej natomiast chęci zaśnięcia znów częstsze i męczą chłopczynę do tego stopnia, że rodzice od snu zaczęli go powstrzymywać. Dwa zastrzyknięcia *extr. calab.*

Dnia 21. VIII. Noc znośniejsza. Łaknienie się wzmagają. Dzień schodzi spokojnie, jeśli tylko nie śpi. 2 szpryki *extr. calab.*

Dnia 22. VIII. W nocy znów miotają chorym silne drgawki, nad ranem ucichły. Dzień zeszedł zupełnie spokojnie, czuje się raźniej, większa otucha. Szczękościsk w jednakowej mierze. Łaknienie doskonale (płynny). 2 strzykawki *extr. calab.*

Dnia 23. VIII. Noc spędził ani gorzej, ani lepiej od innych. W dzień natomiast napady zrzadka się zjawiają. Mięśnie brzucha, kończyn, jak gdyby nieco zwiotczały. Szczękościsk też cokolwiek się zmniejsza, zęby rozszerza na $\frac{1}{2}$ ctm., mowa staje się wyraźniejszą, uśmiech sardoniczny z lic też znika. Polepszenie wprawdzie pod względem drgawek dotyczy jedynie dnia. Dwa zastrzyknięcia *extr. calab. indic.*

Dnia 24. VIII. Noc ciągle jednakowa. W dzień zachowuje się o wiele spokojniej, napady wyprężania pojawiają się tylko we śnie i to dużo rzadziej, gdyż poprzednio chwili od nich wolnej nie było przez dzień cały. Pamięć mu jakoś nie dopisuje: wieczorem nie pamięta, co zrana było. Siedzi na łóżku ze spuszczone nogami już bez oparcia, o chodzeniu mowy jeszcze niema. W dalszym ciągu 2 szpryki *extr. calab. indic.*

Dnia 25. VIII. Ubiegłą noc spędził znośnie, w dzień zachowywał się jak najlepiej, napadu nie miał wcale. Wszelako ruchy kończyn i tułowia tudzież szczęk obu bardzo jeszcze skrępowane. Siedzi jednakże bez wszelkiej pomocy. Kalabar w dwóch dawkach.

Dnia 26. VIII. Noc ciągle jeszcze bardzo niespokojna, gdy dzień mija doskonale. 2 szpryki *extr. calab.*

Dnia 27. VIII. Znacznie lepiej spał w nocy, budziło go jednak silne swędzenie w podszwach, od czego, jak twierdzi, rozpoczyna się napad. Ruchy ma swobodniejsze, szczękościsk też nieco folguje, tak że spożył bułkę w mleku maczaną. 2 dawki *extr. calab.*

Dnia 28. VIII. Nocą znów nastąpiło znaczne pogorszenie, wstrząsały nim niezwykle silne napady, hałasował, nieświadom swego stanu. Dzień zaś nie pozostawia nic więcej do życzenia. Zwarcie szczęk stale i stopniowo ustępuje. Jeszcze dwie strzykawki *extr. calab.*

Dnia 29. VIII. Noc nierównie już lepsza; napadu drgawek ani wyprężania nie było, budził się jeno w nocy w stanie niezwyklego rozdrażnienia i niepokoju. Odtąd datować się zdaje niezawodna już poprawa, i chory znajduje się na drodze do zupełnego wyzdrowienia. 2 szpryki *extr. calab.*

Dnia 30. VIII. Całą noc bez przerwy przespał. Dzień też pomyślny, pod wieczór jeno czegoś osłabł.

Dnia 1. IX. W nocy spał znakomicie. Próbuje chodzić, coraz lepiej mu się to udaje, choć ruchy jeszcze wielce skrępowane. Szczękościsk dużo mniejszy. *Extr. calab.*

Dnia 2. IX. Noc normalna, we śnie zachowuje niczem nie zamącony spokój. Sprawność ruchów o wiele większa. Szczękościsk bardzo nieznaczny.

Chorego uważam za zupełnie zdrowego, śladów przebytego tężca prawie żadnych.

W danym przypadku, jak widzieliśmy, choroba trwała, rzecz można, trzy tygodnie. Leczenie rozpoczęto na 3 dzień choroby (a więc względnie dosyć wcześnie) zastrzyknięciem surowicy przeciwężcowej z instytutu PASTEUR'a. Ogółem antytetaniny zastrzyknięto 100 ctm. sz. Wyciągu z wyroczynu jado-

witego (*calab. ind.*) zastrzyknąłem 21 gran., co na dawkę dzienną wynosiło powyżej jednego grana.

Skombinowane leczenie surowicy z wyroczynem jadowitym rozpoczęto dopiero po 5 dniach stosowania jedynie antytetaniny z chloralem. Pierwszego dnia zastrzyknąłem pod skórę 20 ctm. sz., następnych po 10 ctm. sz. Podawany choremu pierwszych dni chloral chybiał celu, albowiem u pacyenta naszego sen dawał jakby pohop do silniejszych napadów, które nocą zwłaszcza były wprost straszliwe, gdy natomiast w dzień nierównie mniejszego natężenia, choć jednakowo prawie częste, a może i częstsze. Godnem zastanowienia właśnie w całym przebiegu wydaje się to, że do ostatniej niemal chwili sen zamiast dawać choremu ukojenie, sprowadzał tak groźne napady, że chorego chłopca o szal przyprawiały, najpóźniej też ustąpiły drgawki nocne.

Zważyć nadto należy, iż jedynie przypuszczalne ognisko zakażenia, którego wrotami według wszelkiego prawdopodobieństwa były 2 w kościach stępu istniejące przetoki, nie uległo żadnemu zabiegowi chirurgicznemu, co wedle dotąd przyjętych zasad leczenia tężca winno być rzeczą pierwszą, nie przeszkodziło to jednak nadspodziewanie pomyślnemu zejściu sprawy chorobowej.

W dobie obecnej, jak wiadomo, leczenie tężca ma cel potrójny: pierwszy jest zobojętnienie jadu tężcowego, drugi polega na osłabieniu siły drgawek, trzeci wreszcie na odżywianiu chorego. Pierwsze z tych zadań, bez wątpienia, najistotniejsze i zarazem najtrudniejsze, wypełnić ma surowica, która w ustroju ludzkim, bądź zwierzęcym dokonać ma tego, co z zupełnym powodzeniem udaje się jej uskuteczyć w próbówce, t. j. zobojętnić toksyny, wytwarzane przez laseczniki tężca. Trzy rodzaje wyrabianych surowic głównie celowi temu mają służyć. I. Surowica z instytutu PASTEUR'a, którą jedynie dostać u nas można; siła antytoksyczna jej, zawarta w 10 ctm. sz., wynosi 100,000,000 jednostek. Dawka ta jest tylko zapobiegawcza, w celach zaś leczniczych według przepisu należy użyć 50—100 ctm. sz. na raz lub na dwie dawki. Za jednostkę przyjęto tu ilość surowicy, równą $\frac{1}{100,000,000}$ wagi myszy, której zastrzyknięcie wystarcza do zabezpieczenia jej od śmiertelnej dawki toksyny. II. Fiaszeczka surowicy BEHRING-KNORR'a, która znajduje się w sprzedaży w stanie płynnym i suchym, zawiera 250 jednostek uodparniających (*Immunitätseinheiten I. E.*). Jedna I. E. zobojętnia 10 jednostek toksyn. Ostatnia zaś jest dawką, zabijającą w ciągu 3—4 dni świnkę morską wagi 250 grm. W celach leczniczych należy z początku zastrzyknąć zawartość jednego flakonu (5 grm.), w następne dwa dni jeszcze po jednym. III. Surowica TIZZONI-CATANI też dwojaka, płynna i sucha. W flakonie 5 grm. jest 40,000,000 I. E. (w 1 ctm. sz. — 80,000). Za jednostkę zabójczą uważana jest taka ilość toksyn, która zabija w 4—5 dni królika wagi 1 kilo. Surowica działa nie przeciw lasecznikom tężca, lecz przeciw ich toksynom, jest więc antytoksyczna, a nie antybakteryjna; unieszkodliwia przeto tylko bakterye dzięki zobojętnianiu ich wytworów, toksyn. Z miejsca zakażenia jad tężcowy dostaje się i krąży we krwi. Pozostawanie jednak jego we krwi zależy w zupełności od gatunku zwierzęcia, np. u królików szybko z niej znika i śladu nie pozostawia, gdy u świnek morskich długo jeszcze znajdujemy go we krwi wówczas nawet, kiedy już i do innych narządów zdołał przeniknąć.

A więc, po wystąpieniu objawów u królików znajdujemy jad już tylko w wątrobie, śledzionie, nerkach i w mózgu [IMMERWAHR¹⁾]; u ludzi we krwi, wątrobie, śledzionie i nerkach [BRUSCHETTINI²⁾]. Znajdywano też, choć nie stale, u ludzi w rdzeniu. We krwi ludzi, teżcem dotkniętych, częstokroć jadu nie wykrywano. W moczu rzadko kiedy daje się wykryć. Dokąd przenika zarazek tężcowy w dalszej swej wędrówce po ustroju bezpośrednio ze krwi, wyświetlić nam dopiero mogą objawy, jakie on zwykł wywoływać. Najkardynalniejszym bezspornie są kontraktury mięśniowe. Aby takowe kontraktury powstawać mogły, potrzeba pewnego podrażnienia układu nerwomięśniowego. Owóż szereg doświadczeń ustalił, że jad tężcowy oddziałuje na ośrodki ruchowe w rdzeniu (komórki przednich rogów) tudzież w mózgu przedłużonym; działanie to polega na wzmożeniu pobudliwości tychże ośrodków przez doprowadzenie całego układu nerworuchowego do stanu nadpobudliwości, co, jak przekonano się, nie obywa się bez udziału sfery czuciowej. Jad szerzy się i rozchodzi po ustroju drogą układu krwionośnego, nasuwa się jednak pytanie, jak dosięga owych ośrodków nerwowych. Trudno bowiem przypuścić, ażeby jad, przez układ krwionośny roznoszony, sam bezpośrednio oddziałował na ośrodki i wywoływał przez to owe przykurczenia mięśniowe. Twierdzono, że, przebiegając wzdłuż nerwów, dostaje się do rdzenia. Lecz po ujawnieniu obecności jego też w cieczy rdzeniomózgowej [STINTZING³⁾], prawdopodobnem się staje, iż ze krwi przenika on do cieczy rdzeniowej i stąd dopiero działanie swe rozpościera na sam rdzeń. Zmian jakichkolwiek na gruncie budowy anatomicznej nie udaje się wykazać w komórkach nerwowych pod wpływem jadu tężcowego.

