

MEDYCYNA.

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 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O mięsaku gruczołu krokowego. Napisał d-r A. Fryszman (Ciąg dalszy). — Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej. (Przyczynek do rozpoznawania ciąży zewnątrzmacicznej w drugiej połowie) Podał B. Szymański. (Dokończenie). — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 57. Stosunek drożdżaków do raka. — **STRESZCZENIA ZBIOROWE.** Odporność w świetle badań współczesnych. Streścił L. Karwański. (Ciąg dalszy). — Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych. — Sprawozdanie z XII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie (Ciąg dalszy). — **ZMARLI. — OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

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

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

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

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

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. 33).

XVIII. Przypadek GRAETZER'a (9). Chory, 14 $\frac{1}{2}$ -letni chłopiec, przez dwa miesiące przed zapisaniem się do szpitala doznawał bólów w okolicy pęcherza i od tego czasu znacznie wychudł.

Przy badaniu chorego odrazu zwróciło na siebie uwagę znaczne obrzmienie krocza. Obrzmienie to występowało w postaci dwóch podłużnych walców, symetrycznie po obu stronach położonych. Palec, wprowadzony do odbytnicy, mógł wyczuć na miejscu gruczołu krokowego dwa guzy, z których prawy miał 4 ctm. długości, zaś lewy był tak duży, że górnej granicy jego dosięgnąć niepodobna było. Zarówno prawy, jak i lewy guz miał gładką powierzchnię i był twardy. Chory mocz oddawał często i z trudnością.

W celu usunięcia guza podjęto operację, która jednakże ze względu na obfity krwotok dokończona być nie mogła.

Z przebiegu pooperacyjnego odnotowano: szybki rozrost pozostałej części guza, utworzenie się przetoki pęcherzowo-kroczonej i wreszcie wystąpienie objawów mózgowych, wśród których nastąpiła śmierć 28-go dnia po operacji. Na sekcji znaleziono pozostałą po niedokończonych operacji część guza, składającą się z licznych okrągłych zrazów, z których jeden wyszedł po za brzegi rany krocza. Guz ten dał liczne przerzuty do płuc, kości czaszki i gruczołów pozaotrzewnych.

Jak wykazało badanie drobnowidzowe, guz ten był mięsakiem o dużych okrągłych komórkach.

XIX. Przypadek DUPRAZ'a (7). Chory, 73-letni starzec, zapisał się do szpitala z objawami przerostu gruczołu krokowego i zapalenia pęcherza. Jednocześnie z tem skonstatowano u niego zadawnione zwichnięcie lewego ramienia. Przeciwno zaburzeniom ze strony pęcherza zastosowano częste opróżnianie tegoż i przemywanie, dzięki czemu chory mógł po kilku tygodniach opuścić szpital z pewnem polepszeniem.

Po trzech miesiącach pacjent powtórnie zapisał się do szpitala z powodu niemożności oddawania moczu i silnych bólów w lewym stawie barkowym. Gorączka, znaczne obrzmienie okolicy stawu barkowego i nieznośne bóle w nim stanowiły wskazanie do interwencji chirurgicznej. Kiedy otwarto staw, okazało się, że wypełnia go krucha i miękka masa nowotworowa.

Ze względu na wiek chorego i ogólny stan jego o radykalnej operacji mowy być nie mogło, przestano zatem na usunięciu części guza ze stawu i wytamponowaniu rany.

Chory zmarł w kilka godzin po operacji skutkiem krwotoku.

Sekcja wykazała, że wyżej wspomniany guz stawu barkowego był zjawiskiem wtórnym; pierwotny guz znajdował się w gruczole krokowym, mierzył $4,5 \times 5,5 \times 4,5$ ctm. (po utrwaleniu w wyskoku) i miał nierówną powierzchnię. Spoistość guza nie wszędzie okazała się jednakową: w jednych miejscach była twarda, w innych znowu miękka.

Z wyjątkiem wyżej wspomnianego przerzutu do stawu barkowego innych nie wykryto.

Przy badaniu drobnowidzowem stwierdzono, że guz był okrągłokomórkowym mięsakiem.

XX. Przypadek MARSH'a (II). Dotyczy on 57-letniego osobnika, który zapisał się do szpitala z objawami niedrożności kiszek. U chorego tego przed dwoma laty wykonano laparotomię z powodu guza w jamie brzusznej.

Guza tego, który zdawał się wychodzić z lewego *os ilei*, ze względu na trudności techniczne, wówczas nie usunięto.

Przy badaniu chorego okazało się, że przyczyną niedrożności kiszek był guz gruczołu krokowego, wywierający ucisk na odbytnicę.

W celu usunięcia zaburzeń kiszkowych wykonana została kolotomia, lecz chory zmarł wkrótce po operacji skutkiem zapalenia otrzewny.

Na sekcji wykryto guz gruczołu krokowego, wypełniający całą niemal miednicę, unoszący pęcherz ku górze i wywierający ucisk na odbytnicę. Guz ten był twardy i otoczony mocną otoczką.

Badanie drobnowidzowe wykazało, że był to mięsak o wrzecionowotych komórkach.

Przypadek ten demonstrowany był w londyńskim towarzystwie klinicznym. W trakcie dyskusji, jaka się nad tym przypadkiem wywiązała, kilku z obecnych przytoczyło własne przypadki.

BLAND SOUTON przytoczył przypadek mięsaka gruczołu krokowego, jaki obserwował u siedmio-letniego chłopca. Guz rozwijał się w kierunku krocza.

Joseph GRIFFITHS obserwował u dziecka mięsaka gruczołu krokowego, który rozprzestrzeniał się wzdłuż cewki.

Wreszcie FARGETT wspomniał o przypadku, obserwowanym w szpitalu Ś-go Wita.

O przypadkach tych autorowie nie podali bliższych szczegółów.

XXI. Ostatni z opublikowanych przypadków obserwowany był przez SCHALECK'a (13). Dotyczył on 3 $\frac{1}{4}$ -letniego chłopca, u którego choroba rozpoczęła się od zatrzymania moczu i bólów w podbrzuszu. Wkrótce do tych objawów przyłączyło się nietrzymanie moczu.

Przy badaniu chorego stwierdzono znaczne rozciągnięcie pęcherza, spowodowane zatrzymaniem moczu, a na miejscu gruczołu krokowego znaleziono guz duży, nieruchomy, o nierównej powierzchni, przylegający do tylnej ściany pęcherza i wypełniający jamę miednicy.

W celu wyluszczenia guza podjęta została operacja, w trakcie której okazała się potrzeba usunięcia wraz z guzem pęcherza moczowego i wszycia moczowodów do przedniej ściany odbytnicy. Chory zmarł piątego dnia po operacji.

Oto dyagnoza sekcyjna: *Vulnus post exstirpationem vesicae urinariae et partis prostaticae urethrae (propter tumorem prostatae) et implantationem ureterum in rectum. Dehiscencia insertionis ureteris sinistri in rectum. Necrosis circumscripta peritonei pelvis. Suppuratio in vulnere. Phlegmone suppurativum retroperitoneale lateris dextri et peritonitis purulenta diffusa. Bronchitis catarrhalis et pneumonia lobularis.*

Usunięty podczas operacji guz miał postać jajowatą, rozmiary 11 × 8 × 6 cm., przylegał do tylnej ściany pęcherza, nie przenikając jednak do wnętrza jędra, i składał się z miękkiej białej tkanki.

Badany pod drobnowidzem okazał się mięsakiem o wrzecionowatych komórkach.

III.

Klinika mięsaka gruczołu krokowego.

Objawy właściwe omawianej formie nowotworu sprowadzić się dają do obecności guza na miejscu gruczołu krokowego i do skutków ucisku jego na sąsiednie narządy.

Powiększenie gruczołu krokowego pojawia się bardzo wcześnie i szybko osiąga wysokiego stopnia.

Badając chorego, znajdujemy na miejscu, odpowiadającym położeniu gruczołu krokowego, zazwyczaj spory guz, którego górna granica od strony odbytnicy najczęściej wyczuć się nie daje. Dlatego też tylko w niewielu przypadkach kliniczne badanie dawało możliwość dokładnego określenia wielkości guza.

Powiększenie gruczołu najczęściej rozciąga się na wszystkie zrazy, natomiast rzadko widzimy guzy, któreby się jednego tylko zrazu trzymały.

W jednym przypadku odnotowane jest zajęcie średniego zrazu, w 2-ch lewego i w tyłuż prawego.

Spoistość guzów rozmaicie się przedstawia: raz bywa ona miękka, to znowu sprężysta, to wreszcie zupełnie twarda. Prawidła pod tym względem nie ma. W opisach spoistości znajdujemy wszystkie niemal jej stopnie. Już większą stałością odznacza się powierzchnia guzów, która najczęściej bywa zupełnie gładka i rzadko wykazuje nierówności albo wyraźną guzowatość.

Tyle co do danych, jakie otrzymujemy przy badaniu samego guza. Badanie to skuteczniamy, albo wprowadzając palec do odbytnicy, albo też, lepiej, dwórecznie od strony podbrzusza i odbytnicy.

Uzupełnić je możemy, wprowadzając zgłębnik do pęcherza. Wówczas możemy zarazem nabrać pojęcia o długości, zboczeniach i drożności cewki.

Skutki obecności guza gruczołu krokowego przejawiają się w formie zaburzeń czynności pęcherza i odbytnicy.

Pierwsze polegają na trudności oddawania moczu, ostatnie na trudności oddawania kału.

Trudność oddawania moczu występuje albo zwolna, prowadząc stopniowo do zupełnego zatrzymania moczu, albo też odrazu w tej ostatniej formie się przejawia.

W pierwszym wypadku chory zmuszony jest często oddawać mocz, używając przytem znacznego wysiłku, lecz nie opróżnia całkowicie pęcherza. Przekonać się o tem można, wprowadzając, po uprzednim oddaniu przez chorego moczu, cewnik do pęcherza. Możemy wtedy wypuścić jeszcze większą lub mniejszą jego ilość.

Niekiedy to częste oddawanie moczu z niedostatecznym opróżnianiem pęcherza symulować może objawy zwykłego przerostu gruczołu krokowego, jeśli występuje u ludzi starych. Widzimy to w przypadkach DUPRAZ'a (7) i w naszym drugim, gdzie objawy te położone zostały na karb prostatyzmu. Daleko częściej występuje zupełne zatrzymanie moczu.

W takich razach odrazu zwraca na siebie uwagę kuliste wypięcie dolnej części brzucha, odpowiadające rozciągniętemu i napełnionemu pęcherzowi. Przy opukiwaniu znajdujemy w takich razach stłumienie odgłosu opukowego, poczynające się od spojenia łonowego i sięgające niekiedy do pępka. Wystarczy wprowadzić do pęcherza cewnik, aby się przekonać, że owa wypukłość i zmiana dźwięku opukowego zależne są od przepełnienia pęcherza.

Jeżeli zatrzymanie moczu trwa dłuższy czas, natenczas dołącza się doń nietrzymanie, tak zw. *incontinentia paradoxa*, jak to widzimy w przypadku SCHALECK'a (13).

Trudności oddawania kału są również częstym objawem.

