

MEDYCINA.

CZASOPISMO 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 piśmem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O stanach neurastenicznych, na tle zaburzeń nosowych powstałych. Podał J. Szmurło. — O sterylizacji materjałów opatrunkowych. Podał d-r J. Borzymowski. (Dokończenie). — WYKŁADY KLINICZNE. Nowsze prace dotyczące nowotworów powstałych z resztek prąrczy — meso-nephros (Sprawozdanie zbiorowe). (Ciąg dalszy). — III zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. (Sprawozdanie własne). — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Szmurło — Sur les neurasthénies causées par des états morbides des fosses nasales. 2) D-r J. Borzymowski — Sur la stérilisation des pansements.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Szmurło — Ueber neurasthenische Zustände in Folge von Krankheiten der Nasenhöhle. 2) D-r J. Borzymowski — Ueber die Sterilisierung der medicinischen Verbandmaterialie.

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

O STANACH NEURASTENICZNYCH, na tle zaburzeń nosowych powstałych.

Podał

J. SZMURŁO.

(Rzecz, czytana na posiedzeniu Samarskiego Towarzystwa Lekarskiego w styczniu 1901 roku).

Szanowni Panowie! Chciałbym podzielić się z Wami kilkoma spostrzeżeniami, które, spodziewam się, mogą zainteresować nie tylko specjalistę, lecz i lekarza - praktyka.

Dominującym cierpieniem u chorych, których historie niżej poznacie, była neurastenia, punktem wyjścia wszakże było cierpienie nosa, które u chorych osłabionych nerwowych wywołało neurastenię, a w jednym nawet przypadku hipochondryę z ideami natrętnymi

Wogóle zauważyć należy, iż nos stanowi najważniejszą, być może, część twarzy z punktu widzenia estetycznego i antropologicznego. Odgrywa on rolę decydującą przy określaniu narodowości, rasy, a nieraz i rodu. Powszechnie znane są charakterystyczne cechy: greckiego, rzymskiego, murzyńskiego, mon-

golskiego nosa. Niektóre nawet rody, powtarzam, przez cały szereg pokoleń zachowują pewien typ nosa (nos Bourbonów). Szpetny nos czyni brzydką twarz, której pod innymi względami nic z punktu estetycznego zarzucić nie można. Nic też dziwnego, że każdy dba o nos swój i w razie jakiegoś cierpienia jego, uszkodzenia i zeszpecenia cierpi więcej, niż wskutek podobnego uszkodzenia czoła, policzka, uszów, a nawet oczów. Największego pod względem estetycznym znaczenia nos nabiera w okresie dojrzałości płciowej, kiedy jedna płeć stara się zyskać sympatyę, wzajemność drugiej przyjemną powierzchownością. Wówczas cierpienie nosa, grożące danemu osobnikowi zeszpeceniem całej twarzy, wywiera na układ nerwowy takiż sam wpływ przygnębiający, jak i cierpienie organów płciowych, i, jak to ostatnie, może wywołać rozstrój nerwowy, neurastenję, przechodzącą nieraz w hipochondryę, i być nawet przyczyną samobójstwa.

Chorobą, która najczęściej bywa przyczyną zeszpecenia nosa, jest przymiot. Obawa zarażenia tą chorobą, która wobec ogromnego rozpowszechnienia przymiotu grozi każdemu wszędzie i zawsze, zrodziła osobną formę hipochondryi, znaną pod nazwą syfilofobii. Człowiek, zarażony przymiotem lub też nawet zdrowy, lecz wiecznie drżący przed możliwością zarażenia, zawsze bywa tylko sobą zajęty, wciąż bada sprawność wszystkich narządów, wciąż studjuje powierzchnię swego ciała; najmniejszy pryszczyk na skórze, najłżejsza przeszkoda przy połykaniu doprowadzają go do rozpacz, są bowiem, zdaniem jego, objawami nurtującej w nim choroby lub też pierwszymi oznakami zarażenia. Będąc w większości przypadków człowiekiem mniej więcej inteligentnym, dany osobnik masę czasu spędza na czytaniu popularnych, a nawet specjalnych dzieł, traktujących o przymiocie, co znowu jest dla niego nowym źródłem iluzji i powstających ztąd cierpień moralnych. Jako organ najbardziej wystawiony na wszelkie wpływy atmosferyczne, nos zapada również częściej, niż inne narządy naszego ciała. Któż z nas choć raz do roku nie zapada na mocny katar nosa? W miejscowościach zaś, gdzie warunki atmosferyczne są złe, gdzie mamy do czynienia z częstymi i gwałtownymi zmianami ciepłoty i stopnia wilgoci, cierpienia nosowe zjawiają się częściej i częściej w stan przewlekły przechodzą.

W Samarskiej gubernii, gdzie właśnie warunki klimatyczne i gruntowe są stanowczo niepomyślne wobec strasznego kurzu latem i gwałtownych wahań ciepłoty i stopnia wilgoci w ciągu całego roku, co w znacznej mierze wpływa na powstawanie częstych nieżytyń górniego odcinka dróg oddechowych, i gdzie przymiot jest nadzwyczaj rozpowszechniony, mam możliwość częstego spostrzegania chorych, dotkniętych syfilisem nosa prawie wyłącznie w trzecim okresie (w 1899 r. na 221 chorych dotkniętych cierpieniami nosa było 18 syfilityków, dotkniętych przeważnie gumatami przegrody nosowej lub muszel, nekrozą muszel i kości sitowych). Jednocześnie wszakże szukali u mnie porady chorzy, cierpiący na zwykły przewlekły nieżyt nosa, którzy pod wpływem ciągłej obawy zarażenia przymiotem wpadali w hipochondryę, badali bezustannie swój nos i znajdowali w nim cierpienie przymiotowe. Natrętne myśli męczyły ich bezustannie, wciąż im się zdawało, że nos ich został zeszpecony przymiotem, że się skrócił, że zaczyna się zapadać, że wszyscy patrzą na nich z ciekawością i wzgardą, i błagali mnie o ratunek. Ponieważ w dostępnej mi laryngologicznej i psychiatrycznej literaturze nigdzie podobnych spostrze-

żeń nie znajdowałem¹⁾, być może dla tego, że choroba ta uważana jest za zbyt pospolitą, aby się nią zajmować, uważam za pożyteczne przytoczyć kilka własnych spostrzeżeń.

Spostrzeżenie I. Panna L. lat 18 licząca, uczenica ziemskiego seminarjum nauczycielskiego, zgłosiła się do ambulatoryum szpitalnego, skarżąc się na ból i trudność oddechania nosem, trwające już od lat kilku. Najmniejsza zmiana temperatury wpływa na wzmożenie dolegliwości. Niejednokrotnie już zwracała się o radę, powiedziano jej, że cierpi na syfilis nosa, kazano jej nos przemywać, wewnątrz dawano jej jodek potasu. Ulgi wszakże bynajmniej nie doznała, jednocześnie znajomi poczęli jej unikać, motywując to obawą zarażenia przymiotem i strasząc ją, że nos się jej zapadnie. Wszystko to strasznie dręczyło chorą, wciąż myślała o grożącym jej niebezpieczeństwie, zjawyły się bóle głowy, sen i apetyt znikły, straciła wszelką chęć do pracy.

Badanie wykazało, co następuje: chora wzrostu średniego, odżywiana niezłe. Na skórze, na błonach śluzowych brak jakichkolwiek oznak przebytego lub istniejącego przymiotu. Gruczoły niewyczuwalne, błony śluzowe blade, nos kaczkowaty, nozdrza dość szerokie, błona śluzowa dolnych i średnich muszel mocno przerosła, dolny i średni przewód nosowy zwężony, przegroda zupełnie normalna. Oczywiście miałem do czynienia z przewlekłym niezłym przerostowym śluzówki nosa. Kazałem smarować chorej błonę śluzową nosa maścią boro-mentolową i wdychać *kalii sozajodolicum*, uspokoiłem chorą, że przymiotu niema, wewnątrz kazałem jej zażywać brom i żelazo, radząc, aby po tygodniu przyszła znowu do ambulatoryum dla przypalenia błony śluzowej, w razie jeżeli bóle i zakładanie w nosie nie ustąpią. Po 10 dniach chora przyszła do ambulatoryum: czuje się znacznie lepiej, jest weselsza, spokojniejsza, nosem swobodnie oddycha. Badając nos, znalazłem obrzęk muszel mniejszy, aczkolwiek światło przewodów nosowych pozostaje jeszcze zwężonym. Zapropnowałem chorej przypalenie żegadłem galwanicznym, na co chętnie się zgodziła. Po tej operacji światło jam nosowych znacznie się zwiększyło, chora poczęła swobodnie oddychać nosem, dawny stan podrażnienia nerwowego ustąpił, poczęła się poprawiać, utyli, ochoczo wzięła się do pracy i doskonale zdała ostateczne egzaminy.

W powyższym przypadku przyczynę nerwowego rozstroju stanowiło zatkanie nosa, parestezye nosowe oraz fałszywa dyagnoza, co spowodowało obawę utraty tak ważnego organu i zeszpecenia twarzy. Dość było uspokoić chorą, rozwiać jej obawy, ażeby dać jej możliwość uwolnienia się od dręczących ją myśli. Odpowiednie leczenie wzmacniające dokonało reszty, i wkrótce chora wróciła do zupełnego zdrowia.

Wyżej przytoczyłem jeden zaledwie przypadek lekkiej neurastenii, powstałej na tle przewlekłego cierpienia nosa, ponieważ przypadek ten uważam za typowy. Przypadki wszakże podobne w praktyce każdego lekarza - specjalisty zdarzają się dość często; rokowanie najczęściej bywa zupełnie dobre.

Nie tak łatwą przedstawia się sprawa w tych razach, kiedy mamy do czynienia z chorymi, fizycznie wycieńczonymi, u których sprawa chorobowa w nosie trwa oddawna, dzięki czemu chorzy tacy dręczą się myślą, że w nosie zajść musiały głębokie zmiany, i że grozi im wielkie niebezpieczeństwo z tej właśnie strony. Chorzy tacy stają się prawdziwymi śledziennikami, i w tych przypadkach tylko leczenie psychiczne, suggestya, a może nawet

¹⁾ W takich poważnych up. dziełach, jak podręczniki SCHECH'a, MORITZ'a SCHMIDT'a, BRISSEN'a o podobnych stanach neurastenicznych niema najmniejszej wzmianki.

i hipnotyzm mogą liczyć na powodzenie. Na dowód przytoczę spostrzeżenie następujące.

Spostrzeżenie II. Chory K. lat 20, urzędnik żeglugi, zwrócił się do mnie w roku 1898, skarżąc się na silny ból i łamanie w nosie, zwłaszcza u podstawy. Ból ten wzrasta się podczas zmian pogody w czasie chłodnym i dżdżystym, kiedy wskutek obrzmienia śluzówki nosa drożność jego zmniejsza się, i chory musi oddychać ustami. Chory jest głęboko przekonany, że zarażony jest przymiotem, pomimo to iż nigdy nie miał najmniejszych oznak przebytego przymiotu, nie miał pierwotnego wrzodu, nigdy również nie miał ani wysypki, ani powiększenia gruczołów; włosy też nigdy nie wypadły; jednym słowem żadnych oznak przebytego przymiotu zauważać u siebie nie mógł. Nie zważając na to, wyobraził sobie, że przyczyną cierpień jego jest syfilis, i że nos zaczyna mu się zapadać. Codziennie po kilka razy przeglądał się w lustrze, aby ku swemu przerażeniu stwierdzić, że nos poczyna mu się skracać. Nie wierząc oczom, począł go mierzyć palcem, i, niestety, pomiary utwierdziły go w słuszności przypuszczeń, więc z rozpaczą począł oczekiwać tej chwili, kiedy nos mu się zupełnie zapadnie. Nie omieszkiał tymczasem odwiedzać mieszkań i ambulatoryów lekarskich, opowiadając, że nos go boli, że mu się zapada, i błagał o ratunek. Lekarze atoli z niedowierzaniem słuchali skarg jego i odmawiali zapisywania rtęci i jodu wobec braku zupełnego jakichkolwiek oznak przebytego lub istniejącego przymiotu.

