

# MEDYCINA.

CIASOPISMO TYGODNIOWE  
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie 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. Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej. (Przyczynę do rozpoznawania ciąży zewnątrzmacicznej w drugiej połowie). Podał B. Szymański. — O miesaku gruczołu krokowego. Napisał d-r A. Fryszman. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 56. Przyczynę do nauki o dwóch toksynach kiszkowych. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Odporność w świetle badań współczesnych. Streścił L. Karwaicki. (Ciąg dalszy). — Sprawozdanie z XII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie (Ciąg dalszy). — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE  
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Szymański — Un cas de grossesse abdominale en 8-ème mois. 2) D-r A. Fryszman — Sur le sarcome de la prostate.

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

## „MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT  
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. Szymański — Ein Fall von 8-monatlicher abdominaler Schwangerschaft. 2) D-r A. Fryszman — Ueber das Sarcom der Prostata.

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

## Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej.

(PRZYZYNEK DO ROZPOZNAWANIA CIĄŻY ZEWNĄTRZMACICZNEJ W DRUGIEJ POŁOWIE).

Podał

Bronisław Szymański.

Od czasów RIOLAN'a<sup>1)</sup>, który po raz pierwszy opisał i rozpoznał trzy przypadki ciąży zewnątrzmacicznej, a więc od początku XVII wieku, zaczęła się rozwijać nauka o ciąży zewnątrzmacicznej. Nagromadzone w wielkiej liczbie od tego czasu spostrzeżenia kliniczne, a następnie dokonane w ciągu zeszłego wieku badania anatomo-patologiczne i doświadczalne przez szereg takich uczonych, jak VIRCHOW, LAWSON TAIT, Bl. SUTTON, WEBSTER, WINCKEL, VEIT, LEOPOLD, SCHAUTA, OLSHAUSEN, wyjaśniły w wielkiej mierze powstawanie ciąży zewnątrzmacicznej i dały podstawę do jej leczenia i rozpoznawania. Pomimo to jednak w sprawie powstawania, rozpoznawania i leczenia ciąży zewnątrzmacicznej autorowie wyrażają sprzeczne często po-

<sup>1)</sup> RIOLAN. Les oeuvres de R. mis en franç. p. P. Constant. Paris. 1629.



głady tak, że dalsze gromadzenie odpowiedniego materiału należy uważać za konieczne.

Wobec tego uważam za właściwe opisanie przypadku ciąży zewnątrzmacicznej, spostrzeganego w oddziale d-ra Fr. NEUGEBAUERA, który pod względem klinicznym może obudzić pewne zaciekawienie.

Chora, lat 28, zamężna od lat 12, urodziła dwoje dzieci, z których pierwsze powiła prawidłowo i żywe, drugie zaś nieżywe za pomocą obrotu na nóżkę (z położenia poprzecznego) we Wrześniu 1900 roku. Okres połogowy po obydwóch porodach przebiegał prawidłowo.

Do szpitala chora przybyła w dniu 21 września 1901 r. głównie dla tego, że obawiała się powtórzenia cierpień tego rodzaju, jak podczas ostatniego porodu.

Po ostatnim porodzie chora miesiączkowała kilkakrotnie, nie pamięta jednak, ile razy i kiedy po raz ostatni.

Natomiast twierdzi, że ruchy poczuła po raz pierwszy dnia 23 maja r. z., a przed 6 tygodniami zaniemogła nagle podczas wyciągania cebra wody ze studni za pomocą żórawia. Wtedy poczuła bóle jakoby porodowe w podbrzuszu, osłabła, a z pochwy poczęła nieco krwawić.

Bóle, powtarzające się co pewien czas, uspokoiły się przy leżeniu w łóżku po kilku dniach.

Od tej chwili jednak przestała czuć ruchy płodu. Po pewnym czasie czuła się zupełnie zdrową, mogła wypełniać zwykłe swe obowiązki domowe swobodnie, nie mogła tylko leżeć na lewym boku z powodu dotkliwego bólu i czuła, że ta strona brzucha nieco się wypukła nazewnątrz poniżej lewego łuku żebrowego.

Chora od czasu do czasu krwawiła, nie zauważyła jednak, aby kiedykolwiek wydalił się jaki kawałek błonki lub tkanki.

Chora średniego wzrostu i miernego odżywiania ciała; powłoki ciała i błony śluzowe blade. Nie gorączkuje, tętno prawidłowe. Płuca, serce i nerki funkcjonują prawidłowo.

Sutki wydzielają wykształcony pokarm niewieści.

Ściany brzucha — nierównomiernie wypukłe; po lewej stronie widać wzniesienie, które przez wymacywanie daje się określić jako guz twardy, położony ukośnie. Wierzchołek jego kulisty leżał po lewej stronie u góry, dolny zaś koniec guza znajdował się po stronie prawej w okolicy dołu podłędźwiowego prawego. Guz okazał się mało ruchomym, konsystencyi niejednakowej, nieco chleboczącym. Przez wypukiwanie dała się wyłączyć łączność guza z narządami, leżącymi poniżej łuku żebrowego po stronie lewej.

Pomiędzy dolną częścią guza a przednim górnym brzegiem miednicy można było wtłoczyć rękę wgląb, czyli że podstawa guza nie sięgała do miednicy małej, a w stosunku do narządów płciowych wewnętrznych guz był położony wysoko. Przy badaniu wewnętrznym nie można było wymacać guza, ani go dosięgnąć. Szyja macicy — nieco rozpulchniona, macica w pochyleniu prawem boczem, a dno macicy po stronie prawej powyżej spojenia łonowego.

Wobec takich danych wywiadowczych i badania przedmiotowego stwierdzono istnienie guza w jamie brzusznej, a rozpoznanie wahało się między torbielą jajnikową i ciążą zamaciczną.



Badanie promieniami ROENTGEN'a nie było stosowane, a to ze względu, że badanie to w trzech przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej donoszonej lub prawie donoszonej nie dało wyników pozytywnych.

Do operacji przystąpiono w dniu 24 września 1901 r. Powłoki brzuszne przecięto w linii białej brzucha. Po przecięciu otrzewny wraz ze zrośniętą z nią kosmówką w ranie przeświecała owodnia, a przez tę ostatnią zawartość worka płodowego barwy brunatnej. Ilość płynu w worku płodowym wynosiła około litra.

W jamie worka płodowego leżał skośnie położony płód, główka jego była pokryta gęstym włosiem i stanowiła górną część guza, sterczącą wypukle pod powłokami brzuszными. Pośladki leżały po prawej stronie u dołu. Płód był zmacerowany, naskórek złuszczał się wielkimi płatami przy dotykaniu palcami.

Płód wydobyto za główkę. Pępowina bez śladu zwojów okrężnych przedstawiała się jako sznurek kiszgowaty barwy czekoladowej.

Łożysko było przyklejone częścią na przedniej ścianie brzucha, częścią w dole jamy brzusznej po stronie prawej, zwrócone powierzchnią płodową do jamy brzusznej. Przy odklejeniu łożyska nie zauważono najmniejszego krwawienia ani z łożyska, ani ze ścian otrzewny.

Resztę wód płodowych wydobyto wacikami z jamy legowiska płodu.

Jama legowiska płodu, po za otwartą jamą otrzewny (*ovisaccus*), sięgała aż pod łuk żebrowy po stronie lewej i po za linię środkową ciała. W głębi można było rozpoznać pętle kiszek cienkich, prześwielające przez ściany worka płodowego, który widocznie w górnym odcinku składał się tylko z owodni i kosmówki bez grubszego płaszcza, któryby wskazywał na istnienie dokoła jaja jeszcze ściany, należącej do jajowodu, więzu szerokiego lub zgrubienia otrzewny.

Po wytamponowaniu jamy sączkami z gazy wyjałowionej, ranę brzuszną zaszyto szeregiem szwów jedwabnych węzełkowatych w trzech czwartych jej górnej części, a od dołu ścianę brzuszną zostawiono otwartą dla wyrowadzenia nazewnątrz wolnych końców trzech sączków, które założono do jamy legowiska płodu.

W ten sposób wykonano kelyphotomiam, a nie kelyphoektomiam, t. j. worka płodowego nie usuwano wcale.

Płód miał 40 ctm. długości, obwód czaszki wynosił 27 ctm.; czaszka płodu miękka, szwy szerokie, kości podatne.

Płód płci żeńskiej, bez zniekształceń szczególnych, prócz stopy płaskiej po jednej, a stopy szpotawej po drugiej stronie.

Łożysko miało 38 ctm. obwodu, a 13 i 14 ctm. w największych wymiarach poprzecznych.

Ciepłota w ciągu pierwszych dni po operacji nie podnosiła się powyżej 37,8°, przy tętnie około 90. Dopiero 8 dnia podniosła się do 38,8° przy tętnie powyżej 100, przyczem wystąpiły bóle w okolicy pachwiny i obrzęk niewielki kończyny dolnej prawej. Po kilkakrotnem podniesieniu ciepłoty powyżej 39° i tętnie około 120 między 1 a 7. X. 1901, ciepłota i tętno zaczęły stale opadać, a obrzęk się zmniejszać, tak że od dnia 18. X. 1901 stan chorej był już zupełnie prawidłowy, i chora wkrótce potem wypisała się ze szpitala.

Przypadek, wyżej przytoczony, nastroczał pewne trudności tak pod względem etiologii, jak pod względem rozpoznawczym.



Jeżeli bowiem zwrócimy uwagę na tę okoliczność, że chora przed ostatnią ciążą zamaciczną nie przechodziła żadnych cierpień, sprzyjających powstawaniu ciąży zamacicznej, powstanie tej ostatniej staje się do pewnego stopnia zagadkowym.

Przed ostatnią ciążą chora nie przechodziła rzeżączki, gorączki połogowej, zapalenia otrzewny. Miesiączkowała prawidłowo. Nie wspominała o żadnych bólach w podbrzuszu, ani o upławach.

Cierpienia wrodzone jajowodów mamy prawo wyłączyć na zasadzie poprzednio przebytych ciąży prawidłowych: nie możemy więc mówić ani o jajowodzie dziecięcym, ani o zwojach jajowodowych w rozumieniu W. A. FREUND'a.

Ze strony płodu i jaja płodowego nie istniały również przyczyny, wpływające na powstawanie ciąży zamacicznej: ciąży bliźniaczej, wodogłowa, obfitości wód płodowych (*hydramnios*), skręcenia pępowiny (HENNING), chorób łożyska i błon płodowych nie skonstatowano.

Aczkolwiek wywiady i ogólny stan chorej pozwalają wyłączyć najczęstsze przyczyny ciąży zewnątrzmacicznej, nie można nie uwzględnić znanego powszechnie faktu, że w  $\frac{3}{4}$  przypadków (SCHAUTA-DHURSEN) ciąża zewnątrzmaciczna rozwija się skutkiem cierpienia jajowodów.

