

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 pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 33 Rue de Valenciennes 33.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O stwardnieniu rozsianem (sclerosis multiplex), przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego (myelitis transversa). Podali E. Flatau i J. Koelichen. Ginekologia u Celsusa. Przyczynek do historii ginekologii. Opracowany przez d-ra Jana Lachsa (z Krakowa). — WYKŁADY KLINICZNE. Nowsze prace dotyczące nowotworów powstałych z resztek prąrczy — meso-nephros (Sprawozdanie zbiorowe). (Dokończenie). — STRESZCZENIA I WYCiąGI. 82. Przypadek mieszanej marskości wątroby o przebiegu ostrym. 83. Wpływ alkoholu na przebieg chorób zakaźnych. 84. Przyczynek do poznania hemolitycznych własności surowicy ludzkiej krwi. — III zjazd przyrodników i lekarzy czeskich. (Sprawozdanie własne). — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Flatau et J. Koelichen — Sur une forme de sclérose disséminée simulant la myélite transversale. 2) D-r J. Lachs — La gynécologie chez Celsus.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r E. Flatau und J. Koelichen — Ueber multiple Sclerose verlaufend unter dem Bilde einer myelitis transversa. 2) D-r J. Lachs — Die Gynaekologie bei Celsus.

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

Z PRACOWNI D-RA MED. E. FLATAU'a W WARSZAWIE.

O STWARDNIENIU ROZSIANEM (SCLEROSIS MULTIPLEX),

przebiegającym pod postacią zapalenia rdzenia poprzecznego
(myelitis transversa).

Podali

E. FLATAU i J. KOELICHEN.

Od czasów klasycznego opisu stwardnienia rozsianego, dokonanego przez CHARCOT'a, dokładnie nam jest znany obraz kliniczny tej stosunkowo dosyć częstej postaci chorobowej. To też w przypadkach typowych rozpoznanie *sclerosis multiplex* należy do łatwych. Istnieje jednak po za temi postaciami typowemi, klasycznemi cały szereg obrazów klinicznych, które tak się różnią od zwykłej formy zupełnie rozwiniętego stwardnienia rozsianego, że często ich rozpoznanie staje się niezmiernie trudnem. Do tych nietypo-

wych postaci zaliczyć należy przypadki *sclerosis multiplex*, przebiegające pod postacią *sclerosis lateralis amyotrophica*, *paralysis spinalis spastica* z zanikiem nerwów wzrzkowych, *hemi-* i *monoplegiae*, wreszcie *myelitis transversa*.

W pracy niniejszej pragnęlibyśmy zwrócić uwagę właśnie na tę ostatnią nietypową formę stwardnienia rozsianego.

Liczba tego rodzaju przypadków, obserwowanych dokładnie, jest wogóle nieznaczna. Pragniemy zwrócić uwagę na prace z lat ostatnich PITRES'a, SIEMERLING'a i NONNE'go.

PITRES ¹⁾ w r. 1894 obserwował 3 przypadki *sclerosis multiplex*, przebiegające pod postacią *myelitis transversa*. W przypadku pierwszym, 37 letnia kobieta zachorowała po porodzie na porażenie kończyn dolnych wraz z porażeniem zwieraczy (*incontinentia urinae*), bólami w kręgach, odleżynami na krzyżu. Wtedy rozpoznano *myelitis*. W 58 roku życia widział ją autor i stwierdził objawy następujące: kontraktury w kończynach dolnych, wzmożone odruchy kolanowe — *epilepsia spinalis*. Zaników mięśni nie znalazł. Kończyny górne, mowa, czucie były normalne. Śmierć wskutek zapalenia płuc. Badanie pośmiertne wykazało stwardnienie rozsiane.

Drugi przypadek dotyczył chorej z niedowładem kończyn górnych, zanikiem mięśniowym we wszystkich kończynach. Czucie nie było zmienione. Mowa normalna. Odruchy kolanowe wzmożone. Porażenie kończyn dolnych i górnych wystąpiło przed 4 laty nagle, w przeciągu 24 godzin wraz z *paralysis vesicae urinariae*. Następnie porażenie kończyn górnych się zmniejszyło, i pozostał w nich tylko niedowład. I w tym również przypadku badanie pośmiertne wykazało *sclerosis multiplex*.

W przypadku trzecim chory poczuł nagle w 39 roku życia drgawki w łądźwiach i ból opasujący nader intensywny, tak że chory zemdlął. Gdy przytomność odzyskał, zauważył porażenie kończyn dolnych i pęcherza. Nastąpiła stopniowa poprawa, tak że w końcu mógł chodzić o własnych siłach i był zdrow przez 3 lata. Nagle poczuł ból w okolicy serca, zemdlął i, gdy przytomność odzyskał, zauważył porażenie wszystkich 4 kończyn. Po upływie 6 miesięcy ręce poprawiły się zupełnie. Chód jednak był czasami lepszy, czasami znowu gorszy. W 59 roku życia chód był spastyczny, w nogach występowały drgawki z bólami, odruchy kolanowe były wzmożone, oddawanie moczu było utrudnione, nastąpiła *impotentia virilis*, bóle w okolicy serca i opasujące, zawrót głowy, osłabienie pamięci i in. Czucie było zachowane wszędzie. PITRES rozpoznał w danym przypadku stwardnienie rozsiane.

SIEMERLING ²⁾ w 1898 r. ogłosił następujący przypadek. Chora, 39-letnia kobieta, rodziła 5 razy (4 poronienia). Po przeziębieniu się (w r. 1888) powstały bóle w krzyżu, osłabienie kończyn dolnych. W 1894 r. nastąpiło drętwienie nóg i gwałtowne pogorszenie chodu (nie mogła chodzić bez cudzej pomocy), zaburzenia w oddawaniu moczu.

Status praesens. *Atrophia n. n. opticorum* (wzrok zachowany). Odruchy zrenic zachowane. Drżenia gałek ocznych niema. Mowa normalna. Bardzo słabe drżenie zamia-owe w kończynach górnych. Odruchy zachowane. Wybitny niedowład w kończynach dolnych wraz z objawami spastycznymi, lecz bez drżenia. Odruchy kolanowe wzmożone. Chód spastyczno-paretyczny.

¹⁾ PITRES. Sur quelques cas de sclérose en plaques à début paraplégique aiguë. La Semaine médicale, 1894, Nr. 5.

²⁾ SIEMERLING. Zur Diagnose der multiplen Sclérose. Neurolog. Centralblatt, 1898, str. 575.

Incontinentia urinae. Czucie dotykowe zniesione na kończynach dolnych i na tułowiu aż do 5 żebra (później tylko do uda). Czucie bólowe i ciepłikowe zniesione na obu gołeniach. W dalszym przebiegu choroby pozostało stopniowe porażenie kończyn dolnych. *Decubitus* i śmierć. Badanie pośmiertne tego przypadku, który, jak mówi SIEMERLING, przebiegał pod postacią *myelitis transversae*, wykazał obszerne ogniska stwardnienia w rdzeniu. Na wysokości 10 odcinka grzbietowego zauważyć można wielką plamę sklerotyczną, zajmującą prawie cały obszar przecięcia poprzecznego. Wstępujące i zstępujące zwyrodnienia w słupach tylnych i w pęczkach piramidalnych bocznych. Ogniska rozsiane w rdzeniu przedłużonym, w moście, we wzgórkach czworaczych, w mózdzku i mózgu.

NONNE³⁾ w 1898 r. obserwował aż 4 przypadki stwardnienia rozsianego, przebiegającego pod postacią kliniczną *myelitis*. Dwa z tych przypadków dotyczyły 22-letniego mężczyzny i 40-letniej kobiety. U obojga obserwowano w przeciągu 4 i 3 lat wyraźną postać kliniczną *myelitis spasticae dorsalis* z zaburzeniami pęcherzowemi i odleżynami. Przy badaniu pośmiertnym stwierdzono *sclerosis multiplex*. Przypadek trzeci dotyczył 36-letniego mężczyzny, który przez 10 lat leżał w szpitalu z objawami niedowładu spastycznego w kończynach górnych i dolnych wraz z drżeniem zamiarowem i zanikiem nerwów wzrokowych. W przeciągu pierwszych 6 lat następowało czasami polepszenie. W ostatnich 4 latach nie zauważono więcej wahań w niedowładzie, natomiast powstała odleżyna w okolicy krzyżowej i porażenie zwieraczy. I w tym przypadku badanie pośmiertne wykazało stwardnienie rozsiane. Wreszcie w przypadku czwartym powstała u 50-letniej kobiety, która już od 3 lat cierpiała na niedowład spastyczny nóg, *paraplegia inferior subacuta*, o charakterze wiotkim. Zarazem stwierdzono w porażonych kończynach dolnych wyraźne, aczkolwiek niezbyt silne zaburzenia czuciowe. Pozatem — porażenie zwieraczy i odleżyny. I w tym przypadku znaleziono ogniska sklerotyczne, rozsiane w całym rdzeniu wraz z ogniskiem „poprzecznym“, leżącym w odcinkach ośrodkowych, rdzenia lędźwiowego. Oprócz tych przypadków z zejściem śmiertelnym NONNE obserwował 26 letnią kobietę, u której powstała podostra forma wiotkiego porażenia kończyn górnych wraz z niestałymi zaburzeniami czuciowemi, nieznacznymi i niestałymi zaburzeniami pęcherza i objawami spastycznymi w kończynach dolnych. Później stwierdzono u tej chorej *neuritis optica dextra incipiens*.

Dzięki uprzejmości kol. Władysława BRUNNERA, mogliśmy obserwować w oddziale jego w szpitalu na Pradze następujący przypadek *sclerosis multiplex*, przebiegający pod postacią *myelitis transversae subacutae*.

Chora 62 letnia Felicya D., żona robotnika, zapisała się do szpitala dnia 1 stycznia 1900 roku. Opowiada ona, że przed 3 tygodniami czekała na męża, stojąc przez dłuższy czas w śniegu, i przeziębila się wtedy. Cierpiała na bóle w nogach, gorączkowała, nie mogła chodzić i położyła się do łóżka. Bóle w nogach nie zmniejszyły się. Chora zaczęła oddawać mocz pod siebie. Stolec miała przez 3 tygodnie tylko 3 razy. Przedtem nigdy nie chorowała. Dzieci nigdy nie miała. Mieszkanie było wilgotne, w suterynie.

Status praesens. Chora średniego wzrostu, wychudzona, budowy normalnej. U wierzchołków płuc słychać drobne trzeszczenia i wydech wydłu-

³⁾ NONNE. Rückenmarks Präparate von 5 Fällen von multipler Sklerose. Neurologisches Centralblatt. 1898, str. 1141.

żony. Granice płuc i serca normalne. Tętno serca czyste. Tętno 76. Stwardnienie naczyń. Brzuch nie wzdęty i nie bolesny. Dziedzina psychiczna zupełnie normalna. Drżenia gałek ocznych nie zauważono. Odruch źreniczny zachowany, chociaż słaby. Wzrok i słuch zupełnie dobry. Ani w kończynach górnych, ani na tułowie nie stwierdzono żadnych zmian (dziedziny: ruchowa, czuciowa i odruchowa — normalne).

