

# GAZETA LEKARSKA

## I. Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy.

Podał

**Bolesław Grzankowski,**

Ordynator oddziału Ginekologicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

[Odczyt wygłoszony w Sekcyi Ginekologicznej w dniu 16.II. 1906 r. i na posiedzeniu  
Warsz. Tow. Lekarskiego w dniu 3.IV. 1906 r.]

Usiłowania doszczętnego leczenia raka macicy czyto drogą pochwową, czy drogą brzuszną, powzięte w ostatniem dziesięcioleciu, nie miały przez długi czas pewnych podstaw ani anatomo-patologicznych, ani klinicznych. Te operacje, jako dość rzadkie i nader ciekawe, były bardzo starannie obserwowane i szczegółowo pod względem anatomo-patologicznym i drobnowidzowo badane. Tą drogą wytworzył się dość bogaty materiał, który można już zużytkować do oceny racjonalności i wartości tych metod.

Ponieważ wszystkie te prace są plodem ostatniego dziesięciolecia i nie są jeszcze należycie zebrane i ugrupowane, więc możnaby się sprzeczać o to, czy nadszedł już czas, aby uogólniać nabyte spostrzeżenia i tworzyć wnioski, które mają służyć za podstawy do kierowania się przy wyborze metody operacyjnej raka macicy.

Chociaż te podstawy uległyby z czasem zmianom, to jednak dzisiaj każdy operujący ginekolog zmuszony jest wyrobić sobie pewne zasady postępowania w tym kierunku i to mię skłoniło do pracy niniejszej.

Z tej jednak racyi w niniejszym odczycie przedstawię tylko obiektywnie podstawy leczenia operacyjnego raka macicy, tak pod względem anatomo-patologicznym, jak i klinicznym, pozostawiając szanownym kolegom robienie wszelkich wniosków.

W kwestyi raka samej macicy, jej szyjki i trzonu najważniejsze są badania SEELIG'a, FRANQUÉ'go, PUPPEL'a i THEILHABER'a.

SEELIG na podstawie badań mikroskopowych 12-u macie wyciętych twierdził że:

1) Rak szyjki nie ogranicza się na samej szyjce, przekracza nieraz ujście wewnętrzne i szerzy się w trzonie macicy, najczęściej nie na błonie śluzowej, ale w zewnętrznej warstwie mięsnej. W tej warstwie leżą dość szerokie naczynia chłonne, które łączą się z takimi samymi naczyniami szyjki macicznej [POIRIER] i tą drogą następują przerzuty z szyjki do trzonu. Takie przerzuty w trzonie macicy bywają nawet we wczesnych okresach raka szyjki, kiedy on ogranicza się tylko na jednej wardze i nie zwyrodnia błony śluzowej kanału szyjki.

2) Rak trzonu macicy rośnie bardzo powoli, szerzy się w naczyniach limfatycznych, położonych na granicy między wewnętrzną a zewnętrzną warstwą mięsną i dopiero w bardzo późnych okresach daje przerzuty do szyjki macicznej.

FRANQUÉ nie zgadzał się z twierdzeniem SEELIG'a, że rakowce części pochwowej dają przerzuty w trzonie we wczesnych okresach. Zarzucał SEELIG'owi, że wszystkie jego przypadki są brane tylko z późniejszych okresów raka. Do badań swoich wybrał 4 przypadki rozpoczynającego się rakowca części pochwowej, 3 przypadki raka macicy ciężarnej i 5 przypadków raka macicy wkrótce po rozwiązaniu i w żadnym z nich nie znalazł przerzutów w trzonie macicy.

PUPPEL zbadał mikroskopowo 9 macie wyciętych, sprawdził badania SEELIG'a i przyszedł do wniosku, że rak szyjki macicznej daje przerzuty w trzonie dopiero w okresach późnych, najczęściej wtedy, kiedy już przechodzi na tkankę przymaciczną.

WINTER w Ginekologii VEIT'a z r. 1899 twierdził, że dotychczas literatura nie posiada przypadku raka części pochwowej z przerzutami do trzonu, wolnego od wszelkich zarzutów.

Ze zmian drugorzędnych trzonu macicy przy raku szyjki zaznaczyć musimy przerost mięszu.

THEILHABER, badając 20 przypadków, w 12-u znalazł zgrubienie ściany, dochodzące przeciętnie do  $2\frac{1}{2}$  ctm., kiedy największa grubość macicy kobiety rodzącej wynosi najwyżej 1,6 ctm. Zmiany powyższe THEILHABER tłumaczy sobie przez istniejące jednocześnie *metritis chronica*.

Zwracam uwagę na te zmiany przerostowe dlatego, że przy opisie tkanki łącznej i gruczołów wszędzie spotykamy przerost tych narządów w sąsiedztwie raka.

Postaramy się zużytkować wiadomości anatomo-patologiczne, dotyczące się umiejscowienia pierwotnego raka w macicy, dla celów klinicznych.

W szyjce macicznej rozróżniamy raka części pochwowej i raka właściwej szyjki tak ze względu na odmienną ich budowę histologiczną, jak i ze względu na różne warunki wchłaniania w naczyniach chłonnych.

Rak części pochwowej, inaczej rak brodawkowy, jest to rak płasko-komórkowy, a rak właściwej szyjki macicznej posiada nabłonek wałeczkowaty. Komórki tego nabłonka są względnie znacznie

mniejsze od komórek nabłonka płasko-komórkowego i według CULLEN'a, LOUBARSCH'a, KURMAUNER'a i innych łatwiej przenikają w naczynia chłonne i szybciej rozsiewają się w ustroju. Raki, rozwijające się pierwotnie w głębszych i macicznej, są gorsze od tych, które usadawiają się bliżej powierzchni i wrzodzieją. One bowiem są bliżej szerokich naczyń chłonnych zewnętrznej warstwy mięsnej i dlatego szybciej rozsiewają się w organizmie. Najgorszą postacią tego raka jest tak zwany rak limfatyczny lub naciekowy, który nie zmieniając postaci szyjki i jej zewnętrznej powierzchni, zwyrodnia ją w krótkim czasie na rozległej przestrzeni.

Również złośliwe są raki usadowione na wysokości ujścia wewnętrznego, bo stąd mogą przeniknąć do organizmu tak drogą naczyń chłonnych szyjki, jak i drogą naczyń chłonnych trzonu.

Podają [BÄCKER], że raki właściwej szyjki spotykają się 10 razy częściej w okresie nie nadającym się do leczenia operacyjnego, aniżeli raki części pochwowej. Zwracamy jeszcze uwagę na to, że z samego usadowienia się raka pierwotnego szyjki nie możemy wnioskować o tem, czy on jest płasko-komórkowy, czy też o nabłonku wałczkowatym, bo tam, gdzie rak powstaje na nadżeracie (*erosio*) lub na wywinętej wardze (*ectropion*), spotkamy raka z nabłonkiem wałczkowatym w miejscu typowym dla raka płasko-komórkowego.

Również w późniejszych okresach raka nie możemy dociec, gdzie było jego pierwotne siedlisko. Z tej racji, że prawie nigdy nie mamy pewności, że dany rak ogranicza się tylko do miejsca usadowienia się pierwotnego guza, przy leczeniu operacyjnym ogólnie przyjęto za zasadę wyjmowanie całej macicy prawie przy każdym raku szyjki.

W sprawie rakowatego zajęcia przymacicza w raku macicy najważniejsze są prace: MAKENRODT'a, VEIT'a, KERMAUNER'a, BAISCH'a, PANKOW'a.

Przymacicze przedstawia się pod drobnowidzem jako tkanka posiadająca liczne luki, które możnaby nazwać pierwocinami dróg chłonnych i zawierająca gdzieś tam tak zwane węzły przymaciczne (*parametrane Knoten*), które możnaby uważać za pierwociny gruczołów limfatycznych.

Badania KÖSTER'a, THEODORA LANDAU'a i ALB'a wykazały, że elementy rakowe przenikają w te luki i węzły przymaciczne i pełzając wśród tkanki łącznej, rozmnażając się w niej, tworzą te nacieczenia rakowate, o których mówić będziemy.

Najczęściej rak szyjki macicznej przechodzi na tkankę przymaciczną bezpośrednio, szerząc się w dalszym ciągu w postaci klina zwróconego wierzchołkiem na zewnątrz i rozsuwającego blaszki więzadłowe [WINTER, KROMER].

Rzadziej się zdarza, że pierwotny rak szyjki przedstawia ognisko ograniczone, otoczone zewnątrz tkanką mięsną zdrową, a pomimo tego daje przerzuty w tkance przymaciczej, które są całkiem oddzielone od pierwotnego ogniska. Takie przerzuty niemcy nazywają: *Sprungweise Infiltration*.

Według PANKOW'a w węzłach przymacicznych często znajdujemy owe przerzuty rakowate już wówczas, gdy samo przymacieze i właściwe gruczoły są jeszcze od nich wolne.

Charakterystyczną jest rzeczą, że rak przymacicza omija zazwyczaj moczowód, odpychając go tylko na bok, wykręcając jego kierunek lub zwiężając światło. Moczowód zostaje zajęty przez tkankę nowotworową dopiero wówczas, kiedy rak przechodzi na pęcherz lub prostnicę. Przyczyna tego leży w tem, że naczynia chłonne moczowodu łączą się bezpośrednio z naczyniami chłonnymi pęcherza i gruczołów biodrowych, a nie macicy. PANKOW sądzi, że ciągły ruch moczowodu nie sprzyja także osiedlaniu się nowotworu.

Rak trzonu macicy bardzo długo ogranicza się na samym mięszu tkanki macicznej, której gruba warstwa mięśniowa wewnętrzna, będąc uboższa w naczynia chłonne, nie sprzyja jego rozwojowi; dopiero wówczas gdy on przedrze się do zewnętrznej warstwy mięśniowej, obfitującej w naczynia chłonne [łączące się z takimiż naczyniami szyjki macicznej] lub przedostanie się przez ujście wewnętrzne do szyjki macicznej, zaczyna się rozszerzać na tkankę przymaciczną.

Badania drobnowidzowe tkanki przymacicznej w raku wykazały, że więcej niż połowa przypadków raka szyjki macicznej wikła się rakiem przymacicza, a raki trzonu macicy tylko w wyjątkowych razach przechodzą na przymacieze.

KERMAUNER [klinika w Gracu] znalazł zajęcie	
tkanki przymacicznej przy raku szyjki	w 72,7% [na 33 przypadki]
KUNDRAT [klinika WERTHEIM'a] widział je	w 55% [na 80 przyp.]
BAISCH [klin. DÖDERLEIN'a] spotykał je	
przy raku części pochwowej	. . . w 33% [na 32 przyp.]
przy raku szyjki macicznej	. . . w 50% [na 58 przyp.]
PANKOW [klinika KRÖNIG'a] obserwował je	
przy raku szyjki macicznej	. . . w 68,6% [na 67 przyp.]
przy raku trzonu	. . . w 0% [na 3 przyp.]

Wszystkie powyższe badania były robione na preparatach, otrzymanych przy doszczętnych operacjach raka macicy w latach między rokiem 1901 — 1905.

Dla kliniki ważną jest rzeczą wiedzieć, w jakim okresie swego rozwoju rak macicy przechodzi na tkankę przymaciczną. Rakiem rozpoczynającym się przyjęto nazywać te przypadki, które klinicznie przedstawiają się albo w postaci nadżerki, lub też w kształcie ściśle ograniczonego guzika; wielkości orzecha włoskiego [lub jaja gołębiego—FRANQUÉ], zajmującego tylko jedną wargę części pochwowej.

KUNDRAT przytacza 4 przypadki rozpoczynającego się raka szyjki, w których stwierdził drobnowidzowo przejście nowotworu na tkankę przymaciczną.

BAISCH badał 4 przypadki rozpoczynającego się raka części pochwowej i 12 przypadków rozpoczynającego się raka szyjki macicznej, i w żadnym z nich nie znalazł nowotworu w tkance przymaciczej.

PANKOW opisuje 7 przypadków rozpoczynającego się raka szyjki macicznej i w dwóch z pośród nich znajduje nowotwór w tkance przymaciczej.

Te badania świadczą, że rozpoczynający się rak szyjki macicznej tylko w mniejszości wypadków wikła się zajęciem przez nowotwór tkanki przymaciczej.

Do leczenia raka jest rzeczą niezbędną rozpoznanie kliniczne zapomocą dwuręcznego badania, czy zajęta jest tkanka przymaciczna przez nowotwór. Rozpoznanie to niezawsze jest możliwe, jak to zobaczymy z zestawienia wyników badania klinicznego chorych z rezultatami badań drobnowidzowych preparatów, otrzymanych po doszczętnych operacjach.