Ponieważ w naszym przypadku ciąża zewnątrzmaciczna rozwinęła się wkrótce, albowiem bez mała w 6 miesięcy po ciąży macicznej, a chora połów przebyła prawidłowy, należy przypuścić, że powstanie ciąży zewnątrzmacicznej znajduje się w związku z porodem, a mianowicie nadmiernem zwinięciem narządu płciowego, które doprowadziło do zaniku połogowego jajowodów (*atrophia puerperalis*). W następstwie takiego stanu rozwija się, jak wiadomo, zanik tkanek (DHURSEN) ścian jajowodów, a przede wszystkim mięśni (oddzielne włókna mięsne leżą w pewnych odstępach od siebie dochodzących do 425  $\mu$ ; jądra komórek mięsnych są mniejsze i węższe); podobnemu zanikowi ulega również tkanka łączna i błona śluzowa. W rezultacie światło jajowodowe staje się nadzwyczaj szerokie, a ściany cienkie. Wobec takich zmian, oczywiście, robaczkowy ruch jajowodów słabnie, a nawet może zanikać, co spowoduje następnie przetrzymanie jaja płodowego w jajowodzie, jego rozrost i dalszy rozwój. Jeżeli przytem jajo zapłodnione osiadło w brzuszonym końcu jajowodu, a skutkiem niedostatecznego rozwoju błony śluzowej związek jego ze ścianami jajowodu był bardzo luźny, można przypuścić, że już w pierwszych tygodniach ciąży nastąpiło poronienie do jamy brzusznej całkowitego jaja płodowego, lub też że jajo płodowe rozwijało się w brzuszonym końcu jajowodu, albo że przedostało się do jamy brzusznej przez szczelinę w ścianie jajowodu, utworzoną przez powolne rozciągnięcie się, a w końcu rozejście włókien mięsnych ściany jajowodu. Tą tylko drogą możemy wytłumaczyć brak u naszej chorej objawów, towarzyszących zwykle poronieniu jajowodowemu.

Według więc naszego przypuszczenia mieliśmy do czynienia z wtórną ciążą brzuszną, powstałą w jeden z wyżej podanych sposobów, uwarunkowaną przez połogowe zwinięcie jajowodu. To ostatnie nabrałoby większego znaczenia, gdyby nasza chora w krótkim czasie zaszła w ciążę, stwierdziłoby bowiem przejściowy a niestały charakter cierpienia jajowodu.

W takim razie bylibyśmy zupełnie w zgodzie z opinią DHURSEN'a, który na zasadzie odpowiednich przypadków doszedł do przekonania, że „wszędzie, gdzie wkrótce po ciąży wewnątrzmacicznej powstaje ciąża jajowo-



dowa, inne zaś przyczyny, a szczególnie zapalenie jajowodów wykazać się nie daje, przyczyny ciąży jajowodowej należy szukać w położowym zwinięciu jajowodów“.

Nie uważam za właściwe wspominać o możliwości w naszym przypadku pierwotnej ciąży brzusznej wobec pracy WERTH'a, który, acz nie zaprzecza zasadniczo możliwości ciąży brzusznej, wymaga jednak ścisłego zbadania anatomicznego odpowiednich przypadków, wyłączenia pierwotnego siedliska jaja płodowego w jajowodzie i ścisłego związku między błonami płodowymi i łożyskiem a otrzewną, która, ulegając w takim razie przemianie na podobieństwo błony śluzowej macicy i jajowodu w doczesną, powinna wraz z błonami płodowymi i łożyskiem stanowić spójną całość.

Gdy zaś w naszym przypadku szczegółowe zbadanie stosunków anatomicznych było dla zrozumiałych powodów niemożliwe, myśl o ciąży brzusznej pierwotnej upaść musi.

Pod względem rozpoznawczym przypadek omawiany przedstawiał również pewne trudności.

Wprawdzie chora podaje, że po 5-krotnych okresach miesięczkowych miesiączkować przestała, że czuła dokładnie ruchy, które dopiero od 6-ciu tygodni ustały, kiedy poczuła bóle w podbrzuszu i poczęła krwawić, pomimo to jednak brak przedmiotowych cech ciąży usprawiedliwia zachodzące w tym przypadku wątpliwości.

Pewne rozpoznanie ciąży zamacicznej można byłoby oprzeć na istnieniu miękkiego guza obok nieco powiększonej macicy, przypominającej macicę ciężarną w pierwszych miesiącach, przytem guza, w którym wymacano części płodu lub wysłuchano tętno płodu, szmer łożyska i t. d., obok innych ogólnych i miejscowych znaków ciąży. Tymczasem macica nie była powiększona, rozpulchniona ani odpowiednio zabarwiona, podobnie pochwa i części zewnętrzne narządu płciowego. Sutki były obwisłe, zabarwienie brodawek pozostało po poprzednich ciążach, podobnie pokarm.

MATLAKOWSKI uważa wydzielanie się mleka przez sutki za jeden z ważnych znaków rozpoznawczych w późnych okresach ciąży zamacicznej, nawet po zamarcu płodu. Sądziłbym jednak, że objawu tego nie należy zbyt precyzyjnie przeceniać, jeżeli bowiem niekiedy u pierwiastek zawodzić może (ZWEIFEL)<sup>2)</sup>, u wieloródek traci swe właściwe znaczenie szczególnie, gdy wiemy, że pokarm po porodzie przez czas bardzo długi utrzymuje się, a niekiedy przy guzach (torbielach, włókniakach) rozwija (WINTER).

Za ciążą przemawiał jedynie brak miesiączkowania. Zważywszy jednak, że chora mogła nie zwracać uwagi na rodzaj miesiączki, jej długość, obfitość, można było przypuszczać, że miesiączkowanie ustało i z innych powodów, nie tylko w ciąży znajdujących wytłumaczenie.

Chelboczący, nieco ruchomy guz, o konsystencji prawie jednostajnej, przypominał torbiel jajnikową. Co więcej, obecność torbieli mogła wpłynąć na powstanie położenia nieprawidłowego (poprzecznego) i pewnych trudności w czasie rozwiązania przy poprzedniej ciąży. Skutkiem skręcenia torbieli mogły powstać bóle w podbrzuszu i krwawienia maciczne (SCHAUTA, R. v. BRAUN), brak zaś miesiączkowania można było wytłumaczyć rozwijającym się stanem charłaczym, złośliwością guza, albo też tym klinicznie znanym

<sup>2)</sup> Z. znalazł w swym przypadku zmiany, odpowiadające ciąży, w sutkach u kobiety, która nigdy nie rodziła i w ciąży nie była. Lehrbuch der Geburtshilfe. 1895.



faktem, że miesiączkowanie ustaje przy torbielach jajnikowych na lata całe i powraca dopiero po wycięciu torbieli (PFANNENSTIEL).

Aczkolwiek WEBSTER słusznie twierdzi, że rozpoznanie różniczkowe między ciążą zewnątrzmaciczną i torbielą jest łatwe w drugiej połowie ciąży, jeżeli płód żyje, dodać wszakże winniśmy, że staje się wielce utrudnionem, jeżeli płód zamrze. Wykrycie wielkiej części u płodów obumarłych często jest niemożliwe w ciąży wewnątrzmacicznej, w ciąży zaś zamacicznej rozpoznanie części płodu bywa jeszcze trudniejsze, pomimo tego, że płód nie jest otoczony ścianą macicy, a to z powodu unieruchomienia swego skutkiem wessania wód płodowych i rozmiękczenia płodu, co czyni go więcej jednolitym. W naszym przypadku istniała jeszcze jedna przeszkoda, utrudniająca wybadanie części płodu, a mianowicie umiejscowienie łożyska od przodu i dołu worka płodowego.

W tych warunkach badanie chorej metodą HUTCHINSON'a po ułożeniu chorej w raczka nie dało dodatnich wyników, przez sklepienia bowiem pochwowe nie można było wyczuć części płodu.

(D. n.).

---

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ D-RA J. STEINHAUSA PRZY WARSZAWSKIM  
SZPITALU STAROZAKONNYCH.

## O MIĘSAKU GRUCZOŁU KROKOWEGO.

Napisał

D-r ALEKSANDER FRYSZMAN.

---

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 32).

### II.

#### Kazuistyka mięsaków gruczołu krokowego.

Po odrzuceniu wszystkich tych spostrzeżeń, w których dyagnoza mięsaka robiona była jedynie na podstawie klinicznego badania lub oględzin pośmiertnych makroskopowych, pozostaje w literaturze zaledwie 21 przypadków mikroskopowo stwierdzonych mięsaków gruczołu krokowego.

Przypadki te są następujące:

I. Przypadek ISAMBERT'a (10) z 1853 roku. Spostrzeżenie dotyczy 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> letniego dziecka, które oddane zostało do szpitala z powodu zatrzymania moczu. Ostatnie już kilkakrotnie u dziecka tego występowało, a usuwano je za pomocą cewnikowania, zazwyczaj z krwawieniem połączonego. Przy badaniu zauważono w podbrzuszu olbrzymi guz, sięgający prawie do pępka i dający przy opukiwaniu stłumiony odgłos. Po opróżnieniu pęcherza okazało się, że punktem wyjścia guza był gruczoł krokowy. Guz był twardy, wielkości pięści. Zastosowano leczenie paliatywne, polegające na częstym opróżnianiu pęcherza.

Choroba szybko postępowiała i po 5 miesiącach zakończyła się śmiercią.



Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy dane następujące:

Miejsce gruczołu krokowego zajmuje guz, wypełniający całą niemal całą miednicę. Guz ten obejmuje dno i szyję pęcherza i wyciąga ją, unosząc ku górze.

Wymiary guza były następujące: długość 21 ctm., szerokość w części górnej 9, dolnej 6, obwód 12 ctm.

Guz przeszedł na pęcherz i występuje na dnie jego w postaci brodawkowatych wyrostów, miękkich, jak substancja mózgowa. Powierzchnia przekroju guza biała, zawiera dość duże guziki, z których jedne są twarde, włókniste, inne zaś miękkie.

Na podstawie badania drobnowidzowego rozpoznano w danym przypadku wrzecionowato-komórkowego mięsaka gruczołu krokowego.

II. Przypadek LANGHANS'a (opisany przez SOCIN'a) (14). Dane, dotyczące przebiegu klinicznego w przypadku tym bardzo są skąpe. Dowiadujemy się z nich tyle tylko, że chory, 8-mio miesięczne dziecko, w ostatnim okresie choroby cierpiał na zatrzymanie moczu, do czego w końcu przyłączyło się zapalenie pęcherza i miedniczek nerkowych.

