

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 7.

Warszawa d. 1 (14) Lutego 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przepłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 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 Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wodzie Krościeńskiej. Opracował d-r J. Frączkiewicz. — Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzny. Podał J. Steinhaus. — Przypadek obustronnego podkrakowego wywieńnięcia ramion (Luxatio subcoracoidea utriusque humeri). Podał d-r B. Jakimiak. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI** 22. Chirurgia tętnic i zastosowanie jej w kilku przypadkach uszkodzeń tętnicy udowej. 23. Rzadkie spostrzeżenie pęknięcia macicy sub partu. 24. Antagonizm drobnoustrojów w jamie ustnej i jego znaczenie dla ustroju ludzkiego. 25. O nowym rodzaju surowicy przeciwbłoniczej. Czynność naukowa w „Spółkę lekaru ceskych“ za zimowy i letni semestr r. 1901/2 (Dokończenie). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — Zmarli. — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Frączkiewicz — Sur l'eau minérale de Krościenko 2) D-r J. Steinhaus — Sur les épithéliomes chorionnaires chez l'homme. 3) D-r B. Jakimiak — Un cas de luxation infracoracoïdienne bilatérale de l'humérus.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Frączkiewicz — Ueber das Krościenko'sche Mineralwasser 2) D-r J. Steinhaus — Ueber Chorionepitheliome beim Manne. 3) D-r B. Jakimiak — Ein Fall von beiderseitiger Luxatio infracoracoidea der Schulter.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chorób wewnętrznych prof. d-ra St. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O WODZIE KROŚCIENSKIEJ.

Opracował

D-r JAN FRĄCZKIEWICZ.

Literatura, dotycząca wody ze źródeł Krościenkowskich, dotychczas jest bardzo uboga, a właściwie niema jej wcale, oprócz bowiem drukiem ogłoszonych rozbiórów chemicznych i kilku prawie nieznanym, ogólnym wzmianek,

nie więcej o niej nie mamy. Brakuje najważniejszej części w literaturze wody Krościenkowskiej, bardzo niewłaściwie Krościeńską nazwanej, a mianowicie, ściślej, dokładnej klinicznej obserwacji jej wpływu i działania w cierpieniach, w których na podstawie składu chemicznego skuteczność jej przypuszczamy. Zachęcony przez prof. d-ra St. PAREŃSKIEGO chciałbym tą właśnie pracą dać początek do dalszych doświadczeń i badań w tym kierunku. Praca moja o tyle jest łatwiejsza, że, trzymając się ściśle

wyników badania, nie mogę się suggestyjonować innemi pracami.

Sądzę, że poniżej podany krótki szkic historyczny, dotyczący źródeł Krościenkowskich, będzie najodpowiedniejszym wstępem i uzupełni całość.

Woda Krościeńska pochodzi z miasteczka Krościenka, położonego w pięknej okolicy górskiej nad Dunajcem, w powiecie nowo-tarskim w Galicyi. Miasteczko to oddalone jest blisko o 7 kilometrów od znanego zdrojowiska Szczawnicy i leży w tym samym terenie wodonośnym. Źródła mineralne, naturalnie, musiały istnieć bardzo dawno, ale weale się niemi nie zajmowano, a pierwszą wzmiankę o mineralnej wodzie Krościeńskiej posiadamy z roku 1827. Jest to rozbiór chemiczny, dokonany przez MARKOWSKIEGO, ówczesnego profesora chemii Uniwersytetu Jagiell., a ogłoszony w roczniku Towarzystwa naukowego Krakowskiego. Następne prace TREMBECKIEGO, WARSCHAUERA, a głównie szczegółowy, ściśle przeprowadzony rozbiór chemiczny ALEKSADROWICZA, pochodzące z roku 1859, postawiły wodę ze źródeł Krościenkowskich w pierwszym rzędzie pomiędzy wodami tego rodzaju tak krajowemi, jak i zagranicznymi. Nie zyskała jednak woda Krościeńska równie należytego materialnego poparcia; prosto zaniedbano źródła i nie starano się, aby zyskać skarb, którym wyposażyła matka natura cudowne Podkarpacie. Dopiero nowy właściciel Krościenka zaopiekował się szczerze jego zdrojami, oddając wodę do ponownego rozbioru chemicznego prof. TROCHANOWSKIEMU. Ujęto następnie źródła wedle wskazówek Komisji przemysłowej Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego, i odtąd szybko zdobywa sobie woda Krościeńska należne uznanie w świecie lekarskim i wśród publiczności, nie ustępując w niczem, a pod pewnymi względami przewyższając wody, sprowadzane za drogie pieniądze z zagranicy i niemieckich badań.

Przypatrzmy się najpierw rozbiorowi chemicznemu. Wedle analizy prof. d-ra Trocha-

nowskiego woda Krościeńska ze źródła Stefana zawiera w 1000 częściach:

Chlorku sodu	2,513670
Chlorku potasu	0,019510
Siarkanu wapnia	0,002570
Dwuwęglanu sodu	4,597250
Dwuwęglanu wapnia	1,216990
Dwuwęglanu magnu	0,502330
Dwuwęglanu żelaza	0,017060
Fosforanu glinu	0,002800
Bezwodnika krzemowego	0,056520
Suma składników stałych	8,942930
Wolnego CO ₂	2,072004

Skład ten chemiczny każe nam sklasyfikować wodę, pochodzącą ze źródeł Krościenkowskich, jako pierwszorzędną szcawę alkaliczno-słoną.

Porównajmy skład jej chemiczny ze składem innych tego rodzaju wód, a dojdziemy do wniosku, że woda Krościeńska jest jedną z najbardziej obfitujących w składniki stałe, stoi między pierwszemi, co do ilości wolnego CO₂, a nieporównanie więcej zawiera dwuwęglanu wapnia, który należy przecież wedle LEHMAN'a do najpożądańszych składników wód leczniczych alkalicznych. (Patrz str. 141).

Celem wykazania ogólnego działania wody Krościeńskiej na przemianę materii w ustroju podawałem ją chorym, u których przemianę materii można było przyjąć jako prawidłową, a względnie niezbyt upośledzoną i nie ulegającą zbyt wielkim wahaniom, np. u chorych z zaledwie dającym się wykazać zajęciem szczytu płuca lub u chorych z wyrównaną w zupełności wadą serca. U obserwowanych oznaczyłem kilkakrotnie przed używaniem wody Krościeńskiej stopień alkaliczności krwi przyrządem ENGEL'a, następnie oznaczałem po 10, 20 i 30 dniach picia wody; w tychże samych dniach mierzyłem ilość dzienną moczu, oznaczałem jego kwasotę, ilość mocznika w odsetkach i ciężar gatunkowy. Chore pozostawały przez cały czas obserwacyi na jednakiem diecie. (Patrz str. 141).

Zawiera w 1000 ctm. sz.	Kroś- cienko	Szeza- wnica Józe- finka	Wyso- wa	Lu- cha- czowi- ce	Glei- chen- berg	Ems	Royal	Sel- ters	Rois- dorf	Tön- nis- stein
Dwuwęglanu sodu	4.597	4.608	7.036	8.00	2.512	1.979	1 300	1.236	1.100	2.500
Chlorku sodu	2.513	3.131	2.35	3.631	1.851	9.983	1.700	2.334	1.800	1.400
Dwuwęglanu wapnia	1.216	0.775	0.883	0.907	0.354	0.216	—	0.443	—	—
Dwuwęglanu magnu	0.502	0.438	0.288	0.109	0.0006	0.206	—	0.308	—	—
Dwuwęglanu żelaza	0.017	0.012	0.022	0.017	0.003	0.001	—	0.004	—	—
Wolny CO ₂	2.072	1.72	0.98	2.85	2 276	1.039	0.73	2.235	1.44	2.43
Suma składników stałych	8 942	9.964	10.672	11.857	5.401	3.519	—	6.676	—	—
Temperatura	8.75°C	10.4°C	9.6°C	7°C	16°C	36°C	35°C	16°C	11°C	10°C

Imię i nazwisko	Rozpoznanie	Data	Stopień alkal. krwi	Ilość moczu (doba)	Oddziaływa- nie moczu	Cieężar gątkowy mocz	% moczniaka	UWAGA.
Jadwiga Pawlik	Neuritis ischiadica	15/11. 902	426.4 mgr.	800 em. sz.	wybitnie kwaśne	1.025	3%	Chora bierze lek obojętny i 500 gr. wody zwykłej. Od 15. 11. pije po 500 gr. wody Krościeńskiej. Od d. 25. 11. pije po 750 gr. wody Krościeńskiej. Od d. 5. 12. pije po 1000 gr. wody Krościeńskiej.
		25/11. 902	479.7 mgr.	1100 em. sz.	kwaśne	1.023	3.25%	
		5/12. 902	533 mgr.	1800 em. sz.	obojętne	1.020	3%	
		15/12. 902	629.9 mgr.	2100 em. sz.	obojętne	1.019	2.8%	
Antonina Kopińska	Infiltratio apicis sinistri	20/11. 902	453.05 mgr.	950 em. sz.	kwaśne	1.026	3%	Chora bierze lek obojętny i pije po 500 gr. wody zw. Od d. 20. 11. pije po 750 gr. wody Krościeńskiej. Od d. 30. 11. pije po 1000 gr. wody Krościeńskiej. Od d. 10. 12. pije po 1500 gr. wody Krościeńskiej.
		30/11. 902	559.65 mgr.	1750 em. sz.	słabo kwaśne	1.022	2.8%	
		10/12. 902	639.6 mgr.	1900 em. sz.	obojętne	1.020	2.75%	
		20/12. 902	746.2 mgr.	2800 em. sz.	alkaliczne	1.017	2.30%	
Teresa Schlagur	Endocardit- is mitralis in stadio en- systolico	17/11. 902	479.7 mgr.	900 em. sz.	kwaśne	1.028	3.5%	Chora bierze lek obojętny i pije 500 gr. zwykłej wody. Od d. 17. 11. pije po 500 gr. wody Krościeńskiej. Od d. 27. 11. pije po 750 gr. wody Krościeńskiej. Od d. 7. 12. pije po 1000 gr. wody Krościeńskiej.
		27/11. 902	586.3 mgr.	1500 em. sz.	słabo kwaśne	1.023	2.7%	
		7/12. 902	692.9 mgr.	1850 em. sz.	obojętne	1.021	2.6%	
		17/12. 902	746.2 mgr.	2100 em. sz.	obojętne	1.017	2.5%	
Marya Szwed	Thrombosis venae saphenae sinistrae	22/11. 902	426.4 mgr.	1000 em. sz.	wybitnie kwaśne	1.027	3.2%	Chora bierze lek obojętny pije po 500 gr. wody zw. Od d. 22. 11. pije po 500 gr. wody Krościeńskiej. Od d. 2. 12. pije po 750 gr. wody Krościeńskiej. Od d. 12. 12. pije po 1000 gr. wody Krościeńskiej.
		2/12. 902	479.7 mgr.	1700 em. sz.	kwaśne	1.023	3%	
		12/12. 902	533 mgr.	2000 em. sz.	słabo kwaśne	1.018	2.6%	
		22/12. 902	639.6 mgr.	2400 em. sz.	obojętne	1.017	2.4%	

Z tego widzimy, że woda Krościeńska zmniejsza kwasotę moczu, a zwiększa alkaliczność krwi, a tem samem potęguje przemianę materii w ustroju, najważniejszy cel wód mineralnych. Wedle prac BEGNERD'a, LEHMAN'a, WINTER'a, Alberta ROBIN, GENTH'a, SCHIFF'a, WIGIER'a i innych picie wody nawet obojętnej wpływa korzystnie na przemianę istot białkowych ustroju. Wpływ ten występuje w stopniu znacznie wyższym przy picciu wód mineralnych, a przede wszystkim zawierających chlorek sodu i dwuwęglan sodu. Wody alkaliczne, powiększając alkaliczność krwi, wpływają korzystnie na wydalanie z organizmu istot zużytych, będących wynikiem wstecznej przemiany materii. Picie wód słonych działa moczopędnie, a badanie moczu dowodzi, że wody słone przyspieszają i powiększają przemianę materii organicznych.

