№ 35. Warszawa d. 17 (30) Sierpnia 1902 r. T. XXX.

MEDYCYNA.

CZASOPISMO 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 pojedyńczego 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 mięsaku gruczołu krokowego. Napisał d-r A. Fryszman. (Dokończenie). — O elektropsychroforze. Podał L. Batawia. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 58. Przewlekłe zapalenie przerostowe żołądka pochodzenia przymiotowego ze zwężeniem przerostowem odźwiernika. 59. Poszukiwania doświadczalne w sprawie przyczyn moczówki cukrowej. 60. Przypadek hemihypertonia postapoplectica. — STRESZCZENIA ZBIOROWE. Odporność w świetle badań współczesnych. Streścił L. Karwacki. (Ciąg dalszy).— Z posiedzeń laryngologiczno-otyatrycznych. — Sprawozdanie z XII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie (Ciąg dalszy). — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA"
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.
Sommaire des articles originaux: 1) D-r **A. Fryszman** — Sur le sarcome de la prostate. 2) D-r **L. Batawia** — Sur l'électropsychrophore.
Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA"
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.
Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r **A. Fryszman** — Ueber das Sarcom der Prostata. 2) D-r **L. Batawia** —Ueber den Electropsychrophor.
Redaction: **Dr. M. Sadowski.** Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ D-RA J. STEINHAUSA PRZY WARSZAWSKIM SZPITALU STAROZAKONNYCH.

O MIĘSAKU GRUCZOŁU KROKOWEGO.

Napisał

D-r ALEKSANDER FRYSZMAN.

(Dokończenie—Zob. Nr. 34).

Różnice, na jakie powołują się niektórzy autorowie, wydają się nam bardzo wątpliwemi. Tak nap. Dupraz między innemi twierdzi, jakoby raki dosięgały większych rozmiarów, aniżeli mięsaki. Pogląd ten nie znajduje potwierdzenia w literaturze. Wolff (23) np. w pracy swej o złośliwych nowotworach gruczołu krokowego wygłasza wprost przeciwne zdanie, a przejrzenie kazuistyki raka i mięsaka gruczołu krokowego każe przyznać słuszność temu ostatniemu. Barth (3) znowu, różniczkując obiedwie formy, powiada, że spoistość mięsaków zawsze jest miękka („wo immer sich nun das

Prostatasarcom dem fühlenden Finger stellen mag, ueberall charakterisirt es sich durch seine weiche Konsistenz". Archiv f. klin. Chir. tom 42, str. 764).

Ze zdaniem tem zgodzić się nie możemy, albowiem w wielu przypadkach spoistość mikroskopowo zdyagnozowanych mięsaków była twarda (patrz przypadki Wind'a, Marsh'a, Socin'a, Graetzer'a).

Wiek przy różniczkowaniu także decydującego znaczenia mieć nie może. Statystyka dowodzi, wbrew przypuszczeniom niektórych, jakoby mięsak był właściwością specyalnie wieku młodocianego, że prawie połowa z obserwowanych przypadków przypada na wiek powyżej lat 40.

Zestawienie 19 przypadków z literatury, w których podany jest wiek chorych, i naszych dwóch przedstawia się w sposób następujący:

Na	wiek	od	0 — 10	lat	przypada	6.
»	»	»	10 — 20	»	»	2.
»	»	»	20 — 30	»	»	3.
»	»	»	30 — 40	»	»	0.
»	»	»	40 — 50	»	»	1.
»	»	»	50 — 60	»	»	5.
»	»	»	60 — 73	»	»	4.

Pozostają więc dla różniczkowania takie objawy, jak bóle promieniujące stan gruczołów chłonnych i krwotoki.

Istotnie, bóle promieniujące często występują w przebiegu raka, natomiast bardzo rzadko w prebiegu mięsaka. To samo powiedzieć można o krwotokach, które przy większej skłonności raków do owrzodzeń częściej przy nich występują, aniżeli przy mięsakach. Wreszcie wczesne i częste zajęcie gruczołów chłonnych miednicy bardziej właściwe jest rakom, aniżeli mięsakom.

Ale wszystkie te dane nie są wystarczające dla różniczkowania, gdyż zajęcie gruczołów chłonnych i bóle promieniujęce przy raku nie zawsze występują, a krwotoki nie są wyłączone przy mięsaku.

Słusznie też mówi Jolly: (2) „*c'est une oeuvre impossile et même dangereuse que de vouloir faire un paragraphe pour l'histoire clinique de chacune de ces deux espèces (epitheliomes et sarcomes).*"

Dla kliniki nowotwory złośliwe gruczołu krokowego są zawsze jednakowe bez względu na różnice swej budowy histologicznej.

Rokowanie przy mięsaku gruczołu krokowego, jak wogóle przy nowotworach złośliwych, jest niepomyślne.

W przypadkach, wcześnie rozpoznanych, kiedy nowotwór nie przekracza granic narządu lub zajmuje część jego, może być jeszcze nadzieja utrzymania chorego przy życiu za pomocą operacyi. Najlepszym tego dowodem — wynik operacyi w przypadku Burckhardt'a (5). Niestety, jednak w większości przypadków sprawa chorobowa posuwa się z ogromną szybkością, i już przy pierwszem badaniu chorego znajdujemy objawy zajęcia sąsiednich narządów, a czasem nawet przerzuty. Rokowanie w tych razach jest bezwarunkowo niepomyślne: śmierć w krótkim czasie przerywa pasmo cierpień chorego.

Trudno określić liczbami czas trwania choroby, gdyż początek jej zazwyczaj pozostaje dla nas nieuchwytnym.

Uważając za początek choroby chwilę wystąpienia objawów podmiotowych, powiedzieć możemy, że trwa ona od 4 do 6 miesięcy. Najkrótszy

czas trwania choroby widzimy w przypadku West'a (20), bo jeden miesiąc, a najdłuższy w przypadku Adler'a (1), gdzie choroba trwała rok.

Leczenie większości przypadków musi być wobec tego wyłącznie objawowe.

Przeciwko zatrzymaniu moczu, jednemu z najczęstszych objawów choroby, stosować musimy cewnikowanie. Jeżeli to ostatnie, skutkiem zboczeń cewki lub krwotoków, połączone jest ze znacznemi trudnościami, natenczas uciekać się musimy do bardziej poważnych zabiegów, jak *sectio mediana* lub *alta*, do których musieli się np. uciec w swoich przypadkach Barth (3), Spanton (16) i Stein (17).

Przeciwko zatrzymaniu kału pochodzenia uciskowego stosować musimy obfite irygacye. Jeśli zabieg ten do celu nie prowadzi, radzą niektórzy (Fenwick) wykonywać kolotomię.

Operacyę taką wykonał w przypadku swoim Marsh (11).

W niektórych przypadkach można jeszcze myśleć o radykalnej operacyi. Wykonano ją już kilkakrotnie. W przypadku Stein'a (17) usunięty został przez Czerny'ego od strony pęcherza (*sectio alta*) guz, wychodzący z lewego płatu gruczołu krokowego. Chory wypisał się ze szpitala po 4-ch tygodniach w zupełnie pomyślnym stanie. W przypadku Spanton'a (15) usunięty został przez Clegg'a guz od strony krocza. Z powodu trudności technicznych udało mu się usunąć tylko część jego, reszta zaś, leżąca po za spojeniem łonowem, okazała się niedostępną.

Wynik tej operacyi był niepomyślny, gdyż chory zmarł na drugi dzień.

Z bardzo dobrym wynikiem operował Socin w przypadku Burckhardt'a (5). Wyłuszczył on od strony krocza guz, który zajmował tylko prawy płat gruczołu krokowego Po dwóch latach autor miał możnośc sprawdzenia wyniku operacyi i nie znalazł ani nawrotu ani przerzutów. Takie przypadki są jednak bardzo rzadkie; najczęściej ani stan chorego, ani warunki techniczne nie upoważniają do przedsiębrania radykalnej operacyi. Raz jeden próbował Bayer (przypadek Schaleck'a) usunąć guz w takich rozpaczliwych warunkach, lecz wynik operacyi był niepomyślny.

IV.

Anatomia patologiczna mięsaka gruczołu krokowego.

Mięsaki gruczołu krokowego mogą być pierwotne i wtórne. Te ostatnie bardzo rzadko się zdarzają. W literaturze znaleźć mogłem zaledwie 2 przypadki.

Jeden z nich opisał Reboul (7), a drugi Zahn (7).

W pierwszym pierwotny guz znajdował się w prawem ramieniu i między innymi licznymi przerzutami dał także przerzut do prawego płatu gruczołu krokowego w postaci guza wielkości orzecha.

W drugim pierwotny guz znajdował się w pęcherzyku nasiennym i *per continuitatem* przeszedł na gruczoł krokowy.

Oprócz tego Sterling (18) (z pracowni d-ra Steinhaus'a) opisał przypadek rozlanego nacieczenia mięsakowego serca, nerek i gruczołu krokowego bez możności określenia, który z tych narządów był pierwotnem siedliskiem chorobowem.

W pracy niniejszej zajmujemy się wyłącznie guzami pierwotnymi gruczołu krokowego.

Charakterystykę ich anatomopatologiczną opierać będziemy na 21 streszczonych wyżej z literatury przypadkach i na własnych dwóch obserwacyach.

Wielkość mięsaków gruczołu krokowego bywa bardzo rozmaita. Przeważnie wszakże znajdywano guzy wielkości pięści lub główki noworodka. W kilku przypadkach nowotwór wypełniał nawet całkowicie miednicę.

Do rozmiarów takich dochodzą mięsaki gruczołu krokowngo w krótkim względnie przeciągu czasu. Wystarczy uprzytomnić sobie przypadek West'a, by nabrać o tem pojęcia. W przypadku tym autor przy pierwszem badaniu chorego nie mógł skonstatować powiększenia gruczołu krokowego, zaś w 3 tygodnie później stwierdził w nim obecność guza wielkości pomarańczy. O kształcie guzów tyte tylko powiedzieć możemy, że rzadko przy nich zachowana bywa pierwotna forma samego narządu. Po większej części gruczoł krokowy, będący siedliskiem nowotworu, zatraca pierwotne kontury, i forma guza zależy od warunków ucisku ze strony sąsiednich narządów.

Powierzchnia guzów nie zawsze jest jednakowa. Najczęściej bywa ona zupełnie gładka, niekiedy wszakże nierówna, guzowata, jak w przypadku Matthias'a.

Spoistość przedstawia znaczne wahania: spotykamy tedy obok zupełnie miękkich guzów i twarde. Zdarzają się nawet twarde, jak kamień, jak to widzieliśmy w przypadku Socin'a.

Te różnice spoistości zależne są od zmian następczych, jakim ulegają nowotwory.

Tak więc, skoro guz ulegnie śluzowemu zwyrodnieniu, spoistość jego będzie miękka (Tordaeus), natomiast guz twardnieje znacznie, kiedy ulegnie zwapnieniu, jak w przypadku Socin'a.

Powierzchnia przekroju guzów przypomina często powierzchnię przekroju tkanki mózgowej; niekiedy skutkiem wybroczyn krwawych staje się pstrą; gładkość albo włóknistość jej zależy od większej lub mniejszej ilości tkanki łącznej.