Na sekcji okazało się, że przyczyną zaburzeń w oddawaniu moczu był guz gruczołu krokowego. Guz ten, wielkości główki noworodka, rozwinął się między pęcherzem a odbytnicą, wypełnił całą miednicę i przez niesymetryczny rozwój spowodował znaczne zboczenie tylnej części cewki. Miał on miękką spistość, na przekroju okazał się galaretowato-przezroczystym i zawierał pojedyncze małe torbiele z krwawo zabarwioną płynną zawartością. Badanie drobnowidzowe wykazało, że guz ten był mięsakiem o komórkach w części okrągłych, w części zaś skutkiem wzajemnego ucisku wielokątnych.

III. Przypadek SOCIN'a (14). Dotyczy on 51-letniego osobnika, u którego początkowo rozpoznano kamień pęcherza. Chory ten przy zapisaniu się do szpitala skarżył się, że od roku doznawał częstego parcia na mocz, a od 6 tygodni nie mógł już wcale samodzielnie oddawać moczu. Przeciwno zatrzymaniu moczu stosowano cewnikowanie, które z biegiem czasu coraz to trudniejsze się stawało i coraz częściej powodowało krwawienie.

Przy badaniu znaleziono u chorego posokowate zapalenie pęcherza, a obok tego w jamie pęcherza tuż przy ujściu guz nieruchomy, wielkości kurzego jaja. W dziesięć dni po zapisaniu się do szpitala chory zmarł przy objawach posocznicy.

Na sekcji okazało się, że ów *intra vitam* stwierdzony guz pęcherza łączył się z guzem gruczołu krokowego za pomocą szypuły; punktem wyjścia guza był środkowy płat gruczołu, podczas gdy boczne płaty znajdowały się w stanie umiarkowanego przerostu. Spistość guza w części podstawowej podobna była do spistości kamienia, w pozostałej zaś była miękka. Na przekroju części twardej można było widzieć pomiędzy ścięgniastymi pasmami zwapniałe masy, podczas gdy części miękkie były szare, przezroczysto galaretowate i bardzo silnie unaczynione.

Badanie drobnowidzowe wykazało, że guz ten był silnie unaczynionym, częściowo zwapniałym okrągło-komórkowym mięsakiem.

IV. Przypadek BARTON'a (4). Wieku chorego autor nie podaje. Z przebiegu choroby tyle tylko się dowiadujemy, że chory dotknięty był zatrzymaniem moczu, połączonym z rozciągnięciem i zapaleniem pęcherza.



Na sekcji wykryto spory guz gruczołu krokowego o twardej spistości z przejściem na pęcherz. Guz ten, jak się okazało przy badaniu drobnowidzowym, był mięsakiem.

V. Przypadek WHARTON'a (21). I w tym przypadku autor nie podaje wieku chorego, a w opisie zaznacza tylko, że chory cierpiał na zatrzymanie moczu i bóle w podbrzuszu. Śmierć nastąpiła skutkiem zapalenia otrzewny.

Badanie zwłok wykryło obecność guza gruczołu krokowego z przerzutami do wątroby i śledziony. Guz okazał się mięsakiem.

VI. Przypadek WEST'a (20). Dotyczy on 21-letniego osobnika, u którego nagle wystąpiły objawy zatrzymania moczu. Przy badaniu gruczołu krokowego zmian w nim na razie nie dostrzeżono. Z biegiem czasu zaburzenia ze strony narządów moczowych znacznie się wzmogły, i, kiedy po 3-ch tygodniach ponownie badano gruczoł krokowy, zauważono na miejscu jego guz wielkości pomarańczy o miękkiej spistości.

Wynik badania tego potwierdziła sekcja, podczas której oprócz guza gruczołu krokowego znaleziono na dnie pęcherza brodawkowate wyrośle.

Guz przy badaniu drobnowidzowym okazał się mięsakiem, składającym się w części z okrągłych, w części z wrzecionowatych komórek. Taki sam charakter posiadały również wyrośle brodawkowate w pęcherzu.

VII. Przypadek ADLER'a (1). Chory, 66-letni starzec, od roku doznawał trudności przy urynowaniu. W trakcie cewnikowania nastąpił silny krwotok, który spowodował śmierć chorego.

Sekcja wykryła na miejscu gruczołu krokowego guz wielkości pięści, który przy badaniu drobnowidzowym okazał się mięsakiem.

VIII. Przypadek SPANTON'a (15). 57-letni osobnik zapisał się do szpitala z objawami niedrożności kiszek. Chory już od 2-ch lat miewał trudności przy defekacji, które w ostatnich czasach znacznie się wzmogły. Obok tego skarżył się na bóle w odbytnicy i częste parcie na stolec.

Przy badaniu *per rectum* znaleziono na miejscu gruczołu krokowego guz wielkości główki noworodka, elastyczny, twardy, składający się z 2-ch nierównych części.

Guz ten wywierał ucisk na odbytnicę i tym sposobem wywołał owe wyżej przytoczone objawy ze strony narządów trawiennych. W celach rozpoznawczych wykonano za pomocą trójgrańca ukłucie w masę nowotworową, a badanie drobnowidzowe dobytých cząstek dało możliwość rozpoznania mięsaka. Podjęta w celu usunięcia guza operacja ze względu na trudności techniczne nie mogła być do końca doprowadzona; porzeczano na wyluszczeniu części jego. Chory zmarł drugiego dnia po operacji.

Na sekcji znaleziono nad i po za spojeniem łonowem resztki guza, otaczającego pęcherz. Jak wykazało badanie drobnowidzowe, guz ten był mięsakiem, składającym się w części z okrągłych, w części z wrzecionowatych komórek.

IX. Przypadek COUPLAND'a (6). Chory miał lat 29. Choroba jego rozpoczęła się od nagłego zatrzymania moczu. Przy badaniu *per rectum* okazało się, że gruczoł krokowy zamienił się w spory guz o gładkiej powierzchni i twardej spistości. Doyty za pomocą cewnika mocz zawierał ropę.

Choroba przy objawach częstego parcia na mocz i bólach szybko postępowała i po 5-ciu miesiącach zakończyła się śmiercią.

Na sekcji znaleziono na miejscu gruczołu krokowego guz, który obejmował szyję pęcherza, tylną część cewki i przenikał do pęcherza w postaci



brodawkowatych wyrosli. Guz ten miał  $3\frac{1}{2}$  cala ang. długości, 8 cali w obwodzie i dał przerzuty do prawego nadnercza i trzustki. Na zasadzie badania drobnowidzowego rozpoznano w danym przypadku formę mięsaka, znaną pod nazwą *lymphosarcoma*.

X. Przypadek WINEL'a (22). Chory,  $5\frac{1}{2}$ -letni chłopiec, od roku doznawał trudności i bólów przy urynowaniu.

Kiedy zapisał się do szpitala, skonstatowano zatrzymanie moczu, spowodowane obecnością guza gruczołu krokowego.

Guz ten wielkości włoskiego orzecha odpowiadał prawemu płatowi gruczołu krokowego i trzymał się prawej strony pęcherza.

Przy wprowadzaniu cewnika do pęcherza napotkano w tylnej części cewki znaczne trudności, spowodowane, jak się później okazało, nieprawidłowym przebiegiem cewki i przejściem guza do jej światła.

Stan chorego podczas pobytu w szpitalu o tyle się zmienił, że do powyższych zaburzeń w urynowaniu przyłączyło się później nietrzymanie moczu i trudności w oddawaniu kału, połączone z bólami i częstym parciem.

Siły chorego bardzo szybko zanikały, wreszcie zapalenie płuc przyspieszyło zgon, który nastąpił jedenastego dnia pobytu chorego w szpitalu.

Na sekcji oprócz zmian w innych narządach (nerkach, płucach) wykryto w małej miednicy guz wielkości jabłka, wychodzący z prawego płatu gruczołu krokowego. Nowotwór przechodził dalej *in excavationem vesicorectalem* w postaci 4 mniejszych szeroko z nim zrosniętych guzików, a nadto przeszedł na pęcherz, wrastając do wnętrza jego w postaci licznych brodawkowatych wyrosli, z których jedna o długiej szypule przenikała do cewki. Spoistość guza okazała się nadzwyczaj twardą, a powierzchnia przekroju połyskującą, włóknistą.

Przy badaniu drobnowidzowym guz ten okazał się mięsakiem, złożonym z drobnych wrzecionowatych komórek.

XI. Przypadek MATTHIAS'a (12). Chory, 70-letni starzec, od kilku miesięcy doznawał trudności w oddawaniu moczu i kału. Do objawów tych na kilka dni przed zapisaniem się chorego do szpitala przyłączył się paraliż dolnych kończyn.

Przy badaniu *per rectum* na miejscu gruczołu krokowego wyczuwać się dawał guz wielkości jabłka o twardej spoistości i nierównej powierzchni. Przez powłoki brzuszne wyczuwano nadto na wysokości pępka guz nadzwyczaj twardy, nierówny, wielkości 2-ch pięści; guz ten zrosnięty był z kręgosłupem i schodził z prawej strony do małej miednicy.

Przeciwno zatrzymaniu moczu zastosowano systematyczne opróżnianie pęcherza.

Choroba szybko postępowała, siły chorego gwałtownie zanikały, i po 4-ch tygodniach nastąpiła śmierć.

Na sekcji po otwaciu pęcherza znaleziono u ujścia jego białawy guz w postaci grzyba, wychodzący z gruczołu krokowego. Ostatni zamienił się w guz wielkości jabłka. Guz ten dał przerzuty do gruczołów chłonnych, leżących po za otrzewną przed kręgosłupem w lędźwiowej części jego, i do dwóch kręgow lędźwiowych. Przy badaniu drobnowidzowym guz okazał się mięsakiem (*angiosarcoma trabeculare*).

XII. Przypadek STEIN'a (17). 25-letni mężczyzna od 9-ciu tygodni doznawał trudności przy defekacji i urynowaniu. Kiedy zapisał się do szpitala, nie mógł już zupełnie oddawać moczu.



Przyczyną zaburzeń tych okazał się guz gruczołu krokowego, który, badany *per rectum*, wydawał się nierównym, bardzo twardym, wielkości jabłka.

Podczas pobytu chorego w szpitalu zaburzenia ze strony pęcherza ciągle się wzmagaly, guz szybko rósł i w końcu uniemożliwił wprowadzanie cewnika.

Z tego powodu wykonano *sectio mediana*, a kiedy pomimo zabiegu tego nie można było drenować pęcherza od strony krocza, trzeba było wykonać *sectio alta*.

Chory zmarł w kilka dni po opracyi.

Na sekcji okazało się, że gruczoł krokowy zamienił się w guz wielkości pięści.

Guz ten z jednej strony przeszedł na odbytnicę, infiltrując ją na przestrzeni 10 — 12 ctm., a z drugiej strony na tylną ścianę pęcherza.

Na zasadzie badania drobnowidzowego rozpoznano w danym przypadku mięsaka gruczołu krokowego.

XIII. Przypadek STEIN'a (17). Drugi przypadek tego autora dotyczy 42-letniego osobnika, u którego w ciągu pięciu lat od czasu do czasu zatrzymywał się mocz. W ciągu ostatnich sześciu miesięcy chory stale doznawał bólów w okolicy pęcherza. Bóle te szczególnie wzmagaly się przy urynowaniu.