BARTH (3) nawet wprowadza podział mięsaków gruczołu krokowego na takie, które cechują się zaburzeniami ze strony pęcherza, i takie, w których przeważają objawy ze strony odbytnicy. Podział taki nie wytrzymuje jednak krytyki, gdyż najczęściej występują objawy chorobowe ze strony obydwóch narządów jednocześnie. Wrazie ucisku guza na odbytnicę chorzy zwykle uskarżają się na zaparcie połączone z częstym parciem na stolec. Trudność odawania kału niekiedy dochodzi do tego, że chorzy zupełnie przestają oddawać kał, jak to widzimy naprzykład w przypadku MARSH'a (II).

W takich razach mamy przed sobą obraz niedrożności kiszek: wzdęcie brzucha, wymioty kałowe, słabe tętno i t. d.

Takie są główne objawy chorobowe mięsaka gruczołu krokowego.

Podrzedniejsze znaczenie mają: bóle, krwotoki i charłactwo, w niektórych przypadkach opisywane.

Co dotyczy pierwszych, to występują one w przebiegu choroby stosunkowo rzadko i wtedy lokalizują się najczęściej w podbrzuszu, rzadziej w krzyżu i okolicy lędźwiowej. Zazwyczaj są one zjawiskiem wtórnym, zależnym od zapalenia pęcherza, często komplikującego chorobę.

Prawie zupełnie nie spotykamy tu tak zwanych bólów promieniujących, które dość często występują w przebiegu raka gruczołu krokowego.

Przyczynę zjawiska tego upatrywać należy w odmiennym sposobie propagacji obu rodzajów nowotworów.

Wiadomo bowiem, że raki rozprzestrzeniają się drogą naczyń chłonnych i porażają gruczoły chłonne miednicy. Te zaś wywierają ucisk na sploty nerwowe, i ztąd to powstają bóle promieniujące w przebiegu nerwów lędźwiowych, krzyżowych, a szczególnie kulszowych.

Mięsaki natomiast rozprzestrzeniają się drogą naczyń krwionośnych, i dlatego niema przy nich ucisku, któryby mógł wywoływać bóle promieniujące.

Jeszcze rzadziej, niż bóle, występują w przebiegu choroby krwotoki. Jeżeli zaś występują, to są najczęściej skutkiem utrudnionego cewnikowania i bardzo rzadko występują samoistnie, jak nap. w przypadkach WEST'a (20), BARTON'a (4).

Charłactwa we właściwym tego słowa znaczeniu w omawianej chorobie nie spotykamy.

Upadek sił i wychudnięcie chorych, jakie obserwowane były w kilku przypadkach, położyć raczej należy na karb komplikacji, aniżeli na karb wpływu guza na stan ogólny organizmu.

Z komplikacji najczęściej zdarza się zapalenie pęcherza, które po większej części jest skutkiem cewnikowania. Następnie dość często komplikuje chorobę zapalenie miedniczek nerkowych i nerek. Wreszcie w niektórych przypadkach notowane było zapalenie płuc.

Przerzuty mięsaków gruczołu krokowego notowano niezbyt często: widywano je w najrozmaitszych narządach.

Rozpoznanie kliniczne mięsaka gruczołu krokowego należy do zadań w dzisiejszych warunkach bardzo trudnych. Zdyagnozować nowotwór można najczęściej z łatwością na podstawie objawów typowych, ale rozpoznanie rodzaju nowotworu, odróżnienie od raka nie ma punktu oparcia.

(D. n.).

Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej.

(PRZYCZYNEK DO ROZPOZNAWANIA CIĄŻY ZEWNĄTRZMACICZNEJ W DRUGIEJ POŁOWIE).

Podał

Bronisław Szymański.

(Dokończenie—Zob. Nr. 33).

Zalecane wielokrotnie (WYDER, DHUERSSEN) skrobanie macicy w celu wykrycia za pomocą badania drobnowidzowego błony doczesnej w naszym przypadku nie mogło mieć rozstrzygającego znaczenia pomimo tego, że doczesna w późniejszych okresach ciąży posiada coraz więcej cech znamiennej (CHARPENTIER).

Chora przed przybyciem do szpitala krwawiła w ciągu 6-ciu tygodni; przez ten czas doczesna mogła odejść w niewielkich strzępkach niepostrzeżenie dla chorej, a błona śluzowa macicy uległa zmianom następczym, których łączność z ciążą zamaciczną nie zostałaby stwierdzona dla braku dotąd odpowiednich danych naukowych, co wynika z niezajomości naszej zmian, jakie zachodzą w błonie śluzowej macicy po odejściu doczesny.

Skrobanie macicy w naszym przypadku nie było dokonane jeszcze z tych względów, dla których WINTER uważa je za wogóle niedopuszczalne w przypadkach ciąży zamacicznej, a mianowicie z powodu możliwości pęknięcia worka płodowego, rozkładu gnilnego skrzepów krwi, niepewności zabiegu, ponieważ doczesna nie wykształca się równomiernie na całej błonie śluzowej macicy, a po zamarceniu płodu ulega szybko przemianom wstecznym.

W celu rozstrzygnięcia wątpliwości dyagnostycznych niektórzy autorowie posilkują się zgłębnikiem.

Według JORDANA przy ciąży zewnątrzmacicznej za pomocą zgłębnika wyczuć możemy wewnętrzną ścianę macicy jako miękką i pooraną w brózdki. Nie sądzę wszakże, aby zgłębnikowanie mogło wydać pożądane rezultaty w naszym przypadku wobec tego, co powiedziane było przy omawianiu łyżeczki, i wogóle było pożyteczne dla rozpoznania ciąży zewnątrzmacicznej z wyjątkiem przypadków, w których chodzi o rozpoznanie lub wyłączenie ciąży wewnątrzmacicznej, a to ze względu na to, że wiele spraw patologicznych sprowadza zmiany w błonie śluzowej macicy, dzięki którym, badając zgłębnikiem, otrzymamy uczucie miękkości i brózd. Różniczkowe rozpoznanie utrudniać więc będzie cały szereg spraw chorobowych, a mianowicie: *end. glandularis*, *end. tuberculosa*, *carcinoma cavi uteri*, *end. post abortum*, co nie może przemawiać za pewną metodą badania. Gdy, w końcu, dodamy, że niebezpieczeństwa, spostrzegane przy użyciu zgłębnika, są wielkie, że chorej, dotkniętej ciążą zamaciczną, grozi zakażenie, wzbudzenie skurczów mięśnia macicznego i ruchu robaczkowego jajowodów (*ruptura v. abortus tubae gravidarum*), przedziurawienie macicy (DUBOUÉ) jajowodu (SCHRÖDER), przy istniejącej zaś ciąży wewnątrzmacicznej — przebicie worka płodowego i wzbudzenie poronienia, sądzę, że więcej mamy powodów do zaniechania, aniżeli do stosowania zgłębnikowania w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej.

Pomimo to niektórzy autorowie, a między innymi WEBSTER, są za użyciem zgłębnika, oczywiście przy zastosowaniu wszelkich ostrożności (aseptyka, opiaty), i następnie skrobaniem wnętrza macicy nieciężarnej.

Po zebraniu wyżej wymienionych uwag łatwo przyjść do przekonania, że rozpoznanie ciąży zamacicznej w drugiej połowie przy spostrzeganiu przypadków nie w całym ich przebiegu, lecz w późniejszym okresie, kiedy po zamarcu płodu zanikną cechy ciąży, jest sprawą zwykle trudną, zwłaszcza, jeżeli wywiady nastroczają wiele wątpliwości i nie dają pewnych danych, które mogłyby wyjaśnić istotę sprawy patologicznej. Ztąd też powstają liczne błędy rozpoznawcze, o których świadczy literatura poruszonego przez nas przedmiotu.

Tak, np., KNAUER pomimo laparotomii nie rozpoznaje ciąży zamacicznej, a określa ją jako złośliwy guz jajnikowy. Dopiero, gdy zmacerowane części zaczęły się wydobywać przez dolny odcinek rany brzusznej, zdołano wyjaśnić istotny stan rzeczy.

MARTIN nie rozpoznał ciąży zamacicznej z 7-io miesięcznym żywym płodem; zamiast niej przypuszczał istnienie torbieli jajnikowej lub włókniaka podsurowiczego. Toż samo uczynił v. HERFF przy 8-miesięcznej ciąży zewnątrzmacicznej, GALABIN przy ciąży 6-miesięcznej, BRÜHL rozpoznał również torbiel zamiast ciąży zamacicznej.

Postępowanie lecznicze w naszym przypadku wobec stwierdzenia guza jamy brzusznej mogło polegać jedynie na zastosowaniu cięcia brzuszego. Tu zwrócić należy uwagę na łatwość odklejenia łożyska i bezkrwawego prawie przebiegu tego zabiegu. Okoliczność ta dowodziła zupełnego zamknięcia naczyń łożyskowych, które w takim razie, jak ze słów chorej wynika, nastąpiło w ciągu 4—6 tygodni od czasu zamarcia płodu, t. j. we względnie dość krótkim czasie. Przypadki bowiem niektórych autorów (FROMMEL, BOINET, KIRKLEY, DEPAUL) wskazują, że niekiedy krwiobieg łożyskowy trwa czas dłuższy, i naczynia nie zamykają się w ciągu 4 miesięcy od czasu zamarcia płodu. Z tego powodu zwolennicy terapii wyczekującej radzą dokonywać cięcia brzuszego przy ciąży zamacicznej w drugiej połowie nie wcześniej, aniżeli po dwóch miesiącach (SWIFT, FRAENKEL), a LITZMANN radzi nawet czekać 5—6 miesięcy, aby uniknąć ciężkich lub śmiertelnych krwotoków, jak to wskazują niektóre przypadki (FROMMEL, ZEIS, MURTREY i w inn.) przy odklejeniu łożyska po zamarcu płodu. Ogólna jednak statystyka odnośnych przypadków (SITTNER) wskazuje, że niebezpieczeństwo dla życia matki w tych przypadkach, gdy operowano przy płodach żywych i zmarłych w drugiej połowie ciąży zamacicznej, nie przemawia wyraźnie ani za jedną, ani za drugą metodą postępowania. Śmiertelność matek po operacji przy płodach żywych wynosiła 45%—40%, przy płodach zmarłych 36%—50% (statystyka AYERS'a i DUNING'a).

Zgodnie też z danymi statystycznymi, HOFMEIER słusznie podnosi, że przy operacjach w drugiej połowie ciąży zamacicznej „niebezpieczeństwo dla matki jest prawie takie, jak przy płodach obumarłych, dziecko wszakże ocalone być może“.

Do pomyślnych w końcu okoliczności zaliczyć należy częściowe tylko usadowienie łożyska w dolnym odcinku przedniej ściany brzusznej i całkowite wyjęcie łożyska podczas operacji.

Dzięki temu uniknięto krwotoku po przecięciu ścian brzucha wraz z łożyskiem (przypadki FRAENKEL'a, CARSTENS'a, zakończone śmiercią matki),

a usunięcie łożyska podczas operacji zapobiegło zwykłym skutkom zatrzymania łożyska w jamie brzusznej, a mianowicie: 1) długości leczenia, 2) długotrwałej przetoce, 3) przepuklinie brzusznej, 4) krwotokom przy odklejaniu się łożyska po operacji (GALABIN), 5) gnilnemu rozkładowi łożyska i 6) posocznicy.