W razie obecności w guzach przestworów torbielowatych przekrój jest jamisty, jak w przypadkach Langhans'a, Wharton'a.

Z powierzchni przekroju spływa niekiedy sok mleczny podobny do rakowego, składający się z kropel tłuszczowych i elementów komórkowych.

Rozprzestrzenianie się nowotworu odbywa się albo *per continuitatem* albo *per dissemination*em.

W pierwszym wypadku nowotwór przechodzi na sąsiednie narządy miednicy, w drugim zaś drogą naczyń krwionośnych zawleczony bywa do bardziej oddalonych narządów.

Z narządów miednicy najczęściej nawiedzany jest przez nowotwór pęcherz moczowy, co odnotowano w 13 przypadkach.

Przejście guza na pęcherz wyraża się albo nacieczeniem ścian jego, najczęściej dna, albo obecnością na błonie śluzowej tworów brodawkowatych (przypadki West'a, Coupland'a, Spanton'a, Burckhardt'a, nasz I-y), które przy badaniu drobnowidzowem wykazują ten sam charakter budowy, co i główna masa nowotworowa.

Rzadziej spotykamy przejście guza na odbytnicę, wyrażające się nacieczeniem ścian jej, przeważnie przedniej, jak to widzimy w przypadkach Stein'a, Spanton'a, Burckhardt'a.

Wreszcie zdarzają się nieliczne przypadki przejścia guza na cewkę: dochodzi niekiedy do przedziurawienia cewki i pojawiania się w świetle jej mas nowotworowych, jak to miało miejsce w przypadkach Wind'a, West'a, Barth'a.

Co się tyczy przerzutów, to znajdywano je w następujących narządach: w wątrobie i śledzionie (u Wharton'a), w czaszce, płucach, ciałach jamistych prącia (u Graetzer'a), gruczołach pozaotrzewnych, kręgach lędźwiowych (u Matthias'a), w nadnerczu i trzustce (u Coupland'a), wreszcie w łopatce i w stawie barkowym (u Dupraz'a).

Pod względem budowy drobnowidzowej najczęściej napotykaną formą jest mięsak okrągło-komórkowy (w 8 przypadkach).

Jako drugą pod względem częstości uważać należy formę o wrzecionowatych komórkach (w 6 przypadkach).

Przypadków mieszanych, w których guz składa się w części z okrągłych, w części zaś z wrzecionowatych komórek, znajdujemy 2. Tyleż notowanych jest mięsaków o komórkach wielokształtnych. Wseszcie znajdujemy po jednym razie *angiosarcoma* i *myxosarcoma*.

Ze zmian wstecznych, jakim ulegają mięsaki gruczołu krokowego, wymienić należy: śluzowe, notowane w trzech przypadkach, torbielowate w 2-ch, zwapnienie w jednym i nekrozę w 3-ch.

Wogóle wszakże zauważyć należy, że autorowie po większej części ograniczali się na odnotowywaniu dyagnozy anatomicznej, nie wdając się w szczegółowy opis drobnowidzowy, z którego możnaby się przekonać o słuszności rozpoznania.

LITERATURA.

1) Adler. St. Louis Med. and. surg. Journal. 1882, cyt. u Graetzer'a N. 9. 2) Albarran. Traité de Chirurgie par Le Dentu et Delbet vol. IX, str. 704. 3) Barth. Ueber Prostatasarcom. Archiv f. klin. Chir. vol. 42, str. 758. 4) Barton. Dubl. med. Journ. 1881 cyt. u Graetzer'a N. 9. 5) Burckhardt. Zur Casuistik und Therapie des Prostatasarcoms. Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn. u. Sexualorg. V. str. 152. 6) Coupland. Lymphoma (Lymphosarcoma) of the prostate; secondary nodules in pancreas and suprarenale capsule, Transact. of the pat. soc. XXVIII, p. 179 ref. Lancet 1877, 7 April str. 497. 7) Dupraz. Le sarcome de la prostate; etude clinique et anatomo pathologique. Travail de l'Institut pathologique de Genève. Revue medicale de la Suisse romande. Genève. 1896. 8) Engelbach. Les tumeurs malignes de la prostate, Thèse p. l. d. Paris. 1888. 9) Graetzer. Zur Statistik der Prostatasarkome. Inaug. Dis. Würzburg. 1895. 10) Isambert. Bull. Soc. anat. 1853. cyt. u Dupraz'a N. 7. 11) Marsh Sascoma of the prostate. Lancet I. 1897. p 1092. 12) Matthias. Zur Casuistik der Tumoren d. Prostata. Inaug. Dis. München. 1889. 13) Schaleck. Ueber einen Fall von primärem Sarkom der Prostata bei einem $3^1/_4$ jährigen Knaben. Prager med. Wochenschrift. 1899. N. 43 i 44. 14) Socin. Pitha-Billroth. Handbuch d. allgem. u. spec. Chirurgie. tom III. cz. II. 15) Spanton. Large sarcomatous tumeur of prostatic glande, excision, fatal result, remarks. Lancet. June 1882 p. 1032. 16) Spanton. Myxosarcoma of Prostata and bladder. Path. Transact. XLII p. 218 ref. Graetzer. 17) Stein. Ueber die Extirpation der Prostata wegen maligner Neubildungen. Arch. f. klin. Chir. XXXIX. s. 537. cyt. przez Schaleck'a. N. 13. 18) Sterling. Mięsak rozlany serca, nerek i gruczołu krokowego; z pracowni anat. patol. d-ra J. Steinhausa przy warsz. szpit starozak. Gaz. Lek. 1901. N. 30 19) Tordaeus. Tumeur abdominale (sarcome de la prostate) chez un enfant de 9 mois. Journ. de méd. de chi

rurg. et de pharmac. Bruxelles. 1890. p. 405 cyt przez Graetzer'a. 20) WEST. Sarcoma of prostate and bladder, of very rapid development. Transact. of the Pathol. Society of London XXXIV. 1883. p. 145. cyt. u Graetzer'a. N. 9. 21) WHARTON. Round celled sarcoma of the prostate gland. Philad. Med. Times. 1882. cyt. przez Graetzer'a. N. 9. 22) WIND. Die malignen Tumoren der Prostata im Kindesalter. In. Dis. München. 1888. 23) WOLFF RICHARD. Ueber die bösartigen Geschwülste der Prostata insbesondere über die Carcinome derselben. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie tom 53, str. 126.

O ELEKTROPSYCHROFORZE.

Przyczynek do leczenia wewnątrzcewkowego nasieniotoku i przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego.

Podał

L. BATAWIA z Częstochowy.

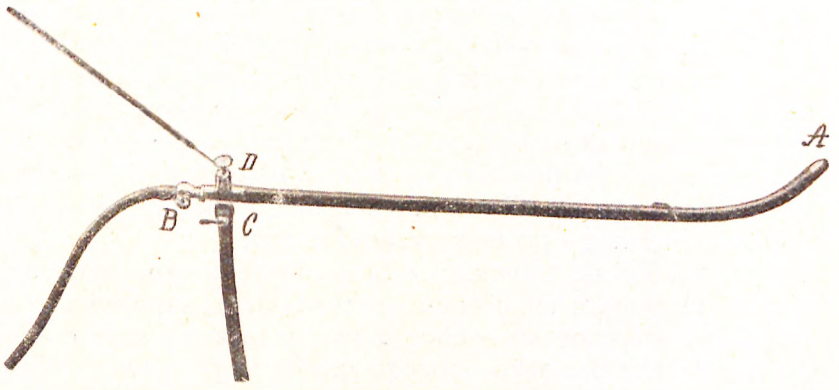
(Rzecz, wypowiedziana na posiedzeniu Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 10 lutego 1902 r.)

Technika lecznicza w ostatnich czasach uczyniła znaczne postępy, i, co z tem idzie w parze, liczba przyrządów leczniczych wzrasta omal z dniem każdym. Zdaje się, nie będę dalekim od prawdy, jeżeli powiem, że do tak elementarnego zabiegu leczniczego, jakim jest pendzlowanie gardła, posiadamy obecnie przeszło dziesięć specyalnych przyrządów. Toż samo dzieje się w każdej gałęzi naszej nauki. Rzecz jasna, że każdy autor chwali swój przyrząd i widzi najlepsze rezultaty przy jego stosowaniu. Jest w tem i pewna doza prawdy: nawet nieznaczne udoskonalenie w budowie pewnego przyrządu w niektórych przypadkach może nam oddać pewne usługi. Dla jednego i tego samego zabiegu leczniczego w jednym przypadku może być dogodny jeden przyrząd, w innym może nam dać lepsze rezultaty przyrząd odmiennej konstrukcyi. Atoli wobec wielkiej liczby najrozmaitszych instrumentów dla lekarza praktyka jest rzeczą niemożliwą być zaopatrzonym we wszystkie przyrządy, trudno jest nawet znać wszystkie instrumenty, używane w danej gałęzi medycyny. Nie bez znaczenia są wobec tego te przyrządy, które jednoczą w sobie własności kilku przyrządów i które mogą służyć do leczenia jednej lub też kilku pokrewnych sobie chorób. Taki jest właśnie przyrząd, który Sz. Panom chcę przedstawić. Przyrząd ten, który nazwiemy elektropsychroforem, może mieć dosyć szerokie zastosowanie w leczeniu nasieniotoku i przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, względnie sterczotoku (*prostatorrhoea*). Dopiero w ostatnich czasach zwrócono należytą uwagę na to cierpienie gruczołu krokowego, pociągające za sobą najfatalniejsze dla chorego następstwa. Jest to cierpienie względnie dosyć częste, lecz w większości przypadków nie rozpoznawane, często leczone mylnie lub też nie leczone wcale. Wobec ważnego znaczenia, jakie dla lekarza praktyka mieć może omawiane cierpienie gruczołu krokowego i nasieniotok, demonstracyę przyrządu naszego trak

tować będę, jako przyczynek do leczenia przewlekłego zapalenia gruczołu przyprątnego i nasieniotoku.

Jak widzą Sz. Panowie, przyrząd nasz ma formę grubego zgłębnika cewkowego i przedewszystkiem jako taki może być użyty. Skuteczne działanie grubych zgłębników w nasieniotoku i w przewlekłem zapaleniu gruczołu krokowego, zdaje się, obecnie nie ulega już wątpliwości, wszyscy autorzy są pod tym względem jednego prawie zdania. Zgłębniki metalowe działają przez ucisk na błonę śluzową i podśluzową tylnej cewki względnie wzgórka nasiennego. Jak dowodzi Grosglik, ciężkie zgłębniki regulują czynność zwieraczy i podnoszą *tonus* mięśni cewki.