Rolę, jaką odgrywa jad tężcowy wewnątrz komórki nerwowej, objaśnia nam teoria EHRlich'a. Polega ona na przypuszczeniu, iż protoplazma komórek nerwowych zawiera pewien szereg ogniów (Seitenketten), które posiadają własność przyciągania (haptophore Gruppe) jadu, w ciele krążącego, i w pewnych warunkach (toxophore Beziehungen) łączenia się z nimi; jad, tym sposobem związany, doprowadza owe komórki do stanu podniecenia, powodującego przykurczenia. Te włókienka komórek poboczne, złączywszy się z jadem, przyczyniają się do wytwarzania w nich pewnych braków, do których wypełnienia komórka dąży usilnie; produkuje więc świeże pasemka, i to w nadmiernej zwykle ilości, tak że ów nadmiar, aby uledez rezorbcyi, wpada w ogólny krwiobieg, gdzie, natrafiwszy na jad, łączy się z nim i równocześnie paraliżuje jego wpływ trujący, przez co działa oczywiście podobnie, jak antytoksyna. WASSERMAN i TAKAKI⁴⁾ dowiedli, że rdzeń i mózg myszy, morskich świnek, królików i gołębi tudzież ludzi posiadają własności przeciwtrujące.

Według więc teorii EHRlich'a, możnaby powyższą substancję komórek nerwowych poniekąd upodabniać antytoksynie, krążącej w ciele, w układzie nerwowym zaś upatrywać istnienie wprzód wytworzonej antytoksyny (praformirtes Antitoxin). Przekonano się wszelako, że ta ostatnia antytoksyna, jako taka, za życia w niezwykle słabym stopniu zabezpiecza przed zatruciem zarazkiem tężcowym. U zmarłych bowiem wskutek tężca morskich

1) Deut. med. Wochenschrift. Nr. 30.

2) Riforma medica. 1892.

3) Mitth. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. 1898.

4) Berl. Klin. Woeh. 1898. Nr. 1.

świnek taka pozostaje obfitość w ośrodkach nerwowych tej antytoksyny mimo ich śmierci, iż w stanie jest inne jeszcze świnki uodpornić przeciwko zabójczej dawce tężca [F. BLUMENTHAL⁵⁾ i MIECZNIKOW⁶⁾]. Dopiero wtedy martwa tkanka nerwowa jest przeciwtrująca, gdy dostaje się do krwiobiegu, natomiast żywa pozbawiona jest tej własności. A dzieje się tak z tej racji, że wyżej wspomniana substancja nerwowa, tak samo jak w próbowce, zdradza własności antytoksyczne jedynie podczas krążenia, wewnątrz zaś komórki jest ona tylko ciałem, wiążącym jad tężcowy. Układ nerwowy zatem nie ma własności zubożniania jadu, lecz łączy się z nim. Łączenie się jadu z substancją nerwową odbywa się powolnie i stopniowo w okresie utajenia. Tem się poniekąd tłumaczy pojawianie się coraz nowych przykurczeń mimo zastrzyknięcia antytoksyny; obie łączące się z sobą substancje w chwili zastrzyknięcia snadź znajdowały się już w stadium pewnego zetknięcia, lecz nie całkowitego jeszcze połączenia, choć wolnego jadu w ustroju już brak.

Niektóre zwierzęta, jakoto: psy, gołębie, krokodyl, papuga, ptaki morskie, odznaczają się małą wrażliwością na jad tężcowy, posiadają przeto własną wrodzoną odporność ustroju. Przypisuje się to nie obecności we krwi antytoksyny (KITASATO, VAILLARD u psów) ani też małej ilości w komórkach nerwowych owych substancji, przeznaczonych do łączenia z jadem, lecz istnieniu względnie zbyt małego powinowactwa ich układu nerwowego do samego zarazka.

W tężcu brak objawów ze strony mózgu; prawdopodobnie pochodzi to ztąd, iż kora mózgowa zdaje się być nań zupełnie obojętna.

Zapoznawszy się z działaniem w ustroju toksyn, wypada też poświęcić kilka uwag działaniu antytoksyn.

DÖNITZ⁷⁾ wykazał na świnkach morskich i myszach, że surowicą leczyc można tężec już w stadium istniejącej choroby. Po zastrzyknięciu toksyn wykrywa się antytoksynę jedynie w cieczach ustroju, gdy natomiast tylko w układzie nerwowym oraz jajniku znajduje się ona w stanie połączenia z komórkami tych tkanek. Godne uwagi jest to, że u krokodyla i kur (MIECZNIKOW, VAILLARD) po zastrzyknięciu jadu można otrzymać antytoksynę bez wywołania objawów tężca. Dla zrozumienia działania w ustroju surowicy na uwagę zasługują następujące spostrzeżenia. U myszy i morskich świnek działa ona nawet już po wystąpieniu objawów tężcowych, gdy natomiast u królika, nim jeszcze wystąpi tężec, zastrzyknięcie surowicy pozostaje bez skutku [DÖNITZ⁸⁾]. Według BEHRING'a, KNORR'a, CAMER'a-POSTANY przychodzi tkwi w tem, że, jak utrzymują, u myszy przy powstaniu tężca tylko niewielka cząstka jadu ze krwi dostała się do układu nerwowego, gdzie się z nim połączyła, a ze względu na wielką wrażliwość tego ostatniego na jad tężcowy wywołała wkrótce objawy chorobowe, lecz dawka ta daleka jest jeszcze od śmiertelnej. Pozostała zaś we krwi dosyć duża ilość jadu, pomimo istnienia już objawów chorobowych, może być jeszcze zubożniona. Inaczej rzecz się ma u królików (KNORR, MARIE, BLUMENTHAL): tam przy występowaniu objawów już bardzo niewielka ilość jadu wykazać się daje w krwiobiegu, natomiast całkowita dawka tegoż zabójcza została związana, antytoksy-

⁵⁾ Deutsch. med. Wochenschrift, Nr. 17. 1898.

⁶⁾ Annales de l'Inst. Past. Nr. 2. 1898.

⁷⁾ Deut. med. Woch. 1897.

⁸⁾ Deut. med. Woch., Nr. 27. 1897.

na przeto ma nad wyraz trudne zadanie do wykonania — zerwać ten związek. U królików tedy spostrzegać się daje zatrucie tężcem bez tężca. Wobec tego szanse leczenia surowicą zależeć muszą od podziału toksyn tężcowych w ustroju zwierzęcym. U ludzi zauważono wielokrotnie niewielką już ilość bądź zupełny nawet brak jadu we krwi, co zmusza do zaliczenia ludzi do kategorii tejsze, co i królików, u których przeważna część toksyn z chwilą wystąpienia objawów już znajduje się w stanie połączenia z układem nerwowym, działanie przeto surowicy w tych warunkach staje się już wielce utrudnione i problematyczne.

Niemniej zarówno TIZZONI, jak BEHRING statystycznie dowodzą wcale dodatnich wyników ze stosowania surowicy. ENGELMANN podaje w r. 1897 — 34% śmiertelności, KÖHLER⁹⁾ — 43%, po zastosowaniu antytetaniny, a BEHRING¹⁰⁾ wyraża nadzieję, że śmiertelność z tężca spadnie do 15% z chwilą stosowania jego surowicy (z fabr. w Höchst, gdy BEHRING-KNORR'a dawała według niego już tylko 20%) w pierwsze 30 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów. Zaleca on też ponownie zastrzykiwania podskórne w przeciwstawieniu do śródżylnych oraz innych metod. W odpowiedzi jakby na to LEYDEN i BLUMENTHAL¹¹⁾ przytaczają dwie historye chorób, w których jak najwcześniej, albowiem w chwili wystąpienia objawu pierwszego nie można było jeszcze ustalić rozpoznania, oraz podskórnie, literalnie zatem i ściśle według przepisu BEHRING'a, (5 gram. w roztworze) zastrzykiwano surowicę, wszystko jednak, niestety, bez najmniejszego rezultatu. Przy tej sposobności dokonali ci autorzy badań nad własnościami przeciwtoksycznymi moczu oraz wszelkich narządów zmarłych chorych, z których wynikało, że choć w układzie nerwowym oraz narządach krążenia ślady zarazka widoczne były, niemniej jednak można było wszystkimi narządami zmarłych z tężca inne zwierzęta od zabójczej dawki tężca jeszcze ratować, wówczas gdy sami chorzy poginęli. Ztąd widać też, że siła antytoksyczna krwi *resp.* moczu nie może być probierzem skuteczności leczniczej surowicy.