Wobec tak licznych niebezpieczeństw, związanych z pozostawieniem łożyska w jamie brzusznej, należy przyjąć jako zasadę, ogólnie obowiązującą, (PESTALOZZI, ZWEIFEL, SCHAUTA, OLSHAUSEN), że pozostawienie łożyska w jamie brzusznej należy uważać za zabieg z konieczności, nie zaś z wyboru, że zatem pozostawianie łożyska w jamie brzusznej nie powinno stanowić metody, ale raczej powikłanie niebezpieczne dla chorej.

Słowa te stwierdza statystyka SITTNER'a, według której w przypadkach ciąży zamacicznej przy wyjęciu łożyska śmiertelność wynosiła 18,8%, przy pozostawieniu zaś jego 57,4%.

W naszym przypadku pozostały błony płodowe, jama zaś brzuszna nie została zamknięta. Pomimo aseptycznego przeprowadzenia zabiegu operacyjnego i leczenia poodperacyjnego ciepłota podnosiła się nieco, tętno przyspieszało, a w kończynie prawej rozwijać się zaczęło zapalenie i zakrzep żylny. Aczkolwiek sprawa ta zakończyła się szybko i nie przybrała charakteru złośliwego, uważać ją jednak należy za niepomyślne powikłanie dla chorej.

Nie tylko więc wydalenie łożyska, ale i całkowite usunięcie błon płodowych stanowi warunek konieczny pomyślnego zejścia operacji w drugiej połowie ciąży zamacicznej, gdy zaś trudności techniczne, połączone z przewiązaniem naczyń, opanowaniem krwotoku i oddzieleniem zrostów, będą zbyt wielkie, pozostawienie błon płodowych również uznać wypadnie za zło konieczne.

W dostępnej mi polskiej literaturze lekarskiej znalazłem 19 przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, spostrzeganych w okresie czasu między 1880—1901 włącznie. Jest to materiał zbyt mały, aby z niego można było wyciągać wnioski. Zaznaczyć wszakże się godzi, że odsetka śmiertelności w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej w drugiej połowie wynosi 10,5% (2 przypadki z 19-tu), pomimo że łożysko i worek płodowy częściej był pozostawiany i wszywany do brzegów rany brzusznej, aniżeli całkowicie usuwany, kiedy odsetka śmiertelności w przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej wogóle (227 przypadków, opisanych w literaturze polskiej) wynosi 5,2%.

W oddziale d-ra NEUGEBAUERA spostrzegano 9 przypadków ciąży brzusznej w drugiej połowie; z tych 4 operowano z zejściem pomyślnem dla matek i raz wydobyto płód żywy, który zmarł po 9 godzinach życia skutkiem *atelectasis pulmonum*. Pozostałe 5 chorych operacji się nie poddało.

W końcu mej pracy pragnę wyrazić serdeczną wdzięczność d-rowi Fr. NEUGEBAUEROVI za pozwolenie korzystania z materiału szpitalnego i podniecię do pracy niniejszej.

LITERATURA.

- 1) BRUEHL. Zur Kazuistik der Extrauterinschwangerschaft. Archiv. f. G. 30. 1.
- 2) HARRIS. Weitere Fortschritte der Entbindung ectopischer lebensfähiger Früchte durch Koeliotomie. Monatschrift f. G. und G. August. 1897.
- 3) HOFFMEIER. Zur operativen Behandlung der Extraut. Zeitschrift f. G. und G. Bd. V.
- 4) KNAUER. Fall von Extrauterinschwangerschaft C. f. G. 1899. str. 1298.
- 5) FRAEN-

KEL Zur Lehre von der Extrauteringravidität. Archiv. f. G. 16. 2. 6) FRAENKEL. Beiträge zur operat. Gynaek. Breslau. Aertzt. Zeitft. 1887. 1. 7) DUNNING. Ectopic gestation. Amer. jour. of Obst. Nowember 1899. 8) GALABIN. A. case of extrauterinpregnancy. Transact. Obst. London Vol. 39. 9) FROMMEL. Zur operativen Behandlung der Extrautgrvdt. in den späteren Monaten der Gravidt. München. med. Wochen. 1892. 1. 10) OLSHAUSEN. Die Extrautschwangft. mit besonderer Berücksichtigung der Therapie in der 2 Hälfte der Schwang. Deutsch. med. Wochen. 1890. 8—10. 11) LITZMANN. Gastrotomie bei Tubarschwangerschaft. Archiv. f. G. 18. 1. 12) MANDL und SCHMIDT. Beiträge zur Aetiolo. und pathologischen Anatomie der Eileiterschwang. Archiv f. G. 56. 2. 13) MURET. Diagnostic différentiel de la grossesse extraut., de la grossesse ectopique et des quelques tumeurs abdominales. Revue de Gynecol. 1898. 6. 14) SITZNER. Ein Fall von siebenmonatlicher Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter mit lebendem Kinde. Archiv. f. G. Bd. 64. H. 3. str. 526. 15) ESPENMUELLER. Ueber operative Behandlung der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter bei lebendem Kinde. Inaug. Diss. Tübingen 1899. 16) NEUGEBAUER Fr. Beinahe ausgetragene Extrauterinschwang. C. f. G. 1898 N. 30. str. 785. 16) SEGOND Paul. Traitement des grossesses extrauterines. Paris. 1898. 17) MARTIN A. Die Krankheiten der Eileiter. Eileiterschwangerschaft. Handbuch der Krank. der weibl. Adnexorgane. Bd. 1. str. 503. 18) DUEHRSEN A. Ueber operative Behandlung nebst Bemerkungen zur Aetiologie der Tubarschwangerschaft. Archiv f. G. Bd. 54. H. II. Str. 207. 19) WINTER G. Lehrbuch der Gynaek. Diagnostik. Leipzig. Verlag v. Hirzel. 1896. str. 79—110; 150—207. 20) PFANNENSTIEL. Die Erkrankungen der Ovarien. Handbuch der Gynaek. Veit. Bd. III. 1 H. Wisbaden. 1898. Str. 414—454. 21) MUENZER. Frühdiagnose der Extrauteringravidität. Abdruck aus dem Centralblatt für die Grenzgebiete der Medicin und Chirurgie. Bd. IV. N. 22 u. 23, 1901. 22) WEBSTER (deutsch v. D-r Arnold EIERMANN). Berlin. 1896. Verlag von S. Karger. 23) ZWEIFEL. Lehrbuch der Geburtshülfe. Stuttgart. 1895. 25) VERT. Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart. 1884. 26) SCHAUTA. Beiträge zur Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinschwangerschaft. Prag. 1891. 27) PLIEN Max. Die Lehre von der Extrauterinschwangerschaft. Inaug. Dissert. Berlin. N. O. 1898. 28) WERTH. Beiträge zur Anat. und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart, 1887. str. 46. 29) SUREN. Kritische Geschichte der Lehre von der Extrauterinschwag. Inaug. Diss. Strassburg. 1899. 30) MATLAKOWSKI. Przyczynek do ciąży zamacicznej. Gaz. Lek. N. 41 - 43. 1889. 31) Tenże. Dwa dalsze przypadki ciąży zewnątrzmacicznej. Gaz. Lek. N. 9. 31. 1892. 32) JORDAN. 6 przypadków ciąży pozamacicznej. Przegląd Lek. 1895. Nr. 41—46. 33) Tenże. Donoszona ciąża zamaciczna. Rocznik Tow. Gin. Krak. za rok 1897. str. 74. 34) Tenże. Przypadek ciąży brzusznej. Rocznik Tow. Gin. Krak. Zesz. VII. str. 48. 35) JANCZEWSKI. Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej. Medyc. Nr. 2, str. 25. rok 1899. 36) STĘPKOWSKI. Ciąża zamaciczna. Med. Nr. 38. 1899. 37) WARSZAWSKI. Przypadek XVI-miesięcznej ciąży zamacicznej. Kron. Lek. Zesz. V. str. 213. 1899. 38) TROCZEWSKI. Przypadek ciąży brzusznej. Gaz. Lek. N. 9. Str. 239. 1897. 39) SCHUMAN. Ciąża zewnątrzmaciczna. Nowiny lek. Str. 409, 541, 590. rok 1890. 40) BORYSSOWICZ. 4 przypadki ciąży zewnątrzmacicznej. Pam. Tow. Lek. 1893. Str. 469. 41) NEUGEBAUER Fr. Przypadek ciąży brzusznej. Pam. Tow. Lek. T. XCIII. Zesz. 4. Str. 1099. 42) Tenże. Ciąża z obumarłym od 5½ miesięcy płodem. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. XCIII. Z. 4. Str. 1113. 43) WARSZAWSKI. Przypadek ciąży zamacicznej śródmiąższowej prawej. Kron. Lek. Zesz. XIX. str. 877.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

57. E. NICHOLS. **Stosunek drożdżaków do raka.** Już za czasów działalności VIRCHOW'a wiadomem było, że w komórkach nabłonkowych raka często można znaleźć pewne szczególne twory (*cell - inclusions of cancer*), których obecność nie łatwo wytłumaczyć. W ciągu ostatnich lat piętnastu wielu badaczy, pociągniętych nadzieją odkrycia przyczyny powstawania nowotworów złośliwych, usiłowali dowieść, że te osobliwe twory, znajduwane w protoplazmie komórek rakowych, są pasorzytami. Jedni uważali je za pierwotniaki *resp.* hurmaczki (*protozoa resp. sporozoa*), drudzy twierdzili, że są to drożdżaki (*blastomyceles*).

Idea, że wspomniane twory rakowe są drożdżakami, była po raz pierwszy wypowiedziana przez BUSSE'go w roku 1894. Autor ten obserwował pewien przypadek, który klinicznie był rozpoznawany jako chroniczne zapalenie okołostny lub miękki mięsak goleni. Badając świeżą tkankę, wziętą z ogniska chorobowego, znalazł on młodą tkankę łączną i liczne komórki olbrzymie, między którymi i w których znajdowało się wiele małych załamujących światło ciałek z podwójnym konturem. BUSSE wyosobnił te twory i otrzymał hodowle ich na rozmaitych podłożach. Ponieważ drobnoustroje te rozmnażały się przez pączkowanie i, rosnąc na kartoflu, wydzielaly dwutlenek węgla, BUSSE zdecydował, że są to prawdopodobnie zwykłe drożdże. Na zasadzie dalszego badania tego przypadku *in vivo* i *post mortem*, również na zasadzie wyników szczepień zwierzętom zarazka, BUSSE przyszedł do przekonania, że obserwowany przez niego przypadek nie miał nic wspólnego z mięsakiem, lecz przedstawiał specjalną formę chorobową charakteru zapalnego, polegającą na zakażeniu ustroju przez drożdżaki. Powodowany myślą o pasorzytniczem pochodzeniu raka, próbował on otrzymać hodowle tworów, widywanych w komórkach raka, co mu się jednak nie powiodło. Wyhodowane zaś przezeń z mięsaka i raka skórniego drożdżaki nie okazały się patogenicznymi.

