

GAZETA LEKARSKA

I. Z ODDZIAŁU USZNEGO SZPITALA UJAZDOWSKIEGO W WARSZAWIE.

W sprawie uleczałości i operacyjnego leczenia ropnicy pochodzenia usznego.

Podał

Aleksander Żebrowski.

Z dość obfitego materiału klinicznego, jaki miałem możność spostrze-
gać w Ujazdowskim szpitalu wojskowym, wybieram obecnie sześć przypad-
ków ropnicy pochodzenia usznego w celu wypowiedzenia kilku uwag o ule-
czalności ropnicy pochodzenia usznego wogóle, w szczególności zaś o me-
todach leczenia operacyjnego tego niezwykle ciężkiego, nader często śmier-
telnego powikłania zapalania ropnego ucha średniego.

Od czasu ogłoszenia drukiem pomnikowej monografii HESSLER'a „O ro-
pnicy usznej”¹⁾ poglądy na leczenie ropnicy pochodzenia usznego ule-
gły znacznej zmianie, i bez względu na bardzo liczne prace wielu otya-
trów, omawiających tę kwestyę, nie są jeszcze ustalone; ostatnimi cza-
sy ukazały się nowe metody operacyjne [GRUNERT²⁾, ALEXANDER³⁾,

¹⁾ Die otogene Pyämie. Jena 1896.

²⁾ Die operative Ausräumung des Bulbus venae jugularis (Bulbusoperation) in Fällen otogener Pyämie. 1904.

³⁾ Ueber die Anlegung einer Jugularis - Hautfistel in Fällen otogener Pyämie Zeit-
schr. f. Ohr. T. 47. s. 167, 1904.

PIFFL¹⁾], nowe teorye o pochodzeniu ropnicy usznej („*Osteophlebitispyämie* KOERNER'a)—słowem sprawa ta otwarta jest dla szerokiej dyskusyi i prawdopodobnie nie prędko wyczerpana zostanie.

W jednym ze swych znanych sprawozdań rocznych o działalności kliniki usznej w Halle GRUNERT, opisując istotnie niezwykły przypadek ropnicy pochodzenia ucznego [przewlekłe ropienie z prawego ucha, cholesteatomat, ropnica przerzutowa, operacya doszczętna, *pyopneumothorax*, rezekcya żebra — wyzdrowienie] wyraża się o operacyjnem leczeniu ropnicy usznej w sposób następujący: „w obecnych czasach, gły widoczną jest chęć składania lepszych wyników leczenia operacyjnego ropnicy usznej jedynie na karb szeroko rozpowszechnionej operacyi na zatoce poprzecznej i jednocześnie zmniejszanie znaczenia dawnej metody operacyjnej, polegającej na usuwaniu ogniska chorobnego, powyżej przytoczony przypadek ma wielkie znaczenie; dowodzi bowiem, z jaką ostrożnością należy oceniać nasze terażniejsze zabiegi na zatoce poprzecznej²⁾).

Przytoczone poniżej trzy pierwsze przypadki niewątpliwej ropnicy usznej potwierdzają to zdanie, wypowiedziane przez otyatrę, którego nikt nie mógł posądzić o brak śmiałości w zabiegach operacyjnych, który jednak rozróżniał przypadki nadające się do szerokiego zabiegu operacyjnego, od przypadków, dla których dostatecznem było postępowanie daleko mniej energiczne.

Przeglądając prace z lat ostatnich o ropnicy usznej, częstokroć otrzymuje się wrażenie, że podwiązanie żyły szyjnej wspólnej, rozszczepienie zatoki poprzecznej, nawet wycinanie części żyły szyjnej wykonywane jest w całym szeregu przypadków jakby szablonowo.

W pracy np. SCHENKE'go³⁾ przypadki 3-ci i 4-ty były operowane z podwiązaniem żyły szyjnej i rozszczepieniem zatoki poprzecznej, tymczasem ani zakrzepów w zatoce lub żyły, ani wogóle żadnych zmian, usprawiedliwiających tak poważny zabieg, nie znaleziono. W prawdzie obadwa te przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, lecz na zasadzie obydwu historii chorób można sądzić, że wyzdrowienie nastąpiłoby i bez rozszczepiania zatok, *eo ipso* bez podwiązania żył szyjnych. Wskazanie do podwiązania żyły szyjnej winno być ściśle określone, jak wogóle wszelkie wskazania do zabiegów chirurgicznych. HANEBERG⁴⁾ w swej pracy o ropnicy usznej szczegółowo ocenia wszystkie dodatnie i ujemne strony podwiązania żyły szyjnej w ropnicy usznej i wypowiada się ostatecznie w spo-

1) Zur operativen Freilegung des Bulbus venae jugularis. Archiv f. Ohr. T. 58, S. 76.

2) GRUNERT-ZERON. Jahresbericht über die Thätigkeit der kgl. Universitäts - Ohrenklinik in Halle a. S. von 1 April 1898 bis 31 März 1899, Archiv f. Ohr. T. 47. S. 187.

3) SCHENKE. Einige Fälle endocranieller Complicationen acuter und chronischer Mittelohreiterungen. Archiv. f. Ohr. t. 53, s. 117 — 195.

4) HANEBERG. Casuistische Mittheilungen. Zeitschr. f. Ohr. t. 44, s. 233.

sób następujący: „die Unterbindung kann also zweifellos gefährliche Folgezustände zeitigen und es ist notwendig dies zu beachten, um nicht eine Methode in Misscredit zu bringen, die bei richtiger Anwendung als ein werthvoller Faktor in der Therapie der Pyämie anzusehen ist” [S. 335].

Po tych krótkich uwagach wstępnych przechodzę do opisu historii chorób, przyczem sześć moich przypadków dzielę na dwie grupy. W pierwszej grupie są trzy analogiczne przypadki ropnicy usznej z przerzutami: w torebce stawowej stawu napięstkowego [I-szy przyp.], w stawie kości krzyżowej [II-gi przyp.] i w stawie kolanowym [III-ci przyp.], oraz przypadek ciężkiej ropnicy z licznymi przerzutami, które bez wyjątku były celem zabiegów chirurgicznych; wszystkie te cztery przypadki zakończyły się wyzdrowieniem zupełnem. Drugą grupę stanowią dwa przypadki zakończone zejściem śmiertelnem.

W pierwszym z nich natrafiłem przy operacji na niezwykle i ciekawą budowę wyrostka sutkowego; prócz trepanacji otworzyłem w tym przypadku zatokę poprzeczną i usunąłem zakrzep; śmierć nastąpiła wskutek ogólnej ropnicy; drugi przypadek zakończył się niepomyślnie z powodu zakrzepu zatoki jamistej, który wystąpił w 10 dni po wykonaniu trepanacji.

Przypadek I-szy. W., lat 22, przybył na oddział 23/I 1906 r. Chory małego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiony. Narządy wewnętrzne bez zmian. Ropienie z obydwu uszu dość obfite, ropa gęsta, cuchnąca. W obydwu bębenkach usznych dość duże otwory przedziurawienia [tak zwane „defekty”] w przednio - dolnych odcinkach. Wypływ z uszu trwa już trzy lata [rozpoczął się po jakiejś chorobie zakaźnej]. Wyrostki sutkowe niezmiennione, niebolesne. Stan bez zmiany do dnia 3/III. W dniu tym nagły wstrząs i gorączka [r. 38^o4 — w. 39^o1]. Prawy wyrostek sutkowy obrzęknięty, zaczerwieniony, bardzo bolesny na całej przestrzeni, szczególnie w miejscu *fossae mastoideae* i na wierzchołku. Ropienie z prawego ucha bardzo obfite; ropa ciągnąca się; z lewego ucha ropienie nieznaczne. Chory uskarża się na silny ból głowy i ogólne osłabienie.