Zwrócił się wreszcie o radę i do mnie, jako do specjalisty, skarżąc się jednocześnie na kaszel i na obustronny ropny wypływ z uszów. Badanie wykazało: Mężczyzna wzrostu średniego, nieźle zbudowany; odżywianie łyche. Nos dość duży, zupełnie prawidłowy, ani śladu wgłębienia lub zapadnięcia. Błona śluzowa zaczerwieniona, obrzmiała z obu stron, zwłaszcza zaś z lewej, na dolnej i średniej muszli znacznie przerosła, wskutek czego światło obu jam nosowych mocno zwężone. Przegroda nosowa skrzywiona w lewo, co jeszcze bardziej zwęża jamę nosową. Jama noso-gardzielowa przedstawia nieznaczne zmiany nieżytowe; tylna ściana gardzieli zaczerwieniona, nieco sucha, miejscami widać ziarninę. Z uszów wydzielą się cuchnąca ropa, na dolnych częściach muszli usznej widać zmiany pryszczycowe; obie błony bębenkowe zniszczone, błona śluzowa jamy bębenkowej zaczerwieniona, w stanie silnego przekrwienia, pokryta ziarniną. Obie trąbki EUSTACHIUSZA drożne. Płuca: stępienie u prawego wierzchołka, z przodu i z tyłu oddech zaostrozony, rzężenia drobnobańkowe, drżenie klatki piersiowej na tych miejscach wzmożone; w lewym wierzchołku oddech zaostrozony bez rzężeń, nieznaczne stępienie. Odruch kolanowy wzmożony, inne odruchy normalne, wszystkie formy czucia zachowane. W innych organach żadnych zmian przedmiotowych nie spostrzegamy.

Na podstawie danych, otrzymanych drogą badania obiektywnego, przyszedłem do przekonania, że nos chorego oprócz formy przerostowej przewlekłego nieżytu innych zmian wcale nie przedstawia, tembardziej że kości nosowe były zupełnie zdrowe i nie wykazywały ani nierówności, ani chropowatości, jednym słowem nic takiego, co kazałoby przypuszczać sprawę przymiotową. Upewniłem więc chorego, że o przymiocie nawet mowy być nie może, że niewinne stosunkowo środki, jak przyżeganie, usuną, a przynajmniej znacznie zmniejszą jego dolegliwości, zwróciłem natomiast jego uwagę na niebezpieczeństwo, grożące mu ze strony płuc i uszów. Zaleciłem mu więc pożywną i obfitą dietę, ze środków wewnętrznych żelazo, oprócz tego odpowiednie leczenie uszów. Chory wyszedł odemnie jakoby zupełnie przekonany.

(D. n.).

O STERYLIZACJI MATERIAŁÓW OPATRUNKOWYCH.

Podał

D-r J. BORZYMOWSKI.

Ordynator kliniki chirurgicznej w szpitalu św. Ducha.

(Odezyt wypowiadziany w r. b. w sekcji biologicznej Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego).

(Dokończenie. — Zob. Nr. 36).

III. Woda wrząca jest najlepszym i najpraktyczniejszym środkiem sterylizacyjnym: według PASTEUR'a (CHAVASSE) w $\frac{1}{2}$ godz. zabija wszystko, co żyje i wegetuje. Dodatek 1—2 gram. sody na 100 podnosi punkt wrzenia do 104° (SCHIMMELBUSCH) i potęguje jeszcze jej działanie sterylizacyjne oraz działa chemicznie przez rozpuszczanie tłuszczów.

IV. Sterylizacja za pomocą pary bieżącej bez ciśnienia przy dostępie powietrza stosowana jest w niektórych naszych oddziałach chirurgicznych w przyrządzie SCHIMMELBUSCH'a. Sterylizator SCHIMMELBUSCH'a składa się z kotła o podwójnych ścianach bez manometru, tylko z termometrem (*C*) w pokrywie i z wodowskazem (*E*) na zewnętrznej ścianie kotła; rurka w dnie bez kranu (*D*) odprowadza parę z wewnętrznego kotła, w którym mieszczą się środki opatrunkowe (*B*). (Fig. I).

W przyrządzie SCHIMMELBUSCH'a, według moich doświadczeń, ciepota wewnątrz środków opatrunkowych dosięga 100° . Przyrząd SCHIMMELBUSCH'a równa się przyrządowi, obmyślanemu przez FORGUE'a co do rodzaju i temp. pary. FORGUE (z Montpellier) zaproponował rozpowszechniony dziś sposób sterylizowania środków opatrunkowych w siatce nad wodą wrzącą w zwykłym sterylizatorze do instrumentów. Próby moje wykazały, że w ten sposób wewnątrz środków opatrunkowych możemy otrzymać temp. 100° , t. j. tę samą ciepłotę, co i w aparacie SCHIMMELBUSCH'a.

V. Para wodna nieruchoma, pod ciśnieniem, przy dostępie powietrza.

Do sterylizacji tym sposobem służą przyrządy CHAMBERLAND'a (Fig. II); są to kotły o ścianach pojedynczych z pokrywą, manometrem, (*A*) klapą bezpieczeństwa (*B*) i kranem do wypuszczania pary, (*C*) umieszczonym w pokrywie. Przez otwarcie kranu można tylko częściowo usunąć powietrze z tego przyrządu, albowiem para wodna ma lżejszy ciężar gatunkowy od powietrza i zbiera się w górnej części przyrządu, powietrze zaś osiada na spodzie.

Na manometrze oprócz podziałek, wykazujących atmosfery, *resp.* ciśnienie, są także cyfry, wykazujące temperaturę, odpowiadającą każdemu ciśnieniu. Cyfry te odpowiadają napięciu czystej pary wodnej, a ponieważ domie-

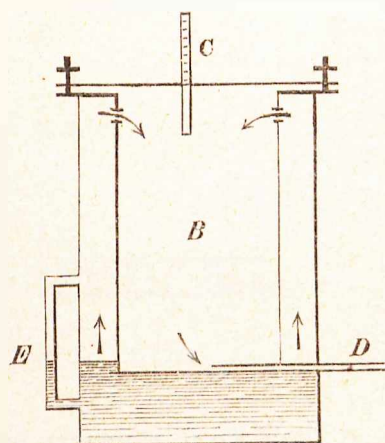


Fig. I.

szka powietrza w dużym stopniu wpływa na zmianę powyższej skali, przeto tak w przyrządzie CHAMBERLAND'a, również jak we wszystkich tych, z których powietrze nie może być zupełnie usunięte — wskazówka na monometrze wykazuje zupełnie błędną ciepłotę.

Dla przekonania się o tem kontrolowałem ciepłotę w przyrządzie CHAMBERLAND'a maksymalnym termometrem (mającym skalę na 180°) w sposób następujący: włożywszy do przyrządu termometr, podnosiłem ciśnienie do 1 1/2 atm. i utrzymywałem ciśnienie na tej wysokości przez 15 minut; według skali ciśnienia i ciepłoty pary wodnej ciśnieniu temu odpowiada przeszło 120° C. Tymczasem, jeżeli na początku doświadczenia wcale nie wypuszczałem powietrza z przyrządu, to termometr kontrolujący wykazywał tylko 108°, a po wypuszczeniu możliwie największej tegoż części zaledwie 116°; w żadnym razie przy tem ciśnieniu nie wykazał ciepłoty odpowiedniej normalnej skali ciśnienia pary wodnej.

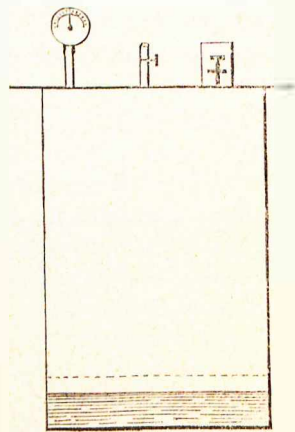


Fig. II.

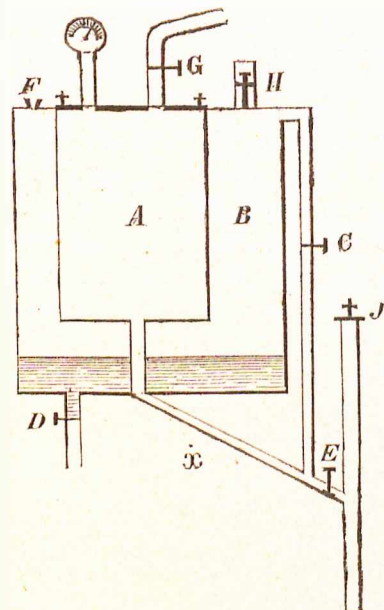


Fig. III.

Zjawisko to tłumaczy się większą prężnością powietrza w porównaniu z czystą parą wodną. Z powodu powyższej wady przyrządy CHAMBERLAND'a nie zupełnie są dobre; przy sterylizacji w nich należy doprowadzać ciśnienie do 1 1/2 atm. i w początku sterylizacji wypuszczać powietrze, jak to już radzili HEYDENREICH i QUENU (Nouveaux éléments de petite Chirurgie. CHAVASSE. Paris 1897). Oprócz tego z przyrządu CHAMBERLAND'a wychodzą materiały opatrunkowe nieco wilgotne.

VI. Para wodna nieruchoma pod ciśnieniem bez dostępu powietrza ma zastosowanie w przyrządach SOREL'a (Fig. III).

Przyrząd SOREL'a składa się z kotła o podwójnych ścianach, czyli z dwóch kotłów włożonych jeden w drugi (A i B) a połączonych z sobą za pomocą rury C, przebiegającej po zewnętrznej ścianie przyrządu. Za pomo-

cą tej rury nie tylko para z zewnętrznego kotła *B* przechodzi do wewnętrznego *A*, ale może być również umiejscowiona w zewnętrznym kotle przez pokręcenie kranu *C*, w ten sposób utrzymać można ciśnienie w zewnętrznym kotle podczas napełniania *resp.* zmiany materiałów opatrunkowych w kotle *A*. Sterylizacja odbywa się w przyrządzie SOREL'a w sposób następujący: 1) Zamykamy krany *D* i *E*. 2) Przez otwór *F* wlewamy 2 litry wody, hermetycznie zamykamy mutrą otwór *F*, wstawiamy do kotła *A* puszkę ze środkami opatrunkowymi i zapalamy gaz *X*. 3) Otwieramy krany *C* i *G* dla wypuszczenia powietrza, t. j. do chwili ukazania się strumienia wyraźnie białej pary. 4) Zamykamy kran *G* i czekamy, póki manometr nie wykaże pożądanego ciśnienia. 5) Po upływie czasu, który uważamy za dostateczny do wyjałowienia, nie gasząc gazu, zamykamy kran *C*, aby rozłączyć obydwie kotły. 6) Otwieramy kran *E*, manometr wkrótce wykazuje 0, chociaż w zewnętrznym kotle ciśnienie utrzymuje się *in statu quo* pod ochroną kłapy bezpieczeństwa *H*. Po wyjściu pary przez kran *E* wypuszczamy wodę ze zlewu *J*; prąd wody wytwarza w kotle *A* ciśnienie ujemne, które stopniowo dochodzi do 0,75 atm., co zupełnie wystarcza do wysuszenia materiału opatrunkowego w kotle *A*. Przed zamknięciem wodociągu zamykamy kran *E* i otwieramy *G* dla wyrównania ciśnienia przez rurkę *G*, którą nagrzewamy jednocześnie do czerwoności, aby wyjałowić powietrze, wypełniające próżnię w wewnętrznym kotle.