Jeżeli przypatrzymy się bliżej naszemu przyrządowi, to przekonamy się, że przedstawia on właściwie kombinacyę elektrody cewkowej i zmodyfikowanego psychroforu Winternitz'a. Elektroda cewkowa, używana do elektryzacyi części prostatycznej cewki, względnie wzgórka nasiennego, ma formę długiego zgłębnika, pokrytego masą izolacyjną i zakończonego guzikiem metalowym. Po odpowiedniem wyjałowieniu wprowadzamy omawianą elektrodę do cewki po za zwieracz zewnętrzny do jej części prostatycznej, drugą



elektrodę stawiamy na krocze lub też na jakiekolwiek miejsce obojętne. Wcale nie mała jest liczba zwolenników elektryzacyi miejscowej tylnej cewki i w nasieniotoku i w sterczotoku. Jedni zachwalają prąd stały, inni widzieli lepsze rezultaty przy stosowaniu prądu przerywanego. Beard radzi stosować elektryzacyę jednocześnie ze strony cewki i ze strony odbytnicy, a Popper widzi w elektryczności środek, osłabiający żywotność dwoinek rzeżączkowych. Elektryzacya miejscowa w omawianych cierpieniach ma też licznych i poważnych przeciwników, jak Posner, Fuehrbringer i inni.

Elektryzacyę części prostatycznej cewki stosowałem niejednokrotnie: przeważnie stosowałem prąd przerywany, kilka razy chorych galwanizowałem, wreszcie kilkakrotnie brałem prostatę, że tak powiem, w dwa ognie: jednę elektrodę wprowadzałem do cewki, drugą stawiałem na gruczoł krokowy ze strony odbytnicy, posługując się specyalną elektrodą Popper'a. Wszelkie stosowanie elektryczności przez cewkę dało mi wyniki ujemne: poprawy nie widziałem nawet krótkotrwałej, niekiedy natomiast uwydatniło się wyraźne pogorszenie; szczególnie odbijało się pogorszenie na stanie ogólnym chorych — na neurastenii, która prawie zawsze towarzyszy nasieniotokowi i przewlekłe-

mu zapaleniu gruczołu krokowego. Spostrzeżenia moje doprowadziły mnie do wniosku, że we wszystkich tych przypadkach, gdzie obok nasieniotoku lub sterczotoku istnieje neurastenia płciowa, powinniśmy się stanowczo wyrzec elektryzacyi miejscowej: elektryzacya drażni zakończenia nerwowe, założone w tylnej cewce, i drażni cały układ moczo-płciowy, i bez tego znajdujący się w stanie pobudliwego osłabienia.

Jeżeli jednakże wielu autorów widziało dobre rezultaty po elektryzacyi miejscowej tylnej cewki, to przypuszczać należy, że były to przypadki nasieniotoku samoistnego, t. j. nasieniotoku, nie będącego przejawem ciężkiej neurastenii, i lekkie przypadki sterczotoku bez poważniejszych zmian w gruczole krokowym. Ponieważ korzyść, jaką może przynieść elektryzacya miejscowa, jest bardzo problematyczna, natomiast ujemne działanie elektryczności często nie daje na siebie zbyt długo czekać, radzę zupełnie nie stosować tego sposobu leczenia.

Jeszcze jedna okoliczność może przemawiać przeciw elektryzacyi. Jak wiemy, tylna cewka bardzo jest skłonna do krwawienia. Otóż zauważyłem, że prawie po każdej elektryzacyi miejscowej tylnej cewki pokazuje się kilka kropel krwi, co na pacyentów zazwyczaj nerwowych, rzecz jasna, niekorzystnie wpływa. Należałoby więc stosować prąd minimalnej siły, lecz i przy najsłabszym prądzie nie udawało mi się ochronić błony śluzowej od krwawienia, ograniczającego się wprawdzie do jednej lub dwóch kropel krwi. Nie miało w tych przypadkach miejsca uszkodzenie błony śluzowej cewki, albowiem dla kontroli wprowadzałem do cewki elektrodę cewkową lub też przyrząd nasz, który w zupełności nadaje się do elektryzacyi miejscowej, krwawienia nie było; gdy jednakże po powtórnem wprowadzeniu przepuściłem prąd elektryczny, krew pokazała się albo u zewnętrznego ujścia cewki, albo w pierwszych kroplach oddanego po elektryzacyi moczu.

Przechodzę z kolei do trzeciego zabiegu leczniczego, mającego szerokie zastosowanie w leczeniu nasieniotoku i przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego, względnie sterczotoku —chcę mówić o leczeniu zgłębnikiem oziębiającym. Kto raz widział u ciężko chorego raptowną poprawę: ustąpienie dolegliwości miejscowych i poprawę stanu ogólnego już po kilkakrotnem użyciu zgłębnika oziębiającego, ten z łatwością pojmie doniosłe znaczenie pomysłu Winternitz'a. Psychrofor jest to gruby zgłębnik metalowy wewnątrz pusty o dwóch wylotach; przez całą swą długość z wyjątkiem końca jest on podzielony przegrodą na dwa kanały, komunikujące się u wierzchołka zgłębnika. Jednym kanałem woda dopływa, drugim odpływa. W ten sposób możemy otrzymać stały strumień wody pożądanej ciepłoty. Działanie zgłębnika oziębiającego jest podwójne: przedewszystkiem działa on przez ucisk, jako gruby zgłębnik, o czem była już mowa poprzednio, a następnie ma tu miejsce działanie niskiej ciepłoty na zakończenia nerwowe, założone w tylnej cewce.

Zdaniem Kopp'a, psychrofor usuwa przekrwienie i nadczułość wzgórka nasiennego i pobudza do życia rozkurczone mięśnie kanalików wytryskowych. Co do ciepłoty wody, jaką przez psychrofor przepuszczać należy, to stosowałem wodę najrozmaitszej temperatury: poczynając od 4° R. (jest to najniższa temperatura, przy jakiej udało mi się utrzymać w pokoju wodę podczas mrozów), z pewnymi skokami doszedłem do 32° R. Dobre rezultaty dawała mi woda 8-io — 10-io stopniowa, przepuszczana przez 10 do 15-tu minut co drugi dzień.

Przy stosowaniu psychroforu często szybko ustępuje nasieniotok lub sterczotok, ustępują wszelkie zboczenia czucia w sferze płciowej, poprawia się stan ogólny chorych. Już przy wyjmowaniu psychroforu czujemy, że *tonus* mięśni cewki jest podniesiony: zgłębnik w tylnej swej części jest ściśnięty, i użyć trzeba pewnego wysiłku, aby go wydobyć. Zauważyłem, że, gdy psychrofor ma okazać swe skuteczne działanie, chorzy czują to „ściąganie“ w tylnej cewce jeszcze czas pewien po zabiegu.

Wiemy, że każdy zabieg leczniczy, zwłaszcza ciepło lub zimno, stosowany li tylko na chore miejsce, działa silniej i pewniej, niż stosowany na większą przestrzeń. Jeżeli staniemy wobec przypadku, w którym wskazane będą zimne okłady na serce, otrzymamy stanowczo lepsze rezultaty, jeżeli lód położymy tylko na serce, niż w przypadku, gdzie obłożymy lodem całą klatkę piersiową chorego. Wychodząc z tego założenia, starałem się zmodyfikować przyrząd Winternitz'a w ten sposób, aby ochładzał on tylko część prostatyczną cewki, a nie całe prącie, w części krokowej bowiem cewki tkwi całe złe i przy nasieniotoku i przy sterczotoku.

Przyrząd Winternitz'a zmodyfikowałem w ten sposób, że tylko koniec jego pozostał metalowym na przestrzeni mniej więcej 2-ch ctm. (patrz rys. A.), pozostała część przyrządu pokryta jest masą izolacyjną. Przyrząd nasz ma również, jak i psychrofor Winternitz'a, dwa kanały o dwóch wylotach (B. i C.), lecz przepuszczana przez niego woda ochładza tylko część metalową przyrządu, względnie tylną cewkę. Obok wylotów naszego przyrządu znajduje się sztyft (D.), który połączyć możemy z maszyną elektryczną; prąd dochodzi do części metalowej instrumentu, i w ten sposób przyrząd nasz zastępuje elektrodę cewkową.

Przyrząd nasz ma wreszcie jeszcze jednę własność, podług mego zdania, bardzo ważną, która właściwie skłoniła mnie do skonstruowania omawianego przyrządu. Własność ta elektropsychroforu polega na tem, że pozwala on nam jednocześnie elektryzować i ochładzać część prosatyczną cewki.

Co właściwie zyskujemy przy tym skombinowanym zabiegu leczniczym? W przypadkach nasieniotoku i sterczotoku, zależnych od rozluźnienia, czyli niedowładu mięśni okrężnych kanalików wytryskowych, względnie przewodów wyprowadzających gruczołu krokowego, elektryzacya miejscowa zdaje się być wskazana. Jeżeli jednakże w tych przypadkach nie zawsze widzimy dobre rezultaty, a niekiedy stan ogólny chorych się pogarsza, to dzieje się to, jak wykazaliśmy wyżej, dla tego, że elektryzacya wywołuje przekrwienie błony śluzowej cewki, a może i sąsiednich narządów, zbyt drażni zakończenia nerwowe, drażni wreszcie cały aparat moczo-płciowy, zwykle znajdujący się w stanie pobudliwego osłabienia. Zupełnie odmienne jest działanie niskiej ciepłoty na tylną cewkę: psychrofor, jak wiemy, usuwa przekrwienie i nadczułość cewki, poprawia stan ogólny chorych, a tem samem łagodzi ujemny wpływ elektryczności. Ponieważ przytem i elektryczność i niska ciepłota pobudzają do życia rozkurczone mięśnie kanalików wytryskowych i przewodów gruczołu krokowego, mamy prawo przypuszczać, że elektryczność wraz z ochładzaniem może nam dać w odpowiednich przypadkach o wiele lepsze rezultaty, niż każdy z tych zabiegów, stosowany oddzielnie.

Nie chcę jednakże zachęcać do stosowania tego skombinowanego zabiegu leczniczego *larga manu* we wszystkich tych cierpieniach, gdzie widziano polepszenie przy elektryzacyi tylnej cewki.

Ja osobiście jestem tego zdania, że elektryzacyi bez ochładzania nie powinniśmy stosować wcale, elektryzacyę z ochładzaniem tylko w przypadkach nasieniotoku samoistnego, t. j. nie będącego przejawem ciężkiej neurastenyi płciowej i 2° w przewlekłem zapaleniu gruczołu krokowego tylko wówczas, gdy odpowiedniem leczeniem doprowadzimy gruczoł krokowy do stanu względnie dobrego, gdy w wypływie nie znajdziemy wcale lub też bardzo małą ilość ciałek ropnych, i pozostanie tylko uporczywy sterczotok, zależny w tych razach od rozprężenia przewodów odprowadzających gruczołu krokowego.

Przy stosowaniu elektryzacyi z ochładzaniem mniejsza też jest możliwość krwawienia z cewki, przebiegający bowiem jednocześnie strumień zimnej wody znacznie zmniejszy przekrwienie błony śluzowej.

Jak widzą Sz. Koledzy, ostatnie rzucone tu przezemnie myśli o stosowaniu elektryczności wraz z ochładzaniem są to wywody czysto teoretyczne: niestety, brak większego odpowiedniego materyału nie pozwala mi dotychczas wypowiedzieć stanowczego zdania o praktycznej wartości tego zabiegu leczniczego.