KERMAUNER podaje, że z pośród 35-u przypadków zrobiono klinicznie błędne rozpoznanie w 15-u przypadkach.

KUNDRAT przytacza, że z pośród 80-u przypadków błędnie rozpoznano klinicznie raka w przymaciczu w 11-u przypadkach, w których drobnowidz nie wykrył go na preparatach i — odwrotnie, błędnie uznano klinicznie przymacicza za wolne od raka w 18-u przypadkach, w których drobnowidz wykrył go na preparatach, t. j. ogółem zrobiono klinicznie błędne rozpoznanie w 29-u przypadkach, czyli w 36%.

BAISCH twierdzi, że w przytoczonych wyżej przypadkach rozpoznano klinicznie raka w przymaciczu tylko w 36%, t. j. w wielu razach nie rozpoznano go wcale.

PANKOW oblicza błędy kliniczne w rozpoznaniu raka przymacicza w swoich przypadkach na 20,9%.

Tenże PANKOW opisuje 3 przypadki, w których przymacicza doznały tak rozległego nacieczenia, że macica była mało ruchoma lub całkiem nieruchoma, a badania drobnowidzowe nie wykryły żadnych zmian nowotworowych.

Uogólniając te wyniki, możemy powiedzieć, że rozpoznanie zajęcia przymacicza przez nowotwór obok raka szyjki jest w trzeciej części przypadków błędne.

Słuszne jest zdanie WERTHEIM'a, że w przymaciczu uznanem klinicznie za miękkie i podatne, drobnowidz nieraz wykrywa ogniska rakowate, których palec wyczuć nie mógł i że nacieki przymacicza obok raka szyjki nie świadczą jeszcze o zajęciu jego przez sprawę nowotworową. Owe zgrubienia więzadeł niezawsze można objaśnić bliznowatymi zmianami po dawnych sprawach zapalnych. W tych razach, w których na nie powołać się nie można i w których drobnowidz ich nie wykazuje, rozmaici autorowie dają najróżnorodniejsze tłumaczenia.

KUNDRAT spostrzegł w zgrubiałych przymaciczach naczynia zatkałe przez skrzepy lub przez wybujaly nabłonek błony wewnętrznej i twierdzi, że szereg takich naczyń może przy klinicznym badaniu przedstawiać się jako pasmo zgrubiałe. Przyczynę tych zmian upatruje w zmienionych warunkach krążenia krwi, a owo zatkanie naczyń sąsiadujących z rakiem uważa za tamę,

niejako za samoochronę przeciwko przeniknięciu elementów raka do krwi obiegu.

WERTHEIM tłumaczył owe zgrubienia obrzękiem, spowodowanym przez zastój wywołany nieprawidłowym krwi obiegiem w sąsiedztwie raka.

PANKOW widział w 2-ch przypadkach, że zgrubiała szyjka rakowata wpukła się w przymacicze i rozszczepia listki więzadłowe, wywołując przez to nacieczenie drobnokomórkowe przymacicza, które klinicznie przedstawia się jako pasmo zgrubiałe.

W celu rozpoznania nacieków rakowatych w przymaciczu w pobliżu pęcherza i moczowodów, ewentualnie zajęcia tych narządów przez nowotwór, w nowszych czasach zaczęli posilkować się cystoskopią. Te badania nie dają nam pewnych dowodów istnienia raka w tych narządach, a zwłaszcza w przymaciczu.

Przy stwardnieniach otaczających pęcherz i moczowód, jeżeli one są w bardzo blizkim sąsiedztwie tych narządów, widzimy przez cystoskop w pęcherzu na błonie śluzowej rozszerzone i silnie nastrzyknięte naczynia, krwawe podbiegnięcia, obrzęki w postaci pęcherzy, jako dowody zastój żylnej; spostrzegamy fałdy poprzeczne przy nabrzmiewaniu szyjki macicznej i przemieszczenie ujścia moczowodu przy skrzywieniu jego kierunku przez stwardnienia przymaciczne; widzimy zmniejszenie lub zwolnienie strumienia moczu, spływającego z moczowodu do pęcherza przy zaciśnięciu światła moczowodu. Te wszystkie zmiany bywają przy wszelkiego rodzaju stwardnieniach, otaczających pęcherz i bynajmniej nie dowodzą ich rakowatego pochodzenia. Jedyne brodawkowate wyrosła w pęcherzu albo twarde guziki lub owrzodzenia i przetoki w sąsiedztwie takich nacieków, są niezbitym dowodem zajęcia pęcherza przez nowotwór; ale objawy te występują zazwyczaj w tak późnych okresach, że rozpoznani ich mało nam przynosi korzyści w celach leczniczych. Według ZANGEMEISTER'a i PANKOW'a, ściana pęcherza ulega zwyrodnieniu rakowatemu w dość późnym okresie rozwoju raka, a jeszcze więcej odpornym jest pod tym względem moczowód, który bardzo rzadko ulega temu zwyrodnieniu nawet wówczas, kiedy nacieczenie rakowate przylega do niego.

Opisując przymacicze, zaznaczyliśmy, że przy raku szyjki niezawsze ono jest wolne od raka nawet we wczesnym okresie jego rozwoju i że rozpoznanie kliniczne zajęcia przez nowotwór przymacicza nigdy z całą dokładnością nie może być postawione.

Wobec tego przy leczeniu operacyjnym wszyscy operatorowie zgadzają się na jedno, żeby przy raku szyjki usuwać macicę wraz z tkanką przymaciczną na możliwie szerokiej przestrzeni.

Co do rozległości usuwania tkanki macicznej istnieją rozmaite zdania. Nie wielu jest takich operatorów, którzy stawiają sobie za ideał prawie całkowite wygarnięcie (*Ausräumung*) miednicy. Na czele ich stoi MACKENRODT, który żąda:

- 1) usunięcia macicy wraz z więzami, aż do powięzi miednicowej;
- 2) usunięcia górnej połowy pochwy z tkanką przypochwową, *plexus venosus utero-vaginalis* i *vesico-vaginalis*;

- 3) usunięcia *fasciae rectovaginalis*;
- 4) wyjęcia wszystkich gruczołów z obydwóch dołów biodrowych razem z tkanką łączną ich otaczającą;
- 5) wrażliwość, wycięcia kawałka pęcherza i moczowodu.

Większość operujących poprzestaje na wycięciu macicy wraz z przymaciczem możliwie daleko od jej boku [o gruczołach pomówimy poniżej].

To ograniczenie może być słuszne wobec wielu spostrzeżeń, że rak w przymaciczu najczęściej rozpościera się do moczowodu i bardzo rzadko przechodzi po za jego granicę. PANKOW przy dość bogatym materiale klinicznym ani razu nie spotykał zajęcia przymacicza przez raka na zewnątrz od moczowodu, a na cztery powiększone gruczoły, wyjęte z miejsca skrzyżowania moczowodu z tętnicą maciczną, tylko w jednym gruczole znalazł raka [na 71 przyp.].

Najważniejsze badania nad przebiegiem naczyń chłonnych, wychodzących z narządów rodnych kobiety, zrobili w ostatnich dziesięciu latach: SAPEY, POIRIER, BRUHNS, PEISER i KRÖMER, którzy przez wstrzykiwania żywego srebra i błękitu pruskiego określili kierunek głównych dróg chłonnych. Wyniki tych badań są następujące: W naczyniach tych rozróżniamy 3 różne drogi, które bądź co bądź niejednokrotnie łączą się z sobą. Pierwsza droga z narządów rodnych zewnętrznych i dolnej części pochwy idzie ku pachwinie. Druga droga z górnej części pochwy i szyjki w postaci 5-u do 6-u pni z każdego boku przechodzi przez gruczoł, leżący w przymaciczu około skrzyżowania moczowodu z tętnicą maciczną, i ciągnie się dalej ku gruczołom, leżącym wzdłuż tętnicy biodrowej, podbrzusznej i zasłonowej (*art. obturatoria*), a ku górze biegnie wzdłuż *art. iliaca communis* do gruczołów dolnych lędźwiowych, leżących przy rozdziale aorty. Jako poboczną drogę z tej samej okolicy opisują dwa pnie [po jednym z każdej strony], idące od tylnej ściany pochwy i szyjki macicznej przez *ligamenta sacro-uterina* ku tylnej ścianie miednicy, gdzie idąc wzdłuż dwóch boków prostnicy kończą się w gruczołach krzyżowych, które leżą na pierwszym i drugim kręgu krzyżowym. Gruczoły te mają połączenia z gruczołami biodrowymi, wyżej opisanymi. Trzecia droga, wychodząca z trzonu macicy, łączy się z drogami, idącymi z jajnika i jajowodu i przechodzi w postaci mniej więcej 2-ch pni z każdej strony, idzie na zewnątrz od wielkich naczyń i kończy się w gruczołach, położonych przy aoreie i żyły głównej nieco poniżej tętnic nerkowych.

Poboczna droga z trzonu macicy idzie przez *lig. rotundum* do gruczołów pachwinowych powierzchownych. Badania drobnowidzowe gruczołów, wyjętych przy doszczętnych operacjach raka macicy, wykazały, że przy raku szyjki macicznej gruczoły są zajęte przez nowotwór przeciętnie [w  $\frac{1}{3}$  części] w 33% przypadków, operowanych, a przy raku trzonu macicy przeciętnie zaledwie w kilku %.

KERMAUNER widział	zajęte gruczoły	. w 57,5% [na 33 przypadki]
WERTHEIM spotykał je	. . . . .	. w 35% [na 140 przyp.]

DÖDERLEIN obserwował je . . . . w 28,8% [na 115 przyp.]  
 z tego przy raku trzonu . . . . w 9% [na 23 przyp.]  
 przy raku szyjki . . . . w 29% [na 92 przyp.]

PANKOW znalazł zajęcie gruczołów:

przy raku trzonu . . . . w 0% [na 3 przyp.]  
 przy raku szyjki . . . . w 28,2% [na 71 przyp.]

Tak samo wykazują p o ś m i e r t n e badania drobnowidzowe gruczołów u osób zmarłych wkrótce po operacjach raka macicy [brzusznym lub pochwowym].

Z pośród 35-u przypadków, zebranych z klinik SCHAUTA, OLSHAUSEN'a [opisał OEHLCKER] i DÖDERLEIN'a [opisał BAISCH], w 11-u spostrzegano przerzuty w gruczołach, a więc w 31%.

SCHAUTA robił badania anatomo - patologiczne nad gruczołami u 50-u zmarłych na raka macicy i znalazł zajęcie gruczołów przez raka w 32-ch przypadkach, a więc 64%. Przypadki te należy zaliczyć do najpóźniejszego okresu w rozwoju raka (*Endstadium des Carcinoms*) i dlatego ta odsetka jest tak duża; charakterystyczną przytem jest rzeczą, że nawet w końcowym okresie raka macicy gruczoły niezawsze są zajęte przez raka.

O szerzeniu się raka wogóle w gruczołach GUSSENBAUER w r. 1881 wypowiedział zdanie, że zajęcie gruczołów w raku idzie równolegle z wzrostem pierwotnego guza. To zdanie, jakkolwiek stwierdzone w wielu przypadkach, nie da się całkowicie zastosować do raka macicy. Spostrzeżenia CULLEN'a, BROESE'go, GELHORN'a, WERTHEIM'a i KRÖMER'a przeczają temu.

W przypadkach CULLEN'a rak w postaci olbrzymiego krateru z macicą nieruchomą, jakby wmurowaną w małej miednicy nie dał żadnych przerzutów do gruczołów.

W przypadkach KRÖMER'a olbrzymie raki części pochwowej nie dawały przerzutów do gruczołów, jak się okazało przy doszczętnych operacjach i przy autopsyi. Obecnie więc możemy uważać za miarodajne zdanie WERTHEIM'a, że olbrzymi rozrost pierwotnego raka macicy nie daje nam jeszcze absolutnej pewności co do zajęcia gruczołów przez nowotwór, jak również rozpoczynający się rak macicy nie wyklucza nowotworowego zajęcia gruczołów.

Celem oznaczenia choć w przybliżeniu w jakim okresie swojego rozwoju rak macicy przenosi się na gruczoły, bierzemy pod uwagę:

- 1) czy spotykamy zajęte gruczoły przy rozpoczynającym się zaledwie raku,
- 2) czy widzimy nowotwór w gruczołach w tych razach, kiedy przymacicza są jeszcze całkiem wolne.

Zmiany nowotworowe w gruczołach przy rozpoczynającym się raku spotykali KUNDRAT 2 razy, KERMAUNER 2 razy na 5 przypadków, PANKOW 1 raz na 7 przypadków.