Przy badaniu *per rectum* na miejscu lewego płatu gruczołu krokowego wyczuć się dawał spory guz o miękkiej spoiści; górnej granicy jego dosięgnąć niepodobna było.

Podczas przemywania pęcherza wydzielaly się z niego szare, strzępiaste kawałki guza. W celu usunięcia guza wykonano wysokie cięcie pęcherza i od strony tego ostatniego wyskrobano guz, a następnie przypalono ranę żegadłem.

Chory wypisał się po czterech tygodniach pozornie wyleczony.

Badanie drobnowidzowe usuniętych cząstek guza wykazało, że był to mięsak.

XIV. Przypadek TORDAEUS'a (19). U dziecka ośmiomiesięcznego zauważono w jamie brzusznej obecność guza. Guz ten szybko rósł, a jednocześnie z tem wystąpiły objawy utrudnionej defekacyi i bóle przy urynowaniu. Przy badaniu chorego okazało się, że górna granica owego guza sięgała do pępka, dolna zaś nie dawała się określić. Guz ten wielkości główki dziecięcej, powierzchni gładkiej i spoiści twardej był ruchomy i przy ucisku mało bolesny. Z opisu dalszego przebiegu choroby wynika, że chory szybko tracił siły, gorączkował, miewał często biegunkę naprzemian z obstrukcją i w końcu dostał zapalenia płuc, które przyspieszyło zejście śmiertelne.

Przy sekcji znaleziono w jamie brzusznej guz wielkości główki dziecięcej. Guz ten wychodził z małej miednicy i unosił się ku górze do pępka, wywierając ucisk z jednej strony na odbytnicę, a z drugiej na pęcherz. Punktem wyjścia jego był lewy płat gruczołu krokowego, podczas gdy prawy mały tylko udział przyjmował w sprawie chorobowej.

Guz ważył 1370 gr. i miał twardą spoiść.

Badanie drobnowidzowe wykazało, że był to mięsak o wrzecionowatych komórkach z częściowem przejściem w *myxosarcoma*.

XV. Przypadek BARTH'a (3). Chory miał lat 17. Choroba zaczęła się od zatrzymania moczu. Po 3-tygodniowem stosowaniu kateteryzacyi chory



mógł sam oddać mocz, który odtąd stale zawierał krew i ropę. Po pewnym czasie znowu u chorego nastąpiło zatrzymanie moczu, połączone z bólami w krzyżu i okolicy pęcherza.

Trzeba było znowu uciec się do cewnikowania, które z biegiem czasu coraz to trudniejszym się stawało.

W takim stanie chory zapisał się do szpitala, gdzie stwierdzono obecność guza gruczołu krokowego z przejściem na pęcherz i cewkę; w moczu znaleziono krew i ropę.

Ponieważ cewnikowanie połączone było z ogromnemi trudnościami, wykonano *sectio mediuna*; przy operacyi znaleziono naokoło cewki i w tej ostatniej masy nowotworowe, które przy bliższem badaniu okazały się mięsakiem.

Po dokonanej operacyi pozostała część guza w dalszym ciągu szybko się rozrastała, chory tracił siły i po sześciu tygodniach zmarł przy objawach zapalenia nerek i miedniczek. Na sekcyi zaleziono guz gruczołu krokowego wielkości główki dziecięcej, przenikający do pęcherza w postaci licznych, dużych brodawek, a także do cewki w postaci stożkowatych guzków

Na zasadzie badania drobnowidzowego rozpoznano w danym przypadku mięsaka o drobnych wrzecionowatych komórkach z częściowem zwyrodnieniem śluzowem.

XVI. Przypadek SPANTON'a (16). Chłopiec 6 $\frac{1}{2}$ -letni przez 3 miesiące doznawał trudności w oddawaniu moczu. Zaburzenia te w końcu wywołały potrzebę interwencyi chirurgicznej, która polegała na wykonaniu cięcia nadłonowego pęcherza. Chory zmarł wkrótce po operacyi.

Sekcyja wykryła na miejscu gruczołu krokowego guz o rozmiarach 2 $\frac{3}{4}$  × 2 $\frac{1}{4}$  × 1 $\frac{1}{4}$  cali angielskich. Guz przeszedł na pęcherz i cewkę.

Badanie dronowidzowe wykazało, że był to mięsaka o charakterze *myxosarcoma*.

XVII. Przypadek BURCKHARDT'a (5). Przypadek ten dotyczy 50-letniego osobnika, który od 5-ciu miesięcy cierpiał na częste długotrwałe zaparcie stolca.

Ze strony pęcherza nigdy żadnych zaburzeń nie miewał.

Przy badaniu chorego *per rectum* można było na miejscu, odpowiadającym prawemu płatowi gruczołu krokowego, wyczuć guz wielkości dużej pięści, elastyczny i gładki. Guz ten obecnością swoją wywierał ucisk na odbytnicę, zwiężając światło jej do tego stopnia, że palec z ledwością mógł się obok niego przedostać. W miejscu, odpowiadającym najbardziej wypukłej części guza, odbytnica okazała się z nim zrosniętą i owrzodziłą. W celu usunięcia guza podjęta została operacya, w czasie której wyluszczone guz wielkości 2-ch pięści, a wraz z nim usunięto część odbytnicy. Guz zajmował jedynie prawy płat gruczołu, pozostawiając resztę nietkniętą.

Po 2-ch miesiącach od dnia operacyi pacjent wypisał się zupełnie zdrowym. Pozostała jedynie częściowa *incontinentio alvi*.

Badanie drobnowidzowe wyluszczonego guza wykazało, że był to mięsaka o wrzecionowatych komórkach.

Autor miał po 2-ch latach możność sprawdzenia stanu chorego i ku zadowoleniu swemu nie znalazł u niego ani śladu nawrotu.

(C. d. n.).



## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

— LE CALVÉ. Przyczynek do nauki o dwóch toksynach kiszkowych. Autor w długim szeregu doświadczeń badał działanie indolu i skatolu na ustrój królika. W 5 minut po wprowadzeniu pod skórę 0,01 indolu (w roztworze alkoholowym) zwierzę zaczyna zdradzać pewien niepokój, staje się smutne i senne; ciałem jego wstrząsają coraz silniejsze dreszcze. Oddechanie, z początku przyspieszone, ulega stopniowo znacznemu zwolnieniu — na przeciąg kilku godzin; oddzielne oddechy stają się nierówne co do szybkości i głębokości; chwilami oddechanie zostaje zupełnie zawieszane. Ciepłota ciała (*in recto*) w przeciągu godziny opada na 1°. Zniesienie czucia skórniego — czasami zaś odwrotnie nadczułość skóry — dopełniają obrazu zatrucia. Wszystkie te objawy najsilniej są wyrażone w 20 — 30 minut po zastrzyknięciu; poczynając od tej chwili, natężenie objawów słabnie, i po 24 godzinach królik przychodzi do siebie w zupełności. Ze strony nerek autor obserwował bezmocz lub *oliguriam*; pierwsze oddawanie moczu następuje czasami dopiero po 24 godzinach; mocz jest mętny, zawiera obfity osad, zwiększoną ilość indykanu, w niektórych razach indol w stanie wolnym.

Zwiększając dawkę indolu do 0,1—0,2, przedłużamy jedynie okres ogłuszenia i zniesienia czucia skórniego — o ile temperatura powietrza nie przechodzi + 5°. Jeżeli zaś królik dostanie 0,1—0,2 indolu przy temperaturze + 30°, śmierć następuje niechybnie po upływie dłuższego lub krótszego przeciągu czasu.

Tak samo działa indol na świnkę morską. Działanie skatolu jest identyczne.

Oto jakim zmianom ulegają tkanki zwierząt, zatrutych indolem i zabitych przez wypuszczenie krwi z dużych naczyń szyjowych w różnych odstępach czasu po iniekcji.

Bardzo szybko działa indol na ośrodki nerwowe. Już po upływie 30 minut od chwili zastrzyknięcia indolu w ilości 0,01 widzimy silne przekrwienie ośrodków, znajdujące swój wyraz w rozszerzeniu naczyń włosowatych i w występowaniu plam wybroczynowych oraz ognisk hematomyelii. Powoli przekrwienie ustępuje miejsca obrzękowi. Wyсіk surowiczy, biorący swój początek w *spatium perivascularare* naczyń, przechodzi pomiędzy elementy neuroglii i rozsuwa je, tworząc przestrzenie, wypełnione płynem; jednocześnie zwiększa się ilość płynu mózgodzeniowego, który odsuwa opony mózgowe i rdzeniowe od substancji mózgowej i rozszerza komory mózgowe. Obrzęk najsilniej jest wyrażony w opuszczeniu — ztąd zaburzenia w oddechaniu. Po pewnym czasie płyn surowiczy ulega wessaniu, przyczem naprzód uwalnia się od niego neuroglia, a dopiero później przestrzeń podpajęczna i komory mózgowe.

Cylindry osiowe i komórki neuroglii barwią się gorzej, niż w warunkach zwykłych.

Zmiany w nerkach są również wybitne; z początku mamy tu przekrwienie, później obrzęk, kłębki MALPIGHI'ego są nabrzmięte, jądra ich komórek barwią się słabo lub wcale nie wchłaniają barwnika, miejscami stwierdzamy brak komórek śródblonkowych, wyściełających torebkę BOWMANN'a, komórki, wyściełające *tubuli contorti*, nabrzmięte i zmętniałe, są po części złuszczone; jądra ich barwią się słabo.

W płucach, wątrobie i śledzionie znajdujemy przekrwienie.



Zważywszy, że wszystkie te zmiany anatomiczne ulegają zupełnemu wyrównaniu po upływie 24 godzin, autor mniema, że nie mogą one zależeć od działania jadu wprost na komórki nerwowe i nerkowe. Pochodzenie tych zmian jest zapewne czysto mechaniczne. Zapewne jad działa na ośrodki naczynioruchowe, wywołując przekrwienie, a następnie obrzęk; w dalszym ciągu zaś nadmiar krwi i płynu surowiczego sprowadza przez ucisk wyżej opisane zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych i w nerkach.

Jeżeli porównamy zmiany mikroskopowe przy zatruciu indolem z takimiż zmianami przy obrzęku mózgu u człowieka — znajdujemy pomiędzy nimi dużą analogię; tylko w klinicznym obrazie zachodzi pewna różnica, bowiem u królików, zatrutych indolem, śpiączka (coma) nie występuje wcale.

W drugiej części pracy przedstawiony jest wpływ temperatury na zwierzęta, zatrute indolem. Autor znalazł, że objawy zatrucia występują tem łacniej, im wyższa jest temperatura otaczającego powietrza: po wstrzyknięciu 0,1—0,2 indolu przy 30° następuje śmierć przy objawach toksemii, bardzo podobnych do objawów porażenia słonecznego.