W czasie gdy BUSSE nie zakończył jeszcze swoich poszukiwań, SANFELICE, prof. higieny uniwersytetu w Cagliari, opublikował pracę, w której skłania się ku uznaniu wspomnianych tworów, znajdujących w komórkach raka, za drożdżaki. Powodowany tą ideą, SANFELICE wyhodował z soku owocu drożdżaki, które podług niego dostają się do owocu z powietrza, przestudyował ich biologiczne właściwości i szczepił zwierzętom. Świnki morskie zdychały po 20—30 dniach z powiększonymi gruczołami limfatycznymi i wtórnymi gruźlankami w wątrobie, nerkach, śledzionie i t. p. SANFELICE wywnioskował, że drożdżaki te są identyczne z tworami, widwanymi w komórkach raka, i nazwał je *saccharomyces neoformans*.

Wkrótce potem SANFELICE ogłosił, że udało mu się znaleźć w pewnym pierwotnym raku wątroby u byka małe załamujące światło ciała histologicznie podobne do opisanych przezeń *saccharomyces neoformans*. Niektóre z tych drobnoustrojów były okrążone złożami fosforanu wapnia. SANFELICE wyhodował te drobnoustroje na podłożach, zawierających cukier, skrobię, lub na kartoflu i nazwał je *saccharomyces litogenes*. Szczepiąc zwierzętom oba wyosobnione przez siebie drożdżaki, SANFELICE przyszedł do przekonania, że nie różnią się one niczem od opisanych przez wielu autorów tworów, znajdujących się w komórkach raka i uważanych przez nich za pierwotniaki i przyczynę raka.

Do szczepień używał SANFELICE czystej hodowli *sacch. neoformans*, rozcieńczonej w wodzie. Suczka po zastrzyknięciu w sutkę zdychała w ciągu dwóch miesięcy. Na sekcji okazywały się guziczki w nerkach, śledzionie i gruczołach limfatycznych, zwłaszcza leżących w okolicy zastrzyknięcia. Pierwotny guziczek na miejscu zaszczepienia składał się z tkanki „podobnej do mięsaka“ lub „rybiego mięsa“ z oznakami odczynu zapalnego w przylegającej tkance. Drożdżaki można było widzieć wewnątrz komórek guziczka lub w stanie wolnym; otrzymać ich kulturę nie udało się. Rozrastanie się nabłonka gruczolowego nie miało miejsca; guziczki składały się z młodej tkanki łącznej. Sąsiednia skóra i mięśnie nie cierpiały. Powiększenie gruczołów limfatycznych zależało nie od rozrostu miejscowych komórek, lecz od nagromadzenia się drożdżaków.

Przy szczepieniach *sacch. litogenes* SANFELICE otrzymywał podobne rezultaty. U zwierząt również tworzyły się złogi wapienne. W niektórych przypadkach udało się wyhodować kulturę.

Wreszcie SANFELICE'owi powiodło się otrzymać czystą kulturę drożdżaków z nowotworów ludzkich. Drożdżaki te, nazwane przez niego *neoformans*, nie okazały jednak działania patogenicznego na zwierzęta. Fakt ten objaśnia SANFELICE innymi warunkami, spotykanymi przez drobnoustrój u zwierzęcia, niż u człowieka. Aby więc przyzwyczaić *resp.* zaaklimatyzować swój *neoformans*, przeprowadzał on go przez całą seryę zwierząt. Do roku 1898 SANFELICE zaszczepił 59 psów po kolei i oznajmił, że w końcu otrzymał rezultat potwierdzający, t.j. przez zaszczepienie 59-ej generacji drożdżaków otrzymał prawdziwego raka gruczołu piersiowego suki. Suka zdechła po 10 miesiącach. W gruczole uformowała się narośl charakteru gruczolakowego z układem „podobnym, jak w normalnej sutce“. W gruczołach limfatycznych można było znaleźć przerzuty gruczolakowe.

W centralnych częściach nowotworu drożdżaków nie było, a tylko nieznaną liczbę ich można było znaleźć w częściach peryferycznych wewnątrz komórek lub w stanie wolnym. Struktura ich nie odpowiadała strukturze zwykłych drożdżaków, wskutek czego SANFELICE twierdzi, że „im dłużej drobnoustrój pozostaje w tkankach, tem więcej staje się on podobnym do wiadomych tworów, znajdujących w komórkach raka, i w stadium tem jest on niezdolny do kultywowania na zwykłych podłożach“.

PLIMMER oznajmił, że udało mu się wyosobnić z raka ludzkiego drobnoustrój, który rósł na specjalnych podłożach anaerobijnie. Zaopiniował on, że drobnoustrój ten morfologicznie odpowiada tworom, widywanym w komórkach raka (*cell-inclusions of cancer*). Zaszczepiony zwierzętom, dał on zmiany podobne do otrzymanych przez SANFELICE. Wywołane przezeń guziczki składały się z tkanki „śródbłonkowej“, i PLIMMER nazwał je nowotworami. Drobnoustrój udało się wyhodować z guziczek. PLIMMER nie uważał ich za pierwotniaki, lecz raczej za drożdże.

W następstwie prac BUSSE'go, SANFELICE i PLIMMER'a pojawił się cały szereg publikacji rozmaitych badaczy, przeważnie włochoń. Wielu z nich przyjęło teorię, że twory, widywane w komórkach raka, są pasorzytami i że są identyczne z drożdżakami SANFELICE'a.

Badania autora dotyczyły zmian, wywoływanych przez szczepienie zwierzętom „*Neoformans*“ SANFELICE i drobnoustroju, wyosobnionego przez PLIMMER'a z raka ludzkiego. Autor otrzymał czyste kultury tych drożdżaków od powyżej wymienionych badaczy. Drożdżaki te rosły szybko na rozmaitych podłożach aerobijnych, zwłaszcza zawierających cukier, na kartoflu i bulionie z cukrem gronowym.

Do szczepienia używano kultury bulionowej; szczepiono królikom i świnikom morskimi przez zastrzykiwanie w rozmaite miejsca i tkanki 0,25—1 ctm. kultury. Istotnych różnic w zmianach, wywoływanych przez oba drożdżaki, nie znaleziono.

Na zasadzie współczesnych danych literatury i swoich własnych doświadczeń autor wyprowadził następujące wnioski:

Zmiany, wywoływane u zwierząt przy dobrowolnym zarażeniu się drożdżakami, posiadają charakter ostrej sprawy zapalnej, ropni lub guziczków, składających się ze swoistej tkanki granulacyjnej, i są zupełnie niepodobne do raka. Infekcja drożdżakowa zdarza się choć bardzo rzadko i u ludzi. Zmiany posiadają wówczas ten sam charakter, co i przy dobrowolnym zarażeniu się zwierząt, mianowicie przedstawiają ostre sprawy zapalne (ropnie lub wrzody), bujanie śródbłonka i tkanki łącznej. Czasami może się zdarzyć i rozrastanie nabłonka skórniego, nie zależy ono jednak od działania drożdżaków, lecz jest wtórne, wskutek chronicznego zapalenia *corium*. Rozrastanie się nabłonka nie jest analogiczne do rozrastania się nabłonka, obserwowanego przy raku; niema również przerzutów nabłonkowych.

Zmiany, wywoływane u zwierząt przy doświadczalnej infekcji drożdżakami, są z wyjątkiem „udanych“ przypadków SANFELICE'a zapaleniami lub guzami, składającymi się ze swoistej tkanki granulacyjnej. Przypadki SANFELICE'a, w których otrzymał on sztucznie nowotwory, nie są przekonywujące same w sobie i są w sprzeczności z rezultatami, otrzymanymi przez wszystkich innych badaczy, i, jeżeli nawet są prawdziwe, to logicznie muszą być wytłomaczone jako zbieg okoliczności, a nie jako istotne rezultaty

Drożdżaki, jako prawidło, wywołują ograniczone rozrastanie się tkanki i nieznaczną infiltrację leukocytami, t. j. własności ich toksyczne są słabe. Drożdżaki rozszerzają się podług przebiegu dróg limfatycznych i naczyń krwionośnych. Czasami, dostawszy się w większej ilości do naczynia krwionośnego, mogą one być rozsiane po całym ciele i dać obraz ogólnej infekcji i przerzutów. Wtórne guziczki posiadają ten sam ogólny charakter, co i pierwotne. Morfologia tak zw. „tworów rakowych“ nie jest identyczna z morfologią drożdżaków. Drożdżaki nie są stale obecne w złośliwych nowotworach ludzkich. Jeżeli zaś nawet znajdują się one, to jednak nie są one obecne w takiej liczbie i w takim stosunku do obrazu anatomopatologicznego, aby mogły usprawiedliwić pogląd, że są przyczyną choroby.

Wszystkie te fakty przemawiają za tem, że drożdżaki nie mają nic wspólnego z powstawaniem nowotworów złośliwych u człowieka.

(*Journal of Medical Research*. 1902. Nr. 3). S. Janczurowicz.

ODPORNOŚĆ W ŚWIETLE BADAŃ WSPÓŁCZESNYCH,

Streścił

LEON KARWACKI.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 33).

Zdolność fagocytowania posiadają ciała wyżej wymienione, i żadne inne komórki tych własności nie mają. Bizzozero przytacza wyjątkowy fakt znajdowania się spiryl w nabłonkowych komórkach żołądka u psa. Spirylle były

w wakuolach. Fakt ten jednak może być wytłomaczony w ten sposób, że do wakuoli, powstałej skutkiem wydzieliny komórkowej, przedostają się spirylle i są zamknięte wewnątrz dzięki rozrostowi protoplazmy po brzegach wakuoli. Obecność pasorzytów zimnicy w czerwonych ciałkach tłomaczy się udziałem czynnym pasorzyta, posiadającego ruchy samoistne.

Pochłanianie więc jest drugim aktem w odporności naturalnej, trzecim najważniejszym jest zniszczenie mikroba wewnątrz fagocyta, zasymilowanie. Pochłonięty mikroby może pozostawać żywym wewnątrz fagocyta, może nawet się rozmnażać i dawać prawdziwe hodowle wewnątrzkomórkowe. Fagocyty takie giną, a leukocytoza nieraz nawet bardzo znaczna nie prowadzi do celu, i zwierzę ginie. U królika, na przykład, po zakażeniu lasecznikami węglkowymi, powstaje znaczna leukocytoza miejscowa i ogólna, a jednak królik pada. W ostrym okresie rzeżączki dwoinki NEISSER'a mimo znacznej leukocytozy nie giną i dają prawdziwe hodowle wewnątrz makrofagów. Jednym z najodporniejszych drobnoustrojów jest lasecznik gruźlicy, dzięki swej woskowej otoczce, utrudniającej rezorbcyę. A jednak istnieją organizmy odporne i wobec laseczników KOCH'a: Meriones (Afryka), Spermophilus (Azja środkowa) są niewrażliwe na zakażenie gruźlicze.

