

GAZETA LEKARSKA

I. Przyczynek do tak zwanej choroby Darier'a.

Podał

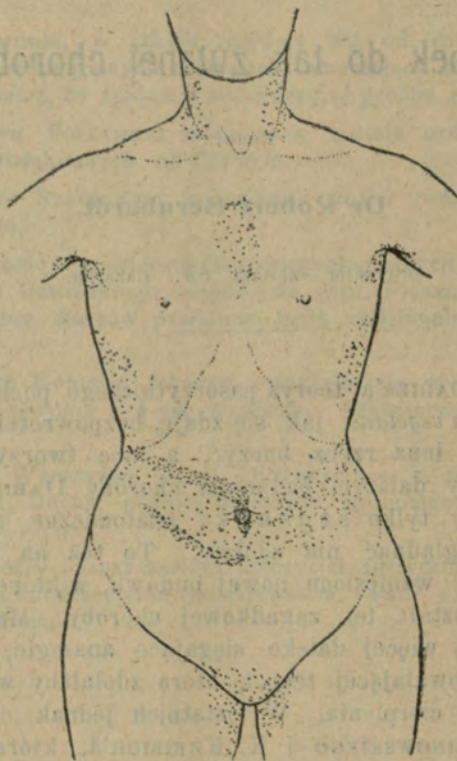
Dr Robert Bernhardt,

ordynator szpitala Św. Łazarza.

Podana przez DARIER'a teoria pasorzytniczego pochodzenia t. zw. *psorospormosis follicularis vegetans*, jak się zdaje, bezpowrotnie padła pod ciosami krytyki. Jednak inna rzecz burzyć, a inna tworzyć. Poświęcono bowiem nie mało pracy dalszym badaniom choroby DARIER'a. Poszukiwania te jednak wyświeiliły tylko stosunki anatomiczne, głębiej zaś w istotę sprawy chorobnej wglądać nie zdołały. To też na miejsce zburzonego gmachu po dotąd nie wzniesiono nowej budowli, w której jako tako pomieścićby można całokształt tej zagadkowej choroby. Mamy tylko chwiejne przypuszczenia, mniej więcej daleko sięgające analogie, nie posiadamy jednak ani jednej zadowalającej teorii, która zdołałaby wyświeilić etyologię lub patogenezę tego cierpienia. W ostatnich jednak czasach ukazały się dwie prace: F. MALINOWSKIEGO i K. KREIBICH'a, które zdają się rzucać nieco światła na tę sprawę. Spostrzeżenia, podane przez tych autorów, pozwalają przypuszczać, że w powstawaniu omawianej choroby układ nerwowy przyjmować może wybitny udział. Naturalnie, są to dopiero pojedyncze fakty, które nie stanowią jeszcze dostatecznego materiału dowodowego. Dla rozwiązania kwestyi niezbędne są dalsze spostrzeżenia, nowe dowody. Śród moich spostrzeżeń posiadam właśnie przypadek choroby DARIER'a, który można umieścić obok obserwacji wyżej wzmiankowanych autorów. Przypadek ten dotyczy 25-letniego malarza F. W. [główniej księgi szpitalnej Nr. 278, r. 1904], który zapisał się do szpitala św. Łazarza z powo-

du ostrej rzeźączki, powikłanej przez ostre zapalenie najądrza prawego. Przy badaniu chorego ujawniono zmiany na skórze, które co do wyglądu i umiejscowienia najzupełniej odpowiadały typowej postaci choroby DARRIER'a. Drobnowidzowe badanie kawałków chorej skóry potwierdziło słuszność tego rozpoznania.

Szczegóły zajmującego nas cierpienia w oświetleniu chorego przedstawiają się jak następuje. Pierwsze zmiany chorey zauważył na rękach i stopach. W tych miejscach wystąpiły one niemal jednocześnie, nie powodując żadnych sensacyi. Przed 12-u tygodniami zjawiły się w innych miejscach ciała. Z początku na głowie i szyi, później na udach i brzuchu.



Występowaniu towarzyszyło umiarkowane swędzenie, które obecnie zupełnie znikło. Pozatem pacjent cieszył się zawsze dobrem zdrowiem. Rodzice żyją. Żadne z rodziców i rodzeństwa nigdy nie cierpiało na choroby skórne.

Zmiany na skórze mieszczą się w różnych okolicach ciała, układając się na ogół dosyć symetrycznie. Jak widać z załączonego schematu [p. rysunek], zajęte są głowa i po części twarz, boczne powierzchnie szyi i klatki pier-

siowej. Siedliskiem zmian skórnych są również pachy, okolica mostkowa, międzyłatkowa i łędźwiowa, okolice pachwinowe wraz ze wzgórkami łonowym, wreszcie jamy podkolanowe. W okolicy pępka widać pas szerokości dłoni, dochodzący z obu stron do linii pachowej i zlewający się tam z ogniskami chorobnymi, znajdującymi się na bocznych powierzchniach klatki piersiowej. Prócz tego widać też zmiany na skórze grzbietowych powierzchni palców rąk i stóp.

We wszystkich tych miejscach — z wyjątkiem głowy i palców — zmiany skóry posiadają wygląd jednaki. Składają się one z wykwitów w kształcie stożkowatych guziczków, wielkości od łebka szpilki do ziarna soczewicy, a nawet i nieco większych. Guziczki twarde, wyraźnie wzniesione ponad powierzchnię otaczającej skóry, są pokryte na wierzchołku grubą, wogóle suchą, mocno przylegającą łuską rogową, barwy od brudno-żółtawej do popielatej. Po usunięciu takiej łuski widać, że jej dolna powierzchnia zapomocą czopa wnika w naskórek, tworząc w nim odpowiednie kraterowate wgłębienie. To wgłębienie ma nieco wzniesione brzegi oraz czerwone, niekiedy lekko krwawiące dno. Sama łuska, a właściwie czop bywa wogóle wybitnie suchy. W niektórych jednak miejscach [okolica międzyłatkowa, pachy] spotykamy też czopy bardziej tłuste. Wykwity te są otoczone na pozór zupełnie niezmienną skórą. Tylko w okolicy pępkowej, w pasie, który począł się tworzyć przed 4-ma miesiącami, mogłem stwierdzić wąską różową obwódkę dookoła drobnych młodych guziczków, przyczem winieniem dodać, iż ogólnych objawów podrażnienia skóry tutaj nie było.

Wcale nierzadko mogłem stwierdzić umiejscowienie się wykwitów w wyłotach mieszków włosowych. Nie jest to jednak bynajmniej prawidło, gdyż guziczki powstawać mogą w każdym punkcie powłoki skórnej.

W wyżej wspomnianych miejscach guziczki te występują całymi gromadami na mniejszej lub większej przestrzeni. Na obwodzie są one wogóle drobniejsze i rozsiane, gęsto zaś ułożone w środkowych częściach tych przestrzeni. Tutaj mogą się one zlewać ze sobą, tworząc placki o powierzchni nierównej; nieraz jakby brodawkowatej [pachwiny]. Placki pokryte są zgrubiałą warstwą rogową jużto suchą [szyja, mostek], jużto miękką, mażącą się, tłustą [pachy, pachwiny].

Na grzbiecie rąk i stóp i na grzbietowych powierzchniach palców wykwity posiadają wygląd nieco odmienny. Przypominają one pod wieloma względami t. zw. *verrucae juveniles*. Różnią się zaś od nich swą bardziej różową barwą i subtelnym matowym opalem zgrubiałej warstwy rogowej. Wykwity te dosięgają wielkości srebrnej 10-groszowej monety.

Takież wykwity znajdują się też na wyprostnych powierzchniach przedramion i goleni, w częściach przylegających do rąk i stóp.

Paznokcie u rąk i nóg są wzdłuż zbrózdzone, mają powierzchnię nierówną i zgrubiały wolny brzeg.

Na czole i owłosionej skórze głowy widać rozległe, obfite łuski i strupki barwy od szaro-żółtawej do szaro-brunatnawej. Całość wielce przypomina

eczema seborrhoicum. Jednak po usunięciu łusek na zaczerwienionej skórze wyraźnie zauważyć można liczne, drobne guziczki, zlewające się tu i owdzie i wyrastające jakby w twory brodawkowe. Na skroniach i w okolicy zausznej guziczki już niczem się nie różnią od typowych.

Blony śluzowe bez widocznych zmian. W narządach wewnętrznych nie wykryłem nic nienormalnego.

W przypadku tym chciałbym pod względem klinicznym zwrócić szczególnie uwagę na budowę pasa, znajdującego się w okolicy pępkowej. Odróżnić w nim można dwie części. Lewa połowa pasa nie przedstawia nic ciekawego. Guziczki, dosyć gęsto rozsiane, mieszczą się tutaj bez wszelkiej prawidłowości. W prawej jednak połowie wykwitów układają się szczególnie gęsto jakby zbitą masą u górnego i dolnego brzegu pasa [patrz rysunek]. W skutek tego tworzą się dwa wyraźne sznurki, okalające tę połowę. Górny sznurek szerokości około 2-ch ctm. rozpoczyna się poniżej pępka tuż na linii białej. Ciągnąc się początkowo ściśle po linii środkowej, unosi się on następnie ku łukowi żeber i biegnąc wzdłuż niego, dosięga linii pachowej. Tutaj ginie w masie guziczek, znajdujących się na bocznej powierzchni klatki piersiowej. Dolny, nieco węższy i krótszy sznurek, przebiega równoległe do pierwszego i kończy się, nie dochodząc linii pachowej. Przestrzeń skóry, objęta tymi sznureczkami, jest usadzona względnie nielicznymi i nieskupiającymi się guziczkami, tak, że opisane sznureczki widocznie rzucają się w oczy. O ile się zdaje, odpowiadają one VII-u i VIII-u odcinkowi rdzenia.