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
5. III.	40,1 ^o	40,0 ^o	124
6	40,0 ^o	39,8 ^o	120
7	38,3 ^o	39,4 ^o	116

Ropienie z prawego ucha zmniejszyło się; obrzęk i bolesność prawego wyrostka sutkowego nieznaczna. Przy próbie „VALSALVA'y” ropienie z prawego ucha nader obfite.

Dnia 9. III. przy ciepłocie rano 39,1°, tętnie 110 wystąpiła znów znaczna bolesność prawego wyrostka sutkowego na całej przestrzeni. Jednocześnie chory począł się uskarżać na bolesność w lewym stawie barkowym i w lewym stawie napięstkowym, przyczem stawy te zlekka obrzękły.

Dnia 11. III. wykonałem trepanacyę prawego wyrostka sutkowego. Kość częściowo sklerotyczna, miejscami jednak uległa rozmięknieniu. Ropy niewiele w kilku komórkach sutkowych. Jama sutkowa (*antrum*) została szeroko otwarta i wyłęczkowana. Zatokę poprzeczną obnażyłem na niewielkiej przestrzeni. Ściana zatoki barwy normalnej; ruchy oddechowe i tętniczne widoczne. Opatrunek.

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
12. III	38,8°	39,2°	110
13	38,0°	39,1°	116
14	36,7°	38,6°	110
15	36,2°	39,0°	106

16. III. zmiana opatrunku. Rana trepanacyjna pokryta watałką ziarniną i szarawym nalotem. Szyja z lewej strony niebolesna, natomiast z prawej strony w miejscu żyły szyjnej wewnętrznej z lekka bolesna na ucisk. Na tylnej powierzchni napięstka ropień przerzutowy wielkości jaja gołębiego [chory od kilku dni wskazywał na bóle i niewielki obrzęk w tem miejscu]. Ropień otwarto, ropa płynna bez zapachu. Ciepłota 38,4° zrana, 38,6° wieczorem.

17. III. Ogólny stan uległ znacznej poprawie. W nocy znów był wstrząs, zrana zjawił się suchy kaszel, w płucach rzężeń niema. Ciepłota 37,4° zrana, 39,2° wieczorem, tętno 90. Od dnia tego przebieg pooperacyjny dobry. Były jednak dwa razy znaczne wzniesienia ciepłoty [19. III. 39,2° wieczorem i 23. III. 38,6° zrana], poczem ciepłota podczas całego okresu pooperacyjnego normalna.

Rany obiedwie, trepanacyjna i na tylnej powierzchni napięstka, zaczęły się zablizniać prawidłowo, wreszcie po upływie miesiąca zablizniły się cał-

kowicie. Chory się znacznie poprawił, przybyło mu kilkanaście funtów. Ropienie z lewego ucha nieznaczne, bez zapachu.

Przypadek II-gi. M., lat 24. Chory średniego wzrostu, względnie dobrze zbudowany i odżywiony. Narządy wewnętrzne bez zmian. Przybył na oddział dnia 2. II. 1906 r. z obustronnem ropieniem z uszu. Przewód słuchowy zewnętrzny lewy obrzęknięty, zaczerwiony, w głębi widać przy-schniętą ropę. Pryszczycą prawej muszli usznej. Po usunięciu z lewego ucha ropy i strupów: widać zaczerwioną błonę bębenkową z dość dużym otwo-rem w przednio - tylnym odcinku. W prawem uchu ropienie nieznaczne, otwór niewielki również w przednio - dolnym odcinku. Chory cierpi na uszy od roku.

Od dnia 2. II. stan w ogólności bez zmian. Ropienie czasami zmniej-szało się, szczególnie w prawem uchu, czasami występowało obficie. Wy-rostki sutkowe niezmienione, niebolesne; pryszczycą pod wpływem odpo-wiedniego leczenia prawie znikła. Dnia 14. III. ciepłota wieczorem 39,8° na-gły wstrząs, znaczna bolesność lewego wyrostka sutkowego. Ropienie dość obfite, ropa zlekka cuchnąca, zwłaszcza z lewego ucha; tętno 110, pełne.

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
15. III.	39,1°	40,2°	106
16	37,8°	39,5°	100
17	38,6°	39,4°	103

W ciągu tych 4-ch dni były kilkakrotnie dreszcze wstrząsające. Ro-pienie z lewego ucha bardzo obfite. Lewy wyrostek sutkowy bolesny na całej przestrzeni, szczególnie w miejscu *fossae mastoideae*. Chory uskarża się na uporczywy ból głowy i ogólne osłabienie.

Dnia 18. III. wykonałem trepanację lewego wyrostka sutkowego. *Corticalis* skostniała [sklerotyczna]; w kilku miejscach znaleziono rozmiękłe ogniska, ziarninę i nieco ropy. Zatokę poprzeczną obnażyłem na znacznej przestrzeni; otworzyłem również średnią jamę czaszkową. Ropnia przed- oponowego nigdzie nie było. Ściana zatoki poprzecznej barwy białawej; ru-chów tętnicznych i oddechowych nie widać. *Antrum* szeroko otwarto i wy-łyżczkowano. Opatrunek.

Następnego dnia 19. III. ogólny stan chorego znacznie lepszy; ból głowy prawie zniknął, tętno 90, pełne. Kaszlu niema.

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
20. III.	36,8°	40,0°	110
21	36,4°	39,6°	110
22	38,0°	37,9°	96
23	37,3°	37,6°	90
24	37,3°	37,7°	100
25	37,6°	38,8°	116
26	37,5°	39,1°	120
27	37,2°	37,5°	96

Ogólny stan chorego był przez cały ten czas wcale niezły, apetyt miał chory wciąż dobry, co jest bardzo pomyślnym objawem w ropnicy w ogólności; rana trepanacyjna przy codziennych opatrunkach stopniowo traciła swój szary nalot, charakterystyczny dla ropnicy, jednak ciepłota ciała, a szczególnie tętno dowodziły, że sprawa ropna jeszcze nie wygasła i że istotnie mamy do czynienia z ropnicą, pochodzącą prawdopodobnie z zakrzepu w zatoce poprzecznej.

Dniu 37. III. chory począł się uskarżać na bolesność w okolicy krzyża i w lewej okolicy pośladkowej. Widać było w tem miejscu niewielkie zaczerwienienie i obrzmienie, które stopniowo się zwiększało. Dnia 3. IV. przystąpiłem do otworzenia ropnia, który sięgał aż do lewego guza kulszowego, kości ogonowa i krzyżowa były obnażone. Ropy wylało się około dwóch szklanek. Po otworzeniu tego ropnia przerzutowego gorączka ustąpiła od razu i bezpowrotnie, ogólny stan chorego znacznie się poprawił, wreszcie obiedwie rany w przeciągu miesiąca zablizniły się. Ropienie z lewego ucha ustało, pozostał niewielki otwór w lewym bębunku usznym. Z prawego ucha wciąż jeszcze płynie ropa w niewielkiej ilości.

Przypadek III-ci. Ch., lat 24. Przyjęty na oddział 24. I. 1906 r. Chory wysokiego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiony. Narządy we-

wewnętrzne bez zmian. Obfity wypływ śluzowo-ropny z lewego ucha. Lewy zewnętrzny przewód słuchowy zaczerwieniony i zlekka obrzmiały. W lewym bębieniu usznym dość duży otwór środkowy przedziurawienia. Wyrostek sutkowy niebolesny, niezmienny. Cierpienie ucha trwa od dzieciństwa.