WILMS¹²⁾, redukując powyższą statystykę KÖHLER'a tylko do tych przypadków, które odpowiadają poprzednio wygłoszonym postulatam BEHRING-KNORR'a (w 36 godzin po pierwszym objawie zastrzykiwać surowicę), dochodzi do wniosku, że śmiertelność naprawdę wynosiła tam 64,5%. Dalej tenże WILMS cytuje swoje 4 przypadki z kliniki chirurgicznej w Lipsku, gdzie surowo przestrzegano przepisów BEHRING'a¹³⁾ o podskórnym zastrzykiwaniu surowicy jego w ciągu pierwszych 30 godzin po ukazaniu się pierwszego objawu tudzież o minimalnej ilości zastrzykiwanej w ten sposób surowicy, (100 A. E.) niemniej wynik był wszędzie ujemny, wszystkie bowiem śmiercią się kończyły. Z tego powodu autor ten wyraża przekonanie, że statystyczne doniesienia, wykazujące 34% lub mniej śmiertelności, dotyczyć muszą przypadków przewlekłych, gdzie surowicę zastosowywano dopiero na 6—7 dzień, a wiadomą jest rzeczą, że, jeżeli chory dożyje 7—8 dnia, wyzdrowieć natenczas już może i bez surowicy. Cała kwestya działania leczniczego surowicy sprowadza się do tego, czy możliwą jest rzeczą za pomocą

⁹⁾ Münch. med. Woch. Nr. 45—46. 1898.

¹⁰⁾ Ther. d. Gegenw. 1900.

¹¹⁾ Spec. Pathol. u. Ther. B. V. 1900 der Tetanus

¹²⁾ Münch. med. Woch. Nr. 6. 1901.

¹³⁾ Deutsch. med. Woch. Nr. 2. 1900.

antytoksyny unicestwić zarazek w komórkach nerwowych. Według DÖNITZ'a, BLUMENTHAL'a, EHRLICH'a rzecz cała opiera się na zbyt silnem połączeniu tegoż jadu z substancją nerwową, które rozłączyć, przyznać trzeba, przedstawia dla surowicy niepokonane niemal trudności. Czyniono wskutek tego poszukiwania nad odnalezieniem jakiegoś sposobu wprowadzania surowicy, celem ułatwienia bezpośredniego stykania się surowicy z rdzeniem, co doprowadziło do zabiegów następujących. Roux i BORREL¹⁴⁾ trepanowali w tym celu czaszkę i wprowadzali surowicę do mózgu. Słusznie zapytują niektórzy, dlaczego to mózg ma być miejscem wstrzykiwania antytoksyny, gdy wiadomo, że jad tężcowy pozostaje bez wpływu na mózg, natomiast pierwszorzędną rolę odgrywa rdzeń i mózg przedłużony. W tej myśli BLUMENTHAL i JACOB¹⁵⁾ zaczęli u kóz surowicę wstrzykiwać pod oponę twardą (Duralinfusion), lecz nie mogli się dopatrzeć pomyślnych wyników. Lepsze zato wyniki osiągał też samą metodą SICARD¹⁶⁾ u psów. Zależec to musi od niejednakowej odporności tych zwierząt na jad. Dużemi dawkami surowicy udawało się SICARD'owi leczyć tężec za pomocą metody podoponowej, gdy podskórne zastrzykiwania zawodziły. U ludzi stosowaniem jej zajmowali się z różnymi wynikami: JABOULAY, HEUBNER, LEYDEN, SCHULTZE i wielu jeszcze innych. Miejsce do zastrzyknięcia obiera się też samo, co przy nakłuciu łądźwiowem QUINCKE'go (między 3—4 kręgiem), po 2 ctm. sz. surowicy na raz po uprzedniem wypuszczeniu z kanału 10—20 ctm. sz. cieczy mózgo-rdzeniowej, ogółem zastrzykuje się 10—20 ctm. sz. Lubo skutek ze stosowania w celach leczniczych surowicy, jak widać z powyższego, nie da się z całą pewnością konstatować, niemniej jednak antytetanina we wszystkich przypadkach tężca musi być zalecana dla kilku nader poważnych względów: nie posiadamy środka skuteczniejszego dla walki bezpośrednio z samą istotą choroby, surowica bowiem usuwa z ustroju wszystkie jad, w nim nagromadzony, w stanie jeszcze nie połączonym. Po zastrzyknięciu surowicy we krwi nie pozostaje śladu toksyny, a i sama krew staje się antytoksyczną, niweczy też ona z chwilą wprowadzenia jej do ustroju każde nowo wytwarzające się połączenie. Ostatnie spostrzeżenie posiada niezmierną doniosłość dla sprawy dotychczasowego leczenia tężca, kiedy przyjęto każdy członek, podejrzewany o istnienie w nim siedliska zarazy, bezwzględnie amputować. Obecnie zaś, gdy antytetanina dzięki działaniu zobojętniającemu usuwa wszelki jad, cyrkulujący jeszcze w ustroju, i nie dopuszcza go do dalszego łączenia się z układem nerwowym, zapobiega też wytwarzaniu się w głównem ognisku nowych toksyn, wystarcza w zupełności po chirurgicznem oczyszczeniu miejsca zakażenia antyseptyczne obchodzenie się z raną.

Co do metody stosowania surowicy, godne polecenia jest w obecnym czasie wprowadzanie jej do ustroju dwiema drogami: podskórnie (2 ctm. sz.) i pod oponę (3 ctm. sz.), razem 250 I. E. — na pierwszy raz, a po 2—3 dniach powtórzyć w mniejszej choćby ilości i t. d. aż do wyzdrowienia. Wspomnieć się też godzi, iż działanie antytetaniny w celach profilaktyki jest absolutnie niezawodne.

Z innych metod leczenia tężca w nowszych czasach stosują: 2%—3% kwas karbolowy (BACILLI), po 1—2 ctm. sz. wstrzykiwany po kilkakroć dziennie;

¹⁴⁾ Annales de l'Inst. Pasteur. 1898.

¹⁵⁾ Berl. klin. Woch. Nr. 49. 1898.

¹⁶⁾ Compt. rend. de la Soc. de biologie. 1898.

zwolenników ma on głównie we Włoszech i Anglii. W ostatnich czasach dokonywano też prób leczenia tężca zawiesiną mózgową (KROKIEWICZ, SCHUSTER), co stanowi pewną odmianę surowicy.

Usiłowano też powrócić do leków, dawniej już będących w użyciu, jak: morfina, brom, chloralhydrat, ugruntowawszy je na podstawie eksperymentalnej na zwierzętach; do ostatnich również zaliczyć wypada wyciąg z wyroczynu jadowitego — *extr. calabaris ind.*, zalecany ongi przez WATSON'a, a zwłaszcza MONTI'ego; u zwierząt ma on wedle spostrzeżeń osłabiać i znosić sprowadzany przez strychninę tężec dzięki własności obniżania wzmożonej pobudliwości odruchów, co wszak stanowi, jak widzieliśmy, główną istotę działania jadu tężcowego.

Leczenie tężca surowicą należy kombinować też ze środkami, osłabiającymi siłę drgawek, grożących każdej chwili niebezpieczeństwem uduszenia lub zbytniego opadnięcia z siły; stanowi to jego drugie zadanie; celu tego dosięgamy przez stosowanie w bardzo dużych dawkach narkotyków. Niemniejsze znaczenie ma odżywianie chorego, niezmiernie utrudnione skutkiem szczękoscisku, wobec czego karmienie odbywa się bądź za pomocą ławatyw odżywczych, bądź też, jak ostatnimi czasy LEUBE, LEYDEN, BURGHART czynią, za pomocą podskórnego wprowadzania wyjałowionej oliwy albo 10% cukru gronowego.

Nawiązując powyższe uwagi i spostrzeżenia nad działaniem i stosowaniem surowicy przeciwtężcovej do naszego przypadku, stwierdzić tylko możemy, że wówczas gdy WILMS zarówno jak LEYDEN otrzymali wyniki najzupełniej ujemne, pomimo ścisłego przestrzegania przepisów BEHRING'a, co do używania antytoksyny, myśmy, przeciwnie, byli jakoś szczęśliwsi, choć nasz sposób jej stosowania pewnie jakby wszelkim przepisom urągał.

A jednak przypadek bezsprzecznie był to ciężki i wielkich nadziei na wyzdrowienie nie mógł rokować, ile że najwybitniejszym objawem jego były groźne i wysoce męczące drgawki, które nie ustępowały nawet silnym narkotykum, co też jest wcale niepomyślną wskazówką dla rokowania.

Czy okazał też wpływ jaki wyroczyn, orzec się jeszcze nie ośmielam.

WYKŁADY KLINICZNE.

A. HARTZ.

NOWSZE PRACE DOTYCZĄCE NOWOTWORÓW

POWSTAŁYCH Z RESZTEK PRANERCZY—MESO-NEPHROS.

(Sprawozdanie zbiorowe).

Na jednym z posiedzeń sekcji ginekologicznej Towarzystwa Lekarskiego naszego w roku zeszłym demonstrowałem cały szereg własnych spostrzeżeń, dotyczących nowotworów, powstałych z resztek bądź ciał, bądź przewodów WOLFF'a. W ostatnich czasach dzięki staraniom v. RECKLINGHAUSEN'a, MEYER'a, WILMS'a, PICK'a, ASCHOFF'a, KLEIN'a, NEUMAN'a, v. FRANQUE'go i wielu innych, coraz to to więcej wyświełono rolę ważną, którą pozostałości bądź ciał, bądź przewodów WOLFF'a u kobiety odgrywają w patologii organów

płciowych, szczególnie co do wytwarzania się nowotworów. Prace autorów porzucane są po najróżniejszych czasopismach, nie dla każdego z nas na razie dostępnych. A. HARTZ w sposób bardzo treściwy i jasny podał wyniki najnowszych badań i klinicznych i drobnowidzowych z ostatniej doby. Sądząc, że praca ta szczególnie zainteresuje kolegów fachowców, podjąłem się przetłumaczenia jej dla prasy naszej, w nadziei, że referat ten wywoła nie jeden przyczynek do tej kwestyi, dziś na czasie będącej, i w prasie naszej, która dotychczas posiada li tylko kilka prac jednego autora polaka, kolegi ŚWITALSKIEGO, o na pranerczu i znaczeniu jego dla kobiety.

v. RECKLINGHAUSEN w dziełku swoim o adenomyomatach i cystoadenomatach macicy i ścian trąbek wypowiedział zdanie, że wielka część tych nowotworów otrzymuje części składowe gruczołowe nie ze ściany macicy lub trąbki, jak dawniej przypuszczano, lecz, że owe gruczołowe implantacje pochodzą od zabłąkanych we wczesnym okresie życia płodowego cząstek ciał WOLFF'a czyli pranerczy. Jako główny dowód poglądu swego v. RECKLINGHAUSEN przytacza homologiczny ustrój gruczołów wszystkich tych nowotworów, mających wielkie podobieństwo do budowy kanalików pierwotnej nerki (pranercza). Na zapytanie, dla czego owe cząstki ciał WOLFF'a zabłąkane dostają się właśnie prawie wyłącznie do dna macicy, tylnej ściany macicy i do kątów jajowodowych (Tubenwinkel), autor odpowiada, że właśnie te części nitek czyli kanałów MUELLER'a przy spiralnym obrocie swoim układają się grzbietem swoim na pranerczach (WOLFF'a ciałach), i w taki sposób cząstki ciał WOLFF'a wdrążyć mogą do nich.