Z innych właściwości tego przypadku wskażę jeszcze na różową obwódkę dookoła młodych wykwitów, obwódkę widocznie zapalnego pochodzenia, a także na swędzenie, które towarzyszyło występowaniu świeżych guziczek.

Dalszy przebieg choroby jest naogół mało pouczający, gdyż pacjent bardzo krótko bawił w szpitalu i wypisał się, zaledwie uborykawszy się z zapaleniem najądrza i rzeżączką. Z racy cierpienia skóry stosowano obok częstych kąpeli środki keratolityczne w maściach, przyczem osiągnięto pewne polepszenie.

Pragnąc odpowiednio wyzyskać tak typowy przypadek choroby DARIER'a, postanowiłem przeprowadzić odpowiednie badania histologiczne i w tym celu wyciąłem kawałki chorej skóry z różnych miejsc ciała. Wycięto po kawałku z pasa na brzuchu i bocznej powierzchni tułowia [wykwity różnej wielkości] oraz kawałek skóry z grzbietowej powierzchni stopy [wykwity podobne do *verrucae juveniles*]. Preparaty utrwalilem po części w wysokoku, po części w sublimacie, zatopiłem w parafinie i barwiłem różnymi stosownie do celu sposobami.

Przy badaniu od razu się wyjaśniło, że pewna część wykwitów pozostaje w bezpośrednim związku z mieszkami włosowatymi, rzadziej z wylotami gruczołów potowych. Część zaś usadawia się w tym lub innym punkcie naskórka, nie ujawniając żadnej styczności z gruczołami skóry.

W najprostszej swej formie wykwit choroby DARIER'a przedstawia się jako ograniczone zgrubienie warstwy rogowej naskórka, jakby krążek leżący na powierzchni skóry. Pewna hiperkeratoza występuje jednak i w najbliższym sąsiedztwie tego krążka. Ten zazwyczaj usadawia się w punkcie, odpowiadającym mniej więcej środkowi rozszerzonego sopla naskórkowego. W dalszym rozwoju krążek grubieje i poniekąd czynnie wrasta w również zgrubiały naskórek. Wrasta zaś w kształcie ostrego lub tępego czopa albo też buławy. Twór ten składa się z mas rogowych, przeważnie niedostatecznie zrogowaciałych, z wyraźnymi jądrami, przyczem nawarstwienie blaszek rogowych bywa miejscami dosyć luźne. Warstwa ziarnista, towarzysząca czopowi i okalająca go z boków i od dołu, jest wyraźnie zgrubiała i składa się z 4 — 6 szeregów komórek. Te komórki są wysokie, znacznie większe niż normalne, jakby nabrzmiałe. Jądra okrągławe, duże. Komórki zawierają znaczną ilość keratohyaliny, przyczem zwraca uwagę szczególna gruboziarnistość tej substancji.

Już w tym okresie komórki warstwy kolczastej przedstawiają wybitne zmiany, które jednak w różnych punktach wykwitów sięgają niejednakiego stopnia natężenia. Wieloboczny kształt komórek nieco się zaciera wskutek tego, że kąty do pewnego stopnia się zaokrągłają. Zaródź komórek — mętna drobnoziarnista, jak przy ostrozapalnym zwyrodnieniu mięszowem. W niektórych komórkach odróżnić można w zarodku dwa koncentryczne pasy koliste: zewnętrzny, lepiej się barwiący i wewnętrzny, otaczający jądro, półprzezroczysty, słabo wchłaniający barwki. W innych znowu komórkach dookoła jąder tworzy się kulista niezabarwiona przestrzeń, jama, jak przy *altération cavitaire*. Przy ścianie, rzadziej po środku jamy leży zazwyczaj jądro. Same jądra również uległy zmianom. Niektóre zniekształcone ciemno się barwią, w innych zaś istota chromatynowa nie tworzy prawidłowej sieci, lecz rozpada się na ziarenka i grudki. Jąderka bez widocznych zmian. Przestrzenie międzykomórkowe są miejscami umiarkowanie rozszerzone, kolce jednak na ogół jeszcze dobrze zachowane. Między komórkami widać trochę leukocytów.

W komórkach warstwy podstawowej nie nieprawidłowego nie wykryłem. Dosyć często widywałem tu jednak figury podziału komórek. Na obwodzie wykwitów komórki tej warstwy zawierają dosyć dużo rudego barwika.

Zmiany skóry właściwej ograniczają się do warstwy brodawkowej i podbrodawkowej. Stwierdzić tu mogłem umiarkowany obrzęk, zwłaszcza pierwszej. Naczynia krwionośne o nabrzmiętym śródbłonku są znacznie rozszerzone, a niektóre szczelnie wypełnione czerwonymi krążkami krwi. Dookoła i wzdłuż naczyń widać dosyć obfite nacieczenie, złożone przeważnie z komórek łącznotkankowych oraz leukocytów. Leukocytów jest tutaj bardzo niewiele. Liczba stałych komórek tkanki łącznej jest wyraźnie powiększona w pomienionych warstwach skóry.

Przejdźmy teraz do wykwitów starszych, większych, dobrze rozwiniętych. Cechują je 3 sprawy, zazwyczaj nie spotykane w wyżej opisanych

młodszych guziczkach: 1) występowanie t. zw. ciał okrągłych i ziarenek DARIER'a, 2) tworzenie się szczelinowych przestrzeni, czyli t. zw. lakun i wreszcie 3) bujanie komórek warstwy podstawowej naskórka. Co się tyczy jednak ogólnych strukturalnych stosunków, to pozostały one te same. Kształt wykwitom nadaje naturalnie — przynajmniej pod względem mikroskopowym — wnikający w naskórek rogowy czop lub buława (*rete-cone plug Lustgarten*), gdy część, wystająca ponad powierzchnię skóry, zazwyczaj posiada formę stożkową. Widywałem jednak wykwit o wyglądzie zupełnie odmiennym. Mają one kształt jamy poprzeczno-owalnej, zajmującej całą grubość znacznie rozszerzonego w tem miejscu naskórka i komunikującej z powierzchnią skóry zapomocą tylko bardzo niewielkiego otworu [właściwie kanału]. Jamę wypełniają masy rogowe, wydobywające się przez kanał na powierzchnię skóry, lecz nie tworzące tam stożkowego nawarstwienia. Całość takiego tworów wygląda jak guzek na szypule i do pewnego stopnia przypomina wykwit *molluscum contagiosum*.

Co się tyczy samych czopów, to składające je blaszki rogowe w powierzchniowych warstwach tworzą bardziej zbitą masę, w głębszych zaś leżą więcej luźno, pozostawiając między sobą przestrzenie. W tych przestrzeniach znowu znajdują się ciała okrągłe i ziarna, o których niżej będzie mowa. Twory te są rozmieszczone w taki sposób, że w dolnych częściach czopa przeważają ciała okrągłe, gdy w górnych znajdujemy niemal wyłącznie ziarna. Warstwa komórek ziarnistych w bocznych częściach wykwitów jest zgrubiała i zmieniona tak, jak to wyżej opisano. W środkowych zaś częściach poniżej czopa znika ona — przynajmniej jako prawidłowa warstwa. Albowiem ziarenka i grudki keratohyaliny znajdujemy też tutaj i to widocznie nie tylko w komórkach [zmienionych], pochodzących z warstwy ziarnistej, lecz również w kolczastych. W obu tych warstwach — ziarnistej i kolczastej — odbywają się też sprawy zwyrodnienia komórek, prowadzące do wytworzenia t. zw. ciał okrągłych i ziaren. Sprawy te są widocznie dalszemi fazami zmian wstecznych, skreślonych przy opisie wykwitów młodych i w ogólnych zarysach przedstawiają się jak następuje.