Dnia 27. I. ciepłota wieczorem 38,2° i 28. I. zrana 37,0°, wieczorem 37,2°; następnym dni ciepłota normalna; wypływ z ucha niezbyt obfity; wyrostek sutkowy lewy zlekka bolesny przy ucisku u wierzchołka.

Dnia 8. II. nagły wstrząs; ciepłota wieczorem 40,2°; wyrostek sutkowy niebolesny przy ucisku. Po tym jednorazowym wstrząsie, który, nawiasem mówiąc, bardzo przeraził chorego, ciepłota ciała nie uległa podwyższeniu w przeciągu 5-u tygodni, t. j. do dnia 23. III. Chory od czasu do czasu uskarżał się na ból głowy, wogóle jednak czuł się dobrze. Wypływ z ucha był niezbyt obfity, nieuczynący. Leczenie polegało na oczyszczaniu z ropy przewodu zewnętrznego zapomocą wacików i na zasypywaniu proszku kwasu borowego.

Dnia 23. III. ciepłota wieczorem 38,3°; wydzielina z ucha obfita, ciągnąca się, śluzowo-ropna. Wyrostek sutkowy lewy bolesny na całej przestrzeni, szczególnie u wierzchołka. Ból głowy, ogólne osłabienie. Dnia 24. III. bardzo obfita wydzielina z lewego ucha. W nocy był silny wstrząs. Lewy wyrostek sutkowy bardzo bolesny na całej przestrzeni; miękkie części nie zmienione. Ciepłota 38,5° zrana, 38,6° wieczorem.

26. III. wykonałem trepanację lewego wyrostka sutkowego. *Corticalis* zgrubiała, nader twarda; po usunięciu jej szerokimi uderzeniami dłuta, ukazała się ropa w niewielkiej ilości. Szeroko otworzyłem *antrum mastoideum* dłutem i ostrą łyżeczką. Kość wyrostka miejscami przekrwiona. Zatokę poprzeczną obnażyłem na przestrzeni 3 — 4 centym., przyczem było nieznaczne krwawienie z żyły sutkowej (*veni mastoidea*). Zatoka poprzeczna makroskopowo niezmienniona; zmiany nigdzie nie można było zauważyć; barwa ściany zatoki poprzecznej sinawa, normalna. Ruchy oddechowe i tętnicze widoczne. Pod koniec operacji usunąłem całkowicie wierzchołek wyrostka sutkowego, który składał się z przekrwionej i miejscami rozmiękłej kości. Opatrunek.

Następnego dnia zrana ciepłota 39,9°, ogólne osłabienie, ból głowy; tętno 100; wieczorem ciepłota spadła do 38,6°.

Dnia 28. III. zmiana opatrunku. Rana trepanacyjna pokryta szarawym nalotem i ropą. Szyja z lewej strony w miejscu żyły szyjnej zlekka bolesna przy ucisku. Ciepłota zrana 38,4°, wieczorem 38,2° (patrz tabl. str. nast.).

W ciągu tego tygodnia ogólny stan chorego uległ znacznemu pogorszeniu. Szyja z lewej strony wzdłuż lewej żyły szyjnej wciąż była bolesna przy ucisku, jednak charakterystycznego sznurkowatego zgrubienia żyły szyjnej, dowodzącego nacieczenia tkanki okoł żyłnej (*periphlebitis*), wyczuć nie było można. Jednocześnie zjawiała się bolesność i obrzęk prawego stawu kolanowego. Pod koniec tego tygodnia stan chorego był bardzo

ciężki; tętno 120, upoczywy ból głowy, ogólne osłabienie. Rana trepanacyjna wciąż pokryta szarawym „ropnicowym” nalotem. Ziarniny brak zupełny. Jednym słowem—stan chorego przedstawiał typowy obraz ropnicy.

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
29. III.	39,5°	38,0°	96
30	39,6°	40,6°	106
31	40,1°	39,9°	110
1. IV.	38,8°	37,2°	100
2	38,1°	40,8°	104
3	39,6°	39,6°	106
4	38,6°	39,5°	106
5	38,3°	40,3°	120

Dnia 9. IV. kolega J. ŚWIĄTECKI otworzył szeroko prawy staw kolanowy. Usunięto dość dużo surowiczo - ropnego płynu.

Dnia następnego ciepłota obniżyła się nieco, lecz wkrótce potem chore zaczął gorączkować po dawnemu; stan tętna poprawił się, tętno jednak wciąż było wyżej 100.

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
10. IV.	37,2°	38,2°	104
11	37,0°	38,8°	106

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
12. IV.	36,6°	38,6°	112
13	37,1°	38,9°	116
14	36,2°	39,1°	110
15	36,6°	33,9°	110
16	37,1°	39,2°	116

Dnia 16. IV. wstrzyknięto pod skórę 30 ctm. sześciennych surowicy wielowartościowej przeciwpaciorkowcowej TAWEL'a [dr A. BEDRIKOWSKI]. Po wstrzyknięciu surowicy stan ogólny chorego od razu się poprawił, ciepłota po czterech dniach spadła do normy; obiedwie rany zaczęły się pokrywać zdrową ziarniną i w ciągu miesiąca zablizniły się całkowicie. Ciepłota ciała dwa razy tylko uległa podwyższeniu [16. IV. wieczorem 39,2° i 19. IV. 38,1°]; pozatem ciepłota ciała była normalna. Chory został wypisany z nieznacznym ograniczeniem ruchów w prawym stawie kolanowym. Ropienie z ucha ustało. Otwór w bębunku zarósł całkowicie.

Przypadek IV-ty. A., lat 22, tatar. Wstąpił na oddział 24. I 1906 r. Niezbyt obfite krwawienie z prawego ucha, bez odoru. Prawy bębenek uszny zaczerwiony, zmętniały z otworem w tylnym - dolnym odcinku. Przewód słuchowy zewnętrzny nieco zwężony w części chrzęstnej, obrzmiały. Wyrostek sutkowy niebolesny. Chory, średniego wzrostu, średnio odżywiony, mięśnie mierne rozwinięte. Narządy wewnętrzne bez zmian.

Dnia 6. II. zrana wstrząs [ciepłota 39,1° rano — 37,6° wieczorem] ogólne osłabienie i ból głowy. Wyrostek sutkowy niebolesny. Ropienie z ucha niezbyt obfite. Chory uskarża się na ból głowy i gorączkę. Gorączka typu ropnicowego trwała do dnia 20. II. Przez cały ten czas wyrostek sutkowy był absolutnie niezmienny, bólu nawet przy znacznym ucisku nie było, czasami jednak można było zauważyć nieznaczny bolesność szyi z prawej strony przy ucisku na miejsce wspólnej żyły szyjnej. Dnia 20. II. zaczęły jednocześnie brzęknąć stawy z lewej strony ciała: lewy staw barkowy, lewy kolanowy i lewy skokowy. Brak wszelkich zmian na wyrostku sutkowym, brak bolesności nawet przy bardzo silnym ucisku, a zarażem ogólne osłabienie i wycieńczenie stanowiły pewne przeciwwskazanie do wykonania trepanacyi. Głównie jednak wstrzymałem się z trepanacją dlatego, że wystąpiły objawy przerzutowego zapalenia płuc: rozlane wilgotne

rżenia w obydwu dolnych płatach płuc i kaszel z obfitą plwociną śluzowo - ropną.

Dnia 22. II. chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny i tam otwarte zostały szeroko wszystkie trzy stawy [J. ŚWIĄTECKI]. Gorączka i przyspieszenie tętna pozostały jednak bez żadnej zmiany.

