

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7; półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“ — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek wczesnych trzeciorzędnych objawów przymiotu. Przez A. Groszlika (Łódź). — Przyczynek do kazuistyki nowotworów złośliwych, powstałych z nabłonka kosmków (Chorionepithelioma malignum). Podał D-r J. Steinhaus. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 17. Jak należy leczyć kamieć żółciową, we wnętrzu czy chirurgicznie? 18. Badania kliniczne nad działaniem i stosowaniem dioniny. 19. O leczeniu wilka nadmanganianem potasu. 20. Nowa metoda leczenia wrzodzącego zapalenia błony śluzowej ust (stomatitis ulcerosa). 21. Przyczynek do leczenia poczynającej się krzywicy. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego, Posiedzenie z dnia 4 marca 1899 r. — Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego, Posiedzenie z dnia 12 lutego r. b. — Z Towarzystw lekarskich zagranicznych. — List otwarty do redakcyi „Medycyny“. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — Odpowiedzi Redakcyi. — **Ugłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Groszlik — Un cas de syphilis avec des accidents tertiaires precoces. 2) D-r J. Steinhaus — Contributions à la casuistique des chori-nepitheliomes malins.

Redaction: Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Kr. k. Przem. 7.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Groszlik — Ein Fall von Syphilis mit früher Erscheinung von Krankheitsproducten der tertiären Periode. 2) D-r J. Steinhaus — Beitrag zur Casuistik der malignen Chorionepitheliome.

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

PRZYPADK Wczesnych TRZECIORZĘDNYCH OBJAWÓW PRZYMIOTU¹⁾,

przez

A. GROSGLIKA (Łódź).

Ze stanowiska rokowania punkt ciężkości sprawy przymiotowej tkwi, jak wiadomo, w jej objawach późniejszych, tak zw. trzeciorzędnych. One to właśnie prawie jedynie zagrażają zdrowiu, a częstokroć i życiu dotkniętych przymiotem, one to najczęściej stanowią o przyszłym ich losie, gdy przypadłości wtórne, tak dla chorych dokuczliwe, z małymi wyjątkami rzadko kiedy mają następstwa poważniejsze. Wszystkie nasze zabiegi lecznicze zmierzają do uniemożliwienia objawów trzeciorzędnych, a przynajmniej do odsunięcia ich w najodleglejszą przyszłość chorego. Tymczasem ani charakter owrzodzenia pierwotnego, ani ciężkość i częstość powrotów w okresie wtórnym nie dają nam najmniejszych rękojmi co do przyszłego przebiegu przymiotu w każdym przypadku poszczególnym. Po owrzodzeniu najrozleglejszem spostrzegamy niejednokrotnie łagodne objawy wtórne, a do trzeciorzędnych wcale nie dochodzi, innym razem owrzodzenie najłagodniejsze i również łagodne obja-

¹⁾ Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego d. 21 grudnia 1898 r.

Anc 208/53/13

wy wtórne pociągają za sobą najburzliwsze przypadłości miękkzakowe. FOURNIER²⁾, któremu nikt chyba nie odmówi doświadczenia i biegłości, roztacza przed nami obraz w tej mierze iście przerażający. Na 1664 przypadki, zakończone najrozmaitszemi przypadłościami trzeciorzędniemi, okres wtórny miał charakter.

1) łagodny lub nawet bardzo łagodny	w 1424 przypadkach
2) średni pod względem natężenia i ilości objawów	w 131 „
3) silny a nawet ciężki	w 45 „
4) odrazu w postaci trzeciorzędnej	w 64 „

czyli: w potężnej większości przypadków (1424 na 1664) objawy trzeciorzędne występują po okresie wtórnym o przebiegu łagodnym. Ja również spostrzegam chorego, u którego po szybko zabliznionem owrzodzeniu pierwotnem, nie było nigdy żadnych objawów wtórnych ani na skórze, ani na błonach śluzowych, a jednak w 5 lat po zakażeniu wystąpiły bardzo wyraźne miękkzaki przymiotowe w wątrobie, a pewnie i w nerkach, o czym świadczyły: obfity białkomocz i eklampsya, trwająca całą dobę. Na szczęście, okres trzeciorzędny, acz nie rzadki, następuje, zdaniem większości syfilidologów, zazwyczaj po upływie wielu lat od chwili zakażenia. FINGER³⁾ podaje siódmy rok istnienia choroby, jako najniebezpieczniejszy, tak iż po odtrąceniu zwykłych 2 lat trwania objawów wtórnych, pozostaje okres 5-letni wolny od wszelkich przypadłości. Okres ten, naturalnie, ciągnąć się może bardzo długo, czasami 10—20—30 lat i więcej, ale najmniej 6 miesięcy, i tylko w przypadkach rzadkich i wyjątkowych—powiada FINGER—objawy trzeciorzędne następują bezpośrednio po wtórnych. Zdarzają się jednak ciężkie miękkzakowe przypadłości już w pierwszych miesiącach istnienia choroby, przynajmniej po pierwszym półroczu, jak twierdzi LANG⁴⁾ odnośnie do skóry. Nawet kości, których cierpienia uważano kiedyś za niejawodnie należące do późniejszego okresu, nie stanowią tu wyjątku. SUCHANEK⁵⁾ np. spostrzegł przypadki, gdzie uogólnienie zarazka zaczynało się właśnie od kości, a SOŁOWIEJCZYK⁶⁾ znaczne zajęcie kości czaszkowych już w 3 miesiące po zakażeniu. Przytoczone przypadki i im podobne, lubo świadczą oczywiście przeciw podziałowi przymiotu na ściśle odgraniczone i stałe okresy, należą bądźco bądź do rzędu rzadkich wyjątków. Takim wydaje mi się również przypadek, który poniżej przytaczam.

11 maja 1898 r. zgłosił się do mnie 45-letni mężczyzna, od którego dowiedziałem się, co następuje: przed 1½ rokiem miał wrzód twardy na członku w okolicy szyjki; po 4 tygodniach różyczka przymiotowa i zapalenie gardła. Nawroty były częste: w postaci grudek, lepicy płaskich w okolicy odbytu, *alopecia diffusa*. Leczył się prawie cały rok: otrzymał 60 wstrzykiwań głębokich (czego, chory nie wie) i 60 wcierań szaruchy (jak zapewnia chory, po 4,0); w przerwach dostawał jodek potasu. Przed 5 miesiącami chory zauważył obrzmienie tudzież bolesność i utrudnienie ruchów w kolanie lewem; od tyłuż miesiący cierpi on na bezsenność i częste bóle głowy, najbardziej wie-

2) FOURNIER. Traitement de la syphilis, 1893, rozdz. II.

3) FINGER. Die Syphilis und die vener. Krankheit. 1892, str. 92 i następne.

4) LANG. Vorlesungen über Pathologie n. Therapie der Syphilis, przekł. rosyjsk. 1886, str. 171.

5) Według LANG'a, l. c., str. 339.

6) P. LANG'a, str. 339.

czorami i nocą. Przed 3 miesiącami spostrzegł obrzmienie lewego jądra oraz zwiększenie lewej połowy moszny; wszystkie sprawy wymienione szły na przód powoli, ale *crescendo*. Od kilku tygodni ma bóle w lewym stawie łokciowym i prawym ramieniowym. Chory nigdy rzeżączki nie miał. *Status praesens*: Budowa prawidłowa. Odżywianie w najwyższym stopniu upośledzone, silne wychudnienie, brak łaknienia zupełny. Silne przygnębienie, bezsenność; bóle głowy dokuczliwe. Stan bezgorączkowy tak obecnie, jak i przez cały czas trwania choroby. Na skórze żadnej wysypki nie ma; są tylko pigmentacje na brzuchu, plecach, przedramionach i goleniach od dawnych wysypek. W okolicy odbytu narost, pozostały po łepieżach płaskich, widocznie niezupełnie uległych wessaniu. Gruczolę pachwinowe powiększone, szyjowe również; z innych — tylko łokciowe dają się wyczuć. Błony śluzowe widoczne wolne są od wszelkich objawów, również narządy zmysłowe. Ze strony narządów piersiowych — *bronchitis chronica*, ze strony brzusznych — nic godnego uwagi. Prawy staw ramieniowy pokryty jest skórą zdrową; obrzmienia, przynajmniej widocznego, brak, natomiast istnieje miejscami bolesność na ucisk, tudzież ruchy są utrudnione i bolesne. To samo daje się zauważyć w stawie łokciowym lewym. Lewy staw kolanowy jest znacznie powiększony, o konturach zupełnie wygładzonych i zmienionych; skóra nad nim prawidłowo zabarwiona, konsystencji ciastowatej; w dolnej części stawu wyczuwają się nasady goleniowe znacznie zgrubiałe, co najmniej 1 1/2 raza; tu również bolesność na dotyk; ruchy ograniczone i bolesne. Obwód stawu nad rzepką wynosi 39,5 ctm. (na prawej stronie 33 ctm.), nad nasadami goleni 35,5 ctm. (na prawej stronie 31 ctm.). Lewa połowa moszny znacznie powiększona, prawie wielkości głowy noworodka, tak iż prawa połowa wygląda w porównaniu z nią, jako nikły przydatek. Bolesności nie ma nawet przy ucisku. Skóra moszny gładka i wysoce naprężona. Ze strony zawartości worka chębotanie wyraźne. Konsystencja u góry twarda; lewe jądro wyczuwa się, jako guz nierówny, przeszło dwa razy większy od prawego; przyjądrze osobno nie wyczuwa się. Na zasadzie powyższego obrazu rozpoznałem: *Osteoperiostitis syphil. simplex et gummosa epiphysum sup. tibiae sin., gonitis syphilitica chron. sin., arthropathia syph. cubiti sin. et artic. humeri dext., sarcocoele et hydrocoele syphilitica sinistra simplex et gummosa*. Przebieg leczenia w zupełności potwierdził rozpoznanie. Już po 10 dniach swoistego leczenia zmiana nastąpiła tak znaczna, że chorego, wchodzącego do mego gabinetu, w pierwszej chwili nie poznałem: apatya znikła, usposobienie żywe, sen dobry, łaknienie dobre, bóle głowy ustąpiły, chód prawie dobry. Bóle w lewym stawie łokciowym ustąpiły zupełnie, w prawym ramieniowym zmalowały do śladów. Lewe kolano mniejsze, niebolesne, kontury podobniejsze do zwykłych, konsystencja skóry ciastowata, jak poprzednio; zgrubienia nasad piszczelowych mniejsze; ruchy kolana prawidłowe. *Hydrocoele* mniejsze, *sarcocoele in statu quo ante*. Dopiero 20 dnia leczenia stwierdziłem widoczne zmniejszenie się *sarcocoele*; wtedy również udało mi się wyczuć przyjądrze oddzielnie od jądra, w postaci guza gruszkowatego, znacznie powiększonego, nierównego i twardego. Dalszy przebieg nie przedstawia nic szczególnego: chory coraz bardziej się poprawiał. Ostatnio widziałem go 5 października 1898 r. (spostrzeganie trwało więc 5 miesięcy) i stwierdziłem stan następujący: ogólny stan wysmienity; kolano lewe ma wygląd i wielkość prawego, może jest cokolwiek większe; *hydrocoele* znikło w zupełności; lewe przyjądrze wielkości prawidłowej, a przynajmniej nie różni się od prawego; jądro lewe cokolwiek twarde,

ale nie powiększone. Na szyi liczne gruczoly, w gardle i ustach nic. Do rozpoznania zatem powyższego dodać należy jeszcze *epididymitis syph. simpl. et gummosa sinistra*, która najprawdopodobniej przyłączyła się do istniejącej już *orchitis*.

