

GAZETA LEKARSKA

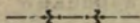
I. PRZYCZYNEK DO NAUKI

O ZŁOŚLIWYCH NOWOTWORACH KOSMÓWKI*).

(*Exochorioma malignum*).

Podał

C. Stankiewicz [Łódź].



Do drugiej połowy ubiegłego lat dziesiątka nie było wiadomo o istnieniu nowotworów złośliwych, będących w bezpośrednim związku z ciążą. Dopiero w roku 1888 SAENGER¹⁾ przedstawił na posiedzeniu Lipskiego Towarzystwa położniczego [16. VII.] odnośny komunikat, który ze względu na znaczenie historyczne i skończoność obrazu zawartego poniżej *in extenso* przytaczam. Rzec dotyczyła 23-letniej kobiety, która w 4 miesiące po zamążpójściu poroniła, wskutek wyskoczenia z wagonu. Jajo płodowe nie odeszło przytem w całości, zaczęły się krwawienia, a gdy w czwartym tygodniu przyłączył się wypływ cuchnący i gorączka, przedsięwzięto wyskrobanie macicy. Okres pooperacyjny był powikłany przez wysięk przymaciczny, lewostronny (*parametritis sinistra*), który przykuł chorą na 5 miesięcy do łóżka. Jednocześnie zauważono wolne, stopniowe powiększanie się objętości macicy. W prawym dole biodrowym stwierdzono utworzenie się guza wielkości jaja gęsiego, który przyjęto początkowo za ropień. Po przecięciu jednak nie znaleziono ropy, lecz masy miękkie, gąbczaste, usadowione na obnażonej od okostnej kości. Wobec tego rozpoznano *periostitis fungoso-tuberculosis* i niebawem przeniesiono chorą z kliniki ginekologicznej na oddział chirurgiczny prof. THIERSCH'a; tutaj wszakże przypuszczano raczej zakażenie septyczne, niż sprawę gruźliczą. Tymczasem macica dosięgała wielkości, odpowiadającej 3 miesiącom ciąży. Śmierć nastąpiła w 7 miesięcy od początku choroby przy objawach ogólnego wycieńczenia, ciągłego kaszlu i napadach duszności.

Sekcyja wykazała, co następuje: Macica znacznie powiększona. Błona śluzowa wszędzie gładka, makroskopijnie niezmieniona. W ścianie macicy

*) W Gazecie Lekarskiej z roku zeszłego pomieściliśmy referat zbiorowy, kwestyi tej dotyczący. (Przyp. red.)

1) C. f. G. 1888. str. 132.

guzy gąbczaste, barwy ciemno-czerwonej, wielkości od orzecha laskowego do jabłka. Takie same przerzuty na łopacie biodrowej, w obu płucach, przeponie, żebrach. Prawe płuco uciśnięte przez wysięk krwawy (*haematothorax*). Przy badaniu drobnowidzowem nowotworu [KARG] znaleziono liczne wynacznienia, grupy komórek z dużemi jądrami, wreszcie osobliwe twory, podobne do olbrzymich komórek błony doczesnej.

Na podstawie tych danych SAENGER uznał powyższy przypadek za nieopisany dotąd nowotwór, pochodzący z błony doczesnej i nazwał go *deciduoma malignum*, zaliczając go do kategorii mięsaków.

Niezależnie od SAENGER'a, PFEIFER²⁾ w roku 1830 spostrzegł podobny przypadek, który mianował również *deciduoma malignum*. PFEIFER³⁾ przytacza 3 analogiczne przypadki CHIARI'ego z roku 1887, uważane przez tego ostatniego za osobliwe raki trzonu macicy.

Komunikat SAENGER'a, jak również praca PFEIFER'a przebrzmiały na razie bez szerszego echa. Dopiero odczyt SAENGER'a⁴⁾ na 4-tym kongresie ginekologów niemieckich był brzemienią w skutki pobudką do dalszych spostrzeżeń. Kazyjstyką przedmiotu, dzięki rozbudzonemu zainteresowaniu się, szybko poczyna wzrastać. Do przypadków wyżej podanych przybywają nowe: SCHMORL'a, SCHMORL-KOETTNIZ'a, GOTTSCHALK'a, MUELLER'a, GUTTENPLAN'a i innych. GOTTSCHALK⁵⁾ pierwszy rozpoznaje decyduomat za życia i robi ekstirpację macicy z wynikiem względnie niepomyślnym⁶⁾. P. MUELLER⁷⁾ pierwszy spostrzega ten nowotwór po zaślądzie groniastym.

Jednocześnie z wyświetleniem przebiegu klinicznego wielu badaczy poświęca się dociekaniom nad histogenezą nowotworu. Hypoteza SAENGER'a o pochodzeniu decyduomatu z komórek błony doczesnej przez przejście ich w mięsakowe, początkowo bardzo rozpowszechniona, zaczyna się chwiać pod obuchem nieuprzedzonej krytyki. Komórki błony doczesnej, jak powiada RUGE⁸⁾, posiadają warunkową zdolność życiodą. Po ustaniu ciąży odbywają się w nich szybkie przemiany wsteczne; o innych zmianach w tych komórkach, o możliwości przetwarzania się ich w mięsakowe, dotąd nie wiadomo. VEIT⁹⁾ wprost odrzuca bezpośredni związek decyduomatu z ciążą. Zdaniem jego i innych, gra tu rolę prosty przypadek: nowotwór istniał już przed początkiem

²⁾ Prager med. Woch. 1830. Nr. 26, Ueber eine eigentümliche Geschwulstform des Uterusfundus (*Deciduoma malignum*).

³⁾ l. c.

⁴⁾ Arch. f. Gyn. T. XLIV. str. 89.

⁵⁾ Ueber das Sarcoma chorion-deciduo-cellulare (*Deciduoma malignum*). Berl. kl. Woch. 1893. Nr. 4.

⁶⁾ Chora GOTTSCHALK'a zmarła w 7 miesięcy po operacji wskutek przerzutów w płucach, mózgu i nerkach.

⁷⁾ Verh. der deutsch. Gesellsch. f. Gyn. IV Congress. Bonn. str. 341. Chora zmarła w 4 miesiące po urodzeniu zaślądu.

⁸⁾ Ueber maligne syncytiale Neubildungen etc. w dziele LUBARSCH'a i OSTERTAG'a; Ergebnisse der spec. Patholog. Morphologie u. Physiologie. str. 388.

⁹⁾ RUGE. l. c.

cięży lub rozwinął się wkrótce po jej ustaniu, zupełnie jednak samoistnie. GOTTSCHALK ¹⁰⁾ wprowadza sprawę decyduomatu na nowe tory, przyjmując za punkt wyjścia kosmki kosmówki. Zdaniem jego, tkanka podstawowa kosmków podlega przeobrażeniu się w mięsakową; mamy więc do czynienia z mięsakiem, który rozwija się z produktów ciąży.

Punktem zwrotnym w nauce o złośliwych nowotworach kosmówki była praca MARCHAND'a ¹¹⁾. Na podstawie sumiennych badań nad histologią zaśnządu groniastego, po którym, jak to zauważono, decyduomat rozwija się najczęściej, MARCHAND dowiódł niezbicie, iż twór ten pochodzi w prostej linii z pokrycia nabłonkowego kosmków, przytem zarówno z *syncytium*, jak z warstwy komórkowej LANGHANS'a ¹²⁾.

Jest faktem niezaprzeczonym, że nabłonek kosmków posiada wybitną zdolność bujania. W warunkach prawidłowych zdolność ta przejawia się, jak to stwierdzono w przebiegu pierwszych miesięcy ciąży, w tworzeniu się t. zw. wyrostków syncycyalnych [*Syncytiumknospen* lub *Epithelfortsätze* niemieckich autorów]. Pojedyncze komórki wnikają przytem w ścianę macicy, dochodząc nawet do błony mięśniowej. Najnowsze badania BULIUS'a ¹³⁾ potwierdzają to zjawisko również dla okresu końcowego ciąży. Bujanie mas nabłonkowych zachodzi w stopniu wzmożonym przy zaśniedzie groniastym, czem się objaśnia blizki związek tego tworu z decyduomatem. Przy tym ostatnim mamy do czynienia z bujaniem nabłonka złośliwym, z szybkim wnikaniem komórek do naczyń krwionośnych i tworzeniem się przerzutów.

Praca MARCHAND'a zadała cios stanowczy hipotezie o łącznotkankowym pochodzeniu decyduomatu: odtąd zaczęto zaliczać ten nowotwór do grupy nabłoniaków (*epithelioma*).

Stosownie do nowych poglądów starano się wynaleźć nazwę, któraby mogła zastąpić dawne określenia: *deciduoma malignum*, *sarcoma deciduocellulare*, *deciduosarcoma*. KOSSMANN ¹⁴⁾, uważając decyduomat za odmianę raka ¹⁵⁾, wprowadza miano *carcinoma syncytiale*, RUGE ¹⁶⁾ *syncytioma malignum* i *epithelioma choriosyncytiale*, EIERMAN ¹⁷⁾ wreszcie *epithelioma ektodermo-syncytiale*. Wszystkie wyliczone nazwy są niedokładne.

¹⁰⁾ l. c.

¹¹⁾ Ueber die sogen. decidualen Geschwülste etc. Monatschrift f. G. u. G. 1895. T. 1 Z. 5 i 6 ref. w Centralbl. f. Allg. Path. u. Path. Anat. 1896. Nr. 1.

¹²⁾ Jak wiadomo, kosmek przedstawia w swej budowie histologicznej tkankę podstawową (*stroma*), łączną, w której przebiegają rozgałęzienia naczyń krwionośnych, oraz pokrycie nabłonkowe (*exochorion*), w którym odróżniamy 2 warstwy: zewnętrzną, t. zw. *syncytium*, złożoną z bogatej w jądra protoplazmy, i wewnętrzną, t. zw. warstwę LANGHANS'a, złożoną z szeregu komórek o wyraźnych konturach; ta ostatnia warstwa ściśle przylega do podścieliska łącznotkankowego.

¹³⁾ Gutartige Wucherungen des Syncytiums. C. f. G. 1897. str. 693.

¹⁴⁾ Das Carcinoma syncytiale uteri. M. f. G. u. G. T. II. Z. II. ref. w C. f. G. 1895, str. 846.

¹⁵⁾ Pogląd ten podzielają FRÄNKEL i ASCHOFF.

¹⁶⁾ l. c.

¹⁷⁾ M. ZWEIFELBAUM. Stan obecny nauki o „*deciduoma malignum*“. Gaz. Lek. 1897 r. str. 983.

Przedewszystkiem pomiędzy nowotworami kosmówki z jednej strony, a rakami z drugiej, zachodzą poważne różnice, że przytoczę tylko zdolność dawania przerzutów na drodze naczyń krwionośnych, rakom właściwej¹⁸⁾. Następnie nie samo *syncytium* jest punktem wyjścia nowotworu [jakby się mogło zdawać z określeń RUGE'go], lecz i warstwa LANGHANS'a.

Wreszcie względnie najdokładniejszy termin EIERMAN'a nie wytrzymał krytyki wobec braku zgody co do pochodzenia warstwy komórkowej z ektodermy¹⁹⁾.

Właściwszą, mojem zdaniem, byłaby nazwa *exochorionoma malignum*. Nazwę tę wyprowadzam od wyrazu *exochorion*, oznaczającego warstwę zewnętrzną kosmków — punkt wyjścia nowotworu — w przeciwieństwie do podścieliska łączno-tkankowego, które zachowuje się w tej sprawie obojętnie. Nazwa ta wprawdzie nieco przydługa, ale ma zaletę, iż dosadnie maluje pochodzenie nowotworu, nie uprzedzając ściślejszych badań histogenetycznych; tego więc terminu będę się trzymał w dalszym ciągu niniejszej pracy.

Przeważna większość autorów doby dzisiejszej stoi w sprawie egzochoryomatu na punkcie widzenia MARSCHAND'a. Nieliczne jednostki, w tej liczbie SAENGER, bronią udziału tkanki podstawowej kosmków, opierając się głównie na spostrzeżeniach KLIEN'a i REINEKE'go²⁰⁾.

Osobne stanowisko zajmuje GOTTSCHALK²¹⁾, który zmienił swe poprzednie zdanie o tyle, że przyjmuje kosmek *in toto*, jako pierwiastek nowotworowy, zdolny dawać twory o typowem utkaniu kosmków.

Na pewną uwagę zasługuje pogląd KOSSMANN'a²²⁾. Przypisując w tworzeniu się egzochoryomatu udział wyłącznie warstwie syncycyalnej, KOSSMANN uważa ją za zmieniony nabłonek doczesnej, późniejszej. Komórki, wyprowadzane z warstwy LANGHANS'a, nie są według niego niczem innem, jeno niezmińnionym nabłonkiem macicy. Na mocy tego należałoby uważać egzochoryomat za nowotwór pochodzenia macierzystego. Pogląd taki nie znajduje jednak poparcia w ostatnich badaniach LEOPOLD'a²³⁾, HOFMEIER'a²⁴⁾, FRAENKEL'a²⁵⁾ i innych. Badania te wykazują dowodnie, iż ani *syncytium*, ani warstwa

¹⁸⁾ KOSSMANN, krusząc kopie przeciwko hipotezie, przyznającej decydującemu stanowisko samodzielne, niezależne od raków, objaśnia to zjawisko stanem położowym macicy, przyczem rozszerzone naczynia z łatwością stają się miejscem ujścia pierwiastków nowotworowych [69 Verh. deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Braunschweig. C. f. G. 1897. str. 1216]. Godzi się jednak zapytać, dlaczegoż przy ciąży, powiklanej rakiem, nie widzimy przerzutów, powstałych na drodze naczyń krwionośnych.