Oprócz powyższego przyrządu do wysuszania materiałów opatrunkowych, który francuzi nazywają *trompe à vide*, i który można zastosować do każdego kotła hermetycznie zamkniętego, o ile posiadamy prąd wody z ciśnieniem 15 metrów, do przyrządu SOREL'a stosuje się jeszcze drugi sposób wysuszania środków opatrunkowych za pomocą pary wodnej, wytworzonej w drugim małym kotle przy ciśnieniu 6 atm. i następnie przepuszczonej przez rozpalone rury; o niebezpieczeństwach tego ostatniego sposobu nie ma potrzeby mówić, są one zanadto widoczne.

VII. Sterylizacja za pomocą bieżącej pary wodnej pod ciśnieniem bez dostępu powietrza stosuje się w przyrządach VAILLARD'a, LAUTENSCHLAGER'a i BECKMANNA. Najprostszy z nich jest przyrząd VAILLARD'a (Fig. IV). Składa się on z pojedynczego kotła (1) z ruchomą przykrywą, manometrem (*B*), klapą bezpieczeństwa (*A*) i rurką (*C*) w przykrywie do wypuszczania pary. Przez dno kotła przechodzi druga rurka (*F*), zakończona na zewnątrz kranem (*E*), a wewnątrz ukośnie ściętą. Materiały opatrunkowe umieszczają się w puszcze (*G*), w której dnie jest otwór przykryty sprężyną (*D*), automatycznie podnoszoną przez szpic rurki (*F*) w czasie wkładania do kotła puszki (*G*). Para wodna wchodzi do puszki ze środkami opatrunkowymi przez jedyny otwór (*a*) od góry i wytłacza nasamprzód z niej

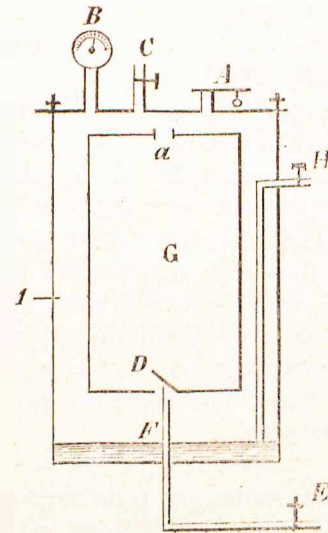


Fig. IV.

powietrze, wychodząc przez kran dolnej rurki (*B*); ten ostatni trzeba zamknąć wówczas, kiedy zaczyna z niej wychodzić gęsta biała para, co następuje dopiero po usunięciu powietrza z całego kotła. Po zamknięciu kranu (*B*) czekamy, aż podniesie się ciśnienie do żądanej wysokości, zwykle do 1 atm., poczem znowu otwieramy kran (*B*) częściowo, i para zaczyna w ten sposób przechodzić przez materiały opatrunkowe, a ciśnienie zostaje *in statu quo*, dzięki specjalnemu urządzeniu kranu *B*. Drugi kran (*H*) służy do łączenia kotła z przyrządem, osuszającym środki opatrunkowe (trompe à vide), wyżej opisanym. Wszelkie jednak przyrządy, osuszające materiały opatrunkowe, właściwie są zbyteczne z powodów następujących. Materiały opatrunkowe po wyjęciu z przyrządu VAILLARD'a są wilgotne tylko na powierzchni *resp.* w miejscach najszybszego ochładzania się pary wodnej. Jeżeli przeto do sterylizacji będziemy wkładać je nie wprost do puszeki, a tylko poprzednio owiniemy je w płótno, to po skończonej sterylizacji para skropi się tylko na płótnie, a środki opatrunkowe będą suche.

Przyrządy LAUTENSCHLAEGER'a obliczone są tylko na 104° C., z tego względu oraz ze względu na kilkakrotnie wyższą cenę od naszych krajowych i francuskich i bardzo niezgrabną budowę, zajmującą masę miejsca, nie powinny być wcale używane. Przyrządy te właściwie są systemu SCHIMMELBUSCH'a.

Przyrządowi BECKMANNA, opartemu na tej samej zasadzie, co i przyrządy VAILLARD'a, nic nie można zarzucić. Przyrządy BECKMANNA można wypisać z Łodzi, gdzie robią je pod kierunkiem samego kol. BECKMANNA; w Warszawie robi sterylizatory każdego systemu firma WIDTA, której jednakże trzeba dawać zawsze dokładny rysunek; przyrządy BECKMANNA są znacznie tańsze od wyrabianych u WIDTA. Francuskie są jeszcze tańsze, ale sprowadzenie i'ćło kosztuje prawie tyle, co cały sterylizator.

Wnioski. Najwłaściwszym więc środkiem sterylizacji jest bieżąca para wodna pod ciśnieniem 1 atm. bez dostępu powietrza, a najlepsze sterylizatory do materiałów opatrunkowych są systemu VAILLARD'a, SOREL'a i BECKMANNA.

Należy jednak zawsze sprawdzić sterylizator za pomocą termometru maksymalnego, o ile ciepłota odpowiada w nim ciśnieniu, *resp.* porównać ze skalą normalną, którą przytaczam według REGNAULT'a. (Beilage zum Chemik. Kalender 1901).

Temperatura. Ciśnienie w atmosferach.

100° C.	1
105° C.	1,193 = 1,2
110° C.	1,415 = 1,4
115° C.	1,673 = 1,7
120° C.	1,962 = 2
125° C.	2,2994 = 2,3

Przyrządy i odczynniki, kontrolujące sterylizację.

Niezgodność termometru z manometrem wykazuje mniejszą lub większą domieszkę powietrza w przyrządzie. Powietrze posiada większą prężność w porównaniu z parą wodną i dla tego przy jednakowym ciśnieniu ma niższą od pary ciepłotę. Z tego względu bardzo są pożądane przyrządy, kontrolujące ciepłotę wewnątrz środków opatrunkowych i to tem bardziej, że sterylizatory z ciśnieniem, oprócz tegoż kol. BECKMANNA, nie mają termometrów.

Od przyrządów kontrolujących możemy wymagać następujących zalet: powinny one reagować: 1) na konieczną dla zupełnej sterylizacji ciepłotę oraz na czas trwania tej ciepłoty i wahania tejże, 2) na środowisko, w którym odbywa się sterylizacja, t. j. na suche powietrze i parę wodną, 3) powinny zabezpieczać środki wysterylizowane od zanieczyszczenia do chwili rozpakowania ich, 4) powinny być małe i tanie, żeby można było zastosować je do małych ilości środków opatrunkowych i 5) żeby nie mogły być dołączone do środków niesterylizowanych. Ideał ten jest jeszcze daleki od rzeczywistości.

Znane mi dotychczas sposoby kontroli są następujące:

1) Papier wyczajny impregnowany alizaryną i octanem aluminium $Al_2(C_2H_3O_2)_4$ (Handbuch der technisch-chemischen Untersuchung 1879. BATTLEY) przy 100° w atmosferze wilgotnej zmienia swą barwę żółtą na czerwoną (ZELIS).

2) Brenckatechina $C_6H_4(OH)_2$, która topi się przy 104° , a wzięta w pewnej ilości przez zupełne stopienie się określa czas trwania tej ciepłoty. Jeden przyrząd z brenckatechiną może być wielokrotnie użyty, albowiem, jest zrobiony na podobieństwo piaskowego zegara.

3) Aliaże bismutu z cyną z określoną ciepłotą topienia się, zalecane przez QUENU (Nouveaux éléments de petite Chirurgie. D-r CHAVASSE. Paris 1897).

4) Mieszanina FERRIER (Acide phtalique 25,0, picrique 0,5, hélianthine 0,5) przy 129° przybiera kolor czerwony.

5) Przyrząd mój, który przedstawiłem po raz pierwszy w sekcji chirurgicznej zeszłorocznego zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie, dziś Szanownym Panom będę miał zaszczyt przedstawić po raz drugi. (Fig. V).

W Krakowie zakomunikowałem, że przyrząd mój oprócz ciepłoty 120° wykazuje jeszcze czas trwania tejże — 15 minut, tymczasem ostatnie doświadczenia moje wykazały, że w otoczeniu czystej pary wodnej reaguje on wyraźnie tylko na temperaturę 120° , a nie wykazuje czasu trwania tejże.

Przyrząd ten składa się z rurki szklanej (1), napełnionej siarką (krystaliczną, β jednoskośną), w której zanurzone są końce szpagatu, owijającego materiał opatrunkowy. Kiedy podczas sterylizacji ciepłota dosięga 120° , siarka stapia się i utrwała, jak pieczęć, umieszczone w niej końce szpagatu (2) (v. Chemiker Kalender 1901, d-r Rudolf BIEDERMANN). Chcąc zatem przekonać się, czy ciepłota 120° miała miejsce podczas sterylizacji, należy pociągnąć za pętlę szpagatu (3), znajdującą się nazewnątrz materiału opatrunkowego, i, jeżeli ciepłota doszła wówczas do 120° , to szpagat utrwalony w stopie wyciąga się razem z rurką lub częścią stopu, w przeciwnym zaś razie wychodzi bez rurki i bez stopu. Próbę tę można wykonać bez rozwijania materiału opatrunkowego (A) z pergaminu (a), w którym jest on zawinięty i bez wyjmowania korka z waty (b), przez który przechodzi pętla szpagatu. Ponieważ pętla

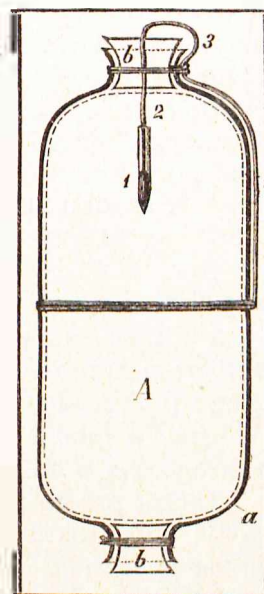


Fig. V.

(β) utrwalona, jak pieczęć, w siarce jest dalszym ciągiem szpagatu, owijającego paczkę, przeto niepodobieństwem jest rozwiązanie paczki bez naruszenia tej pieczęci, to znaczy, że przyrząd ochrania także materiał opatrunkowy od zanieczyszczenia do czasu użycia tegoż. Dzięki swej tanioci i małym rozmiarom może być zastosowany do bardzo małej ilości materiału.