Szczególnie ciekawa jest serya 17 doświadczeń z ochładzaniem zwierząt które dostały 0,01 indolu pod skórę, przez zanurzanie ich, po uprzednim ogoleniu skóry, do zimnej wody.

Temperatura otaczającego powietrza +4° do +26°. Temperatura wody w wannie +4° do +15°. Czas trwania kąpeli 5'—55'. Z 17 zwierząt pozostały przy życiu tylko 3; reszta zdechła po upływie 1—14 godzin przy stale postępującem obniżeniu temperatury ciała — aż do 20° i przy burzliwych objawach ogólnych, które można ugrupować w ten sposób: a) zawroty, powodujące przewracanie się zwierzęcia; spastyczne przykurczenia kończyn; pobudzenie ogólne; b) okres drżenia konwulsyjnego; c) paraliż, śpiączka i śmierć. Zmiany anatomiczne w ośrodkach nerwowych i w nerkach takich zwierząt są dalej posunięte, niż u zwierząt, zatrutych indolem, ale nie oziębianych. Tymczasem u zwierząt kontrolujących, które zdechły jedynie od silnego oziębiania, nie znajdujemy żadnych zmian ani w nerkach, ani w mózgu, a i objawy są inne: niema mianowicie paraliżów. Z tej seryi doświadczeń autor wyprowadza bardzo ciekawy wniosek, że kąpiel zimna poniżej 20° sprzyja rozwinięciu śmiertelnych objawów nerwowych u zwierząt, znajdujących się pod wpływem toksyn; dopiero 30 stopniowa kąpiel jest nieszkodliwa. Wobec tego autor uważa, że stosowanie kąpeli 20 stopniowych w durze (metoda BRANDT'a) powinno zostać zaniechane.

Jeżeli teraz od doświadczenia przejdziemy do kliniki, to zauważymy wielką analogię pomiędzy zatruciem indolem a niektórymi sprawami chorobowemi.

1) Przy niestrawności, nieżytych kiszek, raku żołądka spotykamy indykanuryę. Z drugiej strony tacy chorzy po jedzeniu uczuwają niejednokrotnie zawroty i uderzenia krwi do głowy, senność i ociężałość; być może, te objawy spowodowane są działaniem wytwarzającego się w nadmiarze indolu na ośrodki nerwowe.

2) Ostre obrzęki skóry — tak zwane *oedèmes aigus toxici — névropathiques* (CALVÉ) mogą powstawać pod wpływem zatrucia indolem. (Thèse CALVÉ. Paris.)

3) Obrzęk mózgu obok indykanuryi spotykamy w durze brzuszny, przewlekłych chorobach nerek, gruźlicy płuc, zimnicy, gorączce połogowej, padaczce, przewlekłych ropieniach i t. d.

4) Przy uremii spotykamy również indykanuryę (SENATOR). Zmiany anatomiczne — przekrwienie i obrzęk płuc, wątroby, nerki i ośrodków nerwowych — są zupełnie identyczne ze zmianami anatomicznymi przy zatruciu indolem.



5) O analogii porażenia słonecznego i zatrucia indolem patrz wyżej.

W ostatnich trzech seryach doświadczeń (ogółem 32 doświadczenia) autor badał wpływ kąpeli gorących na zwierzęta oziębiane, dalej na zwierzęta, otrute dużymi dawkami indolu, wreszcie na zwierzęta, zatrute indolem i następnie ochładzane. We wszystkich doświadczeniach króliki, niechybnie skazane na śmierć, zostały uratowane.

Kąpiel gorąca — 45-stopniowa działa pobudzająco na mięsień sercowy i, co za tem idzie, wzmacnia diurezę. Naczynia skóry ulegają znacznemu rozszerzeniu, przez co krew zostaje odciągnięta od narządów wewnętrznych (płuc i wątroby). Dalej sprawy utleniania wzmagają się znakomicie — zatem kąpiel gorąca posiada działanie antytoksyczne. Wreszcie — i to bardzo ważne — burzliwe objawy nerwowe ulegają znacznemu złagodzeniu.

Opierając się na swoich doświadczeniach i na analogiach klinicznych, autor radzi stosować kąpiele gorące w porażeniu słonecznym, czynnem i biernem przekrwieniu i obrzęku płuc, czynnem i biernem przekrwieniu wątroby, żółtacze, czynnem i biernem przekrwieniu nerek, ostrem zapaleniu nerek w okresie przekrwienia, przy bezmoczach, mocznicy, wreszcie przy przekrwieniach i obrzękach mózgu.

Z własnej obserwacji klinicznej autor zdążył zebrać dopiero 3 przypadki, w których z dobrym skutkiem stosował kąpiel gorącą. W pierwszym przypadku (*haemorrhagica cerebri*) kąpiel usunęła bóle głowy, ogólne pobudzenie i bredzenie. W drugim (mocznica z objawami duszności) i w III przypadku (mocznica z objawami pobudzenia) pod wpływem gorącej kąpeli ustąpiło bredzenie, duszność, przekrwienie i obrzęk płuc; wkrótce po kąpeli zjawiał się głęboki, pokrępiający sen.

Pierwotna temperatura wody powinna wynosić 35° — 37°. W ciągu 15 minut podnosimy ją stopniowo do 45° i na tym punkcie utrzymujemy w ciągu 10 minut, poczem znowu stopniowo i powoli obniżamy ciepłość do 35° w ciągu 15 minut. Po wyjściu z wanny i wytarciu ciała, chorego owijamy w kołdrę i okładamy gorącymi butelkami.

(*Archives g. de Médecine Mai 1902 p. 513 — 573.*) *Bolesław Żebrowski.*

## ODPORNOŚĆ W ŚWIETLE BADAŃ WSPÓŁCZESNYCH,

Streścił

LEON KARWACKI.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 32).

Gorącym zwolennikiem teorii istnienia cytazy w krwi normalnej jest GRUBER. Dla obrony swej teorii wykonał on następujące doświadczenie: otrzymaną w zwykły sposób surowicę hemolityczną pozbawił ogrzewaniem cytazy i wstrzyknął królikowi do otrzewny. Powstała hemoglobinurya, ilość czerwonych ciałek w krwi znacznie się zmniejszyła. Ponieważ zastrzyknięta surowica zawierała tylko istotę uczulającą, a więc cytazy, potrzebnej do rozpuszczenia erytrocytów dostarczyła krew ustrojowa, ztąd wypływa prosty wniosek o istnieniu cytazy w krwi normalnej.



Doświadczenia GRUBER'a powtórzył LEVADITI w instytucie PASTEUR'a; zgadzając się co do istnienia samego faktu, LEVADITI na podstawie swych badań jest wręcz przeciwnego zdania co do przyczyn powstania hemolizy. Oto jak przedstawia się zjawisko, badane krok za krokiem. Wkrótce po zastrzyknięciu płynu otrzewnowy, zwykle mętnawy skutkiem obecności leukocytów, staje się prawie przezroczysty; wielojądrowe i jednojądrowe leukocyty aglutynowane opadają na powierzchnię epiploon; w leukocytach powstaje wybitna fagoliza, oprócz tego w pewnym stopniu daje się spostrzeżać i miejscowa erytroliza. Zdaniem LEVADITI'ego, rozpad białych ciałek wywołuje powstanie cytazy w ilości dostatecznej do miejscowej hemolizy. Rozpad ten powstaje skutkiem miejscowego urazu, jakim jest nagłe zastrzyknięcie surowicy. Jeżeli jednak przyzwyczaić leukocyty do urazu, stosując w przeddzień zastrzyknięcie do otrzewny fizyologicznego roztworu soli kuchennej lub jałowego buljonu, odczyn miejscowy po zastrzyknięciu surowicy swoistej przedstawia się inaczej: przy istnieniu wyraźnej leukocytozy nie można skonstatować żadnych zmian degeneracyjnych w ciałach leukocytów, brak jest fagolizy, brak również i miejscowej erytrolizy. Co do hemoglobinury, to według LEVADITI'ego sprawa przedstawia się w ten sposób: ilość czerwonych ciałek w krwi znacznie się zmniejsza, lecz istniejące nie przedstawiają żadnych zmian patologicznych. Badając natomiast śledzionę, znalazł, że ilość makrofagów w niej znacznie się zwiększyła. Makrofagi te zawierają pochłonięte czerwone ciała w różnych okresach rezorbcyi. A więc hemoglobinurya powstaje nie skutkiem rozpadu uczulonych czerwonych ciałek w krwi, przez działanie wolnej cytazy, lecz makrofagi pochłaniają te erytrocyty, które fiksowały substance sensibilisatrice, i asymilują je w śledzionie, — ztąd wywiązuje się wolna hemoglobina. Cytaza więc nie znajduje się w stanie wolnym w krwi, lecz powstaje w pewnych warunkach wewnątrz fagocytów, w danym razie makrofagów. Ten rodzaj cytazy można nazwać makrocytazą. Dalsze poszukiwania LEVADITI'ego nad wysiękami, zawierającymi w przewodzie różne rodzaje leukocytów wykazały, że wysięki bogate w makrofagi zawierają znacznie więcej swoistej cytazy, niż wysięki o przewodzie innych leukocytów. Istnienie makrocytazy w surowicy ma za przyczynę dezagregację dużych jednojądrowych leukocytów, znajdujących się w nienormalnych warunkach istnienia.

Istoty uczulające BORDER'a mają także dużo cech wspólnych z fermentami płynnymi, chociaż lepiej od cytaz znoszą wyższe temperatury, giną bowiem około 70°. Strona chemiczna ich jest również nieznaną. Ponieważ ani biologiczna teoria BORDER'a, ani chemiczna EHRLICH'a nie dały dotąd niezbitych dowodów na swoją korzyść, MIECZNIKOW odrzuca suggestyjno-hipotetyczne nazwy substance sensibilisatrice i amboceptor, dając im nazwę bardziej zgodną z tem, co wiemy o ich działaniu, mianowicie substance fixatrice lub fixateur. Po polsku można byłoby je nazwać „istoty ustalające“.

MATTHES, badając działanie płynów trawiennych na erytrocyty normalne i nieżywe (po ustaleniu naprzykład płynem HAYEM'a), przyszedł do przekonania, że zachowywanie się czerwonych ciałek wobec fermentów trawiennych może służyć za normę ich żywotności. Stosując tę metodę do erytrocytów, poddanych ustaleniu przez surowice swoiste, nie wykrył wcale zmniejszenia się w nich żywotności.

Zawartość ciał ustalających w osoczu i surowicy jest prawie jednakowa — wybitna różnica z cytazami. Zawierają je także płyny wysiękowe i przesiękowe i wydzieliny, jak mocz.