Przyrząd nasz zatem może być użyty przedewszystkiem jako zgłębnik cewkowy, 2° jako psychrofor, 3° jeko elektroda cewkowa i wreszcie może jednocześnie służyć i do ochładzania i do elektryzacyi.

W końcu dodam, że przyrząd nasz — psychrofor — daje się łatwo wyjałowić i wykończony został u Hirschmann'a w Berlinie podług podanego przezemnie rysunku.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

58. J. C. Hemmeter i W. R. Stokes. **Przewlekłe zapalenie przerostowe żołądka pochodzenia przymiotowego ze zwężeniem przerostowem odźwiernika.** Przypadek, spostrzegany przez autorów, jest niezmiernie ciekawy tak z powodu swojej rzadkości, jak i z powodu zajęcia, jakie w ostatnich czasach budzi przymiot żołądka. Zapalenie przerostowe żołądka znane jest oddawna i opisywane było przez różnych autorów, że wymienimy Cruveilhier'a, Brinton'a i Einhorn'a. Obecnie odróżniają trzy postacie tego cierpienia: w pierwszej, t. zw. marskości żołądka, „*linitis plastica*“ Brinton'a, następuje zamiana normalnej tkanki żołądka przez tkankę łączną, wskutek czego powstaje znaczne zmniejszenie wymiarów żołądka; — druga postać, t. zw. *gastritis sclerotica*, opisana po raz pierwszy przez Hanot'a i Goumbault'a, cechuje się tem, że zmiany jednakowe zachodzą współcześnie w różnych narządach, jako to: wątrobie, śledzionie, nerkach; — trzecią postać wreszcie stanowi t. zw. wrodzne zwężenie przerostawe odźwiernika. Przypadek, spostrzegany przez autorów, należy do pierwszej z wymienionych postaci zapalenia przerostowego żołądka.

Chory 24-letni zaraził się przymiotem przed 2 laty, przed rokiem przebywał w szpitalu z powodu objawów dyspeptycznych i wymiotów, po 3—4 miesięcznej dyecie mlecznej i zastosowaniu przepłukiwań żołądka nastąpiło tam polepszenie; od 3 miesięcy wszakże znów pogorszenie, objawiające się silnymi bólami żołądka. W tym czasie okazał się w zawartości żołądka zupełny brak tak wolne-

go, jak i związanego HCl, jak również fermentów; uderzającem było również, że do żołądka można było bez przykrości dla chorego wlewać tylko bardzo nieznaczną ilość płynu, i że chory sam naraz wypijał tylko niedużą ilość płynu; przy badaniu mikroskopowem znalezionej w przepłuczynach cząstki błony śluzowej żołądka stwierdzono brak komórek gruczołowych i rozlane nacieczenie drobnokomórkowe. Rozpoznano na zasadzie powyższych danych zapalenie przerostowe żołądka z zanikiem błony śluzowej i zwężeniem odźwiernika i zalecono operacyę. Na stole operacyjnym stwierdzono istotnie nader mały rozmiar żołądka, ściany żołądka były zgrubiałe, w okolicy odźwiernika znaleziono stwardnienie, które można było przyjąć za nowotwór złośliwy, wykonano operacyę Heinecke — Mikulicza, lecz w niespełna miesiąc potem chory umarł wskutek ogólnego zakażenia. Oględziny pośmiertne żołądka stwierdziły znaczne zwężenie światła odźwiernika, przez który można było wprowadzić tylko zgłębnik grubości ołówka, — wymiary żołądka wynosiły 9 × 6 cm.,— błona śluzowa żołądka barwy brunatno-zielonej, o powierzchni gruboziarnistej. Badanie histologiczne wreszcie wykazało, że zgrubienie w okolicy odźwiernika powstało wskutek nacieczenia, umiejscowionego głównie w błonach podśluzowej i mięśniowej, — że błona mięśniowa żołądka jest bardzo cienka, że budowa gruczołowa na znacznej przestrzeni uległa zniszczeniu. Wykryte zmiany histologiczne, zdaniem autorów, nie pozostawiały żadnej wątpliwości co do swoistej natury zachodzącego tu procesu, t. j. dowodziły stanowczo, że zmiany owe były następstwem sprawy przymiotowej. Mamy tu zatem do czynienia z przymiotowem zapaleniem przerostowem żołądka, czyli z jednym z przejawów przymiotu żołądka.

Sprawa cierpień przymiotowych żołądka była w ostatnich czasach dość często poruszana. Zdaniem większości autorów nowoczesnych przymiot żołądka nie jest wcale sprawą rzadką. Einhorn przyjmuje 3 grupy cierpień przymiotowych żołądka: wrzód żołądka swoisty, guz żołądka pochodzenia swoistego i zwężenie odźwiernika w następstwie sprawy swoistej. Dieulafoy sądzi, że przymiot żołądka przebiegać może pod różnorodnemi postaciami, jak: nadżerek, ziarniniaków, owrzodzeń i t. d. Różni autorzy podają przypadki cierpień żołądka, w których wszelkie sposoby leczenia pozostały bezskuteczne, a jedynie energiczne leczenie przeciwprzymiotowe zbawienny wpływ wywierało. Lecz, co najważniejsza, mnożą się wciąż przypadki, w których badanie anatomo- patologiczne stwierdzało niewątpliwie obecność zmian przymiotowych w żołądku. Takie przypadki ogłosili Chiari, Klebs, Cornil, Ranvier, Weichselbaum, Birch-Hirscheeld i inni i tym sposobem dowiedli, że istnieją czysto przymiotowe cierpienia żołądka.

(*„Archir f. Verdauungskrankh.“ Tom VII. Zeszyt 4/5*). *W. Róbin.*

59. Alfred C. Croftan z Filadelfii. **Poszukiwania doświadczalne w sprawie przyczyn moczówki cukrowej**. Autor powtórzył i uzupełnił doświadczenia Lépine'a, Arthus'a i innych, dotyczące własności glikolitycznego zaczynu w ustroju zwierzęcym. Doświadczenia te dały następujące wyniki.

1) Glikolizę we krwi można spostrzegać tylko przy określonej temperaturze; przy 10° C. niżej i 60° C. wyżej zera ilość cukru we krwi nie zmienia się.

2) Własności glikolityczne są związane z białemi ciałkami krwi, surowica i czerwone ciałka nie działają na cukier.

3) Natężenie glikolizy wzrasta w miarę rozkładu białych ciałek (samoistnie występującego lub przyspieszonego przez dodanie terpentyny, zamrażanie).

4) Usunięcie trzustki zwiększa u operowanych psów ilość cukru we krwi i zmniejsza glikolizę.

5) Trypsyna w obecności cukru, dekstrozy lub glikogenu wytwarza z hemoglobiny kwasy i barwniki żółciowe; przy tem część cukru ulega rozkładowi. Sama tylko trypsyna na cukier nie działa.

6) Nastój białych ciałek krwi na fizyologicznym roztworze soli kuchennej daje reakcye, właściwe płynom, zawierającym trypsynę, (peptonizuje włóknik przy zasadowem oddziaływaniu, ścina niektóre płyny, wprowadzony do żył — wywołuje zatory).

7) Wyciąg, zrobiony z krwi według sposobu, używanego do otrzymywania wyciągów trypsyny z trzustki, rozkłada hemoglobinę w obecności dekstrozy; przytem tworzą się kwasy i barwniki żółciowe, i część cukru ulega rozkładowi.

8) Wyciąg ten nie zawiera hemoglobiny i w jej nieobecności na cukier nie działa.

9) Mocz znosi działanie glikolityczne pomienionych wyciągów i również zaczynowe własności roztworów trypsyny.

Wobec takich wyników doświadczeń autor stwierdza, że na zasadzie współczesnych sposobów badania nie można odróżnić roztworów, zawierających trypsynę i zaczyn glikolityczny krwi.

Należy zatem przyjąć tożsamość trypsyny i zaczynu glikolitycznego.

Ponieważ jedną z przyczyn moczówki cukrowej, a może nawet jedyną jest niedostateczna glikoliza, autor probował zwiększać ją za pomocą: 1) transfuzyi krwi i limfy zwierząt zdrowych; 2) wstrzykiwań wyciągów z białych ciałek krwi i 3) wstrzykiwań trypsyny. Roślinnych glikolitycznych zaczynów autor nie stosował.

Po transfuzyi limfy zdrowej suki w ilości 20,0 do żyły szyjowej psu, któremu usunięto trzustkę, po dwóch godzinach ilość cukru w moczu znacznie się zmniejszyła. Transfuzya krwi działała w ten sam sposób, ale słabiej.

Przy wstrzykiwaniu wyciągu z białych ciałek krwi do żyły szyjowej 2 psy padły podczas doświadczenia. Sekcya wykryła zatory tętnic.

Wstrzykiwania trypsyny również kończyły się śmiercią w krótkim czasie, jeżeli doza była większa niż 0,001.

Doświadczenia autora wskazywałyby na użyteczność transfuzyi krwi i infuzyi limfy w moczówce cukrowej.

(*The American Journal of The medical sciences. April 1902. p. 662—676*).

Hołub.

60. D. J. Mc Carthy z Filadelfii. **Przypadek hemihypertonia postapoplectica.** 3 pierwsze przypadki tej choroby ogłosił Bechterew pod nazwą *hemitonia apoplectica* w Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde w 1900 r. Podobne spostrzeżenia podali Spiller i Pfeiffer. Szósty przypadek podaje autor.

Istota choroby polega na napadowym skurczu pewnych grup mięśni połowy ciała. Choroba zaczyna się zaraz lub po pewnym przeciągu czasu po napadzie apoplektycznym (miesiąc — 2 lata w przypadku autora). Następuje wzmożenie napięcia pewnych grup mięśni połowy ciała; dotknięcie szpilką lub inna słaba podnieta wywołuje toniczny skurcz zginaczy; po kilku sekundach lub minutach skurcz przechodzi na rozginacze i napad się kończy. Czasami napięcie mięśni podczas snu spada do normy. Odruchy głębokie i pobudliwość mięśni jest wzmożona.

W przypadku autora chora lat 47 miała w 1898 roku napad zawrotu głowy z afazyą i osłabieniem lewej ręki, który trwał 20 minut, utraty przytomności nie było. W 1899 roku był napad zawrotu głowy, a w 1900 r. bardzo silne bóle głowy. W 1900 r. wystąpił skurcz w średnim palcu lewej nogi przy chodzeniu.

Podczas badania każde mocniejsze podrażnienie wywołuje toniczny skurcz małych palców i rozkurcz dużego palca lewej nogi; na tem albo napad się kończy, albo następuje rozkurcz wszystkich palców. Mięśnie łydki naprężają się podczas napadu. Lewa ręka i palec są w położeniu lekkiego skurczu, wielki palec przygięty do dłoni. Napad trwa kilka minut. Skurcz mięśni na nodze zjawia się samoistnie po przejściu kilkuset kroków. W mięśniach lewej nogi i ręki napięcie stale zwiększone. Mechaniczna pobudliwość mięśni zwiększona stale. Odruchy z lewej strony wzmożone. Siła normalna. Język zbacza w lewo. Chora mańkut, ale pisze prawą ręką.

(*The American Journal of The Medical sciences. May. 1902 p. 794*). *Hołub.*

Streszczenia zbiorowe.