Możnaby ten przyrząd zastosować i do materiału niesterylizowanego, a to w ten sposób, żeby nasamprzód owinąć pergaminem i szpagatem materiał, następnie zanurzyć końce tego szpagatu w rurce z siarką, ogrzać następnie samą tylko rurkę do 120°; dopiero po stopieniu się siarki włożyć rurkę z utrwaloną w niej pętlą do środka materiału opatrunkowego, zatkać korkami z waty i korki przewiązywać; z tym jednakże zabiegiem w życiu codziennym niema co liczyć się, bo wykonanie jego dla jednej paczki zajęłoby więcej czasu, niż wysterylizowanie całej masy paczek po uprzednim zaopatrzeniu każdej w rurkę z siarką niestopioną.

Podczas demonstracji przyrządu mojego na zjeździe w Krakowie, jeden z wybitnych chirurgów naszych zrobił zarzut następujący: ponieważ siarka jednakowo topi się i w suchem powietrzu i w parze wodnej, przeto można otrzymać stop jej w rurce nie tylko w sterylizatorze, ale tak samo i w suszarce i na zwyczajnej płycie żelaznej. Chcąc przekonać się o słuszności tego zarzutu, przerobiłem doświadczenia ze swoim przyrządem w suszarce. Wyniki tych doświadczeń przytoczyłem wyżej, mówiąc o przewodności ciepła przez suche powietrze i materiały opatrunkowe. Powtarzam przeto, że, jeżeli umieścimy w środku 40 grm. waty termometr i włożymy do suszarki, ogrzanej do 80°, w ten sposób, żeby można było obserwować ciepłotę suszarki i termometru, w wacie umieszczonego, to po podniesieniu ciepłoty w suszarce do 150° w ciągu 22 minut, termometr, umieszczony w wacie, wykaże zaledwie 78°, a dopiero po 43 minutach 120°. Jeżeli tyle czasu przy takiej wysokiej ciepłocie potrzeba do ogrzania środka 40 grm. waty do 120° *resp.* do reakcji mojego przyrządu, to ileż czasu trzeba byłoby tracić, aby doprowadzić ciepłotę do 120° w funcie waty, mającym 10 razy większą objętość od waty, wziętej do powyższego doświadczenia?

Zarzut przeto powyższy teoretycznie jest uzasadniony, niema jednak obawy, aby ktokolwiek w praktyce skorzystał z tego, że siarka jednakowo topi się w suchem powietrzu i w parze i chciał zastosować mój przyrząd do sterylizacji suchem powietrzem.

Doświadczenia, wymienione w niniejszym sprawozdaniu, były robione przeważnie w pracowni d-ra L. NENCKIEGO, któremu za żywy udział i wskazówki pozwolę sobie na tem miejscu wyrazić swą prawdziwą wdzięczność, również jak i naczelnemu lekarzowi szpitala św. Ducha d-rowi M. BRUNNEROWI, który mi poddał myśl spróbowania siarki do kontroli sterylizacji i nie szczędził swej czynnej pomocy przy doświadczeniach.

WYKŁADY KLINICZNE

A. HARTZ.

NOWSZE PRACE DOTYCZĄCE NOWOTWORÓW

POWSTAŁYCH Z RESZTEK PRANERCZY—MESO-NEPHROS.

(Sprawozdanie zbiorowe).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 36).

Po drugie: O adenomatach epooforonu i parooforonu [Adenomaty mezonefrytyczne (4)]. Pick opisuje przypadek wytworzenia się bezpośredniego adenomatu w *epooforon*, w którym guz, powstały napewno z pozostałości pranercza, przedstawia makroskopowo i mikroskopowo typ parooforalnych adenomyomatów macicy i ścian jajowodów. Przypadek ten ma być jeszcze brakującym dowodem słuszności teorii v. RECKLINGHAUSEN'a.

U kobiety 46-letniej usunięto macicę wskutek silnych krwotoków oraz bólów, od czasu do czasu się zjawiających. W prawym jajniku znaleziono *in loco ovarii* akurat w tym miejscu, gdzie leży *epooforon*, guz wielkości czereśni, wytłaczający na zewnątrz tylny listek *mesosulpinxis*. Guz składał się z białawej ścięgnistej równej wszędzie grubości kory oraz jasno-brunatnej masy miękkawej w środku. W centralnej miękkiej tkance znaleziono ekscentrycznie leżące, lekko sterzące na przekroju półksiężycowe światło (*lumen*) o gładkiej i błyszczącej powierzchni wewnętrznej. Cała tkanka centralna guza przedstawia się jako błona śluzowa, wyściełająca guz. Lewy jajnik powiększony, wielkości małego jaja kurzego; na powierzchni jego znaleziono torbiel wielkości śliwki. Jajowód zawiera ropę. *Mesosulpinx* zgrubiałe, jak *callus*, i zmarszczone tak znacznie, że jajnik okazuje się, nader zbliżonym do jajowodu. Przekrój w tym samym miejscu, co na prawym jajniku, i tutaj wykazuje osobliwą budowę. Biaława twarda masa zasadnicza i tutaj na przekroju wykazuje chociaż znacznie mniejsze światło kształtu sierpu czyli półksiężyca. I tutaj znaleziono wysłanie jamy czyli tego *lumen* brunatną błoną śluzową analogiczną do prawostronnego jajnika. Po obu więc stronach znaleziono te same cechy, chociaż po lewej mniejszych rozmiarów światło i korę jego.

Drobnowidz ujawnia, że twarda masa zasadnicza składa się z gęstego zwoju gładkich ścięgien mięśniowych bez ścisłego odgraniczenia od sąsiedztwa. Jama na przekroju sierpowatego kształtu na wypukłym dnie swoim wykazuje nagromadzenie tkanki łącznej cytogennej, zawierające liczne przekroje woreczków gruczołów (*Druesenschlauchdurchschnitte*), a na powierzchni pokryte wysokim silnym jednowarstwowym cylindrycznym nabłonkiem o przezroczystym plasma oraz owalnych, leżących w środku komórek jądrach. Tu i owdzie znajdowano nabłonek migawkowy. Powierzchnia wypukłości wysłana również tkanką łączną cytogenną, lecz w cieńszej warstwie. Nabłonek tutaj jest cokolwiek niższy.

Miękka środkowa zawartość guza prawostronnego składa się z tkanki, która co do histologicznej budowy daje uderzająco podobny mikroskopowy obraz, jak *endometritis chronica hyperplastica diffusa*. Limfadenoidalne *stroma* arcybogate w komórki okrągłe unaczynione jest przez sterzące naczynia włosowate oraz naczynia cokolwiek większe i otacza wielką liczbę prostych tubularnych gruczołów o niektórych zatokach oraz rozszerzeniach. Często gruczoły te dzielą się

dichotomicznie lub też wykazują małe torbielowate odsznurowane odnogi. Wszędzie gruczoły wyglądają, jak gruczoły *endometrii*.

Substancja korowa guza składa się z gęstych nieregularnych zwojów ściągów gładkich mięsnych, które na obwodzie peryferycznym według wyglądu makroskopijnego zdają się mieć układ cyrkularny.

Budowa odpowiada zupełnie obrazowi, który naszkicował v. RUCKLINGHAUSEN dla swoich adenomyomatów z kanałami głównymi wydzielającymi oraz rurkami zbiornikowymi.

PICK dalej powiada, że ściśle zlanie się obu guzów z sąsiedztwem dowodzi, że powstały one w tem miejscu, gdzie je znaleziono.

Ponieważ zaś tutaj leżą pozostałości pranerczy, kanaliki przyjajników, więc wyżej opisane guzy symetrycznie ułożone są epoofoforalnymi adenomyomatami. PICK również nie zna żadnej różnicy kardynalnej pomiędzy parofoforalnymi i epoofoforalnymi adenomyomatami. *Pseudoglomeruli* a również pigmentacje i nacieczenia krwiste znajdował on również w guzach epoofoforalnego pochodzenia.

W innej znów pracy PICK (5) badał macicę osób płciowo dojrzałych, wychodząc z tego punktu widzenia: ponieważ R. MEYER na macicach płodów oraz noworodków nie znalazł charakterystycznych i niewątpliwych pozostałości pranerczy, i ponieważ adenomyomaty macicy powstają dopiero w wieku dojrzałości płciowej, powinno być możebnem, badając macice z epoki dojrzałości płciowej, znaleźć owe zabląkania nabłonkowe oraz początkowe stadya rozwoju takich adenomyomatów. Udało mu się na macicy ekstyrpowanej u 45-letniej kobiety wskutek krwotoków i powiększonej przez chroniczne zapalenie lecz niezmienionej co do kształtu zewnętrznego, znaleźć w wewnętrżnych warstwach mięśniowych *dorsi uteri* kilka odosobnionych zabląkanych tworów nabłonkowych, mianowicie głównie w warstwie mięśniowej podłużnej podsurowiczej, a więc w warstwie najwięcej odśrodkowej i od błony śluzowej macicznej najwięcej oddalonej. Nie istniało żadne połączenie pomiędzy błoną śluzową endometrii a owymi rozrostłymi gruczołami, a jednak były to derywaty nabłonka błony śluzowej ciała macicy, jak dowodzi ściśle typowe limfadenoidalne *stroma* otaczające. Czyli inaczej mówiąc, jeśli odosobnione zupełnie, zabląkane gruczołowate lub torbielowate twory nabłonkowe w ścianie macicy posiadają powłokę z niewątpliwej tkanki cytogennej, to kanaliki te nabłonkowe lub też torbielowate twory epithelialne bezwarunkowo są derywatami przewodów MOELLER'a. Tezę tę PICK opiera na następujących danych:

1) Tkanka łączna limfadenoidalna lub retikularna, to znaczy tkanka łączna, składająca się z delikatnej sieci wrzecionowatej o bardzo gęsto usianych drobnych, płaskich, wrzecionowatych lub gwiazdowatych, szczególnie zaś okrągławych komórkach, tworzy fizyologiczne *stroma* błony śluzowej ciała macicy płciowo dojrzałej. Istnieje owe *stroma* tutaj w formie tak typowej i tak zgodnej z ustrojem limfatycznych aparatów ciała ludzkiego, że zupełnie uzasadnia dane swego czasu przez LEOPOLD'a określenie *endometrii corporis uteri*, że jest to gruczoł limfatyczny, szeroką przestrzeń zajmujący, lub też powierzchnia gruczołu limfatycznego.

2) Z drugiej strony tego ustroju tkanki brak absolutny w normalnych pozostałościach ciał i przewodów WOLFF'a. Ani kanaliki przyjajnika, ani *par-oophori* ani też kanaliki narządu GIRALDES'a mężczyzny ani przewody GARTNER'a ani też *vasa deferentia* nigdy nie są otoczone pochewką lub też *stromate* z cytogennej tkanki łącznej.

3) Dopiero gdy kanaliki pranerczy w rodzaju guzów bujnie poliferują, jak w mezonefrytycznych adenomyomatach, jako *stroma tubularum*, powstaje typowa limfadenoidalna tkanka i to nie tylko w mezonefrytycznych adenomyomatach macicy, lecz i w tychże adenomyomatach więzów macicznych obłych, sklepień pochwy lub też przyjajników.

Gdy zaś rozrost kanalików pranerczy pozostaje ograniczonym, niezbyt bujnym, gdy jak w mezonefrytycznych adenomyomatach jajowodów pozostaje niezmienionem uporządkowanie owych kanalików w formie pierwotnej, nigdy nie powstaje *stroma* cytogenne.

Zjawienie się cytogennej *stroma* dla nabłonków mezonefrytycznych nie zależy bynajmniej od ich lokalizacji, lecz tylko od stopnia rozrostu ich, od stopnia wytwarzania się mezonefrytycznego adenomyomatu; skłonność do wytwarzania się cytogennej *stroma* idzie ręką w rękę ze stopniem proliferacji gruczołów.