Data	Ciepłota		Tętno
	Zrana	Wieczorem	
28. II.	38,4°	39,3°	110
24	37,8°	39,4°	116
25	38,2°	39,5°	120
26	37,6°	39,6°	120
27	36,5°	39,3°	124

Dnia 27. II. wstrzyknięto pod skórę 50 ctm. sz. surowicy przeciwpalciorokowcowej dra PALMIRSKIEGO, jednak bez widocznego wpływu na przebieg ropnicy. Jednocześnie w okolicy tylnego brzegu chrząstki tarczowej zauważyłem niewielki, dość twardy guz, niechelbotający.

Dnia 28. II. przy obfitem ropieniu z prawego ucha zjawiała się bolesność prawego wyrostka sutkowego, a zarazem nieznaczne obrzmienie miękkich części. Guz u dolnego brzegu chrząstki tarczowej powiększył się nieco i wystąpiło chelbotanie. Ogólny stan chorego ciężki, tętno 120; wilgotne rżenia w dolnych płatach płuc zmniejszyły się.

Dnia 2. III. wykonałem trepanację prawego wyrostka sutkowego. Po usunięciu szerokimi uderzeniami dłuta *corticalis* okazało się, że cały wyrostek sutkowy uległ ostremu rozmięknieniu z wytworzeniem dużej ilości ziarniny i ropy („*acuter Einschmelzungsprozess*”). Kość w kierunku zatoki poprzecznej schorzała; zatokę poprzeczną obnażyłem na dość znacznej przestrzeni [około 5 ctm. wzdłuż i 2½ ctm. wszeź, aż do górnego odcinka opuszki żyły szyjnej], przytem opróżniony został niewielki ropień przedoponowy w tylnym dole czaszkowym. Następnie szeroko otworzyłem *antrum mastoideum* i średnią jamę czaszkową, w której również natknąłem się na dość wielki ropień przedoponowy. Ściana zatoki poprzecznej była pokryta ziarniną, rozmiękła, zgrubiała, barwy brudno-szarej. Wobec widocznych oznak zewnętrznych i klinicznych objawów zakrzepu zatoki poprzecznej,

bez uprzedniego przekłucia próbnego rozciąłem zatokę po wsuniętym ostrożnie zgłębniku żłobowym ku górze i ku dołowi na takiej przestrzeni, na jakiej została obnażoną, a więc mniej więcej na przestrzeni 5 ctm. Ściana zatoki poprzecznej uległa znacznemu przerostowi, przynajmniej była 3 razy grubsza, aniżeli w stanie normalnym; światło zatoki całkowicie było wypełnione zakrzepem, dość miękkim, niecuchnącym, który został usunięty łyżeczką tak daleko, aż pokazało się krwawienie z górnego i dolnego odcinka zatoki. Do zatoki poprzecznej ostrożnie wprowadzono wązki pasek gazy jodoformowej, poczem nałożono zwykły opatrunek.

[C. d. n.]

II. Z KLINIKI UROLOGICZNEJ PROF. GUYON'a W PARYŻU.

**O raku gruczołu krokowego na podstawie badań
anatomy - patologicznych i klinicznych.**

Napisali

Bolesław Motz

(Paryż).

Feliks Majewski

(Warszawa).

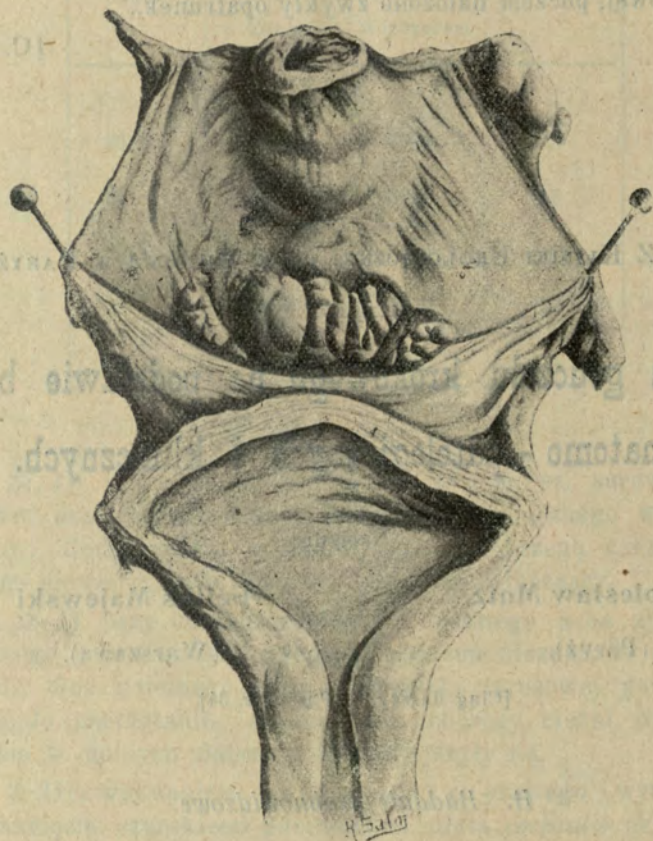
[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 34].

B. Badanie drobnowidzowe.

Rozwój raka gruczołu krokowego odbywa się różnie, zależnie od sposobu rozrastania się nabłonka, zjawisk zachodzących w podścielisku narządu, w otoczeniu ognisk rakowych i od szybkości z jaką układ chłonny ulega zajęciu przez sprawę chorobną.

W niektórych przypadkach spostrzegamy rozrastanie się nabłonka, pozabawione zupełnie zdolności wytwarzania pęcherzyków gruczołowych; jest to postać, którą nazywamy rakiem. W innych znowu tworzenie się pęcherzyków wprawdzie daje się spostrzegać, jednak w liczbie bardzo ograniczonej; jest to rako-gruczolak (*adeno - carcinoma*). Wreszcie mamy jeszcze trzecią postać, w której spotykamy bardzo obfite wytwarzanie się pęcherzyków gruczołowych, gruczolako - nabłoniak (*adeno-epithelioma*).

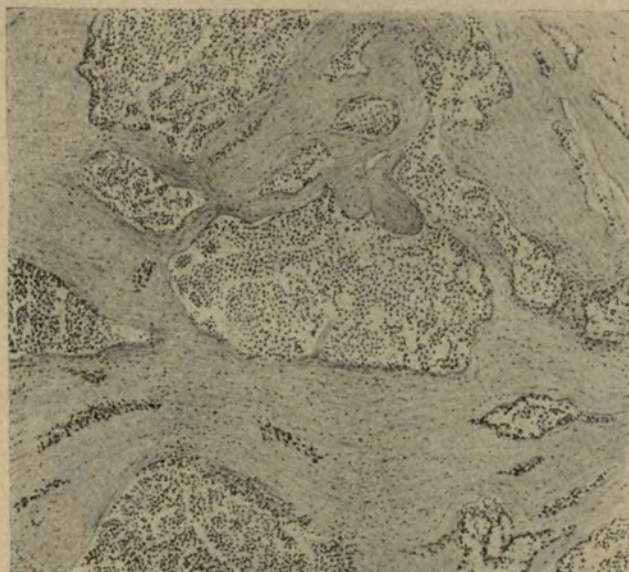
Pierwszy rodzaj raka gruczołu krokowego, który tworzy gniazda zbite, pozbawione zupełnie pęcherzyków gruczołowych, spostrzegaliśmy w $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby przypadków rozpoznanych klinicznie. Ażeby prześledzić rozwój alweolarnego raka sterczu, należy posługiwać się do badania narządem, będącym w początkowym okresie tego cierpienia. Widzimy wtedy przede wszystkim wzmożone bujanie komórek nabłonkowych, które zatracając



Rys. 7. Rak sterczu, szerzenie się jego na otrzewną poza-pęcherzową.

kształt cylindryczny, staje się wielokątnym. Komórki te wypełniają mniej lub więcej dokładne światła pęcherzyków gruczołowych, układając się bez widocznego początku i przybierają kształt prawie komórek zarodkowych. W niektórych pęcherzykach gruczołowych błona podstawowa ulega wreszcie częściowemu zniszczeniu; widzimy wtedy komórki leżące wewnątrz pęcherzyka gruczołowego w bezpośredniej styczności z komórkami infiltrującymi łącznie tkankowo - mięśniowe podścielisko narządu.