Woda Krościeńska, jako szeczawa alkaliczno-słona, łączy w sobie zalety jednych i drugich, wessana bowiem z przewodu pokarmowego do krwi, zwiększa jej alkaliczność i ilość soli, których krew dostarcza tkankom, a które mają tę własność, że zobojętniają kwasy i inne produkty kwaśne przemiany materii w tkankach, utrzymując je w rozpuszczeniu i przyczyniając się do szybszego wydalania ich z ustroju. Wydzieliny ustroju przy używaniu wody Krościeńskiej stają się płynniejsze i mniej drażniące. Przedewszystkiem własności moczu ulegają pewnej modyfikacyi. Kwasota moczu zmniejsza się znacznie lub spada nawet do zera, a przy używaniu większej ilości wody mocz siaje się alkalicznym.

Tutaj nadmienić należy, że woda Krościeńska posiada smak bardzo przyjemny, sprawia w ustach uczucie orzeźwiające wskutek zawartości wolnego bezwodnika kwasu węglowego, rozpuszcza śluz na błonie śluzowej ust, gardła i przetyku. Dodatnie te własności łącznie z omówionym poprzednio korzystnym wpływem na ogólną przemianę materii zalecają wodę Krościeńską we wszystkich tych przypadkach, gdzie nam zależy na tem, by ogólny stan pacyenta

był to jak najdłużej utrzymać w równowadze, bądź też jaknajszybciej do równowagi doprowadzić, a więc u chorych, wyniszczonych długotrwałymi cierpieniami, u rekonwalescentów po ostrych gorączkowych chorobach, po operacyach i t. d.

Omówiwszy ogólne własności wody Krościeńskiej, przystąpimy do zbadania jej wpływu na organizm w poszczególnych cierpieniach i na poszczególne narządy.

Przedewszystkiem musimy wskazać to, że, używając stale wody ze źródeł Krościenkowskich, jesteśmy ochronieni od wszelkich chorób, których zarazki znajdują się w zwykłej wodzie, używanej do picia. Ponieważ woda mineralna podczas czerpania jest wolna od wszelkich zarazków chorobotwórczych, przeto polecać się ją powinno, jako napój, zamiast zwyczajnej wody do picia w okolicach i miejscowościach, gdzie panują choroby zakaźne, jak dur, czerwonka, cholera, zimnica, a przede wszystkim w czasie lata.

Woda Krościeńska zagrzana, podawana jako płukanka w ostrych chorobach gorączkowych, w zapaleniu płuc, durze i t. d., w których język i cała błona śluzowa ust jest obłożona lepkiem, kleistym mulem, działa bardzo skutecznie, rozpuszczając mulowate obłożenia, oczyszczając jamę ustną i przynosząc tem samem wielką ulgę choremu.

(C. d. n.)

Nabłoniaki, powstałe z nabłonka kosmówki u mężczyzn.

Podał

JULIAN STEINHAUS.

(Odczyt, miany w Warsz. Tow. Lek. d. 3 lutego 1903 r.)

16 lipca 1888 roku przedstawił SAENGER w lipskiem towarzystwie akuszeryjnym krótki referat o „dwóch niezwykłych przypadkach poronienia“. Niezwykłość polegała na tem, że poro-

nienia zostały wywołane przez osobliwej budowy nowotwory, które SAENGER z początku nazywał *Deciduoma malignum*, później zaś *Sarcoma uteri deciduo-cellulare*. SAENGER sądził, że zjawiskiem pierwotnym był w tych przypadkach mięsak błony śluzowej macicy, następstwem zaś przekształcenie mięsaka pod wpływem ciąży w nowotwór o charakterze „doczesny“ — ztąd nazwa „*Deciduoma*“ resp. „*Sarcoma deciduo-cellulare*“, określająca budowę tego osobliwego nowotworu. Wkrótce doszedł jednak SAENGER do przekonania, że nie guz macicy, lecz ciąża była zjawiskiem pierwotnym; do niej, jako zjawisko wtórne, komplikacja, przyłącza się rozwój guza z doczesny.

Odczyt SAENGER'a zwrócił uwagę na związek z ciążą nowotworów o budowie, przez niego po raz pierwszy ze świadomością jej osobliwości opisaney. W ciągu ostatnich 14 lat zebrany został pokaźny materiał, który posłużył do ugruntowania nauki o „deciduomatach“, jak te guzy z początku nazywano, lub „chorionepitheliomatach“, jak je słusznie teraz nazywają, po wykazaniu, że nie komórki doczesny, lecz nabłonek kosmków jest materiałem, z którego one się rozwijają.

Wyszędłbym znacznie po za ramy tematu, który sobie nakreśliłem, i znużyłbym Sz. P. zbyt szczerymi szczegółami, gdybym chciał przedstawić tutaj historyczny rozwój nauki o „chorionepitheliomatach“ i streszczać wszystkie spory o ich histogenezę.

Krótkie naszkicowanie rysów znamienych w świetle najnowszych badań i poglądów wystarczy dla nas w zupełności.

Po poronieniu płodu albo zaśniadu groniastego, niekiedy nawet po dobiegającej prawidłowo do końca ciąży — zaraz lub po tygodniach, a nawet miesiącach, występują, jako pierwszy objaw choroby, gwałtowne krwotoki maciczne.

W przypuszczeniu, że pozostały resztki łożyska w macicy, ginekologowie zazwyczaj dokonywali skrobania. Krwotoków w ten sposób

jednakże się nie usuwa; przeciwnie, występują potem z większą jeszcze gwałtownością. Badanie wykazuje wtedy nieznaczne powiększenie macicy i dziwną jej miękkość. Woskowa bladeść cery, występująca po krwotokach, nie ustępuje w przerwach pomiędzy nimi; objaw to bardzo charakterystyczny, gdyż po krwotokach macicznych, występujących z innych przyczyn, niż nowotwory, stan ogólny chorych szybko się poprawia.

W dalszym przebiegu macica wciąż się powiększa, jama jej wypełnia się masami nowotworowymi, krwotoki i ogólne osłabienie stają się coraz groźniejszymi, i zaczynają się zjawiać przerzuty przedewszystkiem w pochwie, w jajnikach, w splotach żylnych okolic macicznych, następnie w płucach, a wreszcie i w innych narządach, o ile chora nie zginie już wcześniej z wycieńczenia.

Badanie mikroskopowe wykazuje, że zarówno guz pierwotny, jak przerzuty składają się z dwu rodzajów elementów anatomicznych: z *syncytium* — wakuolizowanych mas protoplazmatycznych wielojądrowych, tworzących różnej wielkości bryły i pasma i oplatających nieprawidłowe grupy komórek okrągłych lub wielokątnych, o jasnej protoplazmie i jednym, rzadziej dwu jądrami.

Obydwa rodzaje elementów anatomicznych w innem nieco ugrupowaniu znajdują się w ustroju w normalnych warunkach — są to komórki LANGHANS'a i *syncytium*, stanowiące razem t. zw. nabłonek kosmówki.

Opierając się na tem, jak również na obserwacji, która do ostatnich czasów zdawała się stwierdzać niewątpliwie, że po za ciężarną macicą nie powstają nigdy nowotwory o budowie, wyżej opisaney, większość badaczy uznała za samodzielne stanowisko nabłoniaków kosmówki (*chorionepithelioma*) w systemie onkologicznym.

Tylko anglicy dotychczas trzymali się ostro, nie chcieli uznać identityczności elementów anatomicznych chorionepitheliomatów z na-

blonkiem kosmówki i obstawali za rozpoznaniem mięsaka olbrzymiokomórkowego; obstawali tem energiczniej, że komisya, wydelegowana z łona londyńskiego towarzystwaakuszeryjnego w 1897 roku dla badania t. zw. chorionepitheliomatów, przedstawiła w swoim sprawozdaniu opis guza jądra (z przerzutami), który przy identycznej budowie z chorionepitheliomatami, jako znaleziony w ustroju mężczyzny, mógł być tylko uważany za mięsaka.

Dziwnym zbiegiem okoliczności ten guz jądra, który powinien był zainteresować wszystkich, zajmujących się wówczas kwestyą nabłoniaków kosmówki, nie zwrócił na siebie niczyjej uwagi. Przyczynił się do tego niewątpliwie ogólny brak zaufania do badań anglików na tem polu. Jednakże już w 1878 roku, więc w czasie, kiedy o chorionepitheliomatach nie jeszcze nie wiadano, MALASSEZ i MONOD opisali guz jądra, identyczny z guzem komisji angielskiej. MALASSEZ i MONOD uważali swój nowotwór za *sarcoma angioplasticum*, sądząc, że masy protoplazmatyczne wielojądrowe (*syncytium*) są angioblastami. Takiego samego zdania byli również CARNOT i MARIE, którzy badali identyczny przypadek nowotworu jądra w 1898 roku, więc w czasie, kiedy chorionepitheliomaty były już dobrze znane, i guz angielskiej komisji od roku opisany.

Dopiero WŁASOW (na wiosnę 1902 r.), nie znając widocznie przypadku angielskiej komisji, ponownie odkrył identyczność budowy „*sarcome angioplastique*“ MALASSEZ-MONOD'a z nabłoniakami kosmówki. W zbiorach muzeum patologicznego uniwersytetu moskiewskiego znalazł on trzy takie guzy. Obok rozrostów chorionepithelialnych znalazł on w nich jeszcze inne (mezodermalne) tkanki i zaliczył je do guzów mieszanych. Ale objaśnienie powstawania tych guzów, podane przez WŁASOWA, nie mogło zadowolić. WŁASOW sądził, mianowicie, że miąższ ich powstaje z komórek nabłonkowych zarodkowych kanalików gruczołowych jądra, tkanka zaś mię-

dzyzrazikowa z zarodkowych mezodermalnych komórek.

Mniej więcej w tym samym czasie (1902) opisał LUBARSCH chorionepitheliomat, znaleziony u 13-letniej dziewczicy, która jeszcze nie miesiączkowała; ale LUBARSCH ograniczył się tylko do wzmianki, że przypadek jego dowodzi, iż bez ciąży mogą się też rozwijać w narządach płciowych kobiecych guzy o budowie chorionepitheliomatów. Kwestyi genezy tego rodzaju nowotworów LUBARSCH wcale nie poruszył.

Należyta ocenę uzyskały przypadki MALASSEZ-MONOD'a i LUBARSCH'a dopiero kilka miesięcy temu w rozprawie SCHLAGENHAUFER'a*), który, znalazłszy również guz jądra z charakterem nabłoniaka kosmówkowego, zrozumiał od razu całą doniosłość tego rodzaju tworów dla teorii chorionepitheliomatów, podał próbę racjonalnego objaśnienia ich genezy.

Przypadek SCHLAGENHAUFER'a był następujący:

Na seceji 43-letniego mężczyzny znalazł on guz lewego jądra z przerzutami w lewym płucu, w gruczole tarczowym i w prawej nerce. Guz jądra otoczony był grubą błoną łącznotkankową. Makroskopowo nie widać ani śladu jądra lub przyjądra. Na przekroju guz był brunatno-czerwony, kruchy, przerzuty miały charakter analogiczny.

Mikroskopowo guz składał się z następujących elementów.

1) Masy protoplazmatyczne w postaci beleczek i wstęg, mniej lub bardziej wakuolizowane, z nierównomiernie rozrzuconemi w nich jądrami (*syncytium*).

2) Przylegające do siebie, często układające się w postaci słupów wielokątne komórki

*) Pracy WŁASOWA SCHLAGENHAUFER nie znał, gdyż wydrukowana została w przekładzie niemieckim (z ruskiego oryginału) już po ogłoszeniu jego pracy. Praca CARNOT i MARIE widocznie uszła jego uwadze, gdyż o niej nie wspomina.

jednojądrowe, często mitotyczne i zawierające glikogen.

3) Masy nekrotyczne, zawierające włóknik, czerwone krążki i białe ciała krwi.

4) Tkanka łączna z resztkami normalnych części składowych jądra, z przestworami, wypełnionymi lub wysłanymi nabłonkiem płaskim wielowarstwowym, zawierającym perły nabłonkowe, z masami tkankowymi, przypominającymi płucoembryonalne, follikuly limfatyczne, gładkie włókna mięsne i t. d.

W płucach i w innych przerzutach znalazł SCHLAGENHAUFER tylko masy syncytialne, komórki wielokątne i masy nekrotyczne.