Ostatecznym wynikiem pochłonięcia mikroby przez fagocyty przy odporności wrodzonej jest śmierć mikroby. Badane w różnych okresach pod drobnostwem, zjawisko to nie przedstawia się dla wszystkich drobnoustrojów jednakowo. Niektóre z nich giną bardzo prędko i asymilują się w protoplazmie tak, że niepodobna wkrótce wykryć ich śladów; inne podlegają przed tem pewnym zmianom degeneracyjnym—prątek choleryczny zatracza postać charakterystyczną i zamienia się w kulkę; w innych znowu razach ciało mikroba pogrzebane bywa w ochronnej otoczce z soli wapiennych lub soli żelaza — lasecznik gruźlicy. W tym wypadku śmierci lasecznika dowodzi utrata swoistych własności barwienia się. Mechanizm rezorbcy można studyować na leukocytach *in vivo* za pomocą ostrożnego barwienia odczynnikami EHRlich'a — Neutralroth. Odczynnik ten w roztworze 1% nie zabija leukocytów, dając zabarwienie różowe, gdy treść ich jest kwaśna, fioletowe przy treści zasadowej. Jeżeli zabarwimy tym odczynnikiem wysięk otrzewnowy przy istnieniu w nim fagocytozy, to dostrzeżemy, że wakuole wewnątrzkomórkowe z mikroby barwią się na różowo, co znaczy, że trawienie mikroby odbywa się w środowisku zlekka kwaśnem. Wyjątek stanowią fagocyty u meriones, gdzie otoczka z fosforanów wapnia, powstająca naokoło laseczników gruźliczych, może się wytworzyć tylko przy oddziaływaniu zasadowym — istotnie wakuole barwią się na fioletowo. Trawienie dokonuje się zapomocą fermentów wewnątrzkomórkowych.

Ponieważ u prątków cholerycznych bakteriolizę poprzedzają zmiany bardzo charakterystyczne, a mianowicie transformacja w postacię ziarniniakowe, przeto ten drobnoustroj doskonale się nadaje do studywania bakteriolizy w odpornych organizmach. W miejscu wprowadzenia przecinków cholerycznych do ustroju spostrzega się znaczna leukocytoza z przewagą komórek wielojądrowych. Mikroby częścią są wolne, w części pochłonięte przez leukocyty: w mikrofach ciała prątków ulegają przemianie sferycznej, w makrofach zaś nie zmieniają się wcale, a nawet dzielą się, a komórki wyglądają jak hodowle prątków. Im później badać płyn z miejsca zaszczepienia, tem mniej zawiera on wolnych drobnoustrojów, w końcu brak ich zupełnie. Ale i wtedy jeszcze można otrzymać hodowle z płynu, gdyż drobnoustroje, pochłonięte przez makrofachy, rozmnażają się w nich, wywołują śmierć komórek rozpad ich i nowe przejście prątków do

pływu. Ostatecznie i te ostatnie ulegają zniszczeniu przez mikrofagi. Jak wiadać z tego, główna rola przypada nie makrofagom, jak było przy rezorbeyi innych pierwiastków morfotycznych, lecz mikrofagom. Jest to regułą dla wszystkich zakażeń o przebiegu ostrym, w zakażeniach o przebiegu przewlekłym — gruźlica, trąd, promienica — bardziej czynnie zachowują się makrofagi; one to tworzą komórki olbrzymie i one niszczą drobnoustroje.

Pierwszy FODOR przekonał się, że surowica pewnych zwierząt ma własności bakteryobójcze lub łagodzące jadowitość niektórych drobnoustrojów. FODOR robił doświadczenia z lasecznikiem węglkowym. BUCHNER i NUTTAL potwierdzili to spostrzeżenie i postawili zjawisko odporności wrodzonej w związku z bakteryolityczną własnością płynów ustrojowych. NUTTAL spostrzegł przytem, że własności surowicy giną, jeśli ją ogrzać do 56° (znikanie znajomej już nam cytazy). Dalsze jednak spostrzeżenia wykazały niezgodność bakteryolizy humoralnej z pewnymi faktami. Tak, na przykład, królik ginie od znacznie mniejszej dawki hodowli węglkowej, niż surowica jego *in vitro* jest w stanie zabić (LUBARSCH). U psa, bardzo odpornego z natury wobec laseczników węgla, surowica nie wykazuje wcale własności bakteryobójczych, — przeciwnie laseczniki dają w niej hodowlę.

A zatem odporność wrodzona nie polega na bakteryobójczych własnościach płynów, lecz istnieje wskutek innych czynników. Sam BUCHNER zmienił zdanie pierwotne i postawił ją w zależności od działania leukocytów. Za podstawę do tego przypuszczenia posłużyło porównanie siły bakteryobójczej krwi i płynów wysiękowych. Okazało się mianowicie, że surowiczy płyn wysięków, bogatszych w leukocyty od krwi, ma silniejsze działanie bakteryobójcze, niż surowica. DENYS na podstawie swych doświadczeń potwierdził zdanie BUCHNER'a; lecz PFEIFFER w szeregu spostrzeżeń, wykonanych bardzo ściśle, dowiódł, że w niektórych razach surowica jest bardziej bakteryobójcza, niż płyny wysiękowe. Praca GENGOU pogodziła te pozorne sprzeczności: GENGOU zwrócił uwagę na charakter leukocytów w różnych wysiękach przy zakażeniu węglkowym i spostrzegł, że w wysiękach wczesnych, nie starszych nad 24 godziny, przeważają leukocyty wielojądrowe — mikrofagi, w wysiękach zaś, trwających dłużej, przeważają duże leukocyty jednojądrowe — makrofagi. Siła bakteryobójcza pierwszego rodzaju wysięku jest bardzo znaczna, w wysiękach, dłużej trwających, zdolność ta zmniejsza się. Doświadczenia swoje GENGOU rozszerzył na prątek choleryczny, lasecznik durowy i lasecznik okrężnicy i otrzymał wyniki identyczne. Ponieważ surowica przedstawia wytwór sztuczny, badacz ten starał się otrzymać płyn możliwie zbliżony do osocza i określić jego własności bakteryobójcze. Żeby zatrzymać krzepnięcie, zbierał krew z upustu do rurek parafinowych i szybko poddawał ją centryfugowaniu. Płyn, w ten sposób otrzymany, miał własności bakteryolityczne w nadzwyczajnie małej mierze. Ztąd wynika, że w odporności wrodzonej niszczenie mikrobów odbywa się nie dzięki własnościom humoralnym ustroju, lecz dzięki leukocytom; niszczenie odbywa się nie drogą wydzielania przez leukocyty pewnych bakteryobójczych ciał, lecz wewnątrz fagocytów, a mianowicie mikro-fagów, dzięki pewnemu fermentowi. Fermentowi temu należy się nazwa mikro-cytazy.

Doświadczenia BORDET'a i GENGOU nie wykazują tu zupełnej analogii z rezorbeyą pierwiastków morfotycznych: brak tu działania istoty utrwalającej. Jeżeli do surowicy bakteryobójczej, ogrzanej do 56°, wprowadzić odpowiednie mikroby i poddać płyn centryfugowaniu, a następnie oddzielić mikroby od surowicy, to nie powstają żadne zmiany ani w mikrobach, ani w surowicy: mikroby

nie przyswoiły sobie ciała utrwalającego na podobieństwo erytrocytów w doświadczeniu EHRLICH'a i MORGENROTH'a, gdyż surowica go nie posiadała.

Jednakże fakt istnienia ciał ustalających w odporności sztucznej nasuwa przypuszczenie, czy ciała ustalające nie istnieją i w odporności wrodzonej, tylko w ilości minimalnej, nie dającej się wykazać tym mało czułym odczynem biologicznym, gdyż mechanizm *a priori* w obu razach jakościowo powinien być jeden, różnice mogą być tylko w natężeniu.

Najbardziej kompetentni badacze w tej dziedzinie zjawisk, jak BUCHNER, EHRLICH i BORDET są w najzupełniejszej sprzeczności z sobą co do aleksyn przy cytolizie i bakteryolizie (makrocytaza i mikrocytaza MIECZNIKOWA): podczas gdy BORDET utożsamia je najzupełniej, twierdząc, że istnieje tylko jedna aleksyna, niszcząca zarówno bakteryę, jak i inne pierwiastki morfotyczne, EHRLICH twierdzi, że nie tylko aleksyny bakteryolityczna i hemolityczna różnią się najzupełniej, lecz że zarówno dla każdego gatunku drobnoustrojowego, jak i dla każdego pierwiastku morfotycznego istnieją swoiste cytazy. Kwestya stoi otworem do chwili obecnej, jednak, opierając się na gruncie czysto faktycznym, trzeba zgodzić się przynajmniej na dwie różne cytazy — bakteryolityczną i cytolityczną, gdyż istnieją niewątpliwe spostrzeżenia, że surowice hemolityczne nie działały na bakteryę, a cytazy bakteryolityczne nie niszczyły uczulonych ciałek krwi (MIECZNIKOW, SCHATTENFROH, NEISSER).

(C. d. n.).

Z POSIEDZEŃ LARYNGOLOGICZNO-OTYATRYCZNYCH.

Posiedzenie z dnia 23 stycznia 1901 r.

Kol. SOKOŁOWSKI przedstawił 38-letniego chorego, który przybył do szpitala Ś-go Ducha przed 3 miesiącami ze skargą na ból gardła przy łykaniu i chrypkę. Ból rozpoczął się na kwartał przed wstąpieniem chorego do szpitala, chrypka zaś — o dwa miesiące później. Ogólnie chory czuje się dobrze, jakkolwiek silnie wychudł. Trochę kaszle i pluje. Przy badaniu chorego znaleziono:

- 1) Na krtaniowej powierzchni nagłośni, na więzie nalewkowo-nagłośniowym lewym i na strunie rzekomej lewej owrzodzenie.
- 2) W płucach wydłużony wydech u szczytu prawego.
- 3) Nieznaczne obrzmienie i bolesność gruczołów chłonnych w okolicy szyi. Kilkakrotne badanie płwociny na laseczniki KOCH'a dało wynik ujemny.

Badanie drobnowidzowe kawałka wyskrobanego dało możliwość rozpoznania raka. Przypadek ten zasługuje na uwagę z kilku względów: 1) dotyczy człowieka młodego, 2) sprawa przebiegała powoli, 3) obraz krtaniowy przypominał gruźlicę.

Kol. SREBRNY robi uwagę, że stosowanie tuberkuliny w celach rozpoznawczych niesłusznie zostało zarzucone, że w danym trudnym istotnie do rozpoznania przypadku, oddałaby ona z pewnością rzetelne usługi, i że jedno- dwu- a nawet trzykrotne zastrzyknięcie kilku miligramów tuberkuliny choremu zaszkodzić nie może.

Kol. LUBLINER, uznając słuszność tej uwagi, sądzi, że na zasadzie jednostronności sprawy chorobowej można było wyłączyć gruźlicę, na co kol. SREBRNY odpowiada, że jednostronność choroby jest właśnie cechą zmienną dla gruźlicy, co też potwierdza kol. SOKOŁOWSKI.

Kol. LUBLINER dodaje, że jednostronność zmian chorobowych tylko w początkowych okresach gruźlicy ma znaczenie dyagnostyczne, że w późniejszych stadiach sprawa szybko szerzy się i na drugą stronę.

Kol. ŁOGUCKI wspomina, że w przypadku tym zmiany miały jakiś charakter szczególny, nie przypominający gruźlicy.

Kol. SOKOŁOWSKI w dalszym ciągu dodaje, że pod względem terapeutycznym ograniczono się na pendzlowaniu krtani środkami przeciwgnilnymi, i sądzi, że energiczniejszy zabieg operacyjny, którym w danym razie mogłoby być tylko całkowite wyluszczenie krtani, korzyści choremu nie przyniesie, środki przeciwgnilne dokonały tyle, iż choremu nie czuć z ust.