W otoczeniu ognisk rakowych, utworzonych bądźto kosztem dawniejszych pęcherzyków gruczołowych, bądźto bezpośrednio wśród tkanki tworzącej podścielisko, powstają jako zjawisko odczynowe ze strony tej ostatniej szerokie pasma tkanki łącznej włóknistej, której rozrost doprowadza często do zupełnego zaniku tkanki mięśniowej. Doskonale wy-czuwanie wyrostków i nierówności, pokrywających powierzchnię chorego gruczołu, zależne jest właśnie od powstawania tkanki łącznej włóknistej. W raku gruczołowym obok zwykłych pęcherzyków gruczołowych daje się stwierdzić obecność pewnej liczby pęcherzyków znacznie mniejszych pochodzenia nowotworowego. Niektóre z tych pęcherzyków wykazują utkanie pra-



Rys. 8. Rak alweolarny sterczu.

widłowe, to jest wyraźnie odgraniczoną pojedynczą warstwę nabłonka, złożoną z komórek cylindrycznych, inne przeciwnie posiadają światło wypełnione skupieniami małych, nabłonkowych komórek wielokątnych. Jednocześnie podścielisko gruczołu zawiera bezpośrednio wśród tkanki łączno-tkankowo - mięśniowej pasma i wysypki, lub też większe ogniska zbite komórek nowotworowych. Zaznaczyć należy, że we wzmiankowanej odmianie raka gruczołu krokowego podścielisko w ogólności zawiera daleko mniej tkanki łącznej włóknistej, a więcej mięśniowej, niż postać zwana rakiem alweolarnym.

W gruczolako - nabłoniaku, opisanym przez ALBARRAN'a i HALLÉ'go, w przeciwstawieniu do obu wyżej wzmiankowanych postaci, widzimy przede wszystkim nadzwyczaj obfite mnożenie się pęcherzyków gruczołowych.

W okresach początkowych choroby, pęcherzyki nowotworowe posiadają rozmiary znacznie mniejsze od prawidłowych; w nich daje się wyraźnie spostrzegać rozrastanie się drogą pączkowania, które MOTZ i PEREARNAU opisali w dobrotliwych gruczolakach sterczu. Polega ono na powstawaniu wyrostów wewnątrzpęcherzykowych i w pęcherzykach gruczołowych, które się łączą ze sobą, dzieląc w ten sposób pierwotny pęcherzyk na kilka. W przypadkach zwykłego przerostu gruczołu krokowego, to jest w gruczolako-mięśniakach sterczowych przestrzenie łączno-tkankowo-mięśniowe, znajdujące się pomiędzy wytworzonymi w ten sposób pęcherzykami gruczołowymi, zawierają pokazną ilość wzmiankowanych tkanek i stosunkowo do wielkości samych pęcherzyków posiadają dosyć znaczną szerokość.



Rys. IX. Nacieczenie rozlane podścieliska łączno-tkankowo-mięśniowego.

Gruczolaki złośliwe przeciwnie, przedstawiają się jako wielkie skupienia pęcherzyków gruczołowych, przedzielonych zaledwie paru włókiemami luźnej tkanki łącznej.

W dalszym rozwoju nowotworowe pęcherzyki zatracają swój kształt blizki do kulistego, przechodzą zaś w pewnego rodzaju mniej lub więcej wąskie rurki, wypełnione komórkami nowotworowymi. Nabłonek wyściełający pęcherzyki rozrasta się energicznie, powodując w ten sposób wytworzenie się zamiast jednej warstwy komórek cylindrycznych, kilka warstw. W dalszym okresie rozwoju nowotworu okrągłe przeważnie światło pęcherzyków

gruczołowych, zniekształca się i wypełnia komórkami, które z cylindrycznych stają się wielokątnymi.

Po tym okresie względnie dobrotliwym zaczynają się pojawiać w samym podścielisku skupienia komórek nowotworowych lub komórki pojedyncze; wtedy gruczolako-nabłoniak (*adeno-epithelioma*) osiąga swój wygląd charakterystyczny. Rozwój tej postaci raka gruczołu krokowego przebiega najczęściej bardzo wolno i jak tego dowodzą badania ALBARRAN'a i HALLÉ'go, nie dają się stwierdzić okiem nieuzbrojonym. Autorowie ci, badając przypadki nabłoniaka gruczołowego (*adeno-epithelioma*), rozpoznawanych jako dobrotliwy przerost gruczołu krokowego, nie spostrzegali w nich zajęcia



Rys. X. Gruczolak rakowy sterczu. Nadzwyczajne przerastanie do żył.

sprawą nowotworową gruczołów chłonnych. W znacznej liczbie przypadków gruczolako-nabłoniaka, spostrzeganych przez nas od czasu pracy ALBARRAN'a i HELLÉ'go, spostrzegaliśmy dosyć często zajęcie gruczołów, w przeciwstawieniu do zdania tych autorów. Naciek nowotworowy w gruczołach pod drobnowidzem utworzony był z wielokątnych komórek nabłonkowych, które nigdzie nie układały się w postaci podobne do pęcherzyków gruczołowych.

W przypadkach nabłoniaków gruczołowych spostrzegaliśmy najczęściej szerzenie się sprawy nowotworowej na pęcherz. W niektórych razach na-



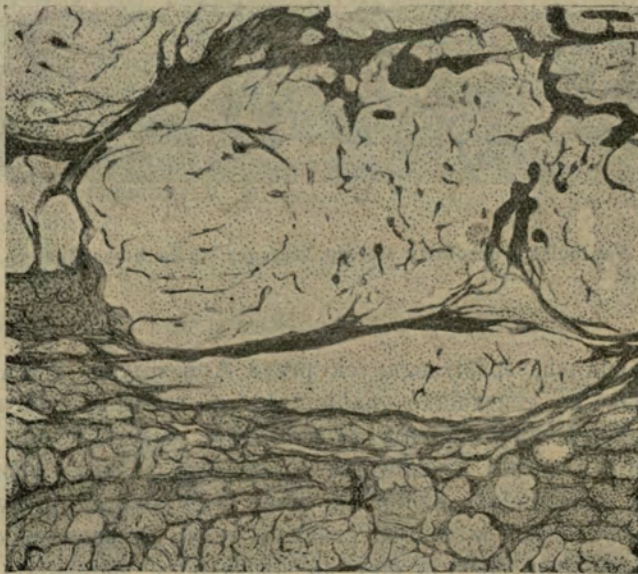
Rys. XI. Gruczołek rakowy sterczu. Nadmierny rozrost śródżylny.