Co się tyczy chronologii objawów w moim przypadku, uważam za rzecz wielce prawdopodobną, że zapalenie stawu kolanowego nie powstało pierwotnie, lecz rozwinęło się później, w następstwie sprawy, uprzednio umiejscowionej w nasadach kości piszczelowej. Przemawia zatem przypuszczeniem *arthropathia* ramieniowa i łokciowa: tu wysięku brak jeszcze zupełnie, i cała sprawa sprowadza się do zapalenia okostny i masy kostnej nasad. Tak samo w kolanie rzecz rozpoczęła się od *osteoperiostitis* nasad piszczelowych, która drogą następczą wywołała wysięk z błony surowiczej, wyściełającej staw kolanowy; wysięk nastąpiłby z czasem również w dwu wymienionych stawach, gdyby nie leczenie, w porę zastosowane. Pogląd powyższy znajduje potwierdzenie w statystyce prof. GAY¹⁾ z Kazania, opartej na własnym a rozległym doświadczeniu, którą w dalszym ciągu przytaczam, i w której cierpienia kości notowane są częściej, aniżeli czyste artropaty. Stosunek oczywiście musiałby być wręcz przeciwny, gdyby stawy zawsze miały wcześniej ulegać działaniu zarazka przymiotowego, a kości dopiero drogą następczą. Uwagi powyższe stosują się, *mutatis mutandis*, do zajęcia jądra. Za pierwotnie dotknięte uważać możemy gruczoly nasienne, przesiek zaś z pochwy jądrowej (*tunica vaginalis*) — za sprawę wtórną. Trudno jednak orzec stanowczo, które z dwu ognisk wcześniej powstało: w jądrze czy w przyjądrzu, gdyż wywiady nie nam w tej mierze nie mówią, a poprawa — jak widzieliśmy — szła tu i tam *pari passu*; ale prawdopodobnie zmiany w jądrze są daty dawniejszej, nie znikły bowiem pod koniec leczenia w zupełności, nie tak jak w przyjądrzu, które całkiem wróciło do stanu pierwotnego.

Przypadek powyższy z kilku względów zasługuje na uwagę. Przede wszystkim, objawy trzeciorzędne wystąpiły istotnie bardzo wcześnie, w takim okresie, kiedy przy stosownem leczeniu spodziewamy się zazwyczaj pierwszego nawrotu przypadłości wtórnych; a jeżeli weźmiemy pod uwagę przewlekłość, cechującą objawy przymiotowe, zwłaszcza trzeciorzędne, brak gorączki, a niewątpliwie i oddziaływanie sugestyi lekarza, który po stosowaniu energicznego leczenia przyrzeka choremu długą przerwę w chorobie, — okoliczności odwracające uwagę chorego od własnego cierpienia —, tedy nie wyda się zbyt śmiałem przypuszczenie, że objawy spostrzegane w naszym przypadku powstać mogły wcześniej, aniżeli chory podaje (13 miesięcy od czasu zjawienia się wrzodu pierwotnego), a więc pod koniec pierwszego roku istnienia choroby. O częstoci cierpień kości, stawów i jąder w rozmaitych okresach przymiotu powziąć można niejakię pojęcie z następującego zestawienia prof. GAY:

K o ś c i

<i>Stad. condylom.</i>	3,7% (u mężczyzn)	i	6,3% (u kobiet)
<i>St. gummos.</i>	29,2% (")	i	31,8% (")

¹⁾ Prof. A. GAY. Kurs wenerycznych bolezniej, 1898, str. 426, 445, 461.

S t a w y

Stad. condyl. 0,5% (u mężczyzn) i 0,2% (u kobiet)
Stad. gumm 5% (") i 3% (")

J ą d r a

Sarcocoele secund. 3 przypadki

Sarcocoele gum. 54 " "

A zatem cierpienia kości są 6 razy, stawów — 10 razy i jąder — 18 razy rzadsze w okresie wtórnym, aniżeli w trzeciorzędnym. Przypadek nasz zasługuje na uwagę również ze względu na przyczynę jego powstawania. Pewna liczba syfilidologów, a pomiędzy nimi KAPOSI⁸⁾, utrzymuje, iż w przypadkach, gdzie leczenie swoiste rozpoczęto przed pojawieniem się pierwszych objawów konstytucjonalnych lub rozpoczęto w czasie należywym, ale niedostatecznie stosowano, zwykle bardzo wczesnie występują cierpienia kości, jak zresztą inne ciężkie objawy przymiotu. Pomijam wątpliwą zasadność tego przekonania, które KAPOSI nazywa „faktem stwierdzonym przez doświadczenie“, pomijam również niebezpieczeństwo wyprowadzonego ząd wniosku o szkodliwość prewencyjnego i wogóle wczesnego leczenia przymiotu⁹⁾. Przypadek mój, bądźco bądź, nie należy do rzędu, przez KAPOSI'ego ustanowionego, gdyż leczenie, lubo wogóle wczesnie rozpoczęte, spowodowane zostało wystąpieniem różyczki czyli przypadłości ogólnych. Że ono było prowadzone energicznie, temu chyba nikt nie zaprzeczy: 60 zastrzykiwań i 60 wcierań szaruchy oraz jodek potasu w przerwach w ciągu pierwszego roku jest to sposób leczenia, którego by się pod względem energii nie powstydzili najgorliwszy zwolennik metody FOURNIER'a. W każdym razie spostrzeżenie nasze dowodzi, że w pewnych przypadkach nawet energiczne i w porę przedsięwzięte leczenie nie jest w stanie zapobiedz wystąpieniu wczesnych objawów trzeciorzędnych. Od czego to zależy, trudno, a raczej niepodobna na to pytanie odpowiedzieć. Być może, „odporność“ ustroju dotkniętego wiele tu znaczy; wiemy istotnie, że nie wszyscy ludzie są w jednakowej mierze skłonni do chorób, oraz że choroby same u rozmaitych osób nader odmienny przybierają przebieg tak pod względem natężenia, jak i rozprzestrzenienia. Łatwo jednak dojrzeć, że tak zw. „odporność“ ustroju w gruncie rzeczy nic nie tłumaczy, będąc niczem innym jeno zbiorową nazwą nieznaną nam jeszcze, a tkwiących w nas samych warunków, które powodują taki lub inny stosunek ustroju do rozmaitych czynników chorobowych. Po za tem nie wydaje mi się sprzecznym z naszą znajomością chorób zakaźnych przypuszczenie, że stopień ciężkości objawów przymiotowych zależy może jeszcze od gwałtowności mniejszej lub większej, z jaką rozmnaża się nieznaną nam zarazek przymiotu, bądź wreszcie od natury samego zarazka; chcę przez to powiedzieć, iż mogą istnieć rozmaite odmiany tego samego zarazka, z natury swej mniej lub więcej niebezpieczne, które raz pociągają za sobą objawy lekkie, kiedy indziej znowu ciężkie.

Że i w takich, jak mój, przypadkach, a pewnie i w cięższych, jedynym i prawie niezawodnym środkiem jest leczenie swoiste, świadczy powyżej podany wynik leczenia.

⁸⁾ KAPOSI. Pathologie und Therapie der Syphilis, 1891, str. 232.

⁹⁾ P. w tym względzie FOURNIER'a, Traitement de la syphilis, szczególnie rozdz. 54—55, oraz rozumnie i przekonywające uwagi ELZENBERGA w „Leczeniu syfilisu“ 1890, rozdz. IV.

Z PRACOWNI MIKROSKOPOWEJ I BAKTERYOLOGICZNEJ SZPITALA ŻYDOWSKIEGO
W WARSZAWIE.

Przyczynek

do

kazuistyki nowotworów złośliwych, powstających z nabłonka kosmków

(*Chorionepithelioma malignum*).

Według odczytu, wygłoszonego d. 21 lutego 1899 roku w Warsz. Tow. lekarskiem.

Podał

D-r JULIAN STEINHAUS, zarządzający pracownią.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 9).

Przenikanie wielkich komórek do naczyń miało w macicy miejsce daleko częściej, niż w cewce, stąd też zapewne większa ilość wybroczyn w pierwszej, niż w ostatniej.

Podział mitotyczny okazał się również stosunkowo rzadkim; licznie za to reprezentowane i tutaj były fragmentacje Arnold'owskie.

Wreszcie spotykaliśmy w kilku miejscach w ścianie macicy w tkance łącznej międzymięśniowej komórki, zupełnie odmienne od reszty — były to duże, często usiane wodniczками masy protoplazmatyczne, zawierające 40 i więcej jeszcze jąder. Kształt tych mas protoplazmatycznych, które znajdowaliśmy pośród wielkich komórek, był okrągły, jajowaty lub niekiedy półksiężycowy. Jądra były małe, z prawidłową siecią chromatynową, i jednym jąderkiem.

Zwyrodniały jajnik prawy przedstawiał się pod mikroskopem jako jedna duża masa nekrotyczna, usiana leukocytami, czerwonymi krążkami krwi i siatką włóknika, wśród których gdzieś znaleźć jeszcze można było nieliczne gorzej lub lepiej barwiące się i liczne znekrotyzowane wielkie komórki; ani śladu prawidłowej budowy jajnika nigdzie dopatrzeć się nie można było.

Co się tyczy heparyzowanego płuca, to z niego przygotowaliśmy dużą ilość skrawków w nadziei znalezienia tam przerzutów. Jednakże usiłowania nasze były bezowocne. Nic takiego, coby pozwalało przypuścić istnienie przerzutu wykryć się nie dało — wszędzie mieliśmy tylko zwykły obraz zapalenia krupowego płuc we wczesnych okresach wysięku. Ponieważ jednak nie przeszukaliśmy całego płata, tylko pojedyncze wycięte z niego kawałki, nie możemy stanowczo wykluczyć przerzutów. Przeciwnie nawet, zdaje się nam, że możemy, na podstawie analogii, uważać zapalenie płuc w naszym przypadku za wtórną bronchogenną sprawę, nie zaś za pierwotne cierpienie.

Z macicy, cewki i jajnika wielkie komórki nie tylko mogły, ale wprost musiały drogą krwi przechodzić do naczyń włosowatych płuc. Zanim ro

winał się guz przerzutowy, nastąpić mogła charakterystyczna dla naszego nowotworu nekroza, a ognisko nekrotyczne w płucu łatwo mogło stać się punktem wyjścia dla wtórnego bronchogennego zakażenia. W takich warunkach mogło się nie udać odnalezienie na skrawkach owego przerzutu, aczkolwiek mógł on istnieć w chorem płucu.

Zakończywszy w ten sposób opis naszego przypadku, zwrócić się musimy obecnie do dyagnozy.

Przerzut w cewce, który najpierw otrzymaliśmy do zbadania, oznaczyliśmy tymczasowo nazwą *sarcoma gigantocellulare*. Nacieczenie nowotworowe w macicy okazało się identycznym z nim. Czyż więc należało dyagnozę tymczasową uważać również za ostateczną, czy też zastąpić ją rozpoznaniem *chorionepithelioma*, podejrzanem jeszcze za życia chorej?

W literaturze w swoim czasie opisywano podobne do naszego nowotwory, jako mięsaki; od czasu wszakże, kiedy udało się wykazać, że nie tylko te typowe nowotwory, które składają się z *syncytium* i z komórek warstwy LANGHANS'a, genetycznie są *chorionepitheliomata*, lecz również i nietypowe, „w których nablonk kosmków wszędzie lub przynajmniej po większej części utracił swój układ prawidłowy i występuje w formie pojedynczych komórek“ (*isolirte Zellen*) [MARCHAND⁴], musimy odrzucić nazwę mięsaka i na jej miejsce postawić nazwę „*chorionepithelioma malignum*“.