Kol. LUBLINER również przemawia przeciwko całkowitemu wyluszczeniu krtani nie tylko w danym przypadku, ale w ogólności, przypominając z drugiej strony opisany przez siebie przypadek gruczolaka, a właściwie raka krtani, z którym chory żył przeszło 8 lat.

Kol. SREBRNY przeciwnie sądzi, że gdy idzie o chorobę bezwarunkowo śmiertelną, to zabieg operacyjny, chociażby dawał nie więcej, niż 1% wyzdrowienia, jest usprawiedliwiony: ocalenie chociażby jednego chorego na 100 jest także dużym tryumfem. Tembardziej zaś całkowitego wyluszczenia krtani tak stanowczo potępiać nie należy, że GLUCK, jak to widać z jego ostatniej statystyki, miał bardzo duży procent wyzdowień po upływie lat po wyluszczeniu krtani. Co się tyczy wspomnianego przez kol. LUBLINERA chorego z rakiem krtani, który żył 8 lat, to jest to w każdym razie wielka rzadkość, przyczem nie należy zapominać i o możliwości omyłki anatomo-patologicznej — rzeczy takie już się zdarzały. Z powodu uwagi kol. SOKOŁOWSKIEGO, że dzięki środkom przeciwgnilnym chory dotychczas nie ma cuchnącego oddechu, kol. SREBRNY mniema, że nie należy tego przypisywać pendzlowaniom przeciwgnilnym, lecz tej okoliczności, że rak nie doszedł jeszcze do chrząstki: dopóki zajęta jest tylko błona śluzowa lub mięśnie, dopóty nie ma cuchnącego oddechu, dopiero kiedy sprawa przejdzie na chrząstkę, i rozpocznie się jej rozpad, wtedy występuje *factor ex ore*.

Posiedzenie z dnia 27 lutego 1901 r.

I. Kol. SOKOŁOWSKI zakomunikował historię choroby następującego przypadku. 6 lutego r. b. przybyła do mieszkania kol. S. 20-letnia dziewczyna z gub. Lubelskiej ze skargą na chrypkę i suchy kaszel, trwające od roku. Wygląd zdrowy. W krtani znalazł kol. S. struny prawdziwe nieco zgrubiałe; pod prawą struną prawdziwą jakby fałda. Zmian w nosie i płucach nie było. Uderzała w tym przypadku jednostronność sprawy. Na propozycję zapisania się do szpitala chora nie zgodziła się.

Po upływie kilku dni chora przybyła do szpitala św. Ducha na poradę ambulatoryjną. Wówczas znaleziono obrzęk na obu chrząstkach nalewkowych pod postacią kul biało-przezroczystych, zasłaniających wewnątrz krtani; stan ten robił wrażenie *laryngitidis phlegmonosae*. Zalecono spokój, chora pozostawała w domu. Po kilku dniach obrzęk się zmniejszył, a po upływie tygodnia znikł zupełnie, co pozwoliło znowu widzieć pod prawą struną zgrubienie. Przy bardzo głębokim oddechaniu słychać było świst. Zaproponowano chorej znowu zapisanie się do szpitala w celu poddania się operacji (*laryngofissura*), ale bezskutecznie. Przed 3 dniami chora znowu przybyła do ambulatoryum w tym samym, co za ostatnim razem stanie, ogólnie czując się zupełnie dobrze. Gdy jej ponownie oświadczone, że jedynie operacja może ją uzdrowić, powróciła do domu, mocno tem zmar-

twiona. Nazajutrz zrana wstała zdrowa, ubrała się i, przeszedłszy kilka kroków przez pokój, nagle padła na ziemię nieżywa.

Kol. SOKOŁOWSKI spostrzegał kilka przypadków nagłej śmierci u ludzi, dotkniętych sprawami skleromatycznymi krtani. Jeden z nich, leczony w szpitalu metodyczną dilatacją, nagle dostał silnej duszności i, zanim zdążono z pomocą, zmarł; drugi — po dokonaniem rozszczepieniu krtani i wyjęciu rurki tracheotomijnej w stanie zupełnego zdrowia miał nazajutrz wypisać się ze szpitala, nagle dostał duszności i padł nieżywy. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono zgrubienie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli z metaplazją nabłonka i obrzęk płuc. W krtani obrzęku nie było. U obydwu tych chorych śmierć poprzedziła duszność krótkotrwała, w opowiedzianym zaś na wstępie przypadku, według słów otoczenia, nie było duszności. Zastanawiając się nad przyczyną śmierci w tym przypadku, kol. SOKOŁOWSKI przypuszcza, że może tu wystąpił nagle obrzęk krtani, tembardziej, że raz już to miało miejsce. Przypadek ten poucza, że nie należy zwlekać z leczeniem radykalnym w sprawach podgłośniowych, i że nie należy takich chorych leczyć ambulatoryjnie. Zagadkowy w tym przypadku jest obrzęk, który znaleziony był przy drugim badaniu chorej, może powstał on wskutek wielkich mrozów, jakie w pierwszych dniach lutego w Warszawie panowały.

Kol. WRÓBLEWSKI zapytuje, czy chora brała *kali iodatum*, na co otrzymuje od kol. SOKOŁOWSKIEGO odpowiedź twierdzącą z uwagą, że obrzęk wystąpił przed zastosowaniem jodu.

Kol. LUBLINER z powodu opowiedzianego przypadku przypomina o *oedema angioneuroticum* błon śluzowych, pokrewnem opisanym przez QUINCKE'go obrzękom na skórze, i dodaje, że po niewielkich dawkach jodu były opisywane przypadki nagłej śmierci.

Kol. HEIMAN zapytuje, czy w przypadku, gdzie była dokonana sekcyja, zbadano mózg.

Kol. SOKOŁOWSKI odpowiada, że tego sobie nie przypomina.

Kol. HEIMAN dodaje, że przed kilku laty spostrzegał w szpitalu Ujazdowskim przypadek ostrego zapalenia krtani, które po upływie 9 dni przeszło. Nagle chory w zupełnie dobrym stanie zdrowia zmarł w przeciągu pół godziny. Badanie mózgu wykryło ognisko rozmiękczenia w okolicy mostu VAROL'a.

Kol. MEYERSON zwraca uwagę, że w przypadkach obrzęku krtani śmierć nie następuje nagle, lecz po pewnym czasie trwania duszności. Jako przykład opisuje przypadek w którym chory z obrzękiem krtani zmarł z powodu zaduszenia na stole operacyjnym w czasie tracheotomii.

Kol. SOKOŁOWSKI w odpowiedzi na poczynione uwagi zaznacza:

1) że jod w opisanym przez niego przypadku nie mógł być przyczyną domniemanego obrzęku krtani, albowiem obrzęk taki wystąpił już przed zastosowaniem tego leku;

2) że obrzęk krtani mógłby być następstwem skrycie przebiegającego zapalenia nerek.

3) że w przypadku kol. MEYERSONA chory miał przed wystąpieniem obrzęku krtani zdrową, tutaj zaś krtani była chronicznie zwężona, że tam tchawica i oskrzele były elastyczne, tutaj zaś w narządach tych mogły być zmiany skleromatyczne.

Kol. SREBNY zapytuje, czy nie było u chorej białkomoczu, na co otrzymuje od kol. SOKOŁOWSKIEGO odpowiedź przeczącą, i podziela zdanie kol. MEYERSONA, że w obrzęku krtani śmierć chorych poprzedza przynajmniej krótkotrwała

duszność, przypuszcza więc w przypadku kol. SOKOŁOWSKIEGO śmierć sercową albo mózgową. Sądzi też, że przestroga kol. SOKOŁOWSKIEGO, wyciągnięta z jego przypadku, aby chorych, dotkniętych sprawą podgłośniową, nie leczyć ambulatoryjnie, nie jest uzasadnione, przynajmniej dopóty, dopóki nie ma duszności. Nie należy tylko, zdaniem kol. SREBRNEGO stosować ambulatoryjnie dilatacyi, po której wystąpić może obrzęk.

Kol. WRÓBLEWSKI mniema, że chorych z obrzękiem krtani nie należy leczyć ambulatoryjnie, na co kol. SREBRNY odpowiada, że nie mówił o obrzęku, lecz o zmianach podstrunowych, podobnych do tych, jakie miała chora kol. SOKOŁOWSKIEGO.

Kol. SOKOŁOWSKI miał dwa przypadki groźnego obrzęku po dilatacyi, którą w dawnych latach stosował. W ostatnich czasach stosuje ją tylko jako leczenie następcze po rozłupaniu krtani, i to nie zawsze. Wracając do opowiedzianego przypadku, sądzi, że między obrzękiem krtani a sprawą podstawową nie było związku, że raczej był on przypadkowy, może zależny od mrozów.

Kol. WRÓBLEWSKI sądzi, że nagły obrzęk krtani w przypadku, opisanym przez kol. SOKOŁOWSKIEGO, mógłby spowodować natychmiastową śmierć. Jodu w stenozach, nawet przymiotowych, nie daje.

II. Kol. MEYERSON opowiedział historię choroby następującego przypadku. 10 dni temu zgłosił się do niego 60-letni mężczyzna z prowincyi, który przed 6 tygodniami dostał ostrego zapalenia ucha średniego z silnymi bólami głowy. W miejscu zamieszkania chorego zrobiono kilkakrotnie przekłucie błony bębenkowej. Gdy jednak ból głowy nie ustępował, przybył do Warszawy, gdzie kol. MEYERSON znalazł skąpe ropienie, wypukłą błonę bębenkową i bolesność na szczycie wyrostka sutkowego. Zrobiono przecięcie błony bębenkowej od góry do dołu, przyczem wydzieliny pokazało się niewiele, i zalecono wezykatoryę na wyrostek sutkowy. Przestrzykiwania nie były robione, lecz zaordynowane zostało wprowadzanie co kilka godzin do przewodu słuchowego tamponów, nasyconych płynem przeciwgnilnym. Ponieważ stan się nie poprawiał, zaczął kol. MEYERSON myśleć o otworzeniu wyrostka sutkowego i w tym celu umieścił chorego w szpitalu, gdzie po kilku dniach sprawa poprawiła się do tego stopnia, że wkrótce mógł w dobrym stanie zdrowia powrócić do domu. Dalszych wiadomości o chorym kol. M. nie posiada. Z powodu tego przypadku kol. MEYERSON zwraca uwagę na trudności w robieniu wskazań do trepanacyi wyrostka sutkowego i sądzi, że, dopóki nie ma stanu gorączkowego lub ropy pod okostną wyrostka sutkowego, należy ograniczyć się na ułatwieniu odpływu ropy i leczeniu przeciwzapalnym.

Kol. GURANOWSKI utrzymuje, że wskazania do otwarcia wyrostka sutkowego do dziś dnia nie są ściśle określone. Co się tyczy ostrych zapaleń ucha środkowego, to nigdy nie jesteśmy w możności zdecydowania wskazania na pewno. Kol. G. sądzi jednak, że przypadki, w których zajęta jest (t. j. wypukła i zaczerwieniona) tylna-górna część błony, częściej wymagają interwencji chirurgicznej. Jak niepewne są wskazania nasze, dowodzi następujący przypadek: ostre zapalenie ucha średniego, małe przedziurawienie w przednim dolnym odcinku błony, zawroty głowy, ciepota 39^o—40^o. Kol. G. radził operacyę, gdy jednak chory na nią się nie zgodził, zrobił cięcie błony w tylnym dolnym odcinku. Na 3 dzień zabliznienie, ropy nie ma, zawroty głowy słabsze. Po 2 tygodniach wyzdrowienie.