Rys. XII. Nabłoniak gruczołowy. Liczne pęcherzki nowowytworzone, wysłane jedną warstwą nabłonka cylindrycznego

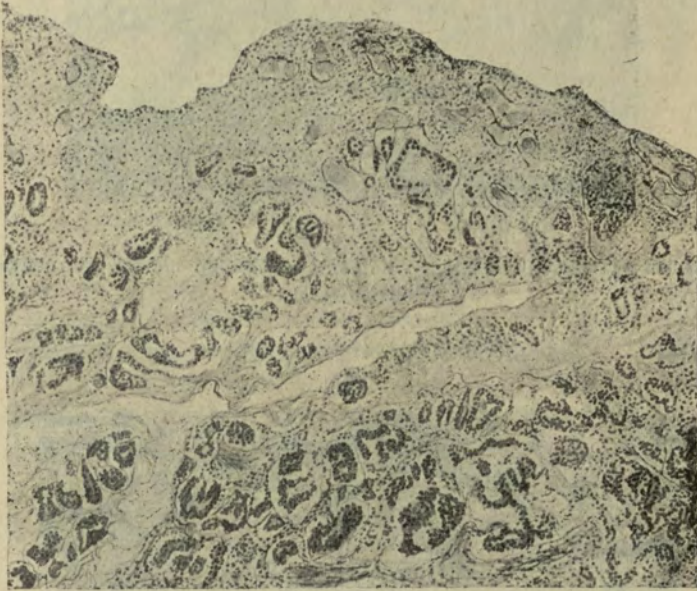


Rys. XIII. Nowo wytworzone zraziki, wypełnione komórkami nowotworowymi pośród podścieliska sterczu.



Rys. XIV. Liczne nowowytworzone zraziki z szerokimi przestrzeniami, zajęte małymi komórkami nabłonkowymi.

ciek nowotworowy zajmuje tylko zewnętrzne warstwy pęcherza: łącznótkankową i mięśniową; czasami jednak dociera do podśluzówki i śluzówki, i może nawet wytworzyć na powierzchni jej mniejsze lub większe wyrosty. Komórki nowotworowe, posuwające się ku pęcherzowi i tworzące w przestrzeni międzykankowej wysepki, po większej części posiadają kształt okrągły lub wielokątny. W niektórych jednak przypadkach nowotwór szerzy się w postaci nabłoniaka gruczołowego; znajdujemy wtedy twory gruczołakowe, posuwające się aż ku śluzówce pęcherzowej, a nawet, aczkolwiek rzadko, tworzące na jej powierzchni wyrosty.



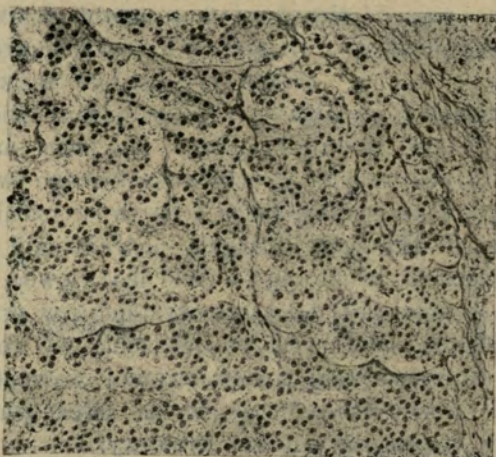
Rys. XV. Nabłoniak gruczołowy sterczu, szerzący się na błonę śluzową pęcherza.

W przypadkach, spostrzeganych przez ALBARRAN'a i HALLÉ'go, autorowie ci sądzili, że gruczolako-nabłoniaki są tworamii wtórnymi, rozwijającymi się wskutek zwyrodnienia gruczolaków dobrotliwych, stanowiących istotę przerostu gruczołu krokowego. Mieliśmy jednak sposobność przekonać się, że gruczolako-nabłoniak może występować pierwotnie, zupełnie niezależnie od obecności w danym gruczole zmian przerostowych.

Wyżej podkreśliliśmy ten fakt, że gruczolako-nabłoniaki nie wywołują prawie odczynu ze strony podścieliska; zdarzają się jednak przypadki gruczolako-nabłoniaków, w których niema żadnych zmian w utkaniu podścieliska, a tem samem i w konsystencyi gruczołu, któreby się dały wyczuć przy

badaniu przez odbytnicę; i tem tłómaczy się fakt, że nabłoniak gruczołowy rzadko udało się rozpoznać.

W tkance około - gruczołowej często znajdowaliśmy szerzenie się nowotworu naokoło nerwów, otoczonych pasem komórek nowotworowych. Spostrzeżenie to, opisane dawniej już przez ALBARRAN'a i HALLÉ'go w przypadkach gruczolako - nabłoniaków, wskazuje nam, że bóle neural-



Bys. XVI. Nabłoniak gruczołowy, rozwijający się bez odczynu ze strony tkanki łącznej.

giczne spotykane u chorych na raka gruczołu krokowego pojawiają się nie tylko w zależności od ucisku wielkich pni nerwowych przez silnie powiększone gruczoły chłonne, ale także mogą być wywołane w skutek mniej znacznych zmian umiejscowionych w sąsiedztwie nerwów przebiegających w tkance okołogruczołowej.

II. Uwagi nad przebiegiem klinicznym.

Dokładną znajomość przebiegu klinicznego raka gruczołu krokowego zawdzięczamy przede wszystkim Guxon'owi. W pracy niniejszej nie mamy zamiaru zatrzymywać się szczegółowo nad wszystkimi objawami, jakie się tylko dały spostrzegać u naszych 60-u chorych; zwrócimy tylko uwagę na niektóre objawy i o tyle, o ile zdaniem naszym mogą mieć znaczenie dla rozpoznania anatomicznego stanu gruczołu zajętego sprawą chorobną.

Wiadomo, że w ogromnej większości przypadków raka gruczołu krokowego, pierwsze objawy chorobne są te same co i przy przeroście gruczołu krokowego. Z 60-u naszych chorych u 8-u pierwsze objawy choroby wystąpiły w postaci zupełnego zatrzymania moczu, zaś u 38-u pojawiły się

zaburzenia w oddawaniu moczu zwykle spostrzegane u prostatyków i połączone z niemożnością doszczętnego opróżnienia pęcherza. Niezależnie jednak od wzmiankowanych objawów, świadczących tylko o powstawaniu w tylnej części cewki jakiejś przeszkody w oddawaniu moczu, dają się spostrzec jeszcze dwa inne objawy, a mianowicie bóle neuralgiczne i krwimocz.

Bóle neuralgiczne, jako pierwszy objaw chorobny, dały się zauważyć w 5-u przypadkach, krwimocz zaś w 8-u. Oprócz przypadków tylko co wzmiankowanych, w których dwa te objawy występują w charakterze początkowym, mogą one pojawić się również w przebiegu raka gruczołu krokowego, jako objawy późniejsze. Dzieje się to nawet dosyć często.

Bóle neuralgiczne. Można przyjąć, że ani zwiększenie się gruczołu, [np. przy przeroście], ani objawy zapalne, umiejscowione wewnątrz gruczołu, nie wywołują bólów neuralgicznych o znacznem nasileniu. Jeśli zaś w przebiegu przewlekłych zapaleń gruczołu krokowego występują bóle znacznie silniejsze, są one wywołane sprawą toczącą się w otoczeniu gruczołu krokowego (*periprostatitis*), dzięki której ulegają podrażnieniu nerwy przebiegające w otoczeniu gruczołu krokowego. Bóle lędźwiowe, rwa kulszowa, bóle w międzykroczu, w prąciu i t. d., które występują w przebiegu raka gruczołu krokowego, nie są zależne od powiększenia się rozmiarów gruczołu, ani też od sprawy nowotworowej umiejscowionej wewnątrz gruczołu; występują one wskutek zmian okołogruczozolowych, zależnych od szerzenia się nowotworu na tkankę otaczającą gruczoł krokowy.