PICK upatruje w cytogennej tkance łącznej, otaczającej nierozrosłe *tubuli* nabłonkowe lub też torbiele *in mesometrio* jedyne pewne kryterium pochodzenia tych tworów gruczołowatych z błony śluzowej macicznej.

HARTZ uważa zdanie takie PICK'a za bardzo śmiałe i nie zgadza się z niem, ponieważ tkanka łączna cytogenna istnieje fizjologicznie w ustroju macicy, a w normalnych pozostałościach ciał WOLFF'a nie istnieje; zabiłkane do wnętrza ścian macicy resztki nabłonkowe, skoro tylko otoczone są cytogenną tkanką łączną, mają pochodzić nie od pranerczy, lecz z nabłonka macicy czyli z przewodów MUELLER'a. PICK osobiście znalazł tkankę łączną cytogenną w adenomyomacie przyjajnika, inni w adenomyomatach więzów obłych i tylnego sklepienia pochwy. HARTZ znalazł je w cystoadenomacie tylnej ściany brzusznej. OPITZ i v. FRANQUE nawet w adenomyomatach jajowodów.

Wytworzenie się tkanki łącznej cytogennej nie zależy, jak sam PICK powiada, od lokalizacji, zdaniem HARTZ'a, również nie zależy ono od stopnia rozrostu mezonefrytycznych adenomyomatów. Jeśli w przyjajniku przy rozroście jego wytwarza się tkanka łączna cytogenna, po pierwsze powstaje zapytanie, skąd ona się wzięła? v. RECKLINGHAUSEN twierdzi, że tkanka łączna cytogenna powinna być uważana za hyperplezyę zasadniczej substancji *myometrii*, składającej się z tkanki łącznej i naczyń.

MEXER przypuszcza, że tkanka łączna *paroophorii* w myomatycznie zwyrodniałej macicy podlega pewnym zmianom, przy których powstaje większe bogactwo komórek i naczyń.

ORŁOW jest zdania, że tkanka ta odpowiada tkance mięśniowej, znajdującej się w stadium rozwoju.

HARTZ uważa, że w *epoophoron* a również w *paroophoron* istnieją komórki, które posiadają własność proliferacji przy działaniu pewnych drażniących czynników czy ogólnych, czy też miejscowych, oraz wytwarzania tkanki łącznej cytogennej. Najpierw wypadaloby pamiętać tutaj o tkance zarodkowej (*Embryonales Keimgewebe*), komórkach okrągłych (*Rundzellen*), które przy badaniu *epoophorii* lub *paroophorii* bardzo łatwo przeoczyć można lub też nie właściwie tłumaczyć, ponieważ wobec niedostatecznych do dziś dnia przyrządów optycznych, nie jesteśmy w stanie rozpoznać na komórce zarodkowej, co się z niej wytwarza. Wątpliwem wogóle jest dla HARTZ'a, czy komórki okrągłe w cytogennej tkance nie są po prostu niedyferencyowanymi komórkami zarodkowymi, z których wytwarza się nie tylko tkanka łączna, lecz i nabłonek, z którego powstać mogą nowe przewody gruczołowe, a nawet nabłonek powierzchniowy.

Uderzającym wszelako jest, że właśnie narządy, posiadające znaczną odmiennosć nabłonka i liczne gruczoły, jak macica i kiszki, posiadają taką tkankę łączną cytogeną. Można by przypuścić, że regeneracya nabłonka macicznego i gruczołów macicznych powstaje nie tylko z pozostałych resztek nabłonka gruczołów, lecz także z przekształcenia owych niedyferencyowanych dotychczas komórek okrągłych na komórki nabłonkowe, jak też komórki owe przekształcić się mogą na komórki błony doczesnej, a więc podobne do nabłonka.

HARTZ'owi kiedyś pewien anatomo-patolog oświadczył, że jego zdaniem byłoby pożądanem porzucić nazwę tkanki cytogennej, ponieważ nazwa ta wywołuje tylko zagmatwania różne. Jeszcze bardziej nieracyonalna jest nazwa tkanki łącznej cytogennej, ponieważ tkanką łączną nazywamy tkankę zupełnie dyferencyowaną, podścielinową, czem cytogenna tkanka błony śluzowej macicznej stanowczo nie jest. SAENGER uczniom swoim mówił, że błona śluzowa macicy nie jest prostą błoną śluzową, lecz organem, mającym spełniać ważne funkcye. HARTZ uważa tkankę cytogeną za wyższy stopień rozwoju tkanki embryonalnej, gdzie wytworzyła się drobna siatka ścięgien tkanki łącznej, pośród których leżą jeszcze niedyferencyowane komórki okrągłe. Rozwój taki mógł on dobrze obserwować na cystoadenomacie tylnej ściany brzusznej. Na brzegu, gdzie znajdowała się tkanka najmłodszego pochodzenia, składała się ona z samych komórek okrągłych, dopiero dalej ku środkowi widać było gruczoły oraz tkankę łączną drobnościęgnistą. Widocznie owe komórki okrągłe, których od innych odróżnić nie możemy, mają własność specyficzną wytwarzania najróżniejszych tkanek. HARTZ przypomina tutaj zdanie WENDELER'a, że komórki follikulów jajnikowych nie powstają z nabłonka zarodkowego (*Keimepithel*) lub też wogóle z jakiegokolwiek nabłonka, lecz po prostu z embryonalnej tkanki łącznej ciał WOLFF'a.

HARTZ jest zdania, że komórki zarodkowe, z których powstaje później tkanka łączna cytogenna, w pozostałościach epoooforonu i parooforonu już istnieją i że w zależności od tego, czy przy zabłąkaniu się komórek gruczołowycli z okresu życia zarodkowego zabłąkają się także takie zarodki tkanki cytogennej lub nie w później wytwarzających się guzach, masy gruczołowate otoczone są tkanką cytogeną lub też nie.

Istniałaby wszelako jeszcze inna możliwość. Jeśli zabłąkanie się ma miejsce w bardzo wczesnym okresie życia płodowego, gdzie dyferencyacya komórek jest jeszcze bardzo mało rozwinięta, wypada tylko przypuścić zabłąkanie się tak mało dyferencyowanych komórek okrągłych, aby przy późniejszej proliferacyi wytworzyły się gruczoły i tkanka cytogenna. Gdy zaś zabłąkanie się ma miejsce w okresie późniejszym po nastąpieniu dyferencyacyi komórek, mogą zabłąkać się albo tylko komórki gruczołowe, albo też wraz z niemi i komórki okrągłe; zależnie od tego przy późnijszem wytwarzaniu się guzów wyloty gruczołów będą otoczone tkanką cytogeną lub nie. HARTZ sam przyznaje, że przypuszczenia te jego są czysto hipotetycznej natury, lecz w nauce nie sposób obejść się bez hipotez.

Przypuszczano dotychczas, że w adenomatach jajowodów nie istnieje tkanka cytogenna, lecz obecnie już OPRITZ i v. FRANQUE skonstruowali obecność jej w adenomyomatach jajowodów. Tak samo jak nie wolno przy gruczołowatych zabłąkaniach *in myometrio*, gdzie nie ma tkanki cytogennej, stanowczo wyłączyć pochodzenia ich od błony śluzowej macicznej, tak samo wolno powątpiewać o tem, czy gruczołowate twory *in myometrio*, posiadające tkankę cytogeną, pochodzić muszą od błony śluzowej macicznej.

WILMS (2) w opisie guzów mieszanych nerki wypowiedział przekonanie swoje, że wszelkie nowotwory, opisywane w dawniejszem piśmiennictwie pod różne-

mi nazwami: *Carcinoma*, *Sarcoma*, *Adenoma*, *Adenosarcoma*, *Myosarcoma*, *Angiosarcoma*, *Myxosarcoma*, *Chondrosarcoma*, *Rhabdomyoma*, *Rhabdomyosarcoma*, zależnie od tego, jaki rodzaj tkanki w nowotworze przeważał, należą wszystkie do jednej wspólnej i tej samej klasy, że wszystkie powstają z tkanki zarodkowej, której oko nasze nie jest w stanie rozróżnić (*Undifferencirbares Keimgewebe*). Można wyobrazić sobie, że przy zablakaniu zarodków jedne albo drugie przeważają, albo, że jednych albo drugich wcale nie ma; zależnie od tego przy późniejszym wytwarzaniu się nowotworów powstają różne warianty czyli odmiany. Można nawet przypuścić, że przeważający rozwój jednych zarodków na niekorzyść innych zależy od bodźców, które wogóle wywołują wytwarzanie się nowotworu, tak samo jak niektórzy tłumaczą powstanie naprzykład różnych odmian endometrytu bądź glandularnego, bądź interstycjalnego, gdzie jedna część tkanek w rozwoju ma przewagę nad drugą.

Dla czego mianowicie jedna tkanka podlega rozrostowi, a druga nie, tego nie wiemy, lecz wiemy, że np. w endometrytach wskutek procesu zastoinowego powstaje przeważnie *endometritis glandularis*, a przy infekcyach głównie *endometritis interstitialis*. *Endometritis diffusa* mogłaby polegać na równoczesnem działaniu obu przyczyn.

(C. d. n.).

III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej.

D-r PODHAJSKY (Ołomuniec) w statystycznym swym odczycie, zatytułowanym „Umyślne uszkodzenia w c. k. wojsku za ostatnie lat 25“ dał dużo ciekawych danych, z wyjaśnieniami niektórych faktów samobójstw, okaleczeń, zamachów samobójczych. Mniej więcej co rok wypada jedno samobójstwo i zamach samobójczy na 675 żołnierzy, jedno zaś okaleczenie na 4262. Najwięcej umyślnych okaleczeń było w 1889 r., najmniej w 1895 r. Samobójstw i zamachów samobójczych było najwięcej w 1889 r., a najmniej w 1895 r. Przyczyną najczęściej bywa niechęć do służby (30,65%), następnie obawa kary (28,5%). Ze wszystkich zbadanych przyczyn 75,4% zostaje w związku ze służbą wojskową. Najczęściej się zdarzają wypadki w październiku i listopadzie (początek służby nowozaciężnych), niezwykle zaś opada ich liczba w czerwcu, gdy myśl rychłego powrotu do domu pociesza żołnierzy. Najwięcej skaleczeń zdarza się u kawalerzystów, piechota, zajmująca w tym względzie miejsce drugie, liczy o połowę mniej wypadków. W północnej Przedlitawii — Czechach, Morawach, Szlązku, Galicyi i Bukowinie — procent umyślnych okaleczeń jest większy w stosunku do procentu mieszkańców, w południowej zaś części — w Chorwacyi i Sławonii — mniejszy; w Tyrolu nawet 6 razy mniejszy. To samo również da się powiedzieć o samobójstwach, zamachach samobójczych. Największy zaś procent samobójstw przypada bezwzględnie na Galicyę, później na Bukowinę, najpomyślniej przedstawia się statystyka Chorwacyi, Sławonii, południowej części Przedlitawii i alpejskich prowincyi. W końcu swego referatu konstatuje prelegent ten pocieszający fakt, że od 1895 r. umyślnych kalectw i zabójstw w wojsku ubywa.