Stosunek zajęcia gruczołów przez nowotwór do zmian nowotworowych w przymaciczu przedstawia się jak następuje:



Według KERMAUNER'a gruczoły są zajęte:

przy niezajętym przymaciczu . . . w 12% [na 33 przyp.]

przy zajętym przymaciczu . . . w 40% [na 33 przyp.]

Według KUNDRAT'a:

przy niezajętym przymaciczu . . . w 11% [na 36 przyp.]

przy zajętym przymaciczu . . . w 59% [na 44 przyp.]

Według BAISCH'a:

przy niezajętym klinicznie przymaciczu . . . w 16% [na 72 przyp.]

przy zajętym klinicznie przymaciczu . . . w 50% [na 41 przyp.]

Według PANKOW'a:

przy niezajętym klinicznie przymaciczu . . . w 22% [na 18 przyp.]

przy zajętym klinicznie przymaciczu . . . w 33% [na 48 przyp.]

Stosunek wyników klinicznego badania do wyników badania drobnowidzowego wyjaśnia się ze zestawienia poprzednich liczb z następującymi, podanymi przez tegoż PANKOW'a.

Przy niezajętym drobnowidzowo przymaciczu w 19,5% [na 21 przyp.]

Przy zajętym drobnowidzowo przymaciczu w 35% [na 45 przyp.]

Według KRÖMER'a [klinika PFANNENSTIEL'a] przy zajętym przymaciczu do 45%.

Uogólniając wyniki powyższych spostrzeżeń, wnioskujemy: 1) że przy rozpoznającym się raku spotykamy zajęcie gruczołów bardzo rzadko; 2) że zmiany nowotworowe w gruczołach spotykamy przy niezajętym przymaciczu w 15% [według WINTER'a 20%], przy zajętym przymaciczu w 45% [według WINTER'a 50%].

Rozpoznanie kliniczne zmian nowotworowych w gruczołach ogranicza się tylko na wymacaniu powiększonych gruczołów, leżących wzdłuż tętnicy biodrowej i podbrzuszej, najczęściej w uspieniu chloroformowym chorej. Z takiego badania nie możemy jednak powziąć stanowczego sądu o stanie gruczołów, bo wymacywanie drobnych guzków, leżących w małej miednicy w takiej głębi, nie może być nigdy dokładne i w rzeczywistości daje nam tylko pojęcie o powiększeniu gruczołów, a nie o zajęciu ich przez sprawę nowotworową. Owo powiększenie gruczołów nie zawsze jest równoznaczne z zajęciem ich przez nowotwór. PANKOW znalazł przy operacjach powiększone gruczoły w 53,5% [na 71 przyp.]. Z pośród tych powiększonych 47,4% [t. j. prawie połowa] było wolnych od raka, a 52,6% było rakowato zwyrodniałych [t. j. 28,2% na 71 przyp.]. Na podstawie najnowszych badań anatomo-patologicznych w raku macicy VINAY, a za nim KRÖMER dzielą te zmiany na 3 grupy:

1) *Adénopathie cancéreuse proprement dite*, t. j. właściwe zajęcie gruczołów przez raka.

2) *Adénopathie inflammatoire précancéreuse* — według KRÖMER'a *hypertrophie*; jest to miękki przerost gruczołów, który zachowując swoją normalną budowę histologiczną, powiększa się tak znacznie, że z małego ziarna staje się guzikiem na 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ctm. długim, na 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> ctm. szerokim i grubym. Ten

przerost bywa w raku macicy niezależnie od tego, czy on jest owrzodzony lub nie i zazwyczaj poprzedza właściwe zajęcie gruczołów przez raka.

KRÖMER upatruje w nim samoobronę organizmu przed szerzeniem się raka w jego wstępnym okresie.

3) *Adénopathie inflammatoire ulcéralive* — według KRÖMER'a *Secundärintection vom ulcerirten Primärtumor*; jest to zapalenie gruczołu zakaźne, które bywa tylko przy wrzodziejących rakach i jest wywołane przez drobnoustroje.

Powiększenie gruczołów jest więc wspólną cechą wszystkich trzech grup, a jedyną najtwardszą i najcharakterystyczniejszą oznaką gruczołów rakowatych jest ich twardość, co rozpoznać przy badaniu klinicznym jest rzeczą niemożliwą.

Rak z macicy może się przedostać do obiegu krwi tak drogą naczyń chłonnych, jak i włosowatych, niekiedy zaś przeżerając ścianę żyły, i wówczas daje przerzuty w najrozmaitszych narządach.

WINTER między 202 przypadkami nawrotów raka po 351 operacjach (*exstirpatio uteri vaginalis* i *amputatio colli uteri*) znalazł 9 przerzutów w jajniku, żołądku, płucach, wątrobie i kościach, t. j. w 2,5%. U 44-ch chorych, którzy umarli po *exstirpatio uteri*, a były operowane we wczesnym okresie raka, nie znalazł ani jednego przerzutu.

Pooperacyjne rozsiewanie się raka w narządach oddalonych przez obieg krwi ogólny przyjęto za radą KÖNIG'a nazywać nawrotami przerzutowymi, a pooperacyjne szerzenie się raka przez naczynia chłonne i gruczoły nawrotami limfatycznogruczowymi.

Kiedy mowa o nawrotach pooperacyjnych, to wspomniemy nawiasem, że KÖNIG odróżnia jeszcze 2 rodzaje nawrotów:

Nawroty miejscowe, powstające wskutek rozwijania się zarodków raka w ranie pooperacyjnej, które są względnie najczęstsze, bo stanowią około 80% wszelkich rodzajów nawrotów według WINTER'a [na 58 przyp.] i według PFANNENSTIEL'a [na 30 przyp.].

Nawroty z przeszczepiania, które pojawiają się wskutek przeniesienia zarodków raka na świeżą ranę. Nawroty z przeszczepienia są bardzo rzadkie i bywają przeważnie przy operacji raka [WINTER]. Szczegółowsze omówienie ich odkładamy do działu, rozpatrującego metody operacyjne.

[D. n.]

## II. Terapia pneumatyczna.

Napisał

Dr Stanisław Bzura [Jablouna].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 18].

Pierwszem więc wskazaniem do stosowania przyrządów jest ogólne osłabienie narządów oddechowych, a mianowicie tam, gdzie niema żadnej określonej sprawy chorobowej: u osobników z długą, wąską t. zw. paralityczną klatką piersiową, przy patologicznej budowie klatki piersiowej (*scoliosis*), u ludzi, którzy przy pewnym trybie życia rzadko oddychają głęboko, wreszcie tam, gdzie dzięki niedostatecznemu odżywianiu, chorobowym zmianom we krwi, jak to często bywa u niedokrwistych i chlorotycznych chorych, oddech jest krótki i powierzchowny.

W takich stanach, według SCHNITZLER'a <sup>1)</sup>, stosować należy do wdychania ściśnione powietrze o nadmiarze  $\frac{1}{50}$  ciśnienia atmosfery [40—50 ruchów oddechowych], a po kilkuminutowej pauzie — wydech w rozrzedzone powietrze, początkowo przy rozrzedzeniu o  $\frac{1}{100}$ , przechodząc stopniowo do rozrzedzenia o  $\frac{1}{25}$  atmosfery [15 — 30 w ogóle ruchów wydechowych]. Takie zmiany wdechu powietrzem ściśnionem na wydech w powietrze rozrzedzone SCHNITZLER zaleca powtarzać 2 — 4 razy.

Wdychanie ściśnionego powietrza powoduje nie tylko zwiększenie ruchliwości klatki piersiowej, ale zmienia i jej postać. SCHNITZLER cytuje wiele przypadków, w których obwód klatki piersiowej po 4-ch—6-u tygodniach leczenia zwiększył się o 1 — 3 cm., a życiowa pojemność płuc o 500 — 1000 cm<sup>3</sup>. Przy nacieczeniu szczytów, gdy wskutek malej ich czynności słychać było cichy nieokreślony albo oskrzelowy szmer oddechowy, po paru tygodniach wdychania ściśnionego powietrza WALDENBURG <sup>2)</sup> zawsze osiągał szmer oddechowy pęcherzykowy. Tam, gdzie wskutek zrostów opłucnej nastąpiło stłumienie odgłosu opukowego, oraz wystąpił nieokreślony albo głuchy szmer oddechowy pęcherzykowy wraz ze zmianami postaci klatki piersiowej wskutek jej ucisku, tam po kilkotygodniowym stosowaniu ściśnionego powietrza otrzymywano przy opukiwaniu czysty dźwięk, a przy wysłuchiwaniu wyraźny pęcherzykowy szmer oddechowy.

<sup>1)</sup> SCHNITZLER. Wiener Klinik. 1875. Zesz. 6.

<sup>2)</sup> LAZARUS. Pneumatotherapie. Berlin. 1898.

Drugim wskazaniem do stosowania ścieśnionego powietrza jest przewlekły nieżyt oskrzeli [o ile chodzi o łatwiejsze odwietrzanie oskrzeli]. Obrzmiała ich błona śluzowa utrudnia dostawanie się do głębszych dróg oddechowych powietrza. Przy wdechu mięśnie pomocnicze oddechowe są jeszcze w stanie podolać przeszkody, przeciwnie zaś przy wydechu czynniki wydechowe nie są już w stanie ich pokonać, czego następstwem, jak to się często daje zauważyć, jest rozedma płucna. W takich sprawach wybitne działanie lecznicze wywierają środki pneumatyczne, jako ułatwiające wydech.

Szczególniej w przewlekłych nieżytach oskrzeli, połączonych z ciężką dusznością, męczącym kaszlem, obfitą wydzieliną, wdychanie ścieśnionego powietrza sprawia zmniejszenie przekrwienia błony śluzowej, opróżnienie nadmiernie napełnionych pęcherzyków płucnych; następstwem tego jest polepszenie stanu kataralnego i zmniejszenie kaszlu.

Jedni zalecają wydech w rozrzedzone powietrze [SCHNITZLER], inni wdech powietrzem zcieśnionem [50 — 150 wdechów na jednym posiedzeniu przy nadmiarze ciśnienia o  $\frac{1}{100}$  atmosfery]. W niektórych razach v. CUBE zaleca przepuszczać ścieśnione powietrze przez fiolkę WULFF'a, napełnioną wodą z olejkami sosnowym, terpentynowym albo kwasem karbolowym.

Dalszem wskazaniem do stosowania przyrządów pneumatycznych jest okres zdrowienia po zapaleniu opłucnej i ostrem zapaleniu płuc, przewlekłe nacieczenie tkanki płucnej (*phthisis*), zwężenia, umiejscowione w krtani lub górnym odcinku tchawicy. Wreszcie F. A. HOFFMAN gorąco zaleca wdychanie ścieśnionego powietrza we wczesnych zmianach chorobowych zastawki dwudzielnej serca. ROSENSTEIN utrzymuje, że wdychanie ścieśnionego powietrza z przyrządu WALDENBURG'a ustępuje działaniu naparstnicy tylko pod tym względem, że działa krócej. HOFFMAN objaśnia działanie ścieśnionego powietrza w ten sposób: ścieśnione powietrze wywołuje bezkrwistość płuc, przez co zmniejsza się przyływ krwi do lewego serca, a zarazem utrudnionym się staje odpływ krwi z prawego serca. Przez zmniejszenie się dopływu i odpływu krwi do lewego serca ułatwia się praca lewego serca. Przyjmując pod uwagę, że zastój w małym obiegu krwi zależy od osłabionej czynności lewego serca przy zupełnie dobrej sprawności prawego serca, stanie się wyraźną korzyść wdychania ścieśnionego powietrza przy wadach zastawki dwudzielnej, połączonych z zastojem krwi w naczyniach płucnych.

Przy zalecaniu leczenia pneumatycznego należy mieć na uwadze, że zbyt forsowne oddychanie może wywołać krwawienie z błony śluzowej, podrażnienie świeżo zabliznionych ognisk, że stwardniałe ściany naczyń mogą pękać, zwyrodniały mięsień sercowy przez zmianę ciśnienia w kierunku dodatnim albo ujemnym może być narażony na poważne dla zdrowia niebezpieczeństwa.

Wskazania lecznicze do stosowania kamery pneumatycznej obejmują prawie tę samą grupę chorób, jaka wymieniona była wyżej przy stosowaniu przyrządów pneumatycznych.

Nie ulega kwestyi, że jeżeli przy pewnym stanie chorobowym ten sam wynik może być osiągnięty zapomocą obydwóch metod, pierwszeństwo stanowczo należy oddać kamerze. Już choćby ta okoliczność, że kamera może być

stosowana bez czynnego udziału ze strony chorego, że dawkowanie środka może być ściślej, że zwiększanie ciśnienia powietrza odbywa się w kamerze powolniej i łagodniej, przemawia na korzyść kamery.