Zmiany w układzie nerwowym były zlokalizowane w kończynach dolnych i w zwieraczkach:

Dziedzina ruchowa. Chora leży stale w łóżku. Chodzić nie może. Nie może się przewrócić z jednego boku na drugi. Ruchy prawej kończyny dolnej są o wiele lepsze, aniżeli lewej. Chora nie jest w stanie unieść prawej kończyny wyprostowanej do góry. Zgina ją bez pomocy rąk w stawie biodrowym, przyczem kończyna pozostaje zgiętą w kolanie i piętą powłóczy po pościeli. Ruch ten chora może wykonać kilka razy z rzędu, lecz jest on zarazem tak słaby, że chora nie jest w stanie pokonać najmniejszego oporu; odwodzenie (*abductio*) i przywodzenie (*adductio*) prawego uda — zachowane. Również jest możliwe, aczkolwiek w bardzo słabym stopniu, zginanie i wyprostowywanie stawu kolanowego. Ruchy w prawym stawie stopowym i w palcach zachowane. Lewa kończyna dolna jest natomiast prawie zupełnie bezwładna. Chora jest w stanie wykonywać ruchy minimalne w stawie biodrowym. Zginanie i wyprostowywanie w innych stawach jest zupełnie niemożliwe (ruchy lewej stopy i palców — zniesione). Zauważyć przytem można, że jeżeli chora stara się bezowocnie wykonywać ruchy w dolnej kończynie lewej, to ruchy odpowiednie występują w kończynie prawej (rodzaj t. zw. *Mitbewegungen*, czyli ruchów współistnych). Ruchy bierne we wszystkich stawach obu kończyn dolnych zachowane. Nieznaczne wzmożenie napięcia mięśniowego zauważyć można w zginaczach prawej goleni. Obie kończyny dolne są wychudzone, lecz jest to zanik, odpowiadający ogólnemu wychudzeniu chorej. Zaników miejscowych mięśni niema. Lewa stopa silnie zwrócona na wewnątrz. Od czasu do czasu zauważyć się dają nieznaczne ruchy automatyczne w mięśniach prawej kończyny dolnej (szczególniej w *m. quadriceps* i w mięśniach poruszających stopę). Z lewej strony ruchy te nie występują.

Dziedzina czuciowa. Chora skarży się na bóle w kolanie lewem. Staw ten jest trochę powiększony, lecz chrzęstu się w nim nie odczuwa. Objektywnych zmian czuciowych zauważyć nie można. Czucie bólowe bardzo dobrze zachowane, istnieje nawet nadczułość bólowa w obu kończynach dolnych. Dotknięcia chora odczuwa i umiejscawia dobrze. Czasami odczuwa dotknięcie z lewej strony (przeważnie na goleni), jako ból. Czucie cieplikowe zachowane. Zmysł mięśniowy bez zmian widocznych.

Dziedzina odruchów. Odruch kolanowy z lewej strony zniesiony, z prawej bardzo słaby (skurcz tylko w *m. vastus internus*). Odruch ze ścięgna Achillesa z obu stron zniesiony, również jak i odruch stopowy. Przy ułknięciu stopy występuje odruchowe ściąganie całej kończyny (w stawach biodrowym, kolanowym i stopowym) o charakterze ruchów obronnych (*Abwehrbewegungen*).

Dziedzina troficzna. Odleżyny bardzo wielkie utworzyły się w okolicy krzyżowej i obydwóch krętarzy (*trochanteres*). Na skórze i paznogciach zmian nie widać.

Kręgosłup nie bolesny przy ucisku.

Stale daje się zauważyć *incontinentia urinae et alvi*. Kał i mocz ciągle się sączą, tworząc pod chorą kałużę cuchnącą. Gorączki niema.

Dalszy przebieg choroby był dość jednostajny. Chora uskarżała się na bóle w nogach, ulegające pewnym wahaniom. Przez cały czas pobytu w szpitalu chora oddawała wciąż kał i mocz pod siebie. Odleżyny stale się zwiększały i pogłębiały. Chora chudła, mizerniała. 3 dni przed śmiercią odruchy kolanowe znikły zupełnie z obu stron. Mocz stał się mętny i cuchnący. Chora zmarła w dniu 15 marca 1900 r., t. j. w 2^{1/2} miesiąca po przyjęciu jej do szpitala i 3^{1/4} miesiąca od początku choroby.

(C. d. n.).

GINEKOLOGIA U CELSUSA.

Przyczynek do historii ginekologii.

Opracowany przez

D-ra JANA LACHSA (z Krakowa).

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 38).

Od nauk HIPOKRATES'a już tylko krok do szkoły aleksandryjskiej, których najznakomitszych przedstawicieli HEROFIL'a i ERASISTRAT'a umie odpowiednio cenić. Co mu u HIPOKRATES'a nie odpowiadało, tego u nich szukał. Dlatego to opierają się rozdziały, dotyczące anatomii i dyetetyki, na zasadach tej szkoły. Do tych należy zaraz pierwszy rozdział pierwszej księgi „*quemadmodum sanos agere conveniat*,” rozdział ósmnasty „*qui cibi potionesve, aut valentis, aut mediae, aut imbecillae materiae sint*” i niektóre inne. Co mu jednakowoż w tej szkole najbardziej imponuje, to okoliczność, że się ona zajmowała studjami anatomicznymi i że sekcye anatomiczne wykonywała. Występuje wprawdzie stanowczo przeciw badaniom anatomicznym na żywym —które, jak z tego wynika, uprawiano i na żywym wykonywano — uważając je za nieludzkie, niepotrzebne i nie odpowiadające celom anatomicznym, ale żąda z całą stanowczością, żeby lekarze znali anatomię. Rzecz na owe czasy bardzo rzadka. „*Id vero, quod restat etiam crudele; vivorum hominum alvum atque praecordia incidi; et salutis humanae praesidem artem, non solum pestem alicui, sed hanc etiam atrocissimam inferre: cum praesertim ex his, quae tanta violentia quaerantur, alia non possint cognosci, alia possint etiam sine scelere.*” Na końcu tej pięknej przedmowy powiada w tym względzie „*incidere autem vivorum corpora, et crudele, et supervacuum est, mortuorum vero discentibus necessarium.*”

Skoro CELSUS był takim zwolennikiem studyów anatomicznych, musimy się zapytać, czy je sam uprawiał. W dziele swoim poświęca anatomii dwa duże rozdziały, a mianowicie po jednym w czwartej i piątej księdze. Naturalnie, że anatomia dzieła popularnego nie mogłaby zadowolnić człowieka, cokolwiek tylko więcej wymagającego. Traktując ją jednakowoż z ówczesnego punktu widzenia, musimy przyznać, że się nią CELSUS zajmował chociażby tylko teoretycznie. Co więcej, odróżnia on, jak to wynika z pierwszego rozdziału pierw-

szej księgi, tętnice od żył, co u pisarzy ówczesnych już za dosyć znaczny postęp poczytujemy. Z tego, co on mówi w rozdziałach nas najbardziej dziś zajmujących, t. j. w rozdziałach ginekologicznych, wynikałoby wprawdzie, jeżeli już nie brak znajomości anatomii, to przynajmniej bardzo mała jej znajomość. A przecież nie można tego przypuścić o człowieku, który z taką dokładnością opisuje niektóre zabiegi chirurgiczne lub okulistyczne i który od innych wymagał koniecznie znajomości części ciała ludzkiego. Ztąd nasze przypuszczenie, że się nią przynajmniej teoretycznie zajmował.

U CELSUS'a znajdujemy także pewne początki fizjologii. Nie możemy wprawdzie twierdzić, że się nią zajmował w ten sposób, jak to później GALEN czynił, ale niektóre rozdziały pozwalają nam przecież bardzo bystre w tym kierunku obserwacje dostrzedz. Że ją zaś z punktu widzenia teoretycznego uważał za potrzebną, wnosimy to z zarzutu, jaki czyni empirykom, że oni się nie zastanawiają nad tem, w jaki sposób się rozmaite czynności odbywają np. w jaki sposób oddychamy lub trawimy, lecz jedynie nad przyczynami, upośledzającymi te i inne nasze czynności fizjologiczne.

Skoro CELSUS'a zadawalała patologia ΗΙΠΟΚΡΑΤΕS'a a dyetetyka i anatomia szkoły Aleksandryjskiej, to na punkcie terapii zgadzał się z ASKLEPIADES'em z Bitynii. W naturze rzeczy leży, że obydwaj ci lekarze, którzy się odznaczali nadzwyczajnym zmysłem praktycznym, musieli się pod względem terapeutycznych zasad zejść. Na różnice jednakowoż, jakie się pomiędzy nimi powytwarzały, zwraca bez ogródki uwagę. A więc podoba mu się w zasadzie zdanie ASKLEPIADES'a, że lekarz powinien szybko i przyjemnie dla chorego leczyć. „Asclepiades officium esse medici dicit, ut tuto, ut celeriter, ut iucunde curet. (Lib. I. Cap. IV.)“ Nie omieszkał jednakowoż wystąpić przeciw prawdziwym męczarniom, na jakie chorzy ASKLEPIADES'a bywali częstokroć pomimo pięknej jego maksymy przez samego właśnie ASKLEPIADES'a narażani. On bowiem męczył przez jakiś czas chorego zupełnem zabranianiem używania jakiegokolwiek napoju, bezsennością, stosowaniem jaskrawego rażącego światła na to, żeby mu to wszystko wynagrodzić potem dogadzaniem mu we wszystkim. Przeciw tej zasadzie występuje CELSUS, utrzymując, że nie można jej tak ogólnie stosować. „nihil autem horum utique perpetuum est.“

Po tych kilku wstępnych uwagach przejdźmy do naszego właściwego zadania, t. j. do ginekologii u CELSUS'a, albo raczej do tych kilku szczegółów ginekologicznych, które się u CELSUS'a znajdują. I tu znowu musimy wytłomaczyć CELSUS'a — jak to już niejednokrotnie czyniliśmy, że w dziele, przeznaczonem dla najszerszej publiczności, nie poczuwał się wcale do obowiązku wyłożenia nam ginekologii systematycznej. Że zaś dzieło było przeznaczone dla szerszej publiczności, to nam sam CELSUS powiada, utrzymując że go ta okoliczność nie potrafi wstrzymać od tego, co uważa za zbawienne..... ut difficilis haec explanatio sit, simul et pudorem, et artis praecepta servantibus. neque tamen ea res a scribendo detertere me debuit. primum ut omnia, quae salutaria accepi, comprehenderem; dein quia in vulgus eorum curatio etiam praecipue cognoscenda est, quae invitissimus quisque alteri ostendit. (Lib. VI. Cap. XVIII).

Z założenia tego wychodząc, przytacza z tej materji tylko to, co rzeczywiście za najkonieczniejsze uważa, tembardziej, że się niechętnie radzono w chorobach kobiecych lekarza. Wzywano akuszerki i różne doświadczone kobiety, a gdy te sprawę dostatecznie zaniedbały, uciekano się do lekarzy, żądając od nich cudów. Dla tego wzywano ich nawet przy porodach dopie-

ro wtedy, gdy się okazała potrzeba wykonania zabiegu operacyjnego. Że tak rzeczywiście było, wynika z samego Celsus'a, który, mówiąc o zabiegach położniczych, mówi jedynie o lekarzach: *medici vero propositum est, ut infantem manu dirigat vel in caput, vel etiam in pedes, si forte aliter compositus est* (Lib. VII. Cap. XXIX). Do tego też smutnego zwyczaju, któremu nauka położnictwa zawdzięcza nie jedno opóźnienie w swoim rozwoju, zastosowane są wszystkie uwagi położnicze i ginekologiczne u CELSUS'a. Ta szczupła jednakowoż garstka, jakiej on nam użycza, jest dla nas bardzo ważna, jako najdawniejsze, co z ginekologii rzymskiej wogóle wiemy, i ponieważ się nam niejednego domyślać pozwala. Starajmyż się więc dokonać tego trudnego zadania i zacznijmy od tego, co stanowi podstawę wszelkich nauk lekarskich, t. j. od anatomii, ograniczając się jednakowoż tylko do tego, co nam dziś jest potrzebne, a więc do miednicy, trzew, w niej zawartych, i zewnętrznych narządów płciowych.