Twór, badany przez SCHLAGENHAUFER'a, był więc embryomatem (teratomatem), zawierającym rozrosty elementów, składających t. zw. chorionepitheliomaty. Rozrosty te stanowiły właśnie nowotwór złośliwy, który dał przerzuty o budowie identycznej z rozrostami pierwotnymi.

Jeszcze przed ogłoszeniem przypadku SCHLAGENHAUFER'a miałem sposobność badania guza jądra, który od razu zwrócił uwagę moją budową, przypominającą chorionepitheliomaty. Jednocześnie badałem przypadek macicznego chorionepitheliomatu, powstałego po poronieniu i obserwowanego w oddziale d-ra J. ROSENTHALA, i demonstrowałem kolegom dziwne podobieństwo, niemal identyczność budowy obydwóch nowotworów — jądrowego i macicznego.

Guzy jądra, o którym tu mówię, był obserwowany w oddziale d-ra H. ODERFELDA. Był to pacjent 32-letni, wyrobnik z Częstochowy, który po raz pierwszy na pół roku przed operacją zauważył, że lewe jądro mu się powiększa. Od tej chwili zaczął na siebie baczniejszą zwracać uwagę i widział, że powiększanie się jądra posuwa się stale naprzód. Kiedy się zwrócił do d-ra ODERFELDA jądro dosięgło już wielkości pomarańczy, było niebolesne na dotyk, i sznurek nasienny również był zgrubiał.

D-r ODERFELD dokonał wycięcia lewego jądra, a raczej guza, w który przekształcone zo-

stały lewe jądro i przyjadrze, i zgrubiałej części lewego sznurka nasiennego, nacieczonej nowotworowo. W ośm dni po operacji pacjentowi zdjęto szwy, a w kilka dni później wypisano go ze szpitala.

Na przekrojach guza nigdzie nie znaleźliśmy makroskopowo śladów normalnych tkanek. Całość przedstawiała masę różnobarwną, miejscami białawą, w innych żółtą, brunatną lub czerwoną, zależnie od wybroczyn, nekrozy lub dobrego zachowania tkanek nowotworowych.

Do badania mikroskopowego wzięte zostały kawałki z różnych części guza.

We wszystkich badanych cząstkach znaleźliśmy obfite masy nekrotyczne, w części nacieczone krwią, a obok nich, w większej lub mniejszej ilości tkanki nowotworowe o wyraźnie zachowanej budowie. W kilku miejscach znaleźliśmy również resztki normalnej tkanki jądra.

Tkanka nowotworowa składała się z rusztowania łącznotkankowego, dość obficie unaczynionego, w którym leżały większe lub mniejsze wyspy komórkowe, beznacyniowe.

Wyspy te były dwóch typów. Jedne, rzadziej spotykane, były małe, złożone wyłącznie z komórek jednojądrowych, wielokątnych lub okrągławych, i leżały prawie obok siebie, oddzielone skąpą ilością tkanki łącznej. Takie miejsca przypominały swoją budową raka. Inne, liczniejsze, były większe, niekiedy bardzo duże, oddzielone obfitą tkanką łączną. Te ostatnie wyspy składały się przeważnie z takich samych okrągławych albo wielokątnych komórek, jak wyżej opisane, ale układ komórek był nieco odmienny. Komórki nie wypełniały tutaj równomiernie całej wyspy komórkowej, lecz albo rozpadały się na drobniejsze grupy, pomiędzy którymi pozostawała przestrzeń pusta albo wypełniona osobliwymi elementami, o których zaraz szczegółowiej pomówimy, albo łączyły się we wstęgi, zwinięte w kłębek, albo pokrywały nierównomiernej grubości warstwą ścianę przestworu, zajętego przez wyspę komórkową, i wdrażały się w przestwór

w kształcie wyrostów papillarnych; i w tych przypadkach wolna od nich część przestrzeni niekiedy zawierała osobliwe elementy, o których już wspominaliśmy. We wszystkich tych przypadkach obok dobrze zachowanych komórek znajdujemy również komórki nekrotyczne i tłuszczowo zwyrodniałe, a wiele z dobrze zachowanych komórek zawierało glikogen, jak tego dowiodły odpowiednie reakcje. W komórkach mitozy były zjawiskiem stosunkowo bardzo częstym.

Co się tyczy wspomnianych osobliwych elementów, leżących obok wielokątnych i okrągłych komórek w wyspach komórkowych, to przedstawiały się one w postaci mas protoplazmatycznych, ciemniejszych od zarodki komórek na niebarwionych preparatach, a mocniej barwiących się od niej zwykłymi barwnikami. Masy te zawierały często wakuole, niekiedy olbrzymiej wielkości; w wakuolach czasami znajdowaliśmy dobrze zachowaną krew. Postać mas protoplazmatycznych była bardzo rozmaita; przeważały wszakże dwa typy: 1) forma nierównomiernie szerokiej wstęgi, oplatającej grupy komórek wielokątnych i 2) forma bryły, zajmującej wolną przestrzeń pomiędzy grupami komórkowymi w wyspie. Jądra były rozsiane w masach protoplazmatycznych nierównomiernie; wielkość ich była rozmaita, kształt często nieprawidłowy. Barwiły się one przeważnie bardzo mocno, fragmentowały się, przewężały, ale nigdy nie przedstawiały obrazu karyokinetycznego podziału.

Wszystkie wyżej opisane elementy stanowiły główną masę nowotworu, lecz nie wyczerpują jeszcze całego obrazu. Obok nich spostrzegliśmy inne, jeszcze, które, choć znalazły się w ilości bardzo nieznacznej, mają jednak dla rozpoznania guza i dla objaśnienia jego osobliwości znaczenie bardzo doniosłe.

Oto przedewszystkiem znalazły się wysepki chrząstki hyalinowej, przestwory, wysłane rogowaciejącym nabłonkiem wielowarstwowym

z perłami nabłonkowymi, gładkie włókna mięsne i rurki gruczołowe z nabłonkiem migawkowym.

Mieliśmy więc do czynienia, tak samo jak SCHLAGENHAUFER w swoim przypadku, z embryomatem (teratomatem), w którym nastąpił rozrost elementów identycznych z elementami nabłonka kosmówki, w którym więc rozwinął się chorionepitheliomat.

W obydwóch więc ostatnich, dokładnie zbadanych przypadkach chorionepitheliomatów, które się rozwinęły po za ciężarną macicą, (przy-padek SCHLAGENHAUFER'a i mój) mieliśmy do czynienia z embryomatami. Czy przypadek angielskiej komisji z 1897 roku był również embryomatem, nie wiemy; sprawozdawcy mówią tylko o chorionepitheliomatycznej budowie przetworów, o charakterze zaś guza pierwotnego w jądrze nie wspominają. W przypadku LUBARSCH'a punkt wyjścia guza nie był wiadomy, tylko drobna cząstka nowotworu została zbadana, a w naszym przypadku przekonaliśmy się, jak nieliczne mogą być elementy, dowodzące teratoidalnego charakteru guza.

WLASOW swoich przypadków nie uważał za embryomaty, lecz za nowotwory mieszane, ponieważ nie znalazł w nich elementów ektodermalnych w postaci nabłonka wielowarstwowego z rogowaceniem, i dla tego wyprowadzał rozrosty chorionepithelialne z nabłonka rurek gruczołowych, nie zwrócił wszakże uwagi na tę okoliczność, że właśnie w embryomatach jądra ektoderma bardzo często rozwija się nader słabo i łatwo może być przeoczona.

A priori zaś należy się spodziewać we wszystkich tego rodzaju przypadkach—embryomatów, albowiem jedynie w nich mogą się znajdować elementy, mogące wytworzyć chorionepithelialne rozrosty.

Wychodzimy tutaj, tak samo jak i SCHLAGENHAUFER, z założenia BONNET'a:

Embryomaty powstają w ustroju albo z zapłodnionego ciała biegunowego, albo z blastomer zapłodnionego jajka.

Ciałka biegunowe widywano niejednokrotnie, tak samo jak i spermatozoidy w jajku zapłodnionem i prawidłowo się rozwijającym pomiędzy blastomerami; pewna ilość blastomer może również nie przyjmować udziału w ogólnym rozwoju zarodka i pozostawać w płodzie.

Zarówno zapłodnione ciało biegunowe, jak i blastomery, nie przyjmujące udziału w rozwoju płodu, mogą stać się punktem wyjścia dla tworów, zawierającego derywaty wszystkich trzech listków zarodkowych.

Twór taki, embryomat, jak go obecnie nazywają, może powstać już w życiu zarodkowym albo w pierwszych latach życia samodzielnego, może wszakże rozwinać się ze swego zątku dopiero później, po kilku, a nawet wielu latach.

Wobec powyższej teorii genezy embryomatów rodzi się słuszne zupełnie pytanie, dla czego twory te umiejscawiają się prawie wyłącznie w narządach płciowych płodu, mając do rozporządzenia wszystkie jego organy.

Teoria przewidziała wszakże ten zarzut i argumentuje przeciwko niemu w ten sposób: zątek aparatu moczopłciowego zajmuje od chwili swego zróżniczkowania aż do zniknięcia pranercza bardzo dużą część embryonu, więc szanse są największe, aby właśnie w aparacie moczopłciowym umiejscowiły się zątki przyszłego embryomatu.

Już wyżej mówiliśmy, teoria przewiduje dwa sposoby powstawania embryomatów: z blastomer i z zapłodnionych ciałek biegunowych.

BONNET w swoim czasie wypowiedział się na korzyść pierwszej z tych dwu możliwości, opierając się na tem, że nie znajdowano w embryomatach nigdy błon płodowych, ani ich rudymentów, które musiałyby istnieć, gdyby zapłodnione ciało biegunowe dawało im początek.

Przypadek SCHLAGENHAUFER'a i mój obalają ten argument, dowodzą one, że w embryomatach znajdują się mogą zątki błon pło-

dowych; gdyby ich w naszych przypadkach nie było, nie mogłyby powstać nowotwory, zbudowane z komórek, posiadających charakter elementów nabłonka kosmówki. SCHLAGENHAUFER na tej podstawie odróżnia embryomaty, powstałe z zapłodnionych ciałek biegunowych, od powstałych z blastomer — pierwsze zawierają zątki błon płodowych, ostatnie zaś ich nie zawierają.

Naszem zdaniem, obecność lub nieobecność błon płodowych nie wystarcza do odróżnienia genezy. Nie widzę dostatecznych powodów do odrzucenia możliwości powstawania błon płodowych przy rozwoju embryomatu z blastomery — gdzie mamy płodową ektoderme, tam może powstać nabłonek kosmówkowy, a z drugiej strony w embryomacie, powstałym z zapłodnionego ciała biegunowego, może tylko, ale nie musi rozwinać się nabłonek kosmówkowy.

Takiego samego zdania w tej kwestyi trzyma się PICK w swej rozprawie o teratomatach jajnika, zawierających zaśniady groniaste, która ukazała się kilka tygodni temu w berlińskim tygodniku klinicznym.

Pierwsze wrażenie, jakie ma każdy, usłyszawszy po raz pierwszy o chorionepitheliomatach, znalezionych po za macicą ciężarną, szczególnie w ustroju mężczyzny, jest to, że cały gmach nauki o powstawaniu nabłoniaków kosmówkowych, zbudowany w ciągu ostatnich lat, jest zamkiem na lodzie, fantazją bezpodstawną.

Szczegółowa analiza tych przypadków pokazuje jednak, że pogląd taki byłby zupełnie fałszywy.

Chorionepitheliomaty, znalezione po za macicą ciężarną, są guzami złośliwymi, powstałymi w embryomatach, więc w tworach analogicznych z płodem, zawierających wszystkie elementy, z których składa się płód. Jeśli dotychczas mówiliśmy, że bez ciąży nie może być chorionepitheliomatu, to obecnie formułę tę należy tylko

rozszerzyć i powiedzieć: bez embryonu lub embriomatu nie może powstać chorionepitheliomat.

Z chwilą znalezienia nabłoniaków kosmówkowych w embriomatach stał się bezprzedmiotowym oddawna prowadzony, a do statnich czasów nierozstrzygnięty spór co do pochodzenia nabłonka kosmówki, specjalnie jego warstwy syncytialnej. Jedni widzieli w niej tkankę płodową, inni maciczną, a brak było dotychczas dowodów rozstrzygających. Dziś raz na zawsze wyłączone zostaje przypuszczenie macicznego jej pochodzenia. W embriomatach niema tkanki macicznej, lecz wyłącznie tkanki zarodkowe, z nich więc powstawać musi *syncytium*.