Komórki tracą i stają się okrągłymi lub owalnymi. Zaródź — mętna, ziarnista. Jądra słabo się barwią, jąderka zaś na ogół dobrze. W dalszych fazach odbywa się oryginalne rozmieszczenie ziarenek keratohyaliny w ciele komórki. Ziarenka te — wogóle drobne — układają się w taki sposób, że tworzą dwa wążkie wianuszki: jeden na obwodzie komórki, tuż pod jej otoczką, drugi — w sąsiedztwie jądra. W następstwie odbywa się widocznie przesuwanie się ziarenek obwodowego wianka ku środkowemu, wskutek czego ten staje się szerszym, ziarenka jego grubieją i tworzą nieprawidłowe różnej wielkości grudki keratohyalinowe. Ułożenie tych grudek jest jednak jeszcze bardzo prawidłowe — w kształcie wyżej wzmiankowanego wianka. W tym samym czasie obwodowa część zarodzi, pomiędzy wewnętrznym wianuszkiem a otoczką, przestaje się barwić i staje się przezroczystą, choć zauważyć jeszcze w niej można jakąś subtelną siateczkę. Wreszcie ta siateczka znika i dokoła komórki powstaje szeroka o podwój-

nych zarysach, mocno łamiąca światło błyszcząca obwódka, t. zw. płaszcz, cechująca ciała okrągłe DARIER'a. W tym okresie ziarenka karotohyaliny są rozmieszczone zupełnie nieprawidłowo w pozostałej masie zmętniałej protoplazmy, w której jeszcze widać jądro i jąderka. Nakoniec protoplazma ta zamienia się w jakąś jednolitą masę, jądro znika i cały twór widocznie kurcząc się, przekształca się w mocno błyszczące okrągłe lub, co częściej, owoidalne ciało, t. zw. ziarenka DARIER'a. Te ziarenka, jak już wspominałem, znajdujemy przeważnie w czopie rogowym, wśród jego blaszek.

W dolnej części wykwitów DARIER'a, poniżej czopa widywałem w każdym niemal większym guziczku szczelinowatą przestrzeń mniejszych lub większych rozmiarów. Dolną ścianę szczelin zazwyczaj stanowi warstwa podstawowa naskórka, górną zaś komórki kolczaste. Zauważę zaraz, że i w tych komórkach odbywały się dopiero co skreślone sprawy degeneracyjne. Zawartość szczelin składa się z cienkiej siateczki włóknika, drobnoziarnistych mas rozpadowych, komórek naskórkowych, leukocytów i rzadziej czerwonych krążków krwi.

Kończąc opis zmian w naskórku, zaznaczyć jeszcze muszę, że warstwa podstawowa uległa znacznemu bujaniu, tworząc długie, cienkie, miejscami rozgałęziające się wyrosty, dosyć głęboko przenikające w skórę właściwą. W wyrostach tych miejscami stwierdzić mogłem zjawisko rogowacenia, przyczem występowały twory podobne do pereł rakowych. Ilość barwika w komórkach podstawowych jest bardzo znaczna, zwłaszcza w najbliższym sąsiedztwie wykwitów. Barwik znajdujemy nie tylko w tej warstwie, lecz częstokroć też w przylegających komórkach kolczastych. Nieraz miałem wrażenie, że ziarenka barwika mieszczą się nie tylko w komórkach, lecz również w przestrzeniach międzykomórkowych.

W tych razach, gdy wykwitów pozostają w związku z mieszkami włosowymi (*follicle pluj*), czopy tkwią w rozszerzonych wylotach tych mieszków i sięgają miejsca przyczepu gruczołu łojowego. Masy rogowe, wystające ponad powierzchnię skóry, mają kształt stożka, którego oś jednak niezawsze odpowiada osi mieszka. Szczelinowate przestrzenie znajdują się w bocznych częściach wykwitów. Tutaj też [szyjka] ma miejsce bujanie komórek warstwy podstawowej. Włosy, po większej części dobrze zachowane, przechodzą przez środek czopa rogowego. Same mieszki włosowe są na ogół niezmienione. W niektórych jednak, a mianowicie w dolnej $\frac{1}{3}$ mieszka, stwierdzić mogłem bujanie komórek pochewki zewnętrznej—w kształcie krótszych i dłuższych wyrostków. W gruczołach łojowych nie wykryłem nic nieprawidłowego.

[D. n.]

II. Operowanie raka macicy przez pochwę.

Podał

Bolesław Grzankowski,

Ordynator oddziału Ginekologicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus.

(Odczyt, wygłoszony w Seceyi Ginekologicznej Warsz. Tow. Lek. d. 27. 14. 1906 r.).

(Dokończenie. — Patrz Nr. 15).

Zupełnie odmienną metodę wyjęcia macicy przez pochwę zastosowano w Ameryce. Metoda ta, zwana metodą BRATT'a, polega na tem, że oddzielając macicę od przymacicza i więzadeł, separujemy tkanki, jakby preparując je anatomicznie i podwiązujemy każde naczynie oddzielnie.

Rozglądamy się w tkankach, odluszczaemy i usuwamy z pola operacyjnego moczowody.

Przy stosowaniu tej metody należy zwrócić szczególną uwagę na odluszczenie nie tylko pęcherza, ale i części pęcherzowej moczowodów od więzadła szerokiego. Obecnie stosunki anatomiczne moczowodu do szyjki macicznej są tak dobrze wystudjowane i rozpoznane przez LUSCHKA'ę i LANDAU'a, a u nas FAYTTA i innych, że umiejętne odluszczenie tych części, w większości przypadków, zależy tylko od wydoskonalonej techniki operacyjnej.

SCHAUTA ułatwia sobie operowanie w ten sposób, że na samym początku operacji przecina tylne sklepienie, wsuwa wskaziciel lewej ręki w jamę DOUGLAS'a i na nim napina przymacicze i więzadło, które potem separuje krótkimi nożyczkami.

W ten sposób postępuje dopóki nie dojdzie do moczowodów. Po odluszczeniu ich, odsuwa je ku górze wziernikiem i wtedy już śmiało separuje w dalszym ciągu tkankę przymaciczną. Zrobiwszy to na obydwóch stronach, przecina przednie sklepienie, przechyla macicę ku przodowi do pochwy, a niekiedy wywraca ku tyłowi przez jamę DOUGLAS'a. Nakłada podwiązki na górny odcinek więzadła i jajowodu, ujmując je mniej więcej w dwa pęczki.

Metodą, podobną do metody BRATT'a [z separowaniem tkanek], od dawna operował FRITSCH. Różnił się tylko tem, że naprzód przecinał boczne skle-

pienia, oddzielał dolną część więzadła od macicy, później przecinał przednie i tylne sklepienie, odluszczał pęcherz i w końcu oddzielał górną część więzadła i przydatków od macicy.

Metoda separowania tkanek z podwiązaniem naczyń najwięcej odpowiada wszystkim wymaganiom chirurgicznym i choć najtrudniejsza, wydaje się jednak najodpowiedniejszą ze wszystkich.

Zwolennicy metody z podwiazkami podają na jej korzyść to, że przy masowym podwiązaniu tkanek ukryte ogniska rakowate, które mogły pozostać w szypule, ulegają razem z szypułą martwicy i wydzielają się razem z martwą tkanką w okresie pooperacyjnym.

Stronnicy metody z zaciskaczkami uważają za zaletę takie samo wydzielenie się pooperacyjne tkanki zmartwiałej w obrębie zaciskaczy, licząc na to, że z tkanką tą zostają usuwane zarodki raka.

Tych zalet metoda BRATT'a nie posiada, ale nie potrzebuje ona o nie współubiegać się. O ile przy tamtych obydwu metodach, nakładając podwiązki lub zaciskacze, nie mamy prawa wychodzić poza jeden centymetr na zewnątrz od boku macicy, z obawy zranienia moczowodu, o tyle przy metodzie BRATT'a możemy oddzielać przymaciacze i więzadło na znacznie rozleglejszej przestrzeni. Mając przed oczyma wszystkie tkanki i usuwając moczowód z pola operacyjnego, nie wahamy się odcinać przymaciacza przy samej ścianie miednicy i usuwać razem z macicą kawał przymaciacza szerokości około 2—3 centymetrów.

Metoda BRATT'a najwięcej zbliża się do ideału doszczętnego wycięcia razem z macicą ognisk rakowatych, zawartych w przymaciaczu.

Pod nazwą metody z b i o r o w e j chcę opisać metodę wycięcia macicy przez pochwę, stosowaną w klinice SCHAUTA'y. Metoda ta łączy w sobie kombinację kilku sposobów operowania, podawanych przez różnych autorów.

Przygotowanie do operacji odbywa się przed samą operacją sposobem MIKULICZA i TAUFER'a, t. j. zapomocą wyłyżeczkowania i przyżegania.

Przygotowanie to robi sam operator w rękawiczkach gumowych, które potem zrzuca. Odrzuca też użyte narzędzia i przystępuje do właściwej operacji. Zaczyna ją od cięcia kulistego pochwy, w górnej części sposobem MACKENRODT'a. Odluszcza błonę śluzową od sklepień i części pochwowej, zszywa brzegi przecięte, pozostawiając długie nitki, których potem używa jako cugli do ściągania części pochwowej.

Zamknąwszy w ten sposób szczelnie całe ognisko rakowate, robi cięcie SCHUCHARD'a wzdłuż pochwy i na pośladku, nie obawiając się już o przeszczepienie raka na świeżą ranę.

Rozwierając w ten sposób pochwę, ułatwia sobie znakomicie dostęp do właściwego pola operacyjnego, które leży w końcu wąskiego kanału pochwy.

Zrobiwszy już przedtem odluszczenie górnej części pochwy sposobem MACKENRODT'a, ułatwia sobie jak można najwięcej dostęp do przymacicza, więzadeł i przydatków.