HIPOKRATES („De ossium natura liber“ Kühn I) opisując miednicę, podaje, że główka uda jest okrągła, że się ona łączy za pomocą ścięgna z panewką, że się kość biodrowa łączy z kością krzyżową, na której się opiera duży krąg, wypuklając się ku przodowi, podczas gdy sama kość krzyżowa jest od przodu wklęsła. W tem zaznaczeniu wklęsłości widzi FASSBENDER⁴⁾ pewne ślady jamy miednicy. Szkoła aleksandryjska, której na punkcie anatomii części rodnych dosyć dużo zawdzięczamy, posunęła się poważnie naprzód. Ona, a szczególnie HEROFIL, wie, że osoby, obciążone skrzywieniami kręgosłupa, ciężko zazwyczaj rodzą, a u DEMETRIUS'a z Apamei wąskie biodra stanowią przyczynę ciężkiego porodu.

Jeżeli w pismach HIPOKRATES'a wiele się w tym kierunku domyślać musimy, to mamy u CELSUS'a rzecz tę kilku słowy tak wyraźnie określoną, że nie pozostaje żadna pod tym względem wątpliwość. Według niego miednica składa się z ostatniego kręgu, kości biodrowej i kości łonowej. Krąg ostatni łączy się z kośćmi biodrowymi. Na zewnętrznej stronie jest on wypukły: „*idque ab exteriore parte gibbum*“. Tem określeniem pozwala się nam domyślać, że na wewnętrznej stronie jest inny, a więc wklęsły, jakoteż nie mniej, że kręgiem tym jest kość krzyżowa. Od tej kości odchodzi grzebień kości biodrowej, przechodzący w kość łonową. Ta ostatnia jest inna u mężczyzn, a inna u kobiet; a mianowicie u pierwszych jest bardziej prosta, a u ostatnich bardziej wygięta, by nie utrudniała porodu „*rectius in viris, recurvatum magis in exteriora in feminis, ne partum prohibeat*“ (Lib. VIII. Cap. II.). Jak widzimy, rozchodzi się tu o większą lub mniejszą krzywiznę łuku łonowego, która, jak wiemy, jest inna u mężczyzn, a inna u kobiet. Tym sposobem zaznacza nam także CELSUS, że wie, jak ważną rolę odgrywa kanał kostny dla matki i płodu w czasie porodu. Naturalnie, że tu niema mowy o kostnym kanale porodowym w znaczeniu dzisiejszem, ale spotykamy go po raz pierwszy tak wyraźnie zaznaczonym, a jeżeli FASSBENDER powiada, że po HIPOKRATES'ie z jakich tysięcy lat nie wspomina o kostnym kanale porodowym, to w całej pełni słowa te odnieść można do CELSUS'a, bo już u SORANUS'a, żyjącego przecież nie o wiele później, aniżeli CELSUS, nie znajdujemy żadnej wzmianki o tym kanale. Dla SORANUS'a⁵⁾ istnieje tylko przestrzeń

⁴⁾ H. FASSBENDER, *Entwickelungslehre, Geburtshilfe und Gynaekologie in den Hippokratischen Schriften*. Stuttgart, 1897.

⁵⁾ *Sorani gynaeceorum (περί γυναικείων παθών)* ed. Valentinus Roso. Lipsiae MDCCLXXXII.

między biodrami (τῶν ὀστέων ἐδρῶν ὑπὸ), w której się znajduje macica, ugniatana przez zgięty kręgosłup.

GALEN zajmował się zanadto mało ginekologią i położnictwem, żeby jakiegokolwiek wyjaśnienia w tym kierunku przyniósł, tembardziej że jego anatomia jest anatomią zwierząt.

Zadaniem miednicy jest, według CELSUS'a, w pierwszym rzędzie osłanianie części rodnych, pęcherza i kiszki prostej, jako też nie mniej podpieranie brzucha.

Co się tyczy samych części rodnych, to one są bardzo niedostatecznie opisane, a często używa CELSUS do ich określenia tak ogólnikowych pojęć, że wprost nie wiemy, którą część genitaliów CELSUS ma na myśli. Do takich pojęć należą wyrażenia jak „inferiores“, „obscoenae partes“, a nawet i „vulva“, przy których użyciu bardzo wiele pozostawia domysłowi czytelnika.

Warg sromowych większych lub mniejszych nie opisuje. Znał je jednakowoż, gdyż wspomina o wrzodach, na nich się znajdujących, za którymi przy pewnych nieprawidłowościach śledzić trzeba.

Łechtaczka dla niego, jak się zdaje, nie istnieje.

Wejście do pochwy „os vulvae“ jest, zależnie od stanu, rozmaicie szerokie, a w niem się czasem znajduje błona, która czasem utrudnia spółkowanie, a więc tylko czasem. CELSUS wspomina wprawdzie o utrudnionem spółkowaniu, spowodowanem zamknięciem wejścia do pochwy; ponieważ zaś nie można przypuścić, żeby CELSUS, który o tylu innych i częstszych cierpieniach nie wspomina, wymienił tak rzadkie cierpienie, jakim jest właśnie zamknięcie pochwy wrodzone, a więc pozostaje jedynie przypuszczenie, że ma na myśli „hymen“, który przecież zawsze utrudnia spółkowanie. Że zaś rzeczywiście ma na myśli błonę dziewiczą, a nie inną jaką zmianę patologiczną, wynika z leczenia, jakie zaleca. Wspominałby więc CELSUS według tego o hymenie, jako o tworze patologicznym, podobnie jak to czyni HIPOKRATES, który zarazem podaje sposób usunięcia tej zmiany. Czy jednakowoż CELSUS uważa błonę dziewiczą zawsze za coś patologicznego, temu możemy zaprzeczyć. Zdaje się, że się ona niem stawała dopiero wtedy, gdy uniemożliwiała *coitus*.

Stanowisko, jakie CELSUS pod względem istnienia hymenu zajmował, musimy uznać za bardzo postępowe w uwzględnieniu okoliczności, że wielu nie uznawało naówczas istnienia tej błony, a późniejszy SORANUS wprost powiedział, że „niezgodne z prawdą jest twierdzenie, jakoby istniała błona dziewicza, powodująca ból przy defloracyi.“ (SORANUS lib. I. Cap. III. 17.).

Pochwa zwie się u CELSUS'a „vulva.“ Jakkolwiek on tem wyrażeniem często srom określa, to są przecież dwa miejsca, wskazujące na to, że przez to pjęcie pojmuwał i pochwę. W czwartej bowiem księdze w rozdziale 21-ym, mówiąc o trudno się gojących ranach, wymienia „aut vulva aut vesica, aut ullum intestinum“. „Vulva“ jest więc trzewiem, jak inne, a skoro tak jest, musi ona określać pochwę. Dalszym dowodem naszego twierdzenia jest zwrot „os vulvae“. Srom niewieści sam jako taki nie może mieć wejścia, bo onoby do niczego nie prowadziło. Skoro zaś ono istnieje, to musi być wejściem do pochwy.

Przez pochwę rozumie CELSUS, podobnie jak SORANUS, kanał — zależnie od stanu — rozmaitej długości i szerokości, biegnący pomiędzy pęcherzem a odbytnicą, zbaczający od tej ostatniej nieco na prawo. Ściany jej boczne są zwrócone ku biodrom, a kończy się głęboko w brzuchu.

Wnosząc z tego, że CELSUS nie wspomina wcale o części pochwowej, musielibyśmy przypuścić, że ona dla niego nie istnieje. Macica sama jest najprawdopodobniej dalszym ciągiem pochwy, gdyż jej nie opisuje, a mówiąc o wydobywaniu płodu nieżywego z łona matki, wspomina o zaciśnięciu się „*oris vulvae*“, o wyrywaniu się haka, o odrywaniu się części płodu i niebezpieczeństwie, ztąd wynikającym. Mówi także CELSUS w tym samym rozdziale dalej „*compressa vulva conquiescere, hiante leniter trahere oportet*“. Ponieważ zaś nie można przypuścić, żeby CELSUS takie znaczenie przypisywał wejściu do pochwy dla ekstrakcji płodu, przeto musimy tym razem przez „*os vulvae*“ pojmować tylko ujście macicy, a określenie macicy przez „*vulva*“ będzie zrozumiałe, jeżeli przyjmiemy, że pojęcie macicy identyfikował z pojęciem pochwy lub też że ją uważał za dalszy ciąg tej ostatniej.

O częściach dodatkowych macicy nie wspomina CELSUS wcale. Albo więc one dla niego nie istniały, albo nie uważał za odpowiednie o nich wspominać. Jeżeli uwzględnimy fakt, że CELSUS hołdował pod względem anatomii szkole aleksandryjskiej, jakoteż nie mniej, że HEROFIL, a, odkrywca trąbek, szczególnie uwielbiał, zgodzimy się chętniej na drugie przypuszczenie.

Po nad pochwą przebiega cewka moczowa, u kobiet krótsza i szersza i bardziej prosta, aniżeli u mężczyzn, której zewnętrzna część podobna jest do kawałka mięsa. Cewka przechodzi w pęcherz, znajdujący się nad częściami rodnymi „*super genitale*“, podparty przez pochwę. Do pęcherza uchodzą dwie żyły białe, z których każda odchodzi od jednej nerki, przeprowadzając mocz do pęcherza.

Jeżeli jeszcze wspomnimy o sutkach, które są, według CELSUS'a, organem gruczołastym, mającym za zadanie wydzielać pokarm i odgrywającym dosyć wielką rolę w dyagnostyce CELSUS'a, to będziemy mieli przedstawioną całą anatomię narządu płciowego wedle niego.

Z fizjologii części rodnymi kobiecymi możemy wedle CELSUS'a zaledwie kilka szczegółów, dotyczących miesiączkowania, przytoczyć. Dziewice zaczynają w pewnym dopiero wieku menstruować. Nad okresowością peryodu, nad jego przyczynami i miejscem, skąd się krew wydobywa, nie zastanawia się CELSUS wcale, a przecież mogło to mieć miejsce nawet w dziele popularnym.

Opierając się na ósmym rozdziale książki drugiej, przychodzimy do przekonania, że menstruację pojmował CELSUS, jak to już o wiele wcześniej przed nim uczynił HIPOKRATES, jako objaw czysto fizyczny. Według niego, stara się kobieta miesiączkująca pozbyć się nadmiaru krwi. Z chwilą zaś, gdy się ta kobieta w jakikolwiek inny sposób pozbywa nadmiaru krwi, staje się menstruacja dla niej zbyteczną: „*quae menstruis non purgatur, si sanguinem ex naribus fudit, omni periculo vacat*“. Było to zapatrywanie, któremu szkoła aleksandryjska hołdowała, podając na poparcie jego fakt, że mężczyźni nie miesiączkują, gdyż się pozbywają przez pracę nadmiaru materii. Przeciw temu zapatrywaniu wystąpił dopiero SORANUS, uważając peryod za niepotrzebny dla utrzymania zdrowia, ba, nawet za rzecz, upośledzającą zdrowie, przypisując jednakowoż tej нефизыologicznej czynności własność umożliwienia zastąpienia. (Soranus. Lib. I. Cap. VI.).