Przebieg kliniczny, stosunek do poronienia, przerzuty wskazują w naszym przypadku, tak samo jak i wyniki badania drobnowidzowego, *chorionepithelioma*. Źródłem pomyłek, których dotychczas nie brakło, było duże podobieństwo obrazów mikroskopowych do mięsaka. Dopiero wyjaśnienie genezy owych wielkich komórek, które, jak się okazało, pochodzą z nablonka kosmków, pozwoliło na usunięcie pomyłek i zrobienie właściwego rozpoznania.

b) Nowotwór złośliwy, powstały z nablonka kosmków po prawidłowym porodzie (przypadek, spostrzegany przez kol. M. LEBENSBAUMA).

Przedmiotem poniższego opisu jest wynik powtórnego zbadania mikroskopowego przypadku, ogłoszonego w 1892 roku przez kol. M. LEBENSBAUMA pod napisem: „Rak pochwy, powstały w przebiegu raka macicy drogą samozaszczepienia“⁵), jak to, zresztą, we wstępie już zaznaczyliśmy. Odsyłając czytelnika po szczegóły do pracy kol. LEBENSBAUMA, tutaj streścimy tylko najważniejsze dane z klinicznego przebiegu.

Pani F. Sch. ze Sterdyni, 27-letnia, została przywieziona do szpitala żydowskiego do oddziału d-ra ROSENTHALA z objawami ostrej małokrwistości w dniu 1 kwietnia 1891 roku. Wywiady wykazały, że pani Sch. jest od 10 lat zamężna, miesiączkowała zawsze prawidłowo, rodziła 6 razy, zawsze szczęśliwie. Ostatni poród odbył się po prawidłowej ciąży przed 4 miesiącami, przyczem łożysko odeszło samo. W piątym tygodniu po porodzie pojawiły się krwotoki z narządów płciowych; pierwszy krwotok trwał kilka dni; po kilkudniowej przerwie ponowił się krwotok, który został wstrzymany dopiero po wyłyżeczkowaniu macicy. Po krótkim czasie krwotoki znów się pojawiły; ostatni miał miejsce na dwa dni przed przybyciem chorej do szpitala i po-

⁴) MARCHAND. Ueber das maligne Chorionepitheliom. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. 1898. Tom 39. str. 248.

⁵) Gazeta Lekarska. 1892, Nr. 10.

chodził — według orzeczenia ordynującego lekarza — z owrzodzenia tylnej ściany pochwy, spowodowanego pęknięciem żyłaka.

W szpitalu znaleziono na tylnej ścianie pochwy w pośrodku owrzodzenie podługowate, długości około 4 cm., szerokości 3 cm., głębokości około 5 mm., z nierównymi brzegami; dno owrzodzenia też nierówne i wypełnione skrzepem krwi. Macica nieco powiększona, w tyłozgięciu, ruchoma.

Przypuszczano raka pochwy; badanie drobnowidzowe nie potwierdziło jednak tego przypuszczenia. Owrzodzenie pod wpływem opatrunków przeciwnilnych stopniowo się oczyszczało i w pierwszych dniach maja było już zupełnie zagojone. W ciągu całego tego czasu krwotoki nie ponowiły się więcej. 10 kwietnia, w 10 dni po wstąpieniu do szpitala, u chorej rozwinęło się zapalenie płuc nieżytowe, które po 10 dniach znikło bez śladu. Dnia 14 maja chora dostała silnego krwotoku z narządów płciowych, przyczem z pochwy odeszły dość duże skrzepy krwi. Dokonane zaraz badanie wewnętrzne wykazało obecność w macicy ciała konsystencji nieco twardszej od łożyska, wychodzącego z dna i przedniej ściany macicznej; pozostała błona śluzowa była gładka. Ostrą łyżeczką wyskrobano kawałki nowotworu, który pod drobnowidzem okazał się „rakiem macicy gruczołowo-włóknistym“. W kilka dni po rozpoznaniu raka macicy blizna w pochwie zaczęła się wypuklać i powiększać, w pochwie począł się rozwijać nowotwór, który po dwóch tygodniach osiągnął rozmiarów dużego orzecha laskowego i zaczął się rozpadać. O guzie tym kol. LEBENSBAUM pisze, co następuje: „Badanie pod drobnowidzem skrawków nowotworu wykazało, że mamy przed sobą raka gruczołowo-komórkowego pochwy. Tkanka składa się z ciał rakowych, w skład których wchodzi komórki nabłonkowe duże, o dużym jądrze i jednym lub więcej jąderkach. Podścielisko łączno-tkankowe jest nacieczone okrągłymi małymi komórkami, otaczającymi tu i owdzie w większej ilości ciała rakowe. W wielu miejscach komórki ciał rakowych zawierają ciała drobnoziarniste i jądro walcowatej lub półksiężycowej formy, ku obwodowi komórek odparte, przyczem resztę komórki wypełnia jednorodna, przezroczysta masa. Niekiedy komórki te w ciele rakowym zlewają się, naśladując budowę tkanki siatkowatej, słowem mamy przed sobą daleko posunięte zwyrodnienie rakowate“.

31 maja usunięty został na drodze operacyjnej nowotwór pochwy; rana pooperacyjna zagoiła się przez rychłozrost. Stan chorej pozostawał jednak przez cały czas bardzo nie dobrym, krwotoki maciczne wznowiły się. Po dłuższym wahaniu, warunkowanym wycięciem chorej, zdecydowano się 3 lipca na całkowite wycięcie macicy przez pochwę. Stan chorej po operacji był bezgorączkowy, jednakże śmierć nastąpiła po 6 dniach przy objawach ogólnego wyniszczenia.

Badania pośmiertnego nie robiono.

O wyciętej macicy kol. LEBENSBAUM mówi, co następuje: „Wycięta wraz z jajowodami i jajnikami macica jest nieco powiększona, otrzewna, pokrywająca ją, jest gładka i niezmienniona. Po otworzeniu jamy macicznej za pomocą podłużnego cięcia znajdujemy ją wypełnioną strzępiastymi i rozpadającymi się masami, wyrastającymi przeważnie z dna i ściany tylnej, po części zaś i przedniej. Szyja i dolny odcinek macicy nie zajęte. W jajnikach i jajowodach przerzutów nie znaleziono. Badanie zaś drobnowidzowe skrawków, wziętych z miejsc, najbardziej rozpadowi uległych, dało wyniki następujące: zwyrodniała rakowata część macicy składa się z ciał rakowych, pooddzielanych od siebie małą ilością tkanki łącznej. Ciała te zawierają komórki pła-

skie, duże, najrozmaitszej, zwykle nieprawidłowej formy, o dużym jądrze i jednym lub więcej jąderkach. W miejscach owrzodziałych komórki ciał rakowych są stłuszczone i rozpadają się. Podścielisko nacieczone dużą ilością drobnych komórek, które wnikają w głąb tkanki pomiędzy pęczki włókien mięsnych, dochodząc aż do otrzewny. Tu i owdzie zmienione i rozpadłe czerwone krążki krwi. W wielu miejscach stwierdzamy komórki duże, uległe zwyrodnieniu klejowatemu. Wogóle we wszystkim mamy obraz zupełnie podobny do guza pochwy⁶.

Kawalki ze ściany macicy, zawierające masy nowotworowe, jak również przerzut pochwy z powyżej opisanego przypadku, utrwalone w wysokoku i przechowane w pracowni, stanowiły materiał, który zużytkowałem dla powtórnego zbadania drobnowidzowego.

Metody badania były te same, co i w pierwszym moim przypadku. Pomimo tyloletniej konserwacji w wysokoku, tkanki nie zmieniły się prawie wcale, jak o tem mogłem się przekonać, porównyując je z preparatami, otrzymanymi z identycznego przypadku, w którym badanie drobnowidzowe dokonane zostało zaraz po wyłuszczeniu guza⁶).

Przeglądając skrawki z kawalka macicy, szerokiego na 2—3 ctm., przy małym powiększeniu można poznać wewnętrzną powierzchnię macicy po resztkach błony śluzowej grubości $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ mm., składających się z silnie nacieczonej *substantia propria* z dość licznymi i dobrze zachowanymi gruczołami. W niektórych miejscach na kilku skrawkach znalazłem nawet powierzchowny nabłonek maciczny; po większej części wszakże powierzchowne warstwy błony śluzowej były znekrotyzowane.

Błona śluzowa nie pokrywa wszakże całej wewnętrznej powierzchni skrawka, lecz tylko jedną jego połowę. W drugiej połowie na miejscu błony śluzowej występują, w części już rozpadłe, masy nowotworowe. W tej samej połowie skrawka widać pod powierzchowną masą nowotworową oddzielone od niej warstwą mięśniową na 2 mm. grubą okrągłe ognisko nowotworowe, przeszło $\frac{1}{2}$ ctm. w średnicy mające; ognisko to prawie w całości uległo już rozpadowi i przesiąknięte zostało czerwonymi krążkami krwi i siecią włókniaka. Tylko w dolnym odcinku drobna jego cząstka została dobrze zachowana, jądra komórek barwią się dobrze, i kontury komórek i mas protoplazmatycznych występują wyraźnie.

W górę i na zewnątrz od tego ogniska, które leży na brzegu skrawka idzie wyrostek, dochodzący do wewnętrznej powierzchni macicy; i ten wyrostek znajduje się w stanie nekrotycznym. Drugie, nieco większe ognisko nowotworowe leży pod pierwszym i nieco bliżej ku środkowi skrawka. Ognisko to jest czworokątne i posiada w środku nieprawidłowo ograniczone światło. Wokoło ostatniego ogniska leży jeszcze kilka maleńkich ognisk nowotworowych w świetle większych naczyń żylnych.

Na skrawkach z pochwy widać nabłonek pochwy prawie na całej wewnętrznej powierzchni (przeszło 2 ctm. szerokiej) za wyłączeniem tylko części środkowej skrawków, która jest owrzodzona i stanowi od wewnątrz granicę dużego, zajmującego całą środkową część skrawków ogniska, którego grubość jest prawie tak wielka, jak grubość ściany pochwy w tem miejscu

⁶) Mam tu na myśli przypadek kol. STANKIEWICZA z Łodzi, ogłoszony w Gazecie lekarskiej 1898 r. Nr. 314. Kol. ŻURAKOWSKI, który robił preparaty z przysłanych mu przez kol. STANKIEWICZA kawalków przerzutu pochwowego, był łaskaw udzielić mi swoich preparatów do przejrzenia.

(1,5—2 cm.). W niektórych miejscach, szczególnie w części środkowej tego ogniska, znajduje się dużo mas nekrotycznych i włóknika.

Z boku i ku górze od tego ogniska z jednej strony skrawków leżą jeszcze, jedno nad drugim, dwa małe ogniska nowotworowe, wypuklające w tem miejscu błonę śluzową, bardziej powierzchniowe, mniejsze ognisko leży tuż pod nabłonkiem, drugie, większe tuż pod pierwszym.

Zarówno powierzchniowe, jak i w głębi ściany macicy i pochwy leżące ogniska nowotworowe posiadają jedną i tę samą budowę: poniższy opis będzie się wobec tego stosował do wszystkich obrazów drobnowidzowych z mas nowotworowych.

Masy nowotworowe nie tworzą nigdzie tkanki, zupełnie szczelnie wypełniającej zajętą przez siebie przestrzeń, lecz przedstawiają rodzaj rusztowania z grubych, nieprawidłowych belek; w okach pomiędzy belkami znajdujemy gdzieś tam siatki włóknika, białe i czerwone krążki krwi. Od belek często odchodzą wyrostki, kończące się swobodnie w okach i niekiedy zgrubiałe na końcu; podobne wyrostki wdrażają się również w tkankę podstawową, otaczającą ogniska nowotworowe.