Jeżeli przyrządy pneumatyczne narażają czasem, jak mówi LAZARUS, na zawód, to zarzutu tego zrobić kamerze w żadnym razie nie można. Z innej znów strony przyrządy pneumatyczne, dzięki swojej taniości i łatwości przenoszenia, są dostępnejsze dla szerszego koła chorych, niż kamera.

Kamera pneumatyczna stosowana bywa: w zapaleniu opłucnej, niedodmie, przewlekłym nacieczeniu płuc, przewlekłym nieżytku oskrzeli [astmatyczny nieżyt], następnych zaburzeniach w obiegu krwi, nie połączonych z chorobą organiczną serca, przy pewnych zbroczeniach odżywczych [blednica i niedokrwistość]. W zapaleniu opłucnej najlepiej jest stosować kamerę pneumatyczną wtedy, kiedy już rozpoczęło się wessanie surowiczego, a rozprostowanie uciskanych płuc odbywa się zbyt powoli. W takich razach, jak utrzymuje ARON <sup>1)</sup>, kamera pneumatyczna jest środkiem nieodzownym. Kamera działa jeszcze skuteczniej w przypadkach, w których chodzi o usunięcie drogą mechaniczną zrostów opłucnej.

Przy przewlekłym nacieczeniu i niedodmie, o ile niema widoku na stopniowe rozciągnięcie się wolnej od powietrza tkanki płucnej, należy stosować kamerę wobec ognisk zapalnych, jakie pozostają po wielu chorobach płucnych (*bronch. capillaris, pneum. catarrhalis, pleuritis*). W wypadkach tych ani leki wykrztuśne, ani środki zewnętrzne odciągające nie wywierają najmniejszego wpływu. Chorzy uważają się za zupełnie wyleczonych, nie gorączkują, nie kaszlą, nie czują najmniejszego bólu w płucach. W tych razach BURROW <sup>2)</sup> stosuje zawsze z dobrym skutkiem 2 — 3 razy dziennie głęboki oddech po 5 minut.

Kamera pneumatyczna na przewlekłe nieżytki błony śluzowej oskrzeli jest środkiem, jak utrzymuje LAZARUS, najlepszym z obecnie używanych w lecznictwie, szczególnie u chorych, u których jeszcze nie rozwinęło się, albo rozwinęło się nieznacznie następne powiększenie objętości płuc (*volumen pulmonum auctum*); w przeciwnym razie rozprostowanie płuc zapomocą kamery pneumatycznej może spowodować nadmierne ich rozdęcie.

LAZARUS zaleca stosowanie kamery pneumatycznej przeciwko zaburzeniom w małym obiegu krwi, które powodują rozszerzenie prawej komory.

Należy tu nadmienić, że do dziedziny terapii pneumatycznej należą t. zw. nieżytki zastoinowe w oskrzelach, pochodzące z przewlekłej niedomogi mięśnia sercowego.

Oczywiście nie można przypuszczać, aby zwyrodnienie mięśnia sercowego, powstałe wskutek zmian w naczyniach i złego odżywiania [miażdżycy tętnic wieńcowych], mogło wrócić do normy. Po usunięciu zmian następnych, a mianowicie, jak w danym wypadku, nieżytku oskrzeli, tak, jak w każdym in-

<sup>1)</sup> ARON. Nachbehandlung d. Pleuritis. Therap. Monatshefte. 1898. IX.

<sup>2)</sup> Praktyczeskaja medicyna. N. 25. 1901.

nym zabiegu objawowym, przynajmniej może być wstrzymany dalszy wpływ czynnika chorobowego.

Przeciwno blednicy i niedokrwistości LAZARUS na zasadzie swego długoletniego doświadczenia gorąco zaleca stosowanie kamery pneumatycznej, pomimo to, że teoretycznie objaśnić sobie tego nie może.

Sądzę, że stosowanie ścieśnionego powietrza jest wskazane choćby już dlatego, że u ludzi niedokrwistych, a tem samem posiadających mniejszą ilość hemoglobiny, odtlenianie jej przez tkanki ustroju jest zupełniejsze, niż normalnie [KREHL]. Chorzy tacy zwykle oddychają prędeziej i głębiej, obieg krwi mają przyspieszony. Tylko przez wzmożony dopływ krwi do płuc, przez pogłębienie oddechu i zwiększone wskutek tego ciśnienie tlenu w pęcherzykach, w tkankach sprawa utleniania może być wystarczającą.

Podczas blednicy ścieśnione powietrze pobudza łaknienie, czego nigdy nie daje żelazo.

W bladacze wielu autorów uważa za pewnik zmniejszenie śledziony i liczby białych ciałek krwi.

Na koklusz, jak utrzymywał SANDAHL, nie ma środka lepszego, niż kamera pneumatyczna. W każdym poszczególnym przypadku stosował on kamerę nie dłużej nad 3 tygodnie, często wystarczało 9 — 10 posiedzeń do zupełnego usunięcia choroby. BRODOWSKI <sup>1)</sup> w swojej broszurce zaznacza, że obserwował kilkadziesiąt przypadków koklusu w rozmaitych okresach i wnioskuje, że w pierwszym kataralnym okresie ścieśnione powietrze, niszcząc zapalenie oskrzeli, nie dało się rozwinąć okresowi nerwowemu, a tem samem chorzy uniknęli męczących cierpień. Ścieśnione powietrze, użyte nawet w drugim okresie koklusu, łagodzi napady męczącego kaszlu i znacznie skraca ten okres. Autor przytacza przebieg koklusu u pięciu chorych, u których wystarczało kilku do kilkunastu posiedzeń do usunięcia choroby.

Z nowszych autorów ROCAZ i DELMAS [z Bordeaux <sup>2)</sup>] stosowali w koklusu powietrze ścieśnione u 50-u chorych, przeważnie w początkowych okresach choroby. Dzieci codziennie dostawały wannę ze ścieśnionego powietrza przy ciśnieniu 10—40 ctm. rtęci i siedziały w niej 1—2 godzin. Wszystkie prędko wyzdrowiały, większość nawet wcześniej, niż przez miesiąc. Częstość i siła napadu kaszlu zmniejszyły się już w początkach leczenia. Stan ogólny chorych również polepszył się bardzo prędko; gorączka, wymioty i inne objawy chorobowe zniknęły już po kilku wannach. Żadnych powikłań nie było. Autorzy są zdania, że ścieśnione powietrze działa uspakajająco na układ nerwowy [tlen], zmniejsza wydzielinę oskrzelową, a szczególnie wzmacnia sprawę utleniania we krwi.

Wreszcie ścieśnione powietrze zalecane bywa w przewlekłych katarach górnych odcinków dróg oddechowych, a mianowicie: nosa, gardzieli i krtani

<sup>1)</sup> WINCENTY BRODOWSKI. Działanie ścieśnionego powietrza na organizm. Warszawa. 1874.

<sup>2)</sup> Referat na 13-ym Kongresie lekarskim.

[LIEBIG]. SANDAHL w swojej statystyce z lat 6-u podaje we wspomnianych chorobach 73,5% wyleczeń, lub polepszeń. W przewlekłych katarach krtani z objawami chrypki podaje on 72,6% wyleczeń. Pierwszy przypadek był opisany przez TABARIÉ, który wyleczył ścieśnionem powietrzem w r. 1839, znane-go matematyka FRANCOEUR'a z silnej, bo połączonej z zupełną utratą głosu, chrypki.

Przy osłabieniu słuchu wskutek kataru trąbek słuchowych lub jamy bębnowej niektórzy autorowie w przypadkach pojedynczych obserwowali po kilku posiedzeniach zupełne wyleczenie lub znaczną poprawę [LANGE, VIVENOT, LEWINSTEIN]. W czasach ostatnich HOVENT z Brukselli z powodu wspomnianego cierpienia leczył chorych powietrzem ścieśnionem; w bardzo wielu razach otrzymywał dobre wyniki, częściej u dzieci i osób dorosłych, niż u starszych.

Jako przeciwwskazanie do stosowania ścieśnionego powietrza uważane są:

1) Choroby ostre, a szczególnie połączone z gorączką [LAZARUS], jakkolwiek LIEBIG ciepłotę w granicach 38° — 39° nie uważa za przeciwwskazanie.

2) Utrata elastyczności klatki piersiowej wskutek skostnienia chrząstek żebrowych. Utracie elastyczności ścianek klatki piersiowej towarzyszy często *volumen pulmonum auctum*, przewlekłe zapalenie oskrzeli, utrata elastyczności ścian brzusznych wskutek nadmiernego rozwoju pokładu tłuszczowego. W takich razach nie stosuje się kamery pneumatycznej pomimo przewlekłego zapalenia oskrzeli, gdyż ścieśnione powietrze, które w takich warunkach działa głównie na wewnętrzną powierzchnię płuc, może wywołać uraz tkanki płucnej.

3) Zaleca się pewną ostrożność u chorych z wyraźną miażdżycą tętnic, w tętniakach i niewyrównanych wadach zastawek [wyrównane wady serca nie są przeciwwskazaniem]. Należy u takich chorych stosować mniejsze ciśnienie i stopniowo przechodzić do większych.

4) Przy skłonności do krwioplucia ścieśnione powietrze zalecane bywa przez niektórych autorów [ROSSBACH]. LAZARUS jest wręcz przeciwnego zdania. „Zauważyłem — mówi on —, że nawet tam, gdzie badanie obiektywne nie wykryło żadnych objawów świeżych spraw chorobowych i ostatnie krwioplucie było bardzo dawno [lat 16], gdzie wskazaniem do stosowania kamery był nieżyty niegruźliczy górnych części płuc, — po kilku posiedzeniach w ścieśnionem powietrzu zaczynało się lekkie krwioplucie.

5) Jakkolwiek w niektórych przypadkach nieżyty gruźliczego płuc zalecane bywa powietrze ścieśnione [francuscy lekarze], a mianowicie, gdzie chodzi o wydalenie zbytnio nagromadzonej gęstej wydzieliny płucnej i usunięcie tą drogą duszności lub o poprawę łaknienia, to jednak pod żadnym pozorem nie należy stosować ścieśnionego powietrza w przypadkach, w których zaczyna lub już zaczęła się sprawa rozpadowa. Wogóle w suchotach płucnych ścieśnione powietrze powinno być stosowane z wielką oględnością, gdyż, wywołując przez wysiłony oddech uraz tkanki płucnej, może być przyczyną samozakażenia. Wy-

dzielina płucna, zawierająca laseczniki, przenosi się z prądem powietrza wgląd płuc; produkty rozpadu, działając chemicznie na tkanki, powodują uszkodzenia na błonie śluzowej, wskutek czego lasecznik gruźliczy znajduje grunt odpowiedni do rozwoju. Ścieśnione powietrze nadto stoi na przeszkodzie do otorbienia się i zablźnienia ogniska gruźliczego.

[D. n.].

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

132. G. Burckhard. O wpływie promieni Röntgen'a na ustrój zwierzęcy, a w szczególności na ciążę.

Zatrzymawszy się dłużej nad stosowaniem promieni R. w lecznictwie obecnej doby, oraz nad ich wpływem na ustrój zwierzęcy, BURCKHARD podaje bardzo ciekawe doświadczenia własne i innych autorów nad wpływem promieni R. na ciążę u zwierząt. Między innymi, ALBERS-SCHOENBERG zauważył że u królików i morskich świnek po działaniu promieni R. na brzuch zapłodnienie nie dochodzi do skutku, zwierzęta same jednak nie tracą przytem ani zdrowia, ani popędu płciowego, ani zdolności parzenia się.

Badania histologiczne narządów płciowych tych zwierząt wykazywały zawsze przedewszystkiem nekrospermie, po której dopiero następowała azospermia, lecz nie mniej niż po 377-u minutnych od czasu prześwietlenia. B. użył do swych doświadczeń białych myszy, jako najlepiej nadających się do kontrolowania sprawy zapłodnienia. Obserwując je, B. zauważył, że brzegi pochwy, które w zwykłych warunkach są sklezione, podczas cieczi znacznie obrzmiewają, czerwienią się i pochwa rozwiera się. Jeżeli nastąpiło sparzenie się, to w pochwie formuje się czop z zakrzepniętej wydzieliny pęcherzyka nasiennego. Czop taki pozostaje zwykle w pochwie przez dobę i przez ten czas następuje zapłodnienie [SOBOTTA]. Do doświadczeń użyto większej liczby samiczek z objawami cieczi i po uprzednim sparzeniu.

Myszy były umieszczone w drewnianej klatce i znajdowały się w odległości 10—15 ctm. od katody; prześwietlanie było robione codziennie przez  $\frac{1}{2}$  godziny, poczem w różnych odstępach czasu zwierzęta zabijano i badano.