Co się tyczy następstw wstrzymywania się miesiączki, zdaje się istnieć do pewnego stopnia zgoda z zapatrywaniami HIPOKRATES'a. Ten bowiem wie, że wskutek tego występują częstokroć osłabienie, omdlenia, wymioty,

bóle i t. d. a nawet i śmierć. „Abderis Phaetusa Pythae coniunx antea per inventam foecunda erat, viro autem eius exulante diu menses defecerunt, ex quo postea dolores et rubores ad articulos exorti sunt. Quae ubi contigerunt, tum corpus virile, tum universum hirsutum est redditum, barbaque est enata et vox aspera reddita. Sed cum omnia quae ad menses deducendos facerent tentassemus, non profluxerunt, *verum haud ita multo post vita functa est.* idem quoque in Thaso Namysiae Gorgippi coniugi contigit.“ (Hippocratis „de morbis vulgaribus“ liber sextus. Kuhn III). CELSUS, nie wdający się w szczegóły, nie wspomina wprawdzie o śmierci, ale wie, że całkowite wstrzymanie się regularności jest połączone z niebezpieczeństwem, gdyż powiada, że niebezpieczeństwo, wynikające z tego stanu patologicznego, nie występuje, jeżeli kobieta dotycząca krwawi nosem. „*quae menstruis non purgatur, si sanguinem ex naribus fudit, omni periculo vacat*“ (Lib. II. Cap. VIII). Wie zatem dobrze CELSUS o t. zw. menstruacyi zastępczej (menstruatio vicaria) i żąda przynajmniej tej dla utrzymania zdrowia. Wie także dobrze, że prócz młodych dziewcząt, ciężarnych i starych kobiet, często nie miesiączkują osoby otyłe, kobiety nie brzemiennie, których sutki zawierają pokarm, i kobiety chore, chociażby nawet ich narząd rodny był zdrowy. Brak zaś samej menstruacyi utrudnia u tych ostatnich powrót do zdrowia z powodu nagromadzenia się materji, która odejść powinna.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

A. HARTZ.

NOWSZE PRACE DOTYCZĄCE NOWOTWORÓW

POWSTAŁYCH Z RESZTEK PRANERCZY—MESO-NEPHROS.

(Sprawozdanie zbiorowe).

(Dokończenie—Zob. Nr. 38).

Na temże posiedzeniu OPITZ (11) opisał podobne spostrzeżenie adenomatu jajowodu, znalezione u 33-letniej *multiparae* o zrakowaciatej szyi macicznej. Badanie drobnowidzowe ujawniło znacznego stopnia *endometritis glandularis*. Od błony śluzowej macicznej liczne odnogi gruczołowate wdrażają do muskulatury, leżąc *in stromate* bardzo podobnym do błony śluzowej. Pod błoną surowiczą leży kilka mniejszych od jednego milimetra myomatów, które, zdaje się, wychodzą z tkanki bogatej w jądra. Z interstycyalnej części jajowodu prawego konwolut gruczołowy wdraża w warstwę mięśniową. *Isthmus* obu jajowodów jest siedzibą typowego adenomyomatu v. RECKLINGHAUSEN'a, w którym znajduje się tu i owdzie łączność światła jajowodów pozbawionych fałd ze zwojami gruczołów. Na przejściu prawostronnego guza trąbki w *suclosalpinx purulenta* na przestrzeni jednego centymetra długości, rozłożonej cięciami seryalnemi, znaleziono aż w 15 miejscach łączność pomiędzy zwojami gruczołów a światłem trąbki. W ścianie *pyosalpinxis* również znaleziono głębokie wdrażania nabłonka. Jajniki przedstawiają obraz *oophoritis chronicae*. Z nabłonka zarodkowego opuszczają się wdrażenia wgłąb i rozszerzają się jako przerosty rurkowate *in stromate* („*schnlauchartige*

Wucherung”). Z tego preparatu podług OPITZ'a wynika, że błona śluzowa trąbki może wytłaczać się w kształcie rurkowatych przerostów, wypukleń, wytłoczeń, oraz że twory epitelialne w tym przypadku, jak i w wielu innych, pochodzą od nabłonka jajowodu. Tkanka łączna przy rozroście zapalnym może wytwarzać i włókna mięsne.

OPITZ zatem jest zdania, że dla tych przypadków, jak również i dla adenomyomatów macicy, nie sposób przyznać teorii v. RECKLINGHAUSEN'a o pranerczu, dalej przyczynę tych nowotworów upatruje on w zapalnym stanie i tak sobie sprawę przedstawia:

Pod wpływem chronicznego przekrwienia czyli nadmiernego odżywiania z tkanki łącznej macicy i jajowodów wzdłuż małych naczyń może wytworzyć się tkanka bogata w jądra, składająca się z wrzecionowatych krótkich komórek („*entzuendliches Keimgewebe*“).

Tkanka ta ułatwia rozrastającym się równocześnie nabłonkom macicy, jajowodów i otrzewny wdrażanie pomiędzy pasma mięsne i dalszy w tem miejscu rozrost. Tkanka ta ma własność wytwarzania włókien mięsnych i przemieniania się w sąsiedztwie nabłonka na tkankę łączną cytogeną. Przy ustaniu przekrwienia a zatem rozrostu, tkanka ta, o ile nie wytworzyła włókien mięsnych, może się zamienić na tkankę łączną fibrillarną. Nabłonek otrzewny w stanach zapalnych może stać się kubicznym lub też cylindrycznym, a nawet otrzymać migawki i w tak zmienionej formie wywołać wytwarzanie się podsurowicznych adenomyomatów.

HARTZ zdanie swoje wypowiedział już, rozpatrując pracę PICK'a, i nie może uznać tłumaczenia OPITZ'a; bierze on tkankę łączną za derywat pewnych komórek tkanki cytogennej, lecz nie na odwrót, również nie może on pojąć, w jaki sposób z gotowej tkanki łącznej mogą powstać włókna mięsne. HARTZ przypuszcza, że z tkanki zupełnie dyferencyowanej może zawsze powstać tylko tkanka taka sama. Chociaż tkanka łączna i tkanka mięśniowa są genetycznie bardzo pokrewne, to jednak w stanie zupełnego rozwoju zachodzi pomiędzy nimi ogromna różnica, tak samo mają one znaczenie bardzo odmiennne.

W dyskusyi GOTTSCHALK sprzeciwiał się zdaniu OPITZ'a, że cytogenna tkanka jakoby ma wielkie znaczenie dla powstawania gruczolowatych tworów, i przytacza, że w jego przypadku wcale a wcale nie było tkanki cytogennej, co sprzeciwia się zdaniu PICK'a, że obecność cytogennej tkanki ma być znamioną cechą pochodzenia nowotworu z przewodów MUELLER'a.

R. MEYER zaznacza, że prawie przez każdą pracę, która pojawiła się od czasu teorii pranerczy v. RECKLINGHAUSEN'a, teoria ta cokolwiek więcej traci gruntu. Kilka punktów, przemawiających jeszcze przeciwko pochodzeniu adenomyomatów jajowodów z błony śluzowej, wyjaśniła praca v. FRANQUÉ'go. R. MEYER przyznaje, że coraz to więcej traci zaufanie w uzasadnienie teorii v. RECKLINGHAUSEN'a i że większość adenomyomatów jajowodów może pochodzić z błony śluzowej jajowodów. Na wtłoczenia *serosae*, w sprzeczności z OPITZ'em, R. MEYER chciałby sprowadzić li tylko małe peryferyczne adenomyomaty, jak w przypadku ORŁOW'a. Przypadek PICK'a, R. MEYER pojmuje jako embryonalne zlanie się błony śluzowej („*embryonale Schleimhautverschmelzung*“)(?N.) — nie dzieląc przekonania PICK'a co do rozstrzygającego jakoby znaczenia *stromatis*.

Jako etiologiczny moment dla powstania tych nowotworów uważa R. MEYER irytacyjne bodźce, działające od zewnątrz, bodźce fizyologiczne i patologiczne, pod których wpływem znajduje się macica.

Zestawiając wyniki tych prac, HARTZ przychodzi do wniosku, że i te prace nie dały dowodów powstawania tych nowotworów z pranerczy. Przeciwnie, coraz więcej staje się wątpliwem, czy wogóle część tych guzów, głównie adenomyomaty macicy i jajowodów, powstają z resztek pranerczy. Przypadki v. FRANQUE'go, GOTTSCHALK'a i OPITZ'a dowodzą, że guzy te, które miały wszelkie cechy guzów, opisanych przez v. RECKLINGHAUSEN'a, że owe adenomyomaty jajowodowe pochodziły od błony śluzowej jajowodów (stan zapalny jajowodów), tak że nawet R. MEYER, gorący zwolennik dotychczas teorii v. RECKLINGHAUSEN'a, zaczyna tracić zaufanie do tej teorii, jak sam przyznaje.

Przyczyna, dla czego dotychczas etiologia tych nowotworów jeszcze nie jest wyjaśniona, leży po prostu w tem, że dotychczas nie udało się znaleźć w ścianach macicy i jajowodów charakterystycznych części składowych pranerczy. Chociaż już badano kilkaset preparatów odnośnych bez wyniku dodatniego, to jednak nie jest to jeszcze dowodem, że nie uda się nareszcie raz stwierdzić w ścianie macicy lub jajowodów charakterystycznych części składowych pranerczy. Przypadek HARTZ'a oraz przypadek PICK'a albowiem dowodzą ściśle, że z resztek pranerczy mogą powstać tego rodzaju nowotwory. Dalej kongruencya morfologicznej budowy gruczołów tych nowotworów z gruczołami pewnej klasy nowotworów, znajdujących w macicy i jajowodach, z wielkiem prawdopodobieństwem pozwala na konkluzję, że i te nowotwory pochodzą z resztek pranerczy, chociaż przyznać trzeba, że dane co do gruczołów nie zawsze rozstrzygają kwestyę, i że prawdopodobnie większość adenomatów i adenomyomatów macicy i jajowodów powstaje, czy nowotwór jest wrodzony czy nabyty później — z błony śluzowej tych organów.

Piśmiennictwo:

MEYER Rob. „Ueber epitheliale Gebilde im Myometrium des foetalen und kindlichen Uterus einschliesslich des GARTNER'schen Ganges“. Berlin 1899. S. KARGER.

2) WILMS M. „Die Mischgeschwülste“ Heft I. „Die Mischgeschwülste der Niere“. Leipzig. Arthur GEORGI.

3) PICK L. „Die Adenomyome der Leistengegend und des hinteren Scheidengewölbes, ihre Stellung zu den paroophoralen Adenomyomen des Uterus und der Tubenwandung v. RECKLINGHAUSEN's“. Archiv für Gynaekologie Bd. 57. 1898.

4) Tenze: „Ueber Adenomyome des Epoophoron und Paroophoron (Mesonephrische Adenomyome) Archiv für pathologische Anatomie. Bd. 156.

5) Tenze: „Ueber die epithelialen Keime der Adenomyome des Uterus und ihre histologische Differentialdiagnose“. Archiv für Gynaekologie Bd. 60.

6) MEYER Rob. „Ueber Druesen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen“ Zetschrift fuer Geburtshuelfe und Gynaekologie Bd. 42 i 43.

7) NEUMAN Siegfr. „Ueber einen neuen Fall von Adenomyom des Uterus und der Tuben mit gleichzeitiger Anwesenheit von Urnierenkeimen im Eierstock“ Archiv für Gynaekologie Bd. 58.

8) v. FRANQUE. „Salpingitis nodosa isthmica und Adenomyoma tubae“. Zeitschrift für Geburtshuelfe und Gynaekologie. Bd. 42.

9) PICK L. „Ist das Vorhandensein der Adenomyome des Epoophoron erwiesen?“. Centr. f. Gyn. 1900. Nr. 15.

10) GOTTSCHALK (Verhandlungen der Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. in Berlin Sitzung vom 23. Februar. 1900). Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 42.

11) ORTIZ. Ibidem.