SCHLAGENHAUFER w wywodach swoich o genezie chorionepitheliomatów wogóle wyraża pogląd, że nie tylko męskie, ale wszystkie wogóle nabłoniaki kosmówkowe powstają na tle zarodkowo-teratoidalnym. U kobiety ciężarnej odziera się blastomera od reszty zarodka, i jej nieprawidłowe bujanie staje się punktem wyjścia chorionepitheliomatu. SCHLAGENHAUFER'owi wydaje się to prawdopodobniejszem od przekształcenia gotowego już kosmka w nowotwór. Uogólnienie takie jest hipotezą, na bardzo słabej podstawie ugruntowaną. Chorionepitheliomaty u mężczyzny, a niekiedy może nawet i u kobiet (przypadek LUBAR-CH'a) mogą powstawać w teratomatach, ale to nie wystarcza do twierdzenia, że tylko z zaczątków teratoidalnych rozwijać się mogą. U kobiety ciężarnej materiał do ich rozwoju jest gotowy w wielkiej ilości, i choć rozwój ich z tego materiału SCHLAGENHAUFER'owi nieprawdopodobnym się wydaje, ze stanowiska współczesnych teorii rozwoju guzów nie twierdzeniu o rozwoju nabłoniaków kosmówkowych z nabłonka kosmków zarzucić nie można. Dopiero, jeżeli wykazane zostanie, że bez udziału oderwanych blastomer lub zapłodnionych ciałek biegunowych lub wreszcie przemieszczonych embryonalnych tkanek nowotwory powstawać nie mogą, hipoteza SCHLAGENHAUFER'a będzie miała rację bytu.

LITERATURA.

BONNET. Monatschrift f. Gyn. XIII i Ergebnisse d. Anat. Entwicklungsgesch. IX. 1899. str. 861—870. — CARNOT i MARIE. Sarcome angioplastique. Bull. d. l. Soc. Anatomique. 1898. — LUBAR-SCH. „Die Metaplasiefrage“ w Arbeiten a. d. Posener Institute. I. 1902. — MALASSEZ i MONOD. Sur l. tumeurs à myeloplaxes. Arch. d. Phys. 1878. — PICK L. Z. Kenntn. d. Teratome: blasenmolenartige Wucherung in einer Dermoidcyste d. Ovariums. Berl. klin. Woch. 1902. Nr. 51. — SCHLAGENHAUFER. U. d. Vorkommen chorionepitheliom- und traubenmolenartiger Wucherungen in Teratomen. Wien. klin. Woch. 1902. Nr. 22—23. Obstetrical Transactions. 1897. — WŁASOW. Ueber d. Patho- und Histogenese d. sog. „sarcome angioplastique“. Medicinsk. Obozrenie. 1902. Nr. 16 i Virchow's Archiv. 169. 2. 1902.

Z drugiego oddziału chirurgicznego szpitala na Pradze.

Przypadek obustronnego podkrukowego wywichnięcia ramion.

(*Luxatio subcoracoidea utriusque humeri*).

Podał

D-r Bolesław Jakimiak

Ordynator oddziału.

W lutym 1901 r. zapisał się do szpitala W. P., urzędnik kolejowy z prowincyi. Mężczyzna lat 35, bardzo dobrze zbudowany, z doskonale rozwiniętymi mięśniami. Skarży się na niemożność podnoszenia ramion do góry. Oglądając chorego, zauważyłem, że obie kończyny w łokciach odstają od ścian tułowia, na miejscu normalnej wypukłości ramion poniżej wyrostka barkowego widać zapadnięcie. Przy obmacywaniu nie znalazłem główek ramion na zwykłym miejscu, lecz pod wyrostkiem kruczym. Przywiesić ramion do tułowia nie można. Podnieść rąk wyżej nad jakieś 45° nie może. Rozpoznano *luxatio subcoracoidea utriusque hum.*

Stan taki trwa miesiąc czasu i powstał w następujących okolicznościach: Przed miesiącem z powodu silnego kaszlu chory zażył dane przez kogoś (nie lekarza) jakieś lekarstwo, poczem zjawily się straszne wymioty, trwające przeszło 6 godzin. W czasie jednego z ataków, kiedy chory leżał w ciężkim stanie na łóżku, poczuł silny ból i pewnego rodzaju chrupnięcie w obu stawach ramieniowych. Od tego czasu ruchy w stawach ramieniowych zostały ograniczone. W jakim położeniu były ręce w owym krytycznym momencie, dokładnie powiedzieć nie może. Żona chorego opowiada, że w pewnych chwilach przytrzymywał wymiotującego wezwany felerzer.

Chory z cierpieniem swojem zwracał się podobno o poradę, lecz nie umiano mu określić

rodzaju cierpienia, i dla tego tak je zaniedbał. Objaśnić to można tem, że z powodu jednakowego stanu obu stawów i niemożności porównania nie nasunęła się myśl o wywichnięciu.

Ze względu na dosyć długi okres czasu od zwiechnięcia i silnie rozwinięte mięśnie, przystąpiłem do nastawienia w uspieniu chloroformowym. Kiedy mię inne metody zawiodły, użyłem z pomyślnym skutkiem starej metody COOPER'a (za pomocą pięty). Lewą kończynę udało się względnie łatwo nastawić, prawą znacznie trudniej. Po dziesięciu dniach chory opuścił szpital. W pół roku potem widziałem go zupełnie zdrowym. Muszę dodać, że chory do chwili opisanego wyżej wypadku był zawsze zdrow.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

22. M. JABOULAY. Chirurgia tętnic i zastosowanie jej w kilku przypadkach uszkodzeń tętnicy udowej.

Autor ogłasza trzy przypadki, w których dokonał zabiegów chirurgicznych na tętnicy udowej. W przypadku pierwszym 16 letni uczeń rzeźniczy zadał sobie mimowoli nożem ranę w dolną prawą część brzucha, tuż nad fałdą pachwinową. Powstały ztąd silny krwotok opanował sam, uciskając ranę ręką, tak iż mógł zajść do dorożki i kazać się zawieść do szpitala, gdzie zrobiono mu pierwszy opatrunek.

Badanie w kilka godzin później wykryło ranę długości 1 ctm., na palec poprzeczny powyżej prawego więzła POUPART'a, nieco ku wewnątrz od środka tegoż. Skóra była tu umiarkowanie rozciągnięta przez krwiak podskórny, który opuszczał się do wierzchołka trójkąta SCARPA'y, zaś z drugiej strony wznosił się na 3 palce poprzeczne powyżej więzła POUPART'a. Tętnie-

nie tętnicy udowej na przebiegu uda, jak również tętnicy piszczelowej tylnej po za kostką wewnętrzną i tętnicy grzbietowej stopy, zlekka wyczuwalne, było równej sily z tętnieniem tętnie kończyny lewej. Nie wykryto zaburzeń czuciowych i ruchowych, które kazalyby przypuszczać przecięcie pnia nerwowego; nie było również zaburzeń w krążeniu żylnem, któreby wskazywało na uszkodzenie większej żyły. Pozostawało przypuścić ranę tętniczą.

Uszkodzenie tętnicy biodrowej zewnętrznej (*art. iliaca exter.*) należało wyłączyć, gdyż brakowało objawów podrażnienia otrzewny, która byłaby wówczas przecięta i zakażona nieczystym nożem; zresztą w braku zakażenia sam wylew krwi do jamy otrzewny wywołałby odczyn ze strony tejże. Prócz tego wyczuwalność tętna tętnicy grzbietowej stopy i innych również uniemożliwiała przypuszczenie zranienia tętnicy biodrowej zewnętrznej (*art. iliaca exter.*).

Z racyi wyczuwalności tegoż tętna, jak również opierając się na twierdzeniu chorego, że nóż wbił się w ścianę brzucha w kierunku pionowym na głębokość 2 ctm., rozpoznano zranienie naczyń nadbrzusznych (*vasa epigastrica inferiora*) i przystąpiono do operacyi.

Rozszerzywszy ranę cięciem poprzecznym, równoległym do więzów POUPART'a, J. spostrzegł, że kanał rany jest skośny i prowadzi pod więzów POUPART'a; ten ostatni został przecięty prostopadłe w celu uprzyśtępnienia przebiegu rany. Po oczyszczeniu rany znaleziono skrzep w ranie tętnicy udowej, i usunięcie jego wywołało natychmiast obfity krwotok. Poprzeczna ta rana o brzegach równych, długości kilku milimetrów, znajdowała się na przedniej powierzchni tętnicy nieco ku wewnątrz. JABOULAY podwiązał naczynie nitką katgutową tuż nad otworem; gdy jednak krew zaczęła napływać do rany i z dolnego końca tętnicy, nałożono podwiązkę na naczynie i poniżej rany. Hemostaza i wtedy nie była jeszcze zupełna skutkiem napływu krwi z jednej z bocznie, położonych nazewnątrz: podwiązane zostało więc i to naczynie, które było prawdopodobnie tętnicą okalającą biodro (*art. circumflexa ilei*).

Tak więc dokonano podwiązania tętnicy udowej bezpośrednio poniżej obrączki udowej, zamykając tym sposobem główną drogę, przez którą kończyna dolna otrzymuje krew tętniczą. Przebieg pooperacyjny był następujący: Stan ogólny mało zmieniony, bez podniesienia ogólnej ciepłoty ciała i bez wszelkiego odczynu. Natychmiast po dokonaniu operacyi ciepłota miejsca, mierzona za pomocą specjalnego termometru, uległa znacznemu spadkowi: po upływie pół godziny na kończynie zdrowej termometr wskazywał 31,6°, na zranionej zaś 29,2°, to jest różnicę o 2,4°; po upływie 1 godziny lewa kończyna posiadała ciepłotę 31°, prawa zaś 28,6°. Potem różnica ciepłoty obu kończyn stopniowo zmniejszała się, wykazując w 6 godzin po podwiązaniu 1,5°; w 24 godziny różnica równała się 0,5°; w 48 godzin różnica wynosiła jeszcze 0,5°.

Tętnienie ustało na całej długości kończyny. Ze strony krążenia żylnego na początku zauważyć można było pewien zastój: żyły na stopie obrzmiały. Objaw ten po upływie kilku godzin znikł zupełnie. Ze strony unerwienia zauważyć się dała jedynie lekka *hypoesthesia* na

grzbiecie stopy, która zresztą nazajutrz przeszła bezpowrotnie.

Po upływie sześciu dni od czasu operacyi jedynym objawem nieprawidłowym pozostało zniesienie tętna w tych miejscach, w których zazwyczaj ono się wyczuwa na kończynie dolnej. Pozostanie ono zniesionem, jeżeli nie na zawsze, to przynajmniej w przeciągu długiego szeregu lat, albowiem obieg krwi odbywa się nie przez wielki obieg udowo-stopowy, lecz drogami bocznymi, przez anastomozy tętnicy kulszowej (*art. ischiadica*) i tętnic okalających (*art. circumflexae*) z gałązkami okolicy przedniej uda za pomocą tętnic dziurawiących (*art. perforantes*); ztąd krew przechodzi do tętniczek stawu kolanowego i dalej przez tętnice zwrotne (*art. recurrentes*) do gałęzi piszczelowych (*art. tibiales*).

Z pośród gałęzi, ulegających rozszerzeniu, na szczególniejszą uwagę zasługują tętniczki nerwu kulszowego; ich to bowiem rozszerzenie wywołuje w pewnej liczbie przypadków bóle ze strony tego nerwu. W przypadku JABOULAY'a nie podobnego jednak nie zauważono.

W przypadku drugim chory z miażdżycą tętnic posiadał olbrzymiego tętniaka o konturach kulistych, dosięgającego w obwodzie 19 ctm. i umiejscowionego w dole podkolanowym. Po wyluszczeniu tętniaka, co pociągnęło za sobą zniesienie drożności tętnicy podkolanowej na przebiegu 2—3 ctm. i jednej z bocznie stawowych, nie wystąpił żaden objaw nadzwyczajny prócz zniesienia tętna na wysokości tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej. W tym również przypadku główne łożysko krwi tętniczej uległo zanikowi poniżej podwiązki, i krwioobieg ustalił się przez rozszerzone gałęzie tętniczek przydatkowych.