ODPORNOŚĆ W ŚWIETLE BADAŃ WSPÓŁCZESNYCH,

Streścił

LEON KARWACKI.

(Ciąg dalszy — Zob. Nr. 34)

Tarasewicz dowiódł, że u królika, psa, świnki tylko krezka, gruczoły krezkowe, śledziona i gruczoły trawienne (narządy makrofago twórcze) posiadają własność rozpuszczania pierwiastków morfotycznych; inne zaś narządy, a w szczególności szpik kostny, tego działania nie posiadają. Szpik kostny natomiast może wywoływać bakteryolizę. Obydwie te grupy są tak wyłączne w swem działaniu, że nie rozpuszczają nawet uczulonych pierwiastków, należących do oddziaływania grupy przeciwnej, to dowodzi w sposób niezbity, że makrocytoza i mikrocytoza (aleksyna cytolityczna i bakteryolityczna) nie są jednakowe.

W odporności nabytej i sztucznej należy rozróżniać dwie kategorye: odporność wobec mikrobów i odporność wobec toksyn, obydwa te rodzaje nie zawsze idą w parze. Świnki morskie, doskonale uodpornione przeciw prątkom cholerycznym, są bardzo wrażliwe na toksyny choleryczne i giną od mniejszych dawek toksyny, niż świnki normalne. Podstawowem zjawiskiem w odporności nabytej przeciw drobnoustrojom jest powstawanie u fagocytów nieistniejącej przedtem lub słabo wyraźnej zdolności niszczenia mikrobów.

Behring i Nissen, uodparniając świnkę morską przeciw prątkowi Gamalei spostrzegli, że surowica świnki nabrała wybitnych cech bakteryobójczych, normalna zaś surowica świnki nie działa na prątki wcale. Objaw ten, powstający w surowicy pod wpływem uodparniania, zdawało się, daje klucz do rozwiązania mechanizmu odporności. Ale i tym razem, jak przy odporności wrodzonej, okazało się, że własności surowic nie mogą być w tym względzie miarodajne. U zwierząt, uodpornionych przeciwko dwoinkom Fraenkel'a, gronkowcom, paciorkowcom, surowica wcale nie posiada własności bakteryobójczych, i pomienione dronoustroje doskonale się w niej rozwijają. Na innej więc drodze trzeba było szukać rozwiązania kwestyi. Doniosłe jednak odkrycie Pfeiffer'a wstrzymało postęp w tym kierunku i zwolennikom teoryi humoralnej dostarczyło bardzo poważnych argumentów na korzyść ich doktryny. Poprzednicy Pfeiffer'a

robili doświadczenia nad surowicą, wytworem sztucznym, powstającym po za organizmem, — Pfeiffer eksperymentował na żywym ustroju. Zwierzętom, dobrze uodpornionym wobec prątka cholerycznego, wprowadzał hodowlę prątków do otrzewny i badał następnie drobnowidzowo wysięk otrzewnowy. Prątki bardzo prędko zatracały swój charakterystyczny wygląd i przechodziły w postacie kuliste. Na sztucznych odżywkach hodowle z wysięku nie powstawały. W płynie Pfeiffer nie spostrzegał wzmożonej leukocytozy. Ten fakt pozornie przemawiał za możliwością niszczenie drobnoustrojów w uodpornionym organizmie jedynie przez płyny ustrojowe o wybitnych własnościach bakteryobójczych. Przejście prątków cholerycznych w postacie ziarniniakowe było skonstatowane także w krwi uodpornionych królików i zyskało nazwę objawu Pfeiffer'a. Zjawisko to posłużyło za punkt wyjścia dla wielu prac i obecnie jeszcze ma nadzwyczaj dużą doniosłość w kwestyi różniczkowania typowego prątka cholerycznego od ras pokrewnych, gdyż pokrewne prątki nie dają objawu Pfeiffer'a w otrzewnie królików, uodpornionych przeciw typowemu prątkowi. Następne prace wyjaśniły, że objaw Pfeiffer'a nie ma ogólniejszego znaczenia, a powstaje w ściśle określonych warunkach: jeżeli zastrzyknąć prątki królikowi pod skórę w miejsce otrzewny, powstaje leukocytoza, prątki wolne nie zmieniają się wcale i dają hodowle, a tylko pochłonięte przez mikrofagi podlegają wewnątrz fagocytów przetwarzaniu w kulki. Objawu Pfeiffer'a brak także przy sztucznej odporności wobec laseczników durowych i okrężnicy. Dla Levaditi'ego objaw Pfeiffer'a wcale nie jest dowodem istnienia w płynie otrzewnowym uodpornionych królików wolnych ciał bakteryobójczych. Zdaniem jego, taki zabieg, jak zastrzyknięcie prątków do otrzewny wywołuje znaczną depresyę u istniejących tam normalnie leukocytów. Istotnie w wysięku otrzewnowym spotykają się nieliczne komórki jednojądrowe aglutynowane i otoczone warstwą kleistą, ruchy dowolne zniesione; często można dostrzedz prątki przyklejone do ich lepkiej otoczki, lecz wcale niema ich w protoplazmie. Wreszcie pewna część komórek ginie, wydzielając do płynu otrzewnowego istoty, wywołujące transformacyę ziarniniakową w prątkach. Jeżeli przyzwyczaić leukocyty zwierzęcia do urazu, zastrzykując w przeddzień do otrzewny fizyologiczny roztwór soli lub buljon wyjałowiony, a następnie dopiero wstrzyknąć hodowlę prątkową, objaw Pfeiffer'a nie powstaje: jest natomiast znaczna leukocytoza, mikrofagi i makrofagi pochłaniają prątki, a transformacya kulista spostrzega się w mikrofagach. Również brak bywa objawu Pfeiffer'a i we krwi, jeżeli przygotować zwierzę zastrzyknięciem roztworu soli do żył. A więc nie ma preformowanej cytazy w osoczu, ani w innych płynach ustroju, lecz istnieje wewnątrz mikrofagów, jak i w ustrojach z wrodzoną odpornością. Działanie jednak cytazy na ten raz jest enegiczniejsze, gdyż przychodzi mu w pomoc poprzednie oddziaływanie ciał ustalających. Wytwarzanie się ciał ustalających jest stałą regułą dla odporności nabytej i sztucznej; ciała te posiadają własności swoiste wobec danych mikrobów, podczas gdy cytaza dla wszystkich mikrobów jest jedna. Na poddstawie swoistości ciał ustalających można opierać nawet rozpoznanie mikrobów. Na istnieniu tych ciał polega także różnica odporności wrodzonej i odporności nabytej wobec drobnoustrojów.

Charrin i Roger, hodując laseczniki ropy błękitnej w surowicy królików, uodpornionych przeciw tym drobnoustrojom, spostrzegli, że laseczniki, równomiernie rozdzielone w zwykłych hodowlach płynnych i nadające im wygląd mętny, tworzyły grudki i opadały na dno probówki. Pfeiffer i Kolle, następnie zaś Gruber i Durham skonstatowali ten sam objaw w surowicy zwierząt,

uodpornionych wobec laseczników duru, i u ozdrowieńców po durze brzusznym. Pod drobnowidzem laseczniki durowe, pozbawione ruchu, tworzyły zlepki, skupiały się w konglomeraty, w których kontury oddzielnych mikrobów nie zaznaczały się wcale. Zjawisko to, nazwane aglutynacyą, dla GRUBER'a było wskaźnikiem i odczynem odporności. WIDAL zastosował ten objaw do celów rozpoznawczych w durze brzusznym i dowiódł zarazem, że aglutynacya jest odczynem zakażenia, a nie odporności. Wielu badaczy następnie ustaliło, że aglutynacya, aczkolwiek należy do obronnego mechanizmu ustroju, nie idzie w parze z odczynem odporności nabytej (WRIGHT, CASTELLANI, RODET, GENGOU). Co do czasu, aglutynacya powstaje w surowicy wtedy, kiedy jeszcze organizm nie zdążył wyrobić w sobie odporności, i zmniejsza się lub znika po kryzysie, to jest wtedy, kiedy odporność jest najsilniejsza.

Odrębne stanowisko w tej sprawie zajmuje KOCH, uważa bowiem stopień aglutynacyi w gruźlicy za miarodajny przy określaniu postępów nabywanej odporności. Aglutynacya nie jest wyłączną cechą surowicy przy zakażeniach: istnieje bowiem w surowicy normalnej w różnym stopniu dla różnych drobnoustrojów. Zakażenie potęguje zdolności aglutynacyjne, po wyzdrowieniu zaś aglutynacya wraca najczęściej (GOLDBERG), lecz nie zawsze do stanu normalnego. Wskutek specyficzności i prawie jednakowego zachowania się wobec podwyższonej ciepłoty aglutyniny i ciała ustalające były przez czas pewien utożsamiane. WIDAL i LE SOURD, posługując się techniką BORDET'a, dowiedli, że i w zakażeniu doświadczalnem przez laseczniki durowe i w durze zwykłym aglutyniny i ciało ustalające nie zawsze powstają w jednym czasie, i stopień ich ewolucyi w czasie zakażenia jest różny.

Druga własność surowicy, którą potęguje uodparnianie jest własność zapobiegawcza. Jeżeli zastrzykniemy królikowi hodowlę dyfterytyczną z odpowiednią ilością surowicy zwierzęcia, uodpornionego przeciw temu lasecznikowi, zakażenie nie powstaje. Na czem polega własność zapobiegawcza surowic w odporności nabytej, dotąd dokładnie nie zostało wyjaśnione. BORDET przypuszczał zrazu, że działanie zapobiegawcze zawdzięcza surowica aglutyninom, lecz fakt istnienia surowic zapobiegawczych bez własności aglutynacyjnych obalił to przypuszczenie. Surowica zapobiegawcza przeciw drobnoustrojom cierpienia, znanego pod nazwą *pneumoenteritis* u świń, nie aglutynuje wcale danych mikrobów. Przypuszczenie, że zapobiegawcze własności surowicy zależą od jej cech bakteryobójczych, pośrednio obalają spostrzeżenia, że bakteryoliza nie jest bynajmniej cechą stałą dla surowic w odporności nabytej, bezpośrednio przeczą temu eksperymenty BEHRING'a i NISSEN'a. Surowica zwierząt, uodpornionych przeciw prątkom cholerycznym, jest zarazem bakteryobójcza i zapobiegawcza. Jeżeli ją ogrzać do 56°, giną własności bakteryobójcze, pozostają zaś zapobiegawcze.

(C. d. n.).

Z POSIEDZEŃ LARYNGOLOGICZNO-OTYATRYCZNYCH.

Posiedzenie z dnia 27 marca 1901 r.

1) Kol. Wróblewski z powodu przypadku, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Sokołowskiego, przestrzega przed stosowaniem wewnętrznem jodu w zwężeniach górnego odcinka dróg oddechowych. Świeżo widział przypadek obrzęku krtani, zwężonej po laryngofissurze z powodu raka; obrzęk wystąpił po 2 łyżkach roztworu jodku potasu.