W belkach można z łatwością odróżnić dwie części składowe: a) wielokątne, przezroczyste komórki i b) otaczającą je ze wszystkich stron masę protoplazmatyczną wielojądrową, w której żadnymi sposobami nie udaje się wykryć granic, któreby ją dzieliły na pojedyncze komórki (*syncytium*). Wzajemny stosunek ilościowy obydwóch części składowych tych belek jest bardzo zmienny. Niekiedy w belkach znaleźć można tylko pojedyncze wielokątne komórki; w innych zaś miejscach masa *syncytium* stanowi tylko wąski rąbek wokół licznych komórek wielokątnych.

Granica zewnętrzna większych ognisk nowotworowych w wielu miejscach wskazuje, że ogniska te leżą w rozszerzonych naczyniach — ściana naczyń z śródbłonkiem jest dobrze zachowana, i belki tylko przylegają do niej. W innych znów miejscach ściana naczyń jest zniszczona, i masy nowotworowe wnikają do otaczającej tkanki; często przytem tkanka nowotworowa oddzielona bywa od tkanki podstawowej masą nekrotyczną, przesiąkniętą krążkami krwi i siecią włóknika. Mniejsze i zupełnie drobne ogniska nowotworowe leżą często zupełnie swobodnie w świetle naczyń z niezmiennymi ścianami, śródnacyniowe rozprzestrzenianie się nowotworu wobec tego nie ulega żadnej wątpliwości.

Wdrażając się w otaczającą podstawową tkankę, wyrostki belek nowotworowych rozrastają się też i dają w ten sposób początek nowym ogniskom, zbudowanym tak samo, jak ognisko macierzyste.

Obok takich, identycznych z macierzystym, ognisk wtórnych, znajdujemy wokół większych ognisk jeszcze inne elementy nowotworowe, identyczne z „wielkimi komórkami“, które opisaliśmy wyżej (patrz przypadek a), również rozsiane w tkance i w ścianie naczyń pojedynczo lub małymi grupami; komórki te stanowią trzecią morfologiczną część składową naszego nowotworu. Co się zaś tyczy wymienionych już dwóch składowych części belek nowotworowych, to na naszych preparatach poznaliśmy następujące ich właściwości. Wielokątne komórki mają w średnicy około 20 μ . (wahania od 15 do 30 μ .); jądra ich są po większej części okrągłe albo okrągławe i mają w średnicy około 10 μ . Pomiędzy jądrem a ścianą komórki leży tylko niewiele nici i ziarenek protoplazmatycznych, substancja zaś, wypełniająca resztę ciała komórkowego jest zupełnie przezroczysta, tak iż robi wrażenie jasnej, pustej

przestrzeni. Rzadko kiedy ilość owej przezroczystej substancji jest mniejsza, i wtedy ziarna i nici protoplazmatyczne występują wyraźniej i w większej ilości. Jądra tych komórek są po większej części pojedyncze, rzadko liczniejsze; zawierają one sieć chromatynową o wielkich okach i jedno lub dwa jąderka. Kształt jąder, jak już wspominaliśmy, przeważnie okrągławy (szczególnie w preparatach z macicy), jednakże zauważyć można też (szczególnie obficie w preparatach z pochwy) jądra półksiężycowe i całkiem nieprawidłowe. Z tą deformacją jąder łączy się zazwyczaj zmiana wewnętrznej ich budowy, chromatyna zagęszcza się, i jądro barwi się ciemniej.

Podział mitotyczny spotkać można w komórkach wielokątnych dość często, przytem nie tylko dwu- lecz i wielobiegunowy podział. W częściach ognisk nowotworowych, które podlegają przemianom wstecznym (nekroza, stłuszczenie), granice komórek wielokątnych często są niewyraźne; wystarcza wszakże porównanie takich miejsc z niezmiennymi, żeby odróżnić i tutaj komórki wielokątne od mas syncytialnych, do charakterystyki których obecnie przechodzimy.

Masy *syncytium*, zewsząd otaczające komórki wielokątne, posiadają zaródź przeważnie gęstowlóknistą lub gęstosiatkową, stąd też są ciemniejsze od komórek wielokątnych. Miejscami można wszakże i w nich znaleźć wodniczki (wakuole), których wielkość bywa rozmaita. Jądra w masach syncytialnych są dwóch rodzajów: a) małe, okrągłe, 5 μ . w średnicy mające, z jednym jąderkiem i gęstą siecią chromatynową i b) wielkie, najczęściej podłużne (10 — 25 μ . długie, 5—15 μ . grube, a nawet jeszcze większe), rzadziej nieprawidłowe, z wyrostkami, w stanie fragmentacji. Wielkie jądra zazwyczaj nie posiadają prawidłowej sieci chromatynowej, lecz tylko różnej wielkości bryłki chromatynowe, połączone ze sobą takimiż nitkami, i po kilka wielkich jąderek. Czasami wreszcie, w wielkich jądrach znaleźć można wodniczki, a wokoło jąder szerokie jamy jądrowe (*Kernhöhlen*).

Że jasna przezroczysta substancja, tak obficie znajduwana w ciele komórek wielokątnych, nie jest ani hyaliną, ani kolloidem, ani amyloidem, tego dowiódł ujemny wynik odpowiednich barwnikowych reakcji; za to wynik dodatni otrzymaliśmy przy stosowaniu reakcji jodowej na glikogen według przepisów LUBARSCH'a⁷⁾.

Dla dopełnienia obrazu powiedzieć jeszcze musimy, że zarówno tkanka podstawowa, otaczająca ogniska nowotworowe, jak i same ogniska w wielu miejscach były nacieczone drobnymi komórkami i nekrotyzowane. Bardzo ważne było wreszcie znalezienie resztek kosmków, nawet w głębi, w mięśni, na niektórych preparatach z macicy, przyczem w jednym miejscu masa nowotworowa bezpośrednio przylegała do tkanki podstawowej kosmka.

Powyższy opis, zdaje się, wystarcza bez wszelkich różniczkowodyagnostycznych rozpraw do usunięcia wątpliwości co do natury badanego nowotworu — był to typowy *chorionepithelioma malignum*.

Do powyższego opisu zbadanych przemień dwóch przypadków pozwolę sobie dodać jeszcze, co następuje. W swoich krytycznych zestawieniach wątpliwych przypadków chorionepiteliomatów, ogłoszonych przez różnych autorów z rozmaitemi innymi dyagnozami drobnowidzowemi, SAENGER

⁷⁾ LUBARSCH und OSTERTAG. Ergebnisse der allg. Pathol. und Path. Anatomie. 2 Abth. 1895 pp. 24 i nast.

i MARCHAND nie wspominają wcale o przypadku RHEINSTEIN'a⁸⁾, opisanym pod nazwą „mięsa olbrzymiokomórkowego“. Już PESTALOZZA⁹⁾ w 1891 roku zwrócił uwagę na analogię tego przypadku ze swoimi przypadkami. Przypadki zaś PESTALOZZA'y przez wymienionych autorów zaliczone zostały do chorionepiteliomatów, zresztą zupełnie słusznie, jak to PESTALOZZA¹⁰⁾ później sam przyznał. Porównanie opisów i rysunków RHEINSTEIN'a z moimi preparatami z przypadku pierwszego (*chorionepithelioma post abortum*) doprowadziło mnie do przekonania, że RHEINSTEIN miał również do czynienia z chorionepiteliomatem, a nie z mięsakiem, jakkolwiek anamneza i dane kliniczne w jego przypadku zdawały się przemawiać przeciwko temu (kobieta 52-letnia, od roku już nie miesiączkowała; sutki zanikowe, pochwą w stanie starczego zaniku, prawie zarośnięta); przy operacji jajniki okazały się „atroficznymi“.

Pogląd powyższy zakomunikowałem prof. L. LANDAU'owi w Berlinie, w klinice którego spostrzegany był przypadek, opisany przez RHEINSTEIN'a. Prof. LANDAU odpowiedział mi, że sam od pewnego czasu też doszedł do takiego samego przekonania, a d-r PICK, zarządzający pracownią kliniki prof. LANDAU'a, doniósł mi jeszcze, że na preparatach RHEINSTEIN'a udało mu się znaleźć „całe kosmki z bujającym nabłonkiem“, wskutek czego przekonanie o pochodzeniu nowotworu w przypadku tym z nabłonką kosmków przekształciło się w zupełną pewność.

Prof. LANDAU przesłał mi łaskawie jeden z preparatów RHEINSTEIN'a, który przekonał mnie o identyczności jego przypadku z moim.

Warszawa, 15. XII. 1898.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

17. A. HERMANN. **Jak należy leczyć kamieć żółciową, wewnątrznie czy chirurgicznie?** Praca H. ma na celu obalenie skrajnych poglądów niektórych chirurgów o znaczeniu wód mineralnych *resp.* wody karlsbadzkiej w leczeniu kamicy żółciowej. Odnośne prace RIEDEL'a i KEHR'a umieszczone były w streszczeniu w zeszyt rocznej „Medycynie“. Autor przede wszystkim zbija pogląd KEHR'a, który utrzymywał, że woda karlsbadzka nie ma działania żółciopędnego. Bezpodstawności tego zdania dowodzą następujące okoliczności:

1) Wypróżnienia chorych na zaburzenia w trawieniu, zwłaszcza chorych z cierpieniem dróg żółciowych, podczas zwykłego leczenia karlsbadzkiego nabierają stopniowo zabarwienia ciemnego, co zależeć może tylko od działania wody, gdyż chory przez cały czas picia wód pozostaje na jednakowej diecie.

2) Przy niedrożności przewodów żółciowych, spowodowanej już to przez niezbyt, już to przez utkwiony kamień lub nowotwór, w pierwszych dniach leczenia wodą karlsbadzką żółte zabarwienie skóry i łącznie staje się wyraźniejsze, w moczu stwierdzamy obfitsze wydzielanie barwników żółciowych, zaś chorzy uskarżają się na silniejsze swędzenie skóry. Ponieważ kał zachowuje to samo zabarwienie,

⁸⁾ RHEINSTEIN. Virchowa Archivum. T. 124. 1891.

⁹⁾ PESTALOZZA. Sarcomi dell' utero. Morgagn. XXXIII. 1891.

¹⁰⁾ PESTALOZZA. Sul significato patologico degli Elementi coriali i t. d. Annali di Ostetricia e Ginecologia. 1895. Nr. 11.

co poprzednio, więc powyżej przytoczonego faktu nie można bynajmniej tłamać więcej utrudnionym odpływem żółci do dwunastnicy, lecz należy przyjąć, że pod wpływem wody mineralnej powiększyła się produkcja żółci, i że wskutek tego więcej żółci wessało się do krwi i tkanek.

Najjaskrawiej występuje żółciopędne działanie u chorych z przetoką skórną pęcherzyka żółciowego, jeżeli tylko przewody zachowały swą drożność, w miarę bowiem picia wody karlsbadzkiej, powiększa się sekrecja żółci przez przetokę. Autor mógł się o tem przekonać na kilku chorych, identyczne również spostrzeżenia ogłoszone zostały przez KOERTE'go.

Zdaniem RIEDEL'a, woda karlsbadzka w kamicy żółciowej działa tylko w charakterze środka czyszczącego. Wiadomo jednak, że czyszczące działanie wody karlsbadzkiej w dawkach zwykłych i na gorąco nie jest zbyt znaczne (POLLATSCHEK). Dalej, wychodząc z założenia, przyjętego przez RIEDEL'a, należałoby w takich razach stosować inne środki czyszczące, działające lepiej i pewniej, niż wody mineralne. Wreszcie lekarze karlsbadcy, nauczeni doświadczeniem, właśnie w kamicy żółciowej zalecają najgorętsze źródła, nie mające działania czyszczącego.