¹⁹⁾ v. FRANQUÉ [Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorions etc. Z. f. G. u. G. T. 31. Z. 2. ref. w C. f. G. 1896. str. 116] wyprowadza tę warstwę z mezodermy.

²⁰⁾ Dyskusya na VII zjeździe niemieckich ginekologów w Lipsku. C. f. G. 1897. str. 795.

²¹⁾ Ibidem.

²²⁾ l. c.

²³⁾ C. f. G. 1897. str. 793.

²⁴⁾ Beiträge zur Anatomie und Entwicklung der menschlichen Placenta. Z. f. G. u. G. T. 5. Z. 3. ref. w C. f. G. 1897. str. 886.

²⁵⁾ C. f. G. 1897. str. 793.

komórkowa nie mają nie wspólnego z nabłonkiem macicy, i że egzochoryomat wobec tego jest tworem pochodzenia wyłącznie zarodkowego.

Tak więc *exochorioma* rozwija się w bezpośredniej zależności od ciąży. W istocie spostrzegano ten nowotwór po porodzie czesnym, poronieniu, ciąży zamacicznej, najczęściej jednak po zaśniędnie groniastym. Dodając do 40 przypadków, cytowanych u ULESKO-SIROGANOWEJ²⁶⁾, przypadki późniejsze²⁷⁾, liczba spostrzeganych egzochoryomatów w dostępnej mi literaturze dochodzi do 45, z moim 46. W tej liczbie 18 razy po zaśniędnie, 12 po porodzie czesnym, 7 razy po poronieniu i 4 razy na gruncie ciąży jajowodowej; w 5 przypadkach rodzaj ciąży nie został podany. Z powyższego zestawienia widać, iż zaśniędnie groniaste prawie w połowie przypadków poprzedzał tworzenie się egzochoryomatu. Do tej samej kategorii należy przypadek, spostrzegany przeze mnie.

Józefa Walk., lat 31, żona robotnika fabrycznego, zwróciła się do mnie po poradę, dnia 21 lutego r. z., uskarżając się na krwawienie z części rodných, trwające od 6 tygodni. Ostatnia miesiączka w końcu września r. z.; przedtem zawsze prawidłowo co 4 tygodnie, 3–4 dni, bez bólów. Rodziła na czasie 4 razy, ostatnio przed 2 laty.

Badanie wykazuje: blondynka, średniego wzrostu, dobrze zbudowana i odżywiona, cokolwiek niedokrwista. Narządy wewnętrzne nie przedstawiają nic nieprawidłowego. W podbrzuszu wyczuwa się przez powłoki brzuszne guz miękki, o cechach fizycznych macicy ciężarnej, nie dochodzący do pępka na 2 palce poprzeczne.

Ani części płodu, ani ruchów nie udaje się wyczuć. Wejście do pochwy (*introitus*) i sama pochwa zabarwione niebieskawo, cokolwiek rozpulchnione. Na bocznej, lewej ścianie pochwy, blisko od wejścia, 2 guzy miękkie, silnie unaczynione, pokryte szerniałą błoną śluzową: z tych większy dosięga wielkości małego orzecha laskowego, mniejszy nie przechodzi ziarnka grochu. Część pochwowa macicy rozpulchniona, przechodzi bezpośrednio w guz, wyczuwalny przez powłoki: jest to więc niewątpliwie powiększona macica. Kanał szyi macicznej drożny dla palca do ujścia wewnętrznego.

W sklepieniach wyraźne tętnienie. Gruczoły piersiowe, miernie rozwinięte, zawierają klej.

Na zasadzie powyższych danych przypuszczałem ciążę maciczną, pięciomiesięczną z płodem obumarłym i prawdopodobnie macerowanym. Do czasu wyświetlenia rozpoznania zaleciłem chorej spokój i *estr. fl. Viburni prunifolii*. Na guzy pochwowe nie zwróciłem baczniejszej uwagi, przyjmując je za naczyinki.

Dnia 1 marca r. b. zostałem wezwany do mieszkania chorej. Krwawienie po bytności u mnie nie tylko nie ustało, lecz przeciwnie zwiększyło się znacznie. Przed 5 godzinami wystąpiły bóle porodowe, których skutkiem było urodzenie „z ½ wiadra galarety“. Przedstawione mi części były typowym

²⁶⁾ Ein Fall einen malignen Neubildung, ausgegangen von den Elementen des Zottenüberzuges (*Deciduoma malignum autorum*) C. f. G. 1897. str. 385.

²⁷⁾ Przypadki MARTIN'a, ZONDEK'a i 3 przypadki GEBHARDT'a [C. f. G. 1397. str. 471, również w sprawozdaniu z VII. kongresu niemieckich ginekologów str. 793].

zaśniadem groniastym. Ponieważ chora mocno krwawiła, wszedłem dwoma palcami do macicy i wydostałem resztki zaśniadu wraz z częściami zgrubiałej doczesnej. Krwawienie natychmiast ustało. Zspisałem chorej mocny napar sporyszu i zaleciłem, aby mnie zawiadomiono w razie ponownego krwotoku.

D. 17. III. byłem znowu wezwany do chorej. Zastałem krwawienie dość znaczne, trwające, według słów chorej, od 6 dni. Ciepłota ciała i tętno prawidłowe. Wzgórek cewki moczowej zajęty przez guz miękki, wielkości orzecha włoskiego, o powierzchni nierównej, pokrytej gdzieniegdzie szarym rozpadem. W pochwie sporo skrzepów. Guzy pochwowe, zauważone jeszcze podczas ciąży, znacznie większe. W macicy, drożnej dla palca, miękkie masy, dające się z łatwością wydzielać na zewnątrz.

Wobec tych danych rozpoznanie kliniczne nie pozostawiało żadnych wątpliwości: miałem do czynienia oczywiście z nowotworem złośliwym prawdopodobnie z egzochoryomatem.

Jedyny ratunek polegał na natychmiastowym usunięciu macicy i przerzutów. Z porady mojej przeniesiono chorą do szpitala powiatowego Ś-go Aleksandra, gdzie dnia 19 marca zbadałem ją w uśpieniu chloroformowem. Stwierdziłem, co następuje: guz, zajmujący wzgórek cewki moczowej, nieruchomy, nieznacznie przechodzi w otaczającą go ścianę pochwy. Na bocznej, lewej ścianie pochwy szereg guzów, poczynając od wejścia w kierunku ku górze. Największy z guzów nie przechodzi wielkości orzecha laskowego. Guzy pomienione są bogato unaczynione, cokolwiek ruchome, zlewając się, tworzą razem masę podługowatą, długą na 4 ctm., grubości małego palca. Na tylnej ścianie pochwy dwa podobne twory wielkości ziarnka grochu. Macica z dość znacznem *ectropion*, powiększona, w przodozgięciu. Zgłębnik mierzy 10 ctm.. Szyja drożna dla wskaziciela ręki badającej. W jamie macicznej twór uklejujowy, wielkości pół orzecha włoskiego, wychodzący ze środka podstawy trzonu. Twór ten, zaostrowany ku dołowi, spłaszczony w kierunku przednio-tylnym, posiada powierzchnię gładką, konsystencję miękką. Inne narządy rodzajne wewnętrzne, (*adnexa*) są prawidłowe. *Parametria* wolne. Z prawej strony, tuż przy rogu macicy, małe gruczołki, wielkości grochu. Inne gruczoły nie wyczuwalne. Mocz nie zawiera białka. Nowotwór macicy wydobyto palcem, poczem zrobiono wyskrobanie. Z przerzutów pochwowych wycięto część dla celów rozpoznawczych, ranę zaś, przez to powstałą, zaszyto katgutem.

Dnia 20 marca i następnym krwawienie się nie powtórzyło. Chora, przy przebiegu bezgorączkowym, czuła się tak dobrze, iż codziennie prosiła o wypisanie jej ze szpitala, jako wyleczonej. O operacji radykalnej, pomimo ciągłych przedstawień, nie chciała nawet słyszeć. Aliści dnia 3. IV. 1897. wystąpiło ponowne krwawienie. W jamie macicy, na miejscu wyjętego guza, można stwierdzić dość znaczne nierówności. Rana po wycięciu przerzutu pochwowego zagojona zupełnie. Nowe przerzuty na przedniej i tylnej ścianie pochwy. Chora odrzuca stanowczo ponowną propozycję operacji i prosi o wypisanie, ponieważ „szpital jej nie pomaga“. Dnia 8 kwietnia r. b. stało się życzeniu jej zadość, poczem wyjechała do rodziny na wieś.

W kilka tygodni potem otrzymałem zawiadomienie od kol. WITOLDA ŻURAKOWSKIEGO z Warszawy, któremu przesłałem preparaty do zbadania, że miałem do czynienia rzeczywiście z t. zw. *deciduoma malignum*. Zainterесowany losem mojej pacjentki, odszukałem jej męża i, dowiedziawszy się o pobycie chorej we wsi Harbicach dolnych pod Lutomięrskiem, o 28 wiorst od Łodzi, wyruszyłem dnia 22 maja, aby stwierdzić na miejscu dalszy rozwój choroby. Zastałem chorą w stanie oplakania godnym, nie powstającą od 3 tygodni z łóżka. W tydzień po wyjściu ze szpitala dostała kaszlu, który trwa dotąd. W plwocinach kilkakrotnie zauważyła obecność krwi. Od 3 tygodni przestała krwawić z części rodnych. Od dwóch tygodni cierpi na nieustającą biegunkę. Przy kaszlu oddaje moc niezależnie od woli. Badanie stwierdza wysoki stopień niedokrwistości i ogólnego wycieńczenia. Tuż przy mostku z lewej strony słychać na ograniczonej przestrzeni oddech z odcieniem oskrzelowym, tudzież nieliczne rżężenia. Wątroba i śledziona nie wydają się powiększone. Brzuch cokolwiek wzdęty, w okolicy odźwiernika bardzo bolesny na ucisk. Gruczoły nie powiększone. Części płciowe zewnętrzne bardzo blade, nic zresztą nieprawidłowego nie przedstawiają.

Liczne guzy mniejsze i większe [dochodzące do orzecha laskowego] w pochwie na przedniej, lewej i tylnej ścianie. Jeden z nich, usadowiony na przedniej ścianie, wyczuwa się w postaci ukleju, wiszącego na cienkiej szy-pule.

Dalsze badanie zostało, niestety, przerwane przez przybycie matki chorej, która, wołając: „raczej niech umrze, a rewidować swego dziecka nie dam“, wbrew życzeniu chorej i jej męża nie pozwoliła na dokończenie badania. W każdym razie stan chorej upoważniał do przyjęcia faktu przerzutów w płucach i kiszkaeh.

W końcu czerwca r. b., czyli w 4 miesiące od urodzenia zaśniadu, chora zmarła przy objawach ciągłego kaszlu i nieustającej biegunki.

Badanie drobnowidzowe. Preparaty drobnowidzowe zostały przygotowane przez kol. WITOLDA ŻURAKOWSKIEGO w pracowni prof. PRZEWOSKIEGO w Warszawie. Korzystano, niestety, tylko z przerzutu pochwowego, gdyż sam nowotwór macicy uległ przypadkowemu zniszczeniu.

Pierwiastki nowotworowe mieszczą się w okach tkanki podstawowej, którą stanowi obficie nacieczona leukocytami ściana pochwy. Tkanka podstawowa składa się z zasobnej w pierwiastki granulacyjne tkanki łącznej tudzież znacznej ilości gładkich włókien mięśniowych. W tkance tej, bogatej w naczynia krwionośne, niekiedy rozszerzone do znacznych rozmiarów, spotykamy liczne wynaczynienia różnej wielkości i różnego wieku. Oprócz wymienionych części składowych tkanka podstawowa zawiera pewną niedużą ilość komórek o lekko barwiącej się protoplazmie i bogatęm w chromatynę jądrze.

Niekiedy widzimy te komórki w grupach po 2, 3 i więcej. Rzadziej jeszcze natrafiamy na komórki olbrzymie o jednym lub dwóch jądrach. Pasma tkanki podstawowej, przebiegając w rozmaitych kierunkach, tworzą sieć, której oka są zajęte przez ogniska nowotworowe. Ogniska te przyjmują zazwyczaj postać grudek, pasemek, niekiedy zaś dają obrazy, z wyglądu zbliżone

do kosmków. Oka tkanki podstawowej bywają niekiedy wyłożone śródbłonkiem, co wskazuje na pochodzenie pewnej ich części z naczyń. Co się tyczy rozmieszczenia mas nowotworowych, to te rzadko wypełniają w całości oka tkanki podstawowej. Częściej spotykamy w około ogniska przestrzeń, już to zupełnie pustą, już też zajętą przez wynaczynioną krew i włóknik.