Samo oddzielenie macicy od przymacicza i więzadeł wykonywa sposobem BRATT'a. SCHAUTA separuje tkanki krótkimi nożyczkami, podwiązuje oddzielnie drobne naczynia, szczególnie zaś tętnicę maciczną. Odluszcza starannie pęcherz i moczowody nie tylko od szyjki macicznej, ale i od całego więzadła; odsuwa je ku górze wziernikiem i dalej śmiało separuje tkanki, oddzielając macicę razem z przymaciczem, jak najbliżej ściany miednicy. Po otwarciu otrzewnej przechyla macicę ku przodowi lub wywraca ją ku tyłowi, ściągając trzon macicy ku pochwie i wtedy dopiero nakłada podwiązki na górną część więzadła, zajmując w miarę potrzeby przydatki maciczne. Po wyjęciu macicy SCHAUTA jeszcze raz ogląda zrobioną ranę, podwiązuje krwawiące naczynia lub obkłuwa krwawiące miejsca. Potem zamyka jamę otrzewną szwem katgutowym i wypełnia jamę w przymaciczach i górną część pochwy gazą jodoformową.

W końcu zeszywa cięcie SCHUCHARD'a w pochwie szwem katgutowym, a na pośladku szwem jedwabnym.

Metoda zbiorowa SCHAUTA'y najwięcej odpowiada wymaganiom nowoczesnej chirurgii. Pozwala ona na oddzielanie tkanek przed oczyma, zabezpiecza świeże rany od przeszczepień raka i ułatwia jak najrozleglejsze wycięcie przymacicza. Zbliża się więc do ideału doszczętnego usuwania ogniska rakowatego wraz z przerzutami.

Metoda zbiorowa w porównaniu z operowaniem raka macicy metodą brzuszną stoi w zasadzie niżej o tyle, że przy niej nie możemy usuwać gruczołów z małej i dużej miednicy.

Ponieważ jednak do dziś kwestya możliwości usunięcia gruczołów zrakowaciałych przedstawia się bardzo niepomyślnie, jak to stwierdzają prace SCHAUTA'y, WERTHEIM'a, CULLEN'a i innych, więc w rzeczywistości ta metoda może współzawodniczyć z metodą brzuszną.

Jeżeli dzisiaj sam WERTHEIM, stosując metodę brzuszną w raku macicy, w większości przypadków zarzuca wyłuszczenie gruczołów, to cały spór o pierwszeństwo tych dwóch metod sprowadza się do pytań: która z nich pozwala na rozleglejsze usunięcie przymacicza i która z nich zalęcana być może dla tej lub owej chorej ze względu na stopień ciężkości samej operacji.

Odpowiedź na te pytania dzisiaj będzie dość trudna, bo wyniki operacyjne zależą w znacznym stopniu od wydoskonalonej techniki samego operatora.

W praktyce obecnie zazwyczaj bywa tak, że jedni, jak WERTHEIM operują tylko drogą brzuszną, inni, jak SCHAUTA, operują tylko drogą pochwową.

Każdy z nich, mając poza sobą doświadczenie kilkuset przypadków, dochodzi w końcu do tej doskonałości, że w ostatnich seryach miewa lepsze wyniki niż w początkowych.

Istnieją zdania poważnych autorów, twierdzące na przykład, że operacja metodą pochwową zbiorową, jeżeli ma być wykonana idealnie, jest względnie trudniejszą i zmuśniejszą od operacji drogą brzuszną.

Dane statystyczne, które dziś są jeszcze dość szczupłe, mogą służyć tylko za materiał naukowy, a nie podobna jest z nich stawiać wskazania dla przeciętnego operatora.

Przytoczymy tutaj statystykę kilku lekarzy, operujących metodą pochwową.

	Operabili- tas	Wyleczenie trwałe	Wyleczenie absolutne	Śmiertelność pierwotna
OLSHAUSEN w latach 1901 — 1902	61,6%	33%	20%	7%—5%—0%
CHROBAK	29,2%		10,1%	
PFANENSTIEL w roku 1901	40%	55%	12%	32%
DOEDERLEIN w roku 1898	48,3%		19,6%	
RICHELOT			18%	
SCHUCHARD w r. 1896 przypad- ków 58	61%	40%	24,6%	12%
SCHAUTA przypadków 120	44%			20%—12%—6%

Biorąc pod uwagę ogólny stan chorej, musimy zaznaczyć, że tak metoda pochwowa zbiorowa, jak i metoda brzuszna stanowią zabieg dość poważny.

Metoda SCHAUTA'y związana nieraz z obfitem krwawieniem, z długą hemostazą, wymagająca przeciętnie 1½ godziny czasu, należy do operacji ciężkich.

Nie można jej zalecać chorym, które ze względu na swój stan ogólny nie przeniosą cięższych operacji.

Stan chorej niezawsze pozwala na to, aby wybierać metodę najpewniejszą pod względem doszczętnego usunięcia raka, bo niekiedy operacja ta bywa za ryzykowna dla organizmu operowanej, np. z powodu anemii, wyniszczeń, chorób serca, nerek.

W tych razach w praktyce zawsze będą miały zastosowanie dawne metody z podwiązkami i zaciskaczami, które pozwalają na szybsze wykonanie operacji, a nawet i metoda nadpochwowego odcięcia szyjki macicznej.

Wskazania dla rozmaitych metod operacyjnych tak drogą pochwową, jak brzuszną nie są dziś ostatecznie sformułowane i dlatego poprzestajemy na podaniu zdań wybitniejszych operatorów w tej sprawie.

FROMMEL w Ginekologii VEIT'a w roku 1899 radzi operować drogą brzuszną te przypadki raka macicy, w których nowotwór przechodzi do samego boku macicy lub nieco przechodzi za jej granicę (*Grenzfülle*).

Przypadki, w których rak ogranicza się na częściowem zajęciu tkanek macicy, radzi operować drogą pochwową. Gdzie zaś rak znacznie przechodzi na przymacicze, tam uważa wszelkie usiłowania doszczętnego usunięcia raka za bezcelowe.

RICHELOT w *Chirurgie de l'Uterus* z r. 1902 zaleca głównie operowanie drogą pochwową.

Metoda brzuszna według niego, może współzawodniczyć z metodą pochwową, o ile wykluczy się z niej wyluszczenie gruczołów i rozległe wycinanie tkanek (*evidement, Ausräumung*); te zabiegi uważa za bezcelowe.

Ufanie w skuteczność metody brzusznej przy raku macicy, graniczącym z przymaciczem, uważa za iluzję, a przy raku przechodzącym na przymacicze za nierostropność (*imprudence*).

Na Kongresie ginekol. w Giessen w r. 1901 WINTER zamyka dyskusję nad operowaniem raka macicy temi słowy: „Pytanie, czy powinniśmy operować drogą pochwową, czy brzuszną, nie jest rozstrzygnięte. Stanowczego wskazania do operowania tą albo inną metodą postawić nie możemy”.

WINTER jest zdania, że rak macicy ograniczający się na samej macicy, powinien być operowany przez pochwę, rak zaś przechodzący na przymacicze wymaga metody brzusznej.

Kongresy późniejsze w Rzymie w r. 1902 i w Kielu r. 1905 ogłosiły pojedyncze statystyki i zdania rozmaitych operatorów, ale nie wyrzekły ostatecznego słowa co do wartości tych metod.

Większość zwolenników operowania raka macicy metodą brzusznią nie zarzuca całkiem metody pochwowej.

PFANENSTIEL w r. 1904 stawia następujące wskazania do operacji w raku macicy:

Drogą pochwową należy operować tylko:

a) rozpoczynające się raki tak części pochwowej, jak i trzonu macicy, jeżeli niema powikłań.

Drogą brzusznią należy operować:

a) przypadki rozpoczynającego się raka:

1) u osób bardzo młodych, w okresie ciąży i położu,

2) jeżeli rak bardzo szybko postępuje,

3) jeżeli mamy do czynienia z endoteliomatem lub sarkomatem;

b) przypadki raka części pochwowej, trzonu macicy w okresach późnych.

DOEDERLEIN i KROENIG w swoim dziele *Operative Gynäkologie* z roku 1905 stawiają mniej więcej te same wskazania dla metody brzusznej i pochwowej i przytaczają jeszcze specjalne wskazania WINTER'a dla metody odcięcia nadpochwowego szyjki macicznej. Metodę tę można zastosować tylko przy rozpoczynającym się raku części pochwowej w następujących razach:

1) jeżeli chora nie zgadza się na to, ażeby pozbawić ją możliwości rodzenia;

2) jeżeli otworzenie otrzewnej może być dla chorej niebezpieczne, np. przy świeżem zapaleniu przymacicznym;

3) jeżeli wyjęcie macicy jest zbyt niebezpieczne ze względu na trudności techniczne, np. wobec starych wysięków, ogromnych zrostów i ropnych guzów;

4) jeżeli chore są tak wyniszczone, że nie mogą znieść dłuższego i cięższego zabiegu (*anaemia, nephritis* w znacznym stopniu);

5) u kobiet w wieku bardzo podeszłym, po latach 70-u.

Ogłaszając naszą pracę o operowaniu raka macicy przez pochwę, zaznaczamy, że nie chcemy przez to uchodzić za zwolenników tylko jednej metody pochwowej.

W końcu przytoczymy kilka myśli w sprawie leczenia operacyjnego raka macicy, które wysnuiliśmy po skończeniu niniejszej pracy:

1) Leczenie chirurgiczne raka macicy może być pewne tylko w zaniu jego rozwoju.