Kol. HEIMAN mniema, że w przypadkach ostrych wyjątkowo tylko zdarza się wskazanie do operacyi, w sprawach przewlekłych odwrotnie. Wskazania do

trepanacji w przypadkach ostrych są prawie matematyczne, mianowicie: bardzo obfite ropienie i długotrwałość ropienia (5—6 tygodni). Nieraz nawet w przypadkach, w których znajdujemy chelbotanie na wyrostku sutkowym, szczególnie u dzieci, pod wpływem okładów ciepłych wszystko się rozchodzi. Bóle głowy w zapaleniu ostrem ucha średniego mogą istnieć bez zajęcia wyrostka sutkowego. Ważna jest sprawa słuchu; jeżeli tenże długo nie powraca, to może to stanowić wskazanie do operacji. Co się tyczy przestrzykiwań ucha w zapaleniach ostrych, to od lat kilkunastu jest stanowczym ich przeciwnikiem.

Kol. OPPENHEIM sądzi, że nie należy długo zwlekać z trepanacją, na dowód czego przytacza przypadek następujący: Ostre zapalenie ucha średniego. Gwałtowne bóle głowy. Brak gorączki i dreszczów. Małe przedziurawienie błony — rozszerzenie, ropy mało — powtórne przecięcie błony. Pomimo to, że potem błona zaczęła powracać do stanu prawidłowego, bóle głowy trwały w dalszym ciągu. W kilka dni później chora zmarła. Co się tyczy wskazań do trepanacji, to według kol. HEIMANA, w przypadku kol. MEYERSONA powinna była być dokonana operacja, a jednak obeszło się bez niej.

Kol. HEIMAN widział chorą kol. OPPENHEIMA i przy braku objawów ze strony błony bębenkowej znalazł gwałtowne bóle głowy. Mówił otoczeniu o potrzebie dokonania operacji, mając na myśli otwarcie czaszki, gdyż przypuszczał tu ropień mózgu. Co się tyczy wskazań do operacji w ostrych przypadkach, to zostały one ściśle i dokładnie zrobione przez SCHWARTZE'go.

Kol. GURANOWSKI do poprzedniego przemówienia dodaje, że w sprawie wskazań do trepanacji wyrostka sutkowego w ostrych zapaleniach ucha średniego ważna jest etiologia zapalenia. Naprzykład, w zapaleniach ucha, powstałych po influenzy, skłonniejszy jest do operacji, niż w zwykłych ostrych zapaleniach. *Otitis media acuta* wskutek zakażenia (naprzykład po rękoczynach w nosie) daje też często wskazanie do trepanacji.

Kol. SOKOŁOWSKI widywał przypadki, w których operacja wydawała się nieuniknioną, a jednak pod wpływem leczenia przeciwwzapalnego i takie sprawy poprawiały się.

Kol. SREBRNY przypomina przedewszystkiem, że według obecnych pojęć w każdym przypadku ostrego zapalenia ucha znajduje się ropa w wyrostku sutkowym, a zatem ropienie w wyrostku sutkowym samo przez się nie jest wskazaniem do jego otwarcia. Nie podziela zdania kol. MEYERSONA, aby ropień na wyrostku sutkowym w przebiegu ostrego zapalenia ucha średniego był wskazaniem do trepanacji: zasadniczo ogranicza się na otwieraniu samego ropnia i ani razu jeszcze nie był zmuszony dodatkowo wykonać trepanacji, cierpienie ucha przechodziło bez śladu. Wreszcie zapytuje kol. MEYERSONA, jak stosuje swoje tampony w leczeniu ostrego ropienia, przypominając, że inni w tym celu wprowadzają paski gazy antyseptycznej.

Kol. MEYERSON w odpowiedzi zaznacza: 1) że przypadek kol. GURANOWSKIEGO nie jest typowy, gdyż miało tu miejsce zatrzymanie ropy z powodu małego przedziurawienia. 2) Według kol. HEIMANA wskazania do trepanacji w ostrych zapaleniach ucha są ściśle, tymczasem, jak to kol. M. przypomina kol. HEIMANOWI, ten ostatni niedawno w podobnym przypadku zdecydował, że jeżeli po 24—48 godzinach nie będzie poprawy, to wypadnie zrobić operację. Obeszło się bez operacji, przy czem czekano, wprawdzie, nie 24—48 godzin, ale znacznie dłużej. Gdzież tu więc jest ścisłość, jeżeli wypada określać jakieś terminy czekania, terminy, których także dokładnie oznaczyć nie można. Ścisłości wskazań do trepanacji w ostrych zapaleniach staje także na przeszkodzie brak grani-

cy, do jakiej zapalenie nazywa się ostrem: dla jednego nosi ono tę nazwę przez 3 tygodnie, dla drugiego przez 6 tygodni.

Jeżeli zaś kol. OPPENHEIM na zasadzie swego przypadku twierdzi, że z trepanacją trzeba się spieszyć, to ile to razy niepotrzebnie wykonywalibyśmy operację tam, gdzie, jak się później przekonujemy, jednak obeszło się bez niej. Tylko intuicyja lekarza może w tych sprawach decydować, ścisłych wskazań nie ma. Co się tyczy pytania, jak stosuje tampony w ostrych zapaleniach, to objaśnia, że zaleca choremu skręcanie ich na drucie i zmoczenie po zdjęciu z niego w płynie przeciwgnilnym, wyciśnięcie w warstwie suchej waty i wprowadzanie co kilka godzin do przewodu. Tampon taki ma za zadanie wchłanianie ropy.

Kol. HEIMAN i SREBRNY odpowiadają na to, że wilgotny tampon chyba celu, gdyż traci siłę higroskopijną. Przy stosowaniu suchego leczenia używa się pasków suchej gazy antyseptycznej. Co się tyczy przypadku, wspomnianego przez kol. MEYERSONA, to kol. HEIMAN uważa, że był to przypadek wyjątkowy.

Kol. HEIMAN dodaje jeszcze, że będąc w pierwszych latach swej praktyki zbyt pohopnym do wykonywania trepanacji wyrostka sutkowego, nieraz przekonywał się o braku w nim ropy w przebiegu ostrego zapalenia ucha.

(C. d. n.).

Z. Srebrny.

SPRAWOZDANIE Z XII ZJAZDU CHIRURGÓW POLSKICH W KRAKOWIE.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 33).

HORDYŃSKI (Kraków) demonstrował chorych: 1) żołnierz z promieniłą szyją, z objawami ucisku tchawicy i przetyku — *casus inoperabilis*. Dużemi, stopniowo dochodzącymi do 15,0 *pro die* dawkami jodku potasu — osiągnięto znaczne polepszenie; 2) chory z promieniłą o rzadkiem umiejscowieniu — na przedramieniu; 3) chory, uderzony sztyłem w lewą kość ciemieniową. Pareza kończyny górnej prawej, później przetoka, bóle, *status subferilis*. Zgłębnik, do przetoki wprowadzony, spotykał kość obnażoną na głębokości 4—5 ctm. Rozpoznano ropień, stwierdzony przy trepanacji. Na razie objawy przeszły, tylko w 4 tygodnie po operacji 4 odosobnione napady epileptyczne. W następnym roku znów bóle głowy, *hemiparesis* i epilepsja JACKSON'a, a później *hemiplegia* i *status epilepticus*. Ponowna trepanacja z usunięciem blizny, uciskającej mózg i unieruchamiającej oponę twardą. Przebieg gładki, *status epilepticus* przeszedł, i obecnie, po dwóch latach, chory miewa tylko co 1—2 tygodnie napady padaczkowe; po za tem jest zdrowy.

BOSSOWSKI „W sprawie *cephalhydrocoele traumatica*” z przedstawieniem chorego i preparatów. Guzy, noszące powyższą nazwę, powstają na czaszce po urazach podskórnych z pęknięciem kości i *durae matris*, o ile istnieje przeszkoda do zarośnięcia otworu w kości (np. jeżeli między brzegi kości wciśnięta jest *pia*). Płyn mózgo-rdzeniowy sączy się w tych razach pod skórę i wytwarza torbiel. Omawiane guzy (torbiele) powstają u dzieci do 3 roku życia i mogą być podobne do *encephalocoele congenita*. Rozpoznanie różniczkowe ogranicza się na różnym umiejscowieniu obu rodzajów guzów, na istnieniu palisady kostnej, otaczającej *cephalhydr. traum.* u podstawy i wytworzonej przez odwarstwowaną okostną, na urazie w wywiadach. Leczenie polega na otworzeniu torbieli i wytamponowaniu jamy, po ewentualnem uprzednim usunięciu części miękkich, wtłoczonych przy

urazie w kość. Przy innym leczeniu (z zaszcyciem jamy torbieli) mogą u rachityków powstawać nawroty.

KADER „O zwicnięciu stawu biodrowego wrodzonym“. Wogóle repozycja niekrwawa uważana jest za możliwą do 6—7 roku życia. K. uważa, że i w wieku późniejszym nie jest ona wyłączona, i demonstruje chorą 16-letnią, u której reponował niekrwawo z wynikiem wcale niezłym. Rozróżniamy 4 stopnie *lux. cong. coxae*, zależne od tego, czy główka uda leży: 1) na brzegu *acetabuli (subluxatio)*, 2) na wysokości *spina il. ant. inf.*, 3) na poziomie *sp. il. ant. sup.*, 4) jeszcze wyżej na *os ilei*. Nastawienie niekrwawe K. robi w ten sposób, że naprzód wykonywa forsowne zgięcie i maksymalne odprowadzenie uda, i w tej pozycji wywiera silny ucisk na udo wzdłuż osi, przez co główka spychana jest ku dołowi, ku panewce. Otrzymany wynik umocowuje się opatrunkiem gipsowym w pozycji uda silnie odprowadzonej. Przy zmianie opatrunków abdukcję stopniowo należy zmniejszać aż do pozycji normalnej. Ruchy bierne, gimnastyka i mięsienie stanowią zakończenie kuracji.

Prócz tego prof. K. demonstruje dziewczynkę lat 10, która miała *pes equinus paralyt.* (na tle *poliomyelitis anterior*). K. wykonał przedłużenie ścięgna Achilles'a, skrócenie ścięgien *extensorum*, przeszczepienie ścięgien przednich na mięśnie tylne i prócz tego wszczepił *nerv. peroneus* w *n. tibialis*. Wynik zadawalający.

W dyskusji prof. RYDYGIER powątpiewa, aby po 6—7 roku życia możliwe było nastawienie zwicnięcia wrodzonego stawu biodrowego metodą niekrwawą, gdyż jama panewki zanika do tego czasu zupełnie, a nawet czasem na miejscu panewki mamy nie dołek, lecz guz. O ile nawet na razie pozornie uda się nastawienie, to utrzymanie otrzymanego wyniku się nie uda.

SZUMAN wspomina o tem, że LORENZ podał nawet osobną nazwę *juxtappositio*, zamiast *repositio* dla przypadków pozornie reponowanych w wieku późniejszym.