Teorya ta znakomitego i we wnioskach swoich tak ostrożnego badacza v. RECKLINGHAUSEN'a zachęciła innych do badań odpowiednich w tym stopniu, że w przeciągu zaledwie czterech lat od ogłoszenia jej zjawili się cały szereg prac na tem polu. W pracy, ogłoszonej w roku 1900 w Monatschrift f. Gyn. u. Geburtshilfe, dotyczącej torbielowatego nowotworu, na tylnej ścianie brzusznej znalezionej, zestawil HARTZ całą literaturę odpowiednią, dawniejszą. Od owego czasu znów zjawia się cały szereg prac nowszych. Najważniejsza jest praca ROBERT'a MEYER'a (1) „Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium des foetalen und kindlichen Uterus, einschliesslich des GARTNER'schen Ganges“, dalszy ciąg badań dawniejszych. Praca ta zawiera 100 badań drobnowidzowych na macicy i przydatkach płodów, noworodków i małych dzieci w przekrojach, seryami dokonanych, aby szukać zabłąkanych cząstek ciał WOLFF'a. Autor wychodził z zasady, że, jeśli prawdą jest, że wiele nowotworów powstaje z takich właśnie resztek zabłąkanych do macicy lub przydatków jej, to powinno się udać skonstatowanie takiego zabłąkania już w ustroju płodowym.

Niestety, tak samo jak i v. RECKLINGHAUSEN'owi, tak i MEYER'owi nie udało się wykryć w ścianie macicy charakterystycznych części składowych pranerczy. Znalazł on w myometrium gruczoły o nabłonku odmiennym od nabłonka błony śluzowej macicznej, znalazł dalej torbielowaty gruczoł podobny do wydzielającej części kanalików pranercza, lecz tego jeszcze nie można uważać za dowód pochodzenia jego z pranercza. ROBERT MEYER dziś sam wątpi, aby kiedykolwiek udało się przez takie badania ujawnić związek takich zabłąkanych cząstek z pranerczem, ponieważ zabłąkania te prawdopodobnie następują w bardzo wczesnym okresie płodowym, gdzie jeszcze nie ma różnicji substancyi komórek, co również przypuszcza i WILMS (2) w pracy swojej o etiologii nowotworów mięsanych. Zabłąkują się podług niego nie całe gruczoły, ani też części przewodów gruczołowych, a li tylko pojedyncze komórki, które mają własność w następstwie, proliferując, wytwarzać gruczoły. Rozrost (*Wucherung*) zabłąkanych czą-

stek następuje zwykle dopiero w późniejszym wieku, często w okresie dojrzałości płciowej, prawdopodobnie w związku z bodźcem odżywczym, wtedy działającym na narządy płciowe, wskutek którego wzmagają się i odżywiają i rozrastają tych narządów, wtedy to rozrastają się i owe cząstki zablakane. Tem tłumaczy się, dla czego u płodów i noworodków daremnie szukano w ścianie macicy i w przydatkach owych zablakanych cząstek pranerczy, czyli absolutnie charakterystycznych części składowych gruczołów, niechybnie dowodzących ich pochodzenia z pranerczy. Pomimo, że MEYER'owi nie udało się udowodnić bezpośrednio trafności przypuszczeń v. RECKLINGHAUSEN'a, mozolna praca jego jednak doprowadziła do różnych ważnych wniosków.

Po pierwsze praca MEYER'a rozpatruje dokładnie dwie najważniejsze części ciała WOLFF'a: seksualną część i sekrecyjną (WALDEYER), co do morfologii ich, pierwotnego położenia, wędrówki ich w miarę dalszego rozwoju organizmu płodowego oraz co do późniejszego położenia (ubikacji) tych resztek części składowych ciała płodu.

Część seksualna, czyli późniejsze Epoophoron (Parovarium) zwykle zostaje zachowane i w dalszym rozwoju życia płodowego prawie że nie ulega już żadnemu przemieszczeniu, lecz zwykle u noworodka zdradza już pewien zanik. Według WALDEYER'a epoophoron leży pomiędzy jajnikiem a jajowodem *in mesovario et in mesosalpinge*. Różna bywa wielkość przyjajnika oraz liczba jego kanalików poprzecznych. Według większości autorów kanaliki te poprzeczne wpadają do przewodów WOLFF'a, które przebiegają równolegle do jajowodów, a więc pod prostym kątem do osi podłużnej owych kanalików poprzecznych. Według GERHARD'a kanaliki poprzeczne w górnej swojej części zaginają się pod prostym kątem ku macicy i na krótkiej przestrzeni przebiegają blisko siebie i równolegle do siebie.

Znajdywane czasami *pseudoglomeruli* według MEYER'a nie są pozostałymi *glomeruli*, lecz niedoszłymi do stadium dojrzałości tworami z późniejszego okresu życia płodowego, ponieważ w *glomeruli* w stanie wstecznej metamorfozy zwykle nabłonek zanika, niszczy się, gdy tymczasem na owych *pseudoglomeruli* nabłonek w przypadkach MEYER'a przedstawiał się znakomicie zachowanym. MEYER również spostrzegł wytwarzanie się torbieli *in epoophoro*.

Paroophoron jest resztką dolnej części ciała WOLFF'a i według dotychczasowej uchodził za część sekrecyjną (*Secretorischer oder Urnierentheil*). Według WALDEYER'a u dorosłej kobiety w więzach szerokich znajdujemy dośrodkowo od przyjajnika (Epoophoron) leżące, do samej prawie macicy rozpostarte wąskie kanaliki o nabłonkowych komórkach, napelnione ziarnistym detrytem komórkowym, które nieraz pomiędzy sobą wykazują anastomozy i które niewątpliwie przedstawiają resztki sekrecyjnej części ciała WOLFF'a.

Również i BALLANTYNE i WILLIAMS wskutek badań swoich przyszli do przekonania, że *paroophoron* normalnie leży pomiędzy przyjajnikiem a macicą w więzie szerokim.

Natomiast ROBERT MEYER, jak to wiadomem było oddawna dla różnych zwierząt, określa normalne położenie *paroophori* nie pomiędzy przyjajnikiem a macicą, lecz na zewnątrz od jajnika na tylnej ścianie brzusznej, pomiędzy korzeniami więzu szerokiego. Przy tem *paroophoron* może leżeć bliżej czaszkowego lub też ogonowego końca płodu, niż przyjajnik.

Już L. ASCHOFF znalazł, że sekrecyjne części ciała WOLFF'a po skutecznym *descensus* jajników leżą nie obok i nie dośrodkowo od jajników, lecz poniżej

ich na zewnątrz od nich. Również *paroophoron* i *epoophoron* dla ASCHOFF'a fizjologicznie mają równe znaczenie (*Aequivalent*).

Odkrycie to jest tak ważne zarówno dla odszukiwania resztek pranerczy, jak i dla etiologii różnych adenomatycznych nowotworów, że autor w tem miejscu podaje opis R. MEYER'a po części dosłownie. U płodów 2 do 3 miesięcznych *paroophoron* leży na tylnej ścianie jamy brzusznej na prawo i na lewo do kręgosłupa cokolwiek odśrodkowo i ku przodowi od moczowodów we fałdzie wałkowatej otrzewny, która przechodzi przednim bocznym kantem w korzeń więzu szerokiego czyli wchodzi w układ *ligamenti lati*. Na zewnątrz i cokolwiek ku przodowi od niego leży *epoophoron in mesosalpinge*. Im młodszy jest płód, tem bardziej dośrodkowo i zatem więcej na tylnej ścianie jamy brzusznej leży *paroophoron*. Im więcej przydatki macicy opuszczają się ku dołowi, tem bardziej *paroophoron* oddala się od tylnej ściany brzusznej, wstępuje więcej do samego więzu szerokiego i na zewnątrz i ku dołowi, odpowiadając zawsze osadzie *ligamenti lati*. Ponieważ korzeń *ligamenti lati* równocześnie z opuszczeniem się przydatków macicy zajmuje miejsce, coraz to więcej na zewnątrz leżące, więc i *paroophoron* ostatecznie może znaleźć się przemieszczonem zupełnie na bok, o ile nie pozostaną resztki jego, więcej dośrodkowo leżąc na tylnej ścianie jamy brzusznej. *Ligamentum latum*, osadzone u młodych płodów bardzo wysoko, w miarę złania się przewodów MÜLLER'a ze sobą i opuszczenia się ku dołowi, coraz więcej rozciąga się, odstęp od macicy powiększa się, *ligamentum latum* rozszerza się odpowiednio. Nie mamy więc zasady przy normalnych warunkach rozwoju szukać *paroophoron*, które u czteromiesięcznego płodu leży jeszcze na tylnej powierzchni jamy brzusznej przy korzeniu *ligamenti lati*, jak WALDEYER powiada, za przyjajnikiem, u dorosłej kobiety w dośrodkowej części *ligamenti lati* pomiędzy macicą i przyjajnikiem. Albo resztki pranercza pozostają na tylnej ścianie jamy brzusznej, albo też przemieszczają się wskutek zmiany insercyi *ligamenti lati* więcej odśrodkowo. A więc normalnie nie mamy powodów przypuszczać przewędrowania *paroophori* ku dośrodkowej części *ligamenti lati*, ku bocznej ścianie macicy.