Zdarza się również, iż pierwiastki nowotworowe wchodzą w ściślejszy stosunek z tkanką podstawową, rzec można, wżerają się w nią. W pojedynczych ogniskach można odróżnić twory trojakiego rodzaju: 1-o masy syncycyalne, 2-o grupy komórek o konturach wyraźnych i 3-o komórki olbrzymie.

ad 1) Masy syncycyalne składają się z drobnoziarnistej protoplazmy, w której widzieć można liczne różnej wielkości wakuole, przerwy, szpary i zatoki. Protoplazma zawiera znaczną liczbę barwiących się jąder, najrozmaitszej postaci i wielkości. Najczęstsze są podługowate jądra średniej wielkości w formie owalu. W niektórych miejscach jądra układają się w więcej skupione grupy, tak, iż jądro leży tuż przy jądrze, gdzieindziej występują w znacznej odległości jedno od drugiego. Większość jąder warstwy syncycyalnej przedstawia jednostajne, pozbawione struktury, zasobne w chromatynę grudki, mała tylko część wykazuje słabo ziarnistą budowę i obecność mocniej barwiącego się jąderka. Masy syncycyalne układają się przeważnie w pasma i pasemka, rzadziej tworzą oddzielne okrągławe ogniska.

ad 2) Grupy komórek o konturach wyraźnych, które, zgodnie z MARCHAND'em, uważam za pochodzące z warstwy komórkowej LANGHANS'a, stanowią znaczną, aczkolwiek nie przeważną część ognisk nowotworowych. Widzimy tu komórki o dość skąpej, przeświecającej z powodu wakuolizacji protoplazmie, która otacza jądra znacznie większe, niż w warstwie syncycyalnej. Jądra tej grupy posiadają prawidłową, okrągłą formę, są mniej zasobne w chromatynę i wykazują wyraźną, gruboziarnistą budowę z 1, 2 lub nawet 3-ma jąderkami. Daje się tu spotykać, jakkolwiek niezbyt często, zjawiska karyokinezy. Komórki warstwy LANGHANS'a, układając się ściśle jedna przy drugiej, tworzą okrągławe zbiorowiska, dochodzące miejscami do dużych rozmiarów, rzadziej leżą w postaci falistych pasemek. Granice komórek zacierają się w wielu miejscach, a tylko obecność przeświecającej protoplazmy wokoło typowego jądra wskazuje na pochodzenie tych tworów z t. zw. warstwy komórkowej. Zdarza się również, iż pomiędzy komórkami tej kategorii widać mniejsze lub większe wysepki protoplazmy, właściwej *syncytium*.

ad 3) Komórki olbrzymie tworzą trzeci składowy pierwiastek ognisk nowotworowych. Komórki te przedstawiają się, jako poligonalne kupki protoplazmy, zaopatrzone w 1, 2 lub więcej mocno zabarwionych jąder. Zazwyczaj leżą pojedynczo, rzadziej skupiają się w grupy złożone z 2—3 egzemplarzy. Wogóle komórki olbrzymie spotykają się w polu drobnowidzowym niezbyt często i w ogólnej masie nowotworu zajmują pod względem ilości stanowisko podrzędne.

Po za tem spotykamy liczne ogniska rozpadowe, od małych do olbrzymich, zajmujących znaczne przestrzenie. Ogniska te wykazują brak wszelkich pierwiastków morfologicznych i barwią się wogóle bardzo słabo. Rozpad za-

chodzi zarówno w ogniskach nowotworowych, jak i w otaczających tkankach. W pierwszym przypadku ulegają mu przedewszystkiem części ogniska obwodowe, później dopiero środek. Co się tyczy tkanki podstawowej [pochwy], ta rozpada się przeważnie w miejscach zbliżonych lub stykających się z nowotworem.

Z pierwiastków składowych nowotworu najmniejszą odporność w tym względzie wykazuje warstwa syncycyjalna i komórkowa. Komórki olbrzymie zachowują swą formę i zabarwienie jeszcze wtedy, gdy inne składniki nowotworu, pod wpływem rozpadu, przestały już indywidualnie istnieć.

Na ścisłą uwagę zasługuje wzajemny stosunek pierwiastków składowych nowotworu. Ogniska, utworzone przez jeden z dwóch głównych pierwiastków, należą do rzadszych. Tyczy się to przedewszystkiem warstwy komórkowej, gdy *syncytium* daje dość liczne, samodzielne skupienia, bez udziału innych elementów. Zjawiskiem najczęstszem jest występowanie wspólne *syncytium* i warstwy LANGHANS'a, przytem w związku dość ścisłym, co przemawia wprost za pochodzeniem nowotworu z t. zw. *exochorion*. Komórki warstwy LANGHANS'a, spotykane pojedynczo w masach syncycyjalnych, ulegając bujaniu, tworzą znaczne grupy, które rozpychają otaczające je zewsząd *syncytium*, przyczem część tego ostatniego ulega prawdopodobnie zanikowi. W ten sposób tłómaczę spotykane w wielu miejscach istnienie wązkiej warstwy syncycyjalnej na obwodzie zbiorowiska komórek LANGHANS'a. Faktem jest również, że *syncytium*, w miejscach bujania warstwy komórkowej, przedstawia się w postaci wązkich pasków, nie dochodząc nigdy do znaczniejszych rozmiarów, jak to bywa w ogniskach czysto syncycyjalnych. Tak więc obie warstwy: komórkowa i syncycyjalna, pod wpływem złośliwego bujania swych pierwiastków, stają się niebezpieczne nie tylko dla tkanek otaczających, lecz jednocześnie prowadzą do pewnego stopnia walkę między sobą, w której zwycięztwo przechyla się stanowczo na stronę komórek LANGHANS'a.

Co się tyczy stosunku do tkanki otaczającej, należy zauważyć, iż masy syncycyjalne wżerają się w tkankę z większą łatwością, niż pierwiastki warstwy komórkowej. Te ostatnie przenikają do sąsiedniej tkanki drogą, urotowaną przez *syncytium*. Najwyższą zdolność w tym kierunku wykazują komórki olbrzymie. Te ciekawe twory, mylnie przez SAENGER'a wyprowadzone z błony doczesnej, uważam za pochodzące w prostej linii z warstwy syncycyjalnej.

Na preparatach mych mogłem stwierdzić dokładnie tworzenie się tych pierwiastków przez proste dzielenie się większych kupek *syncytium* na mniejsze. Sposób barwienia się i inne cechy przemawiają również za tem przypuszczeniem. O ile słusznym jest pogląd ULESKO-STROGANOWEJ²⁵⁾, według którego punktem wyjścia komórek olbrzymich są obie warstwy, tak syncycyjalna, jak komórkowa, pozostaje, mojem zdaniem, kwestyą dotąd nierozstrzygnię-

²⁵⁾ L. c.

tą. Być może, iż badanie na zawartość glikogenu, który swą obecnością cechuje warstwę LANGHANS'a, dałoby w tej mierze niejaki wyjaśnienie.

[D. n.]

II. PRZYPADEK GARBU ŁĘDŹWIOWEGO, LECZONEGO METODĄ CALOT'A.

Podał

Dr med. Józef Czajkowski,

lekarz szpitala Towarzystwa Sosnowickiego.

—†—†—

W początku maja 1897 r. zgłosiła się do mnie żona robotnika fabrycznego z dzieckiem dwuletniem, ze skargą, że u dziecka formuje się garb i prosiła o zarządzenie złemu.

Ponieważ w one czasy już rozbrzmiała wieść o cudownych skutkach leczenia garbu metodą CALOT'a, zaproponowałem więc matce owego dziecka, że można będzie tej metody spróbować, z góry jednak zastrzegłem się przeciw możliwości szkodliwym następstwom owej metody leczniczej.

Matka dziecka namyślała się jeszcze czas jakiś, wreszcie jednak zdecydowała się na operację, do której przystąpiłem 20 maja.

Chory Ł...ik Władysław, 2 lata wieku liczący, blade, wyniszczone; skóra wiotka z małym podkładem tłuszczowym; brzuszek duży, wzdęty; kończyny dolne rozwinięte słabo. Chory zaledwie zaczyna chodzić, lecz robi to niechętnie, a zmuszony do tego żałośnie płacze i po kilku chwilach kładzie się albo na plecach, albo częściej na brzuchu.

Przy badaniu chorego w postawie pionowej znajdujemy nieznaczne skrzywienie kręgosłupa boczne: prawostronne w części plecowej i lewostronne w części lędźwiowej. Oprócz tego widzimy garb lędźwiowy nieznacznego stopnia; wyrostek ciernisty II kręgu lędźwiowego wystaje nad poziom innych wyrostków, tworząc kąt tępy około 55 — 60°. Sąsiednie kręgi wystają również nad poziom, lecz nie tak wyraźnie. Przy wyciąganiu chorego w postawie pionowej garb nie zmniejsza się wcale; nie ginie on również i w położeniu chorego poziomem i przy wyciąganiu w tem położeniu. Ucisk na wystający krąg powoduje nieznaczny ból, przyczem dziecko płacze.

Utwierdziwszy się zatem, że mamy tu do czynienia z rozwijającym się garbem lędźwiowym, który ma skłonność do skonsolidowania się, postanowiłem wyprostować kręgosłup, jak to radzi CALOT, a następnie nałożyć gorset gipsowy.

Operację wykonałem w głębokim śnie chorego. Dwaj asystenci wyciągali chorego nad stołem operacyjnym, ciągnąc jeden za ramiona [pod pachy], a drugi za nogi i miednicę; ja zaś jednocześnie uciskałem rękami na wystające kręgi. W miarę coraz większego rozciągania i ucisku na kręgi usłysze-

liśmy silny chrzęst i trzeszczenie jakby od rozrywania zrostów, poczem nastąpiło całkowite wyprostowanie kręgosłupa, II krąg lędźwiowy stał nawet nieco niżej od pozostałych kręgów.

Wyprostowawszy w ten sposób kręgosłup, nie budząc chorego i wciąż utrzymując w stanie wyciągniętym, nałożyłem gorset gipsowy z bardzo cienkim podkładem waty.

Chory pozostawał w gorsecie przez 6 tygodni bez zmiany. Gdy jednak dostał pryszczycy potowej, musiałem gorset rozciąć i obejrzeć chorego; a przekonawszy się, że niema w tem nic groźnego, nałożyłem mu ten sam gorset, umocowawszy za pomocą opasek.

Chory znowu pozostawał w gorsecie przez sześć tygodni, poczem zdjęto mu go zupełnie [w mojej nieobecności].

Od chwili zdjęcia gorsetu po raz pierwszy, chory znikł mi z oczu; tylko od sąsiadów rodziców chorego miałem wiadomość, że dziecko znakomicie się poprawiło i chodzi zupełnie prosto.

Nareszcie w połowie zeszłego miesiąca udało mi się sprowadzić chorego do szpitala w celu sprawdzenia rezultatu zabiegu leczniczego.

Otóż, rezultat ten, tymczasem przynajmniej, przeszedł moje oczekiwania.

Na wygląd dziecko znakomicie się poprawiło: zginął wygląd charłaczy, brzuch zmalał, kończyny dolne, cienkie i niedorozwinięte przed operacją, obecnie nie przedstawiają nic do życzenia; dziecko chodzi dosyć swobodnie, trzymając się prosto, a co najważniejsze, z garbu pozostał zaledwie ślad nieznaczny; wyrostek ciernisty II kręgu lędźwiowego wystaje trochę po nad inne.

W każdym razie wynik taki uważam za świetny. Chodzi obecnie o to tylko, czy też rezultat operacji będzie stałym i czy z biegiem czasu nie nastąpi znowu przegięcie kręgosłupa.

Lecz o tem będzie można sądzić dopiero po upływie pewnego dłuższego czasu.

Aczkolwiek na zasadzie tego jedyne, jak dotąd, spostrzeżenia nie mogę wypowiadać swego zdania, sądzę jednak, że metoda CALOT'a, czy, jak ją woli nazywać LORENZ, metoda HIPPOKRATESA, należy do tych szczęśliwych metod, które znajdują szerokie zastosowanie, a rezultaty jej z czasem będą z pewnością o wiele lepsze, gdyż poddawane będą leczeniu garby we wcześniejszych okresach, kiedy nie nastąpią większe zniekształcenia; tembardziej, że jednocześnie zapewne zostaną ulepszone metody operacyjne, mające na celu usuwanie ognisk chorobowych z kręgów, przyczyny wszelakiego rodzaju garbów i skrzywień kręgosłupa.

III. ASTHMA VESICALE.

PRZYCZYNEK DO POWSTAWANIA DYCHAWICY U STARCÓW

przy niedostatecznem opróżnianiu się pęcherza moczowego.

Skreślił

D-r med. Józef Pawiński,

starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

— — — — —

[Dokończenie — Patrz Nr. 2].

W n i o s k i.