2) Leczenie chirurgiczne doszczętne należy uważać za celowe, skoro ono daje 10% do 25% absolutnej wyleczalności według najnowszych statystyk.

3) Leczenie paliatywne nie powinno być zaniebywane tak ze względu na możliwość przedłużania życia chorym, jak i celem usunięcia wydzielin cuchnących i zaraźliwych.

4) Wskazania do wyboru metody operacyjnej szukać należy nie tylko w zaletach samych metod, tyjących się doszczętnego usuwania raka, ale i w stanie zdrowia samej chorej.

5) Obecnie większość operatorów zgadza się na operowanie metodami dawnymi, mniej doszczętnymi [metoda pochwowa z podwiązkami i zaciskaczami]:

- 1) raka trzonu macicy bez powikłań,
- 2) rozpoczynającego się raka części pochwowej.

6) Obecnie znaczna część operatorów uważa doszczętne usunięcie raka macicy, który zajmuje przymacicze na rozległej przestrzeni, za illuzję.

7) Ścisłe wskazania do wyboru między metodami operacyjnymi doszczętnymi: drogą brzuszna [met. WERTHEIM'a i JONESCO], a drogą pochwową [met. SCHUCHARD'a i SCHAUTA'y], nie są dotychczas postawione.

Statystyka rozporządza tak małemi cyframi, że może jedynie służyć dzisiaj za materiał naukowy.

Obecnie wybór tej lub innej metody jest w pewnej mierze zależny od wprawy technicznej operatora.

L I T E R A T U R A

zużytkowana w niniejszej pracy.

- 1) SCHROEDER. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. III. s. 419.
- 2) Tenże. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. VI. s. 213.
- 3) KRUKENBERG. Die Resultate der operativen Behandlung etc. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. XXIII s. 94.
- 4) HOFMEIER. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. X. s. 269.
- 5) Tenże. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. XIII. s. 360.
- 6) WINTER. Ueber die Schröder'sche supravaginale Amputation bei Portiocarcinom. Zeit. f. Geb. u. Gyn. 1891.
- 7) Tenże. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. XXVII. s. 101.
- 8) MACKENRODT. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. XXIX, T. XXXII i T. XXXIV.
- 9) Tenże. Centrbl. f. Gyn. XIX, N. 24, s. 646.
- 10) SCHUCHARDT. Eine neue Methode der Gebärmutterexstirpation. Centralbl. f. Chirurgie 1893. T. XX. s. 1121.
- 11) Tenże. Zeit. f. Geb. u. Gyn. T. XXVIII. s. 405.
- 12) STAUDE. 20 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus. Deut. med. Wochenschr. 1886. N. 35.
- 13) MARTIN. Zur Technik der vagin. Uterusexstirpation Centrbl. f. Gyn. 1881. Nr. 5.

- 14) Tenže. Internat. m. Congr. Wash. 1887. II. 788—92.
- 15) OLSCHAUSEN. Klin. Beiträge z. Geb. u. Gyn. 1885.
- 16) Tenže. Berlin. klin. Wochenschr. 1896 Nr. 23.
- 17) Tenže. Berlin. klin. Wochenschr. 1891. Nr. 35 i 36.
- 18) CZERNY. Ueber Ausrottung des Gebärmutterkrebses. Wien. med. Wochenschr. 1879. Nr. 45—49.
- 19) Tenže. Berlin. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 46—47.
- 20) MIKULICZ. Wiener med. Wochenchr. 1881/81. Nr. 47.
- 21) DOEDERLEIN. Zur Technik der vaginalen Totalexstirpation, Klammer oder Ligatur? Centr. f. Gyn. 1897. Nr. 3.
- 22) Tenže. Ueber vaginale Uterusexstirpation mit einem Vorschlag einer neuen Operationsweise. Archiv. f. Gyn. 1901. T. 63. z. 1 i 2.
- 23) BORYSSOWICZ. VII Zjazd lekarzy polskich we Lwowie.
- 24) KALTENBACH. Centrabl. f. Gyn. 1880. Nr. 11.
- 25) LANDAU L. Die vaginale Radicaloperation 1896.
- 26) DOYEN. Deux procédés inédits d'hystérectomie abdominale et vaginale. Paris 1893.
- 27) Tenže. Technique Chirurgicale 1897.
- 28) ZWEIFEL. Centr. f. Gyn. 1884, Nr. 26 i 1896, Nr. 38.
- 29) SCHAUTA. Indikation und Technik der vaginalen Totalexstirpation. Festschr. z. Feier des k.k. algem. Krankenhauses 1890 p. 219—82.
- 30) PÉAN. Du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale totale. Rev. gen. de clin. et de thérap. Paris 1890, IV s. 574—6.
- 31) Tenže. Diagnostic et traitement de tumeurs de l'abdomen et du bassin. Paris 1895. Masson.
- 32) RICHELOT. L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'uterus et les affections non cancéreuses. Paris 1894. Doin.
- 33) Tenže. Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve. Paris 1902.
- 34) ROSNER A. Thermokauterectomia uteri totalis, celem zapobieżenia przeszczepleniu raka. Przegląd lekarski s 246.
- 35) FAYTT T. O stosunkach topograficznych moczowodów do pęcherza i macicy. Warszawa 1896.
- 36) FRITSCH H. Centralbl. f. Gyn. 1883. Nr. 37.
- 37) VEIT. Handbuch der Gynäkologie. Wiesbaden 1899.
- 38) DOEDERLEIN-KROENIG. Operative Gynäkologie 1905.

III. KONDENSOR DO BADAŃ ULTRAMIKROSKOPOWYCH.

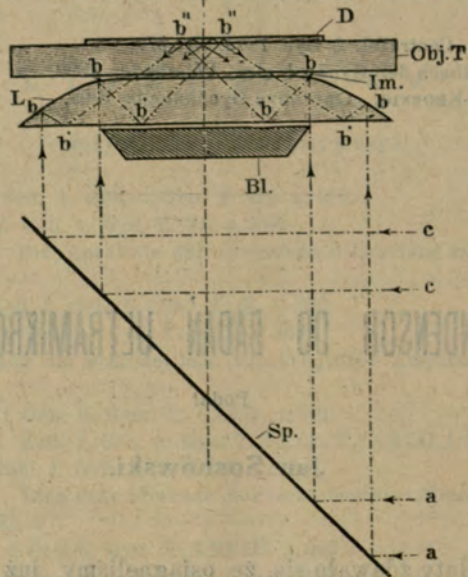
Podał

Jan Sosnowski.

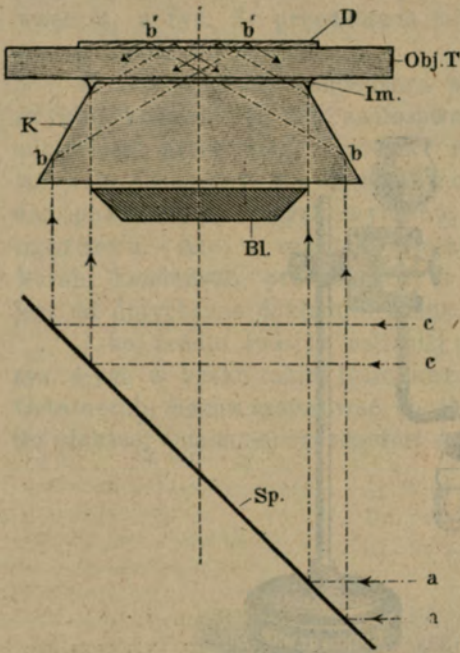
Przed kilku laty zdawało się, że osiągneliśmy już szczyt tego, co wogóle mikroskop nam dać może. Z prac ABBE'go i HELMHOLTZ'a wynika, że zdolność rozpoznawcza mikroskopu ma swój kres — przy pomocy obiektywu

o rozwartości optycznej A można rozróżnić punkty znajdujące się w odległości $a = \frac{\lambda}{A}$; λ oznacza długość fali światła, A zaś określa się wzorem $A = n \sin u$, gdzie n jest współczynnik załamania światła, u równa się połowie kąta maksymalnego między promieniami, mogącymi jeszcze wejść do mikroskopu. Dla obiektywów suchych, gdzie $n = 1$, najwyższa wartość A może być równą jedności, gdy $u = 90^\circ$. Wtedy $a = \lambda$, przeto można rozróżnić przedmioty znajdujące się w odległości równej długości fali światła, czyli około 0.5μ . Stosując obiektywy imersyjne i oświetlenie skośne, można zejść do 0.2μ .