Dopisek. Już po wystaniu rękopisu do redakcyi HARTZ otrzymał trzecią część pracy R. MEYER'a („Ueber Druesen, Cysten und Adenome im Myometrium bei Erwachsenen“ Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. Bd. 43. Heft I), która to praca szczególnie omawia adenomaty kątów jajowodowych macicy. R. MEYER znalazł 5 takich przypadków, lecz rozpatruje jeszcze i dwa inne, dając opis dokładny co do lokalizacyi i rozmiarów tych nowotworów, budowy ich, kształtu gruczołów i nabłonka ich.

Opierając się na tych danych, stara się R. MEYER wyjaśnić genezę tych nowotworów. Zdania są podzielone: podług jednych nowotwory te powstają, jak twierdzi v. RECKLINGHAUSEN z resztek zabląkanych pranerczy, podług innych zaś z błony śluzowej macicy i trąbek. R. MEYER przychodzi do przekonania, że większość ich pochodzi z błony śluzowej macicy i jajowodów. Jedynie wtedy pochodzenie *post partum* powstałego nowotworu z błony śluzowej macicy lub trąbek jest nieprawdopodobne, jeśli jedno lub kilka ognisk adenomatycznych leży zupełnie peryferycznie, a w trąbce nie ma innych ognisk, dalej jeśli niema nigdzie muskularnych hyperplazji lub myomatów, ani też ich nie było dawniej.

Dla porównania R. MEYER rozpatruje przypadki pewnego powstania guzów z resztek pranerczy.

Do tych należą guzy *in mesosalpinge* na normalnem miejscu przyjajników, jakie opisali ASCHOFF i PICK, dalej adenomatyczne twory w jajnikach, jeśli stoją w związku z odnogami przyjajnika (Markstraenge-Auslaeufer des Epooophoron) jak np. opisał spostrzeżenie jedno v. FRANQUÉ; prawdopodobnie i przypadek ASCHOFF'a należy do takich według R. MEYER'a. Dalej R. MEYER pragnie do tejże grupy zaliczyć spostrzeżenie WOOD RUSSELL'a; o spostrzeżeniu NEUMANN'a wspomina tylko, nie uwzględniając go krytycznie. Jako absolutnie pewny uważa przypadek v. FRANQUÉ'go.

Dalej wchodzi w rachubę guzy tylnej ściany brzusznej, pierwotnej siedziby ciała WOLFF'a. HARTZ opisał taki przypadek: Cystoadenomat, który uważał, opierając się na szczególnej budowie gruczołowatej, podobnej do kanalików moczowych za derywat pranercza. Wobec braku jakichkolwiek zmian całego *tractus genitalis* i wobec siedziby guza na tylnej ścianie brzusznej, HARTZ przypuszcza, że guz powstał z części ciała WOLFF'a, najbliższej czaszki leżącej, pisze MEYER. HARTZ tego nie przyznaje, lecz przeciwnie, przypuszcza raczej, że z dystalnej, więc odśrodkowej części ciała WOLFF'a, z paroophoronu, ponieważ część ta najłatwiej może pozostać na tylnej ścianie brzusznej, podczas gdy część kranialna ciała WOLFF'a: „*Epooophoron*“ ulega translokacyi znacznej razem *cum ala vespertilionis*. Gdy HARTZ pisał swój artykuł, praca R. MEYER'a o położeniu paroophoronu i epooophoronu jeszcze nie wyszła z druku, również i praca WILMS'a jeszcze nie była ogłoszona, HARTZ kierował się poglądami WALDEYER'a i NAGEL'a, że paroophoron normalnie leży pomiędzy jajnikiem a macicą *in ligamento lato*, a więc odśrodkowo od epooophoronu i podług zdania HARTZ'a i odśrodkowo od osady *ligamenti lati* na tylnej ścianie brzusznej. Ponieważ guz HARTZ'a leżał na tylnej ścianie jamy brzusznej, a więc pozornie proksymalnie od epooophoronu, a *tractus genitalis* był zupełnie prawidłowy, a więc bez nieprawidłowości jakichkolwiek, o ile przewody MUELLER'a i gruczoły pociowe leżały na ciałach WOLFF'a, HARTZ przypuszczał, „że guz pochodzi z części proksymalnej pranercza lub prapranercza. Po przeczytaniu jednak później wyników R. MEYER'a, że paroophoron leży normalnie nie pomiędzy macicą a jajnikiem, lecz przy bocznym korzeniu *ligamenti lati*, a więc na tylnej ścianie brzusznej, HARTZ sam wpadł na myśl, że mylnie określił w swoim czasie miejsce pochodzenia guza.

Jeśli twierdzenia R. MEYER'a są uzasadnione, że resztki pranercza, uważane za paroophoron, leżą na tylnej ścianie jamy brzusznej, to HARTZ chętnie zgadza się na to, że guz jego pochodził z części ciała WOLFF'a nie najwięcej kranialnej, lecz z części dystalnej.

R. MEYER z początku chętnie uznawał tłumaczenie genetyczne guza HARTZ'a, lecz po przeczytaniu pracy WILMS'a o mieszanych guzach powstały w nim wątpliwości, albowiem HARTZ oprócz gruczołów i tkanki cytogennej znalazł w guzie tym i embryonalną tkankę i tkankę podobną do chrząstkowatej i tkankę myksomatyczną, tak że jemu samemu guz przypominał adenosarkomaty BIRCH-HIRSCHFELD'a, guzy mieszane. Zdaje się więc MEYER'owi, że nie chodzi w przypadku HARTZ'a o guz powstały z resztek pranerczy, jeśli trzymać się teorii WILMS'a o mieszanych guzach, lecz o zabłąkaną tkankę embryonalną mezodermalną („mesodermales Keimgewebe“). Guz ten byłby zatem analogiczny i bardzo nisko położonym *analogon* mieszanych nowotworów nerkowych WILMS'a — guzem pranercza, lecz nie w pojmowaniu HARTZ'a, powstałym, co prawda, z resztek pranercza, lecz tylko o tyle, że zabłąkane cząstki pierwotnie może miały siedzibę w pranerczu, gdzie zaś pranercze samo nie brało udziału w wytwarzaniu nowotworu, tak samo jak niekoniecznie nerka bierze udział w powstawaniu mieszanych guzów nerki.

HARTZ zdumiony jest takim pojmowaniem guza przez R. MEYER'a. Podług zdania jego twory gruczołowe w tym guzie mogły pochodzić od pranercza, a nie od cząstek zabłąkanych do pranercza. Zkądże miały te cząstki pochodzić? pyta się HARTZ. Jeśli z zarodkowych komórek (Keimzellen) niedyferencyowanych powstają gruczoły, to muszą one mieć specyficzną własność wytwarzania li tylko gruczołów. Własność taką w tym miejscu mają wszelako tylko wyłącznie zarodki z pranerczy, a nie zarodki z ich sąsiedstwa lub pozostałego *mesenchyma*. Jedyne komórka jajka ma własność wytwarzania jaknajróżniejszych tkanek. Czy guz powstaje z zarodków niedyferencyowanych komórek pranercza, czy z komórek już wytworzonych, jest to obojętne dla pytania, skąd guz pochodził. HARTZ przypuszcza, że guzy, powstające w miejscach, gdzie normalnie znajdują się resztki pranercza, pochodzą przeważnie z wytworzonych komórek pranercza, podczas gdy guzy, powstające z zabłąkanych komórek pranercza, prawdopodobnie pochodzą z komórek jeszcze nie dyferencyowanych, ponieważ zabłąkania takie najłatwiej przypuścić można w bardzo wczesnym okresie życia płodowego. Tkanka embryonalna, myksomatyczna i podobna do tkanki chrząstkowej, znalezione w guzie HARTZ'a obok gruczołów, podług zdania HARTZ'a, mało mają znaczenia dla rozstrzygnięcia kwestyi o pochodzeniu gruczołów od pranercza. HARTZ mieszane guzy nerki WILMS'a, które takie gruczoły zawierają, zalicza również do guzów v. RECKLINGHAUSEN'a, ponieważ gruczoły te pochodzą także od pranerczy, jak WILMS, VOGLER i BIRCH-HIRSCHFELD sami przyznają. *A potiori fit denominatio*, dla tego HARTZ guz swój nazwał cystoadenomatem, HARTZ więc nie zgadza się co do guza swego z poglądem R. MEYER'a i ob staje przy tem, że guz ten pochodzi z pranercza. Część preparatów HARTZ'a badał później w klinice SAENGER a RABL i zgadza się z poglądem HARTZ'a.

(*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. Januar und Februar 1901.*)

Referent Dr. Neugebauer.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

82. ULLMANN. Przypadek mieszanej marskości wątroby o przebiegu ostrym.

Już w 70 latach głównie francuscy autorzy podali cechy anatomiczne i kliniczne, które miały odróżniać zanikową t. z. marskość LAENNEC'a od marskości przerostowej, opisanej głównie przez HANOT'a. W marskości zanikowej tkanka łączna miała występować zewnątrzrazikowo, obrączkowo i wielozrazikowo (*extralobulär, annulär, multilobulär*), w przerostowej natomiast — zewnątrz — i wewnątrzrazikowo, wysepkowo i jednozrazikowo (*insulär, monolobulär*); prócz tego w pierwszej zaczyna się ona od gałęzi żyły wrotnej, w drugiej zaś od dróg żółciowych, znajdujących się w nader znacznym rozroście.

Gdy okazało się, że w wielu przypadkach takiej granicy przeprowadzić nie można było, ACKERMANN wprowadził podział obydwu form na podstawie zaniku komórek i kurezliwej dążności (*Schrumpfungstendenz*) tkanki łącznej, które mają cechować jedynie marskość zanikową. STADELMANN, JACCOUD, FREYHAN i GOLUBOW opisali jednak przypadki marskości zanikowej z nienaruszonymi krmórkami i odwrotnie.

Podawane powszechnie objawy kliniczne również nie dały się zużytkować w celach różniczkowania. Typową marskość zanikową cechują: zmniejszenie wątroby, obrzmienie śledziony, słaba żółtaczka lub zupełny jej brak, zastój w obiegu żyły wrotnej; typową zaś przerostową — powiększenie wątroby i śledziony, silna żółtaczka, brak puchliny wodnej, zejście cholemiczne. (QUINCKE, SENATOR, ROSENSTEIN). Atoli zdarza się, że przy obrazie marskości zanikowej wątroba nie jest zmniejszona, a nawet być może powiększona, lub zjawia się silna żółtaczka (SENATOR), to znów w przypadkach marskości przerostowej żółtaczka może być nieznaczna lub może jej nie być wcale, a rozmiary wątroby i śledziony mogą być nader zmienne (FREYHAN, GILBERT et LEREBOUILLE); niekiedy nieznaczna puchlina przyłącza się ledwie w końcu choroby i t. d. Zdarzają się takie przypadki dość często; DIEULAFOY i GUTER nazywają je formami mieszanymi (*cirrhoses mixtes*).

Autor opisuje właśnie taką marskość mieszaną, zasługującą na uwagę także ze względu na krótkie trwanie choroby.

Przypadek dotyczy mężczyzny lat 53, nałogowo oddanego pijaństwu (1½—2 litrów wódki dziennie od dłuższego czasu), bez obarczenia dziedzicznego, bez przymiotu. Początek choroby na 6 tygodni przed śmiercią (wymioty, rozwołnienie, brak sił; później żółtaczka, puchlina wodna, obrzęk nóg). Obiektywnie wyraźne objawy marskości mieszanej: znaczne powiększenie wątroby i śledziony, silna żółtaczka, a prócz tego — znaczny zastój w żyły wrotnej; silna puchlina, obrzęki dolnych kończyn, rozszerzenie żył skóry brzucha, cyanotyczny nieżyt żołądka i kiszek. Z powikłań: *myocarditis, nephritis* i lekkie *bronchitis*.