Nadmienić trzeba, że nawet po 9-u dniach prześwietlania zwierzęta czuły się znakomicie, nigdzie na skórze u nich zmian nie zauważono i nawet badania drobnowidzowe jajników w zestawieniu ich z preparatami od zwierząt użytych dla kontroli, żadnych różnic nie wykazywały, badania zaś drobnowidzowe narządów płciowych myszy sparzonych i poddanych działaniu promieni R. nie stwierdzały zapłodnienia, chociaż w normalnych warunkach nastąpiłoby ono bez wątpienia.

Spostrzegano to nawet u takich zwierząt, które były prześwietlane przez 7 dni, t. j. do tej pory, kiedy nawet makroskopowo możnaby było odróżnić nabrzmienia w macicy, odpowiadające miejscu umocowania jaja. Przyczynę powstrzymania ciąży autor widzi raczej w zgubnem działaniu promieni R. na spermatozoidy, niż na powstrzymaniu przez nie jaja w rozwoju. Robione



doświadczenia z wpływem promieni R. na spermatozoidy wykazały, że już po bardzo krótkiej ekspozycji traciły one zdolność poruszania się, a więc i możność przenikania do jaja.

Nie we wszystkich jednak przypadkach promienie R. ciężę powstrzymywały, co mogło też, podług autora, zależeć od jakiejś technicznej niedokładności, polegającej na niezawsze dostatecznie głębokiem działaniu promieni R. Na zwierzęta zapłodnione działanie promieni R. wyrażało się tylko zwolnieniem przebiegu ciąży, zresztą normalnej we wszystkich swoich okresach. Więć promienie R. mogły niszczyć, ewentualnie pozbawiać możności udziału w sprawie zapłodnienia obie komórki płodowe dotąd, dopóki one nie złączyły się, z chwilą zaś złączenia stawały się one jakby wytrwalsze i mogły się opierać działaniu promieni R. do pewnego stopnia; występowało wtedy tylko zwolnienie samego rozwoju ciąży. Przyczynę tego zjawiska autor tłumaczy tak: do przedostania się jaja do macicy potrzeba skurczów jajowodu i falującego radu nabłonka rzęskowego; każdy z tych 2-ech czynników bez dostatecznego pobudzenia mógł się przyczynić do zwolnienia ruchu postępowego jajeczka, brak zaś pobudzenia mogło spowodzić opóźnione w swoim rozwoju jaje, które, będąc za małe, nie mogło wywołać odpowiedniej siły skurczów jajowodu i rzęs nabłonka. W podobny sposób działają promienie R. i na jajeczka innych stworzeń, tak v. PERTHES spostrzegał to na zapłodnionych jajeczkach *ascaris megaloecephala*.

Doświadczenia przeprowadzone w drugiej połowie ciąży nie wykazały żadnego wpływu promieni R. na płód mysz.

Dotąd więc dopiero u małych zwierząt udało się zapomocą promieni R. zwolnić rozwój ciąży i nawet zupełnie ją powstrzymać. U ludzi z powodu grubości tkanek, które mogą wchłonąć promienie R. wcześniej, nim one dojdą do wnętrza macicy, użyte zaś w większej ilości — spowodować obrażenia skóry, nie można dotąd oczekiwać praktycznego zastosowania promieni R.

I prześwietlanie ciężarnych nie dało dotąd wyniku, gdyż kości dziecięce łatwo się prześwietlają, a szkielet matki daje tak duże cienie, że z poza nich cień dziecka jest zupełnie niewidoczny.

(*Sammlung klin. Vorträge, Gynaekologie. Nr 150.*) M. Wójcickowski.

### 133. G. Riebold. O podnoszeniu się ciepłoty przed miesiączką.

W ostatnich czasach coraz więcej przybysza spostrzeżeń podnoszenia się ciepłoty przed miesiączką u kobiet dotkniętych gruźlicą. Począwszy od TURBAN'a [w r. 1899], który za jeden z objawów skrytej gruźlicy poczytuje właśnie podnoszenie się przedmiesiączkowe ciepłoty, a skończywszy na JESSEN'ie [r. 1905], cały szereg badaczy [LEUBE, SAUGMANN, SABURIN, KRAUS i t. d.] potwierdza to spostrzeżenie u kobiet gruźliczych, jako jedno ze stałszych i pod względem dyagnostycznym bardzo ważnych. Autor zbadał 70 przypadków gruźlicy u kobiet przedtem niegorączkujących i wśród tej liczby znalazł 38 podwyższeń ciepłoty przed regularnością, a mianowicie 18 razy u chorych w pierwszym, 13 u chorych w drugim i 7 u chorych w 3-im okresie suchot płucnych. Dalsze jednak badania przekonały, że objaw ten, wbrew twierdzeniu JESSEN'a, nie jest wyłączną cechą gruźlicy, lecz, że podwyższenie ciepłoty przedmiesiączkowe zdarza się i u kobiet na pewno niegruźliczych, lecz które przed ostatnią lub dwiema ostatnimi miesiączkami przeszły chorobę gorączkową [szkarlatynę, influence, dyfteryt, tyfus, ostry reumatyzm stawowy, *erythemam nodosum*, anginę], dalej—u osób cierpiących na przewlekłe choroby narządów płciowych, nie wywołujące same przez się gorączki, zwłaszcza na te, które są połączone z miesiączkowaniem bolesnem (*endometritis*, wysięki *molimina menstrualia*), na zaparcie stolca przewlekłe, na wrzód żołądka, na ra

ka żołądka, na *parulis*, epilepsyę, ciężką histeryę, na *tabes dorsalis*, *sclerosis multiplex*, *dementia paralytica*. Spostrzegano i takie przypadki, w których nieznaczna gorączka podczas ostrej choroby gorączkowej (*angina follicularis*, *typhus ambulatorius*) podnosiła się znacznie w okresie przedmiesiączkowym.

Przy podnoszeniu się ciepłoty przed miesiączką szuka KRAUS w pogorszeniu się sprawy gruźliczej. Autor jednak przy nieznacznym podnoszeniu się ciepłoty pogorszenia nie widział, przy wyższych zato stopniach gorączki przedmiesiączkowej zdarzały się i nasilenia i pogorszenia gruźlicy; niekiedy nawet podwyższenie ciepłoty przed miesiączką schodziło się razem z wybuchem zapalenia płucnej. Aby wyjaśnić, od czego zależy podnoszenie się ciepłoty w okresie przedmiesiączkowym, trzeba się zwrócić do stosunków normalnych. Według REINL'a, i u zdrowych kobiet podnosi się ciepłota w czasie przedmiesiączkowym [do 37,2 — 37,3] [a może w okresie dojrzewania jajek], opada podczas miesiączki i jest najniższa w przedostatnim albo ostatnim jej dniu. Objaśnić się to daje teorią GOODMAN'a, według której wszystkie sprawy życiowe kobiety [wytwarzanie ciepła, częstość tętna, przemiana materji, wydzielanie mocznika, ciśnienie krwi, energia życiowa] odbywają się peryodycznie: wzmagają się przed miesiączką [a może w czasie dojrzewania jajeczek], opadają po wystąpieniu jej. Z powodu więc wzmożenia się energii życiowej i przemiany materji w okresie przedmiesiączkowym, większa się też przekrwienie narządów wewnętrznych, następuje żywsza wymiana soków, a wskutek tego wzmagają się prawdopodobnie wchłanianie z ognisk chorobnych, i to jest przyczyną podnoszenia się ciepłoty przed miesiączką w przeważnej liczbie wyżej przytoczonych przypadków. Jest to więc gorączka chłonna, gorączka z zatrucia. Ciepłota, podnosząca się przed miesiączką ponad granicę fizyologiczną, a więc wyżej 37,2 — 37,3, dowodzi zawsze, że ustrój zdrowym nie jest, np. gorączka przedmiesiączkowa, występująca u tych kobiet, które przed miesiącem lub temu dwa miesiące przeszły chorobę zakaźną, zależy najprawdopodobniej od tego, że w gruczołach pozostały jeszcze ogniska zakaźne [np. w gruczołach szyjnych po szkarlatynie, w gruczołach krezkowych po tyfusie i t. d.]. Przypadki bolesnych zwiastunów miesiączkowych (*molimina*), w których przed rozpoczęciem się miesiączki zjawia się gorączka, dadzą się też w przeważającej liczbie przypadków objaśnić zależnością bolesnego miesiączkowania od stanu zapalnego już to narządów płciowych, już też innych (*cystitis*, *pyelitis*, *gastritis*, *obstipatio alvi* i t. d.). W każdym razie gorączka przedmiesiączkowa w tych razach wskazuje zawsze na to, że nie zaburzenie nerwowe, lecz zmiany anatomiczne są powodem miesiączki bolesnej (*dysmenorrhoea*).

Objawy, towarzyszące podnoszeniu się ciepłoty przed miesiączką, są najczęściej bardzo nmiarkowane [zmęczenie, brak apetytu, ból głowy, niekiedy bóle krzyża i kończyn], i czynią wrażenie lekkiego zatrucia. Ciężkie przypadłości nie często się zdarzają.

Przebieg gorączki chłonnej przedmiesiączkowej jest zwykle łagodny: po zjawieniu się miesiączki już pierwszych dwu dni ciepłota powraca do normy i objawy podmiotowe znikają. Podnoszenie się i spadanie ciepłoty przedmiesiączkowej odbywa się rozmaicie: raz nagle — krytycznie, to znowu powoli — litycznie.

Pod względem rokowania gorączka przedmiesiączkowa ma to znaczenie dla gruźlicy płucnej, że ustanie tej gorączki peryodycznej dowodzi z wielkim prawdopodobieństwem zniknięcia ogniska zakażenia czyli sprawy gruźliczej. Wystąpienie w y s o k i e j gorączki przedmiesiączkowej u suchotnicy dowodzi, jak już wiemy, pogorszenia się sprawy gruźliczej albo też przyłączenia się zapalenia płucnej. Tylko stale, regularnie powracająca od

pewnego czasu gorączka przedmiesiączkowa pozwala na przypuszczenie, że przyczyną jej jest skryta gruźlica [Kraus].

Najważniejsze znaczenie gorączki przedmiesiączkowej jest to, iż wskazuje nam, że osoby podlegające tej gorączce nie są zupełnie zdrowe i że są narażone na zachorowanie poważniejsze, t. j. na pogorszenie się sprawy chorobowej zasadniczej np. gruźlicy. Pogorszenie podobne spotyka się zresztą i w innych sprawach chorobowych niegorączkowych, np. przy wadach serca podczas regularności występują objawy niezrównoważenia, u chorych gruźliczych — krwotoki płucne, u chorych na wrzód żołądka — krwotoki żołądkowe, w przypadkach kamieni żółciowych lub nerkowych występuje kolka i t. d. To samo i w cierpieniach ginekologicznych: jeśli przyczyną bolesnych miesiączek jest choroba narządów płciowych, np. zapalenie błony śluzowej macicy, to charakter ich jest przedmiesiączkowy t. j. rozpoczynają się już na kilka dni przed wystąpieniem krwawienia miesiączkowego.

Kobiety zupełnie zdrowe są w znacznym stopniu zabezpieczone od gorączki przedmiesiączkowej, tak samo jak rzadko się zdarza, aby zdrowa kobieta w okresie przedmiesiączkowym zapadła na chorobę zakaźną. Jeśli się to zdarza, to dowodzi najczęściej, że ognisko pierwotne choroby już przedtem istniało. Częściej tak bywa, że choroba zakaźna, z wysoką gorączką złączona, przyspiesza miesiączkę albo raczej wywołuje krwotok maciczny, i wtedy gorączkę tę można błędnie pożytywać za gorączkę przedmiesiączkową.

(*Deutsche med. Woch.* 1906. Nr 11 i 12).

Zweigbaum.

#### 134. F. A. Kehler. O słabych bólach porodowych pochodzenia żołądkowego.

Autor zwraca uwagę na niezaprzeczony wpływ hamujący przepelnionego żołądka na skurcze porodowe macicy. „*Plenus venter non parit libenter*“. Nawet katar żołądka działa hamująco na skurcze maciczne, które w danym okresie porodowym są rzadsze, krótsze i słabsze w porównaniu z bólami porodowymi odpowiedniego okresu porodowego u zdrowej na żołądek kobiety. W razie przepelnienia żołądka lub kataru jego, prędko nieraz dochodzi do wyczerpania bólów porodowych i zamartwicy płodu, co razem zniwala akuszerka do śpiesznego ukończenia porodu [przy pomocy kleszczy, obrotu i t. d.]. Tak nagłe osłabienie bólów porodowych groźnym zwłaszcza się staje w razie istnienia jakiegokolwiek niestosunku mechanicznego, np. zwężenia miednicy, znacznej twardości i objętości główki płodu i t. d.