Streszczając wszystko, co dotychczas było przytoczonem, okazuje się, iż w szeregu przypadków, dotyczących ludzi w wieku podeszłym, zauważyliśmy występowanie duszności, głównie w postaci napadów. U osób tych istniały pewne zmiany w układzie naczyniowym i oddechowym, jak: miażdżyca tętnic i rozedma płuc, które jednak ze względu na ich stopień, należało odnieść raczej do zmian właściwych późnej starości, aniżeli do chorobowych przejawów. W niektórych wszakże przypadkach mieliśmy do czynienia ze zmianami dalej posuniętymi—patologicznymi, występującymi bądź to jako skutek miażdżycy tętnic (*myocarditis chr.*), bądź to reumatyzmu (*vitium valvul. cordis*). Ścisła i dłuższa obserwacja osobników pierwszej i drugiej kategorii doprowadziła nas do wniosku, iż zmiany, istniejące w układzie naczyniowym, nie były dostatecznymi, same przez się, do wytlómaczenia ciężkich objawów chorobowych, głównie w sferze oddechania. Za tem przemawiały również wątpliwe wyniki, jakie otrzymywaliśmy z zastosowania środków nasercowych, moczopędnych, przeciwnerwowych. Dopiero założenie cewnika przekonało nas najlepiej, iż rozwiązanie tej zagadki należy szukać w upośledzonej czynności pęcherza. Skutek pomyślny, jaki po opróżnieniu pęcherza otrzymaliśmy, był tak uderzającym, iż nie ulegało już najmniejszej wątpliwości, że zatrzymywanie się moczu było właśnie przyczyną złego. Najlepszy przykład stanowi spostrzeżenie I, w którym, już po jednorazowym opróżnieniu pęcherza, różne zaburzenia w oddechaniu i krwiobiegu [dychawica, dusznica bolesna], jak również ze strony przewodu pokarmowego, trwające kilka miesięcy, od razu ustąpiły. Ten właśnie przypadek zwrócił naszą uwagę na zależność, jaka niekiedy zachodzi pomiędzy zatrzymaniem się moczu w pęcherzu a dychawicą.

Nie zawsze jednak wspomniana łączność występuje tak wybitnie, co oczywiście z jednej strony od stopnia zatrzymania moczu i rozszerzenia pęcherza zawisło, z drugiej zaś—od stanu narządów krwiobiegu i oddechania, jaki istniał przed wystąpieniem niedomogi pęcherza. W ten sposób możemy sobie wyjaśnić dlaczego, niekiedy przy niewielkiem przepelnieniu pęcherza, zjawiają się znaczne zaburzenia w oddechaniu. Miało to miejsce w spostrzeżeniu III i IV. W pierwszym z nich chory był dotkniętym niedomykalnością zastawek półksię-

życowych aorty i miażdżycą naczyń na tle syfilisu. W drugim znowu mieliśmy do czynienia ze zwyrodnieniem włóknistym serca i rozedmą płuc.

Co się tyczy patogenyzy niedostatecznego opróżnienia się pęcherza, to u ludzi w wieku starszym, do których się spostrzeżenia nasze odnoszą, najczęstszą przyczyną bywa przerost gruczołu krokowego. Ten ostatni wywiera wówczas ucisk na szyję pęcherza, wytwarzając w ten sposób przeszkodę dla wydalania się moczu. Przez dłuższy przeciąg czasu, pęcherz, dzięki przerostowi włókien mięśniowych, pokonywa tę przeszkodę, tak, że chory żadnej dolegliwości w oddawaniu moczu nie doznaje. Później, skoro kurczliwość pęcherza osłabnie, już to wskutek zwiększającego się gruczołu [stany kongestyjne], już to wskutek spraw chorobowych, odbywających się w samych ściankach pęcherza [miażdżycą tętnic, zanik włókien i t. p.], nie będzie on w stanie wypchnąć całej swej zawartości przez cewkę moczową na zewnątrz. Mocz zatrzymuje się w pęcherzu, wskutek czego ten ostatni stopniowo ulega większemu, lub mniejszemu rozciągnięciu. Wtedy chorzy zaczynają doświadczać pewnych przypadłości, z początku nieznacznych, które zazwyczaj kładą na karb starości, nie uważając nawet za stosowne wspomnieć o nich lekarzowi. Miało to właśnie miejsce i u naszych pacjentów, tak, że nieraz przypadkowo wpadaliśmy na myśl istnienia pewnych zaburzeń w układzie moczowym.

Z objawów, jakie u lekarza mogą wzbudzić podejrzenie niedokładnej czynności pęcherza, zależnej od przerostu gruczołu krokowego, należy przede wszystkim częste oddawanie moczu w nocy i nad ranem. Znika zaś ono w ciągu dnia przy ruchu, a więc rzecz się ma zupełnie na odwrót, niż to bywa przy obecności kamienia w pęcherzu. Właściwie chory bólu przy oddawaniu moczu nie doznaje, czas tylko, jaki upływa od chwili potrzeby oddania moczu do chwili, w której pierwsza kropla pokaże się w otworze zewnętrznym cewki, jest dłuższym, niż w stanie prawidłowym. Pochodzi to stąd, iż pęcherz zmuszony jest kilka skurczów wykonać, zanim przeszkodę, jaką mu powiększony gruczoł krokowy przedstawia, pokona. Pogorszenie w nocy, przy leżeniu u prostatyków, jakie się spostrzega, następuje wskutek kongesty samego gruczołu, wywołanej bądź to uciskiem od strony przepelnionej кишки stolcowej, bądź to obfitem jęzdeniem, przeiębieniem nóg i t. p.. Okoliczności, dopiero co wspomniane, mogą nawet stać się powodem nagłego zatrzymania moczu i groźnych objawów, wymagających bezwzględnej pomocy chirurga. W naszych przypadkach mieliśmy do czynienia tylko z niezupełnym i przewlekłym zatrzymywaniem się moczu.

Obok częstego oddawania moczu, do objawów charakterystycznych dla niedokładnego opróżniania się pęcherza, należy zaznaczyć obfitą dyurezę. To właśnie *polyuria*, która ma głównie miejsce w nocy i choremu często sen zakłóca, jest głównym powodem, wprowadzającym lekarza w błąd. Chory przez noc oddaje 1—3 litrów moczu, o niskim ciężarze właściwym. Zawiera on zwykle mało mocznika, niekiedy ślady białka. Jeśli zaś zdarzy się, iż w osadzie znajdują się wałeczki szkliste, co u ludzi starszych z miażdżycą tętnic często bywa, to cały obraz chorobowy, skłonni będziemy wytlómaczyć sobie śródmiąszowem zapaleniem nerek (*nephritis inter-*

stitialis). Dodać wypada, iż moczu taki, nawet dłużej pozostający w pęcherzu, ma wszystkie własności moczu aseptycznego. Błona śluzowa zdaje się tu działać ochronnie i nie pozwala rozwijać się drobnoustrojom zakaźnym, o ile nie przedostaną się one do pęcherza drogą sztuczną [np. za pomocą cewnika niewyjałowionego dokładnie] i nie znajdą tam odpowiednich dla swego rozwoju warunków.

Zwiększone wydzielanie moczu przychodzi do skutku, zdaniem Guyon'a, na drodze odruchowej, za pośrednictwem zwiększonego wewnątrz-pęcherzowego ciśnienia.

We wszystkich naszych spostrzeżeniach mieliśmy sposobność stwierdzić znaczną dyurezę, która, z chwilą systematycznego opróżniania pęcherza, zmniejsza się. Okoliczność ta może służyć za znak rozpoznawczy tam, gdzie istnieje wątpliwość, czy mamy do czynienia z odruchowym działaniem pęcherza na nerki, czy też z samoistnym cierpieniem nerek. W przypadkach więc *nephritidis interstitialis* dokładne opróżnienie pęcherza nie zmniejszy dobowej ilości moczu w tym stopniu, jak to bywa przy niedowładzie pęcherza. Zresztą mogą się zdarzyć i przypadki mieszane, w których istnieje marskość nerek i rozciągnięcie pęcherza z zatrzymaniem się moczu; w tych wszakże razach należy przypuścić, iż zaburzenia w czynności pęcherza wystąpią znacznie wcześniej i zmuszą lekarza do prędszych zabiegów chirurgicznych.

W przypadkach wątpliwych za marskością nerek przemawiać będzie głównie mniej lub więcej znaczny przerost lewej komórki, zmiany na siatkówce, skłonność do krwawień, wałeczki nerkowe.

Co się tyczy rozciągnięcia pęcherza, wskutek zatrzymywania się moczu, to nie zawsze dochodzi ono do tak znacznego stopnia, jak to było w spostrzeżeniu I. Tam pęcherz przedstawiał się w postaci guza, wielkości pięści i dochodził do wysokości pępka, a nawet sięgał jeszcze wyżej. Przy słabszym stopniu rozciągnięcia nie zawsze udaje się za pomocą opukiwania dolnej części brzucha wnioskować o wielkości pęcherza, gdyż często, wskutek wydłużenia i podniesienia części krokowej cewki moczowej, pęcherz przechyla się ku tyłowi, ku kości krzyżowej. W tym razie tylko podwójne badanie, t. j. przez kışkę i ścianki brzuszne, może nam dać dokładne pojęcie o istnieniu rozciągnięcia. Samo się przez się rozumie, że badanie cewnikiem utwierdzi nas w rozpoznaniu.

Z kolei nastęrcza się ważne pytanie: jeśli pomiędzy zatrzymywaniem się moczu, *resp.* niedostatecznym opróżnianiem się pęcherza, a występowaniem duszności wogóle istnieje związek, to w jaki go sposób pojmować?

W tym względzie mogą być dwa przypuszczenia: albo dzieje się to drogą zatrucia krwi, albo drogą mechaniczną lub odruchową. Zdaniem naszym, w przeważnej liczbie przypadków ma miejsce samozatrucie. W przypadkach ze znacznym rozciągnięciem pęcherza możnaby myśleć bądź to o mechanicznym działaniu [ucisku] na serce i płuca, bądź to o odruchu, lecz tam, gdzie rozciągnięcie jest nieznaczne, trudno by nam było dychawicę w ten sposób wytłómaczyć.

Prócz tego stałość zaburzeń w oddechaniu, które nieraz całe tygodnie istniały, a pod działaniem środków kojących, narkotyków nie ustępowały, przeciwnie nawet wzmagaly się po zastosowaniu tychże, zdaje się również przemawiać za działaniem toksycznym. Wreszcie na korzyść tego ostatniego wpływu przytoczyć możemy fakt, na który prof. GUYON taki ważny kładzie nacisk. Mamy tu na myśli niezmiernie uporeczywe zaburzenia gastryczne w postaci nudności, wymiotów, utraty łaknienia, odbijania i t. p., trwające niekiedy całe miesiące i to przy nieznacznych nawet stopniach zatrzymywania się moczu w pęcherzu. Analogia ich z podobnymi objawami, towarzyszącymi cierpieniom nerek, zwłaszcza tym, które przebiegają bez obrzęków, jest tak uderzająca, iż każdy doświadczony lekarz nie zawaha się w upatrywaniu wspólnego ich źródła, t. j. w samozatruciu.

W naszych spostrzeżeniach zaburzenia w czynności przewodu pokarmowego odgrywały drugorzędną rolę [wyjąwszy spostrzeżenie I]; prof. GUYON widzi w nich najlepszy dowód intoksykacji organizmu. Wraz z częstym i obfitem oddawaniem moczu uważa je za charakterystyczne objawy niedostatecznego opróżniania się pęcherza moczowego u osób, dotkniętych przerostem gruczołu krokowego. O nich to właśnie autor ten wyraża się, iż po kilkorazowym założeniu cewnika znikają niezmiernie szybko (*c'est la sonde qui guerit*).

Co do samozatrucia, to następuje się pytanie, czy pęcherz jest tym narządem, z którego bierze ono początek, czyli inaczej mówiąc, czy wessanie do krwi pewnych toksycznych ciał wydzielonego już moczu, a zatrzymującego się w pęcherzu, można uważać za źródło zatrucia organizmu? W zwykłych warunkach błona śluzowa pęcherza ze swoim wielowarstwowym nabłonkiem, według powszechnie przyjętego zdania, jest tamą ochronną, zabezpieczającą przenikanie do krwi już to ciał chemicznej natury, już to chorobotwórczych ustrojów. Słowem, pod względem zdolności wsysania, pęcherz pozostaje w zupełnym przeciwieństwie z nerkami, których własności absorbcyjne są bardzo wydane.