Na sekcji: *hepatitis interstitialis; icterus gravis; hydrops ascites; myocarditis parenchymatosa gravis; nephritis parenchymatosa; haemorrhagiae ventriculi, intestini totius, pleurae et peritonei.*

Wątroba znacznie powiększona we wszystkich wymiarach; powierzchnia ziarnista, to samo powierzchnia przekroju; pasma tkanki łącznej, pomiędzy którymi guziki miąższu wielkości grochu; drogi żółciowe drożne. Przy badaniu mikroskopowym okazało się, że kierunek szerzenia się tkanki łącznej nie przedstawiał żadnego wyraźnego typu; komórki wątrobowe były zachowane znakomicie.

Rozrost tkanki łącznej mógl trwać oddawna, lecz żółtaczką i puchlina wodna wystąpiły zadziwiająco późno, i trwanie choroby było wyjątkowo krótkie. GRAWITZ podejrzewał w tym przypadku zatrucie ciemnego pochodzenia (pomiernie alkoholizmu).

Autor przypuszcza, że tak jak w opisanym przypadku hypotetyczna trucizna wywołała odmienny przebieg choroby, tak wogóle we wszystkich nietypowych przypadkach *hepatitis interstitialis* należy powód upatrywać w różności czynników etiologicznych, a poznanie ich wyświetliłoby niejedną zagadkę.

(*Munch. med. Wochen.* 1901. Nr. 13).

W. Knapppe.

83. Maks GRUBER. **Wpływ alkoholu na przebieg chorób zakaźnych.** Po krótkim ogólnym wstępie autor przechodzi do strony doświadczalnej zagadnienia.

KOCH, DOYEN i THOMAS dowiedli, że zarazek cholery szybciej i pewniej działa na zwierzęta alkoholizowane; tego samego dowiedli: NOCARD i ROUX dla lasecznika wąglika symptomatycznego; PLATANIA — dla zarazka czarnej krosty, AUBOT — dla mikrobów ropotwórczych; VALAGUSSA i RANDETTI dla jadu błoniczego; wreszcie DELÉARDE (1897 r.) wykazał, że, podając zwierzętom alkohol, uniemożliwiamy uodpornienie ich przeciw zarazkom wścieklizny i wąglika.

Są to wszystko fakty ściśle dowiedzione i stwierdzające z zupełną pewnością, że alkohol osłabia zdrowy ustrój i ułatwia przystęp do niego różnym mikrobom chorobotwórczym.

Zachodzi teraz pytanie, jak zachowuje się ustrój już zarażony w razie podawania alkoholu?

Tu autor streszcza doświadczenia LAITINEN'a (*Acta societatis scientiarum Fenicae* 1901 r.), zmierzające do rozwiązania postawionego zapytania. LAITINEN w pierwszej seryi doświadczeń zarażał psy, gołębie i kury jadłem wąglika, króliki bardzo osłabioną hodowlą wąglika i wreszcie świnki morskie toksynami dyfterytu. Prawie połowa zwierząt dostawała duże dawki alkoholu (2—16 ctm. sz. *alcohol. absoluti pro kilo et die*, co dla człowieka ważącego 70 kilo wyniosłoby 140 do 1100 ctm. sz. *pro die* absolutnego alkoholu). Z pomiędzy zwierząt alkoholizowanych zginął prawie dwa razy większy odsetek, niż kontrolujących, przytem zwierzęta, którym podawano alkohol, ginęły znacznie prędzej, niż kontrolujące. W drugiej seryi doświadczeń LAITINEN podawał zarażonym zwierzętom znacznie mniejsze dawki alkoholu (0,5—0,8 ctm. sz. *pro die et kilo*); w takich niewielkich dozach alkohol nie wywierał znacznego wpływu ani na procent śmiertelności, ani na przebieg choroby.

Prawie jednocześnie z LAITINEN'em Karol KÖGLER wykonał szereg analogicznych doświadczeń (jeszcze nie ogłoszonych) w wiedeńskim Instytucie Higienicznym. KÖGLER zarażał morskie świnki hodowlą lasecznika FRIEDLAENDER'a, przeciw któremu są one, jak wiadomo bardzo odporne.

Połowa zwierząt dostawała niewielkie dawki alkoholu (*maximum* 1,5 ctm. sz. *pro kilo et die*); kontrolujących zwierząt zginęło 35%; alkoholizowanych 55%, zatem, sądząc z cyfry ogólnej, działanie alkoholu nawet w takich umiarkowanych dawkach jest zabójcze; jednakże pomiędzy zwierzętami, użytymi do doświadczeń, znalazły się i takie, które szybko przyszły do zupełnego zdrowia, pomimo często powtarzanych niewielkich dawek alkoholu; być może, że taki rezultat w pojedynczych przypadkach wypadnie położyć na karb znacznej stosunkowo odporności świnek morskich na zarażenie *bacillo pneumoniae* FRIEDLAENDER'i.

W każdym razie, powiada autor, z wyżej przytoczonych doświadczeń wpływa pewnik, że alkohol jest szkodliwy dla ustroju nawet w małych dawkach, z drugiej strony nie mamy najmniejszego dowodu na to, jakoby alkohol dezynfe-

kował narządy lub uodparniał ustrój przeciw różnorodnym zarazkom. Zatem wyniki wyż przytoczonych doświadczeń zniewalają nas do ostrożnego stosowania alkoholu w chorobach zakaźnych.

Jednak w walce ustroju z zarazkiem są pewne chwile, w których zastosowanie alkoholu jest wskazane i nb. bardzo dodatnie daje wyniki; mowa tu o zapaści.

Autor znalazł, że u świnek morskich daje się wywołać zapaść, kończąca się szybko śmiercią, jeżeli wstrzykniemy im do jamy otrzewny pewną ilość świeżo zabitej hodowli *Bact. prodigiosa*. Otóż autorowi udało się przedłużyć życie takich świnek za pomocą dużych dawek alkoholu (11 ctm. sz. *pro kilo et die*), a w 2 przypadkach (13%) nawet uratować zwierzę od pewnej śmierci.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, 1901. r. Nr. 20). B. Żebrowski.

84. Ernest NEISSER i H. DOERING. **Przyczynę do poznania hemolitycznych własności surowicy krwi ludzkiej.** N. i D. znaleźli, że surowica krwi ludzkiej rozpuszcza czerwone ciała krwi królika łatwiej niż cz. c. krwi innych zwierząt (gołębia, świnki morskiej i kozy).

To też do swoich doświadczeń N. i D. używali stale 1 ctm. sz. pięcioprocentowego roztworu krwi królika w wodzie z dodatkiem 0,85% soli kuchennej; ten roztwór krwi wlewano do próbówki i stawiano na 2 godziny przy 37° C. po dodaniu pewnej ilości ludzkiej surowicy, którą otrzymywano z krwi żyłnej (chorzy na zapalenie płuc lub na śpiączkę mocznicową) albo z krwi bańkowej (chorzy na suchoty płucne, na rozedmę płuc, na nerwoból pochodzenia przymiotowego).

W ten sposób zbadano około 20 surowic, pochodzących od różnych osobników, i wszędzie znaleziono jednakowe granice zdolności hemolitycznej: 0,1 — 0,15 ctm. sz. surowicy ludzkiej krwi wystarczało do zupełnego rozpuszczenia czerwonych ciałek krwi, zawartych w podanej wyżej ilości krwi królika; 0,51 ctm. sz. surowicy ludzkiej krwi była to najmniejsza ilość, przy której dawały się zauważyć ślady hemolizy.

N. i D. dowodzą doświadczeniami, że zawarte w surowicy ludzkiej ciało, obdarzone własnością sklejaną i rozpuszczania czerwonych ciałek krwi królika (Lysin), składa się tak samo jak i inne analogiczne substancje (EHRlich i MORGENROTH) z ciała dopełniającego (Complement) i ciała pośredniczącego (Zwischenkörper), a właściwie z 2 różnych co do działania ciał dopełniających i 2 ciał pośredniczących.

Ciało dopełniające po 1 godzinnem nagrzewaniu do 56° C. przestaje działać. Co do ciała pośredniczącego, to zostaje ono całkowicie związane przez czerwone ciała krwi królika; jego powinowactwo chemiczne do czerwonych ciałek krwi i do ciała dopełniającego przy 0° jest prawie jednakowe; przy nagrzewaniu ciało pośredniczące nie zmienia się, o ile nagrzewanie nie trwało dłużej nad pół godziny; po godzinnem nagrzewaniu następuje zniszczenie ciała pośredniczącego, czy też przeprowadzone ono zostaje w odmianę nie działającą (*inactio*), tak że hemoliza jest już niezupełna, a po 3 godzinnem nagrzewaniu wcale niemożliwa. Stosunek ilościowy obu ciał w surowicy ludzkiej jest tego rodzaju, że ani przez dodanie pewnej ilości ciała dopełniającego, ani ciała pośredniczącego nie udaje się rozszerzyć granic hemolitycznej własności surowicy.

W jednym przypadku mocznicy N. i D. znaleźli, że dodanie nie działającej surowicy danego osobnika (t. j. surowicy w której „Complement“ został zniszczony przez nagrzewanie) zatrzymuje hemolityczne działanie surowicy normalnej (t. j. zawierającej „komplement“); objaw ten objaśniają oni obecnością „Antitylsiny“, która posiada budowę analogiczną z budową ciała pośredniczącego.

(*Berliner klinische Wochenschrift*, 1901. Nr. 22).

B. Żebrowski.

III ZJAZD PRZYRODNIKÓW I LEKARZY CZESKICH.

(Sprawozdanie własne).

Sprawozdanie z posiedzeń sekcji lekarskiej.

W trzecim z kolei odczycie prof. SCHÖBL mówił „O teorii kryptogliomatu“ podając dotąd nieznanne warunki jego rozwoju. Wyraz „kryptogliomat“ SCHÖBL pierwszy wprowadził do okulistyki; jestto przeciwstawienie pseudogliomatu. Pod mianem „kryptogliomat“ prelegent rozumie chorobę oczu, gdzie chodzi o rzeczywisty gliomat, lecz gdzie doświadczeńszy i ostrożniejszy klinicysta nie kwapi się odrazu z dyagnozą gliomatu, przynajmniej w pewnym stadyum przebiegu, lecz robi inne rozpoznanie mylne, pseudogliomatem zaś nazywa prelegent chorobę oka, gdy doświadczony klinicysta zrobił rozpoznanie gliomatu, gdzie pomimo to w dalszym przebiegu lub przy oględzinach po enukleacji pokazało się, że chodzi o chorobę zupełnie inną. Rozpoznanie więc: kryptogliomat i pseudogliomat znaczy według autora zawsze błąd rozpoznawczy, i można definiować kryptogliomaty jako rzeczywiste gliomaty, które mają przebieg innych wad i chorób ocznych, pseudogliomat zaś można definiować jako zbiór różnych chorób ocznych, których kliniczny przebieg równa się obrazowi *glioma retinae*. Dla tego prelegent czuje się uprawnionym mówić o kryptogliomacie w ten sposób, jak się dawno mówi o pseudogliomacie.