Charakter bólów zmienia się jednak prędko, jeśli nastąpią wymioty czy to naturalne, czy sztucznie wywołane: bóle stają się silniejsze i częstsze, usta maciczne roztwierają się szybko, główka postępuje naprzód i dziecko rodzi się prędko siłami natury.

Autor już od dawna zwraca baczną uwagę na stan żołądka w razie słabych bólów porodowych i zależnego od tego dłuższego trwania porodu, wpytuje więc rodzące o ilość i jakość spożytego przed rozpoczęciem się porodu pożywienia i o objawy gastryczne. W razie przekonania się o słuszności swego pod tymi względami podejrzenia, autor często stara się o wzbudzenie u rodzących wymiotów, podając obficie wodę letnią lub nawet środek wymiotny. Nieraz się zdarzało, że po jednokrotnym lub kilkakrotnym zwymiotowaniu rodzącej, bóle się wzmagają od razu pod względem częstotliwości, trwania i siły. Wobec jednak odrazy lekarzy do środków wymiotnych i pacjentek do wymiotów, zapytuje autor, czy nie miałoby tego samego skutku — co wymioty — przemycie żołądka zapomocą sondy? Zdaje się, że niekiedy łagodniejszy ten środek mógłby w tym celu zastąpić wymioty, aczkolwiek zaprzeczyc się nie da, że wymioty wywołują głębsze zmiany w czynności narządów brzusznych

[np. pobudzają wydzielanie żółci i soku żołądkowego], a silne skurcze przepony i wzmożone działanie tłoczni brzusznej, towarzyszące wymiotom, mają nawet wpływ na macicę, wywołując jej skurcze.

Z tego co się powiedziało o zależności nateżenia skurczów macicznych porodowych od stanu żołądka rodzącej, wypływa też wniosek o konieczności zachowywania przez rodzącą odpowiedniej diety podczas porodu: z rozpoczęciem się bólów porodowych rodząca powinna wstrzymać się od spożywania stałych pokarmów; wystarczą jej płyny najzupełniej, a więc woda gazowa, kawa mleczna, herbata, mleko, niekiedy alkohol w ilości umiarkowanej.

Wpływem hamującym przepelnionego żołądka na skurcze macicy wytłumaczyć da się, być może, i ten fakt także, że pierwsze bóle porodowe najrzadziej występują w pierwszych godzinach poobiednich, a więc podczas trawienia obiadu.

Wreszcie zapytuje autor, czy zależność nateżenia bólów porodowych od stanu żołądka nie dałaby się może wytłumaczyć wpływem hamującym nerwów czuciowych żołądka drogą zwrotną na skurcze macicy, a może działaniem hamującym na macicę produktów rozkładowych [toksyn], powstających podczas zaburzeń trawienia i przechodzących do krwi, może wreszcie odciągającym wpływem na macicę przekrwienia żołądka, które występuje podczas jedzenia i trwa przez całe trawienie? Pytania tego autor nie rozwiązuje.

(*Beitrage zur Geb. u. Gyn.* 1905. T. X.)

Zweygbaum.

### 135. H. Lenhartz. W sprawie leczenia gorączki połogowej podwiązaniem żył.

Jako przyczynek do leczenia operacyjnego gorączki połogowej, podaje LENHARTZ 8 przypadków operowanych w jego domu zdrowia w Eppendorfie i poddanych ścisłemu badaniu klinicznemu i bakteriologicznemu. We wszystkich tych przypadkach chodziło o gorączkę połogową pochodzenia zakrzepowego, we wszystkich sprawa chorobowa ograniczała się do żył jednej połowy ciała.

Podwiązano i poddano częściowej rezekcyi:

w 1-ym przypadku tylko *v. spermaticam*; w 3-ch *spermaticam* i *hypogastricam*; w 2-ch *spermaticam* i *iliacam comm.*; w 1-ym *spermaticam*, *iliacam com.* i *saphenam*; w 1-ym zdecydowano podwiązać *v. spermaticam* i *hypogastricam*, a przez pomyłkę podwiązano inne przyległe. W 7-u przypadkach podwiązano żyły pozaotrzewnowo (*extraperitoneal*), a w jednym tylko przez otrzewną (*transperitoneal*). Zawsze operacji tej dokonywano od razu, a raz tylko operowano na dwa tempa, mianowicie: podwiązano zrazu *v. hypogastricam*, lecz ponieważ poprawy nie otrzymano, po 11-u dniach podwiązano *v. spermaticam* i dopiero wtedy powstrzymano rozwój sprawy chorobowej i chora wyzdrowiała. Niestety, był to jeden jedyny zakończony wyzdrowieniem przypadek ze wszystkich 8-u operowanych, pomimo to, że do pierwszej operacji przystąpiono dopiero po 52-ch dniach choroby i po 2-tygodniowej obserwacji chorej w szpitalu.

Porównywując ogłoszone dotychczas przypadki leczenia operacyjnego gorączki połogowej ze statystyką leczonych operacyjnie przypadków zakrzepów innego pochodzenia, L. przytacza 28 pierwszych, t. j. gorączki połogowej, z których 7 wyzdrowiało, a więc 25% i 108 podanych w statystyce VIERECK'a zakrzepów *v. jugularis*, z których wyzdrowiało 89, t. j. 82%.

Taką olbrzymią różnicę w wynikach leczenia L. objaśnia różnicą warunków anatomicznych w jednym i drugim przypadku.

W zakrzepach pochodzenia usznego miano do czynienia z rozgałęzieniem jednego pnia żylnego, oddzielnego dla każdej strony, gdy tymczasem

w przypadkach gorączki połogowej musiano się liczyć z całym spletem bardzo rozwinętych żył, łączących się z żyłami przeciwległej strony i zlewających się w dwa pnie żyłne dużej objętości.

Już stąd wynika trudność zrobienia w gorączce połogowej rozpoznania co do umiejscowienia zakrzepów i rozległości sprawy chorobowej, a także trudność w wybraniu odpowiedniej pory do operowania, tem bardziej, że w gorączce połogowej, nie tak, jak w innych gorączkach pochodzenia zakrzepowego, liczba napadów dreszczów wcale nie wskazuje na potrzebę interwencji chirurgicznej. L. naliczył w jednym przypadku gorączki, trwającej 76 dni, około 35-u napadów dreszczów i pomimo to chora wyzdrowiała.

Przyjęta przez TRENDELENBURG'a zasada operowania w sprawie zakrzepowej już po powtórnym ataku dreszczów, nie znalazła zwolenników w przypadkach gorączki połogowej, chociaż trudno nie przyznać, że przez wyczekiwanie stan chorej może się pogorszyć, zwłaszcza przy tendencji zakrzepów dośrodkowego rozszerzania się, i chora może nie doczekać operacji. Trzeba tu też zwrócić uwagę, że niezawsze w pierwszych dniach formowania się zakrzepów można ściśle określić ich umiejscowienie i nawet zdecydować, czy otrzewna wolna jest od nich, czy nie.

W każdym razie L. przemawia zatem, aby przed przystąpieniem do operacji upewnić się, że mamy do czynienia z zakrzepami i prawie do oczywistości być przekonanym, że zakrzepy ograniczają się tylko do jednej połowy ciała. Na szczęście, właściwością gorączki połogowej tego rodzaju jest długotrwałe pozostawanie zakrzepów z jednej strony i autor stwierdził to na trupach [na 39 przypadków tylko u 8 u znalazł zakrzepy żył obustronne]. Zresztą L. udawało się zawsze po dokładnem wewnętrznem i dwuręcznem badaniu i dłuższej obserwacji chorej robić ściśle rozpoznania: zawsze na stronie porażonej wyczuwał w przymaciczu kręte sznury i kłębki, jak przy żyłakach na mosznie. L. przekonał się, że zawsze w tym razie istniały zakrzepy spłotu żył, idącego od pnia *v. hypogastricae* i *v. spermaticae* i dlatego radzi podwiązywać obie te żyły, szczególnie zaś *v. spermaticam*. Bardzo trudno jest stwierdzić, czy sprawa zakrzepowa ogranicza się tylko do tych żył i czy nie przechodzi już na *v. cavam*, a tem samem, czy nie jest wykluczony wszelki zabieg operacyjny. Objawów klinicznych takiego stanu autor nie wymienia, sądzi o nim jednakże z pogorszenia się stanu ogólnego; rozpoznanie tu tem trudniejsze, że sprawa ta, jakkolwiek zwykle występuje dość późno, nie trzyma się ściśle określonego terminu, może wystąpić wcześniej lub później, przytem bez objawów wybitniejszych przy zajęciu przez zakrzep  $\frac{1}{2}$  lub  $\frac{2}{3}$  światła naczyniowego.

Najczęściej, naturalnie, przekonywamy się o tem dopiero na autopsyi. Niezaprzeczenie ważnym czynnikiem, wpływającym na pomyślny wynik operacji, jest rozmiar samego rękoczynu i czas użyty na jego wykonanie. Lecz jakkolwiek jest pożądany możliwie najkrócej trwający zabieg na chorej wycieńczonej sprawą gorączkową, to jednakże należy się wystrzegać zbytniego pośpiechu, aby uniknąć właśnie w takich okolicznościach często zdarzających się pomyłek, stanowiących, niestety, o życiu chorej.

Dokonywane operacje podwiązania żył przecięciowo trwały około 40-u minut, w jednym tylko przypadku BUMM'owi udało się w przeciągu 20-u minut przez otrzewną (*transperitoneal*) podwiązać obie żyły podbrzuszne i niasienne i uratować chorą.

Pozostała jeszcze kwestya usuwania części żył zajętych przez sprawę chorobową, ale jeżeli widzimy zgrubiałą żyłę o powierzchni żółtawej, po nacięciu wydzielającą krople ropy, to co do usunięcia takich żył nie powinniśmy mieć żadnej wątpliwości. Gorszą i trudniejszą do rozwiązania jest sprawa zdecydo-

wania, czy zabiegu dokonano już poza granicę zakrzepów; okoliczność ta także była źródłem pomyłek podczas operacji.

L. sądzi, że do przyszłości i postępu należy usunięcie z widoków tych 2-ch kwestyi i ma nadzieję, że zabieg chirurgiczny zajmie w przyszłości dominujące miejsce w leczeniu gorączki połogowej pochodzenia zakrzepowego.

(*Medic. Klinik. 1906*).

M. Wójcikowski.

### 136. K. Buberl. O stosowaniu kollargolu w gorączce połogowej.

Aczkolwiek znamy z literatury przeszło 30 prac o stosowaniu kollargolu, to jednakże działanie jego w gorączce połogowej bynajmniej nie zostało ustalone.

Z zestawienia wyników tych prac wyciąga BUBERL taki wniosek, że choć zdania poszczególnych autorów w tej kwestyi są bardzo rozmaite, to doświadczeni autorzy zgadzają się na jedno co do nieszkodliwości kollargolu przy odpowiednim stosowaniu i nie zaprzeczają w pewnych razach dodatniego wpływu kollargolu na przebieg choroby, szczególnie zaś przy stosowaniu go śródżylnie.

W klinice CHROBAK'a kollargol był stosowany w 74-ch przypadkach, z których 18 zakończyło się śmiercią. Nie we wszystkich jednak przypadkach pomyślnych polepszenie zależało od kollargolu: wiele przypadków było lekkich i mogło poprawić się bez kollargolu, z drugiej strony — trzeba przyznać, że właśnie w gorączce połogowej bardzo trudno wogóle mówić o rokowaniu i zależności przebiegu choroby od danego zabiegu leczniczego, czy też leku. Nie mniej jednak wtedy, kiedy ciężki stan chorej z częstymi wstrząsającymi dreszczami, bredzeniem, wzdęciem brzucha, przerzutami ropnymi i stwierdzeniem drobnoustrojów we krwi upoważniał do postawienia bezwzględnie niepomyślnego rokowania i stan chorej po kollargolu się poprawiał, nie można odmawiać temu środkowi dodatniego wpływu.

Stosowano 15%-ową maść *Credè*'go, dochodząc do 60-u grm., ewentualnie 30,0 kollargolu; robiono małe ławatywy z 1 — 2% roztworu kollargolu w ilości 5 — 10 ctm.<sup>3</sup> na raz, 2 razy dziennie [więc 0,4 grm. kollargolu na dzień]; stosowano też jednocześnie ławatywy i maść; wstrzykiwano do żyły ramiennej 5 — 10 ctm.<sup>3</sup> 1 — 4%-ego kollargolu, kombinując je z wcieraniami maści, ławatywami i podawaniem kollargolu *per os*. Nie stosowano tylko kollargolu podskórnie z obawy przed ropniami.