Profesor anatomii patologicznej d-r J. HLAVA, prezes III Zjazdu, wystąpił z trzema pracami: W pierwszej daje nam swe poglądy na „*adenia maligna*“. Pod

tą nazwą rozumie prelegent progresywne powiększanie się limfadenoidnej tkanki w gruczołach i w narządach, które nie należą do grup zapalnych, specyficznych lub regeneracyjnych limfomatów; należy więc tutaj *lymph. malign.*, *myeloma*, *mycosis fungoides*, *chloroma* również i przypadki, oznaczane mianem *lymphosarcoma* narządów, *pseudoleukemia* lub *splenomegalia* BANTI'ego. Na podstawie badań histologicznych prof. HL. przychodzi do przekonania, że *aden. mal.* polega na przeroście limfadenoidnej tkanki mięszu stromatu, a mianowicie po większej części przeważa hyperplazja wielkokomórkowa, hyperplazja limfocyt. nie zdarza się tak często (przynajmniej w przypadkach prelegenta, których było 42 na 15200 sekcji). Wbrew mniemaniu RIBBERT'a, LUBARSCII'a, PALTAF''a, ZIEGLER'a prof. HLAVA twierdzi, że *aden. mal.* jest chorobą zakaźną, bądź krwi, bądź krwiotwórczego aparatu, przemawia za zakaźnością nie tylko przebieg kliniczny (*typhus recur. chronicus* ERSTEIN'a), lecz i doświadczenie o endemicznem zjawianiu się *lymph. malign.*, który polega zaiste nie na działaniu wdychanego kurzu, zawierającego arsenik, lub samego kurzu, lecz mając na względzie postępujący charakter choroby, musi mieć podstawę w czynniku zakaźnym. W dyskusji zabierał głos d-r KUCERA (Kuczera) ze Lwowa. Drugi raz mówił prof. H. o angiomyksosarkomocie wrodzonym u martwo urodzonego dziecka, godnym uwagi z powodu swej wielkości (5 cm. wys. 9 cm. szer. u podstawy) i pochodzenia, które odnieść należy do życia wewnątrzmacicznego. Matka nic podobnego nie ma. Wreszcie w trzeciej pracy podał pr. H. „Odkrycia mykologiczne w szkarlatynie i odrze“. I. Szkarlatyna. Materiał składa się z 7 sekcyjnych przypadków i 8 żywych. Z trupów zbadano krew, śledzionę, zawartość tchawicy, krtani, migdałów, jamę nosową, mocz; u żyjących zbadana została krew, czasem nalot z migdałków i mocz, zawartość nosa i łuski. W czasie szkarlatyny zjawiają się streptokoki, czego prelegent już przedtem dowiódł wraz z BAGIŃSKI'm i KLEIN'em. Streptokoki ci ostatni uważają jako przyczynę choroby, HLAVA myśli, że trudno tego dowieść. Przeciw temu świadczą komplikacje w szkarlatynie, jak *polyarthritis*, *nephritis embolica*. Obok streptokoków znalazł HLAVA w powierzchniowych nekrotycznych warstwach migdałków długie włókienka o charakterze pleśni, które nie były zjawiskiem stałym. Ze śluzu, wziętego z nosa i czasami z migdałków wyrosły w 6 przypadkach sacharomycety (należące do rzędu *sachar. albicans*). Prof. HLAVA jest przekonany, że drobnoustroje owe mają drugorzędne znaczenie. Nie potwierdza prelegent i tego, aby we krwi znajdowały się twory sporozoarne. W jednym przypadku widział tylko w moczu ziarenka komórkowej formy, o których zapewnia, że nie były ani leukocytami, ani grupkami nabłonka. II. Odra. Badał 8 przypadków zmarłych; u 11 żyjących przypadków zbadał krew, zawartość nosa i łącznicy. W dwóch przypadkach śmierć nastąpiła skutkiem *pneum. morb.* Inne 3 przypadki zmarły na streptokokemię. W tych znalazł prof. H. w zawartości nosa i łącznicy sacharomycety (podobne do *s. albicans*). W ostatnim przypadku wyhodował i znalazł nie tylko streptokoki w krwi i śledzionie, lecz z tych ostatnich i zawartości nosa wyrosły sacharomycety (*s. albicans?*) z płuc zaś (*pneumonia*) *b. pyocyaneus*. Krew u żywych (7 badań) zawierała 3 razy streptokoki. Wydzielina nosa (u 7 : 4 wraz z kwią, 3 tylko wydzielina nosa i łącznicy) zawierała sacharomycety i streptokoki. I w odrze więc uważa bakteryi i pleśni jest zjawiskiem drugorzędnem. Z tego prelegent wnioskuje, że jak bakteryjnie, tak i blastomykotyczne zarażenie następuje zwłaszcza w odrze, jak w tyfusie plamistym, lecz zdaje mu się, że obydwa te zarażenia są drugorzędnem zjawiskiem.

Prof. R. KIMLA „O niektórych utajonych hypoplazjach wrodzonych“. Zwyrodnienie torbielowe według zapatrywań autora powstaje skutkiem rozpadania

się z przyczyn dotąd nieznanych odpowiedniej treści epitelialnej przyszłego organu gruczołowatego na mnóstwo segmentów, które i nadal zostają hypoplastycznymi w tem znaczeniu, że rozwijają się nie jako zdolny do działania narząd, lecz w charakterze prostych torbieli. Następnie prof. K. analizuje wszystkie dotąd ogłoszone teorie o przyczynie powstania tej choroby i wykazuje braki w nich. Jako uzupełnienie swych dotychczasowych badań o zwyrodnieniu torbielowem podaje najnowsze rezultaty obserwacji nad kilkoma przypadkami wrodzonego torbielowego zwyrodnienia jajnika. W części drugiej traktuje o bronchektazjach, gdzie na podstawie danych klinicznych, anatomicznych i histologicznych stara się stworzyć zupełny przegląd wrodzonych bronchektazji. Dowodzi, że do wrodzonych bronchektazji zaliczyć należy nie tylko przypadki zarodków i nowonarodzonych, lecz i określone formy u dorosłych, przedewszystkiem zaś t. zw. *cirrrosis* płuc z bronchektazjami cylindryczno-workowatemi. W hydronefrozie workowatej wrodzonej autor widzi analogię wrodzonych bronchektazji. Do trzeciej grupy utajonych hypoplazji prelegent zalicza wrodzone sklerozy narządów, uważane dotąd jako następstwa zapaleń fetalnych. Następnie autor mówi o *sclerosis pancreatis*, białem zapaleniu płuc, *hepatitis pericellularis* o utajonej hypoplazji błony śluzowej żołądka i kiszek u dzieci, dotkniętych przymiotem. W uzupełnieniu swej pracy pr. KIMJA mówi o swych poglądach na wodogłowie i hydromyelię wrodzoną, które również uważa za stan hypoplastyczny, przyczem moment podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego uważa za niedowiedziony i przyznaje mu znaczenie drugorzędne. Autor kończy odczyt krytyką nauki o fetalnych sklerozach zapalnych zastawki serca i nauki o zapaleniach fetalnych wogóle.

Docent d-r J. HONL „Bakteryologiczne rozpoznawanie i rokowanie w gruźlicy”. Wspomniawszy o niepewności innych sposobów rozpoznawczych poczynającej się gruźlicy, prelegent podaje ułatwienie tego rozpoznania drogą bakteriologiczną, a mianowicie: 1) przy pomocy odszukania bakterji KOCH'a; 2) za pomocą odczynu tuberkuliny i 3) próby aglutynacyjnej według metody ARLIING'a i COURMONT'a. Występuje ostro przeciw szablonowemu robieniu rozpoznań i z naciskiem podnosi konieczność powtarzania prób w przypadkach, gdzie wynik był ujemny. Co się tyczy punktu pierwszego, doc. H. twierdzi, że nasamprzód trzeba wiedzieć, gdzie się w płucach usadawia prątek gruźlicy. Za BRUCH-HIRSCHFELD'em dowodzi, że miejscem tem są oskrzela 2—5 stopnia, a nie końcowe rozgałęzienia. Mówca sam demonstruje podobny przypadek. Opisawszy krótko badanie plwociny, metodę sedymentacji (BIEDERT, DAMEN), trawienie za pomocą pankreatyny i t. d., zwraca się doc. H. do prątków gruźlicy rzekomej, przytacza następnie wyniki własnych badań nad prątkami, barwiącymi się podobnie jak i prątki KOCH'a, podaje dalej własne spostrzeżenia, według których niektóre części składowe nitkowych bakterji (*clavotrix asteroides*, *farcin du boeuf*) dają tak samo barwiący się odczyn, i stara się wytłomaczyć to zjawisko. Podobnie zachowuje się prątek nitkowaty, znaleziony przez autora w gruźlicy u gołębi. Po drugie, co do stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych, sądzi doc. H., iż nadaje się ona tylko do niektórych przypadków, nie ma przekonania do zastosowywania tej metody u dzieci. Wreszcie po trzecie zjawisko aglutynacji jest cennym przyczynkiem do rozpoznania ukrytych spraw gruźliczych. Sprzeczne wyniki rozmaitych autorów, tyczące się tej metody, można wytłomaczyć na podstawie różnych sposobów w przyrządzaniu t. zw. jednorodnych (*homogen*) hodowli. Według BENNING'a można się posługiwać jednostajną zawiesiną zabitych bakterji. Co do rokowania, to kilkorazowe badanie plwociny, wejrzenie i ilość prątk-

ków znalezionych, dalej aglutynacja, uprawniają do pewniejszych wniosków, aniżeli inne metody, t. np. próba dyazowa w moczu.

Wymienić jeszcze należy zgłoszony odczyt prof. GLUZIŃSKIEGO ze Lwowa: „Kilka uwag w sprawie wczesnego rozpoznania raka żołądka“ i fragment d-ra KLIZIĆA (Czarnogórze) o „Mukor-Mykozach“.

Sekcja chirurgiczna.

Przed sprawozdaniem z posiedzeń sekcji chirurgicznej podam w krótkim zarysie historję rozwoju chirurgii czeskiej wogóle. Rozwój jej podzielić można na cztery doby, których wybitniejszymi momentami było założenie *Casopisu lékařů českých* w 1862 r., otwarcie uniwersytetu w 1882 roku i mianowanie d-ra MAYDLA rzeczywistym profesorem. Pierwszy okres od 1848 do 1862 r. nazwałby można czasem przejściowym, przygotowawczym do rozwoju właściwej chirurgii czeskiej. Reformatorem chirurgii czeskiej był d-r FRITZ (ur. w 1778 r. zm. 1841 r.), który obudził zajęcie i uznanie dla tej nowej gałęzi medycyny. Następcą jego jest d-r PIRHA, zdolny lekarz pochodzenia czeskiego, który jednak uległ ówczesnemu prądowi i zniemczył się zupełnie. PIRHA był profesorem uniwersytetu niemieckiego w Pradze, a następnie w Wiedniu. Za jego staraniem powiększono klinikę chirurgiczną w Pradze, gdzie wprowadził przy operacjach nowy na ten czas wynalazek narkozy eterowej i chloroformowej. Zakres operacji był szczupły, naturalnie, ograniczał się bowiem do zwykłych amputacji, herniotomii, nekrotomii, ale każdą czynność wykonywano sumiennie. PIRHA zwracał uwagę na stronę anatomo-patologiczną, każdy objaw porównywał *in vivo* i *in mortuo*. Jako dobry operator pobudził on ogół do zajęcia się chirurgią, co wpłynęło na zakładanie prywatnych sal operacyjnych i szpitali na prowincyi.