Rzadkie przypadki gliomatu, gdzie zamiast stadyum glaukomat. zjawia się *iritocyclitis* (zapalenie błony tęczowej i ciała rzęskowego), postępujące ubywanie, a wreszcie i kompletna *phthisis* oka, najczęściej są przy rozpoznawaniu powodem takich omyłek, po których stwierdzeniu taki przypadek nazywać należy kryptogliomatem. Dawniej już przypadki takie spostrzegali WARDOP, WELLER, AMON, SICHEL, w nowszych czasach GRAEFE, KNAPP, GROLLMANN i JUNG, jednak żadnemu z nich nie udało się pozyskać z takiego przypadku nic anatomicznego, na podstawie czego mógłby podać obiektywne wyjaśnienie, jakie procesy są przyczyną kryptogliomatu. Prelegent zaś sam obserwował tylko takie dwa nader zajmujące i bardzo rzadkie przypadki kryptogliomatu. W jednym przypadku udało się mu zdobyć *bulbus* w stadyum dostatecznego zmniejszenia, w chwili gdy znów zaczynał się powiększać, a więc wtedy, gdy można było obserwować wewnątrzoczne zmiany, które uwarunkowują kryptogliomaty. Jeden z przypadków, wspomnianych przez prelegenta, dotyczył 20 miesięcznej dziewczynki. Prawe oko miała powiększone, zamiast rogówki tkanka bliznowata, w okolicy ciliarnej blizna, a obok niej fluktuujący wzgórek, zawierający przezroczystą białozółtą ciecz. Przygotowywała się *perforatio spontanea* na wzór dwóch takich samych poprzednich. Lewe oko normalne. Oznaki podrażnienia ciliarne, rogówka normalna, w przedniej komorze $\frac{2}{3}$ części bocznej strony zajmuje substancja guzowata, składająca się z pojedynczych ziarenek (jak krupki), przetkana naczynekami, zostawiając tylko na stronie medialnej półksiężycową owalną przestrzeń, przez którą z trudnością można było dojrzeć dekolorowaną tęczówkę i nieokreślone zmętnienia. W dalszym ciągu nabrzmienie powiększało się *per appositionem* ziarn nowych i całą komorę wypełniło, jednocześnie na bocznej stronie zjawily się regresywne metamorfozy. Rozpoznanie SCH. tego przypadku brzmiało: *granuloma tuberculosum camerae anterioris* i *tuberculosis corporis ciliaris*. W dalszym ciągu cały guz ulegał regresywnej metamorfozie i rezorbcyi, po bocznej zaś stronie zaczął znów

się rozwijać podobny językowaty nowotwór do komory pomiędzy resztkami pierwszego. Wreszcie po długim przeciągu czasu zaczęły obadwa bulbi (wpierw prawy) dostawać większą konsystencyę, pomału się powiększać, wreszcie rozwinął się na obydwóch oczach, na prawem naprzód, rzeczywisty gliomat. Na samym więc początku, gdy dziecko przyniesiono do kliniki, nie można było robić rozpoznania: gliomat, wtedy więc był w kompletnem słowa tego znaczenia kryptogliomat. W drugim przypadku u 3-letniej dziewczynki odrazu zrobił prof. SCH. rozpoznanie gliomatu, ponieważ chorą widział od samego początku choroby, przedtem nim nastąpił proces *iridocyclitis*. SCHÖBL tak wyjaśnia teorię kryptogliomatów. Gdy w bulbus, zawierającym w sobie gliomat w pierwszych stadyach swego rozwoju z jakichbądź przyczyn nastąpi *iridocyclitis*, są dwie możliwości. Jeżeli zostanie zapalenie zjadliwe ograniczone tylko do części przedniej uwealnej, prowadzi do *synechii iridis anterior totalis peripherica* — wtedy nastąpi *glaucoma secundarium* i gliomat spokojnie rozwija się dalej, prowadząc do *exophthalmus*. Gdy zaś zjadliwy proces *iridocyclitis* rozpostrze się na całą uweę, nastanie postępujące zmniejszanie się gałki, prowadzące w końcu do *phthisis*. Pod wpływem owego postępującego zmniejszania się podlegnie cały gliomat pierwotnej regresywnej metamorfozie i w większym lub mniejszym stopniu rezorbcyi. Gdy proces *iridocyclitis* zmniejszy się lub ustanie, zaczną znów rosnać powtórne *disseminia* gliomatu w nerwie wzrokowym i naczyniówce, i znów powstanie kliniczny obraz gliomatu. Każdy przypadek, gdzie okulista nie ma możności zbadania chorego przed okluzją źrenicy i niema pewnej anamnezy lub żadnej, jest i zostanie kryptogliomatem, dopóki nie nastąpi powtórne tworzenie się. Na podstawie badań i obserwacji SCHÖBL nie odrzuca możności dobrowolnego wyleczenia gliomatu lub mięsaka w tym razie, gdyby i cały pierwotny nowotwór podległ regresywnej metamorfozie i rezorbcyi wprzód, nim utworzył *disseminia*, od których pochodzi powtórny rozrost nowotworu.

Prof. d-r DEYL. „O nerwowej słabości wzroku u dzieci w okresie szkolnym.“ W 1883 r. WILBRAND zwrócił uwagę na grupę chorobowych oznak ocznych, które nazwał wtedy pod wpływem BEARD'a *asthenopia neurasthenica*. W r. zaś 1892 wraz z neurologiem SAENGER'em opisał chorobę na nowo, nadając jej nazwę *asth. nervosa*. Prelegent jest następującego mniemania: 1) migotanie (drżenie) pisma, zbytnie przybliżanie książki, podwójne widzenie (i obiektywnie mogące być doowiedzione) — są to pewne nadwyrężenia mięśni ocznych: 2) nadwyrężenie bystrości wzroku, czytanie bokiem (zwracanie twarzy bokiem), zwężenie i wahanie się rozległości pola wzrokowego, widzenie iskier, kół, specjalnie kolorowych na odległości i w ciemności — przypisać należy jakiemuś nadwyrężeniu ustrojów wzrokowych 3) łzawienie, ból oczu i głowy możnaby wytłomaczyć podrażnieniem nerwu trójdzielnego. Ponieważ nerwy mięśniowe, trójdzielny i drogi optyczne leżą blisko siebie w okolicach zatoki jamistej, trzeba więc, według DEYL'a, szukać przyczyny prawdziwej na podstawie czaszki, w anatomicznym podkładzie, nie zaś hypotetycznej „nerwowości“, masturbacyi, udawaniu, anemii opony mózgowej i t. d., — czego zresztą prelegent dowiódł w migrenie ocznej i w zwykłej migrenie, po długich swych klinicznych studyach i anatomicznych badaniach, których rezultaty posłał na zeszłoroczny międzynarodowy zjazd lekarski. Jak wiadomo, migrena jest dziedziczna. Rodzice dzieci, podlegających *asthenopia nervosa*, cierpią sami na migrenę (w 50 przypadkach 46 razy). Można więc przypuszczać łączność migreny z astenopią. Atak migreny wywołany bywa uciskiem zatoki jamistej, a czasami zwiększonej *hypopluzis* tylko u tych osób, u których gruczoł sięga do ostatniego ostrego zakrętu wewnętrznej żyły szyjowej, a zatem uciska wątłe

naczynia, występujące z *carotis* (lub z *art. com. post.* i *art. choroid. ant.*), odżywiające *chiasma* i *tract. optic.*, dopóki nie przyjdą do normy kollateralne obiegi krwi, trwa nadwyrężenie wzrokowe; powiększający się od czasu do czasu gruczol (*hyper. ven.*) po pracy umysłowej, w menstruacji i t. d. uciska *carotis* po stronie której przebiegają poruszające oko nerwy i I gał. nerwu trójdzielnego, na ich to właśnie terenie koncentrują się bóle migrenowe; Dla tego nowotwory *hypophysis*, wywołują ataki zupełnie do migreny podobne. Gdy mija przekrwienie gruczolu. zmniejszają się ataki (np. podczas snu krwi ubywa w mózgu, na starość migrena znika, gdyż następuje kolloidalne zwyrodnienie gruczolu). Wszystkie przyczyny, ułatwiające odprowadzenie krwi żyłnej z zatoki jamistej, zmniejszają cierpienia migrenowe np. przechylenie w tył głowy, wtedy bowiem krew łatwiej może odpływać bocznymi żyłnymi odpływami (t. zw. *foramen lacer. post.*) z czaszki i żyły szyjowej. Prof. D. twierdzi, że 80% migreny bywa na lewej stronie, gdyż lewa *carotis interna* bywa szersza (Ogle 1871 r.) skutkiem czego powstaje prędzej i częściej ucisk trójdzielnego nerwu na lewo, poza tem zaś odpływ do *forum. lacer. post.* w lewo jest węższy (Dwigut obecnie LINSER). Na teraz tyle daje prelegent o migrenie, której ataki polegają na niedomodze mięśni ocznych, nerwu trójdzielnego i optycznych dróg jak również i u dzieci, które odziedziczyły anatomiczny stosunek gruczolu do *carotis*. Refrakcyja oczu nie ma wpływu na ganezę *asth. nerv.*, gdyż u hypermetropów autor bardzo rzadko ją widział, bardzo zaś często u zwykłych krótkowidzów. Dzieci osób, cierpiących na migrenę, mają wyżej wymienione organy ścieśnione, i dla tego to zauważyć się da cierpienie dopiero wtedy, gdy zaczną pracować umysłowo, mniej więcej od II klasy aż do szkół wyższych. U dzieci również zdarzają się silniejsze ataki, przeważają zaś stale umiarkowane cierpienia, żyłne bowiem odpływy u dzieci są stosunkowo szersze. W końcu pracy swej przystępuje prof. DEYL do wyjaśnienia dziwnych dalszych oznak dotąd nie zrozumiałych w *asthen. nerv.*

„Rzadki przypadek zgęstnienia *papillae*“ dostarczył prof. DEYL'owi materiału do drugiego odczytu. Wiadomo, że w chorobach nerek czasami zdarza się kompletny obraz zgęstnienia *papil.*, jak w nowotworach mózgowych. W obydwu przypadkach reszta oznak może wskazywać tylko guz, ku czemu pomaga konstataowanie zgęstnienia *papil.* Nie zawsze uda się mocz zbadać, zresztą w obydwóch przypadkach białka może nie być w moczu przez parę dni. Dotąd niemożliwe było różniczkowe rozpoznanie (OPPENHEIM). Prelegent znalazł oftalmoskopową oznakę, na której podstawie, bez zbadania moczu zaraz z łatwością można uczynić rozpoznanie. Opierając się na swych badaniach, polegających na tem, że często na parę lat przed rozwinięciem się choroby nerek, zdarza się *arteriosclerosis* tętnic siatkówki i *papil.*, które nie tętnią wszakże jędrnie, skoro pobudzić sztucznie uciskiem palca ich pulsowanie. W zapaleniu nerek, a więc wtedy i przy czasami powstającym zgęstnieniu *papil.* nie tętnią wcale. Przy zgęstnieniu *papil.*, i przy nowotworach i w innych razach sztucznie wywołane tętnienie w arteriach bywa jędrne.

(D. n.).

Przemysław Rudzki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— REMMETZ: Jodosolwina, nowy przetwór jodowy, oleista ciecz, zawierająca 15% czystego jodu, działa tak samo jak nalewka jodowa, lecz lepiej i szybciej zostaje przez skórę wchłonięta. Stosuje się jodosolwinę wszędzie, gdzie dawniej używano *Tra Jodi*. W tym celu smaruje się skórę pędzlem, umaczanym w danej cieczy, poczem ręką na płask wciera się ją przez 5 minut; czynność ta wykonywa się 2—3 razy dziennie. Przetwór ten nie drażni skóry tak, jak nalewka, nawet po wielokrotnem zastosowaniu nie widzi się silniejszego odczynu ze strony powłok zewnętrznych; jod, zawarty w jodosolwinie, zostaje całkowicie wchłonięty; zastosowanie nowego środka jest łatwe i przyjemne — z powodu oleistej gęstości i przyjemnego zapachu leku; po zastosowaniu jodosolwiny skóra nie zachowuje przez dłuższy czas brunatnego zabarwienia, jak po nalewce jodowej. Wyrobem nowego leku zajmuje się Einhornowska apteka w Altonie pod Hamburgiem. (*Der prakt. Arzt.* 1901 Nr. 6). L. W.