Wreszcie w przypadku trzecim, chory lat 47, alkoholik, od dwóch lat zaczął odczuwać bóle w prawej stopie, występujące szczególnie przy chodzeniu, i od czasu do czasu utykać (wczesny objaw niedostatecznego dopływu krwi tętniczej). Gdy chory przybył do szpitala, objawy bólu i niemoey wyraziły się jeszcze silniej; wystąpiło też uczucie zimna w prawej stopie. Po upływie 3 miesięcy pokazały się czarne plamy na małym palcu stopy, które, szerząc się ku górze, w przeciągu 2 miesięcy zajęły palec wielki i przednią część powierzchni grzbietowej stopy,

tak iż wreszcie dokonana została amputacja CHOPART'a.

Zgorzel jednak postępowała i w 6 tygodni później dosięgła połowy goleni; kończyna była zimna jeszcze powyżej kolana, a bóle wzmagaly się coraz bardziej, zniewalając do codziennych prawie iniekcji morfiny. Później pokazały się ogniska zgorzelinowe na wysokości krętarza wielkiego; tętno na kończynie prawej było prawie niewyczuwalne, na lewej zaś już znacznie osłabione. Robione były wtedy bezskuteczne próby zastrzykiwań podskórnych peptonu podług metody, jakoby mającej przeciwdziałać krzepnięciu krwi wewnątrz naczyń. Odjęcie uda stało się niezbędnem i dokonane zostało w części środkowej bez przewiazki ESMARCH'a; przecięte tętnice ledwie że wylały trochę krwi, i zawiązanie 2 tętniczek wystarczyło do zapewnienia hemostazy. Tym razem zabliznienie się rany odbyło się normalnie, lecz w kilka dni po operacji wystąpiły znów na lewej pięcie owe fatalne czarne plamki. Rozwinęły się wkrótce wszystkie poprzednie objawy zgorzeli postępującej.

Pragnąc uniknąć smutnej konieczności odjęcia drugiego uda, JABOULAY powziął myśl wytworzenia sztucznej anastomozy żyły udowej z tętnicą, czego próby już dwa razy dokonane były przez chirurga z Madrytu A. SAN MARTIN y SATRUSTEGUI. Celem podobnego zabiegu była chęć wytworzenia połączenia, które pozwalałoby krwi tętniczej użytkować naczynia żyłne, odbywając zatem w nich obieg wsteczny, jak to bywa w tętniakach tętniczo-żylnych.

Technika operacji była analogiczna z techniką zespolenia żołądka z kiszka: obnażywszy oba naczynia—tętnicze i żyłne, JABOULAY zrobił na nich dwa nacięcia, równoległe do ich osi, jedno naprzeciw drugiego; następnie tylna warga rany żyłnej połączona została szwem z odpowiednią wargą rany tętniczej i przednia warga rany żyłnej z takąż wargą tętnicy. Podczas zeszywania naczynia powyżej nacięć prowizorycznie podwiązane były nitką, i ta okoliczność spowodowała przykre następstwa: znajdując się w tym miejscu blaszka miażdżycowa pękła, wywołując tym sposobem ostateczne zamknięcie światła tętnicy. Oziębienie kończyny wzmogło się po operacji jeszcze bardziej.

Tętnienie w żyłach nie ukazało się wcale. Żyła nożnicowa wielka (*vena saphena major*) wy-

bitnie obrzmiała, lecz tylko wskutek zwyczajnego zastoju, na co wskazywało przy uciskaniu palcem wypełnianie się jej od dołu do góry. Cięplota miejscowa na grzbiecie stopy opadała stopniowo: z 28° nazajutrz po operacji opadła do 25°, potem do 24° i po upływie tygodnia — do 23,6°. Od tego czasu dowolne bóle wzmagają się coraz bardziej, zgorzel postępuje, stan wogóle gorszy, niż przedtem.

Jakkolwiek w opisanym przypadku operacja bezpośredniego połączenia tętnic z żyłami nie dała pożądanego wyniku, niemniej jednak zasługuje na uwzględnienie. Podobny zabieg mógłby znaleźć zastosowanie w przypadku zakrzepu w tętnicach mózgu, prowadzących do rozmięczeń, jakoteż w przypadkach wrodzonego niedostatecznego unaczynienia mózgowia u idiotów, w którym to celu należałoby łączyć tętnicę szyjową wspólną (*art. carotis communis*) z żyłą jarzmową wewnętrzną.

Próby doświadczalne tego ostatniego połączenia, dokonane na psie, dały wynik zadawalający. Z drugiej zaś strony wiadomo, iż tętniaki tętniczo-żyłne nie wywołują zaburzeń mózgowych, a zastój żylny sprzyja wogóle rozwojowi członków, więc mógłby też dodatnio wpłynąć i na rozwój mózgowia u idiotów. Obawa zastoju w mózgu, dochodzącego do obrzęku, nie powinna tu wchodzić w rachubę ze względu na liczne i rozległe komunikacje żył obydwóch półkól mózgu pomiędzy sobą, jakoteż i z żyłami zewnątrzczaszkowymi. Zresztą, nawet podwiązanie żyły jarzmowej nie spowoduje ani obrzęku, ani też żadnego zaburzenia mózgowego.

(*La Semaine Médicale. Nr. 50. 1902.*)

Fr. Csernak.

23. v. KARWAT. **Rzadkie spostrzeżenie pęknięcia macicy sub partu.** 38-letnia wyrobница o splaszczonej miednicy, która poprzednio już urodziła 5 dzieci, przeważnie przy pomocy lekarskiej, rodziła bliźnięta. Ponieważ łożysko nie odechodziło, a chora była wycieńczona z powodu utraty krwi dnia poprzedniego z pękniętego żyłaka na nodze, po 3 godzinach wezwano v. KARWAT'a. Ujście macicy wpuszczało 3 palce. W jamie macicy, mocno skurezonej, wymacał on cały konglomerat, jakoby błon jaja, które wyciągnął aż przed srom, wtedy dopiero ujawniło się, że to było *omentum!* Powyżej ujścia macicznego znalazł on poprzeczne rozdarcie przedniej ścia-

ny macicy, przez które mianowicie sieć wypadła do jamy macicznej. Ponieważ na razie nie było krwawienia na zewnątrz, ani stępienia, wskazującego na krwawienie do wnętrza jamy brzusznej, v. KARWAT na razie powstrzymał się od wyjęcia łożyska, a posłał do miasta po asystenta, narzędzia i t. d. i w 6 godzin po urodzeniu się bliźniąt dokonał cięcia brzuszego: w jamie brzusznej około 50 gramów skrzepów krwi. Na przedniej ścianie macicy na wysokości górnego brzegu spojenia łonowego znaleziono rozdarcie macicy 12 ctm. długości w kierunku skośnym, zatka-
ne przez *omentum*, w rozdarciu macicy uwięzłe. Ręką *per vaginam* usunięto łożysko, sieć prawie całą amputowano, zaszyto potem ranę maciczną katgutem, a oddzielnie powłokę jej surowiczą, narzeczcie ranę brzuszną. Do 5 dnia stan dobry, wtedy po odwarze senesu, danym bez pozwolenia lekarza, rana ściany brzusznej rozeszła się w dolnym końcu tak, że można było ujrzeć macicę na dnie rany. Wystąpiła gorączka; ponieważ macica była sklejoną ze ścianą brzuszną, wydzielina infekcyjna rany nie dostała się do jamy brzusznej. W miarę involucyi macicy cofała się ona ku dołowi. 12 dnia na dnie rany brzusznej widać było dno macicy i pętlę kiszki, z nią i ze ścianą brzuszną sklejoną. 13 dnia przewieziono chorą do Strasburga, okrwawiono brzegi rany brzusznej w miejscu jej rozejścia się i zeszyto. 48 dnia po porodzie pacjentka zdrowa wypisała się do domu.

(Kto zna kazuistykę literacką, dla tego wypadnięcie sieci do jamy macicznej nie jest niczem nadzwyczajnem, wiadomo bowiem, że często bardzo właśnie sieć, wytłoczona do rany ściany brzusznej przedniej, tę ranę tamponuje, zapychając ją szczelnie, jak korek, tak np. i w przypadku rany postrzałowej przedniej ściany brzusznej kol. WRZEŚNIEWSKIEGO *omentum* zatamponowało ściśle ranę postrzałową).

(*Deutsche Med. Woch. 1902. Nr. 41. p. 743.*)

Fr. Neugebauer.

24. JESENSKY. Antagonizm drobnoustrojów w jamie ustnej i jego znaczenie dla ustroju ludzkiego.

Wśród mnóstwa drobnoustrojów, zamieszkujących jamę ustną, znaleźć można prawie wszystkie rodzaje chorobotwórcze, a więc gronkowce złociste i białe, paciorkowce, często prątki błonicy, gruźlicy i t. d.

Mimo to rany w jamie ustnej, o ile nie są zbyt rozległe, goją się wogóle nader szybko, nawet będąc pozostawione same sobie. Widocznie w jamie ustnej jest coś takiego, co chroni tkanki od zgubnego działania chorobotwórczych drobnoustrojów.

MILLER myśli, że przyczyną tego jest szczególna odporność tkanek jamy ustnej. W razie osłabienia jej wskutek choroby ogólnej — wnet w jamie ustnej powstają: *stomatitis*, *stomacace*, *noma* i t. d. Jest to objaśnianie jednej niewiadomej drugą.

Wielu, jak FLORANI, SANARELLI, przyjmują przeciwnie działanie śliny, zwłaszcza z gruczołów podżuchwowych i podjęzykowych. Doświadczenia HUGENSCHMIDT'a wykazały, że ślina nie ma podobnych własności.

Fagocytoza białych ciałek krwi ma także swoich zwolenników, ale i ta hipoteza spotkała poważne wątpliwości.

Autor przyjmuje, że w jamie ustnej obok drobnoustrojów chorobotwórczych spotykamy mnóstwo nieszkodliwych i wśród nich wiele takich, o których dotychczas mieliśmy mało wiadomości. Otóż w tej pstrej mieszaninie drobnoustrojów — chorobotwórcze tracą swe szkodliwe własności, stając się w części lub zupełnie nieszkodliwymi. Doświadczenia autora przemawiają za tem. Otrzymawszy hodowlę drobnoustrojów jamy ustnej z *gingivitis marginalis*, znalazł wśród nich paciorkowce białe i laseczniki FRIEDLAENDER'a.

Zwierzęta, którym zastrzykiwano hodowlę drobnoustrojów jamy ustnej, zostawały przy życiu, nie chorując, podczas gdy te, którym zastrzykiwano wyłączone z tej hodowli drobnoustroje chorobotwórcze — zdychały w 24 — 36 godzin. Ztąd wniosek, że jadowitość chorobotwórczych drobnoustrojów była zniesiona lub zmniejszona przez wpływ bakterii, które były w mieszaninie.

Do hodowli drobnoustrojów jamy ustnej dodawano chorobotwórczych bakterii paciorkowców białych i laseczników FRIEDLAENDER'a, które same przez się zabijały zwierzęta, i na trzeci dzień zastrzykiwano myszom.

Z 9—6 zostało zdrowych, 2 miały miejscowe ropne zapalenie, i tylko jedna zdechła na czwarty dzień.

J. zbadał następnie antagonistyczne własności drobnoustrojów jamy ustnej względem la-

sieczników węgliką, błonicy, *micrococcus tetragenes*, gronkowców białych i l. błękitnej ropy. Wynik był następujący:

Prątki węglika, o ile hodowane były w mieszaninie bakterii jamy ustnej — stawały się zupełnie nieszkodliwymi — tak samo w postaci prątków, jak zarodników.

Co się tyczy prątków błonicy, to pod wpływem drobnoustrojów jamy ustnej traciły wiele ze swej jadowitości. Z 9 myszy, u trzech laseczki błonicy zostały unieszkodliwione, w pięciu zakażenie było miejscowe, jedna tylko zdechła na ogólne zakażenie piątego dnia. Podobne działanie okazały drobnoustroje jamy ustnej na *b. pneumoniae*, paciorkowca białego, *microc. tetragenes*. Wyjątek stanowił lasecznik błękitnej ropy, który jadowitości swej nie tracił. Wobec różnaitości flory jamy ustnej, J. zajął się następnie zbadaniem, któremu z zamieszkujących jamę ustną drobnoustrojów należy przypisać to tak wybitne antagonistyczne znaczenie.