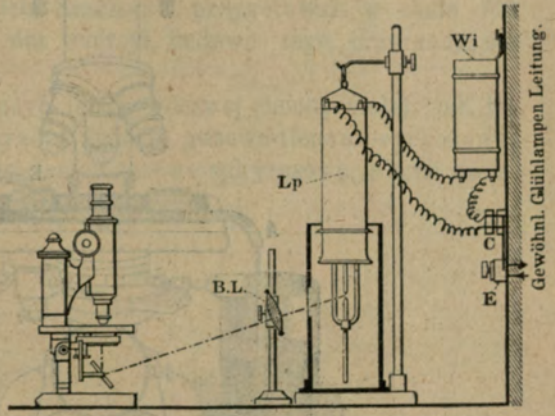
Zdolność rozpoznawania nie jest identyczna z możliwością widzenia, to też przed kilku laty SIEDENTOPF i ZSIGMONDY, (*Annalen der Physik T. X. 1903*), stosując inną zupełnie zasadę, zdołali uwidocznić zawieszony w cieczy nadzwyczaj drobne cząstki, aż do $6 \mu\mu$. Autorowie ci przez ciecz prowadzili bardzo silną wiązkę promieni świetlnych, prostopadle do osi mikroskopu; do obiektywu nie dostawał się przeto bezpośrednio żaden promień z wyjątkiem tych, które ugięły się koło cząstek zawieszonych w cieczy. Na czarnym polu widać w ten sposób błyszczące punkciki. Przyrząd SIEDENTOPF'a i ZSIGMONDY'ego kosztował bardzo drogo i był przez to niedostępny dla ludzi i pracowni, rozporządzających skromnymi środkami. Dopiero w roku zeszłym znanej firmie wiedeńskiej REICHERT'a udało się zbudować kondensor do badań ultramikroskopowych, który kosztuje zaledwie 50 koron i podobno ma dawać takie same wyniki, co poprzednio wymieniony aparat. Część zasadniczą kondensora [rys. 1].



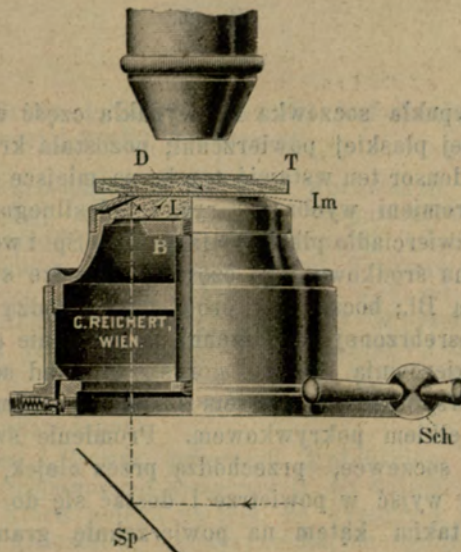
Rys. 1.



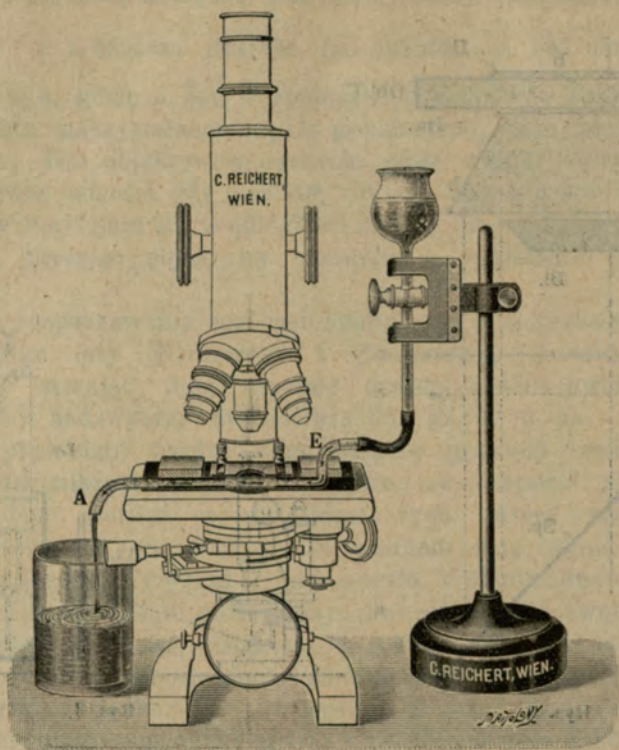
Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.



Rys. 5.

stanowi płasko - wypukła soczewka L; wypukła część we środku jest ścięta równolegle do dolnej płaskiej powierzchni; pozostała krzywizna jest od góry posrebrzona. Kondensor ten wstawić trzeba na miejsce zwykłego kondensora ABBE'go. Bieg promieni wyobraża rys. I; od silnego źródła światła padają promienie na zwierciadło płaskie mikroskopu Sp. i wchodzą do kondensora. Te, które padają na środkową jego część, na drodze swej napotykają zasłonę nieprzezroczystą Bl.; boczne zaś promienie wchodzą do soczewki, odbijają się od jej górnej posrebrzonej powierzchni, a następnie od dolnej granicy soczewki i znowu skierowują się ku górze. Po nad soczewką znajduje się warstwa olejku imersyjnego Im., na tem szkiełko przedmiotowe Obj. T. i preparat pokryty szkiełkiem pokrywkowym. Promienie świetlne dwukrotnie poprzednio odbite w soczewce, przechodzą przez olejek, szkło przedmiotowe i pokrywkowe, ale wyjść w powietrze i dostać się do obiektywu nie mogą, gdyż padają pod takim kątem na powierzchnię graniczną między szkłem a powietrzem, że ulegają pełnemu odbiciu wewnętrznemu. Zrozumieć można łatwo, że te promienie, które podczas przejścia przez preparat uległy ugięciu, wyjdą ze szkła i wejdą do obiektywu mikroskopu. To też wszy-

stkie ciała, zawarte w cieczy preparatu, na ciemnem tle błyszcząć będą. Rys. 2-i wyobraża kondensor po usunięciu części ścianki dla uwidocznienia wnętrza, a rys. 3-i przedstawia mikroskop wraz z przyrządem do badania cieczy koloidalnych.

Z samej zasady kondensora wynika, że obiektywów imersyjnych w ich zwykłej konstrukcyi doń zastosować nie można, gdyż niema wtedy granicy odbijającej promienie. REICHERT radzi używać obiektyw № 5 i wysoki okular kompensacyjny, np. № 18. Wobec tego kondensor REICHERT'a nie może dać pewno tych samych wyników, co ultramikroskop ZSIGMONDY'ego i SLE-DENTOFF'a. Ale w czasach ostatnich REICHERT przygotował w cenie 100 koron kondensor, przeznaczony i dla imersyi, budowa tego przyrządu nie jest mi dotychczas dokładnie znana.

Jako źródło światła najlepiej użyć lampy łukowej choćby małej, jak na rys. 4-ym, w braku takiej REICHERT radzi światło gazowo-tlenowo-cyrkonowe. Ostatecznie można zastosować choćby lampę żarowo-spirytusową, ale im światło słabsze, tem mniej szczegółów dojrzeć można.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

33. Uhlenhuth, Gross i Bickel. Badania nad działaniem atoksylu na świdrowce (*trypanosomae*) i krętki (*spirochaete*).

W roku 1905 lekarz angielski THOMAS wprowadził do terapii świdrownicy [śpiączki zakaźnej] — atoksyl (*Anilinum metaarsenicicum* $C_6H_5NHA_5O_2$), zawierający 37,5% arseniku i blisko 40 razy mniej jadowity w stosunku do zawartego w nim arseniku. Środek ten zalecił THOMAS na zasadzie swych badań przeprowadzonych na zwierzętach, które wykazały świdrowicobójcze jego działanie. Wskutek tego atoksyl stosowali w przebiegu śpiączki zakaźnej między innymi KOPKE, BRODEN i RODHAIN. Jednak wyniki systematycznego i celowego leczenia przed parą tygodniami ogłosił dopiero R. KOCH, który wykazał, że po upływie 8-u godzin od zastrzyknięcia atoksylu znikają z gruczołów limfatycznych.

UHLENHUT, GROSS i BICKEL, przerobili z atoksylem szereg badań nad świdrowcem końskim (*trypanosoma equiperdum*), wywołującym u koni cierpienie, zwane duryną, które polega na tem, że występują u zwierząt: obrzęk narządów płciowych i gruczołów, wynaczynienia, następnie zupełne wychudnienie i wyniszczenie ustroju, różne porażenia i śmierć. Cierpienie to przenosi się prawie wyłącznie podczas *coitus*. Myszy i szczury łatwo zarazić można drogą szczepień materiału, zawierającego świdrowce. Cierpienie przebie-

ga wtedy pod postacią sprawy zakaźnej ogólnej. Autorzy szczepili świdrowce szczurom, zauważyli przytem, że niema szczurów odpornych przeciw duryinie, jak również, że u zwierząt zakażonych samowyleczenie nigdy nie następuje. Z badań autorów wynika, że trzykrotna dawka atoksylu po 0,01 nie wystarcza, aby zubożenić podaną następnie śmiertelną dawkę świdrowców, natomiast zastrzykiwania atoksylu przez 4 dni po 0,01 wystarczyły, aby uchronić zwierzę od rozwoju cierpienia. Dalsze badania wykazały, że 0,02—0,03 atoksylu, zastrzyknięte jednocześnie z odpowiednią dawką świdrowców, wystarczały, aby uchronić szczura od rozwoju duryiny. Co się tyczy królików, to nawet ciężko chore króliki wybitnie poprawiały się pod wpływem leczenia atoksylem; u jednego z królików po podaniu atoksylu zupełnie znikło porażenie tylnej nóżki, które wystąpiło podczas cierpienia. Badania autorów zachęcają również do wypróbowania atoksylu w przebiegu innych cierpień wywołanych przez pierwotniaki. Z badań przeprowadzonych nad atoksylem u kur chorych na świdrowicę wynika też, że atoksyl posiada własności ochronne i lecznicze. Świdrowce bardzo szybko znikają we krwi.