Prof. KADER i CHLUMSKY zaznaczają, że w sprawie utrzymania wyniku nastawiania ogromną rolę odgrywa umiejętnie założony opatrunek unieruchamiający.

SAWICKI w sprawie przeszczepiania nerwów wymienia przypadki DROBNIKA i SZTEYNERA (wszczepienie przerwanego przez kulę *n. facialis* do *n. accessorius Willisii*) i zaznacza, że czynność nerwu wszczepionego wraca czasem bardzo późno (w przypadku SZTEYNERA po pół roku). Dalej mówi o dodatnich wynikach doświadczeń swoich i FLATAUA, robionych w tym kierunku na zwierzętach.

FROMMER (Kraków) „Przyczynek do techniki amputacji“. F. na podstawie spostrzeżeń z oddziału prof. TRZEBICKIEGO zaleca sposób BIER'a, polegający na zamykaniu kanału szpikowego płatem kostno-mięśniowym.

ZAREMBA „Przyczynek do nauki o perlakach czaszki“. Z. opisuje przypadek z kliniki krakowskiej, operowany przez KADERA, gdzie perlak, drobnowidzowo stwierdzony, tworzył guz w okolicy czołowo-skroniowej, a wgląd' dochodził aż do podstawy mózgu. Przypadek ciekawy ze względu na umiejscowienie i ogromne trudności operacyjne. W tej samej sprawie zaznacza, iż skłonność do nawrotów i trudność wyleczenia doszczętnego perlaków jam dodatkowych ucha zależy od niemożności zupełnie wszystkie najdrobniejsze, daleko idące rozgałęzienia perlaka dojrzeć i usunąć.

Prof. ZIEMBICKI temat „*Ectopia testis* z punktu widzenia chirurgicznego“, jako bardzo ważny i wymagający szerokiego rozpatrzenia, odkłada dla braku czasu na rok przyszły. Opisuje zato „krwotok śmiertelny po tracheotomii“. Choremu z powodu zwężenia krtani na tle *scleroma* zrobiono *tracheotomiam inferiorem*. Na 5-ty dzień po operacji przy zmianie rurki nastąpił kolosalny krwotok tętni-

czy z niezwłocznym zejściem śmiertelnym. Sekcja wykazała przeżarcie odleżynowe w ścianie *art. anonyma*. Do opisu Z. dołącza wykład o przebiegu anormalnym dużych tętnic na szyi, mogącem powodować ich zranienie przy tracheotomii. Z mniej znanych wymienił układ tętnic, kiedy *art. subclavia dext.*, wychodząc z *trunc. anon. sin.*, przechodzi poprzecznie przez szyję po za innymi naczyniami, dalej wspólną *art. thyreoid. inf.* Najczęściej powodem nieszczęść bywa wysoko podchodzący *trunc. anonym. dext.* Najlepiej unika się obrażenia tętnic większych przez *tracheot. super.* i *crico-tracheot.*, pozostawiając *trach. infer.* wyłącznie dla przypadków, bezwzględnie wymagających tego zabiegu.

Doc. SCHRAMM (Lwów) jako „Rzadki przypadek schorzenia sieci“ demonstrowuje preparat *degeneratio cystica omenti*, otrzymany od dziecka, operowanego w przypuszczeniu *peritonitis tuberc.*

Dalej „W sprawie leczenia gruźliczego zapalenia otrzewny u dzieci“ S. przytacza swoją statystykę z oddziału chirurgicznego szpitala Ś-tej Zofii dla dzieci we Lwowie. Z 45 przypadków nie operował 25, operował 20. Z nieoperowanych zmarło w szpitalu 9—36%, z operowanych 2—10%. O losach dalszych (około 1½ roku) miał wiadomości w 23 przypadkach, 10 nieoperowanych i 13 operowanych. Z pierwszych zmarło 8 — 80%, z drugich 3 — 25%. W ten sposób wyniki SCHRAMMA przemawiają za operacją (laparotomią). Działanie laparotomii w gruźlicy otrzewny polega podług S. prawdopodobnie na silnym przekrwieniu *ex vacuo*, powstającym po nagłym wypuszczeniu płynu. S. odróżnia 3 formy gruźlicy otrzewny: 1) z dużym wysiękiem (*exsudativa*), 2) ze zrostami (*adhaesiva*) i 3) z ropniami i rozpadem (*ulcerosa*). Najlepsze ma skutki laparotomia w pierwszej formie, ale i w drugiej, gdzie otwarcie jamy otrzewnowej musi być robione bardzo ostrożnie, widzieć się daje przy operacji wspomniane wyżej przekrwienie, i wyniki są niezłe. W obu tych formach ranę zaszywa. Przy trzeciej formie ropień otwiera, wyskrobuje i tamponuje.

Przy nawrocie wysięku S. operuje ponownie po 2—3 miesiącach. Była propozycja, aby operować powtórnie już po 3 tygodniach, ale to niesłuszne, ponieważ płyn, najczęściej po pierwszej operacji szybko znów się zbierający, często później samodzielnie się wysysa.

Dzień trzeci obrad rozpoczął SZUMAN wykładem „Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego“. S. zwraca uwagę na błędną pohopność do wycinania pęcherzyka żółciowego, polegającą na przypuszczeniu, iż pęcherzyk żółciowy, podobnie jak *proc. vermiformis*, jest narządem dla ustroju zbytecznym. Już samo szybkie kurczenie się pęcherzyka przy trawieniu, wprowadzające do dwunastnicy odrazu większą ilość żółci, przemawia za pewnem znaczeniem fizyologicznem. Wobec tego S. usuwa pęcherzyk w przypadkach, gdzie znajduje jego owrzodzenie lub *atresia ductus cystici*. W przypadkach *cholelithiasis*, wymagających operacji, najczęściej wystarcza cholecystostomia z tamponadą lub sączkiem. Cholecystostomia idealna z zaszyciem rany pęcherzyka w tych rzadkich przypadkach stosowana być może, gdzie mamy zupełną pewność, iż po za kamieniami w pęcherzyku drogi żółciowe są zupełnie zdrowe. S. operował 18 przypadków; z tych w 9 robił — stomię z sączkiem gumowym. Zamiast dotychczasowych nazw choroby. S. proponuje „kamieniówka żółciowa“.

(C. d. n.).

Z. Radliński.

— Zmarli. Dnia 13 b. m. zmarł w Zakopanem współwłaściciel i współpracownik naszego pisma d-r Władysław FLORKIEWICZ. Urodzony 14 września 1834 roku we wsi Wiktorowicach w okręgu miechowskim, skończył gimnazjum Ś-tej Anny w Krakowie, medycynę studiował we Wszechnicy Jagiellońskiej, stopień doktorski otrzymał 25 czerwca 1861 r. W latach 1860 i 1861, jeszcze jako kandydat medycyny, sprawował obowiązki asystenta przy katedrze zoologii i mineralogii uniwersytetu Krakowskiego. Od roku 1862 przez lat 17 pełnił służbę lekarską w szpitalu Ś-tej Joanny w Koniecpolu, a w r. 1879 przeniósł się do Warszawy, gdzie obok rozległej praktyki uprawiał także gorliwie niwę naukową. Ś. p. FLORKIEWICZ był jednym z pierwszych u nas, który baczniejszą zwrócił uwagę na nową podówczas w patologii ludzkiej formę chorobową — promienicę, której dwa przypadki opisał w r. 1885 w „Gazecie Lekarskiej“. Ten sam przedmiot poruszył raz jeszcze w r. 1888 w pracy p. t. „Kilka uwag nad objawami promienicy u ludzi“, drukowanej w „Medycynie“. Z innych prac nieboszczyka wymienimy: 1) Rak pierwotny całego płuca lewego, zajmujący po stronie odpowiedniej część ściany klatki piersiowej i połowę przepony. Medycyna 1882. 2) Uwagi nad chorobą BRIGHT'a przewlekłą, osnute na studiach i spostrzeżeniach własnych. P. T. L. W. 1884. 3) Uwagi i spostrzeżenia z zakresu ropnego zapalenia wątroby. Med. 1887. 4) Niemota po obrażeniu głowy powyżej skroni lewej. Gaz. Lek. 1883. 5) Przypadek przybloniaka szyi macicznej. Med. 1883 (wspólnie z J. ROGOWICZEM). 6) Trzy przypadki przymiotu spóźnionego i powikłanego. Med. 1885. 7) O klimacie górskim Podhala tatrzańskiego i stacyi klimatycznej w Zakopanem. Medycyna 1894. Ś. p. FLORKIEWICZ cieszył się opinią sumiennego lekarza i zacnego człowieka. Cześć Jego pamięci.

— Dnia 30 lipca zmarł w Herbillon (Alger) d-r Benjamin MILLIOT rodem z Wołynia w 70 roku życia. Urodzony z ojca francuza i matki polki, ś. p. M. był na wpół francuzem, na wpół polakiem; pierwszą żoną jego była córka prof. Alex. Chodźki w Paryżu. Ukończywszy uniwersytet Kijowski jednocześnie z prof. CHOJNOWSKIM, był asystentem kliniki chir. w Kijowie. Otrzymałszy spadek w Algerze, przeniósł się blisko przed 40 laty z Rosyi do nowej ojczyzny, z początku do Hyères — gdzie urządził dom zdrowia — a potem do Algeru, nie przestając pracować na niwie lekarskiej. Dużo poświęcił on czasu i środków na ulepszenie metody prześwietlania wnętrza za pomocą przyrządów elektrycznych, wprowadzonych wewnątrz organizmu (p. moją rozprawę: O dioptrycznej organoskopii somato i diafanoskopii w „Dodatku do Kliniki“ z r. 1869, oraz B. MILLIOT: Diopthroorganoskopia. P. T. L. W. 1870), pisał o stacyach klimatycznych, wreszcie w historii oftalmologii znany jest jako badacz, który doświadczalnie dowiódł na królikach możliwości regeneracyi soczewki oka (p. Mémoire sur la régénération du cristallin w Bull. de l'Acad. des sc. 28 Janv. 1867 i Gaz. des Hôp. N. 6 tegoż roku). W języku polskim ogłosił jeszcze: Użycie nacisku jako środka zapobiegającego przy uszkodzeniach traumatycznych. P. T. L. W. 1868 r. oraz: Elektromagnes do wydobywania pocisków żelaznych. P. T. L. W. 1870. Ostatnie lata pracowitego swego żywota M. spędził na łonie rodziny, jako dobrze zasłużony i szanowany lekarz kolonizacyi klasy 1-ej i mer miasta Herbillon (obok Bony), skąd od czasu do czasu odzywał się — jako stary przyjaciel i kolega z czasów kijowskich — w języku macierzystym do niżej podpisanego. Była to zacna dusza, gorący zwolennik postępu przeważnie w dziedzinie przyrodznawstwa, klimatologii, chirurgii i okulistyki. Cześć Mu!

D-r J. Talko

ZAMIAST ŻELAZA!ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

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

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

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecięcej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakteryi, 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 doskonale 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 dyetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy organizmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafalszowań! Ostrzegamy przed licznymi zafalszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to prosto najwyczejniejsze 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 ekspedycyi: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE 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 1/2 uncyi) l. r. 60 k.

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).