Tylko wyjątkowo resztki pranerczy znajduwano w środku *ligamenti lati*, nawet blisko trzonu macicy, co też przyznaje R. MEYER. Można wyobrazić sobie, że *lig. rotundum* oraz *lig. ovarii proprium*, które pierwotnie inserują na ciałach WOLFF'a jako wiąz pachwinowy pranercza i przepony, zanoszą cząstki pranercza do *ligamentum latum*. Dalej cząstki takie mogą być translokowane przez *vasa spermatica* aż do okolicy łączących się z nimi przez anastomozę *vasa uterina*. Takie przemieszczenia widywali i L. ASCHOFF i R. MEYER. Atoli wystrzegać się wypadka, aby nie uważać każdego kanaliku *in ligamento lato* za twór parooforalnego pochodzenia. Bardzo łatwo może zajść tutaj pomyłka co do pozostałości przewodu WOLFF'a.

Przy wstecznej metamorfozie pranerczy giną naprzód kanaliki, a później dopiero *glomeruli*. *Paroophoron* zanika o wiele częściej, niż *epoophoron*, i dla tego znacznie rzadziej bywa znajduwane. MEYER przypuszcza, że niemożliwem jest, aby cząstki przyjajnika dostały się do macicy, ponieważ w trakcie epoki rozwoju płodowego przyjajnik zawsze jest oddalony od przewodów MÜLLER'a.

L. ASCHOFF wygłosił zdanie, że *paroophoron* (WALDEYER) jest niczem innym, jak odśrodkowym końcem seksualnej części ciała WOLFF'a, i nie ma żadnej łączności z częścią wydzielającą pranercza czyli sekrecyjną.

Co się tyczy stosunku tych płodowych pozostałości do powstających w życiu pozamacicznym już adenomyomatów, powstaje naprzód zapytanie kardynalne: czy wogóle owe pozostałości płodowe są w stanie na drodze proliferacyi

wytworzyć tego rodzaju nowotwory i czy spostrzegano nowotwory napewno powstałe z owych pozostałości płodowych? Wobec wyników badań PICK'a i HARTZ'a wypada odpowiedzieć na to zapytanie twierdząco. Nowotwór, opisany przez HARTZ'a, znaleziony na tylnej ścianie jamy brzusznej, miał siedlisko w miejscu, gdzie w życiu płodowym leżą pranercza, a normalnie pozostałości pranercza w życiu pozapłodowym podług MEYER'a i ASCHOFF'a.

O współdziiale przewodów MÜLLER'a nie mogło być mowy. Po zatem HARTZ znalazł na gruczołach znamienne cechy kanalików pranercza. PICK znalazł adenomyomat na miejscu, gdzie normalnie leży przyjajnik: adenomyomat ten przedstawiał mikroskopowo typ budowy paroofoalnych adenomyomatów jajowodomaciczyh. PICK sam pisał, że spostrzeżenie jego przedstawia brakującą dotychczas jakoby ostatnią cegiełkę do uzasadnienia teorii v. RECKLINGHAUSEN'a.

ROBERT MEYER w pracy swojej starał się odpowiedzieć na następujące zapytania:

1) Czy w czasie rozwoju płodowego stosunki topograficzne pomiędzy pranerczami, a przewodami MÜLLER'a są takie, aby przypuścić możliwość zawleczenia cząstek pranerczy do ustroju przewodów MÜLLER'a?

2) Czy wolnouważać nabłonkowe twory w myomatach za derywaty pranerczy wskutek podobieństwa ich morfologicznego?

3) Czy teoria pranercza znajduje podstawę w wynikach badań macicy płodu?

v. RECKLINGHAUSEN odpowiada na pierwsze dwa zapytania twierdząco. Na ostatnie zapytanie nie mógł dać odpowiedzi rozstrzygającej, ponieważ na dwanaście badanych przez niego macic płodowych ani razu nie znalazł pozostałości płodowych w nich.

Odpowiedź MEYER'a na pierwsze zapytanie już uwzględniono po części. Przypuszcza on również, że we wczesnym okresie życia płodowego cząstki pranerczy różnymi drogami mogą dostać się do macicy po pierwsze dla tego, że wobec spiralnego zwrotu przewodów MÜLLER'a i bocznej części ciał WOLFF'a właśnie dorsalny odcinek macicy czyli przewodów WOLFF'a układa się na pranerczach, chociaż OPITZ (10) nie zgadza się z tem twierdzeniem. Dalej cząstki pranerczy mogą się dostać do macicy z więzłem pachwinowym, późniejszym *ligamentum ovarii proprium* oraz *ligamentum rotundum uteri*, a nawet nie tylko do macicy, ale nawet aż do okolicy pachwinowej oraz do przedniej części wielkich warg sromnych, a dalej resztki pranerczy mogą być zawleczone aż do bliskości macicy przez *vasu spermatica*.

Na drugie pytanie odpowiedź jest znacznie poniekąd trudniejsza, jak przyznaje sam MEYER, który w pracy swojej o tej kwestyi wspomina tylko mimochodem a rozpatrywać zamierza kwestyę tę w innej pracy. Najważniejszą rolę gra tutaj budowa morfologiczna gruczołowa. Budowę tę wielu autorów zgodnie z v. RECKLINGHAUSEN'em oznacza jako znamienne, łatwą do poznania. MEYER wyraża się o tem tak: gruczołowe części niektórych adenomyomatów mają budowę charakterystyczną. Nie ma dla niej analogii żadnej ani w normalnej, ani też w hyperplastycznej błonie śluzowej macicy. Gruczołowata budowa niektórych adenomyomatów macicy przedstawia osobny gatunek nowotworów *sui generis*.

Jeśli zaś przypuścić, że możebne jest zabląkanie się do ustroju macicy chociażby pojedynczych niektórych komórek nabłonkowych, można sobie wyobrazić, że mogą powstać i pojedyncze gruczoły, które nie mają charakterystycznych cech kanałów pranerczy, a jednak pochodzą z pranerczy.

Dalej za prawdopodobieństwem tego poglądu, że owe gruczołowate twory pochodzą od pranerczy przemawia i to, że takie charakterystyczne podobne

do kanalików pranerczy gruczoły znajdowano nie tylko w macicy, lecz i w innych miejscach i organach: tak np. w więzach obłych macicy, w wielkich wargach sromnych, w okolicy pachwinowej, przy sklepieniach pochwy, a szczególnie na tylnej ścianie jamy brzusznej oraz na przyjajnikach, gdzie tworów tych nie sposób wytłumaczyć inaczej. Podobieństwo to jest tak rażące, że nie sposób nie przyznać identyczności tworów gruczołowatych w wyżej wymienionych guzach.

Trzeciego pytania ani R. MEYER, ani też v. RECKLINGHAUSEN rozstrzygnąć nie zdołali, jak już wyżej powiedziano. R. MEYER przypuszcza, że rozstrzygnięcie kwestyi tej może nigdy się nie uda, swoją drogą zachęca on do dalszych poszukiwań odpowiednich.

Oto są najważniejsze momenty z pracy R. MEYER'a, odnoszące się do pranerczy i powstałych z pozostałości ich nowotworów.

Kilka prac nowszych w tej kwestyi ogłosił PICK.

Wymienić należy po pierwsze: Adenomyomaty okolicy pachwinowej i tylnego sklepienia pochwy, stosunek ich do paroofoalnych adenomyomatów macicy i ścian jajowodów v. RECKLINGHAUSEN'a (3). Spostrzeżenie, opisane przez PICK'a stanowi guz mieszany. Kulisty fibromyomat wytłaczał się w tylnem sklepieniu pochwy z ustroju mięśniowego jej do tkanki parawaginalnej. Zawierał on szczególnie w głębi bogatą zawartość gruczołów prawdziwych, a więc zdradzał budowę adenomyomatu. Adenomyomaty tylnego sklepienia pochwy mogą pochodzić albo od ciał WOLFF'a, albo też od rozgałęzień korzeniowatych przewodów GARTNER'a. PICK skłania się do zdania, że adenomyomaty tylnego sklepienia pochwy są paroofoalnymi adenomyomatami. Piszę on, że gruczoły i torbiele adenomyomatów okolicy pachwinowej i tylnego sklepienia pochwy napewno pochodzą z zabłąkanych cząstek paroofoalnych ciał WOLFF'a. Tworzą one gwoli szczególnym własnościom swoim oraz z przyczyn embryologicznych najważniejszy dowód uzasadnienia zdania v. RECKLINGHAUSEN'a o paroofoalnym pochodzeniu części adenomyomatów macicy i ścian jajowodów.

Z drugiej strony PICK dla wielu adenomyomatów macicy i ścian trąbek lub też dla więcej odosobnionych zabłąkań gruczołowatych, których wyprowadzające kanały nabłonkowe nie stoją w związku ani *cum endometrio*, ani też *cum endosalpinge*, ani też nie mają podobieństwa do budowy pranerczy, twierdzi że nie uda się rozstrzygnąć, czy pochodzą z przewodów MUELLER'a, czy z ciał WOLFF'a.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

78. Rudolf SCHMIDT. Przyczynek do klinicznej dyagnostyki zawału nerkowego i kolki nerkowej. Zawały krwotoczne w nerkach nie należą do rzadkości klinicznych: SPERLING podaje w 300 przypadkach zapalenia wsierdzia liczbę zawałów w nerkach na 75%; w 165 przypadkach *endocarditis*, zebranych przez ROKITANSKY'ego, zawał śledziony i nerki jest notowany 17 razy, zawał samej nerki 11 razy.