Przy przewlekłym zatrzymaniu się moczu trudno przypuścić, aby błona śluzowa nie podlegała pewnym, choć nieznacznym zmianom, jak np. złuszczeniu nabłonka, aby naczynia krwionośne nie znajdowały się w stanie przekrwienia. Możliwość taka tem bardziej stanie się prawdopodobną, zważywszy, iż mamy do czynienia z osobnikami, które z powodu miażdżycy tętnic, zmniejszonej odporności ścian żylnych stanowią podatny grunt do przekrwień biernych, zwłaszcza w narządach jamy brzusznej. Okoliczności takie mogą więc ułatwić wsysanie pewnych ciał trujących moczu z pęcherza do krwi. Oczywiście, że w przypadkach ostrych, przy zupełnym powstrzymaniu odpływu moczu z pęcherza na zewnątrz, warunki do absorbcyi będą jeszcze pomyslniejsze. Na to wskazują doświadczenia GUYON'a i ALBARON'a, wykonywane na zwierzętach, u których za pomocą przewiązywania prącia, powstrzymywano w zupełności wydalanie się moczu z pęcherza. Ścisłe badania błony śluzowej wykazały wówczas, że naczynia były mocno rozszerzone, dawały nawet powód do wylewów, nabłonek uległ złuszczeniu i t. p.

Pomimo wszakże możliwości wessania pewnych ciał trujących do krwi z pęcherza, zmuszeni jesteśmy do wytłumaczenia sobie samozatrucia przyjąć inny jeszcze sposób, a to głównie z tego powodu, iż ilość pierwiastków trujących, jakaby się tą drogą mogła dostać do krwiobiegu, nie wystarczy sama przez się do wywołania ciężkich objawów samozatrucia.

Doświadczenia BUCHARD'a na zwierzętach, którym mocza wprost do żył, lub do tkanki podskórnej wstrzykiwano, wykazały, iż dla wywołania pierwszych objawów zatrucia potrzeba najmniej 10 ctm. sześciennych, dla zupełnego zaś zatrucia 30—60 ctm. sześć. moczu na każdy kilogram zwierzęcia. Na tej zasadzie autor ten przypuszcza, iż dla osiągnięcia tegoż skutku u człowieka należałoby wprowadzić do krwi ilość moczu, jaką on w ciągu dwóch dni i 4 godzin wydziela.

Samo się przez się rozumie, iż danych, otrzymanych tą drogą, nie można bez pewnych zastrzeżeń stosować do kwestyi intoksykacyi u człowieka chorego. W każdym jednak razie obliczenia te, nawet po wprowadzeniu pewnych modyfikacyi, zmaglają nas do szukania jeszcze i w nerkach przyczyny samozatrucia. Mamy tu na myśli nie tyle wessanie pewnych ciał trujących, ile raczej niezupełne wydzielanie się tychże ze krwi. Jakkolwiek jakościowe badanie moczu u prostatyków, zwłaszcza w początku, nie daje nam żadnych wskazówek, któreby nas uprawniały do przypuszczenia, że w sprawności nerek zaszła pewna zmiana na gorsze, jednakże trudno by nam było obejść się bez tej hipotezy. Zwiększona ilość moczu, jaką u chorych spostrzegamy, nie może służyć za dowód, osłabiający nasze przypuszczenie, wiadomo bowiem, iż przy bardzo obfitej nawet dyurezie może przyjść do wybuchu ostrej mocznicy [jak to ma miejsce niekiedy w śródmiaższowem zapaleniu nerek]. W jakim stopniu czynność nerek zostaje upośledzoną, jakie ciała trujące nie będą w stanie przejść ze krwi do moczu w przypadkach przewlekłego zatrzymywania się moczu w pęcherzu, trudno powiedzieć; to dopiero przyszłe badania mogą oznaczyć. Sądząc z objawów, a zwłaszcza z powolnego przebiegu zatrucia, można by wnosić, że ilość ich, jak również i jakość odmienną jest, aniżeli w ostrej mocznicy. Sądzimy, że badania moczu u prostatyków pod względem jego toksyczności mogłyby nam rzucić pewne światło na stopień sprawności samych nerek.

Narządem, który w patogenezie duszności bardzo ważną rolę odgrywa, ogniwem niezbędnem pomiędzy toksycznością krwi z jednej strony a dychawicą z drugiej, jest mózg, czyli, ściślej mówiąc, jego ośrodki nerwowe. Mamy tu na myśli przedewszystkiem ośrodek naczynioruchowy, oddechania, jak również krwiobiegu. Na nie to właśnie trujące pierwiastki krwi wpływ swój wywierają, pobudzają je do żywszej czynności, wytwarzając tym sposobem rodzaj akcji ratunkowej, za pomocą której ustroj walczy przeciw nieprzyjacielowi. Jednym z przejawów takiej samopomocy ustroju jest właśnie dychawica, o innych mówić tu nie będziemy, gdyż wyłożyliśmy je już szczegółowo w poprzedniej pracy naszej (*Polyptoe paroxysmale*).

Łatwo zrozumieć, że ocalenie ustroju w takich razach zawisło w pewnej mierze od stopnia zatrucia, w pewnej zaś — od odporności ustroju i sprawności jego narządów, w tej samopomocy udział przyjmujących. Wspomnieć tu jeszcze winniśmy o niebezpieczeństwie, jakie w tej walce organizmowi nieraz zagrażać może, to jest o upośledzonym odżywianiu się mięśnia sercowego, krwią, pierwiastkami toksycznymi przeladowaną. Za tem idzie osłabienie czynności serca, a więc motoru, który sprawie depuracji krwi z ciał trujących, tak ważny udział przyjmuje. Bez żywszego krwiobiegu, bez energiczniejszego dopływu krwi do narządów wydzielniczych, niż to ma miejsce w zwykłych warunkach, trudno byłoby pojąć istotę samopomocy w ciężkich nieraz przypadkach autointoksykacyi.

Duszność, jaka w naszych spostrzeżeniach występowała, zjawiała się głównie w nocy, w ciągu dnia zaś, nawet wśród ruchu, nie przekraczającego oczywiście pewnej miary, należała do wyjątków. Przyczynę tego należałoby, być może, upatrywać w większem przepelnieniu pęcherza, jakie zwykle ma miejsce u prostatyków podczas leżenia w łóżku, jak również i w tej okoliczności, iż wogóle wszelkie rodzaje dychawicy u ludzi starych zjawiają się głównie w nocy podczas snu, wskutek prawdopodobnie zmniejszonej czynności narządu oddechania. Trudno nam zamilczeć i o tem, iż częstsze oddawanie moczu, jako połączone z pewnem utrudzeniem fizycznym, mogłoby być brane w rachubę w patogenezie dychawicy, lecz z czynnikiem tym mogliśmy się liczyć tylko w pewnych szczególnych przypadkach, w których chorzy i w ciągu dnia doznają braku tchu przy zmianie pozycyi, chodzeniu i t. p..

Co się tyczy rodzaju duszności, to najczęściej występuje ona:

1) w postaci napadów dychawicy sercowej (*asthma cardiacum*), do której dołączają się niekiedy bóle stenokardyalne, tworząc typ, któremu polska nazwa dusznicy bolesnej w zupełności odpowiada (*asthma cardiacum dolorosum*).

2) W innych znowu razach do istniejącej już poprzednio stenokardyi przyłącza się dychawica (*stenocardia asthmaticum*). Zazwyczaj ze wzrastającym natężeniem dychawicy bóle ustępują na drugi plan, lub też zupełnie znikają; wówczas będziemy mieli typowy napad astmy sercowej, który niekiedy kończy się obrzękiem płuc.

3) Bywają przypadki, w których duszność nie posiada wybitnych cech, właściwych temu lub owemu typowi. Zdarza się to zwykle przy krótszej obserwacyi chorego. Skoro się jednak ma sposobność śledzenia przebiegu choroby dłużej, to łatwo się przekonać, iż oddechanie zbliża się mniej lub więcej do typu CHEYNE-STOKES'a.

4) Zdarzają się też chorzy, u których dychawica jest jakby tylko subiektywną, jak to niekiedy spostrzegamy u histeryczek, lub w niektórych przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, w okresie poczynającej się niedomogi serca. Ruchy klatki piersiowej są normalne, a tymczasem chory uskarża się, że nie może pełną piersią oddechać, że mu brak powietrza.

5) Do rzadkich przypadków należy zaliczyć te, w których duszność występuje w postaci typowego *polypnoe*. Chorzy wówczas, pomimo bardzo czę-

stego oddechu, nie odczuwają albo żadnej duszności, albo też ta ostatnia jest nieznaczną.

6) Wreszcie duszność może być skutkiem paraliżu mięśni rozszerzaczy głośni (*mm. crico-arytenoidei postici*), zależnego od ośrodkowego porażenia nerwu błędnego (*resp.* nerwu krtaniowego dolnego). Wówczas szpara głosowa nawet podczas głębokiego wdechu bywa zwężona, powietrze z trudnością dostaje się do tchawicy, powstaje świszczący oddech i duszność, głównie wdechowa.

7) Rzecz godna zaznaczenia, iż do dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*), cechującej się, jak wiadomo, dusznością wydechową i licznymi, suchymi rżenieniami, zazwyczaj u chorych, o których mowa, nie dochodzi. Tymczasem dla moczuicy, zależnej od cierpienia nerek, a zwłaszcza śródmiąższowego zapalenia, dychawica ta stanowi, rzecz można, patognomoniczny objaw. Należy więc przypuszczać, że dla wywołania astmy oskrzelowej potrzeba, aby we krwi znajdowały się pewne ciała trujące, swoiste, a które w przypadkach z niedostatecznym opróżnianiem się pęcherza nie wytwarzają się. Względnie jeszcze dobra sprawność nerek może być tego powodem. Albo też nie tyle jakość, ile ilość ciał trujących odgrywa w powstawaniu dusznicy oskrzelowej pierwszorzędną rolę. Być wreszcie może, że i pewien stopień lub rodzaj zmian w układzie naczyniowym nie jest bez znaczenia w patogenezie tego przejawu.

Winniśmy jednak wspomnieć, iż i u chorych z przewlekłym zatrzymywaniem się moczu może wystąpić dychawica oskrzelowa przy pewnych usposabiających momentach. Mamy tu na myśli przewlekły, zwłaszcza suchy niezbyt oskrzeli, nerwowy podkład, a zwłaszcza zapadanie na dusznicę nerwową przed zjawieniem się zaburzeń w czynności pęcherza.

Dlaczego u prostatyków, nie opróżniających należycie swego pęcherza, objawy zatrucia nie występują w wybitnej formie przez całe miesiące, a nieraz i lata, a tylko przy szczególnych sprzyjających warunkach organizmu [miażdżycy tętnic, wady zastawek, zwyrodnienie mięśnia sercowego i t. p.] groźniejsze przyjmują rozmiary? Otóż zdaje się, iż odpowiedzi na powyższe pytanie należy szukać we wzmożonej czynności nerek (*polyuria*), która do pewnego stopnia i do pewnego czasu przeciwdziała zatruciu. Oczywiście, trwa to dopóty, dopóki sama tkanka nerek, wskutek ucisku wywołanego rozszerzeniem pęcherza, moczowodów miedniczek, a nawet kanalików nerkowych, nie ulegnie zmianom następczym, ograniczającym jej czynność.

Inaczej rzecz się ma, skoro nastąpi zakażenie pęcherza (*infectio*) chorobotwórczymi drobnoustrojami, co najczęściej przychodzi do skutku przez wprowadzenie do pęcherza nie wyjąłowanego należycie cewnika. Wtedy może wystąpić gorączka o mniej lub więcej określonym typie, która często chorego o śmierć przyprawia (*pyaemia*). Obraz chorobowy bywa w tym razie odmienny od poprzedzającego (*autointoxicatio*): mocz z przezroczystego staje się mętnym, zawiera mniejszą lub większą ilość ropy, śluzu i ciałek krwi, oddawanie moczu często staje się bolesnym i t. p., słowem: występują objawy zapalenia pęcherza (*cystitis purulenta*); prócz tego znaczny upadek sił. Zaburzenia ze strony układu krwiobiegu i oddechania mniej bywają wydatne, niż

w samozatruciu, przeciwnie zaś, oddziaływanie na mózg jest bardzo uderzającym, a zwłaszcza osłabienie pamięci, stopniowa utrata przytomności, śpiączka [Sposzczenie I i V-te].

Rokowanie co do dychawicy bywa wogóle pomyślnem. Oczywiście może jednak być bardzo złem i zależy od stopnia rozciągnięcia pęcherza i zmian następujących w nerkach, jak również od stanu narządów krwiobiegu i oddechania. Wreszcie odporność całego ustroju ważną tu odgrywa rolę. Tem się też tłómaczy, dla czego u ludzi młodych, lub w wieku średnim, nie dotkniętych miażdżycą, chorobami płuc, lub serca, zatrzymywanie się moczu, jakie ma miejsce wskutek cierpienia układu nerwowego [np. wiażdżenia], nie spowodza tak wyraźnych zaburzeń w oddechaniu lub krążeniu krwi, jak to miało miejsce w naszych spostrzeżeniach. Z rokowaniem należy w przypadkach, nawet na pozór dających wszelką nadzieję poprawy, być z tego względu ostrożnym, iż niekiedy po jednym założeniu cewnika, po jednym nieostrożnym rękoczynie mogą wystąpić ciężkie objawy zakażenia. Tłómaczy się to pomyślnemi, dla rozwoju złośliwych drobnoustrojów, warunkami, jakie niedostateczne opróżnianie się pęcherza stwarza.