Dalej wielki wpływ na teoretyczną i praktyczną chirurgię wywarli prof. Jan SPOTT, który pierwszy wykładał po czesku ortopedję, d-r F. MATEJOVSKY, d-r A. HERRMANN i prof. BLAZINA; ten ostatni wychował pierwszych czeskich medycznych literatów i badaczyw chirurgii.

Drugi okres rozpoczął się od założenia „*Casopisu lékařů českých*“ i Stowarzyszenia czeskich lekarzy, faktu nader ważnego w dziejach medycyny czeskiej. W piśmie tem dział chirurgiczny opracowywali początkowo MATEJOVSKY, SPOTT, potem WEISS, ALBERT i wielu innych. Również ważnym momentem było pierwsze wydawnictwo, podjęte przez prof. EISELTA, dzieł medycznych w języku czeskim - mianowicie patologii i terapii w 1879 r.

Nie bez wybitniejszego znaczenia przeszedł I zjazd przyrodników i lekarzy czeskich w Pradze w 1880 r. Chirurgów reprezentował na nim d-r ALBERT i uczeń jego d-r LEVIT. W drugim tym okresie dziejów chirurgii występuje cały szereg zdolnych operatorów, między którymi wyróżniał się STREJCEK, MICHL. Dział prac piśmiennych z dziedziny chirurgii przedstawia się okazałe, a pod koniec tej doby coraz mniej artykułów, opisujących tylko przypadki, coraz zaś więcej głębszych naukowych prac.

W 1883 r. otwarty został fakultet medyczny czeski w uniwersytecie Praskim, co naturalnie stanowi przełom w rozwoju chirurgii. Wykład inauguracyjny z chirurgii miał prof. WEISS, słynny później operator czeski i długoletni profesor. Położył on ogromne zasługi jako nauczyciel, wykładając z zapalem swój przedmiot i przygotowując całe szeregi zdolnych lekarzy, jako operator szczególnie zawsze, choć bardzo hazardowny; jako uczoney, wzbogacając literaturę medyczną wieloma pracami, wreszcie jako dobry obywatel-patriota. Prócz licznych i bardzo cennych artykułów w „*Casopisie lékařů českých*“ i pismach niemiec-

kich, ważne jest jego opracowanie nowej terminologii lekarskiej czeskiej. Z większych dzieł WEISS'a wyróżnić należy „Dzieje chirurgii w Czechach“. Nie-małe znaczenie miała jego nowa metoda przy *amputatio penis*, ogłoszona w r. 1872 w Wiener medic. Wochen. i przyjęta powszechnie. Kiedy przy końcu lat ośm-dziesiątych nastąpił przewrót w chirurgii przez wprowadzenie kierunku doświadczalnego, któremu przyszła z pomocą bakteriologia i chemia, WEISS wystąpił przeciw nowym tym prądom, pozostając wiernym uczniem BŁAZINY, ceniącym głównie w chirurgii stronę techniczną i kładącym nacisk na znajomość anatomii topograficznej. Konserwatyzm WEISS'a wpłynął naturalnie na jego uczniów i ujemnie oddziaływał na rozwój kliniki chirurgicznej w Pradze.

Pierwszym asystentem przy katedrze chirurgii był d-r MICHL, zdolny lekarz i autor wielu prac.

Czwarty okres datuje się od chwili, w której chirurgia po ostatnich latach snu letargicznego, wywołanego konserwatyzmem WEISSA — rozbudziła się do życia pod wpływem dzisiejszego profesora chirurgii d-ra MAYDL'a, ucznia znakomitego ALBERT'a z Wiednia. Prof. ALBERT zarówno przez swe prace naukowe, nowe sposoby operacji tak jest znany powszechnie, że rozpisywać się o nim byłoby rzeczą zbyteczną. Uczony operator ten, który jednocześnie był literatem, wcale nie przeciętnym poetą — wpłynął na rozwój chirurgii czeskiej pośrednio tylko swemi publikacjami w języku czeskim. Bezpośredni jednak przewrót w niej zawdzięczać należy prof. MAYDL'owi. On to urządził salę operacyjną według najświeższych wymagań, wprowadził przy operacjach najnowsze metody, a w wykładach swych przekonywał słuchaczy o skuteczności wszelkich tych zmian, stale dotąd odrzucanych przez konserwatystów. D-r MAYDL pracuje również gorliwie na polu teoretycznym, a z dzieł jego najwybitniejsze są: Dya-gnostyka *abscessus subfren.*, wyczerpująca praca o przepuklinach; rzecz o *echinococcus* płucny, jejunostomii, raku odbytnicy. Modyfikacja kolotomii podana przez MAYDL'a została przyjęta powszechnie. MAYDL pierwszy w 1882 r. wykonał rezekcję kręgosłupa wogóle i przy złamaniach w szczególności.

Obecnie klinika chirurgiczna w Pradze nie ustępuje innym wzorowym klinikom i posiada szereg młodych zdolnych operatorów, jakimi są poza prof. MAYDL'em, prof. KUKULA, doc. JEDLIČKA, d-r HONZAK.

Do sekcji chirurgicznej, obejmującej chirurgię ogólną i szczegółową, aku-szeryę, ginekologię, choroby oczu, uszu, laryngologię, dermatologię i syfilidologię, zgłoszono 66 odczytów. W zastępstwie chorego przewodniczącego sekcji pr. MAYDLA otworzył posiedzenie wiceprezes prof. DEYL, zaprosiwszy do honorowego prezydium z polaków d-rów DOBRUCKIEGO z Lublina, KRYŃSKIEGO z Krakowa, KURTZA z Warszawy i TALKĘ z Lublina.

Prace, wygłoszone w sekcji tej, podzielić można na dwie grupy: pierwsza zawiera nowe spostrzeżenia i metody, druga — prace, w których podano badania i opracowanie obfitego materiału klinicznego, z jakiego sądzić można o terapeutycznych rezultatach poszczególnych szkół. Bogaty materiał obrobiony jest krytycznie ze ścisłym przestrzeganiem statystyki. Nowe poglądy, a nawet teorie nowe rozwijają w swych odczytach: d-r SCHÖBL, prof. chorób ocznych, prof. akuszeryi i ginekologii PAWLIK, prof. chorób ocznych DEYL i doc. JEDLIČKA (Jedliczka).

Najpierw podaję streszczenie odczytów najbliżej nas obchodzących, bo polskich, a więc d-ra DOBRUCKIEGO z Lublina, który w „przyczynku do kazuistyki cięcia tonowego“ przytacza następujący przypadek: Estera H. 22 lat licząca, przybyła do szpitala 12 maja z bólami porodowymi. Chora była małego

wzrostu, słabej budowy, z wyraźnymi śladami krzywicy. Położenie pierwsze potyliczne, główka umocowana w wejściu, usta maciczne zupełnie otwarte, szew strzałkowy przebiega poprzecznie bliżej kości krzyżowej, duże ciemiączko wyczuwa się z prawej strony, małe przedgłowie, z pochwy wydzielina szarawa mocno cuchnąca. Ciężota 37,8^o. Bóle słabe, krótkotrwałe. Tętno płodu wysłuchuje się ze strony lewej, zupełnie prawidłowe. Wymiary miednicy DS 25, DC 26, DT 29, CE 17,5, CD 9, CV 7 ctm. 12 maja w uśpieniu chloroformowym wykonano symfizeotomię. Ze szczegółów operacyjnych przytacza d-r D. tylko, że z obawy krwawienia z ciał jamistych lechtaczki nie przeciął *lig. arcuum inferius*. Po przecięciu spojenia, kości rozeszły się na jeden ctm., dalszy poród chciał autor pozostawić siłom natury, lecz zmiany w tętnie płodu zmusiły go do przyspieszenia porodu, t. j. do założenia kleszczy. Przy pierwszych kilku trakcyach końce spojenia zaczęły się oddalać i przy rozejściu się na 3 ctm. wystąpiło niezbyt obfite krwawienie z dolnego końca rany (pęknięcie *lig. arc. infer.*). Przy dalszych trakcyach, pomimo elastycznej opaski naokoło miednicy i ucisku na krętarze, z obu stron nastąpiło rozejście się na 6 ctm., czemu towarzyszył trzask w okolicy lewego *art. sacro-iliaca*, pęknięcie *lig. sacro-il. ant.* Po wyjściu dziecka obfity mocno cuchnący wypływ z gazami (*phylogmetra*); duże krwawienie zmusiło do natychmiastowej ekstrakcji placenty, której wycisnąć się nie dało. Dziecko, urodzone w asfiksji docuczone zostało. W dalszym przebiegu zaznacza mocny ból w okolicy *art. sacro-il.* i podniesienie ciężoty nawet do 39^o, co trwało tylko 5 dni, którego to dnia pokazał się mocz (przetoka pęcherzowa). Przetoka trwała do 20 dni. W 10 dni po operacji chora pomimo surowego zakazu stawała o własnych siłach przy łóżku. Po 4 tygodniach z zupełnie zagojoną raną chora wyszła ze szpitala, nie odczuwając żadnych trudności przy chodzeniu. W spojeniu nie wyczuwa się ruchomości. Dziecko po upływie 24 godzin zmarło bez widocznej przyczyny. Chorej przed wypisaniem się powiedziano, aby na wypadek ponownej ciąży zgłosiła się w 8 miesiącu dla wywołania przedwczesnego porodu. Tymczasem chora przybyła powtórnie do szpitala 10 listopada 1894 r. znów z bólami porodowymi. Przy badaniu II położenia potyliczne, ujęcie na 3 palce, pęcherz stoi, stan ogólny dobry. 11 listopada pęcherz pękł, a w 4 godz. potem, nie widząc żadnego postępowania porodu, przy zupełnie otwartym ujęciu i główce fiksow. w wejściu przystąpił do symfizeotomii. Zaznacza d-r D. że blizna spojenia musiała być przecięta z wolnej ręki, przeprowadzenie palca przez spojenie z powodu mocnych zrostów było niemożliwe. Po przecięciu blizny, rozejście się spojenia na 3 ctm., żadnego krwawienia, bardzo łatwe nałożenie kleszczy. Dziecko donoszone, zdrowe, łóżysko odeszło w tej chwili. W przebiegu poporodowym zaznacza podwyższenie temperatury nawet do 40^o w ciągu 2 tygodni bez widocznej przyczyny. W 4 tygodnie po operacji chora wypisała się, czując się zupełnie dobrze. Przed paru miesiącami spotkał się prelegent z chorą. Opowiadała ona, że w 2 lata po II symfizeotomii urodziła dziecko siłami natury bardzo lekko; dziecko nadzwyczaj małe. Dziecko ma obecnie lat 5, chowa się dobrze, choć jest zawsze małe. Później Estera przeżyła jeszcze 2 porody w 1898 i 1900 zupełnie identyczne, położenie nóżkowe, przy nadzwyczaj trudnym wydobyciu główki; w obu razach nastąpiła śmierć dziecka. Obecnie czuje się doskonale, żadnych bólów nie doznaje, chodzi wybornie, chociaż zrost spojenia z rozejściem się na 1 ctm. Ruchomość spojenia przy chodzeniu bardzo wyraźna.