— PROSCHER zaleca nową metodę wykrywania bilirubiny w moczu żółtaczkowym. Nasyca się 10 ctm. sz. moczu siarczanem amonu, przesącza się, a pozostały na sączku osad barwny wyciąga się 90% wyskokiem. Ten wyciąg zakwasza się kwasem solnym i dodaje się roztworu diazowego. W razie obecności bilirubiny płyn zabarwia się błękitno. (*Cebl. f. inn. Med.* 7 — 1901).

— CENI zwraca uwagę na ważny objaw u epileptyków; mianowicie w pewnych odstępach dnia występują krytyczne opadania ciepłoty, trwające 1/2 do 1 godziny; ciepłota znika się o 3° nawet. Spostrzeżeń dokonywano u 21 chorych, którym mierzono ciepłotę 8—10 razy w ciągu doby. Każde spostrzeżenie trwało około 2 miesięcy. Owe wahania ciepłoty występowały u 2/3 chorych, lecz nie można było stwierdzić stałego związku między nimi a napadami padaczki. (*D. M. Zg.* 24 — 1901).

— HOWELL opisuje 12 letnią dziewczynę, u której w ciągu roku spostrzeżać szybki upadek czynności duchowej: naprzód straciła mowę, później nie chciała się ubierać, ani przyjmować pożywienia. Przy badaniu jamy ust znaleziono tylko 2 zęby stałe, przytem spróchniałe; reszta były to zęby mleczne; dziąsła były obrzmiałe i krwawiły. H. usunął wszystkie zęby, poczem rozpoczęło się prawidłowe drugie zębowanie, i chora wkrótce zupełnie wyzdrowiała. (*Jour. f. Zahnheilk.* 2 — 1901).

— SWERINGEN uleczył pewną 70 letnią chroniczną morfinistkę podskórnie zastrzykiwaniami wody słonej. Stosował on co 4 godziny pełną strzykawkę roztworu 1 łyżeczki soli kuchennej w 1/2 litrze wody. Skutek był znakomity już po upływie bardzo krótkiego czasu. (*D. M. Zg.* 27 — 1901).

P.

Wiadomości bieżące.

— D-r Med. Cezary STANIEWICZ, członek Wileńskiego Towarzystwa Rolniczego, wygłosił na posiedzeniu tegoż towarzystwa dnia 3 września 1900 roku zajmujący odczyt, który wydał następnie pod tytułem: „Mleko i gospodarstwo mleczne z sanitarnego punktu widzenia;“ w pracy tej zwraca uwagę na wszelkie cechy prawidłowego i nieprawidłowego mleka krowiego, na różnego rodzaju mleko (krowie, kozie, ośle, owcze), na karmienie krów, sposób prowadzenia gospodarstw mlecznych w Wilnie i okolicy, na zafałszowania i sposoby ich

badania, na pasteryzację i sterylizację mleka i t. p. Wykład świadczy o dokładnej znajomości rzeczy autora, nie tylko naukowo-teoretycznej, lecz i gospodarczo-praktycznej, wobec czego wyłożone w nim przepisy i przykłady wielce mogły być pożyteczne dla słuchaczy i czytelników.

— Rada Towarzystwa Higienicznego nadesłała nam kwestyjonaryusz w sprawie epidemiologii malarii w naszym kraju z uwzględnieniem nowej teorii o szerzeniu się jej przez ukąszenie komarów, opracowany przez Wydział biolo-

giczny, który podajemy w dosłownem brzmieniu: 1) Warunki klimatyczne danej miejscowości (ilość wód bieżących, stojących, bagien i t. d.); niskie, wysokie położenie miejscowości. 2) Czy w danej miejscowości zdarzają się przypadki malaryi, jak często i o jakim typie. 3) W którym miesiącu są one najczęstsze. 4) W jaki sposób stwierdzane bywa rozpoznanie malaryi (badanie krwi, chinina, typowy przebieg). 5) Jakte bywa zejście przypadków malaryi (wyleczenie, charakterystyka i t. p.). 6) W jakim wieku ludzie zapadają najczęściej w danej miejscowości na malaryę. 7) Zajęcie pacjentów, czy pozostają na powietrzu po zachodzie słońca, w nocy lub przed wschodem słońca. 8) Czy w danej miejscowości bywa wiele komarów i w jakich miesiącach pojawiają się one w ilościach większych. 9) Czy daje się anamnestycznie wykazać związek pomiędzy zachorowaniem na malaryę i ukąszeniem przez komary (okres wylegania malaryi trwa od 2 — 3 tygodni). Upraszsa się o dołączenie do przysłanych informacji szkiełek z preparatami krwi chorych malarycznych oraz stoika z okazami komarów danej miejscowości.

Uwaga I. Co do chwytania komarów. 1) Komary najlepiej chwytac po zachodzie słońca w miejscowościach bagnistych, wilgotnych, ocienionych. 2) Łapanie najlepiej skuteczniac za pomocą siatek muslinowych, lub pozwalając komarom siadać na ubraniu lub na rękach. 3) Komary, łapanie na powierzchni ciała, mogą być bezpośrednio zamykane do stoików, postawionych dnem do góry ponad komarem; wówczas komar ulatuje ku górze, a otwór stoika zasłania się kartą. 4) Komary z siatek należy przenosić z największymi ostrożnościami do stoików, baczac, aby nie uszkodzić skrzydeł, nóg i uzbrojenia gęby owadów. 5) Stoiki do przechowywania komarów powinny być najdokładniej wysuszone.

6) Zabijanie komarów w stoikach najlepiej skuteczniac za pomocą pary benzyny: korek, który ma zatykać stoik, owija się w tym celu flanelą, zmoczoną w benzynie, poczem dopiero zatyka się stoik i stawia w suchem miejscu. Skrapiac benzyną komarów nie należy. 7) Ponieważ komary po pewnym czasie rozkładają się, przeto należy je odsyłać do badania możliwie niedługo po schwyceniu.

Uwaga II. Co do robienia preparatów krwi. 1) Szkiełka przykrywkowe powinny być zupełnie czyste, wymyte wodą, alkoholem i eterem, absolutnie suche. Chuchania na szkiełka należy unikać. 2) Krew można brać z palca lub z ucha, oczyściwszy przedtem dokładnie powierzchnię ukladnia wodą z mydłem, spirytusem, eterem. 3) Kluc trzeba cienką igłą, uprzednio przepaloną. 4) Kropla krwi powinna być bardzo mała; do niej lekko dotykamy środkiem szkiełka, na którym zostanie nieco krwi. To szkiełko kładziemy wówczas na drugie i, nie uciskając, rozsuwamy. Krew się rozłoży cienką warstwą na obu szkiełkach. Suszymy szkiełka na powietrzu w słonecznem miejscu, baczac, aby nie zostały zanieczyszczone, co najlepiej skuteczniac, pokrywając szkiełka kloszem, szklanką i t. p. Takie przedwstępne suszenie trwa 15 — 30 minut, poczem należy włożyć szkiełka do pudeleczka z watą i w niem wystać do ostatecznego zbadania. Do preparatów krwi należy dodawać kartkę z napisem, czy chory, od którego pochodzi dana krew, chorował na malaryę o typie trzecieczkowym, czwartaczkowym lub nieregularnym. Krew należy brać od chorych, którym nie dawano chininy i jej przetworów.

Odpowiedzi na powyższy kwestyonaryusz oraz posyłki Rada uprasza o nadsyłanie do kancelaryi Towarzystwa Higienicznego ul. Krakowskie przedmieście Nr. 66 w Warszawie.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach ma honor zaprosić wszystkich członków Kasy Wsparcia na ogólne zebranie członków tejże Kasy, odbyć się mające w Piątek dnia 27 września 1901 roku, o godzinie 8-ej wieczorem, w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7). Na zebraniu tem Komitet, w myśl § 13 go ustawy, złoży Członkom Kasy publiczne zdanie sprawy ze swych czynności za rok 1900.

Zarządzający Kasą Wsparcia *D-r M. Jalcowski.*

WYDAWCA *Dr. L. Guranowski.*

REDAKTOR odpowiedzialny *Dr. med. M. Sadowski.*

Доволено Цензурою, Варшава 13 Сентября 1901 г. Друк К. Ковалевського, Варшава, Магowiecka 9

Opatrunki „chirurgiczne i ginekologiczne“ oraz wszelkie środki opatrunkowo sterylizowane (wata, gaza, ligatury, bandaże). Z pracowni sterylizacyjnej **D-ra BORZYMOWSKIEGO** można dostać w aptekach W.W.: Boreza, Cepousza, Filloborna, Filanowicza, Habielskiego, Iwańskiego, Klickiego, Klimpla, Koziolkowicza, Kozłowskiego, Lilpopa, Malinowskiego, Mieszczńskiego, Manduka, Modlińskiego, Nawrockiego, Rózyckiego, Strużyńskiego i Fricke, Stypńskiego i Surzyckiego, Welta i Zilbera, Więkowskiego, Wiorogórskiego, Wróblewskiego i Zamenhofs.

Składy główne: Karmelicka 6, m. 7. Od 1-go Lipca Solna 17 (Pracownia Sterylizacyjna) i Włodzimierska 6, m. 2 (Kantor fabryki środków opatrunkowych „Strzelocki i S-ka“, Tel. № 1341). W Lublinie: w składzie **Wł. Magierskiego**. W Kaliszu: w aptece **K. Rybickiego**. W Kielcach w aptece **A. Wierzbicy**.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Wars. Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek. Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej. Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach wina w Warszawie i na prowincyi

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cuklerki na trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Chmielna 25.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Pracownia analityczno - lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, natętów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

DOM ZDROWIA

Maryi Dobrowolskiej

w Meranie (Andreas Hoferstrasse 14).

Dziesięć pokoi słonecznych, leżalnia, wszelkie urządzenia hydropatyczne, wyborowa kuchnia polsko-francuska. Dwóch stałych ordynatorów na miejscu. Wybór lekarzy z poza zakładu dozwolony. Ceny możliwie dostępne.

Marya Dobrowolska (wdowa po lekarzu).

ZAKŁAD LECZNICZY

„**BELLARIA**”

D-ra F. Navrátila

W ARCO.

Najlepszej stacyi klimatycznej południowego Tyrolu dla chorych chronicznych, rekonwalescentów etc.

Prospekty i wszelkie informacje na żądanie.

Wiesbaden Lekarz chorób skóry i syfilitycznych

Friedrichstrasse 16. D-r med Julius Müller

Fabryki Farb

DAWNIEJ

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

Oddział produktów farmaceutycznych.

Arystol Phenacetyna Bayer Aspiryna

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

Mleko—Somatoza.

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

Creosotal

wolny od działania żrącego i trującego.

Heroina

zastępuje morfinę.

Protargol

Organiczny związek srebra zastępuje doskonale $AgNO_3$, 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.



Somatoza

związek białkowy, łatwo rozpuszczalny bez smaku i zapachu.

Duotal

Najczystszy prep. guajakolu.

Chlorek heroiny

łatwo rozpuszczalny w wodzie zastępujący morfinę.

Tannigen

Zamienia taninę, rozszczepia się w кишkach 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.

Europen

zastępuje jodoform w małej chirurgii.
Stosowanie: czysty lub z acid. boric. pulv. na. p. w maści —10%.

Jodotyryna

działająca substancja gruczołu tarczycowego.

Salophen

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

Piperazyna

Trional

Sulfonal

Salol