Istnieją także w narządach krwiotwórczych (gruczoły chłonne, szpik kostny, śledziona), co pozwala przypuszczać, że i te fermenty są także wytworem leukocytów — makrofagów, iecz w zwykłych warunkach fermenty te przechodzą łatwo w roztwór i są wydalane w moczu z organizmu. Odpowiedniem przygotowaniem — zastrzykiwaniem pierwiastków morfotycznych lub karmieniem (METALNIKOFF)—można znacznie zwiększyć w krwi ilość ciał ustalających, swoistych dla danych pierwiastków. Obecnie znamy cały szereg surowic, niszczących pierwiastki morfotyczne, opartych na działaniu swoistych ciał ustalających i stałej jednej makrocytazy: surowice hemolityczne, spermolityczne, neurolityczne, nefrolityczne i t. d.

Mechanizm niszczenia pierwiastków morfotycznych w ustrojach wyższych po za przewodem pokarmowym przedstawia dużo podobieństwa do spraw trawienia, szczególnie u niższych organizmów, ztąd MIECZNIKOW nazywa go trawieniem wewnątrzkomórkowym — *digestion intracellulaire*. U niższych organizmów trawienie może się odbywać wewnątrz komórek bez poprzedniego wydzielania fermentów trawiennych. U niektórych organizmów nawet ze zróżniczkowanym przewodem pokarmowym trawienie odbywa się w komórkach, wyściełających przewód pokarmowy. Przy trawieniu wewnątrzkomórkowym wyższych organizmów współdziałają dwa fermenty: istota ustalająca i makrocytoza. Uderzającą analogię przedstawia trawienie trzustkowe. Doświadczenia, wykonane w laboratorium PAWŁOWA przez SZEPOWALNIKOWA dla określenia roli soku kiszecowego w trawieniu trzustkowym, wykazały niezbędnosc dla trawienia fermentu, znajdującego się w tym soku, tak zwanej enterocynazy. DELEZENNE w instytucie PASTEUR'a, przeprowadzając poszukiwania nad działaniem entyrocynazy na istoty pokarmowe, przekonał się, że utrwała się ona na pokarmach, podobnie jak istota ustalająca na czerwonych ciałkach. Fakty te jeszcze bardziej zacieśniają pokrewieństwo zjawisk trawienia i rezorbeyi fagocytovej.

Wyżej już była wzmianka o tem, że w zasadzie mechanizm odporności wobec drobnoustrojów sprowadza się do rezorbeyi drobnoustrojowej. Zjawisko to jest bardziej złożone w odporności sztucznej lub nabytej, niż w odporności wrodzonej. Odporność dalej można rozpatrywać jako odporność wobec mikrobow i wobec toksyn, obydwie te rodzaje bowiem różnią się najzupełniej.

Ponieważ mikroby szkodliwe wywierają swe działanie na ustrój za pomocą toksyn, niszcząc pierwiastki szlachetne, jako to komórki nerwowe, nerkowe, wątrobiane i t. d., nasuwa się pytanie, czy odporność wrodzona nie jest niewrażliwością odpowiednich komórek na toksyny drobnoustrojowe. Dane doświadczalne odpowiadają na to pytanie przecząco, gdyż odporność wobec toksyn należy do faktów wyjątkowych. Zwierzęta niewrażliwe na pewne mikroby mogą bardzo silnie, a nawet śmiertelnie reagować na nieznaczne ilości ich toksyn. Baran, niewrażliwy na lasieczniki gruźlicze, jest bardzo czuły na tuberkulinę. Są fakty doświadczalne, że saprofity zwykle nieszkodliwe dla ustroju mogą zabijać swemi toksynami, jeżeli wszyć je do otrzewny zwierzęcia w woreczku kolodjowym. Wobec tego należy zapatrywać się na odporność wrodzoną, jako na wybitną zdolność ustroju do niszczenia pewnych mikrobow przez rezorbeyę.

Jeżeli wprowadzimy do ustroju — pod skórę lub do otrzewny — pewną ilość drobnoustrojów, względem których ów ustrój posiada odporność wrodzoną, to pierwszym zjawiskiem, które spostrzeżemy, będzie miejscowy odczyn zapalny o różnem natężeniu. Odczyn bywa połączony z wysiękiem i z diapedezą białych ciałek krwi. Diapedeza jest aktem życiowym fagocytów, a powstaje wskutek zadziałania toksyn. Przez ściany rozszerzonych naczyń z początku przechodzą



wielojądrowe leukocyty — mikrofagi w ilości przeważającej. Protoplazma, obdarzona ruchem, doskonale się przystosowuje do szpar między komórkami śródblonkowymi, trudniej idzie sprawa z jądrem. To też makrofagi z dużym jądrem przy nieznacznym stanie zapalnym nie przyjmują udziału w diapedezie. Można byłoby mniemać, że zrazikowatość jądra mikroflagów jest zjawiskiem teleologicznym dla diapedezy, gdyż takie jądra przechodzą przez ściany naczyń o wiele łatwiej. U niższych organizmów o ustroju krwionośnym o twartym komórki wielojądrowe są bardzo nieliczne we wzorze leukocytowym. Pewne ciała chemiczne, w danym razie toksyny, mogą wywierać na leukocyty wpływ przyciągający lub odpychający, fakty te znane są pod nazwą zjawisk chemiotaktycznych (*Chimiotaxie positive* i *chimiotaxie négative*). Pojęcia o nich zostały wprowadzone do nauki przez botaników. PFEFFER, studiując zapładnianie u paproci, spostrzegł ruchy plemników w kierunku jajeczek. Badając przyczyny tego pozornie świadomego i celowego ruchu, wykrył, że jajeczka wydzielają pewne substancje, wywierające przyciągający wpływ na plemniki, mianowicie cukier i kwas jabłkowy. Przypuszczenie swoje PFEFFER potwierdza następującym doświadczeniem: napełniał włosowate rurki szklane roztworem cukru lub kwasu jabłkowego i prznosił je do środowiska, gdzie się znajdowały plemniki; plemniki natychmiast dążyły do roztworu i to w takiej ilości, że zatykały sobą otwór rurki. Dalszemi doświadczeniami PFEFFER potwierdził, że w podobny sposób zachowują się i drobnoustroje obdarzone ruchem. Jeżeli do hodowli prątków cholerycznych włożył rurkę włosowatą z roztworem peptonu, prątki wnet wypełniają wnętrze rurki.

Bardzo szczegółowo badane były zjawiska chemotaktyczne u leukocytów, ze względu na ich nadzwyczajną doniosłość fizyologiczną. Pierwsi MOSSAIL i Ch. BORDET dowiedli, że roztwory soli kuchennej wywołują zjawiska chemotaktyczne u leukocytów: wprowadzając rurki włosowate z roztworami soli kuchennej różnej tęgości do worka limfatycznego lub pod skórę żabie, przekonali się, że słabe roztwory działają na leukocyty przyciągająco, stężone — odpychająco. Fakt ten ma nadzwyczajną doniosłość w patologii zakażeń: zbyt duża ilość toksyn lub ich nadzwyczajna jadowitość działa, ogólnie mówiąc, na fagocyty odpychająco, wskutek tego ustrojowi brak najważniejszego czynnika obronnego. Odwrotnie, małe ilości toksyn lub toksyny złagodzone przyciągają fagocyty, i ustroj wtedy skutecznie zwalcza zakażenie. W zakażeniach i otruciach śmiertelnych prawie stale spostrzega się hipoleukocytoza i brak chemiczno-biologicznego odczynu fagocytów. Cały szereg ciał chemicznych był zbadany w kierunku własności chemotaktycznych i stosowany doświadczalnie bądź dla wywołania, bądź dla zniesienia leukocytozy.

Po diapedezie następuje drugi akt w mechanizmie odporności — pochłanianie mikroorganizmów przez fagocyty. Mikrofagi za pomocą ruchów pełzakowych przedostają się do mikroorganizmów, otaczają je protoplazmą i przenoszą do swego wnętrza. Zjawisko to znane jest już oddawna, lecz było ono przez długi czas pojmowane niewłaściwie, wyłącznie jako jeden z czynników rozsiewania się mikroorganizmów w ustroju, rola zaś czynna w przedostawaniu się do protoplazmy leukocytów przypisywana była także niesłusznie drobnoustrojom. Rozszerzanie się mikroorganizmów w ustroju drogą fagocytozy jest faktem niewątpliwym, lecz podrzędnym i w tej sprawie ubocznym. Co się zaś tyczy roli mikroorganizmów w fagocytozie, to jest ona bierna nawet u mikroorganizmów, obdarzonych ruchem. Niema ani jednego spostrzeżenia o powstawaniu fagocytozy wobec martwych leukocytów, natomiast mnóstwo spostrzeżeń potwierdza fagocytozę drobnoustrojów nieżywych.

(C. d. n.).



## SPRAWOZDANIE Z XII ZJAZDU CHIRURGÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 32).

Dzień drugi obrad zjazdu rozpoczął doc. Bossowski odczytem „o nefrektomii u dzieci“. Za jedyne niemal wskazanie do tej operacji u dzieci uważa B. sprawy nowotworowe, a mianowicie raki i mięsaki. W tych razach za przeciwskazanie do zabiegu uważać należy tylko stwierdzone przerzuty (*metastases*). Z mięsaków nerki u dzieci bywają dwa rodzaje: 1) mięsaki płodowe gruczołowe, spotykane do 7-go roku życia i 2) t. zw. hypernefromaty, spotykane w wieku późniejszym. Mięsaki płodowe gruczołowe od początku swego nie dają prawie żadnych objawów, rosną szybko i dopiero wielkością swą zwracają uwagę. Hypernefroma już wczesnie objawia się krwiomoczem i do dużych rozmiarów nie dochodzi. Mięsak płodowy gruczołowy wyrasta z torebki nerkowej i nerkę uciska, hypernefroma powstaje w miąższu nerki i przerasta go. Co do przerzutów, to powstają one rzadko i dość późno przy mięsakach płodowych gruczołowych, często i wczesnie przy hypernefromatach (ISRAEL). W porównaniu z dorosłymi u dzieci nowotwory nerek bywają rzadziej 6—7 razy. Śmiertelność po operacji wynosi u dorosłych 18—19% podług ISRAEL'a, 13% podług TRENDELENBURG'a; u dzieci śmiertelność dochodzi do 32,5%; wyleczeń trwałych po operacji bywa u dorosłych 38%, a u dzieci około 5—6% (na 74 — 4 podług WALKER'a). Co do trudności rozpoznawczych w porównaniu z dorosłymi, autor przytacza następujące zestawienie: krwiomocz w przypadkach nowotworów złośliwych nerek bywa u dorosłych w 50—75% przyp. — u dzieci ledwo w 25%. U dorosłych inne objawy (krwiomocz, bóle) w 74% poprzedzają zjawienie się guza, wymacalnego i zwracającego uwagę, u dzieci aż w 60% dopiero zjawienie się guza daje znać o chorobie. Jak powiedziano wyżej, B. uważa za wskazaną w tych przypadkach nefrektomię, o ile nie ma przerzutów. Co do techniki, to u dzieci B. za dogodniejszą uważa drogę transperitonealną.