Rozpoznanie zawału nerkowego jest rzeczą wielkiej wagi, gdyż: 1) objawy przy *infarctus renis* mogą być bardzo zbliżone do objawów w chirurgicznych chorobach nerek, 2) ze względu na rokowanie: *infarctus renis* może spowodować śmierć.

Autor podaje w streszczeniu opis przypadków TRAUBE'go, BARTELS'a, JÜRGENSEN'a, JUHEL-RENOY, i LEUBE'go, poczem przechodzi do 2 przypadków, obserwowanych osobiście przez siebie w klinice NEUSSER'a (przypadek VI i VII).

W VI przypadku mamy do czynienia z 40-letnim mężczyzną, u którego po kilku nawrotach ostrego gośca stawowego wywiązała się wada zastawki dwudzielnej i *discompensatio*. U chorego w nocy zjawiają się nagle silne bóle, umiejscowione głęboko, szczególnie uczuwane z tyłu pomiędzy 12 żebrem a brzegiem miednicy; okolica lędźwiowa prawa, prawy bok i część brzucha poniżej wątroby są bolesne na ucisk; ból nie promieniuje ani do jądra, ani do dolnej kończyny; przy leżeniu na zdrowym boku ból samoistny zwiększa się, ból od ucisku staje się mniej wyraźny, występuje kaszel i duszność; głębokie oddechanie zwiększa natężenie bólu; po 6 dniach ból samoistny znika, pozostaje bolesność przy ucisku. Chory ma ciągłą czkawkę i wymioty. Stolec zaparty. Na 9 dzień choroby następuje raptowny *exitus letalis*, i na stole anatomicznym znajdują duży anemiczny zawał prawej nerki z wynaczynieniami w torebce nerkowej.

VII przypadek jest bardzo ciekawy ze względu na umiejscowienie bólów, które zaczęły się w okolicy pęcherzyka żółciowego i promieniowały do prawej okolicy lędźwiowej i do góry w okolicę klatki piersiowej na 4 palce poprzeczne powyżej łuku żebrowego; na drugi dzień zjawiają się u chorej bóle z lewej strony brzucha, promieniujące do *linea axillaris sinistra*; ból z lewej strony powiększał się stale i po paru dniach umiejscowił się głównie na końcach 11 i 12 żebra; prócz tego prawy staw panewkowy był bolesny przy ruchu, i chora musiała utrzymywać dolne kończyny w stanie ciągłego zgięcia. Z innych objawów autor notuje czkawkę, wymioty, zatrzymanie moczu w ciągu całego tygodnia, *oliguria* (200 ctm. sz. *pro die*); drugiego dnia choroby w moczu zjawia się białko w ogromnej ilości 20‰. Po 19 dniach chora umarła, i na sekcji znaleziono liczne zawały obu nerek, szczególnie prawej, i zawały w śledzionie.

Na zasadzie swoich 2 spostrzeżeń i 5 przypadków innych lekarzy autor kreśli obraz chorobowy omawianego cierpienia, wyliczając wszystkie jego objawy.

Znaczna oliguria (przypadek I i VII), ewentualnie anuria (przyp. IV) przy *infurctus renis* bywa w tych przypadkach, w których mniejsze lub większe zawały znajdują się w obu nerkach.

Krwimocz nie jest tak częstym objawem, jak by można przypuszczać z punktu widzenia teoretycznego (notowany tylko w V przypadku — LEUBE'go).

Częściej już zdarza się białkomocz (przypadek III, V i VII); objaw ten szybko znika, przytem nie towarzyszy mu tworzenie się walczków.

Najważniejszym objawem są bóle. Ból przy zawale nerkowym jest bardzo silny, niekiedy wprost nie do zniesienia; ma charakter palenia lub silnego ucisku; powstaje nagle w całym natężeniu i stopniowo się zmniejsza, nie ma nigdy charakteru przestankowego, jak przy kołce. Klasycznym punktem umiejscowienia bólu jest okolica nerkowa, to jest lędźwiowa, pod 12 żebrem z tyłu; jednak ból może się umiejscowić i w przedniej ścianie brzusznej — z prawej strony w okolicy pęcherzyka żółciowego. W przypadku JÜRGENSEN'a (III) ból z początku był umiejscowiony w *fossa ileoocaecalis*, ale po 4 dniach przeszedł w okolicę prawej nerki. Ból przy zawale nerkowym nie promieniuje. Bóle w udzie (przypadek VII) dają się łatwo objaśnić związkiem anatomicznym, jaki zachodzi pomiędzy *m. ileopsoas* a nerką; to też występowały one tylko przy ruchu. Z przyczyn, wywołujących zwiększenie bólu autor wylicza: ucisk, kaszel, wymioty, głębokie oddechanie, rozgięcie biodra. Ból zmniejsza się przy leżeniu na chorym boku, gdyż 1) dzięki zmniejszonym ruchom oddechowym płuca przepona mniej uciska na

chorą nerkę i 2) obsuwanie się ewentualnie ruchomej nerki jest wyłączone. Zmniejszenie bólów osiągnięto za pomocą pijawek, gorących wilgotnych okładów i wcierania szarego mydła.

Przechodząc do dyagnostyki różniczkowej, autor podaje następujące punkty:

1. W każdym przypadku kolki nerkowej trzeba rozpoznać nasamprzód, czy mamy do czynienia z przyczyną, wewnątrz czy nazewnątrz nerek leżącą.

2. Przy kolce pochodzenia wewnątrznerkowego ból jest umiejscowiony w okolicy nerki, która jest bardzo bolesna szczególnie przy zawale nerkowym; ból jest ciągły i może mu towarzyszyć obfity białkomocz, raptownie występujący.

3. Ból pochodzenia moczowodowego promieniuje w kierunku moczowodu, który jest bolesny na ucisk; ból ma przestankowy charakter; przytem sprawa może dojść do *Hydronephrosis acuta*.

4. Kolka nerkowa może być wywołana przez: skręcenie szypułki naczyniowej przy nerce ruchomej, przez raptowne przekrwienie naczyń w złośliwych nowotworach, przez obrznięcie przewlekłego zapalenia nerek, wreszcie przez zawał nerkowy; na korzyść rozpoznania zawału krwotocznego mówi: piorunujące nastąpienie bólu znacznego natężenia i do tego w czasie zupełnego spoczynku, np. w nocy w łóżku; silny ból uciskowy; szybko następujący i równie szybko znikający białkomocz. Silnie napięte tętno mówi przeciw rozpoznaniu zawału krwotocznego. Wreszcie krwiomocz częściej zdarza się w zapaleniu przewlekłym niż przy zawale krwotocznym.

5. Chorba GLENARD'a jest ciężkim powikłaniem omawianej sprawy chorobowej, gdyż ułatwia powstawanie odruchowe wymiotów (przyp. VII).

(*Wiener klinische Wochenschrift* 1901 Nr. 19 i 20).

B. Żebrowski.

79. PAPASOTIRIU. O wpływie węgla na lasecznika gruźlicy. Jest faktem stwierdzonym, że ludzie, mający z węglami do czynienia (węglarze, górnicy), daleko rzadziej umierają na suchoty, niż robotnicy, pracujący w pyłe innego rodzaju (kamieniarze). Zjawisko to jest tem dziwniejsze, jeżeli uprzytomnić sobie fatalne warunki higieniczne pracy tych ludzi. Czemu to przypisać?

HIRT dowodzi, że wdychany pył węglowy wywołuje katarę oskrzelowe, rozedmy (narówni z pyłem innego rodzaju), zapobiega natomiast gruźlicy; nie mówi jednak nic, czy pył ten zmniejsza skłonność do gruźlicy przez to, że zgubnie działa na lasecznika, czy też że przeszkadza rozwojowi nowych naczyń dokoła gruźelka. IDEAL utrzymuje, że węgiel wstrzymuje rozwój lasecznika, wchłaniając w siebie i niszcząc jego jady. ARNOLD twierdzi, że pył węglowy tamuje drogi, po których jad gruźliczy mógłby się szerzyć. CORNET przypuszcza, że wilgotne ciepłe powietrze, w którym górnicy pracują, przeszkadza wysychaniu i rozpylaniu gruźliczej płwociny.

Autor zajął się rozstrzygnięciem tylko jednej kwestyi: „Czy można skonstatować wpływ zgubny pyłu węglowego na laseczniki gruźlicze *in vitro*”? Rozpoczął doświadczenia na bakterjach pseudotuberkulicznych, zwanych *mykobacterium lacticola et ferrugosum* LEHMANN et NEUMANN („RABINOWICZ“), używając wszelkiego rodzaju węgla (zwierzęcego, drzewnego, kamiennego) sterylizowanego.

Rozpuszczał zawartość gliceryno-agarowej probówki, mieszał ją z różnymi ilościami rozpylonego węgla i po zastygnięciu zaszczipiał *mykobacterium*. Po 4 dniach autor przekonał się, że węgiel nie okazywał żadnego tamującego wpływu na rozwój bakteryi; w niektórych nawet przypadkach rozwój ich pobudzał.

Do tych samych rezultatów doszedł autor, używając do doświadczeń prawdziwych bakteryi gruźliczych. Doświadczenia swoje autor powtarzał wielokrotnie, a zawsze z identycznym rezultatem.

(*Münch. med. Woch. Nr. 13. 1901*).

W. Knappe.

III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej.