Autor zgadza się z chirurgami, że woda karlsbadzka nie jest bynajmniej środkiem, pędzącym kamienie. U wielu chorych podczas pobytu w Karlsbadzie, co prawda, często odchodzą kamienie żółciowe, jest to jednak rzecz przypadkowa, od działania wody niezależna. Wiadomo przecież, że przetłaczanie kamieni zależy od kurczu ścian pęcherzyka, zaś przesuwaniu kamieni towarzyszy kolka wątrobowa. Gdyby więc woda karlsbadzka w samej rzeczy posiadała własność pędzenia kamieni żółciowych, u chorych podczas leczenia karlsbadzkiego o wiele częściej by występowała kolka, niż to istotnie bywa. Na 114 przypadków kamicy żółciowej, które autor spostrzegł w roku 1898 w Karlsbadzie, tylko w 19 wystąpiła kolka wątrobowa.

Natomiast wpływ dodatni wody mineralnej polega, zdaniem autora, na tem, że wielu chorych po przebytem leczeniu w Karlsbadzie na czas dłuższy uwalnia się od napadów kolki. Kamienie, rozumie się, pozostają nadal w pęcherzyku, lecz w stanie spokoju, w jakim były przed wystąpieniem napadów kolki. Być może, że pod wpływem wody mineralnej skład żółci staje się więcej prawidłowym, zaś prawidłowa żółć mniej drażni ściany pęcherzyka.

Zebrane przez autora cyfry statystyczne dowodzą, że w ciągu lat 8 w Karlsbadzie na 34320 chorych na kamicy żółciową zaledwie 18 zmarło wskutek kamicy, zaś 71 z powodu chorób, które po części mogły zależeć od *cholelithiasis* (ropień wątroby, zapalenie otrzewny i t. d.). Odsetka śmiertelności od kamicy, bądź co bądź, jest nieznaczna. To też nie należy być zbyt pohopnym do operowania chorych na kamicy, jak to czynią chirurdzy. Z drugiej strony trzeba pamiętać o tem że nieraz napady kolki wracają po operacji. Autor na 15 przypadków operowanych w 7 zauważył nawroty kolki wątrobowej, u niektórych dopiero w kilka lat po dokonanych zabiegu chirurgicznym. Ażeby należycie oceniać wartość chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej, należy uwzględnić występujące po operacji nawroty.

J. Mintz.

18. KORTE. **Badania kliniczne nad działaniem i stosowaniem dioniny.** KORTE przeprowadził cały szereg badań nad działaniem leczniczym dioniny, pochodnej morfiny. Nowy ten preparat wyrobu Merka w Darmsztacie przedstawia się jako biały krystaliczny proszek, w smaku gorzki, łatwo rozpuszczalny w wodzie i wyskoku. Autor stosował dioninę jako środek, uspakajający i kojący; stosowano dioninę u suchotników i astmatyków oraz u ludzi chorych na zapalenie oskrzeli i ro-

zedmę płuc. Wyniki były bardzo dobre. Nawet po względnie krótkiem używaniu dioniny u chorych osobników zmniejszał się kaszel, zwiększała się ilość płwociny, oprócz tego dionina działała też jako znakomity środek nasenny. Dionina ma nad morfiną tę wyższość, iż działa łagodniej, nie wywiera wpływu na narządy trawienia i nie ma działania ubocznego (NB. zabezpiecza od morfinizmu). Co zaś do powstawania wysypki, która w jednym tylko przypadku zjawiała się po podskórnem zastrzyknięciu dioniny, to również dobrze w danym przypadku mogła być tego przyczyną kokaina, której chora używała. Dionina działa silniej i dłużej, aniżeli kodeina, sprowadza i dłuższy i lepszy sen oraz jest środkiem wykrztuśnym. Stosuje się dioninę 2—3 razy dziennie po 0,015 gram. lub też na noc 0,03 gram. Autor zaleca stosowanie dioniny podług następujących przepisów: *Dionini* 0,3, *Aq. destill.* 20,0, DS. 3 razy dziennie po 15 kropel w wodzie ocukrzoney, lub, *Dionini* 0,3 *Rad. et Succ. Liquiritiae q. s. ut. f. pil.* N. XXX DS. 3 razy dziennie po 1 pigułce albo na noc zażyć dwie, trzy pigułki.

(*Therap. Monatsh.*, Nr. 1. 99).

Mieczysław Dobrzyński.

19. P. KACZANOWSKI. **O leczeniu wilka nadmanganianem potasu.** Autor od lat dziesięciu robił próby z nadmanganianem potasu na powierzchniach ziarninowych i doszedł do przekonania, iż tamuje on w wysokim stopniu bujanie ziarniny. Ale od niedawna przyszedł doświadczeniami swemi do wniosku, iż działa on zarazem jako środek znieczulający i przyżegający, jeśli go użyjemy w sproszkowanej drobno substancji.

Własności te skłoniły autora do użycia go w celu zniszczenia wybujałych guzików wilka. Pewien oficer marynarki cierpiał na dolegliwe bóle z powodu wilka, usadowionego na lewym policzku i w lewym kącie ust. Pierwsza próba polegała na posypaniu cienką 2—3 milimetrową warstwą nadmanganianu potasu pewnego odcinka, zajętego sprawą. Nazajutrz bóle, które oddawna trwały, ustąpiły w zupełności, a na miejscu zastosowania leku utworzył się czarny strup, który odpadł po upływie dni kilku, pod nim zaś wytworzyła się zupełnie zdrowa blizna. Ośmielony tem autor zastosował proszek na całej rozciągłości wilka, poczem nastąpiła zgorzel guzików i zupełne wyleczenie już po upływie 14 dni. Nawrotów choroby autor nie spostrzegął.

Od tego czasu K. stosował ten sposób w różnych odmianach wilka, jak: w *lupus vulgaris* twarzy, *lupus exulcerans* nosa, *lupus hypertrophicus* czola, *lupus fungosus regionis parotideo—massetericae*, *lupus exulcerans labiorum pudendi* i t. d., wszędzie z wynikiem pomyślnym.

Sposób KACZANOWSKIEGO przewyższa wszystkie dotąd zalecane sposoby swą prostotą i łatwością wykonania, a wyniki ma dawać znakomite. Metoda wyskrobywania (FELIZET) lub termokaustyczna (JEANEL) połączone są z bólem i silnym odczynem. Zmodyfikowana tuberkulina okazała się bezskuteczną, zaś użycie środków chemicznych w celu zniszczenia guzików, j. t. *kali causticum*, *zincum chloratum* i inne, posiada wiele stron ujemnych. Z tych względów sposób K. należałoby wypróbować na najszerszą skalę.

Postępowanie polega na posypaniu guzików warstwą nadmanganianu potasu grubości 2—3—5 mm. i następnym opatrunku przeciwnilnym. Zwykle występuje potem pewien ból, który trwa aż do nekrotyzowania ziarniny wilczej. Miejsca wrażliwe (oczy, nos, usta) należy przed zabiegiem zabezpieczyć watą, a błony śluzowe, jeśli są polem operacji—znieczulić kokainą. Krwotoków zazwyczaj nie bywa, gdyby jednak wystąpiło silniejsze krwawienie mięszone — należy wtedy wywrzeć ucisk na powierzchnię krwawiącą. Krew, a właściwie surowica, przesiąka do opatrunku i tworzy z nadmanganianem potasu gęstą, dość twardą masę czarną,

którą się zdejmuje po 24—48 godzinach, w następstwie opatrunków zmieniać należy co 24 godziny. Grubość warstwy nadmanganianu potasu nie gra zbyt wielkiej roli, gdyż tylko najniższa warstwa styka się z raną i wywiera działanie kaustyczno-oksydujące, pozostała zaś masa proszku, skoro tylko nasiąknie krwią, traci własności utleniające.

Autor rozpoczął próby z wykwitami gruźliczymi i zapewne we właściwym czasie poda wyniki do wiadomości ogólnej.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. XLIX.*)

Misiewicz.

20. KISSEL. **Nowa metoda leczenia wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej ust** (*stomatitis ulcerosa*). Wrzodziejące zapalenie błony śluzowej ust przedstawia w ogólności cierpienie, które względnie łatwo zwalczyć można, zdarzają się jednakże przypadki, które zdają się urągać wszelkim zabiegom leczniczym. Sprawa chorobowa szerzy się na głębsze części błony śluzowej warg, dziąseł i języka, chory wyrzeka się wskutek bólu pokarmu, traci zęby, niknie i coraz bardziej blednie; wreszcie dojść może do zgorzeli samodzielnej ścian jamy ustnej (*noma*), albo do zgorzeli szczęk (*necrosis*). Można, zresztą, sprzeczać się co do możliwości pojawienia się obu powikłań ostatnich, lecz zaprzeczyć trudno istnieniu ciężkich i groźnych postaci wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej.

Podobne przypadki spostrzegać można nietylko u dzieci, żyjących w warunkach, urągających najelementarniejszym wymaganiom zdrowotności, nietylko u źle odżywianych lub niedbale leczonych, lecz nawet u dzieci, leczonych w szpitalu.

BARTHEZ i SANNÉ opisują w podręczniku swoim przypadek wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej u ssawca w okresie odstawienia od piersi. Sprawa chorobowa nie znikła jeszcze po 18-miesięcznym leczeniu. Inni autorzy bądź nie wspominają o trwaniu cierpienia, bądź też są mniemania, iż łatwo je zwalczyć; dość jednakże przejrzeć dzieła o leczeniu wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej ust, aby nabrać przeświadczenia o wybitnych różnicach w poglądach na tę sprawę. Gdy jedni zalecają chloran potasu, jako środek specyficzny na to cierpienie, inni podają cały szereg środków leczniczych i stosują różne zabiegi w tych przypadkach, w których chloran potasu okazuje się bezsilnym.

Autor od dłuższego czasu stosuje następujące metody leczenia: 1) częste płukanie ust wodą przekroploną, oprócz tego dokładnie wymywa jamę ustną roztworem sublimatu raz na dobę. 2) Częste płukanie ust 3% roztworem kwasu bornego, przyczem raz na dobę przyżega owrzodzenia lapisem. 3) Częste płukanie ust roztworem nadmanganianu potasu. 4) Początkowo daje chloran potasu, potem roztwór kwasu bornego. Oprócz powyższych metod leczenia stosował też autor roztwór chloranu potasu, lecz nie mógł się przekonać o wyższości tego środka leczniczego przed innymi. W szpitalu ogranicza się autor stosowaniem 3% roztworu kwasu bornego. Przedewszystkiem usuwa się zepsute zęby, poczem muszą dzieci co godzina przepłukiwać jamę ustną roztworem kwasu bornego, nadto wyciera im się dokładnie wszystkie wrzodziejące miejsca dwukrotnie na dobę tamponikiem, w takimże roztworze kwasu bornego umaczanym. Jednocześnie należy dzieci dobrze żywić i dawać im tran. Owrzodzenia goją się w przeciągu 6—10 dni.