Pod mikroskopem w zawartości jamy ustnej znajdujemy różnego rodzaju koki, prątki, wibryony i twory nitkowate, specyficzne drobnoustroje jamy ustnej, jak, *spirochaete dentium*, *jodococcus vaginatus* i *bac. buccalis maximus*.

W hodowlach otrzymano: paciorkowce białe, pneumokoka FRIEDLAENDER'a, różne koki, z których jeden wytwarzał czerwony barwnik, włókienkowatą bakterię, (*cladotrix* mięsa), drożdże, *b. pseudodiphtheriae*. Nie wszystkie jednak rodzaje, widzialne pod mikroskopem, dało się wyhodować.

J. przeprowadził doświadczenia co do wpływu paciorkowców i laseczników FRIEDLAENDER'a na laseczkę węglika, ale wynik był ujemny, i jadowitość prętka węglkowego się nie zmniejszyła.

Mieszanina bakterii, wyhodowanych oddzielnie z jamy ust, miała już pewien osłabiający wpływ na prątki węglika, ale nie w tym stopniu, jak to widzieliśmy poprzednio.

To samo okazało się z prątkiem błonicy. W pierwszych doświadczeniach używano hodowli wszystkich drobnoustrojów z jamy ustnej, w drugich robiono mieszaninę z oddzielnie z jamy ustnej wyhodowanych rodzajów. Różnicę w działaniu J. tłumaczy tem, że w pierwszych kulturach był jakiś czynnik, szczególnie działający, którego w drugich nie było.

W jamie ustnej znajdujemy z jednej strony drobnoustroje najrozmaitsze, które się tam dostały wypadkiem (bakterie exogenne) oraz takie (endogenne), które li tylko w jamie ustnej były znajduwane i stale się w niej znajdują. Według MILLER'a jest ich 6 rodzajów: *leptothrix innominata*, *bac. buccal. maxim.*, *leptothrix buccal. maxima*, *jodococcus vaginatus*, *spirillum sputigenum* i *spirochaete*.

Wszystkie one osobno nie były wyhodowane.

Usiłowania MILLER'a, jak i autora, otrzymania czystych hodowli speliły na niczem. J. zajął się szczególnie tworem najwybitniejszym — *spirochaete dentium*, co do którego mniemano, że albo wszelkie dotychczas używane odżywki nie są dla niego odpowiednie, albo też jest on tak idealnym pasorzytem ludzkim, że gdzieindziej żyć nie może. Doświadczenia J. wykazały, że *spirochaete dentium* może żyć i rozwija się na płynnych sztucznych odżywkach ale przy zachowaniu ścisłych warunków wynikających z tego, że drobnoustrój ten jest pasorzytem innych drobnoustrojów, że jest to drobnoustrój symbiotyczny (współzyciowy).

Spirochaety rozwijały się doskonale, jeżeli innych drobnoustrojów była dostateczna liczba, w przeciwnym wypadku ginęły. Spirochaety doskonale rozwijały się w hodowlach bulionowych gronkowców, *b. pyocyaneus*, *bac.* FRIEDLAENDER'a i t. d.

Ale kształt ich nie zawsze jest ten sam. W hodowlach paciorkowców są cienkie, krótkie i tworzą małe, ale liczne zakręty, fuksyna barwi je mocniej. W hodowlach pneumokoka są bardzo długie, grube, tworzą duże, ale nieliczne zakręty i barwią się słabo.

Spirochaety żyją kosztem innych drobnoustrojów, przez co te ostatnie muszą ulegać pewnym zmianom.

Te własności spirochaetów wyjaśniają doświadczenia, że spirochaety, znajdując się stale w jamie ustnej, wpływają osłabiająco na inne drobnoustroje i, zużytkowując prawdopodobnie ich produkty życiowe, niszczą ich jadowitość.

W zaniedbanych, nieczystych ustach liczba spirochaet wzrasta, ale zdaniem autora nie jest to oznaką zanieczyszczenia jamy ustnej, lecz celowe zarządzanie przyrody dla osłabienia chorobotwórczych drobnoustrojów. Znaczenie ich

dla jamy ustnej jest analogiczne do znaczenia gorączki dla ustroju w chorobach ogólnych zakaźnych. Wpływ ich nie jest li tylko miejscowy, lecz dotyczy i całego ustroju, bo zmniejsza jadowitość drobnoustrojów chorobotwórczych, które tak często spotykamy w jamie ustnej, a które w taki sposób przestają być niebezpiecznymi dla całego ustroju.

Z pracy swej autor wyprowadza wnioski, że:

1) *Spirochaete dentium* a prawdopodobnie i reszta endogennych drobnoustrojów stanowią twory symbiotyczne, mogące istnieć tylko w ścisłej styczności z innymi drobnoustrojami.

2) Przez współżycie to drobnoustroje chorobotwórcze zupełnie lub częściowo zatracają swą jadowitość.

3) Wpływ antagonistyczny do pewnego stopnia chroni tkanki od zakażenia.

4) Wpływ na zarodki chorób ogólnych, znajdujące się w jamie ustnej, chroni do pewnego stopnia cały ustrój od ogólnego zakażenia.

(Časopis lékařů českých Nr. 25 r. 1902).

Sz. Kossobudzki.

25. A. WASSERMANN. **O nowym rodzaju surowicy przeciwbłoniczej.** Od czasu odkryć BEHRING'a rozróżniamy dwie wielkie grupy surowic uodparniających: 1) antytoksyczną, działającą wyłącznie na jad, stanowiący produkt ciała bakterii, 2) bakteryobójczą, działającą jedynie na materię, przynależną do ciała bakterii.

Do pierwszej grupy należy surowica przeciwbłonicza (BEHRING, ROUX), zobojętniająca jad dyfterytyczny, wobec samych bakterii nieczynna. Wprost odwrotnie działają surowice bakteryobójcze, a to w trojaki sposób: 1) przez uśmiercanie i rozpuszczanie bakterii, wzmacniając w tym celu nasycenie normalnych trawiających fermentów organizmu, 2) przez aglutynację i 3) przez zjawisko osadzania (*praecipitatio*), zawierając w sobie ciała, które z pewnymi ciałami rozpadłych bakterii łączą się chemicznie, tworząc skrzep i osadzając je. Antytoksyna zjawisk tych nie wywołuje. Autor postawił sobie za zadanie stworzyć surowicę bakteryobójczą

dla błonicy, opierając się na swych poprzednich doświadczeniach z *b. pyocyaneus*. Mianowicie, gdy zastrzykiwał zwierzęciu jad bakteryjny (toksyny), otrzymywał w surowicy antytoksynę i bardzo nieznaczną ilość substancji bakteryobójczych; zastrzykując zaś, zamiast toksyn, ciała bakterii — otrzymywał duże ilości substancji bakteryobójczych i ani śladu antytoksyny. Stosując jednak tę ostatnią metodę do bakterii błoniczych, przekonał się, że zwierzęta padają od resztek nie usuniętych z bakterii toksyn. Aby tego uniknąć, dodawał do roztworu wysuszonych i rozrartych bakterii pewną ilość surowicy przeciwbłoniczej. Płyn taki zastrzykiwano królikom do żył, a wyniki tych doświadczeń były następujące: Gdy do surowicy, otrzymanej z królików, dodać równą część czystego wyciągu z ciała bakterii, to powstaje zmętnienie mieszaniny, i w końcu na dno opada osad. Ani normalna surowica królików, ani dotychczasowa surowica przeciwbłonicza podobnej własności strącania nie posiadają. Ztąd wniosek, że na wskazanej przez autora drodze można otrzymać odmienną od dotychczasowej surowicę przeciwbłoniczą, działającą specyficznie na ciała bakterii za pomocą strącania. Fakt ten wydaje się być ważnym z wielu względów; między innymi zdobyliśmy możliwość różniczkowania prawdziwych bakterii od pseudodyfterytycznych — za pomocą aglutynacji i osadzania. Dalej, możliwe jest zastosowanie tej surowicy w praktyce, mianowicie w tych przypadkach, w których znajdują się bakterie w gardzieli jeszcze w czasie rekonwalescencji.

Pozatem, oprócz toksycznego działania zakażenia dyfterytycznego, na które wpływamy dotychczasową surowicą, niewątpliwie jest działanie samych bakterii, co już z powyższych doświadczeń na zwierzętach jest widoczne. Być może, że kombinacja obu surowic — antytoksycznej i antybakteryjnej — miałaby wielkie znaczenie w leczeniu błonicy.

(*Deut. Med. Wochenschr. Nr. 44. 1902*).

J. Luxenburg.

Czynność naukowa w „Spolku lékařů českých“

za zimowy i letni semestr r. 1901/2.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 6).

Doc. JEDLICZKA przedstawił kilka zajmujących przypadków z kliniki prof. MAYDL'a:

- 1) *Luxatio pollicis carpo — metacarpea traumatica bilateralis inveterata.*
- 2) *Exstirpatio ganglii Gasseri propter neuralgiam nervi trig. recid.:* w październiku 1900 r. dokonał prelegent wyłuszczenia (*exstirpatio*) III gałęzi prawej przy *foramen ovale* drogą skroniowej rezekeyi kości jarzmowej według KRÖNLEIN-KÖRTE'go, zagojenie nastąpiło w 10 dni *per primam*; po 6 tygodniach neuralgia wróciła w II gałęzi prawej; 10 sierpnia 1901 r. chora zgodziła się na operację — prelegent wyłuszczył *ganglion Gasseri* skroniową metodą KRAUSE'go; przy obandażowaniu po uprzednim wymyciu fizyologicznym roztworem prawe oko zostało zakryte kamerą z wypukłego szkła; 7 dnia pierwsza zmiana bandaża, dziewiątego dnia zdjęto szwy i zalepiono ranę plasterem angielskim. Objawy pooperacyjne: *a)* zaraz po operacji zupełny prawostronny paraliż wszystkich gałęzi *nervi facialis*; *lagophthalmus*, *facialis* nie reagował na najsilniejszy prąd faradyczny; język odehylony, języzek pośrodku *b)* na prawo kompletny brak czucia wszystkich gałęzi *n. trigem.*, zupełnie nieczuła błona śluzowa prawego policzka, otworu nosowego, połowy języka; migdały i jama gardzielowa zachowały normalną wrażliwość; *c)* umiarkowany niedowład prawego *n. adduc.*, który na drugi dzień znikł — od tej chwili ruchy oka normalne; *d)* paroksyzmowe bóle w lewym policzku po 4 dniach znikły; *e)* umiarkowane przekrwienie łącznicy i dwudniowy obrzęk powieki (skutkiem bandaża). Słuch i wzrok normalne; rogówka czysta, bez zmian. Powonienie i smak na prawej stronie osłabione. Czuty jest na ucisk jeden punkt tylko, przy *arcus zygomatic.*, czego prelegent nie może wyjaśnić. Brak zupełny

objawów mózgowych. *Cornea intacta* — co zasługuje na uwagę wobec tak często opisywanej przez KEEN'a, KRAUSE'go, COELH'a, GÉRARD'a *kerat. ulcer. neuroparal.* po wyłuszczeniu *ganglion Gasseri*. W 4 miesiące po operacji blizna ledwo dostrzegalna. 3) *Osteomacysticum traumat. intramusculare*, po wyłuszczeniu którego nastąpiło zagojenie *per primam* z wspaniałym rezultatem funkcjonalnym. 4) *Resectio tibiae osteoplastica propter osteosarcoma, transplantatio fibulae* — gojenie trwało rok, ale z wynikiem pomyślnym. 5) Po ekstyrpacji po prawej stronie *costae cervic. septimae* bóle neuralgiczne zupełnie znikły.