Naturalnie, stosowano przytem i wszelkie inne zabiegi tak miejscowe, jak i ogólne, więc gorące przemywania macicy z 60%-ego alkoholu lub 2%-ego lysolu; Opróżniano macicę z resztek jaja płodowego, czy też łożyska, wycierano jodyną lub *Hydrogenio peroxydato* owrzodzenia połogowe, przemywano pochwę lyzolem, podawano sporo preparatów ergotyiny, zastrzykiwano też pod skórę nukleinę, surowicę przeciwpaciorkowcową MARMORKA i PALTAUF'a i t. d.

Najwybitniej działały wstrzykiwania kollargolu do żyły, choć nie obyło się tu bez powikłań: niekiedy zjawiały się dreszcze nawet w tych razach, gdzie ich dotąd nie było; w jednym przypadku zresztą wystąpiły wszystkie objawy zatoru powietrznego — silna sinica, gwałtowna duszność i rzęzenie, — lecz po nadaniu chorej pozycji siedzącej i wstrzyknięciu kamfory objawy te szybko ustąpiły. Celem uniknięcia tych powikłań, używano do zastrzykiwań wystętego roztworu kollargolu i nabierano ostrożnie do strzykawki tylko wierzchnią warstwę, na pewno nie zawierającą uformowanych kulek kollargolu.

W leczonych przypadkach spostrzegano widoczny wpływ kollargolu na

gojenie się spraw przerzutowych w płucach i szybkie znikanie wysięków w przymaciczu.

W jednym tylko przypadku, w którym na sekeyi stwierdzono zajęcie macicy, przydatków, otrzewnej i płuc sprawą gruźliczą, kollargol kombinowany z surowicą MARMORKA nie wywarł żadnego wpływu.

W wielu przypadkach, leczonych kollargolem, zauważono przedewszystkiem niezaprzeczonego wpływ jego na poprawę stanu ogólnego, szczególnie zaś nerwowego: chore się uspokajały, poprawiał się sen i apetyt, występowała lepsza sprawność przewodu pokarmowego, regulowała się *diuresis et diaphoresis* i t. d.

W jaki sposób działa kollargol, czy przez leukocytozę [RODSEWICZ], czy przez katalizę na sposób fermentów nieorganicznych [BREDIG, WENCKENBACH], czy też jest po prostu środkiem odkażającym, dotąd zupełnie nie wiadomo.

Dokonano bardzo wiele badań w celu wyjaśnienia tego, w jaki sposób kollargol opuszcza ustrój i w jakiej postaci krąży w ciele chorego.

Otóż badania kału zawsze i dość szybko po zastosowaniu kollargolu wykrywały obecność srebra, w moczu zaś tylko wtedy, kiedy występowały objawy nieżytowe ze strony pęcherza. Przyjęto zatem, że ciała białe pochłaniają cząsteczki srebra i jako takie krążą w ustroju, do pęcherza zaś dostają się jako ciała ropne i wywołują objawy nieżytowe.

(*Wiener. Klin. Woch.* 1906).

M. Wójcikowski.

### 137. Zweifel. Jad rzucawki (*eclampsia*) i wynikające stąd wnioski co do leczenia.

Celem określenia jadu rzucawki, przeprowadzono badania moczu i znaleziono zmniejszenie ilości mocznika w stosunku do ogólnej ilości azotu w porównaniu ze zdrowym moczem; to zmniejszenie jest wyrazem niedostatecznego utlenienia białka; że omawiane chore cierpią na białkomocz, to jest następstwem drażniącego działania samego jadu na nerki. Dalsze badania wykazały znaczne wzmoczenie ilości amoniaku w moczu chorych na eklampsję.

W *coma diabeticum* mocz obfituje w amoniak, jako następstwo obecności dużej ilości kwasu, krążącego we krwi, co stwierdzają również i doświadczenia na zwierzętach; nadmiar kwasu sprowadza zatrucie przy objawach śpiączki, upadku wszelkich czynności i wreszcie śmierci.

Na zasadzie analogii z *coma diabeticum* robiono poszukiwania tego kwasu, który we wzmożonej ilości zatrzuwa ciało eklamptyczek. Ilościowe określenie kwasu siarczanego i fosforowego wykazało zmniejszenie ilości tych kwasów, co dowodzi również niedostatecznego utlenienia białka w ciele. Dalsze poszukiwania kwasów organicznych w pracowni HOPPE-SEYLER'a wykryły kwas mięsno-mleczny — produkt niedostatecznego utlenienia w ciele zwierzęcem. Badania na zwierzętach, trzymanych w atmosferze ubogiej w tlen, wykazywały wielkie ilości tego kwasu. Autor wykazywał obecność kwasu mięsno-mlecznego w moczu, a jeszcze łatwiej we krwi eklamptyczek.

Kwas ten znajduje się nie tylko u chorych z zaburzeniami w oddychaniu, jak oto: przy zapaleniu płuc, wadzie serca, zapaleniu oskrzeli i t. d. [SALOMON], lecz i przy wielu zatruciach, np. tlenkiem węgla, kwasem pruskim, strychniną, morfiną, kokainą i t. d. i przy podaczce. Obecność kwasu mięsno-mlecznego we krwi lub moczu ludzi i zwierząt jest zawsze objawem patologicznym.

We krwi sznurka pępkowego płodów i w wyciągu łożyskowym znajduje się kwasu mięsno-mlecznego w stosunku procentowym 3 razy więcej, niż we krwi odnośnych eklamptyczek. Pierwotnym więc miejscem powstania tego kwasu jest płód i z największym prawdopodobieństwem kwas ten uważać należy

nie jako następstwo skurczów mięśniowych, lecz jako wynik niedostatecznego utlenienia. Przyczynowego znaczenia kwasu dowiódł autor przez znalezienie go 4 razy w moczu i 2 razy we krwi chorych przed wystąpieniem drgawek.

Wreszcie idą wnioski co do leczenia i zapobiegania tej złośliwej chorobie. Pierwszą zasadą, wynikającą z nowych faktów, jest możliwie najprędze rozwiązanie każdej eklamptyczki, aby uwolnić rodzącą od źródła jadu, znajdującego się we krwi dziecka. Rozwiązanie zależy od warunków w poszczególnym przypadku. Wspominając o rozszerzeniu ujścia macicznego metodą Bossiego, czy też zapomocą balonów gumowych, o zastosowaniu cięcia cesarskiego brzuszno czy pochwowego, autor pozostawia wybór metody orzeczeniu fachowców, bo dotąd kwestya ta nie jest jeszcze należycie wyjaśniona. Autor usilnie zaleca jednakże natychmiastowe rozwiązanie, ponieważ dane statystyczne wykazują 33% śmiertelności przy dłuższym trwaniu drgawek, a w przypadkach rozwiązania natychmiast po pierwszym napadzie drgawek odsetka ta wynosi tylko 3.

Drugi pewny wniosek dotyczy zapobiegania zapaleniu nerek w ciąży i polega na przeprowadzeniu ścisłej diety mlecznej. Celem wykrycia białka w moczu i zapobieżenia rzucawce należy w ciągu ostatnich 3-ch miesięcy co 2 tygodnie badać mocznik. Nawet każdy ból głowy, każdorazowe wymioty, czy zaburzenia wzrokowe powinny zwracać uwagę i wiadomość o tem winna być rozpowszechniana wśród kobiet.

Autor jest przeciwnikiem leczenia rzucawki morfiną, zgadza się tylko na stosowanie chloroformu podczas rozwiązania; odradza zawiązań i wszelkiej kuracyi napotnej, jako zgęszczającej krew, a nie wydalającej jadu.

Stary i przez długi czas surowo zakazywany sposób—upust krwi—odzyskuje swe zasłużone uznanie; sposób ten usuwa pewną część jadu z obiegu i obniza ciśnienie krwi w przypadkach dużego napięcia tętna, dalej umożliwia podskórnie wlewania fizyologicznego roztworu soli kuchennej [0,5% NaCl i 0,5% *Natr. bicarbon.*]. Celem uniknięcia zwracania płynów (*regurgitas*) podczas drgawek i niebezpieczeństwa wywołania przez aspiracyę zawartości żołądkowej zapalenia lub zgorzeli płuc, autor zaleca zaraz z początku w każdym przypadku przepłukanie żołądka i po przepłukaniu wlewanie przez sondę limonady z roztworu proszku burzącego [sól sodowa kwasu winnego] lub też *saturatio citrica*. Wlewania u chorych nieprzytomnych nie są na miejscu; wrażliwość długotrwałej śpiączki pożywienie—najlepiej mleko—wlewać do żołądka.

Wobec przyspieszonego i małego tętna i małej ilości moczu, autor stosuje naparstnicę (*Acetum digitalis* 20 — 30 kropeł w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, lecz nigdy w saturacyi — wlewania do żołądka) i cebulę morską, jako *Acetum scillae* [w dawce i formie poprzedniej].

Najwięcej należałoby oczekiwać od leczenia zasadniczego — od zastosowania tlenu; oddychanie tlenem u chorych nieprzytomnych i oddychających powierzchniowo mało dawało pożytku; celem pogłębienia oddechów, rozpoczął autor stosowanie prądu faradycznego na *nn. frenici*.

Z. wprowadzał tlen podskórnie i jeżeli nie może mówić o działaniu korzystnym, to jednakże zapewnia, że sposób ten szkody nie spowodował. Z. zaczął niedawno stosować metodę, używaną w weterynarii — pompowanie powietrza do gruczołów piersiowych; sąd o tym zabiegu wyda dopiero na podstawie większego doświadczenia.

(*Münch. med. Woch.* 1906. Nr. 7).

W. Staniszewski.



## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej z d. 25.I. 1906 r.

1) KURTZ St. przedstawił chorą z *defectus vaginae et uteri*. Na miejscu pochwy jest zaledwo mały ślepy woreczek; *per rectum* na miejscu macicy wyczuwa się niewielkie ciało, wielkości migdała.

2) LEŚNIEWSKI A. pokazał preparat wyciętych obustronnie jajowodów. Lewy jajowód przedstawia się pod postacią torbieli o cienkich ścianach, wielkości małego jabłka; strzępków (*fimbria*) niema ani śladu; zrosły się one, a na miejscu zrostu widać gwiazdowatą bliznę; powyżej torbieli wymacuje się na jajowodzie w miejscu *isthmus salpingis* znaczne zgrubienie ściany jego.

Tuż obok ściany torbielowato rozszerzonego jajowodu leży torbiel przyjajnikowa wielkości dużej śliwki.

LEŚNIEWSKI sądzi, że preparat ten może służyć do zobrazowania powstawania t. zw. torbieli jajowodowo-pryjajnikowych.

Zdaniem niektórych autorów, torbiele jajowodowo-jajnikowe i jajowodowo-pryjajnikowe powstają w taki sposób, że, gdy mamy *hydrosalpinx* i jednocześnie torbiel jajnikową, lub przyjajnikową, wtedy zbliżają się te twory do siebie, ściany ich zrastają się, w miejscu zrostu ściana ulega przedziurawieniu i otrzymuje się ostatecznie torbiel jajowodowo-jajnikową, lub jajowodowo-pryjajnikową. Preparat, przedstawiony przez L., jest w okresie poprzedzającym okres zrośnięcia się torbieli jajowodowej z torbielą przyjajnikową.

Torbiel jajowodu prawego [przy odłuszczeniu pękła] była o wiele większa. Ściana jej bardzo cienka, zawartość surowicza, brunatno zabarwiona. Na niej także nie widać strzępka, spostrzega się tylko gwiazdowatą bliznę, odpowiadającą miejscu zrośnięcia ich.

I tu powyżej rozszerzenia widać było znaczne zgrubienie ściany jajowodu.

Po przecięciu podłużnem tego miejsca L. wziął kawałek ściany do zbadania histologicznego. Na skrawkach nie znalazł nic, coby przypominało sprawę gruczliczą na śluzówce, lub w głębi ściany jajowodu [podejrzanie na tę sprawę było z powodu wyraźnego stłumienia w lewym wierzchołku, zaostzonego oddechu, oraz nielicznych rzeżeń]. W miejscu owego zgrubienia jajowodu widziało się natomiast [wyraźnie widać to było na obrazie preparatu, rzuconym na ekran zapomocą epidiaskopu] przegrodę ze zbitej tkanki łącznej, która w miejscu tem zupełnie zamykała światło jajowodu, oddzielając owe torbielowate rozszerzenie od światła pozostałej części jego.