Reasumując wynik swych badań, autorzy przychodzą do następujących wniosków: 1) Atoksyl wywiera wpływ swoisty na *trypanosoma equiperdum* i *spirochaete gallinarum*. 2) Wobec tego należałoby zwalczać duryinę [która spotyka się najczęściej u koni w Algierze i Północnej Ameryce] i chorobę koni wywołaną przez odpowiedni krętek [spotykaną w Brazylii], systematycznymi zastrzykami atoksylu. 3) Wskazane jest stosowanie atoksylu przy innych cierpieniach, które wywołują świdrowce (*Surra*, *Nagana*, *Mal de Caderas* i t. p.). 4) Ponieważ atoksyl działa zabójczo na najrozmaitsze świdrowce, jak również i na *spirochaete gallinarum*, należy zatem przypuszczać, że atoksyl będzie działał zabójczo i na inne spirochety. 5) Autorzy prowadzą już obecnie badania nad wpływem atoksylu na krętek duru powrotnego (*spirochaete recurrentis*) i krętek syfilisu, oraz zaczynają badania nad innymi cierpieniami, wywołanymi przez pierwotniaki, jak malarya, piroplazmozy i t. p.

(*Deutsche med. Woch.*, 1907, N. 4).

T. W.

34. O. Loewi. O wskazaniach i zakresie działania niektórych środków moczopędnych.

Autor w odczycie swym, wygłoszonym 30-go listopada na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu, rozpatruje sposób działania moczopędnego grupy purynowej, a więc kofeiny, diuretyny i teofiliny, oraz naparstnicy, w końcu zaś podaje szereg wskazań dla racjonalnego stosowania tych środków. Zwiększenie wydzielenia się moczu zasadniczo otrzymać można dwojaką drogą: albo przez pierwotne zwiększenie ciśnienia krwi w całym krwiobiegu, tak, aby w tym samym okresie czasu do nerek więcej dopływało krwi, lub też zapomocą pierwotnego wzmocnienia czynności wydzielniczej nerek. Kwestya tylko, która droga okazuje się skuteczniejszą? SCHRÖDER jeszcze w 1887 r. wykazał, że u królików środki z grupy purynowej są w stanie silnie pędzić mocz, bez jednoczesnego zwiększenia ciśnienia krwi w naczyniach. Dalsze badania, a między niemi i autora, pozwoliły twierdzić, że zwiększenie wydzielenia się moczu po podaniu kofeiny, teobrominy i t. p. powoduje w nerkach podrażnienie aparatu obwodowego, rozszeszaćcego naczynia, wskutek czego w nerkach występuje silne przekrwienie. Z badań, przeprowadzonych przez SCHLAYER'a w pracowni ROMBERG'a, na zwierzętach zatrutych kantarydyną lub chromem, wynika, że zasadniczo rozpatrywane środki moczopędne działają nie na nabłonek kanalików w nerkach, lecz na naczynia kłębków w ciałkach MALPIGHI'ego.

Obecnie zachodzi pytanie, w jakich warunkach tego rodzaju mechanizm może działać skutecznie, a więc kiedy należy racjonalnie stosować omawiane środki moczopędne. Według autora na warunki te składają się: 1) stopień ciśnienia krwi; 2) stan narządów wydzielniczych, oraz 3) odpowiedni zapas materiału potrzebnego dla wytworzenia się moczu. Co się tyczy pierwszego punktu, to o ile ciśnienie krwi spadło, wtedy żaden już środek nie jest w stanie wywołać wydzielenia się moczu. Odnosnie do drugiego punktu, to narządy wydzielnicze winny być w takim stanie, aby środki moczopędne mogły działać. Idzie tutaj nie o naczynia nerkowe: jeżeli są one już zawczasu, a nie przed podaniem środka moczopędnego *ad maximum* rozszerzone—a do takiego stanu zbliżone są naczynia osobników zdrowych—to środki te niewiele mogą zdziałać. Również jeżeli mamy do czynienia z wysoko rozwinięciem zwapnienia naczyń nerkowych, to z powodu niepodatności naczyń środek moczopędny zawiedzie. Przeciwnie zaś fakt, że podczas niektórych obrzęków nerkowych, oraz przy braku sprawy zastoinowej, środek moczopędny silnie nie raz działa, pozwala autorowi wyprowadzić wniosek, że w takim wypadku naczynia nerkowe muszą być niepomiarne zwężone, lecz są zdolne do rozszerzania się. Lówi zgadza się z SCHLAYER'em, że w przyszłości, naturalnie uwzględniając wszystkie pozostałe objawy, sposób oddziaływania teobrominy, kofeiny lub teofiliiny w przebiegu ostrego zapalenia nerek, będzie ważnym punktem rozpoznawczym przy rozstrzygnięciu sprawy, czy mamy do czynienia z zapaleniem umiejscowionem przeważnie w kłębkach nerek, czy też z formą mięszową. Co się tyczy punktu trzeciego, to o ile zawartość wody w organizmie przewyższa normę, to nadmiar wody wydziela się przez nerki. Działanie środków moczopędnych wyraża się tutaj tem, że środki te w okresie silnego przekrwienia nerek ułatwiają szybsze wydzielenie się nadmiaru wody.

Przechodząc następnie do rozpatrzenia działania moczopędnego naparstnicy, LOEWI zastanawia się, czy diureza powstaje wskutek działania na cały krwiobieg, czy też wyłącznie na nerki? Dotychczas, według autora, nie mamy jeszcze punktu oparcia dla przyjęcia przypuszczenia, że naparstnica oddziałuje swoiście na nerki, podobnie jak środki z grupy purynowej; brak doświadczeń z nietrującymi dawkami. W większości podręczników autorzy uważają moczopędne działanie naparstnicy za skutek podniesienia się ciśnienia krwi. Tak jednak zdarza się niezawsze. Czasem ciśnienie krwi stale zmniejsza się, a pomimo to występuje silna diureza. Systematyczne badania ciśnienia krwi, przeprowadzone przez CZYHLARZA, SAELI'ego, STEINBÖCK'a, FRAENKEL'a, RECHLINGHAUSEN'a wykazały, że u zdrowych osobników zawsze, a u chorych w większości przypadków ciśnienie krwi pod wpływem naparstnicy nie zwiększa się, a pozostaje bez zmiany, lub zmniejsza się. Mowa jest o dawkach leczniczych, a nie toksycznych. Inne badania wykazały, że dawki lecznicze naparstnicy sprządzają u ludzi wzmoczenie się skurczu mięśnia sercowego, lecz nie wywołują wzmocnienia napięcia naczyń (*Gefäßtonus*). Dlatego też tętno po naparstnicy jest pełne, lecz nie napięte. Gdy więc serce pod wpływem naparstnicy działa sprawniej, a więc nie tylko więcej wyrzuca z siebie krwi, ale też więcej nabiera, zmniejszają się zastoje i obrzęki; wskutek lepszego ukrwienia zmniejsza się duszność oraz podrażnienie odrodników zwężających naczynia i towarzyszące mu napięcie naczyń. Skutkiem tego ciśnienie krwi zmniejsza się, nerki otrzymują więcej krwi świeżej, wzamian zastoinowej żyłnej, mogą też znowu silniej pracować. Fakt, że naparstnica z powyżej przytoczonych względów wpływa często na obniżenie ciśnienia krwi, pozwala nam wyprowadzić wniosek, że przy wysokim ciśnieniu krwi, a więc

nie tylko przy sprawie zastoinowej pochodzenia sercowego, lecz i w przebiegu cierpień nerek, nawet zatrucia ołowianego, o ile towarzyszą im większe lub mniejsze obrzęki i duszność, jako wynik wzmożonego ciśnienia krwi, stosowanie naparstnicy nie może mieć przeciwwskazań; owszem naparstnica wtedy okazać się może niezbędną. W kwestyi połączonego leczenia środkami z grupy purynowej i naparstnicą autor wypowiada się za stosowaniem w przypadkach dużych obrzęków naprzód kofeiny, teobrominy lub teofiliny a następnie ułatwwszy sercu pracę, podaje naparstnicę. Z tych samych względów, przed podaniem choremu naparstnicy można nieraz podawać diuretykę. W końcu LOEWI zaznacza, że nie tylko z teoretycznego, lecz i z praktycznego punktu widzenia nigdy nie szkodliwe, a często zbawienne jest jednoczesne łączenie naparstnicy z jednym ze środków grupy purynowej.

(Wiener klin. Woch. 1907, N. 1).