SCHRAMM (Lwów) — przemawia za metodą lumbalną u dzieci. Operował 4 razy. Wyniki miał złe.

SZUMAN — operował 1 raz. Nawrót nastąpił po 3 miesiącach. Guz był *adenocarcinoma*.

Prof. KRYŃSKI wygłosił rzecz: „o przyszywaniu pęcherza nadłonowem w przypadkach przerostu gruczołu krokowego“. Pęcherz moczowy w wieku młodzieńczym ma kształt eliptyczny, i jeden zwężony koniec jego jest zwrócony ku górze, a drugi ku dołowi, tworząc kształt lejka ku szyjce. W wieku późniejszym forma ta się zmienia, przechodząc w bardziej spłaszczoną z góry na dół. Jeżeli teraz zacznie przerastać gruczoł krokowy, to nie mogąc z powodu przegród mięsnych międzykrocza rosnąć ku dołowi, ani na boki, musi wpuklać się do jamy pęcherza. W ten sposób powstaje u tylnego obwodu ujścia cewki guz, który zmienia kierunek uretry aż do powstania niedrożności; prócz tego po za guzem t. j. po za okolicą *trig. Lieutaudii* powstaje zagłębienie (*bas fond* aut. franc.), w którym stale mocz się zatrzymuje, i które uniemożliwia zupełne opróżnienie pęcherza. Na domiar złego przy spłaszczaniu się pęcherza i przeroście gruczołu u przedniego obwodu cewki powstaje t. zw. ostroga, t. j. ostry wystający brzeg, który jeszcze bardziej opróżnienie pęcherza utrudnia. Z zabiegów leczniczych jedna grupa dąży do usuwania zatrzymanego moczu: cewnik, nakłucie nadłono-



we, cięcie nadłonowe lub kroczone z założeniem drenu. Druga grupa zmierza do usunięcia przeszkody dla moczu, u wyjścia pęcherzowego cewki położonej. Ta grupa ma dążność do leczenia przyczynowego doszczętnego. Doszczętne wyleczenie jest przez autorów (GUYON) uważane za niemożliwe, ponieważ należałoby do tego wpłynąć na zmienione rozciąganiem i stanem kataralnym przewlekłym ściany pęcherza, a to w dalej posuniętych przypadkach jest niedoścignione. Do tej drugiej grupy należeć będą operacja BOTTINI'ego, prostatektomia i zabieg, proponowany przez KR., — *cystopexia suprapubica*. Zabieg ten rozpoczyna się, jak *sectio alta*, otrzewna odseparowuje się możliwie najdalej od górnej ściany pęcherza, i pęcherz, wyciągnięty naprzód i ku górze, umocowuje się szwem przy ścianie brzusznej. W ten sposób przywraca się pęcherzowi jego „młodzieńczy“ kształt (z lejkiem do wylotu), wygładza się *bas fond* (o ile jest niezbyt duże) i wyrównywa ostrogę u przedniego obwodu wylotu cewki. Prócz tego stwarza się lepsze warunki mechaniczne dla funkcji *m. detrusor* (włókna podłużne), których podrażnienie sprowadza skurcz pęcherza i jego opróżnienie (badania KALISCHER'a, które zarazem dowiodły, że nie podrażnienie szyi pęcherzowej, jak myślano dawniej, wywołuje jego skurcz i opróżnienie). Autor nie uważa swego sposobu za doszczętny w przypadkach cięższych, gdzie prócz tego bywa konieczna prostatektomia, ale za wystarczający w przypadkach lżejszych i za racjonalne dopełnienie do prostatektomii tam, gdzie sama ona nie wystarcza.

W dyskusji prof. RYDYGIER, uznając, iż *cystopexia* może wyrównać ostrogę u przedniego obwodu wylotu cewki, powątpiewa, aby mogła ona mieć wpływ na tylny przerosły zraz gruczołu, który przecież najważniejszą przeszkodę dla moczu stanowi. Korzystając z poruszonego tematu, prof. R. opisuje swój najnowszy sposób wewnątrztorbekowego wyluszczenia gruczołu. Cięcie na *raphe perinei* przez skórę i powięź między odbytem i *bulbus*; na tępo dochodzi się do torbki gruczołu i, naciąwszy ją podłużnie, na tępo, palcem wyluszcza się masy gruczołowe. Jeżeli na tępo odłuszczenie od cewki się nie udaje, na mięsz, częściowo uruchomiony, kładzie się równolegle do cewki kleszczyki zaciskowe i ponad nimi nożyczkami mięsz się obcina, nie otwierając cewki. Gdyby się to ostatnie przytrafiło, nie stanowi to nic złego, gdyż w dawniej proponowanych zabiegach otworzenie cewki, jak wiadomo, stanowiło moment normalny. Tę nową operację prof. RYDYGIER następnego dnia demonstrował na trupie w zakładzie prof. BROWICZA.

ŚLĘK (Lwów) mówił z kolei „o operowaniu krwawnic (hemoroidów) sposobem WHITEAD-ESMARCH'a”. Pierwszy z nich polega na zupełnym cyrkularnym wycięciu śluzówki, zajętej przez guzy krwawnicowe, i na szwie śluzówki zdrowej z brzegiem skórnym; drugi, zastosować się dający w przypadkach, gdzie guzów jest mniej, polega na wycinaniu oddzielnych guzów i łączeniu szwem brzegów powstałego braku. Na podstawie 14 przypadków każdego sposobu z kliniki lwowskiej autor zaleca opisane sposoby; ani razu nie spostrzegął komplikacji w przebiegu pooperacyjnym, ani też zwężeń następczych odbytu.

CHLUMSKY (Kraków) opisanym sposobom zarzuca znaczne krwawienie przy operacji, a więc niemożność stosowania ich u chorych anemicznych, dalej częste rozchodzenie się szwów — i powstawanie w ten sposób obrączki bliznowej na obwodzie odbytu, wreszcie ropnie wtórne, powstające z przedostania się infekcji do szczeliny linii szwu i ztamtąd do luźnej tkanki podśluzowej. Takich ropni ze względu na znane niebezpieczeństwa *phlebitidis haemorrhoidalis* — lekceważyć nie można. Sam, prócz innych sposobów, ostatnio spróbował nowego sposobu RIEDEL'a, polegającego na przeprowadzaniu przez wianek guzków w równych



odstępach około 6 nitok z zawiązaniem każdej na śluzówce. Sposób ten, w działaniu swem nieco niejasny, dał mu dobre wyniki, które też CHL. u operowanej chorej zebranych okazał.

SZUMAN — nie widzi powodu do pogoni za nowymi metodami tej operacji, ponieważ staremu sposobowi LANGENBECK'a, z odpalaniem guzków, na podstawie długoletniego i bogatego doświadczenia — nic nie ma do zarzucenia.

Prof. TRZEBICKY — przemawia również za sposobem LANGENBECK'a na podstawie swoich 800 przypadków. Z nich stracił jednego chorego wysoce anemicznego. Uważa, że zarzucane tej metodzie zwężenia odbytu powstają tylko wtedy, jeżeli się spali za dużo skóry zewnętrznej.

ODERFELD (Warszawa) na podstawie swoich 300 przypadków przemawia za sposobem z podwiązywaniem, przy czem uprzednio guzki od strony skóry nadcina i ligaturę kładzie w nacięciu, co prawie zupełnie usuwa ból pooperacyjny. W ten sposób sprawa leczenia guzów krwawnicowych nadal pozostawiona została bez zmian. Każdy chirurg stosować będzie zabieg najodpowiedniejszy do danego przypadku lub zależny od przyzwyczajzeń osobistych.

SAWICKI (Warszawa) „O gojeniu braków kości goleniowej po częściowej zgorzeli tejże”. Wymieniwszy i poddawszy odpowiedniej ocenie stosowane dotychczas metody, a więc: sposób SCHEDE'go (wypełnienie skrzepem krwi), wszczepianie ciał obcych, jak odwapnionej kości, gutaperki, amalgamatów, wszczepianie kości żywej, plastykę za pomocą skóry, wziętej z okolic sąsiednich, i wreszcie przeszczepianie kawałka tej samej kości, na której jest brak, S. dłużej zatrzymuje się na metodzie SCHULDEN'a, polegającej na wszczepieniu do braku kostnego uszypułowanego płatu mięśniowego, wziętego z najbliższego otoczenia. Wypełniony brak pokrywa się plastycznie skórą sąsiednią. Przy stosowaniu tej metody, nadającej się również i dla innych kości, prócz goleniowej (np. udowej), S. miał wyniki zadawalające.

Prof. KADER demonstruje chorego z wrodzonym skróceniem mięśni, zginających ramię i przedramię, i z powstałą w ten sposób kontrakturą obu stawów łokciowych. Jest to jedyny, dotychczas w literaturze nigdzie nie spotykany przypadek. K. rozległą tendoplastyką, połączoną z wszczepianiem powrózków jedwabnych, kontrakturę stawu łokciowego lewego usunął prawie zupełnie i funkcje kończynie przywrócił. W dalszym ciągu zamierza w podobny sposób operować również na stronie prawej.

STASZEWSKI (Kraków) „Badania zachowania się składników krwi w przebiegu gojenia się ran”. Badania przeprowadzone są ogromnie sumiennie, obejmują kolosalną ilość obliczeń. Wyniki badań, przedstawione graficznie co do wahań liczby ciałek krwi białych i czerwonych, w zarysach ogólnych przedstawiają się, jak następuje. Po operacji zawsze zauważyć się daje leukocytoza (badano na czczo), z przewagą neutrofilów; najwyższa jest ona w ciągu 1 doby i trwa 3—4 dni, niezależnie od płci i wieku. Jeżeli leukocytoza pooperacyjna trwa dłużej, to zawsze jest wyrazem niezupełnej aseptyki rany, choćby nawet innych objawów zakażenia (gorączki) nie było. Zmiany we wzajemnym stosunku ilości rozmaitych rodzajów leukocytów wskazują, iż w ustroju następują komplikacje po za raną (np. *pneumonia*, *bronchitis* i t. p.). Chorzy byli przy badaniach dzieleni na grupy: 1) co do wieku, 2) co do przebiegu *per primam* i z ropieniem, 3) gorączkujących, podgorączkowych i bezgorączkowych, 4) mających operacje na kościach, 5) z krwawieniem i bez krwawienia (większego) przy operacji, 6) chloroformowanych i znieczulanych rdzeniowo (BIER). Szczegóły tych badań ogromnie ciekawych i rzucających światło na nieznaną dotychczas dziedzinę faktów



biologicznych i klinicznych, nie nadają się do pobieżnego streszczenia; znaleźć je będzie można w „Dzienniku zjazdów chir. pol.” za rok 1962.