Leczenie. Powyżej przytoczone spostrzeżenia nasze dostatecznie wykazują, jak ważną rzeczą w leczeniu dychawicy, powstałej z zatrzymywania się moczu, jest odpowiednie opróżnianie pęcherza. Ponieważ zaś u chorych z retencją istnieje, jak to dopiero co wspominaliśmy, dużo warunków, ułatwiających zakażenie, łatwo więc przewidzieć, jak ważną rolę odgrywa narzędzie, za pomocą którego pęcherz opróżniamy. Cewnik więc przedewszystkiem powinien być jak najstaranniej wyjałowiony. Z początku należy wypuszczać tylko małe ilości moczu, stopniowo coraz większe, aby nie wywołać zbytniego napływu krwi do pęcherza, prowadzącego nieraz do silnego krwotoku. Zdaniem prof. Guron'a, opróżnianie pęcherza raz na 24 godziny w pierwszych dniach — wystarcza, później, skoro chory manipulację tę dobrze znosić będzie, należy 2 razy na dobę cewnik zakładać, następnie nawet 3 razy — stosownie do danego przypadku. Szczegóły, dotyczące postępowania przy przewlekłym zatrzymywaniu się moczu w pęcherzu, wyjaławiania, przepłókiwania pęcherza i t. p., nie mogą być przedmiotem niniejszej pracy naszej; odsyłamy więc po nie czytelnika do pięknego dzieła prof. Guron'a, w którym znajdzie przedstawioną po mistrzowsku patologię i terapię dróg moczowych. Nam szło tylko o zwrócenie uwagi kolegów na łączność pomiędzy dychawicą a zatrzymywaniem się moczu w pęcherzu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —
12. H. Nobel. Prostowanie garbów Pott'a za pomocą przyrządu unoszącego (*Schwebelagerungsapparat*).

Pomysł utłaczania garbów spotykamy nieraz w dawnych metodach leczniczych; w tym celu miały służyć pasy RUCHENFUSS'a i sztywne walce, na których trzymano chorych w położeniu wygiętem w tył. Najwyraźniejszy jednak

krok naprzód stanowi sposób CALOT'a. Do ostatnich czasów autor stosował sposób SAYRE'a [przeszło 1000 razy u 200 chorych] prawie wyłącznie z dobrym wynikiem. Ponieważ jednak pierwsze położenie SAYRE'a autor uważił za niebezpieczne, przeto od 3 lat używa on do nakładania opatrunków przyrządu swego własnego pomysłu (*Schwebelagerungsapparat*). Przyrząd ten utrzymuje chorego w położeniu pół wiszącym, t. j. pośrednim między pionowym i poziomem. Wyniki okazały się jeszcze lepsze: bóle i niedowłady kończyn znikają, a garby powiększały się bardzo nieznacznie.

Ponieważ wszystkie dzieci, na których dokonano operacji z powodu ropni opadowych, umierały w przeciągu 2—3 lat na wyrodnienie nerek skrobio-wate, przeto autor począł stosować metodę zachowawczą, przyczem ropnie wysysały się bardzo często i dzieci przychodziły do zdrowia.

Sposób CALOT'a autor stosował, posiłkując się przyrządem unoszącym (*Schweb*) 6 razy i zawsze z dobrym wynikiem.

Przyrząd unoszący [o którym mowa] ma kształt podwójnej drabiny; składają go duże żelazne ramy, z których jedna dłuższa, służąca do ułożenia na niej chorego, opartą jest pochylą o drugą krótszą. W przecięciu strzałkowym przyrząd ten ma kształt litery A o jednym dłuższym, a drugim krótszym ramieniu. Do dłuższej ramy przymocowane są 4 szerokie pasy: 3 w poprzek, a 1 wzdłuż. Przed przystąpieniem do operacji układa się chorego na pasach w ten sposób, że miednica jego spoczywa na skrzyżowaniu górnego poprzecznego pasa z podłużnym, a stopy są unieruchomione na dolnym poprzecznym; asystent, stojący przed głową chorego, ujmaje go pod boki i wyciąga, operator zaś ostrożnie wtlacza garb. Pokrywa go filcem, nakłada trykotowy gorset i parę warstw nagipsowanych bandażów, krzyżując je na miejscu garbu; ażeby zaś utrwalić wyniki prostowania, autor używa pury ukosnych pasów, które przywiązuje do prętów ramy dla zapobieżenia bujania się chorego. Wrazie umiejscowienia garbu powyżej 8-go kręga piersiowego autor, w myśl SAYRE'a, uważa za konieczne unieruchomienie głowy. W tym celu używa nieco zmienionego przyrządu SAYRE'a. Przyrząd rzeczony składa się z blaszanego pancerza, podtrzymującego plecy chorego, i z blaszanej szyny, odpowiednio wygiętej i zachodzącej na wierzchołek głowy. Pancerz ma na miejscu garbu otwór, zapobiegający odleżynom. Stosując przyrząd ten, nakłada się choremu na głowę kaptur, z miękkiego rzemienia, służący do oparcia podbródka, a podtrzymywany w czasie bandażowania za pomocą sznurków. Po nałożeniu opatrunku i wycięciu w gipsie otworu, chory pozostaje w przyrządzie około ½ godziny, t. j. do chwili wyschnięcia gipsu; następnie zaś około 2 godzin na sztywnym walec, poczem musi chodzić swobodnie, nie potrzebując leżeć w łóżku całymi miesiącami, jak to radzi CALOT. Chłoroformu autor unika, polecając go tylko w trudniejszych przypadkach.

(*Sammlung klinischer Vorträge*. № 191. 1897).

J. Borzymowski.

13. H. Buchner. O teorii „fagocytozy“ Artykuł poświęcony jest krytyce teorii „fagocytozy“ MIECZNIKOWA.

Już w roku 1888 autor podał w wątpliwość teorię, że jedynie niszczącemu działaniu leukocytów [fagocytów] na drobnoustroje należy przypisywać wyleczenie z chorób zakaźnych lub odporność (*immunitas*) przeciwko takowym. Wkrótce potem stwierdzony został fakt bakteryobójczego działania surowicy krwi normalnej, wolnej od leukocytów. Podług MIECZNIKOWA, działanie to miało zależeć od różnicy między koncentracją krwi [wzgl. surowicy] z jednej strony, a pożywki, w której się przedtem znajdowały bakterye — z drugiej, gdyż niektóre bakterye [naprz. tyfusowe] nie znoszą zmiany polścieliska. Okazało się jednak, że surowica, ogrzana do 55°, traci własności bakteryobójcze, jakkolwiek koncentracja surowicy nie zmienia się od powyższemu tem-

peratury; następnie niektóre bakterye [np. wywołujące zgorzel śledziny] nie tracą własności bakteryobójczych przy zmianie podłoża. Ale teoria humoralna bakteryobójczego działania soków organicznych [teoria „aleksynów“] również jest jednostronną i również samą jedną nie tłumaczy nam wszystkich objawów odporności. Spostrzeżono, że bakteryobójcza siła krwi nawet u jednego i tego samego osobnika podlega szerokim wahaniom; naprzykład dorosły pies jest prawie zupełnie odporny przeciwko zgorzeli śledziny, podczas gdy krew psa nie zabija tych bakteryi. Pochodzi to stąd [jak to dowiedli DENYS i jego uczeń KAISIN], że po wprowadzeniu tych bakteryi do krwi bakteryobójcze działanie tej ostatniej gwałtownie wzrasta; przeto należy badać stopień tego działania nie tylko podczas spokoju, t. j. zdrowia, ale też po zakażeniu. Następnie DENYS wspólnie z HAVER'em przekazali, że bakteryobójcza siła krwi psa jest w ścisłym stosunku do ilości leukocytów: w okresie hypoleukocytozy jest ona zmniejszoną, w okresie hyperleukocytozy—powiększoną; a dalej, bakteryobójcza siła wysięków opłucnowych, które oni sztucznie wywoływali, również zależała od mniejszej lub większej ilości zawartych w nich leukocytów. HANKIN, KANTHACK i HARDY wkrótce potem podali swoje przypuszczenie, że siła soków, w komórki obfitych, zależy od bakteryobójczych substancyi, które komórki te wydzielają — od aleksynów.

Przeto BUCHNER wspólnie z KOLB'em i SCHUSNER'em zajęli się rozstrzygnięciem tej kwestyi. Wywoływali oni powstawanie wysięków opłucnowych za pomocą wstrzykiwania aseptycznego kleju pszenicznego [a nie bakteryi, jak to czynili DENYS i HAVER], następnie wysięki te zamrażali i znów ogrzewali, ażeby zabić żywotność leukocytów i wyłączyć ich działanie; otóż wysięki te zachowywały swoją siłę bakteryobójczą pomimo zamrożenia leukocytów. Doświadczenia te dowiodły, że substancye bakteryobójcze powstają nie wskutek rozpadu ciałek białych, lecz że wydzielane bywają przez te ostatnie *in vivo*. To samo potwierdzili później SCHATTENFROH, BAIL. Wydzielanie tych substancyi wywołują niektóre środki drażniące, np. leukocydyna, otrzymywana ze stafilocokków [VAN DE VELDE]. MIĘCZNIKOW przyznał istnienie związku między powiększeniem ilości białych ciałek a zwiększoną siłą bakteryobójczą surowicy, lecz twierdził, że aleksyny powstają dopiero po pożarciu bakteryi przez leukocyty lub też po rozpadzie leukocytów. Ale SCHATTENFROH wykazał, że leukocyty zdolne są pożerać bakterye niewinne [np. drożdże], lecz od bakteryi chorobotwórczych trzymają się zdaleka (ujemna *chemotaxis*); natomiast zjawiają się wtedy aleksyny. RIBBERT wykazał, że przy zakażeniu stafilocokkowem wyzdrowienie następuje wskutek tworzenia wału ochronnego przez leukocyty, lecz bez pożerania bakteryi, bez fagocytozy.

Wniosek ostateczny autora: wskutek działania aleksynów, zawartych w sokach organicznych, jak również wytwarzanych na miejscu przez leukocyty, mikroby zmuszone są wydzielać niektóre składowe części swojej zawartości plazmatycznej, działające drażniąco na leukocyty, które wtedy dopiero zdolne się stają do pożerania mikrobów; lecz to pożeranie mikrobów przez leukocyty musi być poprzedzone przez osłabienie [zabicie] mikrobów przez aleksyny. A zatem: leukocyty są zbawienne dla ustroju nie jako fagocyty [komórki pożerające], lecz przez aleksyny, które one wydzielają; teorię MIĘCZNIKOW'a o „fagocytozie“ należy zmienić w teorię o „aleksocytozie“.

(*Münch. medic. Woch.* 1897. Nr. 47).

M. Rozental.

14. Kattwinkel. O zaburzeniach mowy, potykaniu i odruchu gardzielowego przy bezwładzie połowicznym.

Przy opisach wielu cierpień mózgowych, jak: wrzekom e porażenie opuszkowe (*pseudoparalysis bulbaris*), krwotoki mózgowe, porażenia dzieciinne, spoty-

kamy się ze wzmianką o zaburzeniach mowy, polykania i odruchu gardzielowego; lecz z owych wzmianek trudno powziąć dokładne pojęcie o tem, gdzie znajduje się ośrodek powyższych czynności. W celach oznaczenia umiejscowienia tego ośrodka autor przeprowadził szczegółowe badania kliniczne pod kierunkiem prof. MARIE w Paryżu, mianowicie zbadał 100 osobników, dotkniętych bezwładem połowicznym, z tych 50 prawostronnym i 50 lewostronnym. W niektórych z tych przypadków dokonano badania pośmiertnego, a wynikiem tego w przypadkach lewostronnego bezwładu z zaburzeniami mowy było znalezienie ogniska w 3 zrazie czołowym z prawej strony, w przypadkach, w których oprócz zaburzeń mowy były zaburzenia odruchu z gardzieli, krtani i zaburzenia w polykaniu, ognisko zajmowało jądro soczewicowate (*nucl. lenticularis*).

Co się tyczy odruchu z gardzieli, to na 50 przypadków bezwładu lewostronnego autor znalazł w 80% zaburzenia [50% zupełny brak tego odruchu i 30% osłabienie]. Odruch krtaniowy w 58% przedstawiał zaburzenia [22% brak tego odruchu i 36% osłabienie]. Na 50 przypadków prawostronnego bezwładu zaburzenia odruchu z gardzieli były w 14%, a z krtani w 6%. Różnica między prawostronnym a lewostronnym bezwładem, jak widzimy, jest wybitna. Co do umiejscowienia ośrodka dla tych odruchów w piśmiennictwie nie znajdujemy żadnej wzmianki, autor zaś sądzi, opierając się na powyższych badaniach, że ośrodek ten znajduje się we wzgórku prążkowanym (*corpus striatum*) prawej półkuli. Hypotezę tę potwierdzają spostrzeżenia nad bezwładem połowicznym przy porażeniach mózgowych u dzieci; badania owe robiono na oddziale BOURNEVILLE'a i znaleziono: na 14 przypadków lewostronnego porażenia w 10 były zaburzenia tych odruchów, na 24 przypadki prawostronnego tylko w 7. W przypadkach wrzekomego porażenia opuszkowego, w których stwierdzono ognisko we wzgórku prążkowanym [mianowicie w *putamen*], spostrzegano również brak odruchu z gardzieli.