T. Wretowski.

35. Boas. Trawienny (*digestive*) sokotok żołądkowy.

Autor na zasadzie licznych swych spostrzeżeń, a ostatnio, opierając się na 12-u obserwowanych przez siebie przypadkach, odróżnia jako oddzielne cierpienie sokotok obfity, zjawiający się tylko w okresie trawienia. Na czczo żołądek takich chorych bywa zwykle pusty. Zapadają na to cierpienie w przeważnej liczbie mężczyźni, bez różnicy wieku. Objawem zwracającym na siebie uwagę, jest szybkie często chudnienie chorych. Chorzy tacy tracą na wadze 10—15 kilo; apetyt przytem i ilość spożywanych pokarmów są zazwyczaj normalne. Przyczyną szybkiego chudnięcia jest, według autora, strata, jaką organizm ponosi, wydzielając niepotrzebnie nadmiernie duże ilości soku żołądkowego. Autor oblicza, że nadprodukcya soku dochodzi nieraz do 2-ch litrów dziennie i więcej.

Przy trawiennym sokotoku w większości przypadków, według BOAS'a, amyloлиза jest znacznie upośledzona, na co również zwracał uwagę STRAUSS i czemu przeczą badania ZWEIF'a i CALVO'y. Dalej autor zwraca uwagę na chroniczne zaparcia stolca, jako na częsty objaw rozpatrywanego cierpienia. Co się tyczy subiektywnych dolegliwości chorych, to przypominają one bardzo obraz chorobny przy dyspepsyi nerwowej. Chorzy uskarżają się na rozmaite dolegliwości w okolicy żołądka, na uczucie gniecienia pełności, odbijanie, oraz bóle. Mdłości i wymioty spotykają się rzadko.

Badanie obiektywne wykazuje na znacznej przestrzeni w okolicy żołądka pluskanie; żołądek jest wrażliwy na dotyk. W moczu nieraz stwierdzić można zwiększenie indykany.

Punkt ciężkości w interesującej nas kwestyi polega na dokładnem zbadaniu sprawności wydzielniczej i ruchowej żołądka. Zwykle próbne śniadanie [bułka i szklanka herbaty bez cukru] w danym razie nie wystarcza, gdyż nie można odróżnić w wydobytej zawartości żołądkowej wody od soku. Metoda SAHLI'ego zaś jest zbyt uciążliwa w praktyce codziennej. Aby ułatwić badanie, autor zastosował swego pomysłu suche próbne śniadanie, na które składa się pięć albertów (*Albert-Cakes*). Sucharki lepsze są od bułek, gdyż zawierają tylko 8,9% wody, kiedy bułki zawierają jej 35,5%. W przypadku sokotoku trawiennego w godzinę po takim próbnym śniadaniu otrzymać można drogą aspiracyi 100—200 c. sz. płynu, w którym na dnie ustaje się mała warstwa części stałych, pozostałość zaś jest czystym zlekką mętnym sokiem żołądkowym. Zawartość w soku wolnego kwasu solnego oraz ogólna kwasność pozostają najczęściej w granicach normy; czasem jednak spotkać można wahania w tą lub drugą stronę. Ciężar właściwy soku przeciętnie równa

się 1,012. Przesączony sok żołądkowy daje mniej lub więcej wyraźny odczyn BIURET'a i na cukier; białka, wypadającego przy gotowaniu, stwierdzić nie można. Natomiast zapomocą jodu wykryć można mniej lub więcej wybitną erytro-dekstrynę, w wielu przypadkach odczyn amidulinowy i stale stwierdzić można obecność krochmalu. Zapomocą suchego próbnego śniadania stwierdzić również można zmianę w zdolności ruchowej żołądka, kiedy np. poza zwiększoną ilością soku otrzymujemy dużą ilość osadu.

Opierając się na swych badaniach, Boas rozróżnia 3 rodzaje sokotoku trawiennego: 1-szą czystą formę sokotoku trawiennego, kiedy siła ruchowa żołądka jest zupełnie prawidłowa i rano na czczo żołądek jest pusty; 2-ą formę podobną do pierwszej z tą różnicą, że na czczo w żołądku znajduje się mniej lub więcej soku, zawierającego kwas solny, a więc formę znaną od dawna pod nazwą sokotoku i 3-ą formę, gdzie jednocześnie występują i zaburzenia ruchowe ze strony żołądka.

Oдноśnie rokowania, to według autora w czystych przypadkach sokotoku trawiennego nie jest ono niepomysłne. Pod wpływem leczenia subiektywne dolegliwości chorych ustają, waga chorych zwiększała się, a wydzielanie się soku dochodzi do normy.

Leczenie powinno być skierowane na podniesienie wagi ciała, na ograniczenie substancji zwiększających wydzielanie się soku i poprawę trawienia krochmalów, pozatem trzeba walczyć z zaparciem stolca. Według autora najlepiej odpowiada celowi dyeta złożona z białka, tłuszczów i cukru. Zamiast cukru stosować można dekstrynę w formie mączki dziecięcej, zamiast zaś całego chleba—skórkę. Boas uważa za błąd dyetytyczny ograniczanie płynów, gdyż suche pożywienie sprowadza wzmózone wydzielanie się soku żołądkowego. Autor gorąco zaleca używanie wód alkalicznych przy jedzeniu. Ze środków leczniczych autor stosuje ograniczające sekrecyę, przyczem najczęściej belladonę, następnie atropinę i eumydrynę. Długotrwałego skutku Boas od tych środków nie widział, natomiast z powodzeniem stosuje duże dawki alkaliów, przedewszystkiem alkaliów roślinnych. Najlepsze rezultaty autor osiągnął, podając *Natrium citricum* 4 razy dziennie po łyżeczce od kawy. W jednym przypadku z przewlekłą nadkwaśnością chory w ciągu 3-ch miesięcy przyjął 2 $\frac{1}{2}$ kilo *Natrii citrici* z dodatnim wynikiem. W końcu swej pracy Boas, opierając się na swem doświadczeniu, jeszcze raz zaleca stosowanie przy sokotoku alkaliów roślinnych.

(*Deutsche med. Wochenschrift*. 1907, N. 4).

T. Wretowski.

Wiadomości bieżące.

— Z powodu panującej w Warszawie epidemii tyfusu powrotnego, szpital Św. Stanisława jest prawie całkowicie zapełniony tego rodzaju chorymi.

W dniu 25-go b. m. było 104 chorych na tyfus powrotny; jeden tylko pawilon został zarezerwowany na ospę i jeden oddział na tyfus wysypkowy. Tymczasem brak miejsca dla nowych przypadków zmusza pozostawiać

ich w innych szpitalach na salach ogólnych, a dla chorych innych kategorii: na ospę, odrę, dyfteryt, szkarlatynę zarezerwowano 20 miejsc w szpitalu Starozakonnych.

Ponieważ i te miejsca nie wystarczają, więc chorzy tacy kolatają na próżno do szpitali, rozsiewając po mieście zarazę. Dodać należy i to, że dotknięci różą, dla których w szpitalu Św. Stanisława było 26 miejsc, przyjmowani do innych szpitali sięją postrach wśród chirurgów, którzy boją się dokonywać operacji aseptycznych.

Wskutek wadliwej gospodarki szpitalnej, Warszawa nie tylko cierpi na stały brak łóżek, lecz nadto nie ma zabezpieczenia od szerzenia się chorób zakaźnych i jest stale nieprzygotowana do ochrony.

Jakie pod tym względem panuje niedbalstwo, dowodzi fakt, że wybudowany z dużym nakładem pieniędzy pawilon na 100 łóżek przy ul. Spokojnej w oczekiwaniu cholery, został zajęty przez kozaków.

Pierwszy przypadek tyfusu powrotnego przybył do szpitala Św. Stanisława 20 stycznia r. b., od tego czasu epidemia wzrasta, a głównym jej rozsadnikiem są przytulki noclegowe z nieodłącznym w nich brudem i zacieśnieniem, nie posiadające dotychczas odpowiedniej opieki sanitarno-lekarskiej.

Słyszeliśmy, że poruszona została myśl otworzenia oddziału dla gorączki powrotnej w dawnych zabudowaniach szpitala Starozakonnych przy ul. Pokornej.

Należałoby przedsięwziąć jak najenergiczniejsze i najszybsze kroki w celu uzyskania miejsc nie tylko dla chorych na tyfus powrotny, lecz i na inne choroby zakaźne, które w obec wielkiej biedy wśród szerszych warstw ludności szerzyć będą spustoszenie.

Warszawa powinna nareszcie zdobyć się na stałe łóżka zapasowe na wypadek epidemii, które powinny być zawsze w pogotowiu.

Oddawanie na inny cel tego rodzaju budynków, jak to się stało z pawilonami zbudowanymi dla cholerycznych, dowodzi braku przezorności ze strony Magistratu, który ze sprawami pierwszorzędnej wagi, ze sprawami zdrowotności publicznej obchodzi się po macoszemu.

— 5-go kwietnia r. b. obchodził 80-letnią rocznicę urodzin Józef LISTER w Londynie. Z okazji tej postanowiono wydać wszystkie prace znakomitego badacza w 2-ach tomach.

— II Kongres międzynarodowy fizyoterapeutyczny odbędzie się w Rzymie 13—16 września r. b. pod przewodnictwem prof. BACCELLI'ego.

— ZMARLI: Dr Jan KLEINADEL w wieku lat 56 w Warszawie.
Dr Jan Eustachy TARGOWSKI, przeżywszy lat 58, w Warszawie.

Do numeru bieżącego dołącza prospekt: „Zaczyn mleczny suchy” dra KARWACKIEGO.

Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8.

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.