W niektórych przypadkach szerzenie się nowotworu, jakieśmy to wyżej zaznaczyli, może być nawet bardzo nieznaczne i ograniczać się tylko do najbliższego otoczenia pewnych gałązek nerwowych, których ucisk powoduje ból. W innych znowu przypadkach następuje znaczny rozwój mas nowotworowych, które mogą uciskać na większe pnie nerwowe nawet w dalszym otoczeniu gruczołu krokowego i w ten sposób wywoływać bóle neuralgiczne. We wszystkich więc przypadkach raka gruczołu krokowego, w których występują wzmiankowane bóle neuralgiczne, mamy do czynienia z nowotworem, który przestał już być sprawą miejscową, lecz rozwija się w bliższym lub dalszym otoczeniu pierwotnie porażonego narządu. Jest rzeczą pierwszorzędną wagi, zbadanie przed operacją stanu chorego pod tym względem, albowiem należy przyjąć za zasadę, że przypadki raka gruczołu krokowego, w którego przebiegu pojawiły się silne bóle neuralgiczne, jak oto: bóle lędźwiowe, rwa kulszowa, nerwoból biodrowy lub silne bóle międzykroczu, należą do rzędu nieuleczalnych przynajmniej przy pomocy zabiegów operacyjnych używanych w chwili obecnej.

Krwimocz. Z ogólnej liczby 60-u badanych przez nas chorych, w 26-u przypadkach spostrzegano krwimocz, w tem 8 razy był objawem początkowym.

Objaw ten dokładnie zbadany został przez Guyon'a. Ponieważ różni autorowie często w pracach swoich nad chorobami gruczołu krokowego powołują się na jego zdanie w tej sprawie, przytaczamy je poniżej. „Krwia-

wienia [w przebiegu raka gruczołu krokowego] mogą występować już w samym początku choroby. Objaw ten nigdy jednak nie jest pierwszym. Zawsze poprzedzają go te lub inne zaburzenia w oddawaniu moczu i często można było się przekonać, że właśnie w czasie jednego z napadów utrudnionego oddawania moczu krew się pokazywała po raz pierwszy. W innych przypadkach zauważono pojawienie się go bez jakiejkolwiek przyczyny wywołującej. Krwiomocz w przebiegu raka gruczołu krokowego nie posiada tak wielkiego znaczenia, jak np. w przypadkach nowotworu pęcherza; pomimo to daje się on zauważyć dosyć często, a w niektórych przypadkach pewne specjalne, towarzyszące jego pojawianiu się cechy, mogą mieć znaczenie rozpoznawcze.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

80. Braun i Seidel. Badania kliniczno - doświadczalne nad sprawą ostrego rozszerzenia żołądka.

Przez określenie ostrego rozszerzenia żołądka rozumiemy ostre ustanie czynności żołądkowej z przepelnieniem, *resp.* wzdęciem i powstającym wskutek tego rozszerzeniem żołądka, które w sposób wielce groźny działa ujemnie na ogólny stan ustroju. Co do mechanizmu powstawania tego cierpienia, to zachodzi zasadniczy spór pomiędzy zwolennikami teorii wyłącznie czynnościowej a teorii mechanicznej. Ponieważ autorowie niniejszej pracy już uprzednio przechylali się na stronę pojmowania czynnościowego mechanizmu, jako pierwotnego czynnika, przeto starali się udowodnić ten pogląd przez odpowiednie doświadczenia na trupach i zwierzętach. Badania te doprowadziły ich przedewszystkiem do wniosku, że ostre rozszerzenie żołądka jest wyrazem i stanem następczym ostrej niewydolności tego narządu, przyczem ostrej ruchowej niewydolności może podlegać żołądek zarówno dotychczas zdrowy, jak i przewlekle chory, względnie — osłabiony, lub mniej odporny. Omawiane cierpienie może występować jako choroba samodzielna i jako powikłanie innych cierpień. Ostro ruchowa niewydolność dotychczas zdrowego żołądka w przeważającej liczbie przypadków jest charakteru wyłącznie czynnościowego, a nie mechanicznego: dają się tu zauważyć zaburzenia innerwacyi żołądka [ośrodkowe, obwodowe i odruchowe], oraz uszkodzenia samej warstwy mięśniowej. Przyjmując istnienie zaburzeń innerwacyi, możemy sobie wytłómaczyć prawie wszystkie postaci chirurgiczne ostrego rozszerzenia, w szczególności widziane po narkozach, laparotomiach, urazach brzucha i innych części ciała, uszkodzeniach rdzenia, dalej — przy zapaleniach otrzewnej, zabiegach i cierpieniach pozaotrzewnych, wreszcie po chorobach zakaźnych, ustrojowych i innych. Bezpośrednie uszkodzenie włókien mięsnych jest możliwe przez

ich drażnienie mechaniczne, zapalne lub toksyczne [wskutek pierwotnego osłabienia, rozdęcia, uszkodzeń mechanicznych przy operacjach na żołądku, wskutek zapalenia otrzewnej, wskutek chloroformu, jądów bakteryjnych, fermentacji i t. d.], dotychczas jednak nie wykazano grubszych zmian histologicznych, któreby rzuciły na tę sprawę jaśniejsze światło. Wskutek zastoju wprowadzonych pokarmów, zjawisk rozkładania się lub nadmiernie wzmoczonego wydzielania, następuje przepełnienie, *resp.* wzdęcie ruchowo niewydolnego żołądka, i zjawia się ostre rozszerzenie. Czem cięższą jest niewydolność ruchowa [zwiotczenie, niedowład, bezwład], tem mniejsze wystarcza odstępstwo od diety lub rozkład pokarmów, aby wywołać wszystkie objawy rozszerzenia żołądka. Lecz ostra niewydolność ruchowa i rozszerzenie mogą być uwarunkowane przez rażące błędy w dyecie, lub nadmierną fermentację, także pomimo braku momentu usposabiającego przy żołądku zdrowym i nienaruszonej in-nervacji. I tu również trzeba mieć na uwadze, oprócz mechanicznego momentu rozdęcia, również momenty toksyczne, względnie odruchowe. Przy ostrych rozszerzeniach, powstających na gruncie rozszerzenia przewlekłego, czynniki mechaniczne odgrywają ważną rolę przyczynową.

(*Mitteil. a. d. Grenz. d. Mediz. u. Chir. t. 17, z. 5*). W. Dobrowolski.

81. Seidel. Podstawy fizyologiczne i praktyczne zastosowanie wzmoczonego ciśnienia do usunięcia następstw odmy piersiowej.