Ciekawe bardzo wyniki otrzymał autor przy badaniu mowy u osób, dotkniętych bezwładem połowicznym. Dotychczas wogóle jest rozpowszechnione mniemanie, iż zaburzenia mowy występują tylko przy bezwładzie prawostronnym. Na 50 przypadków bezwładu lewostronnego autor znalazł w 82% zaburzenia mowy, z tych 50% zaburzenia istniały stale od wielu lat i 32% przejściowo, t. j. trwały dnie lub tygodnie. Na 50 przypadków prawostronnego bezwładu zaburzenia mowy były w 80%, z tych 58% stale i 22% przejściowo.

W piśmiennictwie znajdują się opisy lewostronnego bezwładu z przejściowemi zaburzeniami mowy wskutek porażenia nerwu twarzowego i podjęzykowego; jeżeli zaś spesztregano stale zaburzenia mowy przy lewostronnym bezwładzie, to stwierdzano, iż chory był mańkudem. Zaburzenia, jakie spostrzegał autor, dotyczyły artykulacji mowy (*dyzartria*, albo nawet zupełna *anartria*), chorzy tacy rozumieli doskonale zapytania, skierowane do nich, porozumiewać się mogli doskonale za pomocą znaków, a także mogli zupełnie dobrze pisać i czytać. Zaburzenia powyższe artykulacji mowy nie znajdowały się w związku przyczynowym z porażeniem nerwów czaszkowych: 7 i 12-go.

W wielu przypadkach autora nerwy te były zdrowe obok ciężkiej formy anartrii. Autor, opierając się na powyższych badaniach, a także na spostrzeżeniach z badaniem pośmiertnem lewostronnego porażenia z niemotą, opisanych w literaturze, przypuszcza, iż w 3-im prawym czołowym zawoju znajduje się ośrodek artykulacji mowy, który nawet ma przeważającą siłę nad podobnym ośrodkiem, znajdującym się w 3-m lewym czołowym zawoju. Ośrodki te połączone są pomiędzy sobą przez pęczek asocjacyjny, idący przez oba wzgórki prążkowane.

Badając zaburzenia polykania przy bezwładzie połowicznym, autor znalazł je daleko częściej przy lewostronnym bezwładzie, aniżeli przy prawostronnym, z czego wnosi, że prawa półkula mózgowa większy wpływ wywiera

na tę czynność od lewej. Wyprowadzając wnioski z badań pośmiertnych, rozbitych w przypadkach wrzekomego porażenia opuszkowego [HALIPRÉ], autor sądzi, iż ośrodek polykania znajduje się we wzgórku prążkowanym.

(*Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 59. H. 3—4.*)

K. Strózewski.

15. Spiess. Nowy sposób otwierania zatoki klinowej.

Cały szereg dodatnich wyników, otrzymanych ostatnimi czasy przy użyciu elektromotoru do operacji nosowych i otwierania zatoki szczękowej, doprowadził autora na myśl zastosowania tej metody do otwierania zatoki klinowej. Głębokie położenie tej ostatniej, trudny dostęp i, co najważniejsze, bliskie sąsiedztwo mózgu, wymagały pewnych modyfikacji używanych dotychczas instrumentów, co też i uskutecznił autor w następujący sposób: dostatecznej długości trefina, ukryta w rurce metalowej, zakończona sztyftem długości 1 ctm. po puszczeniu w ruch elektromotoru wychodzi z owej rurki na długość sztyfcika, tak, iż zranienie tylnej ściany klinowej, *resp.* mózgu, jest absolutnie wyłączone. Po dokładnem znieczuleniu pola operacji kokainą wprowadzamy pod kontrolą oka rurkę z ukrytą w niej trefiną do nosa i wkluwamy sztyfcik w otwór zatoki klinowej, poczem puszczaamy w ruch elektromotor i trefinę. Jeżeli powstały tym sposobem otwór okaże się zbyt małym, to w dalszym ciągu, oparłszy sztyfcik o brzeg otworu, puszczaamy w ruch trefinę i rozszerzamy go; tym sposobem robimy otwory dowolnej wielkości, aż do zupełnego znieśnienia całej przedniej ściany zatoki. Cała operacja trwa zaledwie kilka sekund i jest względnie niebolesna.

W przypadkach, w których wskutek przerostu muszli średniej dostęp do przedniej ściany zatoki klinowej jest utrudniony, należy uprzednio za pomocą trefiny wyborować żłobek w muszli, przez który dochodzimy do zatoki.

(*Archiv für Laryngol. und Rhinol. III Band. I Heft. 1898.*)

A. Zięciakiewicz.

16. Lichtwitz. Nadużywanie i niebezpieczeństwa przestrzykiwań nosowych.

Autor opisuje historję tego rękoczynu, którego pierwowzorem było doświadczenie WEBER'a, w r. 1847 dokonane, a opierające się na prawie syfonu dwuramiennego. W roku 1864 THUDICHUM zastosował to doświadczenie do przemywania nosa za pomocą odpowiedniego przyrządu, za którym wkrótce pojawiła się wielka ilość innych, jako to: irrygator, szpryca, różne kanki i t. p., dzięki czemu upowszechnił się sam rękoczyn; zaczęto stosować przestrzykiwania nosa bez dokładnego nawet zbadania istoty choroby, nie mówiąc już o należytem umotywowaniu celu tego rękoczynu; stał się on *panaceum* w chorobach nosa.

To samo nadużywanie daje się zauważyć i przy leczeniu jamy noso-gardzielowej. W większości przypadków przestrzykiwania owe są bezskuteczne, gdyż jedynym ich skutkiem może być wydalenie z jam nagromadzonego śluzu, ropy lub zeschniętych strupów, co jest zalecone w jednej tylko chorobie, mianowicie w ozenie. Tutaj przestrzykiwania owe nie tylko mają swoją rację i przynoszą pożytek, ale stanowią kardynalną podstawę leczenia tego cierpienia.

Przy innych chorobach nosa rękoczyn ten nie tylko jest bezpożyteczny, ale i szkodliwy, pomimo przedsięwziętych ostrożności co do racjonalnego wypełniania takowego; przede wszystkim od tych przestrzykiwań cierpi powonienie, gdyż nabłonek i zakończenia nerwowe okolicy powonienia (*regio olfactoria*) podlegają znacznym zmianom już to pod wpływem płynu, a' jeszcze więcej od środków w nim zawartych, jak: kwas karbolowy, alun, sole cynku i inne.

Jedynymi nieszkodliwymi płynami, podług ARONSOHN'a, są: roztwór *natrii chlorati* 0,73%, *natrii bicarbonici* 1,46% i *natrii sulphurici* 2,2%.

Drugi ujemny skutek przestrzykiwań stanowią bóle głowy, bądź w okolicy czołowej, bądź w potylicowej, które tłómaczą przenikaniem płynów do jam obocznych nosa. Tegoż zdania co do pochodzenia zapaleń jam nosowych są BRESGEN i HARKE. Należy przytem zwrócić uwagę, że bóle głowy bywają pomimo zachowania wszelkich prawideł, uznanych za niezbędne przy przestrzykiwaniach. Największem zaś niebezpieczeństwem tego rękożynu jest przedostawanie się płynu do ucha środkowego, co sprowadza bardzo wiele szkodliwych następstw. To powikłanie może nastąpić pomimo zachowania wszystkich przepisów, bo zależy ono od szerokich otworów gardzielowych trąbki EUSTACHIUSZA, lub też od nieprawidłowego działania mięśni, zwięzających jej ujście (*m. levator palati mollis*).

LERMOYER również zabrania przestrzykiwać nos przy ostrym niezycie nosa, stawiając takie równanie: „*coryza aigü + siphon de Weber = oüte aigüe*“.

To usposobienie do przenikania płynów do trąbki EUSTACHIUSZA wzmagają się po różnych operacjach, w jamie nosogardzielowej dokonanych, dlatego też nie należy przestrzykiwać jamy po wycięciu wyrosła adenooidalnych. Przemijając zaś nos po operacjach w nosie, wydalamy śluz, zawierający substancje zabójcze dla mikroorganizmów i osłabiamy błonę śluzową.

Ostatecznie należy zwrócić uwagę na szkodliwość przestrzykiwań jeszcze i z tego powodu, iż chorzy częstokroć wykonywają je skrupulatnie w przeciągu miesięcy całych, tracąc przez to czas właściwy do racjonalnego leczenia.

(*La Semaine médicale*, Nr. 51. 1897).

S. Oppenheim.

Przegląd bibliograficzny.

WŁADYSŁAW BIEGAŃSKI. **Zagadnienia ogólne z teorii nauk lekarskich.** Wydanie z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowym im. MIANOWSKIEGO. Warszawa. 1897. Str. IX i 304.

Autor, zaszczytnie znany w naszej literaturze z wielu cennych prac, podaje w tej książce zbiór faktów i teorii, dotyczących się licznych, żywotnych i ciekawych zagadnień współczesnej biologii.

Książka podzielona jest na dwie części. W pierwszej rozbiiera autor zagadnienia metodologiczne, a mianowicie zasady teorii poznania, pojęcie przyczynowości i jej zastosowanie w biologii, granice poznania przyrody, pojęcie celowości w świetle współczesnych i dawnych poglądów i nakoniec pojęcie matery i siły. W drugiej części autor ma na myśli „ściśle uzasadnienie pojęcia choroby“. W tym celu poruszył cały szereg zagadnień biologicznych ściśle z sobą związanych. Co to jest życie, na czem polegają jego przejawy, co to jest funkcyja i nakoniec, co to jest choroba i jaki jest jej mechanizm? W tej drugiej części, zdaniem naszym, wstęp jest nieproporcjonalnie obszerny w stosunku do właściwego przedmiotu i celu autora [uzasadnienie pojęcia choroby]. Całość książki ma pobudzić lekarza — twierdzi autor — do głębszego krytycznego myślenia, ma mu przypomnieć, że po za obrębem ciasnych zagadnień patologii i terapii szczegółowej istnieją wielkie zagadnienia nauki, pozostające jednak w bezpośredniej styczności z jego praktycznymi zadaniami.

Z powodu braku miejsca nie mogą tutaj wdawać się w szczegółowe przytaczanie obfitej bardzo, treści pojedynczych rozdziałów dzieła i na uwypatnienie wielu trafnych myśli i uwag autora, które jak najgoręcej polecić można.

ogółowi lekarzy. Pozwolę sobie jednak zaznaczyć pewne punkty, co do których nie mogę się zgodzić z autorem, a które z tego względu, że niewłaściwie przedstawiają rzeczy, należy, zdaniem naszym, wytknąć w krytycznej ocenie tej wartościowej książki.

Otóż, przedewszystkiem, autor [str. 43] w części metodologicznej dzieła swego powiada: „W prostych niezłożonych zjawiskach fizycznych pojęcie celowości może być zupełnie wyłączone, lecz w biologii... gdzie zjawiska są niezmiernie złożone, gdzie stosunek przyczynowy oparty jest na powikłaniu i współdziałaniu licznych zjawisk, pojęcie celowości jest w pewnym stopniu niezbędnym uzupełnieniem przyczynowości“. „Nawet i teoria ewolucyi, DARWIN'a, którą wielokrotnie przeciwstawiano teleologii, zawiera w podstawach swoich niewątpliwie pojęcie celowości. Czemże bowiem jest pojęcie postępowego rozwoju istot organicznych, jeżeli nie pewnym planem, pewnym celem, tkwiącym w historii życia na ziemi“.

Autor pozostaje tu w błędzie, podobnie zresztą jak i niektórzy inni pisarze, upatrujący pierwiastek celowości w teorii ewolucyi DARWIN'a. Błąd pochodzi ztąd, że autor nie zdaje sobie należyście sprawy z tego, co jest celem. Otóż celem jest to, co zostało wykonane, lub co się stało według *à priori* ustanowionego planu lub celu; celem zaś nie można nazwać tego, co ma tylko pozory celowego wykonania, pozory czegoś, co zostało wykonane z zamiarem z góry powziętym, z celem, z góry postanowionym. Wszystkie zjawiska mają swoje przyczyny, ale pośród przyczyn należy ściśle odróżnić celowe, *causae finales* oraz działające — *causae efficientes*, a temi ostatnimi są wyłącznie przyczyny warunkujące rozwój biologiczny świata organicznego czy to w kierunku doskonalenia się jego, czy to uwstecznienia [wsteczny rozwój organizmów bywa warunkowany przez rozmaite przyczyny działające, np. przez pasożytniczy, lub osiadły sposób życia]. Gdy mamy przed sobą działanie doboru naturalnego, mocą którego utrzymują się mechanicznie w walce o byt osobniki ze zbroceniami, dającymi im pierwszeństwo przed innymi, lub też gdy mamy bezpośredni wpływ tysiącznych warunków zewnętrznych, które działają modyfikująco na ustroje, to w każdym razie tu i tam mamy do czynienia z przyczynami działającymi (*causae efficientes*), których wynikiem będzie zachowanie się osobników z konieczności najlepiej przystosowanych do warunków otaczających, a więc osobników o budowie pozornie celowej. Fakt, że istoty pod wpływem bezpośredniego działania warunków, lub przez prawo walki o byt i zachowywania się przy życiu osobników z wrodzonymi cechami korzystnymi, przystosowane są do warunków, sprawia wrażenie owej pozornej celowości, ale tylko pozornej, wynikającej z naszego antropomorficznego sposobu zapatrywania się na przyrodę.