D-r NAVRAT C. (Brno) „Etiologia epilepsji i jej znaczenie“. Dawszy słuchaczom wyczerpujący przegląd poglądów od najstarszych autorów aż do chwili bieżącej na przyczynę epilepsji, leczenie i jej wpływ, podaje zgromadzonym następujące projekty: 1) aby urzędy i instytucje zdrowia publicznego rozciągały możliwie sumienną opiekę nad epileptykami; aby miejscowe urzędy oznajmiały o każdym podejrzanym o epilepsyę przypadku lekarzowi, który po stwierdzeniu epilepsji obowiązany będzie wypełnić formularz, obejmujący wszystkie etiologiczne momenty epilepsji, głównie zaś stan zdrowia rodziców i krewnych, następnie stan zdrowia samego chorego, wychowanie, rodzaj zajęcia, nawyknięcia, przypuszczalną przyczynę choroby, jej początek, wreszcie stosunek do alkoholizmu; formularze takie mają być odsyłane do wyższej władzy, jako materiał zdrowotno-statystyczny; 2) aby na podstawie tego materiału wypracowany został projekt dla sfer prawodawczych, brzmiący w ten sposób, że zawieranie związków małżeńskich dozwala się epileptykom tylko na podstawie przychylniej opinii lekarskiej; 3) aby raz wreszcie została załatwiona kwestya opieki nad niebezpiecznymi dla ogółu epileptykami.

W dyskusji brali udział prof. THOMAYER, dyrektor d-r CUMPELIK i inni, poczem przyjęto następującą rezolucyę: 1) ma być prowadzona statystyka epileptyków, 2) mają być zakładane dla nich przytulki.

D-r JANKE (Smichow przedmieście Pragi) „O świadomych i nieświadomych ruchach mięśni przy jękaniu się“. We wstępie daje mówca historyczny przegląd prac nad jękaniem i jego leczeniem, przytacza poglądy na genezę tej choroby od najdawniejszych czasów. Daje następnie szeregi porównań wymawiania normalnego i nienormalnego. Dowodzi, że u jękających się przy wymawianiu pracują nie tylko mięśnie twarzy, krtani, lecz i mięśnie piersiowe; pogląd ten popiera prelegent licznymi przykładami swoimi i wyjętymi z prac GUTZMAN'a (Berlin) i LIEBMAN'a (Berlin). Skurcze mięśni piersiowych, twarzy lub krtani mogą się odbywać niejednocześnie. Skurcze owe, będąc najglówniejszą oznaką jękania się, zjawiają się od czasu do czasu tylko (w jednej grupie), w pewnych atakach i pomimo woli pacjenta. Wypływa z tego, zdaniem d-r J., że na jękanie należy się zapatrywać jako na spastyczną, koordynacyjną nerwicę, na mimowolne zaś ruchy kurczowe mięśni, jako na zewnętrzne zjawisko tego centralnego cierpienia. W końcu autor odrzuca zapatrywanie na jękanie DENHARDT'a i GUTZMAN'a, przyznając tylko słuszość dowodzeniom LIEBMAN'a, że przy jękaniu objawiają się mimowolne i świadome ruchy mięśni. Owe mimowolne ruchy z samego początku choroby są jej częścią, zależne zaś od woli w różnych warunkach i dobach mogą się przyłączyć do mimowolnych, lecz nie są nieodłączną częścią choroby.

D-r JIRASEK (Humpolec) przytoczył dwa obserwowane przypadki wyleczonej epilepsji po tyfusie.

D-r VITEK (Paryż) „*Taranycolonus multiplex* i jego stosunek do „*tic convulsif*“ pochodzenia jądrowego“. Autor opisuje przypadek drgawek mięśni dolnych i górnych kończyn i mięśni twarzy (częściowo) w stanie czuwania, które nikną podczas snu. Siła drgawek tych zwiększa się, trwają nierównomiernie na oby-

dwóch stronach, nie robią lokomotorycznego wrażenia. Chodzi o mężczyznę w podeszłym wieku, marantycznego, alkoholika, z rodziny z dziedzicznym alkoholizmem w 5-pokoleniu (pacyent z 2 pokolenia). PIERRE MARIE, na którego oddziale leży chory, rozpoznał *paramyoclonus multiplex*. W kwestyi, czy *paramyoclonus multiplex* jest gatunkiem *tic*'u (SCHULTE) lub też chorobą samodzielną (MARIE) przechyla się na stronę UNVERRICHT'a, że podobnie, jak *tic convulsif* pochodzi skutkiem nadczułości korowego ośrodka nerwu twarzowego, tak *myoclonus* wywołuje nadczułość motoryczną komórek rdzenia.

D-r J. ELGART (Brno) „Znaczenie myalgii w ostrych chorobach zakaźnych”. Prelegent stara się wyjaśnić nieznaną dotąd dobrze przyczynę nadczułości mięśni w chorobach gorączkowych. Zwykle starają się wytłumaczyć to zjawisko długotrwałą gorączką, lecz autor przypuszcza, że objaw ten da się wyjaśnić wpływem jadowitości bakterii analogicznie z zatruciem arsenikiem, fosforem, alkoholem i t. d., a więc alteracją odżywiania się mięśni, alteracją składu krwi. Tłumaczy dalej powstanie bolesnej czułości mięśni na podstawie tych anatomicznych faktów w podobny sposób, jak się to dzieje w cierpieniach po przepracowaniu, nadwyrężeniu mięśni. Wychodząc z założenia ALBERT'a, że „*rheuma* i *trauma* w chwili powstania są do siebie bardzo podobne”, autor twierdzi, że reumatyzm mięśni jest w rzeczywistości jakimś urazem, który, rozumie się, łatwiej powstaje w mięśniach kruchych, zdegenerowanych lub starych, atroficznym. Jako choroba swoista rzadko bardzo się zdarza, zwykle zjawia się w towarzystwie jakiegokolwiek choroby gorączkowej; stać się może, że podstawowa choroba jest błaha (*rhinitis*, *angina*), a reumatyzm mięśni góruje nad nią, np. *lumbago*. Ataki reumatyczne powtarzać się mogą dopóty, dopóki trwa degeneracja (reumatyczna dyateza francuskich autorów). Obrona przed myalgia podczas trwania gorączkowych chorób — to spokojne leżenie w łóżku; wszelkie gwałtowniejsze ruchy są wzbronione. Stosowanie salicylu zwykle nie wytrzymuje krytyki.

D-r V. VOHRZEK (Pardubice) przytoczył parę przypadków leczenia *meningitis cerebrospinalis* pilokarpiną; zaleca używanie *per os* 0,6—0,7 dla dorosłych, 0,2—0,4 dla dzieci do lat 14.

Prof. K. CHODOUNSKY w swym odczycie na temat „Przyczynę do rewizyi farmakoterapii” zwraca uwagę na używanie trucizn, jako środków leczniczych, które mogą być zastąpione innymi, nie zagrażającymi częściowem, bądź całkowitem zatruciem organizmu. Między innymi wymienia chloralhydrat, kalomel, *ferrum sesquichl. sol.*, *plumbum aceticum*, *bismutum subnit.* i *salicylicum, aq. laurocerasi*. W pracy swej domaga się pr. CU. 1) aby środki nawet z najlepszymi rezultatami w działaniu, które w submaksymalnych dozach mogą spowodować śmierć, bądź zatrucie, nie były używane w terapii, zwłaszcza gdy mogą być zastąpione innymi bezpieczniejszymi; 2) powinny być wyłączone środki, których działanie jest wątpliwe, a które spowodować mogą zatrucie w dawkach obecnie używanych.

Prof. d-r REINSBERG „Przyczynę do nauki o śmierci z utonięcia”. Od roku 1888, w którym PALTAUF ogłosił swoją pracę o śmierci z utonięcia, w Czeskim zakładzie medycyny sądowej badane są także i drobnowidzowo płuca topielców w każdym przypadku. W 95% przypadków znaleziono pod opłucną płyn, zawierający cząsteczki roślin, porostów i okrzemków (*diatomaceae*). Typowy objaw CASPER'a i balonowate wzdęcie płuc wykazano w 45%. Prelegent przywiązuje do wynacznieni podopłucnowych większe znaczenie, aniżeli do bakteryi wodnych, wyhodowanych przez WILMANS'a z płuc topielców, gdyż woda nie prze-

nika po śmierci do pęcherzyków, chyba pod wpływem znacznego ciśnienia, podczas gdy bakterie wodne mogą się rozszerzyć po całych płucach, nawet w tych razach, gdy człowiek dostał się do wody już nieżywy. Za pomocą doświadczeń wykazał mówca, że ciecz wciągnięta przedostaje się do krwi wprost z pęcherzyków, albo też drogą naczyń chłonnych. U zwierząt które topiono w wodzie, zabarwionej błękitem pruskim lub skrobią, zabarwioną jodem, znaleziono barwniki nie tylko w lewej komorze serca, ale i w żyłce podobojczykowej. Ilość hemoglobiny w lewej komorze serca jest mniejsza, niż w prawej, choć w prawej jest ona mniejsza, aniżeli w stanie prawidłowym.

W drugim odczycie prof. REINSBERG podaje przypadki *rhabdomyoma* serca, których od czasu wznowienia czeskiego fakultetu lekarskiego zdarzyło się cztery.

Trzeci raz przemawiał prof. REINSBERG „O ograniczonej zgorzeli skóry przy otruciu fosforem“. 31-letnia kobieta, spożywszy fosfor z 4 paczek zapalek, 6 dnia poroniła, a 9 zmarła. Przy sekcji znaleziono kończyny dolne spuchnięte, na udach zaś obszerne ciemno-fioletowo sine zabarwienia, miejscami pęcherzyki, napełnione czerwoną cieczą, dalej typowe objawy otrucia fosforem. W literaturze jest bardzo mało opisanych takich zjawisk. Przyczynę tej zgorzeli upatrywać należy w osłabieniu serca i w zmianach krwi, obserwowanych przez TAUSIG'a przy otruciach fosforem, ewentualnie w zmianach śródbłonna.