Poza tem widać było w głębi ściany jajowodu przestrzenie wysłane mniej lub bardziej ładnie zachowanym nabłonkiem wałeczkowatym, czasami zaopatrzonym w migawki, jak to spostrzega się w przypadkach *salpingitidis pseudo-follicularis*. L. sądzi, że w przypadku przedstawionym obustronna *hydrosalpinx* była następstwem *salpingitidis cotarrhalis chronicae*.

3) STANISZEWSKI Wł. omawia przypadek, dotyczący chorej, znajdującej się na oddziale kol. GRZANKOWSKIEGO w szpitalu Dz. Jezus. Była *pyosalpinx dextra* z wysiękiem w tylnym sklepieniu; jajowód grubości 2-ch palców, sprężysty, chęlboczący, wyczuwał się wyraźnie w postaci kielbaski, zakreślającej łuk od prawego rogu macicy w kierunku tylnego sklepienia; chora gorączkowała. Po niejakiem czasie ciepłota podwyższona i guz omawiany znikły, skonstatowano natomiast otwór w tylnym prawem sklepieniu, drożny

dla zgłębnika na 3 ctm. [rzadkie miejsce samodzielnego otworzenia się ropnia]. Pozostało tylko stwardnienie w tylnym sklepieniu.

GRZANKOWSKI przytacza analogiczny przypadek z prywatnej praktyki, obserwowany wraz z kol. SAWICKIM.

4) STEINHAUS omawia raka macicy ze strony anatomicznej. Mówca na wstępie streszcza obecny stan wiadomości o raku wogóle, omawia kwestyę budowy makro- i mikroskopowej, histogenezy, wzrostu, przemian wstecznych, nawrotów i przerzutów, rozstrząsa kwestyę etyologii i zaznacza swoje stanowisko antyparazytarne, poczem przechodzi do szczegółowej anatomii raka macicy, którego trzy umiejscowienia w tym narządzie [część pochwowa, szyjka, trzon] rozpatruje oddzielnie.

W opracowaniu STEINHAUSA znajdują uwzględnienie: obraz zarówno makroskopowy, jak i mikroskopowy, drogi szerzenia się, przebieg i zejście raka macicy.

Na zakończenie S. omawia kwestyę rozpoznawania i zaznacza, że wczesne rozpoznanie, które ma tak wielkie znaczenie dla powodzenia ewentualnej operacyi, może być pewnem tylko, jeśli dokonana zostanie analiza mikroskopowa wycinków, lub wyskrobin. Twierdzenie to popiera szeregiem przykładów, wykazujących, że we wczesnych okresach rozwoju raka kliniczne badanie często nie daje podstawy do rozpoznania raka, a z drugiej strony kliniczne badanie niekiedy skłania do rozpoznania raka tam, gdzie przy pomocy badania mikroskopowego udaje się wykluczyć takie rozpoznanie. [Autoreferat].

M. Rylko.

Posiedzenie Sekcyi Ginekologicznej z d. 26.II. 1906 r.

1) MONSIORSKI Z. przedstawił otrzymane w ostatnich dwu cięciach brzusznych preparaty: *hydrosalpinx*, wielkości średniej pięści i torbiel wielokomorową lewego jajnika. Charakterystycznym było to, że w obu przypadkach chore prawie żadnych skarg nie podawały, pomimo, że w pierwszym przypadku musiały istnieć od dość dawna sprawy zapalne, które doprowadziły do zarośnięcia brzusznej otwory jajowodu, a w drugim przypadku były znaczne zrosty, oraz wybitne objawy zapalenia otrzewnej.

2) NEUGEBAUER FR. przedstawił szereg drobiazgów ginekologicznych.

a) Metreurynter LEHMANN'a, który się przedstawia jako balonik z czarnej gumy jajowatego kształtu, osadzony na metalowej, ale elastycznej, dość długiej rękojeści. Przy dolnym końcu tej rękojeści znajduje się otwór do wstrzykiwania wody do balonika, oraz kranik do zamykania.

b) Lampkę elektryczną w kształcie krótkiego ołówka ze sznurkiem, łączącym ją z suchym akumulatorem kieszonkowym, która doskonale się nadaje do badań ginekologicznych.

c) Szpilkę do włosów, przed kilku dniami wydobytą z pęcherza 20-letniej panny pod chloroformem bez uprzedniego rozszerzenia cewki. Szpilka leżała w pęcherzu tak, że kolanko było u góry. Kol. N., uchwyciwszy jeden z wolnych końców zwyczajnymi kleszczykami, wskazicielem lewej ręki, do głębi pochwy wprowadzonym, zepchnął kolanko szpilki ku dołowi, poślizgując się kleszczykami wzdłuż uchwyconego wolnego końca aż do samego kolanka szpilki; dokonał więc obrotu dwuręcznego szpilki wewnątrz pęcherza, a potem, pociągając za kolanko, z łatwością wyciągnął bez jakiegokolwiek pokaleczenia chorej.

d) 5 fotografii, dotyczących najnowszego spostrzeżenia „*erreur de sexe*“ drów DE BEURMANN'a i RABINOWICZA w Paryżu.

Spostrzeżenie to, doskonale opisane, należy do bardzo ciekawych, dowodząc jasno, że zniekształcenie narządów płciowych przy obojnactwie nie jest bynajmniej anomalią miejscową, pozostałą wskutek jakiegokolwiek przeszkody mechanicznej podczas rozwoju płodu, a objawem częściowym ogólnej degeneracji somatyczno-psychicznej pochodzenia centralnego, która to degeneracja nieraz dotyczy nie tylko danego osobnika, lecz i braci, sióstr, rodziców i t. d.

e) Zmacerowany płód pozamaciczny, który *sponte* wydzielił się *in vagi-nam* po otworzeniu zatoki DOUGLAS'a w przypadku ciąży zamacicznej lewostronnej u chorej, która, gorączkując od trzech miesięcy, przybyła do szpitala w stanie rozpaczliwej ropnicy i charłactwa.

f) Torbiel jednego jajnika, usuniętą na drodze cięcia brzuszno-żebrowego od 5-u miesięcy. Istniejący katar oskrzeli, wskutek narkozy znacznie się pogorszył. Kaszel przez dwie doby bardzo dokuczał, pomimo stosowania narkotyków. Dopiero terpina z kodeiną nieco go złagodziły. Chora wyzdrowiała. Mocny kaszel nie wywołał ani rozejścia się szwów, ani nie przerwał ciąży.

3) GRZANKOWSKI wygłosił odczyt p. t. „Podstawy operacyjnego leczenia raka macicy”. Odczyt *in extenso* drukuje się w bieżącym numerze Gazety.

M. Rytko.

---

## Wiadomości bieżące.

---

— Władza zwierzchnicza szpitali cywilnych warszawskich, Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej, utworzona w r. 1870 w celu upaństwowienia ich, obecnie po 36-u latach istnienia znalazła się w położeniu bez wyjścia. Wadliwa administracja majątkiem szpitali, usunięcie od wszelkiego udziału w szpitalnictwie społeczeństwa, które na to zareagowało zamknięciem swych kieszeni na korzyść obcych mu instytucji, zbyt wielki koszt utrzymania licznych urzędników teje Rady, niedopisanie wpływów z podatku szpitalnego [który z 200000 rb. rocznie w pierwszych latach zaprowadzenia, spadł obecnie do 90000 rb.] i t. d., wszystkie te przyczyny sprawiły, iż Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej, będąc naprawdę już od kilku lat bankrutem i żyjąc z pożyczek miasta, obecnie w obec długu 700000 rb. znalazła się w położeniu uniemożliwiającem dalsze jej istnienie i funkcjonowanie na dawnych zasadach. Przed tygodniem odbyło się w Warszawie posiedzenie niektórych członków tej Rady z przedstawicielami zarządu miasta Warszawy, pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta, na którym, celem uchronienia miasta od zamknięcia szpitali, uchwalono oddanie z dniem 1 czerwca r. b. szpitali cywilnych pod zarząd miasta. Ponieważ niejednokrotnie odbywać się będą narady w kwestyi umiastowienia szpitali, która zapewne uregulowaną zostanie ostatecznie dopiero po wprowadzeniu samorządu miejskiego, na wspomnianem posiedzeniu zgodzono się zaprosić w roli rzeczoznawców na dalsze posiedzenia przedstawicieli Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego i Hygienicznego.

— Chodzą pogłoski, iż w Warszawskim szpitalu Ewangelickim oddział chorób gardła, krtani i nosa, utworzony dla ś. p. W. WRÓBLEWSKIEGO, na którego urządzenie nieboszczyk wyłożył kilkaset rubli, ma otrzymać nowe, odmienne przeznaczenie. Zbytecznym jest dowodzić potrzeby takiego oddziału, kiedy uznał ją przed

kilku miesiącami zarząd tegoż szpitala, stwarzając taki oddział; przypomnieć musimy, że istniał przez lat kilkanaście w szpitalu św. Rocha taki oddział specjalny i funkcyjnował z pożytkiem dla nauki i chorych, lecz z bliżej nieznanych powodów przed kilkoma laty został zwinięty. Warszawa powinna posiadać choć 1 oddział przeznaczony dla chorych, potrzebujących specjalnej chirurgiczno-laryngologicznej pomocy [ze zwięzłymi, nowotworami, cierpieniem zatok i t. d.] i najlepiej na to przeznaczyć właśnie oddział w szpitalu Ewangelickim na ten cel urządzony, gdyż do szpitala tego, chorzy z cierpieniami wspomnianymi przywykli od długich lat ciągnąć, znajdując w ambulatoryum, przez ś. p. WRÓBLEWSKIEGO prowadzonym, pomoc chirurgiczno-laryngologiczną. To też pogłoski o przeznaczeniu tego oddziału w szpitalu Ewangelickim na inny cel, wywołały w różnych kołach lekarzy wyrazy wielkiego oburzenia; nie wątpimy, iż skończy się tylko na pogłoskach. Powszechnem wreszcie jest życzeniem lekarzy, czemu i my dajemy na tem miejscu wyraz, aby miejsce ordynatora przyszłego oddziału chirurgiczno-laryngologicznego w szpitalu Ewangelickim było obsadzone drogą konkursu, a nie protekcji, i aby na członków tego konkursu nie zostały powołane jedynie urzędowe i miejscowe siły tegoż szpitala nic z tą specjalnością wspólnego nie mające, lecz aby powołano specjalistów chirurgów i laryngologów, choćby ci nawet nie byli ordynatorami szpitalnymi, byle kompetencya ich znana była ogółowi lekarzy.

— W czasopiśmie lubelskiem „Kurjer“ w N. 106 czytamy: „Sędzia FELIX DUTKIEWICZ powziął szczęśliwą myśl uczczenia pamięci działacza narodowego i społecznego, zasłużonego Lublinowi ś. p. dra GUSTAWA DOLIŃSKIEGO, przez wmurowanie w jednym z kościołów lubelskich tablicy pamiątkowej i na ten cel złożył w redakcyi „Kurjera“ rubli 10. Popierając tę ze wszech miar godną uznania myśl, otwieramy — dodaje „Kurjer“ — z dniem dzisiejszym listę składek na cel powyższy, ofiarowując od siebie 10 rubli, a personel nauczycielski szkoły imienia Staszycza zamiast wieńca na trumnę również 10 rubli”.

— Pisma codzienne donoszą, iż Krakowska Akademia Umiejętności postanowiła sprzedać majątność swą Szczawnicę.

— Zakład wodolecznicy w Chojnach pod Łodzią rozpoczął sezon letni z dn. 15 maja r. b. Kierownikiem jego, jak i lat poprzednich, jest kol. ADAM LANDE.

— W wydziale lekarskim krakowskim poruszono myśl wznowienia kursów wakacyjnych dla lekarzy, które odbywały się w miesiącu lipcu, a od dwóch lat z powodu stosunków politycznych musiały uleść przerwie. Wyloniły się jednak poważne wątpliwości, czy kursa te zdołają już w tym roku zgromadzić dostateczną liczbę uczestników. Celem rozstrzygnięcia tych wątpliwości uprasza się lekarzy, którzyby mieli stanowczy zamiar uczestniczenia w tegorocznych kursach wakacyjnych w lipcu w Krakowie, by zgłosili się n a j d a l e j w ciągu 2-ch tygodni, t. j. do dnia 26-go maja 1906 r., listownie do Redakcyi „Przeglądu Lekarskiego“ [Kraków, Wielopole 4], wymieniając zarazem przedmiot lub przedmioty, którymi na kursach zamierzają się zająć. Od wyniku zgłoszeń, który podany będzie do publicznej wiadomości w prasie lekarskiej, zależy, czy krakowskie kursa wakacyjne dla lekarzy będą w tym roku podjęte lub zaniechane.