W ustępie o teorii DARWIN'a [str. 16] i następne] autor powiada, że DARWIN odrzucał wpływ przystosowania na zmienność gatunków, że w późniejszych swych pracach uwzględniał wprawdzie przystosowanie, stawiał je jednak zawsze na drugim planie, że wreszcie późniejsi krzewiciele darwinizmu, jak: WALLACE, HAECKEL, a następnie WEISMANN, „stanowczo odrzucili wpływ warunków zewnętrznych i przystosowania na ewolucję“.

Otóż, zasada przystosowania (*Anpassung, Adaptation*) nie tylko nie była nigdy odrzucona ani przez DARWIN'a, ani przez żadnego z jego następców, ale przeciwnie była zawsze osią teorii darwinistycznych. Wszyscy darwiniści głoszą, że istoty żyjące są znakomicie przystosowane w swej organizacji do licznych, różnorodnych warunków; zwierzęta i rośliny przystosowane są do warunków klimatu, gleby i t. p., jedne gatunki ustrojów przystosowane do drugich, rośliny do zwierząt, zwierzęta do roślin, pasożyty do swoich żywicieli i t. p. Iż to razy DARWIN i jego następcy zwracali uwagę na cudowne przystosowanie kwiatów do owadów i naodwrot, sam DARWIN wykazał między innymi w swem

dziele o storczykach nieskończoną ilość jak najświetniejszych przystosowań w tym kierunku.

Ideę przystosowania nie odrzuca tedy żaden darwinista. Spierać można się tylko o to, jaką drogą odbywa się w przyrodzie przystosowanie. Gdy tedy jedni uważają to ostatnie głównie za rezultat działania doboru naturalnego, który zachowuje przy życiu osobniki obdarzone najkorzystniejszymi dla nich właściwościami, to inni uważają je za wynik bezpośredniego działania warunków zewnętrznych na organizację [idea pierwotnie wygłoszona przez GEOFFROY de ST. HILARE'a] w związku z zasadą używania i nieużywania organów [idea LAMARCK'a]. Większość dzisiejszych darwinistów przyjmuje wszystkie te przyczyny. Wiadomo, że np. na wielu wyspach oceanicznych znajdują się bezskrzydłe owady; można więc twierdzić, że utraciły tam one skrzydła w skutek bezpośredniego działania pewnych swoistych warunków klimatycznych, albo też, że utraciły je w związku z działaniem doboru naturalnego, który usuwał przez długi szereg pokoleń osobniki dobrze latające [jako nie mogące się oprzeć wiatrom i zapędzane na morze], a zachowywał przy życiu te, które najslabiej miały wykształcone skrzydła i najgorzej latały. Ostatecznie tedy nastąpiło w pewnym kierunku przystosowanie.

Niedokładność ze strony autora pochodzi tu ztąd, że niesłusznie utożsamia on pojęcie przystosowania z pojęciem bezpośredniego wpływu warunków zewnętrznych, utożsamia jedną z przyczyn ze skutkiem.

W rozpatrywaniu teoretycznych poglądów na dziedziczność zauważyliśmy znaczne niedokładności, które przypisuję temu, iż sz. autor nie oparł się na pracach źródłowych, lecz korzystał — jak sam pisze — głównie z dzieła YVES DELAGE'a „*La structure du protoplasma*“ 1895, książki pod bardzo wielu względami napisanej nieudolnie i zawierającej wiele błędów¹⁾.

Przedewszystkiem autor [str. 18] i nast.] niewłaściwie określa t. zw. teorię epigenezy w embryologii, teorię, stworzoną przez KACPERA WOLFF'a. Autor powiada: „w połowie XVIII wieku zjawiała się inna teoria, wyjaśniająca powstawanie nowych ustrojów przez pewnego rodzaju samoródtwo, przez t. zw. epigenezę. Twórcą tej teorii był KACPER WOLFF. Autor twierdzi dalej, że teoria ta była błędna, że upadła i że później dopiero wzięto się empirycznie do badań embryologicznych. Otóż wszystko to przedstawił autor niewłaściwie.

Teoria epigenezy WOLFF'a, którą uczony ten przeciwstawił panującej za jego czasów błędnej teorii ewolucyi [t. j. rozwijania się *sensu strictiori* i rozrostu skulonego i drobnutkiego ciała przyszłego ustroju, jako miniaturka zawartego w jaju] nie polegała na żadnego rodzaju samoródtwie, lecz na tem, że w jaju nie ma żadnych gotowych, miniaturowych, części ciała lub narządów, lecz że występują one kolejno i stopniowo w pewnym określonym porządku, tak jak o tem dzisiaj wszyscy wiemy. Sam WOLFF dowiódł tej prawdy własnymi badaniami [zwłaszcza nad rozwojem przewodu pokarmowego kureczęcia], a wszystkie późniejsze badania teorię tę stwierdziły. Błędniemi były tylko zapatrywania WOLFF'a na kwestyę zapłodnienia, ale to nie ma nic wspólnego z teorią epigenezy. Zahaczywszy o spór dawnych ewolucjonistów z epigenetykami powinien był szanowny autor powiedzieć też słów kilka o dzisiejszym neoewolucjonizmie i neoepigenezymie [O. HERTWIG, ROUX, HERBST, DRIESCH i t. d.]. Przedstawiając teorię dziedziczności WEISMANN'a, autor powiada, że badacz ten pozostał dotychczas przy swoim dawnym poglądzie co do niemożliwości odziedziczania cech nabywanych. Jest to jednak twierdzenie nie-

¹⁾ Książka ta była też słusznie surowo skrytykowana przez kilku znakomych uczonych np. GIARD'a.

śluszne, albowiem WEISMANN w dziele swem p. t.: „*Das Keimplasma*“ 1892, zmienił właśnie dawniejsze swoje poglądy w tej mierze, wypowiadając przekonanie, że długotrwałe wpływy zewnętrzne, które wywierają tak głębokie działanie na ustrój, iż zmieniają „determinanty plazmy zarodkowej“, są zdolne wywoływać zmiany dziedziczne, które są w tym razie zmianami nabytymi. Oto jego słowa; „wpływy klimatyczne mogą wywoływać bardzo stałe przemiany, ponieważ powoli w biegu pokoleń sprawiają coraz to większe modyfikacje w pewnych determinantach“. Gdy tedy WEISMANN dawniej zupełnie wyłączał możliwość powstawania nabywanych zmian dziedzicznych, uwarunkowanych przez wpływy zewnętrzne, to w dziele swem „*Das Keimplasma*“ czyni znaczne ustępstwo w tym kierunku, sądząc, że przy długotrwałym i głęboko sięgającym wpływie warunków zewnętrznych zmiany te mogą powstawać, aczkolwiek początkowo są bardzo nieznaczne i potęgują się dopiero wskutek kojarzenia się „tendencji dziedzicznych“ (*amphimixis*).

Z innych, rażących błędów naukowych, zawartych w książce D-ra BIEGAŃSKIEGO, wymienimy jeszcze tylko następujące.

Mówiąc o spółczesnych teoriach budowy protoplazmy, autor powiada, że według BUERSCHLI protoplazma składa się z dwóch substancji, jednej stałej, przedstawiającej przegrody przecinające się z sobą po trzy w jednym punkcie, drugiej płynnej, wypełniającej przestrzenie, ograniczone przez owe przegrody. Otóż jest to błędne, bo BUERSCHLI, wbrew twierdzeniu innych autorów, przyjmuje w protoplazmie dwie substancje płynne, nie mieszające się z sobą. Oparł on to na swych słynnych doświadczeniach, dotyczących sztucznego wytwarzania się pianek z dwóch niemieszających się z sobą płynów, np. oliwy i wodnego roztworu soli. Do budowy tych delikatnych sztucznie otrzymywanych pianek porównywa on budowę plazmy (*Schaumstruktur des Protoplasma*).

Albo np. taki ustęp: „CIENKOWSKI zauważył, że gatunek ameby, *Vampyrella spirogyrae* napastuje tylko komórke wodorostową; *spirogyra* przyczepia się do niej i wysysa jej zawartość“. W jednym więc ustępie czytamy, że *Vampyrella* napastuje wodorost [co rzeczywiście CIENKOWSKI zauważył], oraz że *Spirogyra*, t. j. wodorost, przyczepia się do *Vampyrelli* i wysysa jej zawartość; ale o takiej żarłoczności wodorostu nie słyszał jeszcze dotąd żaden biolog! Niemile rażą błędy zoologiczne, np. pomieszanie pojęć wymoczków (*infusoria*) i wiciowców (*flagellata*), grup bardzo ściśle się różniących pomiędzy sobą; na str. 168 autor powiada, że zjawisko konjugacji [nawiasem dodamy, że termin ten zowie się po polsku sprzęganiem] zostało zbadane przez MAUPAS'a u kilku gatunków wiciowców, a jako przykłady wymienione są wymoczki; *Leucophris*, *Stylonichia* i t. d..

Błędnie przedstawia autor zapładnianie, mieszając z sobą spostrzeżenia różnych badaczy, dokonane u rozmaitych zwierząt. Tak np: zaczyna autor opisywać stosunki u ssaków, albowiem mówi: „dojrzałe jaje, otoczone *zona pellucida* wchodzi do trąbki FALLOPIUSZ'a“ i t. d., ale snując opis w dalszym ciągu bez przerwy, powiada, że chromatyna w jądrze żeńskim [jajowem] oraz żeńskim składa się z dwóch segmentów [chromozomów]. Otóż to stosuje się znowu specjalnie do odmiany gatunku glisty końskiej, *Ascaris megalocephala* [o czem autor ani słówkiem nie wspomina], ale u różnych innych zwierząt ilość odcinków w jądrze żeńskim i żeńskim bywa całkiem inna. Dr B. zaś tak rzecz opisuje, jak gdyby stosunki, zachodzące u *Ascaris*, były czemś stałym i ogólnym dla wszystkich zwierząt.

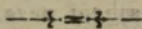
Podobnych niewłaściwości i niedokładności znaleźliśmy jeszcze znacznie więcej i życzyć by należało, aby przy następnych wydaniach, których ta po-
czytna książka niewątpliwie się doczeka, zostały one usunięte.

Najtrafniejsze poglądy znajdujemy w rozdziałach, traktujących o pojęciu choroby i mechanizmie jej. Ze stanowiska ogólnobiolegicznego wydają mi się słusznemi zapatrywania autora na istotę zapalenia, które uważa za następstwo podrażnionej czynności komórek w tkankach, a dopiero jako skutek zmienionej jakościowo czynności tych ostatnich uważa sprawy, towarzyszące każdemu zapaleniu [rozszerzenie ścian naczyń, zwolnienie w nich obiegu krwi, przenikanie przez ścianki naczyń bezbarwnych ciałek krwi i surowicy], a po-
czytywane przez wielu anatomo-patologów za pierwotne objawy zapalenia.

Pomimo wymienionych wyżej usterek, które ze stanowiska krytyka uważałem za stosowne wytknąć, dzieło D-ra BIEGAŃSKIEGO, jako streszczające różne nowsze poglądy biologiczne, może oddać rzetelną korzyść czytelnikom, a autorowi należy się wdzięczność za to, że wzbogacił literaturę naszą książką, w której zebrany jest w jedną całość i oświetlony krytycznie tak obfity materiał naukowy, dotyczący się wielu żywotnych kwestyi współczesnej biologii.

Prof. D-r Józef Nusbaum.

Wiadomości bieżące.

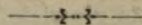


— Wyszedł z druku Nr. 1 nowego czasopisma „Przegląd dentystyczny“, miesięcznika poświęconego chorobom zębów i jamy ustnej. W N-rze tym znajdujemy dwie prace oryginalne DZIERŻAWSKIEGO: O znieczulaniu przy wyjmowaniu zębów za pomocą wstrzykiwań śróddziąsłowych. Sposób wykonania oraz wskazania do tych wstrzykiwań, a także kilka słów o zastosowaniu w tym celu eukainy i KRAKOWSKIEGO: Przypadek ciężkiego omdlenia po wyjęciu zęba; nadto sprawozdanie z 7 prac specjalnych i wiadomości pomniejsze. Redaktorem i wydawcą jest kol. DZIERŻAWSKI.

— D-r KONRAD WÄGNER, docent prywatny Akademii lekarskiej w Petersburgu, został mianowany profesorem kliniki dyagnostycznej w Kijowie.

— W Tyflisie zmarł znany chirurg D-r JAN MIKIEWICZ, którego prace przed kilku laty pomieszczało nasze czasopismo.

Od Wydawcy.



„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1898 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1898 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszloroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Довдлено Ценаурою, Варшава 2 Января 1898. Друк Ковалевського, Варшава, Mazowiecka 8