W innej swej rzeczy p. t. „O ranach postrzałowych“ opisuje prof. REINSBERG rzadki przypadek: po strzale w piersi z prawej strony zatkanie się gałęzi lewej płucnej żyły, skutkiem czego nastąpiła zgorzel dolnego zraza płucnego. Wreszcie, w „Przyczynku do nauki o otruciu nikotyną“ daje swoje w tej kwestyi spostrzeżenia. Większość autorów zaprzecza obecności nikotyny w dymie, przypuszcza zaś tylko obecność pyridyny lub czegoś podobnego z gatunku zasad pyridynowych, powstających skutkiem rozkładu nikotyny. Tylko MELSENS, HEUBEL, DRAGENDORFF znaleźli nikotynę. W ostatnich czasach najnowsi badacze zwracali uwagę, że oprócz pirydyny szkodliwie działa i kwas węglany — tegoż zdania jest i prelegent.

Doc. d-r V. SLAVIK „Etiologia nagłej śmierci i jej sądowo-lekarska ważność“. Autor dzieli przypadki nagłej śmierci według anatomicznego siedliska zmian chorobowych, zewnętrznych uszkodzeń, które tu odgrywały rolę, i indywidualnych okoliczności, na 10 grup, a mianowicie nagłe zejście skutkiem: I. chorobowych zmian ważnych narządów: 1) mózgu i rdzenia, 2) serca i wielkich tętnic, 3) narządów oddechowych, 4) przewodu pokarmowego, 5) gruczołu tarczowego, 6) śledziony i limfatycznego aparatu, 7) układu moczopłciowego; II. nagła śmierć wskutek chorób zakaźnych; III. nagła śmierć wskutek wpływów toksycznych; IV. nagła śmierć wskutek uszkodzenia mechanicznego (chodzi tu zwykle o *shock*); V. nagła śmierć wskutek działania ciepła, zimna, elektryczności; VI. nagła śmierć z głodu; VII. nagła śmierć z przyczyn psychicznych; VIII. nagła śmierć wskutek innych rzadkich przyczyn (np. ujście krwi przy epilepsji i hysterii); IX. nagła śmierć w specjalnych warunkach (umysłowo chorych, starców i dzieci do lat 6); X. nagła śmierć z negatywnym sekcyjnym rezultatem zdarza się w *shock*'u, czasem w chorobach zakaźnych i t. d. W drugim odczycie mówił doc. SLAVIK o „Adipocire“, która powstaje w wilgotnem środowisku (wodzie) nie tylko z tłuszczu, lecz z mięśni i wnętrzości, a więc i z białka. Potwierdzają to w adipocire zmienione części mózgu, płuc, serca, wątroby, nerek (co zostało eksperymentalnie przez autora dowiedzione w zakładzie med. sądowej). Pierwsze ślady zjawiają się po 2 miesiącach w tłuszczu twarzy, później w reszcie podskórnych naczyń, w końcu w głębszych częściach także po upływie dwóch lub

trzech lat, zależnie od ilości oliczności, całe ciało zmienia się w adipocire. Zależy to od czystości wody, chemicznego jej składu i siły prądu, zwłaszcza zaś od jakości ciała. Jeżeli ciało nie było mechanicznie uszkodzone, to aż po 8 latach można poznać na niem ślady poranienia. Pod drobnowidzem prawie zawsze można poznać tkanekę zmienioną w adipocire.

D-r OSTRCIL (Ostrczil) przytoczył jeden przypadek odmrożenia i rany śmiertelnej.

(D. n.).

Przemysław Rudzki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— MÜHLING przytacza dwa przypadki otrucia bismutem. Pierwszy chory doznał głębokich oparzeń skóry, które opatrzone naprzód *Linim. oleo—calcarea*, a po kilku dniach czystym saletrzanem bismutu. Wystąpił ślinotok i czarno—niebieskie zabarwienie brzegów dziąseł; błona śluzowa jamy ust, język, łuki były sino—szare, obrzmiałe i zlekka owrzodziały. Mocz i trawienie prawidłowe. Pomimo natychmiastowego usunięcia z ran bismutu, poprawa dopiero wtedy nastąpiła, gdy wyskrobano ziarninę pokrytą bismutem. Zęby wcale nie ucierpiały. W drugim przypadku, także po oparzeniu skóry, dopiero 12 dnia zjawił się przykry zapach z ust, obfity ślinotok, sino—czarne zabarwienie dziąseł, języka i podniebienia. Leczenie było takie same. (Münch. med. Woch. 15—1901).

— LEVERS opisuje przypadek dwukrotnego cięcia brzuszno skutkiem ciąży jajowodowej. 29 letnia chora nigdy ciąży macicznej nie przebywała. Przed 6 laty dokonano cięcia brzuszno z powodu oznak ciąży jajowodowej. Znaleziono zaśniad w lewym jajowodzie. Obecnie musiano usunąć prawy jajowód z tegoż powodu; był tu też zaśniad. (D. M. Zh. 43 — 1901).

— PORTER opisuje przypadek władu rdzenia z wzmocnionymi odruchami ścięgnistymi. Z objawów władu były: bezład wszystkich kończyn, bóle przeszywające, objaw ROMBERG'a, nierówne i leniwie oddziaływające źrenice oraz uczucie opasywania. Zakażenie przymiotem miało miejsce przed 23 laty. (D. M. Zg. 43 — 1901).

P.

Wiadomości bieżące.

— Stan Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy. 1) W Listach zastawnych m. Warszawy 4½%, w Banku Handlowym w Warszawie rb. 5,700. 2) W sumie hipotecznej na domu w Warszawie rb. 4000. 3) Na rachunku bieżącym w Banku Handlowym gotowizną rb. 317, kop. 52. 4) W kasie gotowizną rb. 59, kop. 32. 5) W Banku Dyskontowym depozyt rb. 600. 6) Na pożyczkach: a) na wkłady osobiste rb. 1103 kop. 54; b) za poręczeniem rb. 370; c) pod zastaw papierów ½ rb. 232. Razem rb. 12382 kop. 38.

— W ubiegłym miesiącu mieliśmy możliwość zwiedzenia nowobudującego się sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem. Cały budynek jest już pod dachem. Do wykończenia jednak zupełnego potrzeba jeszcze około 200,000 reńskich. Pożądany więc jest popyt na akcje nowego sanatorium, tembardziej, iż z góry można przewidzieć, że akcje te należyte przynosić będą odsetki.

— Naczelnym lekarzem szpitala Dz. Jezus mianowany został prof. MAKSYMOW, który również prowadzić będzie

klinikę chorób chirurgicznych dla studentów V kursu.

— Asystentem zakładu leczniczego w Görbersdorfie został d-r H. CYBULSKI z Warszawy.

— W klasie VII gimnazyów tutejszych ma być wprowadzony wykład higieny.

— W roku bieżącym prof. MIERZEJEWSKI w Petersburgu obchodzić będzie 40-lecie zawodowej i naukowej działalności swojej.

— Zjazd lekarzy niemieckich w Hamburgu odbywać się będzie od 20 do 28 września r. b.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia d-ra med. i chir. LEONA KONITZA przyznana zostanie przez Towarzystwo w d. 15 października 1902 roku, jako w rocznicę zgonu d-ra KONITZA, nagroda pieniężna, odpowiednio do wartości naukowej prac: albo w kwocie Rub. 570, złożonej z dwóch nagród, jednej, pozostałej z poprzedniego konkursu, i drugiej przypadającej na bieżący trzyletni okres konkursowy, albo też przyznane będą dwie nagrody, każda po Rub. 285, za najlepsze prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuszerji, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 2 Kwietnia 1899 roku do dnia 31 Marca 1902 roku. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako również laboratoryjne badania we wzmiarkowanej specjalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1902 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopismach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7) lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia KONITZA. Praca, wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzona. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac, w rękopismach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. ROMUALDA PŁASKOWSKIEGO przyznana zostanie w roku 1902 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 kwietnia r. 1900 do dnia 31 marca 1902 roku, bądź też w rękopiśmie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac, odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczynić się będą do wyjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1902 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rub. 200. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem co do prac w rękopismach zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski.*

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych

POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

SANATOGEN

Środek wzmacniający i pobudzający sprawność życiową, a głównie systemu nerwowego.

Środek odżywczy przy gruźlicy, nerwowości, braku krwi, blednicy, chorobach żołądka, i kiszek, zбочzeniach w trawieniu u dzieci, podczas zdrowienia po wyniszczających chorobach, jako środek wzmacniający odżywianie u matek, karmiących piersią.

Doskonale działanie środka

potwierdzają badania prof. v. Bergmann'a, Eulenburg'a, Tobold'a w berlińskich klinikach uniwersyteckich; prof. v. Schrötter'a w 3-cim oddziale wewnętrznej kliniki Wiedeńskiego uniwersytetu, w klinice dziecięcej prof. v. Frühwald'a w Wiedniu, w zamiejskiej lecznicy psychiatrycznej pod Wiedniem i inne.

Przygotowuje firma:

Bauer et C-ie, Berlin S. O. 16.

Znajduje się w aptekach, magazynach aptecznych i u drogistów.

GLÓWNY REPREZENTANT W WARSZAWIE:

Apteka H. Biertümpfla, ulica Marszałkowska Nr 136, róg Ś-to Krzyskiej.

Prawdziwy tylko w ruskiem opakowaniu.

Société Chimique des Usines du Rhône dawniej Gilliard, P. Monnet & Cartier.
Towarzystwo anonimowe z kapitałem 6,000,000 franków. Biuro centralne Lyon, 8 Quai de Retz.
KELENE, CHLOREK ETYLU CZYSTY



do USYPIAN A i znieczulania miejscowego.

Produkty farmaceutyczne

Kwasy: karbolowy syntetyczny, salicylowy
Salol. Salicylaty: sodu, metylu. Pyrazollina
Metylen-Blau med. Rezorcyna med. Hydro-
chiuon. Formaldehyd. Trioxymetylen etc.

Sprzedaż w rurkach szklan. i metal. i w rurkach
z podziałką. (Litr. na żądanie gratis i franco.)