2) Kol. Wróblewski opisuje następujący przypadek ciała obcego dróg oddechowych: przed kilku dniami zgłosił się do mówcy włościanin z rurką tracheotomijną kauczukową, którą nosi od 6 czy 7 lat. Dolny koniec rurki skruszał zupełnie, ułamał się i wpadł do tchawicy. W Lublinie, według opowiadania pacyenta, lekarz usiłował wyjąć ciało obce szczypczykami, któremi je nawet uchwycił, wydobycie się jednak nie powiodło. Kol. Wróblewskiemu wydawało się przy badaniu chorego, że brzeg rurki widzi w oskrzelu; umieścił pacyenta w oddziale kol. Stankiewicza, gdzie dokonano tracheotomii, ciała obcego jednak nie znaleziono.

3) Kol. Heiman sen. demonstrował niektóre nowsze narzędzia, służące do operacyi radykalnych na wyrostku sutkowym i do trepanacyi czaszki.

4) Kol. Heiman sen., jako przyczynek do wartości podanej przez Urbantschitsch'a metody ćwiczenia słuchu, przytacza leczony przez siebie przypadek głuchoty. Mężczyzna 27-letni przed 8 tygodniami nie słyszał prawem uchem zupełnie, lewem słyszał niektóre wyrazy przez długą trąbkę słuchową. Po 6 tygodniach ćwiczeń chory może rozmawiać, gdy się doń mówi w odległości 3 cali od ucha. Prócz ćwiczeń, powtarzanych co drugi dzień i trwających po 15 minut choremu wlewa kol. H. do trąbki, również co 2 dzień, po strzykawce 2% roztworu pilokarpiny. Przypadek powyższy jest 4 z rzędu, leczonym przez kol. H. metodą Urbantschitsch'a; trzy pierwsze dotyczyły dzieci, które utraciły słuch po szkarlatynie. Leczenie w ciągu 3—4 miesięcy w żadnym z tych przypadków nie dało poprawy słuchu.

Kol. Mączewski zna pacyenta, o którym mówił kol. Heiman, leczył go bowiem przed rokiem również metodą Urbantschitsch'a. Przed kuracyą chory słyszał dość głośną mowę, skierowaną wprost do lewego ucha; po 6 miesiącach słyszał tem samem uchem wyrazy, wymawiane głośno w odległości 4—5 łokci. Kol. M. stosował metodę Urbantschitsch'a w 8 czy 9 przypadkach, nie widział jednak trwałego rezultatu.

Posiedzenie z dnia 1 maja 1901 r.

1) Kol. Sokołowski przedstawił 32-letniego włościanina, który zgłosił się do szpitala z powodu duszności, kaszlu i uczucia zasychania w gardle. Objawy te wystąpiły przed dwoma laty; przed półtora rokiem chory poddał się operacyi w szpitalu Starozakonnych, poczem w ciągu całego roku czuł się zdrowym: od 6 miesięcy choroba powróciła. Przymiotu chory nie miał. Stan obecny chorego jest następujący: obiedwie struny głosowe prawdziwe łączy gruba błona biała; jedynie końce tylne strun nie są zrośnięte, dzięki czemu pozostaje tutaj niewielkie światło. W nosie — nieżyt przewlekły zanikowy. Płuca, prócz szmeru stenotycznego, który słyszeć można na całej ich przestrzeni, nie wykazują żadnych zmian. Laseczników gruźliczych w plwocinie nie znaleziono. Gruczoły chłonne

nie powiększone. W pierwszych dniach po przybyciu do szpitala chory nieco gorączkował (do 38,8° C.); obecnie ciepłota normalna. Cierpienie w danym przypadku możnaby uważać za przymiot (głównie dziedziczny) albo skleromat. Kol. S. przechyla się do tego drugiego rozpoznania. Terapię endolaryngealną uważa za niedostateczną: zamierza zrobić laryngofissurę i wyciąć wszystkie zrosty, t. j błonę i jej odnogi, opuszczczające się zapewne na dół.

W dyskusyi kol. Lubliner zaznacza, że on zapewne operował chorego w szpitalu żydowskim; jeżeli go pamięć nie myli, była wtedy niewielka błonka sierpowata, po której przecięciu wszystkie objawy, niepokojące chorego, zaraz znikły.

Kol. Wróblewski nie ma wątpliwości co do wskazania do laryngofissury; przypomina tylko, że byłby to przypadek odpowiedni do plastycznego pokrycia braków błony śluzowej krtani, powstałych po operacyi, sposobem Navratil'a, który u nas z dobrym wynikiem zastosował Czarkowski. Nagłośnia i chrząstki nalewkowe są w danym przypadku nacieczone, coby według kol. W. przemawiało raczej za sprawą syfilityczną, niż za skleromatem.

Kol. Lubliner uważa rozpoznanie twardzieli za prawdopodobniejsze; przypomina, że nawroty skleromatu są nader częste, i że operacya plastyczna nie zdołałaby zapewne im zapobiedz.

Kol. Sokołowski obstaje przy rozpoznaniu twardzieli na tej zasadzie, że zmiany na tylnej ścianie krtani nie są charakterystyczne, że innych objawów przymiotu nie znaleziono, że wreszcie błona krwawi łatwo, podczas gdy błony przymiotowe, jako ścięgniste, zwykle nie krwawią.

2) Kol. Lubliner przedstawił młodą dziewczynę z wilkiem podniebienia twardego, nasady języka, nosa, gardzieli, nagłośni, więzu bocznego i struny rzekomej prawej.

W dyskusyi kol. Sokołowski zaznacza, że na niego obraz zmian u chorej robi wrażenie gruźlicy; proponuje zbadanie części zeskrobanych na laseczniki gruźlicze.

Za rozpoznaniem wilka przemawiają kol. Wróblewski i Lubliner. Pierwszy podstawę do takiego rozpoznania widzi w rozległości zmian i jednoczesnym braku dysfagii, drugi — w długiem, bo 4-letniem trwaniu choroby.

Kol. Lubliner zapytuje, czy kto z obecnych nie ma doświadczenia w leczeniu wilka gorącą parą.

Kol. Wróblewski odpowiada, że kol. Krajewski stosował powietrze gorące w przypadkach wilka skóry, miewał jednak zawsze bardzo gwałtowny odczyn.

Kol. Sokołowski widywał smutne następstwa leczenia gruźlicy płuc powietrzem gorącem, mianowicie ciężkie poparzenia gardzieli.

Kuczyński.

Posiedzenie z dnia 29 maja 1901 r.

1) Kol. Sokołowski uzupełnia historyę przypadku, przedstawionego dnia 1-go maja.

Choremu zrobiono tracheotomię, a w 10 dni później rozszczepienie krtani z wycięciem przerosłych części, z których kawałek poddano kulturze z wynikiem ujemnym. Nie przemawia to przeciwko rozpoznaniu twardzieli, tkanki włókniste bowiem mogą nie zawierać laseczników swoistych. Nawet preparaty drobnowidzowe mogą nie wykazywać laseczników, ani kul szklistych, a sprawa jednak jest twardzielą. Chory zniósł zabieg dobrze. Kilka dni gorączkował — obecnie ma się dobrze.

2) Kol. Dobrowolski przedstawił chorego lat 31, który zgłosił się do niego przed 1½ rokiem z powodu cierpienia ucha: przewód słuchowy zewnętrzny był mocno zwężony i zawierał trochę ropy; w górnej przedniej jego części przetoka. Od dzieciństwa ropienie z ucha. Od lat 4—5 od czasu do czasu bóle głowy bardzo silne, najczęściej w nocy, we śnie, obok tego strzykanie w uchu. W przeciągu 2—3 dni bóle te znikają powoli. Wówczas chory przybył z powodu bólu ucha i głowy oraz dreszczów. Kol. Dobrowolski w przypadku tym rozpoznał guz, wyrastający z przewodu słuchowego zewnętrznego, po za tym guzem ropa z ucha średniego ulega zatrzymaniu, ztąd bóle głowy i gorączka. Kol. D. pod kokainą usunął mały kawałek guza bardzo twardej konsystencyi i wyskrobał trochę ziarniny z przetoki. Bóle ustały, ale dla radykalnego usunięcia guza chory miał wstąpić do szpitala, co jednak do skutku nie doszło. Przed pół rokiem zjawił się znowu z temi samemi, co dawniej, skargami. Kol. D. probował usunąć guz pod chloroformem, ale oprócz ziarniny nic nie wyjął. Na zaproponowaną choremu operacyę radykalną tenże nie zgodził się. Onegdaj zjawił się znowu z silnym bólem głowy. Kol. D. zamierza odłuszczyć muszlę i po dojściu do guza wydłutować go. Co się tyczy rozpoznania, to przeciwko przymiotowej naturze guza przemawia brak przymiotu w wywiadach, zresztą sprawa nie robi wrażenia blizny po klejaku (*gumma*); eksostozę trudno przypuścić; ponieważ zaś dotykanie zgłębnikiem daje uczucie chrząstki, więc najprawdopodobniej mamy do czynienia z chrzęstniakiem albo bardzo twardym włókniakiem. Ostateczne rozstrzygnięcie tej sprawy da badanie drobnowidzowe.

Kol. Heiman zapytuje, o jakiej kol. Dobrowolski mówił przetoce.

Kol. Dobrowolski objaśnia, iż jest to szczelina, prowadząca po za guz.

Kol. Heiman nie uważa przedstawionego przypadku za rzadkość. Zdaniem jego, jest tu *otitis media supp. chron.*, w której przebiegu często bywa rozlane zapalenie okostny i obrzmienie części miękkich. Przy takiem zwężeniu przewodu zewnętrznego następuje zatrzymanie ropy, bóle głowy, gorączka; ztąd wskazanie do operacyi radykalnej.

Kol. Srebrny sądzi, że w przypadku tym skutkiem ropienia powstało *periostitis* i *osteitis* zewnętrznego przewodu słuchowego.

Kol. Mączewski zapytuje, czy były objawy ze strony wyrostka sutkowego oraz mózgu.

Kol. Dobrowolski odpowiada, że dolny koniec wyrostka jest bolesny, i że w czasie bólu głowy chory chodzi, jak oszołomiony.

3) Kol. Srebrny poruszył sprawę krwotoków nosowych z powodu dwóch następujących przypadków:

1) Chory, dotknięty przewlekłem zapaleniem nerek, zgłosił się do niego z powodu obfitych krwotoków z nosa. Miejsce krwawiące na przegrodzie zostało przypalone, poczem krwawienie z nosa ustało. Wkrótce potem nastąpił krwotok płucny i śmierć.

2) Chory, któremu przed kilku miesięcami robiono operacyę nosową w Warszawie, w tydzień po tej operacyi zwrócił się do kol. S. z powodu nie ustającego prawie od owego czasu krwawienia z nosa. Z wywiadów okazało się, że chory jest dotknięty przewlekłem zapaleniem nerek. Krwawienie pochodziło z operowanej muszli średniej, która została przypalona. Po tym zabiegu krwotoki z nosa ustały. W kilka tygodni potem chory dostał apopleksyi mózgowej.

Zastanawiając się nad dwoma tymi przypadkami, kol. S. zadał sobie pytanie, czy należy w przypadkach zapalenia nerek starać się o radykalne usunięcie

krwotoków nosowych, czy zamknięcie tej klapy bezpieczeństwa nie jest przyczyną pękania naczyń krwionośnych w ważnych dla życia narządach: w płucach, mózgu i t. d., i przychodzi do wniosku, że krwotoki z nosa, towarzyszące przewlekłemu zapaleniu nerek, może należałoby traktować tylko paliatywnie.

Kol. Heiman przypomina sobie przypadek krwotoku nosowego w przebiegu zapalenia nerek, w którym wkrótce po zatamowaniu krwawienia z nosa wystąpił krwotok żołądkowy, zakończony śmiercią chorego.

Kol. Sokołowski dzieli krwotoki nosowe na dwie grupy: 1) miejscowe, których źródło najczęściej znajduje się na przegrodzie nosa. Krwotoki te zdarzają się rzadziej, niż 2) wywołane stanem chorobliwym serca (wady zastawkowe), nerek (zapalenie przewlekłe) i naczyń krwionośnych.

W przypadkach wad zastawkowych istotnie należy się zastanowić nad pytaniem, cze nie ryzykujemy, że po usunięciu radykalnem krwotoku nosowego wystąpi krwotok np. w mózgu. Takie krwawienia ustępują przy środkach czyszczących i stosowaniu lekko ściągających środków — *zincum muriatic.* 1%, interwencyi radykalnej powinno się unikać. W przypadkach krwotoków nosowych, towarzyszących przewlekłemu zapaleniu nerek, mamy duże serce i zmienione naczynia; tu przyczyną krwotoków jest i powiększone napięcie i zmienione naczynia. Pod względem leczniczym więc i te krwotoki należy podciągnąć pod kategoryę zaburzeń cyrkulacyjnych, przyczem przyznać należy, że ewentualne wynaczynienia w narządach wewnętrznych są właściwie tylko dalszym ciągiem sprawy zasadniczej. Leczenie krwotoków nosowych zależnych od miażdżycy naczyń powinno być radykalne.

Kol. Heiman zwraca uwagę na krwotoki z nosa u kobiet w okresie przekwitania, po radykalnem usunięciu których występują często silne bóle głowy. Kol. H. zaleca w tych razach tamponadę i środek przeczyszczający.

Kol. Srebrny, podzielając w sprawie leczenia krwotoków nosowych pogląd kol. Sokołowskiego, nie zgadza się ze zdaniem, aby krwotoki z przyczyn miejscowych zdarzały się rzadziej, niż z przyczyn ogólnych. Doświadczenie kol. S. pod tym względem jest wręcz przeciwne.

Kol. Łogucki u kobiet z *menstruatio vicaria* początkowo przypalał miejsce krwawiące w nosie — występowały potem silne bóle głowy. Obecnie ogranicza się na lekkiem tamponowaniu nosa.

Z. Srebrny.

SPRAWOZDANIE Z XII ZJAZDU CHIRURGÓW POLSKICH w KRAKOWIE.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 34).

Pomorski (Poznań) podaje dwa opisy kazuistyczne, dotyczące: jeden pomyślnie operowanego *osteosarcoma cystoides* czaszki u 1½ rocznego dziecka i drugi — raka pierwotnego wątroby u 7-letniej dziewczynki, zmarłej nazajutrz po operacyi. Dotychczas opisano dopiero 150 przypadków raka pierwotnego wątroby (Egel).

Samanek (Kraków) przedstawia chorego z ropniem podudzia, o przebiegu ogromnie przewlekłym i uporczywym. Badanie bakteryologiczne wykazało pneumokoki. Ropień powstał po przebyciu *pneumon. cruposae.* Prócz tego S. mówi o swoich w toku będących doświadczeniach nad naturą zakaźną raka. Ro-

bił szereg szczepień kawałków świeżo wyciętych nowotworów kozie, zawsze z wynikiem ujemnym — kawałek wszczepiony ulegał wessaniu. Wobec tego rzuca myśl o odporności kozy względem raka i szkic seroterapii na tem tle.

W dyskusyi Wehr (Lwów) zaznacza, iż naturę zakaźną raka uważa za stwierdzoną. Sam z powodzeniem robił w przypadkach beznadziejnych i za zgodą chorych szczepienia kawałków nowotworu tym samym chorym w inne miejsca — i z powodzeniem. Przyszłość leczenia raka widzi nie w nożu, lecz w odpowiednio wypracowanem postępowaniu przeciwzakaźnem, być może w myśl seroterapii. Prócz tego demonstruje fotografie chorych z rzadkiem cierpieniem — *carcinoma multiplex faciei*, opisanem po raz pierwszy przez Kosińskiego w r. 1875. Nowotwory powstają na tle *seborrhoea senilis* (Volkmann). Kader — zgadza się, iż wszelkie dane kliniczne przemawiają za infekcyjnością raka, co już w swej rozprawie doktoryzacyjnej w Dorpacie zaznaczył.

Doc. Rutkowski opisuje bliżej swój wspominany już przypadek *ectopiae vesicae*, operowany przed 4 laty za pomocą plastyki pęcherza z kawałka *intest. ilei.* Na razie, po zupełnie gładkim przebiegu, chory utrzymywał w pęcherzu około 25 ctm. sz. moczu, obecnie *incontinentia* wróciła; błona śluzowa pęcherza jest gładka, nie inkrustowana.

Bossowski proponuje dla zapobiegania *incontinentiae* skręcenie cewki sposobem Gersuny'ego do odbytu.

Sołtysik opisuje „przypadek przepukliny uwięzłej brzusznej z przedziurawieniem jelita po urazie“ (przedziurawienie widłami). Przypadek zakończył się pomyślnie po otworzeniu powstałego powierzchownego ropnia kałowego.

Herman (Lwów) odczytał zestawienie poglądów na rany postrzałowe wojenne, tak jak się one w ostatnich wojnach przy użyciu broni małokalibrowej o kuli z twardą otoczką ułożyły. Najważniejszą zdobyczą na tem polu jest zasada nieruszania ran, ponieważ okazały się aseptycznemi. Nawet złamania kości i stawów najczęściej przebiegają gładko, jak złamania podskórne. Rany brzucha wymagałyby natychmiastowej laparotomii, ale w warunkach wojny jest to niemożliwe z powodu braku aseptyki, tak iż w tych nawet przypadkach lepsze wyniki daje wyczekiwanie. W tej sprawie zabierali głos: Szuman, Wehr, Bogdanik. Wyniki dyskusyi nic nowego w porównaniu z ostatnią literaturą tej sprawy nie dały.

Odczyt Jasińskiego (Lwów) „o skórzakach w okolicy krzyżowej“ zamieszczony będzie w „Medycynie“ w całości.

Klętk (Kraków) w odczycie „rak głowy i przyczynek do chirurgii mózgu“ opisuje przypadek, w którym razem z nowotworem musiała być usunięta na znacznej przestrzeni kość czaszki i opona twarda. Po operacyi chory oniemiał, dostał hemiplegii i porażenia nerwu twarzowego. W przebiegu pooperacyjnym powstało w ranie w okolicy brózdy Roland'a wypadnięcie mózgu, który na powierzchni zaczął obumierać i musiał być usunięty na znacznej przestrzeni. Po 4 tygodniach wyzdrowienie z powrotem ruchów i mowy. Możnaby myśleć, że czynność usuniętej części kory mózgowej objęły odpowiednie ośrodki drugiej półkuli, K. jest jednak zdania, że prawdopodobnie w półkuli uszkodzonej wytworzyły się nowe ośrodki odpowiednie, a to na podstawie tego, iż w powróconej czynności kończyn pozostały niedokładności ogniskowe, np. trudność w ruszaniu paluchem.

Ślęsk (Lwów), mówiąc „o nowotworach na kończynach“, opisuje 3 przypadki mięsaków kostnych: 2 w okolicy stawu łokciowego i 1 łopatki, usunięte na drodze operacyjnej (*resectio cubiti, exstirp. scapulae*) z trwałem powodzeniem.

Dwa pierwsze przypadki uważane były przed operacyą za gruźlicę stawu — tak było wielkie podobieństwo.

Sołtysik zwraca uwagę na dobre wyniki operacyi przy mięsakach kostnych pochodzenia szpikowego i częste nawroty, o ile nowotwór złośliwy jest pochodzenia okostnowego.

Sawicki stawia to w zależności od budowy mięsaka. Wielkokomórkowe (podobne do *epulis*) dają wyniki dobre, drobno-komórkowe — złe.

Prof. Rydygier potwierdza słowa obu ostatnich mówców.

Rydygier jun. „O wynikach późniejszych po operowaniu wodniaka moszny sposobem Winkelman'a". Na wysłane do 61 operowanych zapytania 37 odpowiedziało. W 2 przypadkach tylko nastąpiła wznowa. Operacya w klinice lwowskiej rozpoczyna się cięciem wysokiem (Kocher'a — nie na mosznie) długości około 5 ctm. Przed otworzeniem *tunicae propr.* robi się w tkankach na tępo kieszeń dla pomieszczenia jądra. *Tun. propr.* nacina się tylko na przestrzeni niezbędnej dla wyprowadzenia jądra; wynicowaną *tun. propr.* paru szwami umocowuje się dokoła powrózka nasiennego dla utrzymania pozycyi wynicowanej. Ogromnie ważne jest staranne podwiązanie naczyń krwawiących dla zapobieżenia łatwo powstającemu krwiakowi. Sposób omawiany może być gorąco polecony; klin. lwowska stosuje go nawet ambulatoryjnie.

Jasiński (Lwów) mówi „o torbielach trzustki". Po opisaniu przypadku, operowanego w klin. lwowskiej, J. zaznacza duże trudności rozpoznawcze, jakie torbiele tego rodzaju nastręczają. Nawet własności trawiące płynu, drogą nakłucia próbnego otrzymanego, nie mogą rozpoznania w zupełności ustalić, co widoczne jest z przypadku, gdzie własności trawiące okazał płyn, otrzymany z wodonercza (?). Częstokroć jedynym sposobem ustalenia dyagnozy będzie laparotomia próbna.

Pomorski opisuje swój przypadek, dwa razy w odstępie dwuletnim operowany z powodu ciąży zamacicznej z początku lewo-, później prawostronnej. Wyzdrowienie.

Herman „W sprawie doszczętnego operowania raka wargi dolnej". Klin. lwowska w każdym przypadku operuje radykalnie i oprócz usunięcia nowotworu przez cięcie kołnierzowe w okolicy podszczękowej usuwa wszystkie gruczoły chłonne, tkankę łączną i tłuszcz.

Kader prócz usuwania gruczołów podszczękowych w każdym przypadku dochodzi do rozgałęzienia tętnicy szyjowej wspólnej i żyły jarzmowej i usuwa tam znajdujące się gruczoły. Zwraca uwagę na fakt, że częstokroć po operacyi raka wargi dolnej i języka wznowa w gruczołach następuje w tempie znacznie przyśpieszonem (3—4 mies.) i bardzo energicznie, pomimo, iż operowany rak zdawał się mieć przebieg względnie powolny (1—2 lata) — tak jak gdyby operacya dawała bodziec do rozrostu komórek nowotworu, w gruczołach chłonnych zawartych.

Bossowski przedstawia dzieci, u których operował rozległe naczyniaki limfatyczne, u jednego w formie *makroglossa lymphangiectat.* u drugiego, jako duży narost na przedramieniu.

Kader i Klętk zdają sprawę z leczenia w klin. krak. przepuklin uwięzłych. Z 22 przypadków w 9 po zwolnieniu odprowadzono jelito do jamy brzusznej (z nich 5 poddało się następnie operacyi doszczętnej); w pozostałych 13 odprowadzenie było niemożliwe z powodu złego stanu pętli. Wycięcie doraźne jelita obumarłego wykonano raz 1, wreszcie przypadków obumarłą pętlę pozostawiano na miejscu, obwijano gazą i wyczekiwano demarkacyi. Postępowanie z przepukli-

nami uwięzłemi w klin. krakowskiej sformułować się daje wsposób następujący: W przypadkach najcięższych, gdzie idzie o postępowanie szybkie, pętlę obumarłą się obnaża, uwalnia, wyciąga, nacina i do kolana doprowadzającego zakłada sączek gumowy. W przypadkach lżejszych do tego się dołącza enteroanastomoza za pomocą guzika Murphy'ego z magnium (Chlumsky). Tylko najlżejsze pod względem stanu ogólnego przypadki dają pole do doraźnej rezekcyi kiszki. Demarkacya pętli obumarłej przebiega zwykle gładko, a wtórne zamknięcie przetoki kałowej jest rzeczą łatwą. Przy takiem postępowaniu śmiertelność z dotychczasowych 30% spada do 16%.

Sawicki (Warszawa) jako „przyczynek do plastyki nosa sposobem Izrael'a" okazuje fotografie przed- i pooperacyjne 2 chorych, u których nos siodełkowato zapadły wyprostował udatnie w sposób następujący. Małe nacięcie tuż pod *glabella*. Na tępo podminowuje się z cięcia skórę na grzbiecie nosa i do wytworzonego kanału wprowadza odpowiedniej długości wąską blaszkę kostną, wydłutowaną z przedniej powierzchni *tibiae*.

Mówiąc dalej „o radykalnej operacyi przepukliny udowej sposobem Trendelenburg'a", S. wymienia 5 typów tej operacyi: 1) Usunięcie worka przepuklinowego i zniesienie lejka w otrzewnie ściennej (Kocher). 2) To samo z zaszywaniem wrót (Lotheisen). 3) Wytworzenie na miejscu wrót mocnej blizny przez wszczepianie waty szklanej, pęczków katgutu. 4) Sposoby plastyczne. 5) Laparotomia i zeszywanie wrót od wewnątrz. Bliżej opisuje S. operacye plastyczne. A więc plastyczne zamknięcie otworu płatem z *fascia pectinea* (Salzer), dalej z *fascia pectin.* z kawałkami mięśni — *pectineus, adductores*. Ten sposób daje gładki przebieg i dobre wyniki. W przypadkach, gdzie otwór jest duży i w tkankach bliznowatych (po przebytych uwięźnięciach, operacyach), S. miał dobre wyniki przy sposobie Trendelenburg'a: oddłutowuje się blaszka kostna od kości łonowej i od symfizy od dołu ku górze, pozostawiając ją wzdłuż brzegu górnego w związku z kością. Otrzymany płat kostno-okostnowy, będąc odwrócony ku górze, z *diploë* ku przodowi, zamyka otwór przepuklinowy. Szwu zupełnego kłaść nie można, gdyż *diploë* silnie krwawi. Długie 5—6 tygodniowe gojenie jest jedyną wadą tego sposobu. W operowanych tym sposobem 2 przypadkach S. ma dobre i trwałe wyniki; kość wszczepiona się wsysa, pozostawiając na swem miejscu zbitą i sprężystą tkankę łączną.

Chlumsky w sprawie leczenia zesztywnień stawów (*ankyloses*) proponuje zakładanie między końce stawowe kości płytek z magnium metalicznego. Metal po pewnym czasie się wsysa, pozostawiając po sobie masę białawą, podziurawioną pęcherzykami gazu. Masa ta, nie tamując ruchów, zapobiega ponownemu zrostowi końców stawowych. Z wyników swych Ch. jest zadowolony.

Po skończeniu obrad postanowiono przyszły XIII zjazd chirurgów polskich odbyć w r. 1903 w Krakowie. Zapowiedziany jest referat „Chirurgia dróg żółciowych" (prof. Kader i d-r Pruszyński). Z inicyatywy d-ra Hordyńskiego postanowiono wyjaśnić na podstawie danych statystycznych wyniki operacyjnego leczenia przepuklin różnymi sposobami. W tym celu pp. Koledzy są proszeni o zestawienie i przedstawienie zjazdowi swoich przypadków.

(D. n.).

Z. Radliński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Laqueur opisuje przypadek śmierci po wdechnięciu 2,0 chloroformu (chłopiec 14-letni). Analiza użytego do narkozy preparatu nie wykazała zanieczyszczenia substancyami trującemi. Na sekcyi skonstatowano znaczne powiększenie grasicy (*gland. thymns*), która dochodziła aż do worka osierdziowego, przerost migdałków (*tonsillae*), gruczołów nasady języka, wreszcie powiększenie śledziony. Podobne zmiany anatomiczne znajdowano już niejednokrotnie na sekcyi trupów osobników które zmarły na paraliż serca nietylko podczas narkozy ale również z innych przyczyn (zimna kąpiel, injekcya leczniczej dawki surowicy przeciwbłonicznej i inne). Mimowoli nasuwa się przypuszczenie łączności przyczynowej pomiędzy przerostem grasicy a paraliżem serca, chociaż treść tego związku przyczynowego nie jest nam wiadoma. Wobec tego należałoby zaniechać stosowania chloroformu u osobników z przerosłą grasicą. Zrobić rozpoznanie powiększenia *gland. thymus* — wprost — niepodobna. Ubocznie można to zrobić, opierając je na istnieniu przerostu migdałków podniebiennych i gardzielowego (Rachentonsille), gdyż, jak pokazuje obserwacya, sprawy te występują częstokroć wspólnie z przerostem grasicy. (Deutsch. m. Woch. 7. 1902).

= Singer otrzymał zachęcające wyniki, stosując aspirynę w przypadkach wzmożonego gnicia w kiszkach. Tak w jednym przypadku nieżytu żołądka i kiszek po przyjęciu 3,0 aspiryny ilość indykanu moczu z 44,57 spadła do 17,0 (Zeitschr. f. klin. Med. 44,1 i 2).

= Wielsch znajduje, że aspiryna w reumatyzmie nie ustępuje w skuteczności działania przed salicylanem sodu, zaś, nie wywierając prawie działania ubocznego, może być śmiało stosowana przez czas dłuższy. (Wien. med. Presse 5. 1902).

Z.

Wiadomości bieżące.

— Komitet organizacyjny XIV międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Madrycie podaje do wiadomości, że uczestnicy tegoż zjazdu będą mogli korzystać z ustępstw na następujących kolejach żelaznych i okrętach: Drogi żelazne hiszpańskie i francuskie ofiarują 50% zniżki. Towarzystwo żeglugi Transatlantyckie (hiszpańskie) daje 33%, a towarzystwa włoskie (Navigazione Generale Italiana, Compagnie de navigation „Preglia", „Napolitana" i „Siciliana" — 50% zniżki (z wyłączeniem jedzenia). W sprawie mieszkań należy zwracać się pod adresem: Bureau des Logements, Faculté de Medecine — Madrid. Program tymczasowy zjazdu otrzymać można od właściwego komitetu narodowego albo od sekretarza generalnego w Madrycie. Komunikaty, które mają figurować w programie ostatecznym, powinny być przesłane do sekretaryatu generalnego przed 1 stycznia 1903 r. Bilet uczestnictwa kosztuje 30 pesetas czyli 23—25 franków (stosownie do wahań kursu), które mogą być przesłane do komitetu narodowego lub do sekretaryatu generalnego w Madrycie.

— Dnia 3 b. m. odsłonięto w Paryżu pomnik Pasteur'a.

— Między 15 a 21 września r. b. odbędzie się w Rzymie zjazd międzynarodowy ginekologów.

Wydawca Dr. L. Guranowski. Redaktor odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дозволено Цензурою, Варшава 15 Августа 1902 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

SANATOGEN

Środek wzmacniający
Działanie tonizujące

Zupełnie nie drażni.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury bezpłatnie reprezentant: ***Biertuempfel***, **Warszawa Marszałkowska 136.**

Fabrykanci: **Bauer & C-ie,**
Berlin, S. O. 16.

Pracownia analityczno-lekarska
D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, plwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

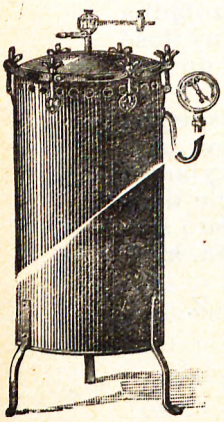
Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natansona, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecemi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., lekarstwa leczenie, i t. d.

Egzystuje od 1820.



APARATY PAROWE

Sterylizacyjne
AUTOKLAWY
DEZYNFEKTORY
poleca
Fabryka
Adolfa Witt

W WARSZAWIE
ul. Leopoldyny II
tel. 778.

Skład fabryczny.
Elektoralna 21.
tel. 793.

ZAKŁAD LECZNICZY
Dr. Med Z. Dmochowskiego i A. Kuczyńskiego
DLA CHORYCH
NA KRTAŃ, GARDŁO, NOS I USZY.
Chmielna Nr. 17.

Przyjęcie chorych na gardło i nos od 9—10 r. i od 3—5 pp.
Chorych na uszy od 12—2 pp.

Warszawskie Towarzystwo Akcyjne
„MOTOR"
Warszawa Marszałkowska 23.
poleca
PŁASTRY SMAROWANE
zwyczajne i kauczukowe
własnej fabrykacyi.

---

1) Tampony ginekologiczne na nitkach po 10 sztuk
2) Ligatury

5) Opatrunki chirurgiczne i ginekologiczne

Składy Główne materyałów opatrunkowych Sterylizowanych z Pracowni D-ra Borzymowskiego

w Warszawie: 1) Solna 17 m. 5. Pracownia Sterylizacyjna
2) Towarzystwo Akc. Handlu Towar. Aptecz. dawniej zjednoczeni Aptekarze i **Ludwik Spiess i Syn** Senatorska Nr. 24. Telefon. Nr. 610.
w Łodzi: 1) Piotrkowska Nr. 11 (Spiess).
w Lublinie: Skład Apteczny W-go **Magierskiego.**
w Siedlcach: Apteka W-go **Skowrońskiego.**
w Kielcach: Apteka W-go **Wierzbicty.**

3) Wata po 10; 25; 50; 100; 200; 400 grm. 4) Gaza hygroskopijna po 0,5 i 1 m.

Naturalny Koniak
„IMPERIAL"
prawdziwy produkt z wina
Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:

Nenckiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Warsz. Hygienicznego Laboratoryum stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek.
Koniak „Imperial" dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej.
Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warsza-