Z natury rzeczy odmienne musi być leczenie ambulatoryjne, trudno bowiem przypuścić, aby rodzice stosowali się zupełnie dokładnie do poleceń lekarza, jeśli już pominąć takie niemalej wagi czynniki, jak należyte odżywianie, dostateczną ilość powietrza i światła i tp. Dla skutecznej walki z cierpieniem autor uważa za konieczne możliwie zupełnie usunąć zgnięłe masy rozpadowe z powierzchni owrzodzeń, z drugiej zaś strony podziałać na tkankę chorą na pewien przeciąg czasu ja-

kiemś ciałem odkażającym. W tym też celu dokładnie wyłyżeczko wywał owrzodzenia, okałeczoną zaś powierzchnię zasypywał proszkiem jodoformowym. Wyniki tej metody leczenia były doskonałe, gdy bowiem poprzednio wyzdrowienie następowało po upływie przeciętnie 12,5 dni obecnie nie trwa choroba dłużej, niż 4,2 dnia (przeciętnie). Nawrót cierpienia był spostrzegany raz jeden. Powikłań ciężkich nie było ani razu. Jedyną niewygodą przy stosowaniu danej metody leczenia jest ból przy łyżeczkowaniu owrzodzeń, zaleca ją jednakże krótkie trwanie choroby i brak powikłań. Zresztą można uciec się do znieczulania miejscowego.

W praktyce należy mieć na uwadze następujące względy: w przypadkach zwykłych można poprzestać na lekkim wcieraniu jodoformu, co jest prawie bezbolesne, albo na opylaniu proszkiem jodoformowym owrzodzeń. Dokładne przepłukiwanie ust roztworem kwasu borowego jest nieuniknione. Gdy po 2—3 dniach nie widać polepszenia, należy, po uprzednim usunięciu wydzieliny z owrzodzeń za pomocą wacika, albo energiczniej wcierać proszek jodoformowy, albo wyłyżeczować owrzodzenia ostrą łyżeczką.

W ostatnich czasach zmodyfikował autor nieco swój sposób leczenia w szpitalu: przez pierwsze 2—4 dni wciera on w miejsca owrzodzenia proszek jodoformowy, zaprzestaje z chwilą pojawienia się zdrowej ziarniny. Płukanie kwasem borym trwa od początku choroby aż do zupełnego wyleczenia.

Zęby zepsute, o ile tkwią zupełnie bez użytku, należy stanowczo usunąć, pozostawienie ich bowiem przewleka sprawę chorobową.

Stosowania lapisu zaprzestał autor zupełnie, gdyż często zawodzi, sprawia zaś dotkliwy ból i podtrzymuje proces gnicia, nie usuwa bowiem resztek gnijących. Zupełnie bezużyteczny jest lapis we wrzodziejącym zapaleniu błony śluzowej ust w przebiegu jakiejś choroby zakaźnej, np. duru brzuszego, gdyż działa tylko powierzchownie, a sprawa chorobowa przechodzi na tkanki głębsze.

Odżywianiu dzieci należy poświęcić dużo uwagi. Szczególniej zalecać się go dzi tran dla dzieci biednych, zazwyczaj źle odżywianych.

(*Jahrb. f. Kinderh. r. 99. Zeszyt 1—2 tomu XXVI*). *Maksymilian Kraushar*.

21. L. FUERST. **Przyczynak do leczenia poczynającej się krzywicy.** Częste uważne badanie daje możność rozpoznania krzywicy w bardzo wczesnym okresie tej choroby. Zapobiegawcze leczenie powinno być higieniczno-dyetyczne; jednak nie zawsze w zupełności wystarcza ono do usunięcia poczynającej się krzywicy. Co się tyczy środków swoistych przeciw krzywicy, autor przy ścisłym zastosowaniu higieniczno-dyetycznego leczenia, dla dzieci powyżej pół roku, gorąco zaleca fosforan wapnia, zmieszany z pokarmem stałym (*Kalkphosphathaltiger Nährweiback*). Środek ten ma tę przewagę nad tranem z fosforem, że nie wywołuje biegunki i może być przez dłuższy czas stosowany bez względu na porę roku. Nie może być jednak dawany dzieciom, nie przyjmującym jeszcze pokarmów stałych. W roku 1898 autor zaczął stosować w tym celu u dzieci poniżej pół roku nowy środek zapobiegawczy przeciw krzywicy — połączenie soli wapiennych z sernikiem — *Kalk-Casein*. Preparat ten przedstawia proszek, nie mający złego smaku i zawierający 57,8 ciał białkowych i 18,3 fosforanu wapnia (podług analizy BERSCHINGER'a). Proszek dawano dzieciom 3 razy dziennie po pół łyżeczki na dawkę w mleku i przy dłuższem stosowaniu środka tego, nie dawały się zauważyć żadne zaburzenia ze strony narządów trawienia. Jako środek, zawierający wielką ilość białka i dobrze wchłaniany, odpowiada on w zupełności wymaganiom odżywiania w wieku dziecięcym, a zawarty w nim fosforan wapnia zaleca go w przypadkach upośledzonej konsolidacji kości. Środek ten stosowano w przypadkach rozpoczynającej się krzywicy, gdzie w niedalekiej przyszłości można się było spodzie-

wać niewątpliwych objawów tej choroby. Pod wpływem leczenia higieniczno-dietetycznego i stosowania wyżej wzmiankowanego środka (*Kalk-Casein*) dawały się spostrzegać: 1) znaczne polepszenie ogólnego stanu, 2) przyspieszone odkładanie się wapna, warstwy chrząstkowej i osteoidalnej w kościach i 3) powstrzymanie wszelkich zniekształceń pochodzenia krzywiczego.

Autor przychodzi do wniosku, że powyższe leczenie, zastosowane w celach zapobiegawczych i w początkowym okresie krzywicy, daje nader pomysłne wyniki i dodaje, że leczenie to, zastosowane u dzieci 1 i 2 rocznych przy małopokrwistości i słabo rozwiniętym szkieletcie kostnym zasługuje na uwagę, jako dające dobre wyniki. (*Centralblatt für Kinderheilkunde. Nr. 1. 1899.*) M.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 4 marca 1899 r.

Na posiedzeniu wydziału higieny ludowej d. 4. III. zwracano uwagę na potrzebę statystyki suchot po wsiach, na niebezpieczeństwo zarażenia gruźlicą dla rodzin włościańskich, wynajmujących swe mieszkania suchotnikom, oraz na konieczność środków zapobiegawczych i przestrzegania interesowanych. Następnie postanowiono na najbliższym posiedzeniu (d. 18. III.) zająć się doraźnie, prócz sprawy szczepienia ospy, sprawą ochroniek wiejskich, świeżo podniesioną przez p. Ludwika GÓRSKIEGO w wyczerpującym artykule w N-rze 39 i 42 „Słowa“.

D-r DOBRZYCKI i TCHÓRZNICKI zdali wydziałowi materiały do higieny ludowej, pozostałe z drugiej wystawy higienicznej, i udzielili szczegółowych wiadomości o sprawach, których opracowania jeszcze nie ukończono. W sprawie obrażeń maszynami rolniczymi, których u nas corocznie zdarza się około 1200, d-r DOBRZYCKI złożył do ministerjum projekt odpowiednich rozporządzeń prawodawczych.

Główną treść posiedzenia stanowiły referaty o pomocy dla rodzących na wsi. D-r STĘPNICKI odczytał rys historyczny i statystyczny tej sprawy u nas. W ostatnich dziesiątkach lat względna liczba akuserek zmniejszyła się u nas. W r. 1857 wypadła jedna akuszerka na 286 porodów, w r. 1890 na 395, a w r. 1892 na 378 porodów. Przytem akuszerki coraz bardziej skupiają się w Warszawie i miastach gubernialnych, opuszczając osady i wsie. (W roku 1890 w Warszawie jedna na 950 kobiet, w miastach gubernialnych jedna na 3000, w osadach i wsiach jedna na 300000 kobiet. W roku 1894 stosunek ten jeszcze był gorszy). Tak samo rzeczy stoją z liczbą uczenic, kończących instytut położniczy. W ciągu lat 18 (1843—1861) wyszło z tamąd 600 akuserek, a od r. 1886 (?) (wyższy *census* naukowy wymagany od kandydatek — ukończenie 4 klas gimnazjalnych) liczba uczenic znacznie zmalała, zwłaszcza Polek. Od roku 1859 do 1885 instytut wykwalifikował 511 babek wiejskich, w ostatnich zaś latach niema ich tam prawie wcale.

Przypuszczalnie zaledwie piąta część porodów odbywa się przy pomocy akuserek. Co do ilości martwo urodzonych dzieci, to w powiatach pułtuskim i ostrowskim, jest ich między ludnością katolicką 2,9%, w Warszawie w ciągu lat 10 (1884—1893) było ich 4,24%, a w zakładach położniczych warszawskich (w r. 1892) tylko 1,7%. W r. 1865 liczono ich w Królestwie tylko 1%. Co do gorączki połogowej statystyka wykazuje w Warszawie średnio około 100 śmierci, a w całym kraju około 400 śmierci, nie licząc takiejże liczby zmarłych z innych chorób połogowych. W roku 1895 chorowało kobiet po porodzie 7631, zmarło 885. A są to cy-

fry z pewnością za niskie. D-r S. potępia typ samozwańczych akuszek wiejskich, a typ akuszek z wiejskim wykształceniem uważa za przedwczesny jeszcze dla mas wiejskich. Wreszcie zwraca uwagę na wielką ilość w Cesarstwie szkół położniczych, których nasz kraj ma tylko jedną.

D-r JAROSIŃSKI skreślił z prostotą, ale wyrazistymi rysami ponury obraz porodów na wsi, przesady, barbarzyńskie praktyki, brak wszelkiej czystości, ciemnotę babek samouczków, zuchwałe operacje, dokonywane przez babki uczone, zupełny brak po wsiach akuszek rzeczywistych, przy których pomocy odbywa się zaledwie 1—2% porodów, wreszcie częste kalectwa po porodach. Pomoc dla rodzących na wsi zawsze niedostateczna, często jest szkodliwa; prawidłowa pomoc jest za kosztowna. D-r J. potępia typ babek iuczonych i samorodnych, żąda między innymi przynajmniej 5 szkół dla akuszek z mniejszymi wymaganiami naukowymi od kandydatek oraz zabezpieczenia bytu akuszek wiejskich. D-r TCHÓRZNICKI żąda polepszenia warunków bytu akuszek i babek przez ustanowienie dla nich posad gminnych z pensją stałą lub wynagrodzeniem od wypadku, gwarantowanem przez gminę. Dziś bieda popycha je do leczenia chorób, do czynności występnych. Z danych, zebranych z 13 parafii jednego powiatu, T. wnosi, że $\frac{4}{100}$ dzieci nieprawych ginie przez tę występłą działalność babek i akuszek, nie mówiąc już o dzieciach, branych na garnuszek.

D-r DOBRZYCKI odczytał opracowany przez siebie z notat, pozostałych po ś. p. Rogowiczu, projekt zapewnienia pomocy dla rodzących, szczególnie po wsiach. D-r R., inicjator przytułków dla biednych rodzących w Warszawie (1882), zapoznawszy się dokładnie z potrzebami kraju i robiąc liczne po nim wycieczki, doszedł do tego przekonania, że, przynajmniej jak w obecnej chwili, gwałtownemu niedostatkowi pomocy dla rodzących naskuteczniejby zaradziło zakładanie przytułków w miastach gubernialnych i większych powiatowych, mianowicie przytułków takich, jak w Warszawie, na 3 łóżka każdy. Pod kierunkiem akuszerki przyszłe „babki wiejskie“ zapoznawałyby się z zasadniczymi podstawami niesienia pomocy przy porodzie i obsługiwanianiu rodzących w okresie poporodowym. Ze stroną teoretyczną zapoznawałyby je w miarę potrzeby lekarz kierownik przytułku. Po rocznej takiej praktyce „babki“, obznajmione z antyseptyką, aseptyką oraz wdrożone do pedantycznej czystości, po zdaniu egzaminu w urzędzie lekarskim, otrzymywałyby świadectwo i prawo do praktyki. Przytułki takie winny być założone przynajmniej w 50 punktach kraju, a niechby tylko z każdego z nich corocznie po 2 lub 3 babki wychodziły z należytem przygotowaniem, kraj po niedługim czasie miałby zapewnioną niezbędną pomoc dla rodzących, której obecnie całkiem jest pozbawiony. Koszt rocznego utrzymania takiego przytułku d-r R. obliczył w przybliżeniu na 1000 rb. Środków na ich utrzymanie dostarczyłoby niewątpliwie samo społeczeństwo.