D-r SZAMBERGER przedstawił parę przypadków z kliniki dermatologicznej prof. JANOVSKY'ego: 1) wysypka brodawkowa syfilityczna, umiejscowiona symetrycznie dookoła policzków, zaczynając od czoła aż do brody, (bez wyrzutów na policzkach) wokoło szyi i znów symetrycznie na plecach tak, że wysypka z jednej strony zupełnie odpowiada drugiej; inne części ciała bez zmian. 2) *Acne telangiectodes* (KAROSI) u 28-letniego czeladnika rzeźnickiego. Chory twierdzi, że wyrzuty te miał od dzieciństwa. Okolicę ust i policzków pokrywają liczne, gęsto obok siebie porozrzucane, czerwone, różnych odcieni guziczki, rozmaitej wielkości, przetkane rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi. Trzeci przypadek dotyczył 13 letniego chłopca z powierzchownym trichophytonem.

Doc. d-r PITHA mówił o brzusznych operacjach przy fibromyomatach macicy, wyliczywszy wskazania, poszczególne metody, ich wady i zalety, technikę i wyniki, osiągnięte w klinice prof. PAWLIKA. Z metod poleca *ablatio, enucleatio* myomatów i całkowite wyłuszczenie: wypowiedział się przeciw *amputatio supravaginalis uteri*. W dy-

skusyi prof. RUBESZKA przemawia za zachowaniem całej lub przynajmniej części macicy; nie zgadza się z prelegentem co do uogólniania metod operacyjnych, lecz, opierając się na swej praktyce i statystyce, dowodzi, że na podstawie anatomicznych warunków myomatów i reszty innych momentów, wybierać należy tę lub ową metodę operacyjną; dodaje przytem, że, aczkolwiek histerektomia *vaginalis* jest cięższą, kłopotliwszą operacją, lecz pewniejszą w swych wynikach, niż zalecona przez prelegenta. Zdanie RUBESZKI popierają d-rzy OSTROZIL i CHVOJKA.

Prof. KUKULA mówił o jednym ze swych ostatnich zabiegów operacyjnych. Chodziło o 11 letniego chłopca, który, według opowiadań ojca, od urodzenia był wątlý, błady i pokasływał. Choroba owa zaczęła się zaostrzać przed trzema laty: kaszel się pogarszał, ilościowo zwiększały się wykrztusiny, chłopiec uczuwał bóle w piersiach. W styczniu r. z. podległ chory urazowi, w jakiś czas potem powstał w lewej linii pachowej w VI międzyżebrowy guzik, który się wciąż powiększał; 14. III. chory poczuł silne bóle w miejscu guza i zaczął pluć krwią. W klinice zrobiono rozpoznanie: *pyopneumothorax* (odma piersiowa ropna). W trzy dni potem, po przecięciu powierzchniowego ropnia, pokazała się ropa, pomieszana z bańkami powietrza. Następnie wypłowano dwa żebra i otwarto klatkę piersiową, lecz zamiast oczekiwanej większej ilości ropy wyciekło trochę mętnej ciecicy, i pokazała się błona (*membrana*), która przy silnym wydechu wzyierała nazewnątrz, jak koniec chustki — chodziło o *echinococcus*, którego worek natychmiast usunięto.

Prof. RUBESZKA demonstrował przypadek ciąży trąbkowej, powodującej silny wewnętrzny krwotok u 40 letniej mężatki, matki ośmiorga zdrowych, donoszonych dzieci, z których najmłodsze zrodzone zostało przed 4 laty.

W letnim semestrze na tygodniowych posiedzeniach „Spółki“ między innymi wygłoszono następujące odczyty i dokonano pokazów:

D-r TEUNER mówił o leczeniu gruźlicy hetolem według metody LANDERER'a. Zastrzykiwania zawsze odbywały się wewnątrzżylnie (*intravenos.*) w okolicy zgięcia łokciowego; zastrzykiwania owe są łatwe do wykonania — nawet i dzieciom w ten sam sposób zastrzykiwano. Miejsce uklucia nigdy nie było bolesne lub za-

ognione. Używano bądź gotowego 2—5% hetolu od firmy Kalle et C. Biebrich n. R. lub też przygotowywano na miejscu. Po zastrzyknięciach nawet w większych dozach nigdy się nie podniosła ciepłota, nie zauważono również krwioplucia (przy stosowaniu zaś tuberkuliny zdarzało się czasem). Według zasad LANDERER'a wstrzykiwano z początku 1 mgr. (chorym bez gorączki) co drugi dzień, powiększając ilość za każdym razem o 1 mgr.; przy osłabieniach zmniejszano dozę. Mniej więcej w przeciągu dwóch miesięcy dochodziły dawki do 25 mgr., w niektórych przypadkach zwiększano je do 50 mgr. bez jakiegobądź objawów niepomyślnych.

W swej praktyce jednak (prelegent jest lekarzem naczelnym w jednym z prowincjonalnych szpitali) nie osiągnął d-r T. takich wyników, o jakich mówi LANDERER. Chorzy znacznie przybierali na wadze, polepszał się im apetyt, w krwi zaś stwierdzono zwiększoną liczbę leukocytów. Chorzy chwalą ten środek, niektórzy nawet, będąc później leczeni tuberkuliną, usilnie prosili o powtórne leczenie hetolem. Opierając się na swych obserwacjach, prelegent dowodzi, że jest to metoda nieszkodliwa, i że w niektórych przypadkach nie można zaprzeczyć pomyślnego jej wpływu na przebieg choroby.

Doc. PITHA demonstrował przypadek włókniaka międzywładzowego (*fibroma interligam.*) w połączeniu z 5 miesięczną ciążą; taki sam przypadek demonstrował i d-r HAUSMAN, obydwie operacje były wykonane w klinice prof. PAWLIKA. Po 17 dniach chore wypisane zostały ze szpitala w dobrym stanie zdrowia.

Doc. CHALUPECKY mówił o „barwnym słuchu“, popierając odczyt przytoczeniem przypadków, obserwowanych podczas swej praktyki.

D-r SZAMBERGER, as. przyklin. prof. JANOVSKY'ego, demonstrował między innymi przypadek *pemphigus vegetans*; autor przychyła się do twierdzenia KAPOSI'ego, że jest to tylko odmiana pęcherzycy, a nie nowa, specjalna choroba samodzielna, jak chce NEUMANN i jego następcy.

D-r KUTWIRT demonstrował przypadek twardzieli (9-y w klinice). Chodzi w tym razie o 38-letnią, pochodzącą ze zdrowej rodziny chorą, która przedtem na nie nie chorowała. Przed trzema laty, przy gotowaniu krochmalu, gorąca para wnikła jej do nosa; od tego czasu, twierdzi, że ma katar, zatykanie w no-

się, sapkę. Uraz i *lues* wyłączone. Rozpoznanie potwierdziły badania drobnowidzowe i bakteryologiczne. W danym przypadku nie są zajęte ani zewnętrzny nos, ani górna warga. Nowotwór zaczyna się za wejściem, sięga do podstawy przegrody, obejmuje całą tkankę śluzową nosa aż do nozdrzy tylnych, które wkolo są znacznie zwężone. Błona śluzowa jamy nosogardzielowej w stanie zaniku. Gdzieindziej nie znaleziono żadnego skleromatycznego nacieczenia. Chora, jak również i cała rodzina, pochodzi z miejscowości, wzniesionej po nad poziom morza na 730 m., gdzie jest tylko mały potoczek, i tam od urodzenia mieszka.

Prof. THOMAYER mówił o nowych spostrzeżeniach przy *paralysis agitans* (choroba PARKINSON'a), na mocy których dzieli chorych na dwie grupy. Pierwsza, gdzie trzęsienie się pojawia w górnych i dolnych kończynach w stanie spoczynku, np. skoro chory leży lub siedzi, znika zaś, gdy chory zaczyna wykonywać celowe ruchy (chodzić i t. p.); chód sam nie zdradza nie patologicznego. W drugiej, według prelegenta cięższej, zjawia się drżenie przy chodzeniu lub staniu, czemu zwykle towarzyszy osłabienie (czasami nawet znaczne) dolnych kończyn. Ztąd i chód charakterystyczny: chorzy idą drobnymi krokami, trzęsąc się, zaledwie unoszą stopy od ziemi, suwają nogami, w niektórych razach nie mogą chodzić bez opierania się rękami. W jednym przypadku obserwował mówca, że chory musiał utrzymywać równowagę oczami, skoro się odwrócił, chwiał się i upadał, również długo stać nie mógł i zmuszony był czemprowadziej siadać. Takie oznaki bardzo przypominają *tabes*.

Asystent d-r KUTWIRT demonstrował przypadek wrodzonego zarośnięcia tylnych nozdrzy u 6 letniej dziewczynki. Jest to trzeci obserwowany w klinice przypadek (pierwszy u 34-letniej kobiety, drugi u 12-letniej dziewczynki). Według statystyki KAYSER'a (do końca r. 1896) przytoczono 40 pewnych przypadków tego rodzaju.

Prof. MARESZ mówił na temat „Duszność i zamartwica (*asphyxia*)“.

D-r JESENSKY miał odczyt o „Antagonizmie bakterii w jamie ustnej i jego znaczeniu dla organizmu ludzkiego“. Na mocy prac i doświadczeń, wykonanych przez siebie w instytucie bakteryologicznym prof. HLAVY, prelegent doszedł do następujących wniosków: 1) *spirochaete dentium*, a prawdopodobnie i reszta endog. bakterii ustnych są symbiotycznymi organizmami, t.j. mogą wegetować jedynie w towarzystwie innych bakterii; 2) przez współzycie z *bac. endog.* bakterie patogenetyczne tracą częściowo lub zupełnie swą jadowitość; 3) dzięki swemu antagoniściecznemu wpływowi endogenetyczne prątki bronią tkankę ust od zarazy; 4) dzięki swemu wpływowi na chorobotwórcze zarazki jamy ustnej, bakterie endogenetyczne bronią poniekąd ustrój od całkowitego zarażenia.

Doc. KOSE w swym odczycie „O leczeniu *arteriosclerosis*“ wyraził się sceptycznie o zastosowaniu metody i *serum* TRUNEČKA. Odczyt swój prelegent zakończył zdaniem HUCHARD'a, że *serum* TRUNEČKA uważa za jedną terapeutyczną iluzję więcej, po za tem, że jest nieszkodliwe, i że nie więcej na jego korzyść powiedzieć nie może.

Doc. RUŽIČKA, mówiąc o „Higienie światła“, demonstrował czuły papier, który reaguje na to, co chcemy mierzyć, a nie poddaje się działaniu ultrafioletowych promieni; ma słabnącą po obydwóch stronach wrażliwość na żółty kolor.

D-r OSTREČIL mówił na temat „Kleszcze w akuszeryi“, polecając, o ile możności, metodę wyczekującą, gdyby zaś to zagrażało życiu matki lub dziecka, należy użyć sposobu WALTER'a, w ostatecznym razie dopiero nakładać kleszcze.

Odczyt ten zakończył szereg posiedzeń przedwakacyjnych w „Spolku českých lékařů“.

Przemysław Rudzki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Na 11,200 porodów, odbytych w Sloan Maternity Hospital, były 84 przypadki dolnego przyczepu łożyska, t. j. 1 : 135. W połowie przypadków krwotok pojawił się przed rozpoczęciem porodu i był umiarkowany, lecz wznagał się stopniowo; w 10% krwotok pojawił się po rozpoczęciu pracy porodowej; w 40% krwotok odrazu przybrał cechę groźną, tak, iż połowa rodzących zmarła; było tu przeważnie łożysko ośrodkowe. Wywiady stwierdziły i tu znany fakt, iż zapalenie wnętrza macicy stanowi jeden z najczęstszych momentów przyczynowych łożyska poprzedzającego. (Med. Rec 30/VIII 1902).

= CATTANEO zwrócił uwagę na niektóre odruchy w wieku dziecięcym i w tym celu zbadał 180 dzieci od jednego dnia do 2 lat życia. 1) Wyprostowanie palców zamiast zginania przy badaniu odruchu podeszwowego spostrzega się w pierwszym roku życia w 30%, najczęściej w pierwszych trzech miesiącach, najrzadziej w końcu drugiego roku życia. 2) Odruch kolanowy spostrzega się i bywa w pierwszych dniach życia bardzo wybitny. 3) Odruchy kolanowe i podeszwowe są bardzo wyddatne w krzywiczy. 4) Odruch brzuszny bywa nader słaby po 1-ym miesiącu, a niekiedy zjawia się dopiero po 1-ym roku życia. 5) Odruch z mięśnia podnoszącego jądro zjawia się po 3-im roku. 6) Obecność odruchów kolanowych i podeszwowych w pierwszych tygodniach życia dziecka może mieć znaczenie patologiczne. (Jakob. f. Kind. T. 55).