Odczyt RYDYGIERA jun. „Kryoskopia moczu po narkozie chloroformowej” podany będzie w „Medycynie” *in extenso*.

BLASSBERG (Kraków) „o stosunku ciałek białych we krwi przy ropieniu”. B. przeprowadził u 60 chorych 400 badań na ilość leukocytów we krwi przy ropieniu. Wyniki dadzą się streścić, jak następuje. Przy ropieniach ostrych powstaje leukocytoza, dochodząca na czczo do 10 — 14 tys.; po nacięciu ropni leukocytoza spada stopniowo do normy (4 — 6 tys.). Podobne są stosunki i przy ropniach zimnych, opadowych. W *appendicitis acuta* leukocytoza jest znaczna, nie dochodziła jednak w przypadkach B. do tak znacznych cyfr (25 tys.), aby mógł, zgodnie z poglądem CURSCHMANN’a, uważać ją za objaw patognostyczny dla zapalenia wyrostka robaczkowego. O ile w przebiegu pooperacyjnym przypadków ropnych powstanie zatrzymanie się wydzieliny, leukocytoza znów wrastać zaczyna. W końcu B. zaznacza, że na podstawie swych badań nie może jeszcze orzec, by w przypadkach rozpoznawczo-wątpliwych leukocytoza mogła sama przez się wątpliwości na korzyść ropienia rozstrzygnąć i stanowić wskazanie do operacji.

CHLUMSKY (Kraków) „o stosowaniu fenolu na rany zakażone”, PRELEGENT mówi, iż w poszukiwaniach coraz nowych środków przeciwnilnych nastąpił zwrot ku staremu fenolowi, tylko w ulepszonych formach jego stosowania. Tak np. PHELPS stosuje na rany zakżone *phenol. puriss.* i zmywa go następnie alkoholem. Ch. proponuje fenol w połączeniu z kamforą. Następuje prawdopodobnie związek chemiczny tych dwóch ciał, i powstaje gęsty, kleisty, zlekka mętny płyn, nie posiadający własności żrących i trujących. Karbol (*purum liquefactum*) z kamforą (*trita*) mogą być mieszane w stosunku od 1 : 1 do 1 : 3. Płyn należy szczelnie zamknąć, aby się kamfora nie ulatniała (mogą wrócić własności żrące), i trzymać w ciemności. *Carbol-camphora* stosuje się wprost na powierzchnię ran zakażonych zapomocą nasyczonej nią gazy. Wyniki Ch. miał dobre i preparaty zaleca.

POMORSKI (Poznań) opisuje swój przypadek wycięcia śledziony u chorej na białaczkę (*leukaemia*) z wynikiem pomyślnym. Chora już 3 miesiące żyje po operacji i ma się coraz lepiej. Jest to jedyny w literaturze polskiej opisany przypadek pomyślnej splenektomii w białaczce. Wogóle śmiertelność po tej operacji przy leukemii jest olbrzymia, do tego stopnia, że za względnie pomyślne są uważane przypadki BARDENHEUER’a i BURCHARD’a, z których w pierwszym pacjent żył po operacji 13 dni, w drugim 8 miesięcy.

Prof. TRZEBICKY na temat poruszony wspomina o swoich 3 splenektomiach bez leukemii. 1 operowany zmarł. Jeden przypadek z tego względu był niezwykle, że śledziona powiększona i przez powłoki brzuszne i już na stole operacyjnym była rozpoznawana, jako guz nerki — dzięki swemu pozaotrzewnowemu położeniu; dopiero dalszy przebieg operacji sprawę wyjaśnił.

(C. d. n.).

Z. Rudziński.

## Wiadomości bieżące.

— Program kursów dla lekarzy na wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie w roku 1962.

Kursa te trwać będą od dnia 6-go do 25-go października 1962 r. Zapisywać się można od dnia 1 do 4 października w kwesturze uniwersytetu. Godziny

wykładowe w przeważnej części wykładów będą oznaczone później w porozumieniu z uczestnikami. Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona. Bliższych wiadomości udziela prof. d-r Władysław SZYMONOWICZ we Lwowie ul. Pańska 1. 4.



1) Prof. d-r H. KADYI: Mechanika stawów. 3 godziny tygodniowo; czesne 10 koron.

2) Prof. d-r W. NIEMITOWICZ: Rozbiór moczu — w całości 8 godzin; czesne 10 koron.

3) Prof. d-r S. BĄDZYŃSKI: Chemia przemiany materii, żywienia i środków spożywczych (wspólnie z d-rem PANKIEM). 5 godzin tygodniowo; czesne 15 koron.

4) Prof. d-r A. GLUZIŃSKI: Dyagnostyka chorób wewnętrznych z uwzględnieniem najnowszych metod klinicznego badania (badania kliniczne krwi, płwocin, treści żołądkowej, kału, moczu i t. d.) w połączeniu z wykładem o nowszych zabiegach leczniczych, przy współudziale docentów d-rów MARI-SCHLER'a i RENCIEGO i asystentów kliniki d-rów Eliasza RADZIKOWSKIEGO i KIKINGER'a, 10 godzin tygodniowo od 6 do 18 października; czesne 20 koron.

5) Prof. d-r PRUS: Dyagnostyka chorób nerwowych i umysłowych. 6 godzin tygodniowo; czesne 20 koron.

6) Doc. d-r P. KUCERA: Bakteryologia lekarska; 6 godzin tygodniowo; czesne 20 koron.

7) Prof. d-r L. RYDYGIER: a) Badanie i leczenie następce chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej, od 10—12 godz. z wyjątkiem soboty; 10 godzin tygodniowo; czesne 25 koron. b) Kurs operacyjny odpowiednio do materiału, od 5—7 godz.; czesne 50 koron.

8) Prof. d-r W. WEHR: Zasady antyseptyki i aseptyki (teoria i praktyka), 2 razy na tydzień w środę i sobotę od 6—8 godz. wieczorem, 4 godziny tygodniowo; czesne 24 korony.

9) Prof. d-r E. MACHEK: Rozpoznanie i leczenie chorób ocznych wraz z ćwiczeniami w wziernikowaniu (przy współudziale doc. d-ra SZULISŁAWSKIEGO i asystentów klinicznych), 3 razy tygodniowo od 10—12 godz.; czesne 18 koron.

10) Prof. d-r A. MARS: O postępie ginekologii w ostatnim dziesięcioleciu; 5 godzin tygodniowo; czesne 15 koron.

11) Prof. d-r W. ŁUKASIEWICZ: Dyagnostyka i terapia chorób skórnych i wenerycznych. 6 godzin tygodniowo; czesne 20 koron.

12) 13) 14) Prof. d-r W. SZYMONOWICZ wspólnie z d-rem L. GLUZIŃSKIM i d-rem Z. SPALKEM: Kurs o chorobach uszu, nosa, gardła i krtani. a) D-r L. GLUZIŃSKI: Kurs praktyczny o chorobach krtani, 6 godzin tygodniowo; czesne 20 koron. b) D-r Z. SPALKE: Kurs praktyczny o chorobach nosa i gardła, 6 godzin tygodniowo; czesne 20 koron. c) Prof. d-r SZYMONOWICZ: Kurs praktyczny o chorobach uszu, 6 godzin tygodniowo; czesne 20 koron.

15) Prof. d-r W. SIERADZKI: Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich, 2 razy tygodniowo po 1½ godziny, 3 godziny tygodniowo; czesne 10 koron.

16) Doc. d-r A. GOŃKA: Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów i plombowaniu tychże plastycznymi materiałami, 5 godzin tygodniowo; czesne 25 koron.

— Doroczne zebranie Belgijskiego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się w Brukselli 8, 9 i 10 września r. b. Pod dyskusję poddane będą następujące trzy tematy: 1) Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego, referenci: A. BROCA (Paryż), A. GALLET (Bruksella), C. ROUX (Lozanna) i SONNENBURG (Berlin). 2) Leczenie złamań kończyn; referenci: A. DEPAGE (Bruksella), ROTTSCHILD (Frankfurt) i Th. TUFFIER (Paryż). 3) Aseptyka rąk, pola operacyjnego, materiałów opatrunkowych i szwów; referent: WALRAVENS (Bruksella). Towarzystwo skorzysta ze spodziewanego licznego zjazdu chirurgów, aby dać początek założeniu Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego.

— Zmarli. W Medyolanie zmarł prof. kliniki położniczej Edward PORRO, twórca znanej w położnictwie metody operacyjnej.



# HEMATOGEN D<sup>ra</sup> HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0;  
chemicznie czysta glicerina 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0;  
(alkohol 2<sup>o</sup>o).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny, odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

**Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.**

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterji, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetgowane!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jest to naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

**Wystrzegać się zafałszowań!** Ostrzegamy przed licznemi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to po prostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

**Próby:** darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własności naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: **APTEKA NA BOLSZOJ UCHTIE W S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!), Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków); Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

*Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> uncji) 1 r. 60 k.*

**Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).**



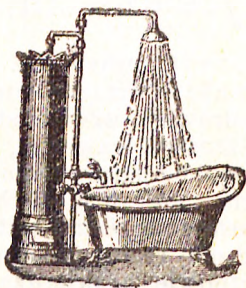
# SANATOGEN

*Środek wzmacniający*  
*Działanie tonizujące*  
**Zupełnie nie drażni.**

Panom lekarzom wysyła próby i broszury  
bezpłatnie reprezentant: **Biertuempfel,**  
Warszawa Marszałkowska 136.

Fabrykanci: **Bauer & C-ie,**  
Berlin, S. O. 16.

Egzystuje od 1820 r.



URZĄDZENIA KĄPIELOWE  
poleca

FABRYKA  
**Adolf Witt**

ul. Leopoldyny 11.

Skł. fabryczny  
Elektoralna 21.

## 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., lekarstwa leczenie, i t. d.

## Pracownia analityczno - lekarska

### D-ra Stanisława Mutermilcha

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

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

## ZAKŁAD LECZNICZY

Dr. Med. Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego

DLA CHORYCH

NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.

Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp.  
Chorych na uszy od 12—2 pp.

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk 2)  
Ligatury

**Składy Główne materiałów**  
**opatrunkowych**

**Sterylizowanych**  
**z Pracowni D-ra Bo-**  
**rzymowskiego**

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia Sterylizacyjna  
2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar. Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze i Ludwik Spiess i Syn Senatorska Nr. 24. Telefon. Nr. 610.

w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).  
w Lublinie: Skład Apteczny W-go Magierskiego.  
w Siedlcach: Apteka W-go Skowrońskiego.  
w Kielcach: Apteka W-go Wierzbięty.  
w Kaliszu: Apteka W-go Rybickiego.

6) Gaza jodoformowa po 0, 25; 0,5 i 1 m. 7) Bandaże 5—10—20 ctm. sześć. 6 m. dług.

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza hygroskopijna po 0, 5 i 1 m.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nerekiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Warsz. 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 win w Warszawie i na prowincji.