Dalszy ciąg referatów i rozpraw nad tą sprawą odbędzie się 8 kwietnia.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 12 lutego r. b.

Kol. ROMM pokazał wyluszczone w szpitalu św. Jakóba zwyrodniałe jajniki, przedstawiające gruczolak torbielowy znacznych rozmiarów. Macica była prawidłowa. Stan operowanej najzupełniej dobry.

Kol. STRZEMIŃSKI pokazał chorą, której wydobył polipa z worka łzowego. Chora nie zdradzała żadnych objawów nowotworu worka; gruby zgłębnik przechodził swobodnie. Zgrubienie w miejscu worka łzowego i przetoka, nie ustępująca leczeniu, przy braku łzawienia, skłoniły do wyluszczenia worka. Podczas operacji, po przecięciu ściany worka, wypadł przez ranę polip, który został wycięty; worka nie ruszano, gdyż nie wykazał innych zbroceń. Rana prawidłowo się goi, obecnie pozostał mały otwór. Przypadek jest rzadki, literatura mało wzmianek zawiera o polipach worka łzowego. Prof. FUCHS, w którego klinice operacje wyluszczenia worka są bardzo częste, zapytany piśmiennie przez prelegenta, odpowiedział, że żadnego podobnego przypadku nie przypomnia sobie.

Kol. GORFEIN pokazał preparat drobnowidzowy wyluszczonego polipa, przedstawiającego się, jako włókniak jamisty (*fibroma cavernosum*). — Kol. ORŁOWSKI uważa za właściwsze określić go, jako *angio—fibroma*.

Kol. KOHAN pokazał chorego, przyjętego do szpitala starozakonnych ze wszystkimi objawami zaciśniętej przepukliny pachwinowej, opuszczającej się do worka mosznowego z prawej strony. Przystąpiono natychmiast do operacji, która jednak wykazała jedynie tylko worek ślepy, napełniony ropą. Po oczyszczeniu, zesztyto ranę, która obecnie jest zupełnie zagojona.

Kol. KOWARSKI przytoczył wyniki badania chemicznego mleka w Wilnie, z których należy wnosić, że w większości znacznej przypadków jest ono bez zarzutu.

Kol. ORŁOWSKI przy pisuje główne znaczenie przy określaniu wartości mleka badaniu nie chemicznemu, lecz bakteryologicznemu.

Mag. weter. NONIEWICZ zwraca uwagę, że karmienie krów i pomieszczenia, urządzone dla nich w Wilnie, są wysoce niezadawalające. Potrzebny jest dozór weterynaryjny nad fermami. Wśród krów występuje epidemicznie ostre zapalenie żołądka i kiszki, mało znane i zbadane; mleko tych krów bardzo szkodliwie działa na dzieci.

Kol. CZARKOWSKI i kol. ZAHORSKI wymieniają przypadki, które spostrzegali w swojej praktyce, ostrego zapalenia żołądka i kiszki u dzieci, wskutek używania mleka od chorych krów; dwa przypadki skończyły się śmiercią.

Weter. JOCZ żąda, aby poddano każdą krowę działaniu tuberkuliny dla określenia gruźlicy.

Kol. KOWARSKI uznaje znacznie badania bakteryologicznego i dozoru weterynaryjnego nad krowami, lecz zwraca uwagę na trudności, połączone z nimi. Ostatnie badania wykazały, że istnieją drobnoustroje różniące się od gruźliczych jedynie tylko w hodowli, a ta w naszych warunkach jest zwykle niemożliwa do przeprowadzenia.

Kol. KAHN opisał przypadek cięcia cesarskiego, wykonanego przy bardzo wąskiej miednicy (*conjugata*) 7 cm.) z pomyślnym rezultatem dla matki i dziecka (będzie ogłoszone w jednym z czasopism lekarskich).

Kol. BLOCH uważa, że lepsze byłoby cięcie poprzeczne dna macicy, a nie prostopadłe, gdyż wywołałoby mniejszy krwotok i zabezpieczyłoby od przepukliny.

Kol. ERBSTEIN przypuszcza, że sposób karmienia ciężarnych PROCHOWNIK'a mógłby doprowadzić do prawidłowego porodu.

Kol. MACIAŃSKI sądzi, że byłoby bezpieczniej dla chorej w 8-mym miesiącu ciąży wywołać poród przedwczesny.

Kol. KAHN odpowiedział, że poprzeczne cięcie dna macicy było w ostatnich czasach krytykowane w literaturze. Sposób PROCHOWNIK'a nie mógł dać dobrego rezultatu przy silnie zwężonej miednicy w jego przypadku.

Była pokazana fotografia RÖNTGEN'a miednicy.

Wybrany został na członka rzeczywistego kol. LAPIDES, na członka korespondenta d-r. HOEFTMAN z Królewca.

J. S.

Z Towarzystw lekarskich zagranicznych.

Posiedzenie Towarzystwa Lekarskiego w Monachium z dnia 25 Października wypełnił odczyt H. SCHMAUSS'a pod tytułem: „Stan obecny nauki o wstrząśnieniu rdzenia (*commotio spinalis*). Prace dawniejsze autora w tym kierunku, jak również wyniki spostrzeżeń ERB'a, LEYDEN'a i in. stwierdzają istnienie objawów, zależnych jedynie od wstrząśnienia rdzenia, wyrazem materialnym czego są zwyrodnienia włókien nerwowych rdzenia pomimo braku uszkodzeń tegoż. Twierdzeniu powyższemu uczyniono dużo zarzutów. Naprzód KOCHER zauważył, że tego rodzaju urazom muszą towarzyszyć pewne, aczkolwiek nieznaczne uszkodzenia kręgosłupa, (*distorsio*) na skutek czego rdzeń może uleść krótkotrwałemu uciskowi, ten zaś czynnik staje się przyczyną zmian miejscowych w rdzeniu. Według innych, zwłaszcza angielskich autorów sprawa objawów somatycznych, występujących po wstrząśnieniu rdzenia, wiąże się ściśle z powstawaniem wybroczyn do istoty szarej rdzenia. Nareszcie HEGAR i STOLPER sądzą, że nadmierne nachylenie kręgosłupa może pociągnąć za sobą rozerwanie lub zmiażdżenie albo rdzenia, albo korzeni nerwowych. Wszystkie tedy poglądy, wyrażone wyżej, zmiany w rdzeniu kładą na karb jedynie tylko uszkodzenia tego narządu. Z drugiej znów strony wyniki doświadczeń SCHMAUSS'a zostały potwierdzone przez nowe prace BIKELES'a i KIECHGUESSER'a, którzy dowiedli, że wstrząśnienie kręgosłupa (przez uderzanie w deskę, umocowaną na grzbiecie zwierzęcia) może wywołać u królików nie tylko objawy kliniczne (porażenia i t. d.), lecz i zmiany anatomiczne w rdzeniu bez uszkodzeń kręgosłupa, wylewów krwi i t. d. Zmiany te polegają na obumieraniu elementów nerwowych (*necrosis traumatica*— WESTPHAL'a). Co się tyczy *commotio spinalis* u ludzi, to dotychczas nie posiadamy prawie żadnych danych anatomicznych w tym kierunku. Zależy to od rzadkości przypadków odnośnych, a ewentualnie badania zwłok. Brak również dowodów anatomicznych na potwierdzenie podanej przez KOCHER'a teorii o dystorsyi kręgosłupa. Wylewy krwi do istoty szarej rdzenia musimy uznać za możliwe jedynie ze względu na objawy kliniczne, gdyż i tu nasze zdobycze anatomiczne są zbyt nieliczne, aczkolwiek wiadomości nasze o wylewach krwi do ośrodków nerwowych nie pozwalają nam przypuścić zupełnego wessania się krwi bez pozostawienia wszelkich śladów. LAX i MUELLER obok wylewów krwawych i zmian drobinowych (molekularnych) w rdzeniu przypisują pewne, jeśli nie główne, znaczenie rozrywaniu się włókien nerwowych. Należy chyba uznać mniemanie ich za wielce prawdopodobne, gdyż, jeżeli dla objaśnienia objawów klinicznych przypuścimy uszkodzenie naczyń krwionośnych, to naderwanie bez porównania delikatniejszej tkanki nerwowej wypada uważać za zupełnie możliwe.

KOCHER twierdzi nadto, że przebieg kliniczny we wstrząśnieniu rdzenia i mózgu powinien być jednakowy, mianowicie pierwotne objawy groźne znikają szybko i ustrój może wrócić do stanu prawidłowego. Mówca zaś zaznacza, że dane, zdobyte z doświadczeń na zwierzętach, wcale nie upoważniają nas do przypuszczenia, że taki obrót sprawa przyjmuje zawsze. Chociaż obrazy kliniczne w przypadkach obrażeń odnośnych wskazują zwykle istnienie sprawy chorobowej, ściśle umiejscowionej, niczego to nie dowodzi, ponieważ doświadczenia dowiodły, że dane anatomiczne nie zawsze odpowiadają obrazowi klinicznemu. Trudno też rozstrzygnąć, czy we wstrząśnieniu rdzenia chodzi o szybkie zmiany ciśnienia w kanale kręgowym, czy o przesunięcie się lub o odbicie się rdzenia od twardych ścian kanału lub o płyn mózgo-rdzeniowy, czy może zachodzą tu jakie zmiany drobinowe, rozerwanie się lub zgniecenie rdzenia. Lecz rozumowanie teoretyczne i liczne fakty przemawiają za tem, że na powstawanie obrazu wstrząśnienia rdzenia prócz obrażeń rdzenia składają się i wahania w ciśnieniu, zarówno jak chwilowe zaburzenia krążenia nie tylko w naczyniach krwionośnych lecz i chłonnych. Wnioski ostateczne mówcy są następujące:

1) Należy bezwarunkowo odróżniać wstrząśnienia rdzenia od wstrząśnień kręgosłupa, ponieważ w ostatnim przypadku mogą nastąpić pewne objawy ze strony rdzenia, które będą zależeć nie od wstrząśnienia tego narządu, lecz od obrażeń, wylewów krwawych, nadmiernego wyciągania jego lub korzeni nerwowych.

2) Nauka o wstrząśnieniu rdzenia w ścisłym znaczeniu tego wyrazu zachwiała się nieco w podstawach swoich w latach ostatnich wskutek tego, że spostrzeżenia, dotyczące ludzi, nie wytrzymują ścisłej krytyki: nie posiadamy dotąd ani jednego „czystego“ przypadku, bez żadnych powikłań, w którym byłoby wykonane badanie zwłok.

3) Lecz krytyka nie jest w stanie przeszkodzić lub uniemożliwić zaliczania pewnych przypadków do rzędu istotnego *commotio spinalis*, a zwłaszcza wyłączyć współdziałania wstrząśnienia razem z innymi czynnikami szkodliwym w powstawaniu uszkodzeń rdzenia. *Commotio* jest w wielu przypadkach hipotetyczne, za to istnienie pewnych stanów zależnych od wstrząśnienia (*Erschütterungszustand*) nie ulega żadnej wątpliwości.

4) Doświadczenia stwierdziły, że obumieranie elementów nerwowych wskutek wstrząśnienia (*neerosis traumatica*) następuje. Fakt ten zapewne wypełni lukę, która istnieje w wyjaśnieniu natury uszkodzeń rdzenia, zależnych od urazu.

5) Nakoniec trzeba przypisać wielkie znaczenie wylewom płynu mózgo-rdzeniowego w powstawaniu naderwań tkanki nerwowej wskutek wstrząśnienia rdzenia.

K. Z.

LIST OTWARTY DO REDAKCYI „MEDYCYNY“

Szanowny Redaktorze!

Krytyka w stosunku do wszelkiej działalności ludzkiej zajmuje, a w każdym razie zajmować powinna stanowisko wyższe; rola jej — to rola owej ewangelicznej „soli ziemi“, która konserwuje rzeczy dobre i mądre, a rozkłada i niszczy rzeczy złe i głupie.

„Jeżeli jednak — powiada Pismo Święte — sól zwietrzeje, do niczego się nie zgodzi, jeno aby była precz wyrzuconą i przez ludzi podeptaną“.

Uwagi te przysły mi na myśl przy czytaniu artykułu „Po za plecyma lekarza“, umieszczonego w Nr. 1 r. b. „Krytyki lekarskiej“. Podobnie „zwietrzanej soli“ nie zdarzyło mi się spotkać nawet w najlichszym piemku brukowym!

Jakiś maniak opowiada stylem ś. p. ROZBICKIEGO, jakie trudności ma lekarz, którego chory przez wstydlivość, lenistwo lub niedowierzenie oszukuje zarówno przy badaniu, jak i później przy zażywaniu przepisanych środków. Wszystko to prawda, ale prawda tak znana, tak oklepana i tak banalna, że poświęcać jej w „Krytyce lekarskiej“ t. j. piśmie *par excellence* „nie banalnym“ blisko pół arkusza druku zakrawa na drwiny z czytelników.

Każdy lekarz wie przecie doskonale o tem, że nie powinien polegać na samych słowach chorego, że dzieciom należy lekarstwa słodzić, że leki przykre należy podawać w opłatkach lub kapsułkach i t. p. i t. p., choćby w myśl odwiecznej maksymy „*cito, tuto et jucunde*“.

Że jakiś, może zresztą najpocziwszy w świecie grafoman zapragnął w sposób możliwie niedoleżny powtórzyć raz jeszcze te stare, jak medycyna, komunały, nikomu to nie wadzi, że jednakże Redakcja „Krytyki (?) lekarskiej“ rzecz podobną wydrukowała, tego niczem usprawiedliwić nie można.

Jedno z dwojga bowiem: albo redaktor tej rzeczy przed wydrukowaniem nie czytał — w takim razie o d czegoż jest redaktorem? albo przeczytawszy, uznał artykuł za wyborny, a w takim razie dla czegoż jest redaktorem „Krytyki lekarskiej“? — „Jeżeli bowiem sól wietrzeje....“.

Racz Szanowny Redaktorze te kilka uwag zamieścić w swoim czasopiśmie i przyjąć zapewnienie wysokiego szacunku, z jakim pozostaje.

Warszawa, dnia 21. II. 99. r.

D-r Jan Biron.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= U chorego na cukrzycę, 20-letniego mężczyzny, ALBU przekonał się o pomyślnym wpływie wzmożonej czynności mięśniowej (rower) na wydzielanie cukru. Przy niezachowywaniu diety chory wydelał 4—7% cukru dziennie, przy dyecie 1,8%. Była to ciężka postać cukrzycy (kwas octooctowy w moczu). Po 1—2 godzinach jazdy na rowerze ilość cukru spadała o 1—3%. W dniach spoczynku odsetka cukru podnosiła się do pierwotnej wysokości. Po 6—7 tygodniach A. zauważył zmniejszenie się ilości cukru nawet w chwili spoczynku, a po przyjęciu większej ilości węglowodanów nie przekraczała 3%. W moczu nie znaleziono acetonu przy 0,3% cukru i nieprzyjmowaniu wodań węgla. Zatem postać ciężka przeszła w lżejszą. W końcu cukier znikł prawie zupełnie,

a gdy chory przez czas 3 tygodni zupełnie zaniechał jazdy na rowerze, ilość wydzielanego cukru podniosła się nieznacznie. Jednakże wzmożona czynność mięśniowa nie u wszystkich chorych na cukrzycę zastosować się daje, a niekiedy sprawia nawet pogorszenie. Zmęczenia należy unikać. Pomyślny wpływ tego rodzaju leczenia objaśnić można wzmożeniem spalaniem się cukru w pracujących mięśniach. (D. M. Zg. 1. 99).

= Z badań nad działaniem protargolu i soli srebra w chorobach oczu VALENÇON otrzymał wyniki następujące: 1) sole srebra są wogóle najlepszym środkiem przeciw wszelkim sprawom wydzielniczym łącznicy; 2) argentamina jest lepsza od saletrzanu srebra; 3) protargol, łączący w sobie wszystkie własności odkażające obu soli poprzednich, odzna-

cza się tem, iż nie drażni oka, miesza się ściśle z wydzieliną i daleko rzadziej prowadzi do tworzenia się błon rzekomych, niż saetrzan srebra; 4) rzeżączka łącznicy poprawia się bardzo szybko pod wpływem dwa razy dziennie stosowanych pendzlowań, połączonych z częstem wkrapaniem 5% roztworu protargolu; to samo dotyczy zwykłego zapalenia łącznicy, jako też zapalenia worka łzowego. W *conjunctivitis granulosa* argentamina zasługuje na pierwszeństwo z powodu bardziej żrącego działania. GIRARD przeprowadził badania porównawcze między saetrzanem srebra a protargolem. Pierwszy działa żrąco, drugi łagodnie; przy stosowaniu pierwszego spostrzega się niepożądane działania uboczne; saetrzan srebra powoduje bóle. Działanie odkażające obu środków jest jednakowe, lecz protargol łatwiej łączy się z wydzieliną. (D. M. Zg. 103—98).

== SCAGLIOSI badał u królików z mia-

ny histologiczne mózgu i rdzenia, powstałe po wstrząśnieniu mózgu. W mózgu zauważył w komórkach tworzenie się wakuol, rozpuszczanie się barwnika, znikanie jądra. Komórki glejakowe zawsze wcześniej i mocniej się zmieniały, niż zwojowe. Podobny obraz dawało badanie rdzenia. Zwykle w godzinę po wstrząśnieniu komórki glejakowe zaczynały się zmieniać, gdy zwojowe dopiero po 7 godzinach. Autor przypuszcza, iż silne podrażnienie pod wpływem urazu wywołuje zaburzenia czynnościowe w naczyniach, a tem samem niedostateczne odżywianie komórek. (Virch. Arch. 152).

== BÉRARD i GALLOIS opisują przypadek przepukliny przeponowej z przedziurawieniem pętli kiskkowej i wylaniem się kału do lewego worka opłucny. Badanie zwłok wykazało, iż poprzecznicą i zgięcie esowate znajdowały się w jamie opłucny na długości przeszło 1 metra. (Lyon médical 13 II 98).

P.

Odpowiedzi Redakcyi.

Kol. KOSSOBUDZKIEMU w Lipówce, pow. Bołch., gub. Orl.

Stosunek, jaki zachodzi pomiędzy pryszczycą, wrzodami goleni a różą, może być rozbieżny pod względem etjologicznym i leczniczym.

Co do 1-go, to pryszczycę i wrzody goleni mogą stanowić, tak dobrze, jak inne obrażenia z przerwaniem ciągłości skóry, dogodną furtkę do wtargnięcia zarazki róży (koków) i rozwoju jej na miejscu. Swoją drogą może przyjąć róża z sąsiedniej i dalszej okolicy i w swoim pełzającym pochodzie zająć miejsca, dotknięte chorobą pierwotną. W obu razach będzie to zależne: najprzód — od ogólnych, tak różnorodnych właściwości osobniczych, a potem i od miejscowych zmian chorobowych, warunkujących większą lub mniejszą odporność tkanek.

Co do leczniczego wpływu róży na pryszczycę, to spotykamy tu bardzo sprzeczną, a nawet krańcowe poglądy. I tak: SCHWIMMER spostrzegał raczej pogorszenia, niż polepszenia pryszczycy, ZUELZER zaś przypisuje róży bardzo wybitny i szybko leczący wpływ — nie tylko na najrozmaitsze choroby skóry, ale i na nowotwory i gorąco zaleca szczepienie róży w celach leczniczych, co jednak — wobec groźnego nierzaz przebiegu róży i już wydarzonych wypadków śmierci wskutek róży szczepionej (NEISSER, JANICKE) — nie powinno być przedsiębrane.

W każdym razie dobroczynny wpływ leczącej róży przebieżnej (*Er. intercurrentis*) na pryszczycę i wrzody goleni stwierdzony został bezspornymi spostrzeżeniami i nie ulega żadnej wątpliwości. Daje się to objaśnić następującymi czynnikami.

1) Wysoki stopień gorączki, o typie niemal ciągłym, towarzyszący róży, wpływa przeistaczająco — tak na sprawy ogólne, jak i miejscowe.

2) Kokki róży, posiadając wielką żywotność i szybkość rozwoju i szerzenia się, mogą podzielać na pasorzyty choroby podstawowej, jeżeli nie wprost zabójczo, to hamując dalszy ich rozwój i bytowanie, co w stosunku do pryszczycy — choroby w wielu razach czysto pasorzytniczej (*Ecz. mycoticum, ecz. marginatum*) — na tem większe zasługuje uwzględnienie.

3) Silne przekrwienie naczyń skóry i tkanki łącznej podskórnej i połączone z tem sprawy wysiekowe, stanowiące przynależność róży, muszą w wysokim stopniu pobudzić i zaostrzyć długotrwałe i atoniczne sprawy chorobowe skóry, przez co wypełniają, na podobieństwo środków drażniących i luszczących (*keratolytica*), najgłówniejsze wskazania lecznicze, jakie się następują przy leczeniu pryszczycy długotrwałej i wrzodu goleni.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою. Варшава, 25 Февраля 1899 г. Друк К. Ковалеvского. Варшава, Мазовлецка 8.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rs. 1.50 do rs. 5 dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p. p.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos

W ambulatorjum codziennie otwartem od

10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Leczniczy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego

Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od Rs. 3—5. *Ambulatoryum* codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie

przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi chorobami (oprócz umysłowych). Cena w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzymaniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rs. 50 kop. do 3 rs. dziennie. Bliższa wiadomość w kancelaryi Zakładu.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamozni bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego; Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słabości za opłatą 1 do 5 rs. dziennie: za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Strzedz się falsyfikatów!



WINO SAINT RAPHAËL

rekomenduje się jako toniczne wzmacniające i pomagające trawieniu.

Brozura d-ra de BARRE:

O winie St. Raphaël

jako o pożywnym, wzmacniającym i leczniczym środku wysyła się na żądanie.

Smak jego jest wysmienity.

Konserwuje się sposobem Pasteura.

Sprzedaje się w Warszawie: u P. P. Ludwik Spiess i Syn, I. Mrozowskiego, Unitas; Waligórskiego, Jakobson i S-ka, Urbanowicza i Różyckiego i we wszystkich lepszych składach aptecznych aptekach i handlach win.

Compagnie du vin de Saint-Raphaël **Valence (Drôme) France.**



Dla kaszlących i osłabionych: Słodowy ekstrakt i karmelki „Leliwa”

opatrzono marką fabryczną, zatwierdzoną przez Departament Handlu i Przemysłu.

Wyłączna sprzedaż w aptekach i składach aptecznych.