Autor robił doświadczenia na królikach i psach, bądź pod narkozą, bądź bez niej. Wyniki swych spostrzeżeń strzeszcza w następujących тезach:

1) istota użycia wzmoczonego ciśnienia polega nie na rozdymaniu płuc, lecz na oddychaniu ściśnionem powietrzem, przytem napiętem równomiernie, bez wahań;

2) jeżeli chcemy wytworzyć sobie istotne pojęcie o wartości wzmoczonego ciśnienia dla usuwania następstw odmy piersiowej, to nie należy stosować ciśnienia wyższego ponad to, które właśnie jest potrzebne. Jeżeli-byśmy bowiem zechcieli z takich nieodpowiednich stopni ciśnienia wyciągać wnioski nieprzychylne, to należałoby uczynić to samo i względem zmniejszonego ciśnienia, przy którym, wskutek nadmiernie ujemnego ciśnienia, dają się również zauważyć rozdarcia płuc, jak przy ciśnieniu wzmoczonem, wskutek zbyt wysokiego dodatniego napięcia;

3) wzmoczone ciśnienie modyfikuje w nieznacznym stopniu warunki oddychania i obiegu krwi;

4) należy też podkreślić, że i zmniejszone ciśnienie nie pozostaje bez wpływu na normalne warunki oddychania i krążenia, wynika to nie tylko z teoretycznych *a priori* rozważań, lecz i z krzywych SAUERBRUCH'a;

5) mylnem jest mniemanie, jakoby pojęcie ujemnego ciśnienia śródopłucnego ściśle związane było z absolutną wysokością ciśnienia, panującego między listkami opłucnej. Nie można tu tracić z pod uwagi stosunku do ciśnienia na powierzchnię ciała, ponieważ wraz z tem ostatniem musi ulegać zmianie i ujemna wartość ciśnienia śródopłucnego, a przy ciśnieniu zmniejszonym może spaść do zera;

6) istotną różnicę pomiędzy ciśnieniem wzmoczonem a zmniejszonym można dostrzedz tylko na początku ich działania, które w pierwszym przypadku polega na przemijającym zwięźeniu naczyń włoskowatych płuca, w drugim zaś, na ich rozszerzeniu;

7) gdy po osiągnięciu zamierzonego stopnia rozdecia płuca ciśnienie zostało ustalone, to w obu przypadkach następuje jednakowy stosunek po-

między wewnątrzplucnem ciśnieniem, a ciśnieniem śródplucno - tułowiowem (*Intrapleural-Rumpfdruck*);

8) podniesienie absolutnej wysokości obu tych różnych ciśnień, jak to przy ciśnieniu wzmożonem w porównaniu z ciśnieniem zmniejszonem, nie może warunkować jakiegokolwiek różnicy zasadniczej w sposobie działania obu tych ciśnień;

9) pod względem praktycznym zabezpieczoną jest pewność narkozy i możność celowego postępowania przy zwykłych jej powikłaniach również i przy ciśnieniu wzmożonem, które dla wszelkiego zabiegu wewnątrz klatki piersiowej przedstawia taką samą wartość, jak i ciśnienie zmniejszone.

(*Mittel. a. d. Grenzg. d. Mediz. u. Chir., t. 17, z. 5*). W. Dobrowolski.

82. Schultze. Badania doświadczalne nad gorączką po operacjach wola.

Niektóre z dużych klinik i szpitali, pomimo znakomicie przeprowadzanej aseptyki, obserwują prawie stale gorączkę po operacjach wola, jakkolwiek brak przytem jakichbądź powikłań. Dziwne to zjawisko dało powód do przypuszczenia, że podniesienie temperatury stoi w bezpośrednim związku przyczynowym z uszkodzeniem samego gruczołu. Przypuszczają mianowicie, że z gruczołu, otwartego w czasie operacji, wydzielina spływa do rany, a dostawszy się w ten sposób przez liczne naczynia krwionośne i limfatyczne do ogólnego obiegu, wywołuje ostre zatrucie. Jako stały objaw tego mniej lub więcej nieuniknionego zatrucia, uważają podniesienie ciepłoty: „*Kropffieber*”. Atoli liczne spostrzeżenia przemawiają na niekorzyść tej hipotezy. Opierając się przedewszystkiem na doświadczeniu kliniki [w Bonn], gdzie dokonywano takich samych, jak i gdzieindziej, wycięć, na częstem spostrzeganiu zupełnie bezgorączkowego przebiegu gojenia, z drugiej zaś strony—na występowaniu gorączki o wyraźnym typie gorączki z wchłaniania wobec dającego się wykazać krwiaka (*haematoma*), przyszedł autor do przekonania, że specjalne zwalenie winy w tej sprawie na wydzielinę wola jest—co najmniej—zbyteczne. Aby jednak myśl swą bliżej uzasadnić, autor zwrócił się na drogę doświadczalną, używając do tego jednak nie zwierząt, lecz, organizmu ludzkiego: robił więc doświadczenia przedewszystkiem na samym sobie, a następnie na niektórych chorych, zaszczepiając wydzielinę zwykłego wola, oraz wola przy chorobie BASEDOW'a, bądź podskórnie, bądź wewnątrzżylnie, przy najściślejszem zachowaniu, oczywiście, wszelkich prawideł aseptyki. Wszystkich doświadczeń dokonano nad 7-u osobnikami i okazało się, że w żadnym przypadku nie można było osiągnąć takiego podniesienia się ciepłoty, któreby odpowiadało choć w przybliżeniu gorączce po operacji wola. Na podstawie tych obserwacji autor przychodzi do dwu następujących wniosków:

1) wchłanianie wydzieliny wola (*Kropfsaft*) nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu gorączki pooperacyjnej i

2) wydzielina wola BASEDOW'a nie posiada żadnych własności jadowitych, któreby bezpośrednio oddziaływały na tętno lub ciepłotę ciała. Zdarzające się więc niekiedy po operacji ostre pogorszenie w chorobie BASEDOW'a, które objawia się głównie zaburzeniem ciepłoty ciała i tętna, nie mogą być pożytywane za następstwo wchłaniania wydzieliny wola.

(*Mittel. a. d. Grenzg. d. Med. u. Chir., t. 17, z. 5*). W. Dobrowolski.

Wiadomości bieżące.

— Umieszczenie szpitali warszawskich z wyjątkiem szpitala w Tworkach zostało ostatecznie zdecydowane i zatwierdzone.

— Generał-gubernator warszawski wydał rozporządzenie, na mocy którego wszyscy lekarze i felczerzy, tak pozostający na służbie państwowej, jak i wolnopracujący, w razie zwrócenia się do nich o udzielenie pomocy lekarskiej przez osoby z ranami postrzałowymi, obowiązani są bezzwłocznie zawiadomić o takich osobach najbliższą władzę policyjną: naczelnika powiatu, policmajstra, starszego oddziałowego strażnika, miejscowych lub kolejowych żandarmów, a na wsiach strażników miejscowych, w razie zaś ich nieobecności wojtów gmin lub sołtysów. Winni przekroczenia tego postanowienia będą pociągani do kary w drodze administracyjnej do trzech miesięcy więzienia, lub kary pieniężnej do wysokości 3 tysięcy rubli.

— XIV Kongres międzynarodowy higieny i demografii odbędzie się w Berlinie od 23 do 29 września r. b.

— V międzynarodowy Kongres ginekologiczny, który miał odbyć się w r. b. w Petersburgu, został odłożony i komitet organizacyjny zaproponował wybranie na kongres innego miasta.

— VI międzynarodowa Konferencja w sprawie gruźlicy odbędzie się w Wiedniu d. 19—21 września r. b.

OGŁOSZENIE.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1907/8 zawakuje sześć stypendyów, każde po rub. 300 rocznie z legatu ś. p. Walentego Koczorowskiego, zmarłego w r. 1878 w m. Piotrkowie, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich; b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkał; c) Strojcecy, synowie po Adolfie Strojcekim i ich następcy; d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim; w braku kandydatów z wyszczególnionych imion—stypendya nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego. Życzący sobie ubiegać się o te stypendya winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulicą Niecała № 7] najpóźniej do dnia 15-go września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy z wykazaniem stopni otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniu o wzorowym prowadzeniu się; 2) metyki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy uniwersyteckiej o przyjęciu wpoczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego, *W. Kosmowski*.

Redaktor i Wydawca, Dr med. **Jan Pruszyński**.

Druk *K. Kowalewskiego. Warszawa. Mazowiecka 8.*