= Paciorkowce znajdowano tak stale w płoniecy, iż wielu uważa je wprost jako swoiste pasorzyty tej choroby. Prof. HLAVA, badając je na podłożach z wysokoprocentowym dodatkiem sacharozy, zauważył, że różniły się od zwykłych paciorkowców wytwarzaniem jednolitej otoczki (*homogene Hülle*); tym sposobem stały się podobne morfologicznie do *Leuconostoc*.

mesenterioides, który rozkłada szybko sok buraczany w fabrykacji cukru przez tworzenie dekstranu. HLAVA zdołał wyhodować tego pasorzyta z nalotu migdałów u 21 chorych na płoniecę, a u 6 wykrył go również we krwi żywego chorego; raz znalazł go w moczu, 2 razy u trupów. H. utożsamia go z paciorkowcem płonicy. Znajdywany u chorych na odrę w płwocinie, nalotach na migdałach, wydzielinie nosa i we krwi paciorkowiec jest to również *Leuconostoc*. Ponieważ przytrafia się jednak i w jamie ustnej ludzi zdrowych, przeto należy przyjąć, iż spostrzegane w chorobach zakaźnych ostrych gatunki stanowią chorobowe odmiany t. zw. *L. hominis*. (Ctbl. f. Bakt. T. 32).

= ENGELS podjął badania bakteriologiczne nad wpływem odkażającym niektórych środków, używanych do mycia rąk. Formalinę należy zarzucić zupełnie z powodu jej zapachu ostrego oraz gryzącego działania na skórę rąk. Natomiast lizoform posiada z jednej strony dodatnie własności formaldehydu, z drugiej nie posiada stron ujemnych formaliny: nawet w stanie nierozcieńczonym nie drażni skóry, zwykle zaś roztwory zachowują sprawność naskórka, nie wywołują zapalenia skóry i nie niszczą ani narzędzi, ani ubrania. W 99% wysokości lizoform rozpuszcza się zupełnie. Dlatego też nadaje się doskonale w ginekologii i do przemysłów pęcherza. Najlepsze wyniki otrzymywano z 20% wyskokiem, który dawał w 70,7% pełną jałowość hodowli płytkowych, gdy odkażanie wodą gorącą z wyskokiem dawało 29,1%, a spirytusem mydlanym 3,5%. Autor jest zdania, iż lizoform wyskokowy stanowi najlepszy środek do odkażania rąk. (Arch. f. Hyg. T. 44).

= SPRONEK i HOEFNAGEL opisują przypadek bezpośredniego zarażenia się gruźlicą człowieka od chorej krowy. Chory, biorący udział w seceji krowy gruźliczej, skaleczył

się w palec. Rana zagoiła się po 3 dniach. Później palec zaczął puchnąć, i chory zwrócił się do lekarza po upływie 1½ roku. Znalaziono znaczne obrzmienie, zwłaszcza w okolicy stawów, skóra palca była sinawa, gruczoły w przegubie łokciowym powiększone i bolesne. Ruchy palca swobodne. Wycięto chorą skórę i gruczoły, a część skóry zaszczipiono psu, który dostał wyraźnej gruźlicy. Części chorych tkanek psa, zaszczipione cielęciu, wywołały u tegoż gruźlicę o szybkim przebiegu. U powyższego chorego stwierdzono również stłumienie i wydech wzmoczony w prawym szczyście, lecz laseczników w płwocinie nie było. (Sem. méd. 15. X. 1902).

= ACHALME podaje nowy, bardzo wczesny objaw gościeca stawowego ostrego, mianowicie nierówność tętna, różniącą się od tejże z innych powodów (nerwowej, toksycznej) zmniejszeniem uderzeń serca do 50 — 60 oraz wzmoczeniem siły tętna. Nierówność ta zjawia się nagle, trwa 1 do 3 dni, ustaje z chwilą wybuchu gorączki i objawów stawowych. Autor objaśnia ją przenikaniem mikrobów do mięśnia sercowego i stwierdza to doświadczeniami na zwierzętach. (Arch. gén. de méd. wrzesień 1902).

= Prof. KRÖNLEIN zestawia porównawczo przebieg raka żołądka przy leczeniu operacyjnym i nieoperacyjnym na zasadzie 264¹/₂ spostrzeżeń; operowano 197 chorych: 73 — cięcia próbne, 74 — gastroenterostomia, 50 — wycięcie guza; 39 (19,8%) zmarło zaraz po operacji. Po wyłączeniu kilkudziesięciu przypadków z różnych powodów, pozostało 146 operowanych i 63 leczonych bez operacji. Średnio choroba trwała od chwili wstąpienia do kliniki: 102 dni u nieoperowanych, 114 dni przy cięciu próbnym, 193 przy gastroenterostomii, 520 dni przy wycięciu raka. Zaledwie w pojedynczych przypadkach przebieg był pomyślniejszy: w jednym upłynęło 8 lat, w jednym — 4 lata, w dwóch — 3, w trzech — 2. (Arch. f. kl. chir. T. 67).

= Po wielu sprzecznych poglądach na wartość leczniczą garbnika nureksyny, który niejednokrotnie zalecano, jako środek, pobudzający trawienie, MATZNER znów występuje w jego obronie, zwłaszcza widzi skuteczność tegoż we wszelkich niestrawnościach i w braku lanknienia, będących następstwem, nie jakichbądź zmian anatomicznych, lecz, polegających na nerwicy lub małokrwistości i połączonych ze zmniejszo-

nem wydzielaniem HCl; lanknienie u dzieci żołzowych, krzywicznych, podnosi się i umożliwia obfitsze żywienie. Środek ten łagodzi wymioty u ciężarnych i po uspieniu chloroformem. Nigdy nie powoduje niepożądanych objawów (palenie, wymioty), jak chlerek oreksyny. Z 90 przypadków zawiódł raz tylko. (Heilkunde T. 6. Z. 10).

= Bardzo ciekawy przypadek ukrytej zimnicy podaje TEMPLADO: 23-letnia chora cierpiała na poty nocne, trwające od 1 do 6 rano. Nigdy objawów gorączkowych nie było, gruźlicę można było napewno wyłączyć. Z powodu ciąży autor skłonny był przypisać tejże przyczynę potów, lecz po prawidłowym rozwiązaniu choroba trwała w dalszym ciągu. Wówczas przyszło mu na myśl zakażenie zimnicze. Istotnie, badanie krwi wykryło plasmodye, będące w chwili wybuchu potów w okresie segmentacji. Leczenie chininą wkrótce usunęło cierpienie. Przy bliższym badaniu okazało się, że chora trudniła się przygotowaniem pewnego gatunku trawy do wyrobu materaców; w tym celu trawę moczoła dłuższy czas w wodzie stojącej i następnie obrabiano w mieszkaniu. (Deut. M. Zeitg. 100. 1902).

= SELLEI opisuje rzadki przypadek ostrego zapalenia gruczołu tarczowego po użyciu jodku potasu. Chora przed pół rokiem dostała przymiotu. Po 30 weieraniach przepisano KJ (5 : 100); już po drugiej łyżce wystąpił nieżyt nosa, utrudnione polykanie i gorączka; gruczoł tarczowy stał się obrzmiałym i bolesnym, co trwało 10 dni. (Arch. f. Derm. u. Syph. T. 52).

= Zdaniem AUBERT'a sutki są podtrzymywane przez skórę przedniej powierzchni klatki piersiowej; skórze w pomoc przychodzi mięsień podskórny szyi, który, pokrywając obojętnie, kończy się w skórze górnej części klatki piersiowej, i barku, a przy skurczu napręża skórę klatki piersiowej i w ten sposób utrzymuje sutkę w jej miejscu zwykłym. Na poparcie swego poglądu A. przytacza przypadek obszernego oparzenia dolnej części szyi i przedniej powierzchni klatki piersiowej do poziomu brodawek. U chorej tej, 46 letniej, sutki mieściły się na linii pachowej średniej; chora mogła leżeć tylko na wznak, a ręce trzymać zdala od tułowia. (Lyon med. 39. 1902).

= MORRA-COCO drogą doświadczalną starał się wyjaśnić kwestyę sporną, czy komórki barwią się w stanie żywym, czy też zabarwienie się ich jest wyrazem śmierci (GERLACH). Spostrzeżenia swe M. dokonywał nad nabłonkiem rzęskowym u żab. W pół godziny po zastrzyknięciu do jamy otrzewny kwasu pirogallowego z uprzednim zastrzyknięciem roztworu błękitu metylenowego, ustawał ruch rzęsek obwodowych, a jednocześnie w jądrze i dokoła tegoż pojawiała się nieznaczna liczba błękitnych ziarenek. Po zastrzyknięciu pod skórę mocnego roztworu soli kuchennej ruch rzęsek powstawał nanowo, a zabarwienie pozostawało, choć się nie powiększało. Gdy nie osiągnano ożywienia rzęsek, to liczba ziarenek błękitnych wzmagala się stopniowo, a ruch rzęsek malał. Po godzinie zwierzę ginęło, ruchy rzęsek ustawały, i natychmiast

następowało rozlane zabarwienie protoplazmy oraz zwiększenie się ziarenek w jądrze. M. przyszedł do wniosku, że zabarwia się taka tylko komórka, która pod wpływem tych lub innych warunków szkodliwych utraciła zdolność czynnościową. (Ctbl. f. allg. Path. 15. 1902).

= CARRIER opisuje przypadek, w którym znaleziono liczne kamienie w trzustce. Trzustka ta pochodziła od 43 letniego chorego, który w młodym wieku przebywał przymiot. Przed półtora rokiem zaczął chudnąć, zjawiał się cukier w moczu; w płucach rozwinęły się jamy. Do szpitala przybył na 3 tygodnie przed śmiercią; wydzielał do 8 litrów moczu na dobę, zawierającego 5% cukru. Trzustka była bardzo twarდა, a wśród tkanki dużo kamieni, od ziarna grochu do wielkości wiśni; kamienie były białe, nierówne. (Lyon med. 36. 1902). P.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt I wydawnictwa p. t. „Biblioteka Lekarska“ i zawiera w tłumaczeniu dzieła prof. G. DIEULAFOY „Patologia wewnętrzna“ tom I, zeszyt I: Choroby nosa, krtań i oskrzeli.

— Kol. Zdzisław SŁAWIŃSKI, b. ordynator kliniki chirurgicznej, w dniu 22 b. m. o godz. 1 popołudniu bronić będzie w uniwersytecie tutejszym rozprawy na stopień doktora medycyny. Tytuł rozprawy: Anatomia i sposób powstawania rozszerzeń żylnych na kończynach dolnych.

— W liczbie kandydatów, ubiegających się o posadę prof. kliniki terapeutycznej szpitalnej, w Medyko-chirurgicznej Akademii w Petersburgu znajdujemy nazwisko kol. WŁ. JANOWSKIEGO, ordynatora szpitala Dz. Jezus w Warszawie.

— W Odessie pod koniec bieżącego miesiąca ma być otwarta wystawa przedmiotów, mających związek ze społeczną walką z gruźlicą.

— Prof. SONNANI z Padwy podobno znalazł bakterję wścieklizny.

— Jedno z angielskich towarzystw ubezpieczeń zaprowadziło asekurację na wypadek zachorowania na zapalenie wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). Za 5 szylingów rocznie każdy operowany wskutek tego cierpienia sam lub jego spadkobiercy otrzymuje 250 funtów szterlingów.

— W Edynburgu zaczął wychodzić nowy miesięcznik pod redakcją A. BRUCE'a i E. BRAMWELL'a p. t. Review of Neurology and Psychiatry.

— ZMARLI. W dniu 6 b. m. zmarł w Warszawie w 70 roku życia d-r med. Adolf ROTHE, zasłużony psychiatra tutejszy, były lekarz naczelny szpitala Jana Bożego. Bliższe szczegóły z życia zmarłego oraz wykaz prac ś. p. ROTHEGO damy w jednym z bliższych numerów naszego czasopisma.