W dyskusyi prof. ginek. i akusz. d-r RUBESKA (Rubeszka) przytacza ze swej praktyki również 1 przypadek powtórnej symfizeotomii, mówi dalej o 2 następujących po symfizeotomii normalnych, żywych urodzeniach siłami natury. Symfi-

zeotomii u pierwiastek prof. R. nie robi, przystępuje raczej do przedziurawienia, rezerwując sobie na przyszłość przedwczesny sztuczny poród; w razie zaś pomyślnych okoliczności stosuje symfizeotomię u wieloródek, gdyż przy symfizeotomii u pierwiastek zdarzają się duże poranienia miękkich dróg moczowych i rodnych, które czynią operację bardzo niebezpieczną. Wracając do przypadku, opisanego przez d-ra D., prof. R. sądzi, że lepiej byłoby wykonać perforację przy pierwszym porodzie, ponieważ płód był w asfiksji i zawartość macicy była w rozkładzie, co zwiększało niebezpieczeństwo zakażenia rany.

D-r Talko z Lublina demonstrował aparat doc. NIEZNAMOWA z Chańkowa (patrz opis wynalazcy o tym aparacie w 1 numerze r. b. „Oftalmolog. wiestnika“).

Przemysław Rudzki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Przypadek mocznicy po uderzeniu w głowę opisuje CRAIG 42 letnia chora, uderzywszy głową o ziemię, straciła przytomność; znaleziono w moczu dużo białka oraz wateczki szkliste. Nazajutrz wystąpiło zupełne zatrzymanie moczu, nierówność źrenic, a po 4 dniach śmierć. Nerki były w stanie znacznie rozwiniętej marskości. Za życia nie było nigdy objawów tej choroby; również nie było żadnych zmian w sercu. (D. M. Zg. 23 — 1901).

— HALL przytacza ciekawy przypadek zapalenia skóry zawodowego u robotnicy fabrycznej, która miała dużo do czynienia z wapnem. Wkrótce na obu rękach i twarzy rozwinęła się pryszczycza ostra, opierająca się wszelkiemu leczeniu i uleczona dopiero po opuszczeniu przez robotnicę swego zajęcia. Gdy jednakże powtórnie do fabryki wstąpiła, pryszczycza wróciła. (D. M. Zg. 23 — 1901).

P

Wiadomości bieżące.

— Ze względu na doniosłość sprawy podajemy w dosłownem brzmieniu wniosek wydziału higieny wychowawczej w sprawie lekarzy szkolnych. „W każdej szkole powinien być lekarz szkolny. Jest on obowiązany nie tyle zajmować się leczeniem chorych uczniów i ciała pedagogicznego, ile mieć czynny nadzór higieniczny nad całą szkołą, jako budynkiem, i nad jej uczniami. Dalej — lekarz obowiązany jest prowadzić przynajmniej 2 razy w ciągu roku badania nad wydajnością poszczególnych uczniów pod względem umysłowym i fizycznym, a opinię swoją co do zdrowia uczniów komunikować ich rodzicom, żądając odpowiednich zabiegów w celu usunięcia wad dostrzeżonych. Powinien on być stałym członkiem rady pedagogicznej, posiadającym w niej głos na

równi z innymi członkami, przyczem opinia jego winna być miarodajna przy ocenie odpowiedzialności pojedynczych uczniów wogóle lub w poszczególnych kierunkach. Motywy:

1) Przy obecnym stanie rzeczy, istniejącym zarówno przy rządowych, jak i w prywatnych zakładach naukowych, lekarz nie odpowiada właściwie pojętym zadaniom lekarza szkolnego, na czem cierpi zdrowotność młodzieży. Wprawdzie art. 1529 i 1750-y tomu XI-go zbioru praw określa w zarysie, że, prócz troski o zdrowie personelu szkoły, zadaniem lekarza jest dopilnowanie, a) żeby do szkoły nie wstępowała wychowanka, dotknięci kalectwem lub chorobą, nie kwalifikująca ich do publicznego zakładu; dalej b) żeby w pomieszczeniu zakładu i w podziale czasu na zajęcia możliwie

zachować warunki higieniczne, wreszcie c) lekarz ma dawać baczenie na prawidłową gimnastykę wychowanców. Uwagi swe ma on komunikować dyrekcji i radzie pedagogicznej, w celu powzięcia uchwały i zaprotokółowania. Dalej uwaga do art. 1533 i 1754 zaznacza, iż przewodniczący rady pedag., podług swego uznania, zaprasza na posiedzenia rady lekarza, który wówczas ma prawo głosu na równi z innymi jej członkami. Pomimo to, obecnie dzieje się tak, że lekarz szkolny, nie mając szczegółowo określonej swej działalności, zajmuje się tylko udzielaniem pomocy lekarskiej pewnej części chorych uczniów, lub wydawaniem, resp. potwierdzaniem ich świadectw. Tymczasem szkoła, już jako budynek i pomieszczenie wraz z jego urządzeniem dla znacznej ilości młodzieży, może zawierać wiele szkodliwych dla zdrowia czynników, — stałych lub czasowych. Otóż lekarz obowiązany jest nieustannie kontrolować i mieć inicjatywę w każdorazowym usuwaniu ujawnionych przezeń szkodliwości. Jest on obowiązany nie tylko walczyć z ewentualnym zawleczeniem choroby zakaźnej do szkoły, lecz i stale tępić z pośród uczniów nawyknięcia, szkodliwe dla nich lub ich towarzyszy (brud, plucie na podłogę, onanizm etc.), oraz zapobiegać rozwojowi t. z. chorób szkolnych (krzywe siedzenie, anemia, neurastenia, krótkowzroczność etc.).

2) Wobec wznoszących trudności w stopniowym rozwoju i prawidłowym urządzaniu szkolnictwa, coraz większą okazuje się potrzeba badań naukowych, mających wyświetlać potrzebę tych lub owych reform szkolnych, opartych na materyale faktycznym, wyświetlającym poszczególne szkodliwości życia szkoły współczesnej. Szkodliwości szkolne, jak i szkodliwości życia po za szkołą, ulegają wahaniom zależnie od wahań ogólnych prądów życia w różnych warstwach społeczeństwa, a o waniach tych ciało pedagogiczne, ew. prawodawcze, winno być informowane; przeto badania te należy prowadzić stale, a ich wyniki systematycznie ogłaszać.

3) Prowadząc tak określone badania, lekarz będzie znał gruntownie indywidualność każdego ucznia pod względem sprawności fizycznej i umysłowej. W ten sposób stanie się on niezastąpionym doradcą pedagogów, chroniącym ich od popełnienia mimowolnych niesprawiedliwości, tembardziej, iż sami uczniowie w stosunku do lekarza mogą być szersi, niż w stosunku do nauczycieli, których, jako przełożonych, często niesłusznie się boją.

4) Ażeby być czynnym i skutecznym doradcą nauczycieli, lekarz powinien być stałym członkiem czynnym rady pedagogicznej, mającym głos na równi z innymi członkami tejże. Rzecz prosta, że głos lekarza, stającego przed radą z taką sumą wiadomości o każdym uczniu, będzie musiał być brany poważnie pod uwagę przy wydawaniu sądów o postępowaniu uczniów, a następnie przy stosowaniu nagród i kar. Ten sam lekarz, znając sprawność psychofizyczną ucznia, zwróci niejednokrotnie uwagę członkom rady pedagogicznej na wyjątkowe trudności w zdobywaniu pewnej gałęzi wiedzy przez danego ucznia albo wogóle na te lub owe niedobory w jego organizacji, przez co wywoła szczególną pieczołowitość pedagogów nad słabszymi stronami rzeczzonego ucznia⁴.

— Członkowie założyciele Towarzystwa lekarskiego w Częstochowie zawiadamiają naszą Redakcję, że w dniu 14 września r. b. odbędzie się pierwsze uroczyste posiedzenie tegoż Towarzystwa w sali resursy miejskiej o godzinie 5½ p.p.

— Otrzymaliśmy prospekt nowego czasopisma p. t. „Przegląd felczerski“, pismo dla felczerów i akuserek. Czasopismo to ma wychodzić od 1 października jako dwutygodnik. Kierownictwo pisma obejmuje D-r St. RADZISZEWSKI. Wydawcami są p.p. SZYMAŃSKI i STASIŃSKI. Cena prenumeraty rocznie wynosi 5 rubli zarówno w Warszawie jak i na prowincyi.

— Drugi międzynarodowy zjazd lekarzy Towarzystw ubezpieczeń na życie odbędzie się w Amsterdamie 23, 24 i 25 września r. b.

MARIENBAD

(Zdrojowisko Światowe
Czechy

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn

najsilniejsze wody glauberskie w Europie (z 5 gr. soli glauberskiej w litrze).

Wskazania: ogólne otluszczenie, otluszczenie wątroby, serca, zaparcie stołca, plethora.

Ambrosiusbrunn najsilniejsza, czysta woda żelazista w Europie, (z 0.177 gr. dwuwęglanu żelaza w litrze).

Wskazania: anemia, chloroza.

Rudolfsquelle, z bardzo dużą zawartością kwasu węglanego, wapna i magnezyli.

Wskazania: przewlekłe nieżyty dróg moczowych, kamienie nerkowe, cukrzyca, artretyzm.

Wysyłka wód Marienbad w Czechach
SKŁADY
we wszystkich aptekach, w składach wód mineralnych
i składach aptecznych.

~ Kilka złotych medali. ~

Nowe! @

Bromocoll.

Nowy organiczny preparat bromu
nie działa szkodliwie na żołądek. ==

~ Zupełnie bez smaku. ~

Zastępuje Bromalkalie.

Maść - Bromocoll 20%

znakomicie uśmierzająca swędzenie * * * *

Połączenie: Bromocol-Resorbin.

Wyborne przy ekzema, lichen, urticaria, prurigo etc

Próby i literaturę mogą panowie lekarze otrzymać w każdej chwili.

Preparaty nasze można sprowadzać za pośrednictwem wszystkich składów aptecznych lub aptek.

Towarzystwo Akcyjne Fabryk Anilinowych Oddział Farmaceutyczny. Berlin SO. 38.

Fabryki Farb

DAWNIEJ

Fryd. Bayer & C-ie., w Elberfeldzie.

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol

Stosowanie: czysty lub z Acid. bor. pulv. albo jako maść 5%.

Mleko—Somatoza.

(Lacto Somatose)
zawiera 5% Tanniny w połączeniu organicznem.

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale AgNO₃, nie drażni i nie tworzy osadu na błonie śluzowej.

Lycetol

(Winian dimetapiperazyny)
łatwo podzielny o przyjemnym smaku, niehygroskopijny.

Epicaryna

dla użytku weterynar.

Lozofan

Kwas salicylowy. Salicylan sodu. Analgen.

Phenacetyna Bayer Aspiryna



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakolu.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia tanninę, rozszczepia się w kiszkaach przez co nie psuje apetytu.

Hedonal

Tetronal

Epicarina

Tannopin i Tann. weter.

zastępuje zupełnie kwas salicylowy i salicylan sodu, nie drażni żołądka i zostaje bez rozkładu przyswojona.

Żelazo—Somatoza

(Ferro-Somatose)
Zawiera 2% żelaza w połączeniu organicznem łatwo przyswajalnem. Bez smaku, łatwo rozpuszczalna.

Europphen

zastępuje jodoform w małej chirurgii.

Stosowanie: czysty lub z acid. boric. pulv. aa. p. w maści —10%.

Jodotyryna

działająca substancja gniezołu tarczycowego.

Salophen

zamiast kwasu salicylowego i jego soli, bez zapachu, zupełnie nieszkodliwy, wolny od wszelkich ubocznych działań.

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol