

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

i

Wydziału Lekarskiego Uniw. Stefana Batorego

Organ

T-wa Lekarskiego Woj. Nowogródzkiego

i

Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.



BIBLIOTEKA
II-odj 54/5/2
Akadem. 1928
Wileńskie Towarzystwo Lekarskie

WILNO,

NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ”, DRUKARNIA „PAX”, UL. ŚW. IGNACEGO 8.

Z Kliniki Chirurgicznej U. S. B. w Wilnie
Dyrektor Prof. Dr. *Kornel Michejda*.
i Oddziału Chirurgicznego Szpitala Wojskowego w Wilnie.

Sterylizacja wody do mycia rąk w umywalniach sal przedoperacyjnych.

Podał Dr. JÓZEFAT BOHUSZEWICZ.

Niema chyba dziś nie tylko chirurga, ale wogóle lekarza, któryby nie zdawał sobie dokładnie sprawy ze znaczenia i dobrodziejstw aseptyki w chirurgii współczesnej.

Nie mniej jasnym jest dla wszystkich, iż piętą Achillesową całej aseptyki do niedawna była sterylizacja pola operacyjnego i rąk chirurga.

Sprawa pierwsza dzięki pracom Grossicha została poniekąd w czasach ostatnich rozwiązana, sprawa druga natomiast stoi dziś jeszcze niezadawalniająco i wymaga swego rozwiązania. I nic w tem dziwnego. Ręka chirurga jest tem delikatnem narzędziem, które znieść nie może naszych zwykłych metod aseptyki, ani działania ciepła, ani stałego używania takich rozczyńców jak nalewka jodowa i t. p. bez niebezpieczeństwa jej oparzenia, tem samem zniszczenia jej powłoki nabłonkowej i otwarcia wrót do wtargnięcia zakażenia i zagnieżdżenia drobnoustrojów w skórze a nawet i głębiej.

Ręka nasza, pokryta na powierzchni warstwą zrogowaciałego nabłonka, oraz warstwą tłuszczową, przedstawia szereg bródz i załamek, na całej przestrzeni obficie będąc zaopatrzoną w otwory, stanowiące wyloty torebek włosowych i gruczołów potowych. Oczywiście, że gruntowna sterylizacja podobnej powierzchni musi natrafić na duże trudności, a nawet, powiedzmy, w idealnem tego słowa znaczeniu, przy obecnym stanie wiedzy naszej jest niewykonalną. We wszystkich bowiem tych załamekach, gruczołach i torebkach gnieźdzą się drobnoustroje i usunięcie ich zewsząd staje się najzupełniej niemożliwem. Coprawda z doświadczeń Höglera wiemy, że większa część drobnoustrojów gnieździ się w najbardziej powierzchownych częściach skóry, że w częściach głębokich jest ich znacznie mniej, że tam się one nie rozwijają, tylko razem z wydzieliną tych gruczołów wychodzą na powierzchnię.

Nie mam tu zamiaru podawać wszystkich metod sterylizacji rąk i wchodzić w ich ocenę, nie mogę jednak choć w krótkości nie wspomnieć o najważniejszych z nich.

Metody sterylizacji rąk wychodzą z dwóch zasad. Pierwsza zasada polega na mechanicznem usuwaniu drobnoustrojów ze skóry rąk i chemicznem ich zabijaniu; druga zasada polega na pozostawieniu ich tam, ale na zamknięciu i uniemożliwieniu im wyjścia z gruczołów, torebek i szczelin za pomocą obrabiania skóry rozczyńcami, które ją stwardzają i kurczą, że tak powiem, garbują i w ten sposób uniemożliwiają wydostanie się drobnoustrojów nazewnątrz.

Sposoby pierwszej kategorii są to sposoby Fürbringera (1888), Ahlfelda (1895), Mikulicza i t. p.

TREŚĆ.

	Str.
1. J. Bohuszewicz — Sterylizacja wody do mycia rąk w umywalniach sal przedoperacyjnych	45
2. J. Zienkiewicz — Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiłą wrodzoną	54
3. S. Mahrburg — O nadnerczakach	62
4. S. Gogolewska-Löwenhoff — Odczyn mastizolowy w płynie mózgowo-rdzeniowym u dzieci.	76
5. A. Wirszubski — Błędy w praktyce.	82
6. Protokoły i sprawozdania Wil. Tow. Lekarskiego.	83
7. Komunikaty.	94
8. Wiadomości bieżące.	94
9. Résumé des travaux contenus dans le Nr. 2 du Vol. IV	95

SOMMAIRE.

	Page
1. J. Bohuszewicz — Stérilisation de l'eau pour le lavage des mains dans les lavabos des salles opératoires.	45
2. J. Zienkiewicz — La réaction de Biernacki des nourrissons syphilitiques héréditaires	54
3. Mahrburg — Trois cas d'hypernephrome	62
4. S. Gogolewska-Löwenhoff — Réaction au mastizol du liquide cérebro-spinal des enfants	76
5. A. Wirszubski — Erreurs diagnostiques dans la pratique médicale	82
6. Société de Médecine de Wilno	83
7. Communiqués.	94
8. Chronique	94
9. Résumé des travaux contenus dans le Nr. 2 du Vol. IV	95

Zasada ich polega na dłuższym lub krótszym myciu rąk szczotką w ciepłej wodzie (z wyjątkiem Mikulicza) z mydłem, celem mechanicznego usunięcia z powierzchni skóry zrogowaciałego nabłonka i warstwy tłuszczowej, a z nimi razem i przeważającej ilości drobnoustrojów, oraz utworzenia w ten sposób wyłotów gruczołów potnych, torebek i szczelin i w następstwie zabijaniu zarazków tam za pomocą działania wysokoci i sublimatu.

Tak więc Fürbringer zaleca mycie przez 10 minut, gruntowne osuszenie i następne nacieranie przez 3 minuty 70 — 80 % wyskokiem i zanurzenie w roztworze sublimatu (1:1000) na 3 do 5 minut.

Ahlfeld mycie przez 3 minuty i nacieranie 96% wyskokiem przez następne 3 minuty. Mikulicz zaleca mycie przez 5 minut samym spirytusem mydlanym bez wody, który jakoby w ten sposób miał przenikać głębiej do skóry (sposób ten nie wytrzymał krytyki, gdyż w tym ostatnim wypadku nie działa całkiem ług mydła, jako nierozpuszczalny w spirytusie i cała sterylizacja schodzi do działania 50% wyskoku).

Aczkolwiek metody te dawały względnie dobre wyniki kliniczne, jednak przeprowadzone badania bakteriologiczne wykazały, że nie wyjaławiają one całkowicie rąk chirurga, tylko zmniejszają ilość drobnoustrojów na tych rękach się znajdujących.

Wobec tego cały szereg innych chirurgów na czele w Heusnerem (Brunn, Herff, Schumberg i inni), albo odrzucają zupełnie potrzebę mycia rąk, albo ograniczają ją do minimum; wprowadzają natomiast zasadę garbowania skóry celem jej stwardnienia i skurczenia, a tem samem zamknięcia szczelin, torebek, przewodów gruczołów potnych i łojowych i uniemożliwienia im oddania drobnoustrojów ranie. Heusner w roku 1906 podał swój sposób polegający na tem, że ręce, całkiem niemyte przedtem (mycie uważa za szkodliwe) naciera się w ciągu kilku minut podanym przez niego płynem, tak zwaną jod benzyną (1 część jodiny, 200 parafiny płynnej i 800 benzyny). Zasada Heusnera znalazła naśladowców. Tak Harff podał metodę nacierania rąk aceton — alkoholem, Brunn alkoholem absolutnym, Schumberg alkoholem, eterem i kwasem siarczanym, Napółkom i Zabłudowski wyskokiem z taniną i t. p.

Jak widzimy więc, większość autorów jako środka garbującego używa wyskoku.

Odpowiada on zatem, jak widzimy, obu metodom postępowania: jest nie tylko płynem bakterjobójczym, lecz też i garbującym.

(Należy jednak zaznaczyć, że ogromna większość chirurgów nawet zwolenników metody Heusnera uważa mycie rąk szczotką, wodą i mydłem za wskazane i konieczne).

Jako metoda odpowiadająca obu zasadom, została podana nowa metoda Ahlfelda, polegająca na myciu rąk szczotką z mydłem w gorącej wodzie w ciągu 10 minut, następnie mycie szczotką w 70% wyskoku w ciągu 3 minut (bakterjobójcze) i nacieranie w ciągu 3 minut kompresem gazowym przepojonym 95% wyskokiem (garbujące). Metoda ta mutatis mutandis z licznymi odmianami używana jest przez ogromną większość chirurgów świata.

Nie zniosły jej potrzeby też zastosowanie rękawiczek gumowych i próby lakierowania rąk, bowiem pierwsze pękają, a przez te otwory bardzo łatwo wylewa się zebrany pot razem z zarazkami, lakier zaś się łamie i tworzy szczeliny.

Jak widzimy podstawą aseptyki rąk naszych jest ich mycie szczotkami i mydłem w gorącej wodzie.

Oczywista, że dla tego wszystkie używane do mycia przedmioty winny być aseptyczne, w przeciwnym bowiem razie nie tylko nie uczynią rąk aseptycznymi, lecz nawet zakażą je swymi drobnoustrojami.

Szczotki sterylizujemy gotowaniem lub w autoklawie, mydło i wyskok są zawsze aseptyczne i drobnoustrojów nie zawierają, pozostaje woda.

Niestety sprawa ta nie stoi u nas nawet zadawalniająco.

Nie będziemy się dziwić temu, że niema w piśmiennictwie prac i większych opracowań, dotyczących tej kwestji: sprawa bowiem jest zbyt prostą i czystą, ażeby większych dociekań i szerszego opracowania wymagała.

Natomiast dziwnem się wydać musi, że większość podręczników chirurgji ogólnej w odnośnych rozdziałach sprawy tej albo całkiem nie porusza, albo też traktuje ją zbyt krótko i pobieżnie. Dość zaznaczyć, że w klasycznym podręczniku chirurgji ogólnej, jakim jest Lexer (wydanie 12 i 13) sprawa sterylizacji rąk zajmuje przeszło 5 stron drobnego druku, z tego sprawie wody udzielono zaledwie 10 wierszy i to samych ogólników, jakgdyby chciano potraktować ją, jako sprawę wielce podrzędną.

A przecież wiadomo powszechnie, że w wodzie gnieźdzą się wszelkie drobno-ustroje, a szczególnie często prątek okrężnicy, który, jak wiemy, może mieć fatalny wpływ na gojenie się rany.

Jeśli teraz przejdziemy od tych teoretycznych rozumowań do życia praktycznego, to musimy stwierdzić, że większość szpitali a nawet i klinik, przynajmniej u nas w Polsce, niema urządzeń do zaopatrywania umywalek sal przedoperacyjnych w jałową wodę, że większość chirurgów myje się tylko w wodzie podegrzanej, która przed samem sitkiem umywalki miesza się z zimną wodą, świeżo przybywającą z rur wodociągowych. Oczywiście, że główną przyczyną tego jest drożyzna odpowiednich aparatów. Niestety jednak często można słyszeć głosy, że sterylizacja wody jest niepotrzebna, bowiem woda pochodzi z wodociągów miejskich, które gwarantują jej czystość i brak w niej drobnoustrojów chorobotwórczych, a jeden ze znanych chirurgów zapewniał, że on u siebie wyjaławienia wody nie zaprowadzi, bowiem nie widzi potrzeby marnowania na to pieniędzy, ma i bez tego dobre rezultaty.

Rozpatrzmy sine ira et studio te twierdzenia:

Co do pierwszego, nie wytrzymuje ono krytyki z następujących powodów:
1) Nie wszystkie szpitale i kliniki mają wodę z wodociągów miejskich,
2) Oczyszczenie wody dla celów spożycia (a takim jest ono w wodociągach miejskich) ma za zasadę niedopuszczenie do wody takich i w takiej ilości drobnoustrojów, któreby po dostaniu się do przewodu pokarmowego człowieka mogły tam sprawy chorobowe wywołać. Ta sama jednak woda, która nie jest

niebezpieczną dla przewodu pokarmowego, może wywołać bardzo ciężkie zaburzenia przy dostaniu się do rany. Wymagania pod względem jałowości przewodu pokarmowego i rany różnią się i to bardzo znacznie, 3) Kontrolę wody w wodociągach miejskich przeprowadza miejski zarząd wodociągowy, dyrektor kliniki lub ordynator szpitala na to żadnego wpływu niema, sumienność i dokładność tej kontroli są poza sferą ich działania; zaważyć jednak mogą i to w dużym stopniu, na wynikach ich pracy. Ten stan rzeczy jest w chirurgji nie do pomyślenia. Wątpię czy znalazłby się dziś chirurg, któryby zgodził się pracować materiałem opatrunkowym lub narzędziami, wyjałowionymi nie w jego zakładzie, albo przynajmniej w zakładzie, na który on ma wpływ prawny i moralny. Aseptyka jest sercem chirurgji, a serca nie można oddawać w obcą dzierżawę lub zarząd.

Jeżeli teraz przejdziemy do drugiego twierdzenia, wydaje się ono w ustach chirurga całkiem dziwnem.

Najpierw, co to są dobre rezultaty? Pojęcie to jest bardzo względne. Wówczas, gdy jedni (Ambrożewicz) podając jako procent ropienia przy operacjach przepuklin udowych 10,5 nie uważają za potrzebne żadnego omówienia tej sprawy, uważając ten procent widocznie za normalny (Polski Przegl. Chirurg. tom I, zeszyt 4, str. 9), wówczas, gdy Gibson uważa, że uzyskane przez niego 9% ropień przy operacjach aseptycznych przy stosowaniu kwasu pikrynowego, zamiast metody Grossischa, stanowczo i wyraźnie przemawia za kwasem pikrynowym, a przeciwko nalewce jodowej, gdy Türkel jako dowód tego samego, uważa 4—5% uzyskane przy tej metodzie przez niego, a Turschmidt (Zentralblatt für Chirurgie rocznik 1924 N 21), omawiając tę samą sprawę podaje swoją statystykę 3,6% ropień przy operacjach aseptycznych i uważa ją za wynik znakomity, wówczas, gdy Tomaszewski zachwalając czystą metodę Heusnera powołuje się na to, że przy niej on miał 4% ropień, a przy metodzie Fürbringera 8%, inni natomiast podając w swych statystykach 1,68% ropień przy operacjach aseptycznych dodają takie uwagi: „Porównując zatem z tymi wynikami nasze, dochodzimy do przekonania, że u nas nie jest gorzej. To napawałoby zadowoleniem, gdyby nie inne kryteria. Przedewszystkiem kryterjum liczby. Odsetek 1,68 bezspornie jest wyższym np. od 0,1% albo od zera. A przecież dążeniem naszym winno być zbliżenie się do tego zera! i t. d. (Michejda. Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego. Rok II. Zeszyt II. Str. 126). Widzimy więc, że wedle jednych, (weźmy dla przykładu) 3,6% jest wynikiem znakomitą, innych nie zadawalnia 1,68%.

W istocie pojęcie dobrych rezultatów jest pojęciem względem i jako pojęcie bezwzględne moglibyśmy je tylko wtedy przyjąć, gdyby ktoś podał, że do owego idealnego zera już doszedł. Tego dotychczas nie uczyniono. Nawet i w tym jednak wypadku musielibyśmy doświadczenie nasze przeprowadzić na bardzo dużym materiale i w ciągu kilku, a może i kilkunastu lat. Wyniki, otrzymane na materiale klinicznym w ciągu krótkiego czasu, niczego nie dowodzą. Przecież każdy z chirurgów może przytoczyć szereg obserwacji ran brzusznych z wypadnięciem trzew, opatrzonych na wsi brudną ścierką, nieraz

z nawozem, które po przywiezieniu do zakładu i zoperowaniu uległy doskonałemu wyleczeniu i zagoiły się przez rychłozrost. Przecież wiemy, że większość operacyj położniczych na wsi wykonywana jest w brudnych chatach włościańskich, przy warunkach aseptyki bardzo wątpliwej, a jednak przebiegają one bez chwilowego nawet podniesienia ciepłoty i jakichkolwiek powikłań. Przecież nieraz położnicy, zbyt późno wezwani, ze wskazań na dziecko nakładają niewygotowane kleszcze i pomimo to wypadki taki kończą się pomyślnie; co więcej brak mydła, spirytusu, nalewki jodowej i t. p. w czasie wojny światowej spowodował, że jeden z chirurgów niemieckich Zur Verth zaczął wykonywać wszystkie operacje nie wyjaławiając ani rąk, ani pola operacyjnego, a tylko dbając o niezanieczyszczanie ich w codziennej pracy i w okresie przedoperacyjnym i, o dziwo, twierdzi, że wyniki miał nie gorsze aniżeli przy wyjaławianiu, stosowanem przez niego i przez innych (Münch. Med. Wochenschr. 1915 N 38 p. 1297).

Czyż jednak naskutek tego ośmieliłby się kto z chirurgów twierdzić, iż wypadnięte trzewia należy opatrzyć brudnymi szmatami, salę porodową utrzymywać w stanie czystości i pogotowia aseptycznego brudnej izby wieśniaczej, używać niewygotowanych kleszczy, wykonywać zabiegi operacyjne bez wyjaławiania rąk i pola operacyjnego?

Sądzę, że nie.

W dziedzinie aseptyki, dopóki nie będziemy mieli metod, dających wyniki absolutnie pewne, nie możemy zatrzymać się na pewnym szczeblu, a tem mniej schodzić na szczeble niższe od już znanych i gdzieindziej praktykowanych, owszem naodwrot stałe doskonalenie metod naszego postępowania musi być głównem wskazaniem naszej pracy; inaczej dziś odrzucimy wyjaławianie wody do mycia rąk, jutro rękawiczki, pojutrze ograniczymy gotowanie narzędzi do 5—3—2 minut, wreszcie zadowolnimy się samem ich opalaniem i t. d. Idąc po tej równi pochyłej niewiadomo dokąd zająć możemy.

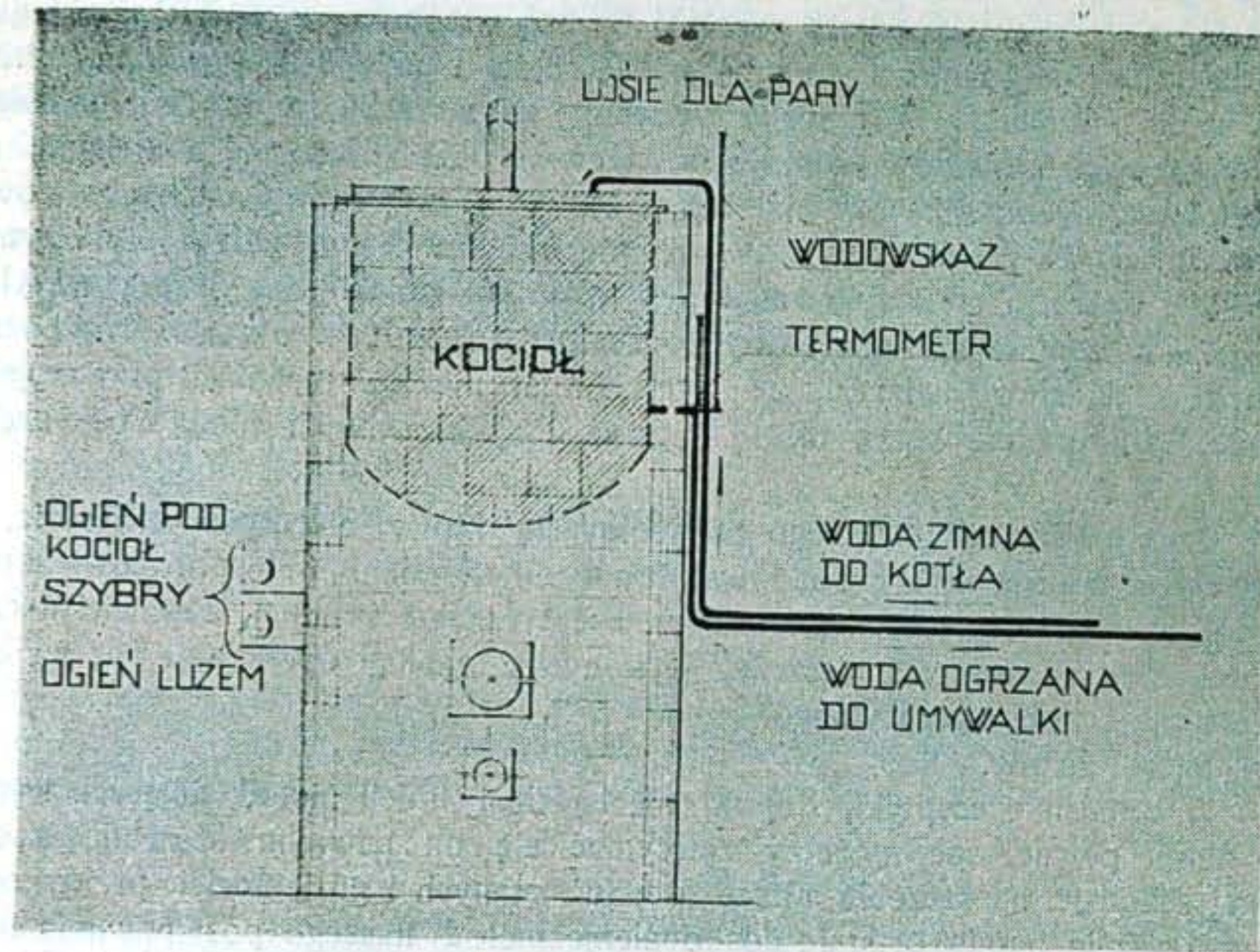
Sądzę jednak, że w tym wypadku przyczyną rzeczywistą tego stanu rzeczy jest drożyzna odpowiednich urządzeń, wszystko zaś inne przytacza się jako usprawiedliwienie stanu rzeczy, wytworzonego przez tę przyczynę, której przezwyciężyć nie jesteśmy w stanie.

Chcąc niejako temu zaradzić przy remoncie oddziału chirurgicznego, byłego Szpitala Okręg. Nr III w Wilnie (obecnie Szpital O. War. Wilno) zaproponowałem urządzenia, które kosztując bardzo niedrogo, dostarczają do umywalk przy salach operacyjnych przegotowaną wodę o dowolnej ciepłocie. Urządzenie takie zaprowadzono na sali aseptycznej, z której korzysta też Klinika Chirurgiczna U.S.B., oraz na sali nagłych wypadków, znajdującej się w wyłącznej dyspozycji oddziału chirurgicznego.

Urządzenia powyższe najlepiej uzmysławia załączony schemat:

Mamy więc tu piec, w którego szczycie wstawiony jest kocioł o dowolnej pojemności (od 50 do 200 i więcej litrów), zwykły kocioł jaki się używa do gotowania większej ilości stawy (w koszarach, stołowniach robotniczych, przy przygotowywaniu paszy dla inwentarza i t. p.). Zwierzchu kocioł przy-

kryty blaszaną pokrywą i zaopatrzony w rurę przeprowadzoną do komina dla ujęcia pary; do kotła przez pokrywę, przeprowadzona rura wodociągowa, słu-



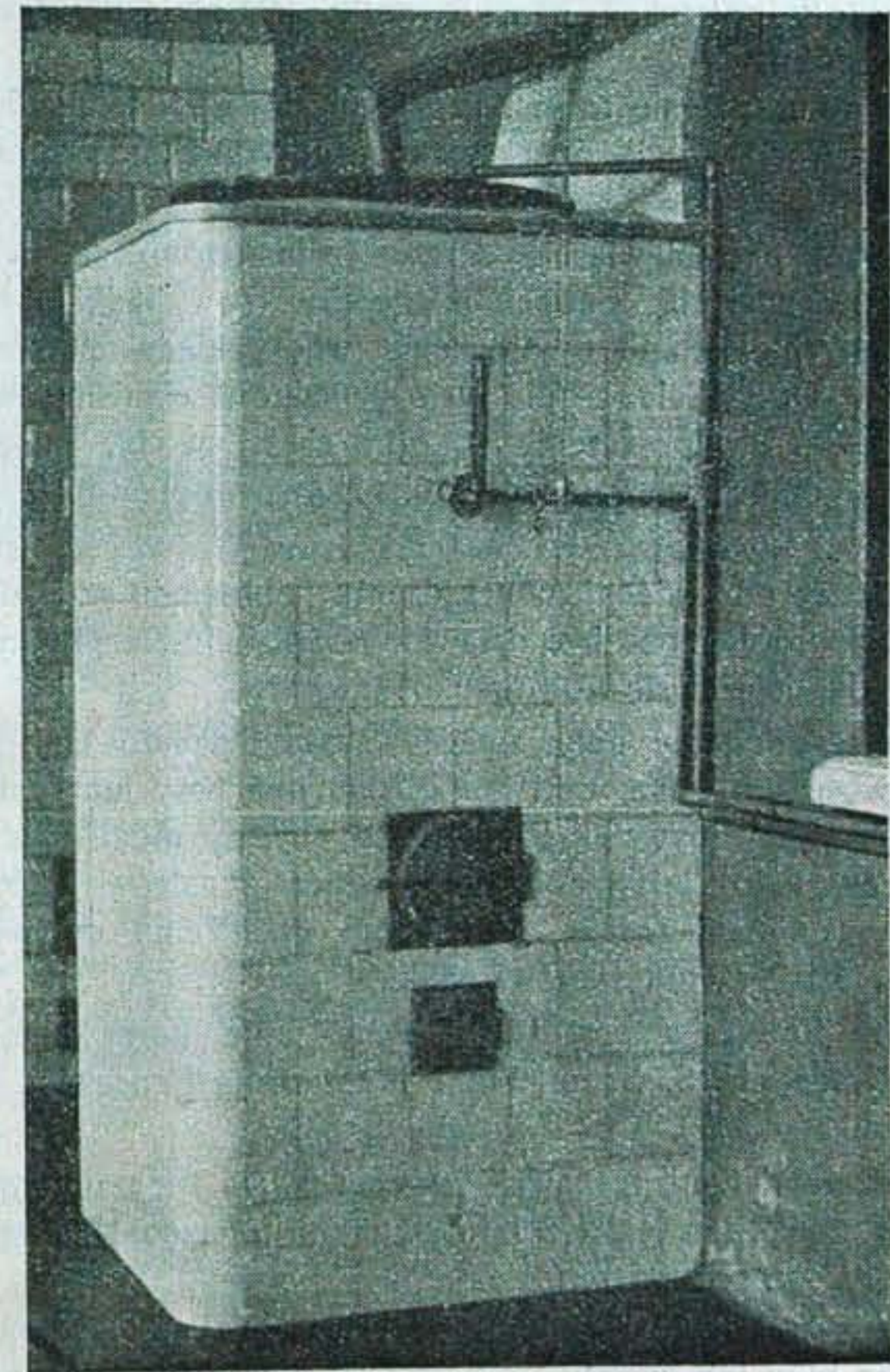
żąca do napełnienia kotła zimną wodą, z kranem, ustawionym na wysokości, dającej łatwe jego zamykanie i otwieranie. W okolicy dna kotła zrobiony jest otwór z którego wychodzi rura, prowadząca wodę wprost do umywalki. Po wyjściu nazewnątrz pieca, przebiegając jeszcze po jego ścianie, rura ta zaopatrzona jest w ciepłomierz i wodowskaz. Pod kotłem urządzone palenisko z dwoma kanałami, z których każdy zamknięty jest oddzielnym szybrem. Przy otwieraniu jednego z nich ogień idzie pod kocioł i nagrzewa wodę, przy otwieraniu drugiego ogień idzie luzem i całkiem do kotła nie dochodzi. Mamy tu pewną analogię z urządzeniami kominów do gotowania w kuchniach naszych, gdzie przy otwarciu jednego szybra mamy ogień pod płytą, przy otwarciu zaś drugiego, ogrzewa on nam piecyk wstawiony w środku komina.

Przyjrzyjmy się funkcjonowaniu tego urządzenia.

Wilną dnia operacyjnego napełniamy kocioł wodą zimną, pozostawiając wolną przestrzeń u góry, ażeby woda podczas wrzenia nie przelewała się przez brzegi. Otwieramy szyber, dający ogień pod kocioł (na rysunku górny) sprawdzamy, czy drugi jest zamknięty i zapalamy w palenisku. Wysokość wody w kotle sprawdzamy wedle wodowskazu. Gdy ciepłota wody podniesie się do 100 stopni, (sprawdzamy to na ciepłomierzu) podtrzymujemy wrzenie wody od $1\frac{1}{2}$ do 1 godziny. W czasie wrzenia naciskamy pedały umywalki, ażeby

wypuścić z rur niegotowaną wodę, poczem ukazuje się w sitku umywalnika para i wrząca woda. Wówczas zamykamy umywalnie. Następnie otwieramy je na chwilę jeszcze kilka razy, w ten sposób sterylizujemy rury i pozostawiamy je wypełnionymi jałową wodą. Po ukończonym terminie wrzenia zamykamy szyber (górny), prowadzący ogień pod kocioł, otwierając równocześnie (dolny), skierowujący ogień luzem i pozostawiamy piec w tym stanie do następnego dnia.

W dniu operacji, na jakąś godzinę przed rozpoczęciem przy sali operacyjnej, sprawdzamy ciepłotę wody w kotle na ciepłomierzu, oraz ciepłotę wody



w umywalkach, próbując ręką (po poprzednim oczywiście wypuszczeniu wody oziębionej w rurach) o ile ta ciepłota jest za niską, zamykamy szyber dolny a otwieramy górny i zapalamy w palenisku. Podczas tego palenia kontrolujemy

ciepłotę na ciepłomierzu i w umywalkach. Gdy woda w umywalkach będzie dobra, odnotowujemy ciepłotę na ciepłomierzu. Ciepłota ta będzie dla nas wskazówką, ile stopni musimy mieć stale w kotle w czasie pracy sali operacyjnej (w opisanym urządzeniu 50—55° C.). W następne dni już tych prób robić nie potrzebujemy, a wprost doprowadzamy wodę w kotle do zanotowanej przez nas ciepłoty. Po dojściu do wskazanej temperatury zamykamy szyber górny, a otwieramy dolny i tak dalej manipulujemy z szybrami, ażeby utrzymać stale potrzebną ciepłotę na ciepłomierzu. Ciepłota wody w kotle zawsze będzie różną: od wody w umywalkach, zależną od długości rur, dostępu do nich powietrza, ciepłoty pomieszczeń przez które przechodzą, pory roku i t.d. W każdym razie wysokość ciepłoty potrzebna nam w kotle, jest stałą dla danego urządzenia w danej porze roku.

Widzimy, że urządzenie to jest proste, ma łatwą obsługę i całkiem dobrze może funkcjonować w sali operacyjnej aseptycznej, nie sprawiając żadnych trudności.

Nieco gorzej przedstawia się sprawa z funkcjonowaniem tych urządzeń w sali wypadków nagłych. Chodzi mianowicie o wypadki, które mogą być dostarczone natychmiast po wyjałowieniu wody, kiedy ciepłota w kotle jest bardzo wysoka. Oczywiście, że dla tych wypadków winniśmy mieć wodę wyjałowaną zimną i, po wypuszczeniu z kotła części wody, mającej za wysoką temperaturę, za pomocą wlewania do kotła zimnej doprowadzić ją do potrzebnej ciepłoty (50—55° C.).

Piec ten przy odpowiednim urządzeniu i obłożeniu go kaflami, jak widać z załączonej fotografii, może być ustawiony w pokoju sterylizacyjnym lub jakiej innej ubikacji znajdującej się koło sali operacyjnej.

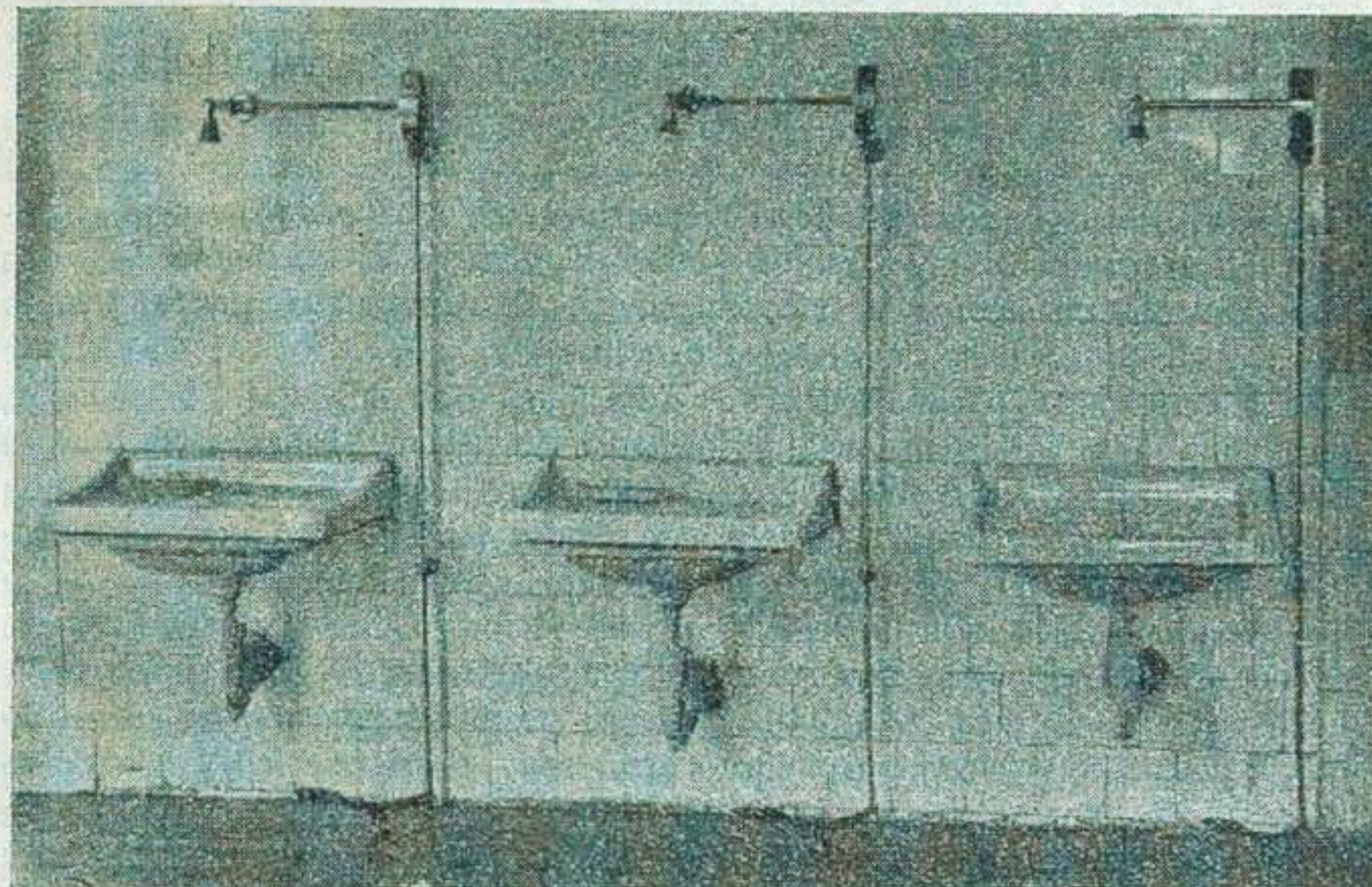
Jeśli do tego dodamy umywalnie z kranami pedałowymi, usuwając w ten sposób możliwość zakażenia ręki i przedramienia przy manipulacjach łokciem, jeśli wstawimy sitka umywalk tak wysoko, byśmy mogli myć ręce trzymając dłonie ku górze, a łokcie ku dołowi, by woda z palców i dłoni spływała na przedramiona, a nie odwrotnie, otrzymamy urządzenia do wyjaławiania rąk; odpowiadające dzisiejszemu stanowi nauki.

Załączona fotografia przedstawia nam takie umywalnie, wykonane dla kliniki chirurgicznej U. S. B. w Wilnie przez firmę Bancewicz (dawniej Pokk) (Wilno, Dominikańska 7).

Z urządzeniami temi pracowałem przez 2 lata i z rezultatów pracy jestem zadowolony, zadowolona jest też i Klinika Chirurgiczna U. S. B., która już od 4 lat na tej sali aseptycznej pracuje.

Nie jestem w stanie obecnie przeprowadzić kalkulacji cen tych rzeczy. Wykonane one były lub w walucie markowej, lub w początkach złotowej. Ceny więc ówczesne są obecnie nieaktualne. Zaznaczę jednak, że cena ta nie może być wysoką i z pewnością nie jest wyższą od zwykłych urządzeń. Nie mówię tu o umywalkach, są bowiem potrzebne w każdym wypadku. Krany i rury wodociągowe nie mogą również tu w grę wchodzić: nie obchodzi się bez nich

żadne urządzenie wodociągowe. Pozostaje piec z kotłem. Cena zwykłego kotła do gotowania stawy nie jest wysoką. Budowa zaś takiego pieca nie jest droższą



od budowy pieca zwykłego, odpadają bowiem w nim liczne kanały ogniowe, wzamian których wchodzi w rachubę jeden kanał luzowy. Piec taki nie wiem, czy kosztuje drożej od zwykłego piecyka wannowego. Wiemy jednak, że ten ostatni wystarczyć może przy bardzo małym napięciu pracy w danej sali operacyjnej. Piec ten zaś jest z pewnością tańszym od budowy innych urządzeń, zaopatrujących w większą ilość wody ciepłej, pozatem może być wyzyskanym dla celów zwykłego ogrzewania.

Przy tym systemie względy oszczędnościowe nie będą odgrywały większej roli, trzeba tylko przejąć się dążeniem „ad astra” aseptyki, ku owemu wyczerkiwanemu stałemu 0% ropień przy operacjach aseptycznych.

Piśmiennictwo:

- 1) Erich Lexer Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie 1921 r.
- 2) Antoni Leśniowski Podręcznik Chirurgji ogólnej 1923 r.
i wszystkie inne podręczniki Chirurgji Ogólnej
- 3) Trinkler Osnowy sowremiennawo leczenija ran (1926).
- 4) Hanel Ueber die Wirkung d. Spiritus officinalis auf Mikroorganismen Bruns Klin. Vorträge Bd. 26 Heft 2.
- 5) Münch. Med. Wochen. 1915 Nr. 38 p. 1297.
- 6) Polski Przegląd Chirurg. tom I zeszyt 4 str. 9 rok 1922.
- 7) „ „ „ „ „ II „ 1 „ 53 „ 1923.
- 8) Tomaszewski o ranach oraz ich leceniu.
- 9) Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego Rok II. zeszyt II str. 126 rok 1926.
- 10) Zentralblatt für Chirurgie rok 1924 Nr. 21 (Turschmid).
- 11) „ „ „ „ 1924 Nr. 39 Teilert).

Z Kliniki chorób dzieci U. S. B.
Poradnia przeciwiłowa (Stacja opieki nad matką i dzieckiem Nr. 8).
Dyrektor Prof. W. Jasiński.

Odczyn Biernackiego u niemowląt z kiłą wrodzoną.

Podał Dr. ZIENKIEWICZ JAN.

Korzystając ze znacznej ilości materiału, objętego opieką poradni, przeciwiłowej postanowiliśmy określić wartość kliniczną odczynu Biernackiego dla kiły wrodzonej u niemowląt, nie pretendując do rozwiązania zawilej kwestji teorii opadania krwinek we własnem osoczu.

Materiał nasz obejmuje dzieci w wieku od 6-ciu dni do 16-tu miesięcy, obarczone kiłą wrodzoną. Dla porównania poddaliśmy badaniu na odczyn Biernackiego i odczyn B-Wass. krew 20-tu zdrowych niemowląt w odpowiednim wieku. Podobną ostrożność nakazały nam różnice w czasie opadania, otrzymane przez różnych badaczy ze względu na niejednorodną technikę badania.

W badaniach swoich posługiwaliśmy się metodą Linzenmeyer'a, używając do tego wyjałowionego, 3% roztworu cytrynianu sodowego. Za jednostkę opadania braliśmy czas, w którym czerwona warstwa opadała od górnej do dolnej podziałki próbówki używanego przyrządu; górną podziałkę oznaczono liczbą 1 cc., dolną — 18 mm.

Jak wiadomo, czas opadania u dorosłych mężczyzn waha się pomiędzy 7-miu a 10-ciu godzinami, u kobiet trwa od 5-ciu do 6-ciu godzin. Co się tyczy niemowląt, to jedni badacze uważają za normę opadania czas od 1 godz. i 30-tu min. do 7-miu godzin, inni zaś od 1 1/2 godz. (90 min.) do 2 3/4 godzin (165 min.). W wyniku naszych badań nad niemowlętami zdrowymi, najkrótszy czas opadania wynosiłby 1-nę godzinę i 15 minut, a najdłuższy — 8-m godzin. W jednym wypadku, dotyczącym dziecka w okresie noworodka (2-a tygodnie), czas ten przeciągał się ponad 12-cie godzin, co zgadzałoby się z twierdzeniem innych badaczy, że u noworodków fizjologicznie czas opadania znacznie się przedłuża.

Z szeregu spraw chorobowych, przyspieszających opadanie krwinek, wszystkie stany zapalne z wysoką temperaturą, wysypkowe, przewlekłe jak: gruźlica, kiła i nowotwory w okresie swojego rozpadu) kiła najbardziej przyspiesza opadanie; gdyż, o ile sądzić można z pojedynczych przypadków, w zapaleniu płuc u dziecka w wieku 1 rok i 7 miesięcy, na wysokości gorączki 39,8°, opadanie trwało 20 min., a w gruźlicy opon mózgowych u dziecka 1 rok i 2 miesiące — 53 minuty, wówczas gdy w kile czas ten nie przekracza niekiedy 7-miu minut (Györgi, Bätzold). W naszych 28-miu przypadkach u nieleczonych niemowląt kiłowych czas ten wynosił:

w 2 przypadkach — 10'	w 1 przypadku — 23'
" 2 " — 12'	" 1 " — 25'
" 5 " — 13'	" 1 " — 30'
" 2 " — 15'	" 3 " — 35'
" 2 " — 17'	" 2 " — 60'
" 3 " — 18'	" 1 " — 83'
" 3 " — 20'	

Nadmienić tutaj należy, że w przypadku, gdzie czas opadania wynosił 83', odczyn B-Wasermana u obu rodziców wypadł ujemnie, jak również oboje przeczą, żeby chorowali na kiłę, jakkolwiek objawy kiłowe i odczyn B. Wass. wybitnie dodatni u dziecka, oraz wywiad (badane dziecko jest drugim, pierwsze urodziło się nieżywe w 8-mym miesiącu ciąży) przemawiają za kiłą. W dwu przypadkach z czasem opadania, wynoszącym 60' jedno dziecko badane było w okresie noworodka (6 dni), kiedy opadanie jest fizjologicznie zwolnione; drugie poza objawami kiły miało jeszcze objawy ciężkiej postaci czyraczności. Czy i w jakim stopniu to powikłanie wpłynęło na zahamowanie odczynu Biernackiego, nie mogliśmy stwierdzić z powodu braku odpowiedniego materiału. W pozostałych 25-ciu przypadkach najdłuższy czas opadania nie przekraczał 35-ciu minut, najkrótszy sięgał 10'.

Ze względu na to, że w każdym przypadku zachodzić mogą różnice w szybkości opadania w zależności od wieku, okresu i nasilenia choroby, uważamy za wskazane przytoczyć wyciągi z opisu stanu obecnego wszystkich badanych niemowląt kiłowych: *)

1. M. (L. 54).

Wiek 6 dni, matka 4 lata zamężna, dzieci miała troje, dwoje zmarło w pierwszym roku życia. Dziecko badane urodziło się z objawami pęcherzycy, przy badaniu liczne pęcherze o treści ropnej na kończynach i twarzy tułów wolny. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego 60'*, matka wyjechała z Wilna bez leczenia.

2. B. J. (L. 207) 4 tygodnie. Ojciec choruje od 1919 r. matka od 1925. B-Wass. matki silnie dodatni, dzieci żywo urodzonych 2, 1 zmarło w wieku 5 tygodni, poronienie 1 samoistne w 3-m miesiącu ciąży. Dziecko badane urodzone przedwcześnie, w tydzień po urodzeniu na małym palcu prawej ręki pęcherz, następnie objawy pęcherzycy na obu stopach i dłoniach, sapka od urodzenia.

Badanie: skóra biała z odcieniem żółtawym, na stopach i dłoniach wysypka grudkowa, nos o zgrubiałej nasadzie, siodełkowaty, hepato-splenomegalia. Odcz. B-Wass. wybitnie dodat. *Odczyn Biernackiego 35'*. Przechodzi kurację, rozwija się dobrze.

3. B. K. (L. 171). 5 tygodni. Matka choruje od roku, odcz. B-Wass. wybitnie dodatni, pierwsze dziecko. Przy urodzeniu dziecko objawów zewnętrznych nie miało.

Badanie: wysypka plamista na obu kończynach dolnych, stopy błyszczące („lakierowane“), sapka, pseudoparalysis Parrot, hepato-splenomegalia, gruczoły chłonne, nadbłoczkowe obustronnie macalne. Odcz. B-Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego 35'*. Zmarło na 3-ci dzień po badaniu z objawami meningo-encephalitis.

4. W. W. (L. 116). 6 tygodni. Odczyn B-Wass. u matki wybitnie dodatni martwy porod w 8 miesiącu ciąży.

*) W tablicy powyższej przypadki chorobowe podano w kolejności wieku badanych.

Badanie: skóra blada, żyły czaszkowe wybitnie nabrzmiałe, czaszka kwadratowa, duża, wątroba macalna miękka, śledziona twarda wychodzi na jeden palec z pod łuku. Odczyn B - Wass. wybitnie dodatni, przechodzi kurację, rozwija się dobrze. *Odcz. Biernackiego — 23'.*

5. J. H. (L. 220). 6 tygodni. Matka choruje od 1918 r. żywo urodzonych dzieci 4 z tego 1 urodzone przed chorobą matki, żyje; 2 zmarło w 1 roku życia. 2 poronienia samoistne i 2 porody martwe. Dziecko ma sapkę od urodzenia, popękane wargi w 2-gim tygodniu życia.

Badanie: cera blada z odcieniem kawy bielonej, plamki o barwie ceglastej na całym ciele, sapka wybitna, nadżerka na podniebieniu twardym, pseudo-paralysis Parrot, wątroba i śledziona macalne twarde. Odczyn B - Wass. wybitnie dodatni, *odcz. Biernackiego — 13'.* Dziecko przechodzi kurację, rozwija się dość dobrze.

6. M. El. (L. 184) 7 tygodni. Matka choruje od 1922 r. dzieci żywo-urodzonych 2, jedno zmarło po upływie 1 doby po urodzeniu 2 porody martwe, 1 poronienie samoistne. Sapka od 2 miesiąca życia, pęcherze na stopach i dłoniach.

Badanie: skóra blada nacieczona, lepieże dokoła odbytu; popękane i nacieczone wargi, lepieże na podniebieniu, sapka, wątroba na 2 palce z pod łuku, śledziona macalna, gruczoły nadbłoczkowe obustronnie macalne. Odczyn B - Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego — 12.* Na 5 dzień po badaniu dziecko zmarło, bez objawów innej sprawy chorobowej.

7. J. Ed. (L. 217). 7 tygodni. Odczyn B - Wass. matki wybitnie dodatni. Na 4 dzień po urodzeniu na rękach i stopach pęcherze, wysypka dokoła warg, później na całym ciele, sapka od 1-go tygodnia życia.

Badanie: skóra blada, z odcieniem kawy zabelonej, popękania dokoła warg, liczne wykwyty plamiste na całym ciele, pęcherze na dłoniach i stopach, sapka wybitna, błona śluzowa jamy ustnej nacieczona, wybitnie zgrubiała dolna połowa podudzia prawego; wątroba sięga prawego talerza biodrowego, — twarda; śledziona na 3 palce z pod łuku, twarda; gruczoły duże, twarde, nadbłoczkowe obustronnie macalne, duże. Odczyn B - Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego — 10'.* W dzień badania dziecko zmarło, bez objawów innej sprawy chorobowej.

8. K. H. (L. 346). 7 tygodni. Od urodzenia dziecko nie włada kończynami górnymi, w 4 tygodniu życia zjawiała się wysypka na całym ciele.

Badanie: skóra blada z odcieniem kawy, liczne rozsiane po całym ciele grudki o barwie ceglastej, nadżerki dokoła warg, sapka, hepato-splenomegalia. Odczyn B - Wass. wybitnie dodatni *odczyn Biernackiego — 13'.* Przechodzi kurację systematycznie.

9. B. A. (L. 96). 7 tygodni. Odczyn B - Wass. matki wybitnie dodatni.

Badanie: hepato-splenomegalia. Gruczoły powiększone twarde. Odcz. B - Wass. wybitnie dodatni, *odcz. Biernackiego — 20'.* Matka niechętna do leczenia, znikła z pod obserwacji.

10. M. J. (L. 205). 2 miesiące i 1 tydzień. Odcz. B - Wass. u matki i ojca.

Poród martwy w 8 miesiącu ciąży. W 2 tygodniu życia wysypka, pęcherze i strupki, sapka od 6 tygodnia życia.

Badanie: skóra blada, czoło i plecy pokryte meszkiem, żyły czaszkowe rozszerzone, wysypka pęcherzykowa i plamista na kończynach dolnych i klatce piersiowej, guzy ciemieniowe wybitne, wątroba — 2 palce z pod łuku, śledziona twarda, sapka. Odcz. B - Wass. wybitnie dodatni, *odcz. Biernackiego — 17'.* Leczy się regularnie i rozwija dobrze.

11. M. R. H. (L. 161). Odcz. B - Wass. u matki wybitnie dodatni, dzieci żywo-urodzonych 3-je, zmarło 2-je w 1-m roku życia. Sapka od 2-go tygodnia życia.

Przy badaniu: cera blada z odcieniem kawy bielonej, gruczoły drobne na szyi, nadbłoczkowe obustronnie macalne, sapka, hepato-splenomegalia. Odczyn B - Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego — 17.* W połowie kuracji matka przestała leczyć.

12. O. B. (L. 200). 2 mies. Matka choruje od 2 lat, odcz. B - Wass. wybitnie dodatni. Sapka od 1-go miesiąca życia.

Przy badaniu: skóra marmurkowata, rzadka plamista wysypka na nogach i pośladkach, nieznaczna sapka, wątroba — 3 palce z pod łuku, twarda. Odczyn B - Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego — 20.* Odbywa kurację regularnie, rozwija się dobrze.

13. K. J. 2 mies. Wcześniak, w ciągu ostatnich 2-u tygodni wysypka na całym ciele, sapka od urodzenia.

Przy badaniu: cera blada z odcieniem kawy bielonej, guzy ciemieniowe wybitne, wątroba — 2 palce z pod łuku sapka wybitna, owrzodzenie na podniebieniu. Odcz. B - Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego — 12.* Przechodzi kurację dość systematycznie, rozwija się niedostatecznie.

14. Ż. W. (L. 183). 2 mies. i 1 tydzień. Matka choruje od 1924 r. dzieci żywonarodzonych 2, — 1 zmarło w 5 miesiącu życia. 1 poronienie samoistne, sapka i pęcherze na dłoniach od 2 tygodnia życia.

Badanie: skóra blada z odcieniem kawy bielonej, lepieże dokoła odbytu, na stopach i dłoniach łuszczący się naskórek, sapka, lepieże w jamie ustnej, nos lekko siodełkowaty, wątroba duża twarda, śledziona 2 — 3 palce z pod łuku, twarda. Gruczoły liczne twarde, Pyodermia et furunculosis. Odcz. B - Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego — 60.* Dziecko zmarło: preumonia, meningitis, sepsis.

15. Z. Ir. (L. 165). 2 mies. Odcz. B - Wass. u matki wybitnie dodatni, 1 poronienie samoistne. W pierwszym mies. życia sapka, plamki na nogach i nadżerki na podeszwach.

Badanie: psoriasis plantaris, wysypka plamista na podudziach, sapka, nos lekko siodełkowaty. Hepato-splenomegalia. Gruczoły nadbłoczkowe obustronnie macalne. Odczyn B - Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego — 25.* Matka nie chce leczyć, znikło z obserwacji.

16. M. L. (L. 907). 2 mies. Matka choruje od roku, odczyn B - Wass. wybitnie dodatni. W 6 tygodniu życia plamy na kończynach i twarzy.

Badanie: plamy i grudki na dłoniach i stopach, mniej na podudziach, kilka grudek na twarzy, barwy ceglastej. Hepato-splenomegalia. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego* — 20. Przechodzi kurację regularnie, rozwija się dostatecznie.

17. W. R. (L. 148). 2^{1/2} mies. 2 dzieci żywo urodzonych, 1 zmarło w godzinę po urodzeniu, 1 poronienie samoistne. Na 10 dzień po urodzeniu sapka i wysypka początkowo na twarzy, potem na tułowi i kończynach.

Badanie: wysypka obfita grudkowo-plamista na całym ciele, skóra warg i podbródka nacieczona, obfity wyciek z nosa, sapka wybitna, bezwład lewej rączki. Wątroba miękka, wystaje o 2 palce, śledziona o 3 palce z pod łuku, twarda. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego* — 18. Przeszło jedną kurację.

18. G. S. (L. 160). 2^{1/2} mies. Odczyn B-Wass. w krwi matki wybitnie dodatni. Żywourodzonych dzieci 3, 2 zmarło z powodu przedwczesnego urodzenia. Poronienie 1 samoistne. Od 6 tygodnia życia wysypka na całym ciele.

Badanie: skóra blada z odcieniem kawy bielonej, wyłysienie, wargi popękane, śluzówki nacieczone, sapka, podniebienie ryjkowate, man valg. bilateralis, zgrubiałe podudzia. Hepato-splenomegalia. Gruczoły szyjne i nadbłoczkowe duże, twarde. Odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, *odczyn Biernackiego* — 13. Przeszło jedną kurację, w stanie dobrym wywieziono do Warszawy.

19. R. M. (L. 179). 2^{1/2} mies. Matka choruje od trzech lat, odczyn B-Wass. wybitnie dodatni, dzieci żywo urodzonych 3, 2 żyje, 1 zmarło w piątym miesiącu życia. Wysypka pęcherzykowa w pierwszym miesiącu życia trwała kilka dni.

Badanie: skóra nacieczona z lekko żółtawym odcieniem, liczne plamy pojedyncze i złane na twarzy, o zabarwieniu ceglastem, łuszczący się naskórek na dłoniach i podeszwach, nieznaczna sapka. Wątroba olbrzymia sięga prawego talerza biodrowego. Odczyn B-Wass. + 4, *odczyn Biernackiego* — 17.

20. B. Cz. (L. 188). 2^{1/2} mies. Od. B-Wass. we krwi matki wybitnie dodatni. Dzieci żywo urodzonych dwoje, jedno zmarło w 3 miesiącu życia, jedno poronienie samoistne. W miesiąc po urodzeniu sapka i wysypka na całym ciele.

Badanie: wysypka grudkowa, gęsta na twarzy i całym ciele, stopy i dłonie pokryte łuszczącym się płatami naskórkiem, nos siodełkowaty, sapka wybitna, nadżerki na błonie śluzowej podniebienia twardego. Wątroba i śledziona duża, twarda. Od. B-Wass. wybitnie dodatni, *od. Biernackiego* — 10. W tydzień po badaniu dziecko zmarło bez objawów wyraźnego powikłania.

21. F. Al. (L. 159). 4 mies. Matka choruje od pięciu lat. Sapka od drugiego miesiąca życia i wysypka na kończynach.

Badanie: grudkowa wysypka na kończynach i głowie, sapka wybitna, gruczoły nadbłoczkowe macalne obustronnie, wielkości orzecha laskowego, wargi popękane, śledziona i wątroba twarde, dość duże. Od. B-Wass. wybitnie, *od. Biernackiego* — 15. Przechodzi kurację rozwija się dostatecznie.

22. Ż. M. (L. 85). 5 mies. W pierwszym miesiącu życia sapka.

Badanie: skóra blada z odcieniem żółtawym, wykwitów brak, sapka wy-

bitna, wątroba i śledziona wystaje z pod łuku na 3 palce, twarde. Od. B-Wass. wybitnie dodatni, *od. Biernackiego* — 18. Przeszło 3 kuracje. rozwija się dobrze.

23. S. W. (L. 154). 6 mies. Od. B-Wass. we krwi matki silnie dodatni, dzieci żywo urodzonych dwoje, zmarło jedno, poronienie jedno samoistne.

Badanie: skóra nacieczona, dokoła odbytu lepiej płaskie i nieznaczna sapka, czaszka kwadratowa, nos lekko siodełkowaty, wątroba o jeden palec, śledziona o dwa — z pod łuku, twarde. Gruczoły nadbłoczkowe powiększone. Od. B-Wass. wybitnie dodatni, *od Biernackiego* — 13. Matka pojechała, los niewiadomy.

24. Z. H. (L. 58 karty klinicznej). 7 mies. Sapka od drugiego tygodnia życia.

Badanie: cera blada z odcieniem kawy bielonej, nadżerki i popękania dokoła warg. Śledziona olbrzymia, twarda, wątroba o dwa palce z pod łuku twarda. Gruczoły nadbłoczkowe obustronnie powiększone. Od. B-Wass. wybitnie dodatni, *od Biernackiego* — 30. Dziecko zmarło, przyczyna niewiadoma.

25. G. Fl. (L. 191). 9 mies. Od. B-Wass. we krwi matki wybitnie dodatni, od 7 miesiąca życia wysypka dokoła nosa, później na całym ciele.

Badanie: skóra blada, nacieczona, z odcieniem kawy bielonej, na całym ciele gęsta wysypka grudkowo-plamista, sapka wybitna, śledziona macalna, wątroba twarda o dwa — trzy palce z pod łuku, gruczoły liczne, twarde, nadbłoczkowego obustronnie macalne, duże. Od. B-Wass. wybitnie dodatni, *od. Biernackiego* — 18. W tydzień po badaniu dziecko zmarło z objawami bronchopneumoniae.

26. K. S. (L. 200 k. klinicznej). 9 mies. Badanie: skóra twarzy blada z odcieniem kawy bielonej, wargi popękane, owrzodzenia na błonie śluzowej jamy ustnej, wątroba o 2 palce z pod łuku. Od. B-Wass. wybitnie dodatni, *od. Biernackiego* — 13.

27. P. Z. (L. 149). 10 mies. Od. B-Wass. we krwi matki wybitnie dodatni, jedno poronienie samoistne.

Badanie: skóra blada, gruczoły liczne, śledziona nie macalna, wątroba — o 3 palce z pod łuku, niezbyt twarda. Od. B-Wass. wybitnie dodatni, *od Biernackiego* — 18. Przeszło jedną kurację, dalej matka nie chce leczyć.

28. S. W. (L. 158). 16 mies. Dzieci żywo urodzonych 2. Jedno poronienie samoistne. Wysypka w pierwszym miesiącu życia.

Badanie: liczne blizny rozsiane po całym ciele, cera blada, gruczoły macalne, obustronnie nabłoczkowe, caput natiforme, zęby, pozbawione szkliwa, nos siodełkowaty, wątroba i śledziona wystają o 2 palce w łuku. Od. B-Wass. wybitnie dodatni, *od Biernackiego* — 35. Przeszło jedną kurację, dalej matka nie chce leczyć.

Z przytoczonych wyciągów wynika, że w obu przypadkach, gdzie opadanie trwało 10 minut, nastąpił zgon — w dzień badania i w tydzień po badaniu — z dwu zaś przypadków z czasem opadania, wynoszącym 12 minut, jedno niemowlę zmarło, a drugie rozwija się niedostatecznie, pomimo dość sy-

stymatycznego leczenia. Sądząc z tego, możnaby mówić o wartości odczynu *Biernackiego* przy rokowaniu co do życia niemowlęcia. Przypuszczenie to wymaga dalszego potwierdzenia na większej ilości materiału.

Jak już wyżej nadmieniliśmy, dla porównania poddano badaniu na odczyn *Biernackiego* i odczyn B-Wassermanna krew 20-tu zupełnie zdrowych niemowląt.

Dla łatwiejszego porównania odczynu *Biernackiego* u niemowląt zdrowych i kiłowych załączamy tablicę przedstawiającą zestawienie szybkości opadania u jednych i drugich:

T A B L I C A I.

Niemowlęta kiłowe				Niemowlęta zdrowe			
L. P.	Wiek	Odczyn B-Wass.	Czas opadania	Czas opadania	Odczyn B-Wass.	Wiek	
1	6 dni	+ 4	60'	360'	—	2	tyg.
2	4 tyg.	+ 4	35'	360'	—	4	tyg.
3	5 tyg.	+ 4	35'	275'	—	6	tyg.
4	7 tyg.	+ 4	12'	392'	—	7	tyg.
5	7 tyg.	+ 4	10'	160'	—	2	mies.
6	7 tyg.	+ 4	20'	205'	—	2 1/2	mies.
7	2 mies.	+ 4	20'	137'	—	3	mies.
8	2 mies.	+ 4	12'	315'	—	3	mies.
9	2 1/2 mies.	+ 4	18'	182'	—	3 1/2	mies.
10	2 1/2 mies.	+ 4	13'	75'	—	4	mies.
11	2 1/2 mies.	+ 4	10'	480'	—	4 1/2	mies.
12	2 1/2 mies.	+ 4	18'	310'	—	5	mies.
13	4 mies.	+ 4	17'	120'	—	7	mies.
14	4 mies.	+ 4	15'	110'	—	11	mies.
15	6 mies.	+ 4	13'	240'	—	11	mies.
16	7 mies.	+ 4	30'	260'	—	14	mies.
17	9 mies.	+ 4	18'	138'	—	15	mies.
18	9 mies.	+ 4	13'	120'	—	18	mies.
19	10 mies.	+ 4	18'	130'	—	24	mies.
20	16 mies.	+ 4	35'	—	—	—	mies.

Z przytoczonej tablicy wynika, że u niemowląt zdrowych, gdzie odczyn B-Wass — we wszystkich przypadkach wypadł ujemnie, opadanie krwinek czerwonych trwało od 70' — 480' t. j. przeciętnie czas opadania krwinek u zdrowych niemowląt wynosił 228' wówczas gdy u niemowląt kiłowych tylko 25'. Ta tak znaczna różnica w czasie opadania krwinek u niemowląt obarczonych kiłą wrodzoną w stosunku do niemowląt zdrowych, przemawia wyraźnie za tem, że kiła wrodzona bardzo przyspiesza opadanie, co też podnosi wartość kliniczną odczynu przy rozpoznawaniu tej sprawy chorobowej.

W dalszym ciągu naszego badania wyżej omawiane, pozostałe przy tym, przypadki kiłowe poddaliśmy kuracji swoistej, sprawdzając w miarę możliwości

zachowanie się odczynu *Biernackiego*. W większości przypadków równolegle z poprawą stanu ogólnego dziecka, z ustępowaniem objawów kiłowych i zmianą odczynu B-Wass. z wybitnie dodatniego na ujemny odczyn *Biernackiego* ulegał też zmianie w kierunku zwolnienia opadania. Najczęściej już po pierwszej kuracji lub nawet w przebiegu leczenia czas opadania znacznie się przedłużał, dochodząc niekiedy do normy. Część niemowląt podczas kuracji swoistej otrzymywała *Novarsenobenzol* (*Spiess*) w dawce po 0,03 na kg. wagi i *kalomel* w zawieszenie po 0,001 na kg. wagi domięśniowo. Tam, gdzie stan dziecka lub inne względy nie pozwalały na stosowanie *Novarsenobenzolu*, stosowaliśmy *stowarsol* (*Spiess*) w dawce po 0,02 — 0,04 na kg. wagi dziecka — doustnie i rtać, jak wyżej. W trzech przypadkach stosowaliśmy wyłącznie *stowarsol*. Załączona tablica demonstruje zachowanie się Odczynu *Biernackiego* podczas kuracji

T A B L I C A II.

L. p.	Nr porządk. wyciągu i hist. chor.	Początkowy odczyn <i>Biernack.</i>	Co zastosowano podczas kuracji	Odczyn <i>Biernack.</i>	Odczyn B-Wass	U W A G I
1	2	35'	11,5 tabl. <i>stowarsolu</i>	183'	—	Kurację przechodziło systematycznie
2	4	23'	Hgcl — 0,056 <i>Neosalv.</i> 0,25 <i>stowarsoli</i> 30 tabl.	185'	+	Rozwija się dobrze, następny odczyn B-Wass
3	5	13'	<i>Stowarsol</i> 5 tabl. <i>Neosalv.</i> 1,15 Hgcl 0,02 <i>Luatoli</i> 1,2	62'	+	Stan dobry, rozwija się prawidłowo
4	9	20'	<i>Stowarsoli</i> 8 tabl. <i>Neosal.</i> 0,45 Hgcl 0,029 <i>Luatoli</i> 0,2	66'	+	Matka leczy bardzo nieregul., ostatnio dziecko znikło z pod obserwacji
5	10	83'	<i>Stowarsoli</i> 15,5 tabl. + <i>Stowarsoli</i> 12 tabl.	85' 175'	—	Dziecko rozwija się prawidłowo
6	12	20'	3 tabl. <i>stowarsolu</i> Hgcl 0,012 <i>Neosalv.</i> 0,7 <i>Luatoli</i> 0,65 Hgcl 0,009, <i>reosal</i> 0,6 <i>Luatoli</i>	29' 175'	—	Dziecko rozwija się prawidłowo
7	13	12'	12 tabl. <i>Stowarsoli</i> , <i>Neosal</i> 0,2 Hgcl 0,031, <i>Luatoli</i> 0,2	110'	—	Rozwija się niedostatecz. blade, przech. pyelitis
8	16	20'	<i>Luatoli</i> 0,8, Hgcl 0,024, <i>Neosalv.</i> 0,7 <i>Stowarsoli</i> 24 tabl. Hgcl 0,02, <i>Luatoli</i> 0,9 <i>Neosalv.</i> 0,9	49' 70'	+	Przechodzi w dalszym ciągu kurację, ostatnio O.B-wass
9	17	18'	<i>Stowars.</i> 2 tabl Hgcl 0,021 <i>Neosal.</i> 0,55 <i>Neosalv.</i> 1,5 Hgcl 0,029	47' 75'	—	Następną kurację przechodzi niesystematycz.
10	17	13'	5 tabl. <i>Stowarsoli</i> + 4 tabl. <i>Stowarsoli</i> + 29 tabl. <i>Stowarsoli</i>	25' 30' 13'	—	Rozwija się dobrze, rodzice wyjechali do Warszawy
11	19	17'	<i>Neosalv.</i> 1,2 <i>Stowarsoli</i> 7 tabl. Hgcl 0,089 <i>Luatoli</i> 0,6	75'	—	W dalsz. ciągu przechodzi kurację dość systematycznie, stan dobry
12	21	15'	<i>Neosalv.</i> 0,45, <i>Luatoli</i> 0,7 Hgcl 0,003 <i>Stowarsoli</i> 22 tabl. Ung. ciner. 7,0	70'	—	Przech. kurację dość system., często zapada na katary dróg oddech.
13	22	18'	Neo. 1,55 <i>Luatoli</i> 1,4 Hgcl 0,036 <i>Neosalv.</i> 0,25, <i>Stowarsoli</i> 21 tabl. Hgcl 0,04, <i>Luatoli</i> 1,5	77' 151'	—	Rozwija się dobrze
14	26	18'	Hgcl 0,025, <i>Neosalv.</i> 0,75, <i>Luatoli</i> 0,2 <i>Stowarsoli</i> 5 tabl.	47'	—	Przech. gonitis t.b.c. matka niechce lecz. specyf.

Streszczenie:

1) Poddano badaniu na odczyn Biernackiego 28 niemowląt, obarczonych kiał wrodzoną i 20 zupełnie zdrowych w odpowiednim wieku niemowląt. Odczyn B-Wass. we wszystkich przypadkach kiałowych wypadł wybitnie dodatnio, w pozostałych ujemnie. Przeciętny czas opadania krwinek u niemowląt kiałowych wynosił 25 minut, wówczas gdy u zdrowych 228 minut, co przemawia za wartością kliniczną odczynu Biernackiego w rozpoznawaniu kiały wrodzonej u niemowląt.

2) W przypadkach, jakie poddano kuracji swoistej, sprawdzano zachowanie się odczynu Biernackiego; okazało się, że z poprawą stanu ogólnego, ustępowaniem objawów i zmianą odczynu B-Wass. z wybitnie dodatniego na ujemny, czas opadania krwinek znacznie się przedłużał, dochodząc w niektórych przypadkach prawie do normy.

3) W 2 przypadkach, gdzie czas opadania nie przekraczał 10 minut, nastąpił zgon, z 2 zaś przypadków, w których czas ten wynosił 12', jedno niemowlę zmarło, drugie rozwija się niedostatecznie pomimo dość systematycznego leczenia. Z tego można przypuszczać, że odczyn Biernackiego w kile wrodzonej u niemowląt ma wartość prognostyczną co do życia.

Przypuszczenia powyższe, szczególnie ostatnie, wymagają dalszego potwierdzenia na większej ilości materiału.

Piśmiennictwo:

- P. Cyördy. Münch. medic. Wochenschr. Nr. 26. 1921.
Kurt Bätzold " " Nr. 23. 1922.
Frenklowa i Samet-Mandelsowa. T. IV. Pedj. Pol
Dawidowicz. Praktyka Lekarska 1927.

Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Wileńskiego.
Kierownik Prof. D-r K. Opoczyński.

STANISŁAW MAHRBURG.

O nadnerczakach.

Z podaniem 3-ch zbadanych przypadków.

Podział nowotworów złośliwych nerek, oraz określenie stosunku liczbowego nowotworów złośliwych do łagodnych, napotyka na wielkie trudności. Przed 1883 rokiem nowotwory złośliwe nerek dzielono na raki i mięsaki i dopiero *Grawitz* po raz pierwszy na podstawie swych badań uzasadnił myśl pochodzenia nowotworów nerek z rozsianych w nich komórek zarodkowych nadnercza. „Struma suprarenalis aberrata”, jak je nazwał *Grawitz*, ma swe pochodzenie z komórek nadnercza. Uzasadnienie tego poglądu *Grawitz* oparł: 1—na umiej-

scowieniu nowotworu wprost pod torebką nerkową, gdzie właśnie często spotykamy rozsiane komórki zarodkowe nadnercza; 2—na morfologii komórek nowotworowych, które zupełnie nie są podobne do nabłonków cewek nerkowych; 3—na braku łączności nowotworu z tkanką nerkową, przy pewnej grubości przegród łącznotkankowych na granicy nowotworu z tkanką nerkową; 4—na zawartości w komórkach nowotworowych tłuszczu, którego obecność przemawiałyby za pochodzeniem jego z tkanki nadnerczowej, lecz nie z nabłonka nerkowego; 5—na stosunku komórek do tkanki śródmiąższowej; 6—na zwyrodnieniu skrobiowatym naczyń nowotworu, znajdowanem w naczyniach nadnercza.

Teoria *Grawitz'a* była przyjęta przez bardzo licznych badaczy; zwolennicy *Grawitz'a* rozszerzyli ją, zaliczając do nadnerczaków nawet takie nowotwory, których sam autor nie uznawał za nadnerczaki. Już w następnej swej pracy, wydanej w rok później (1884), *Grawitz* ostrzega przed zbyt uogólnianiem wniosków jego w tej sprawie, i zaznacza, że nie uważa za „struma suprarenalis aberrata” nowotworów brodawkowych, lecz ma na względzie tylko twory, składające się z komórek, założonych w samym miąższu nerek.

Z powodu zbyt uogólnienia pojęcia o „struma suprarenalis aberrata” *Grawitz'a*, *Birch-Hirschfeld* proponuje nazwę „hypernephroma”, wyraz nie mający określać histogenezy nowotworu, lecz tylko jego umiejscowienie; słuszną uwagę robi *Marchand*, iż musielibyśmy w zależności od topografii nowotworu uznać wyrazy „uteroma”—„gastroma” i t. d.; należy jednak zaznaczyć, iż określenie „hypernephroma”, dzięki swej zwiezłości i praktyczności, dziś uzyskało prawo obywatelstwa.

Gerlach, przeprowadzając badania nad obecnością rozsianych zabłąkanych komórek nadnerczy, mówi, iż we wszystkich siedmiu zbadanych przypadkach znalazł w nerkach komórki nadnercza, w charakterze skupień zarodkowych; twory te bądź wielkości ziarna prosa, bądź mniejsze lub większe, do wielkości orzecha włoskiego, miały budowę tkanki nadnercza. Liczba rozproszonych ognisk była różna, w jednym przypadku autor miał jeden, w drugim zaś do piętnastu takich tworów. — Nie wszystkie ogniska były oddzielone od nerki otoczką; miejscami torebka była przerywana, tkanka nadnercza bezpośrednio więc stykała się z tkanką nerki. Badania mikroskopowe tych tworów w żadnym razie nie naprowadzały autora na myśl o ich pochodzeniu nerkowym, natomiast wielkie, bogate w protoplazmę komórki odpowiadały komórkom korowej warstwy nadnerczy. Przeprowadzając badania nad zawartością tłuszczu, autor przekonuje się również o pochodzeniu komórek nowotworu z nadnercza, a nawet gruczolaki kory nadnerczy, jego zdaniem, pod względem zawartości tłuszczu odpowiadają nowotworom nerki pochodzenia nadnerczowego.

Badając różne typy tych nowotworów, autor widzi wiele wspólnych cech w ich pozornie tak różnorodnej budowie.

Posuwając się jeszcze dalej, *Gerlach* powiada, iż wszystkie badane przez niego nowotwory można uszeregować w jeden rząd, który zaczynałby się od normalnej korowej tkanki nadnercza, prowadziłby przez odszczepione komórki zarodkowe, przez gruczolowate twory nadnerczowego pochodzenia, aż do nowo-

tworów *Grawitz'a*; w szeregu tym znajdują się nowotwory od prostych i nie-złożonych w swym układzie elementów tkankowych do nader skomplikowanych, mających budowę gruczołowo—brodawkową. Tą drogą autor przechodzi od dobrotliwych tworów kory nadnerczy, do tworów o budowie rakowatej, nie mających cech złośliwości. Opisując obrazy mikroskopowe, autor podkreśla, iż budowa tych tworów jest zupełnie podobna do raków złośliwych nadnercza. Znaczne odchylenia od budowy nowotworów typu nadnerczowego były w tych nowotworach *Grawitz'a*, które zawierały twory brodawkowe, ale i tu stopniowanie było widoczne i jednocześnie z tworami brodawkowatymi były obserwowane w obrazach histologicznych miejsca o typowej budowie nadnercza. Wreszcie w niektórych nowotworach o budowie gruczołowo-brodawkowej pochodzenie nadnerkowe nie mogło być ustalone.

Steinke, na podstawie prac swego nauczyciela *Lubarscha*, staje po stronie *Grawitz'a*; opiera się on na porównaniach anatomicznych. Ze swego obfitego zwierzęcego materiału wywnioskowuje, że w istocie korowej nadnercza znajdują się blastomaty z niszczącym rozrostem, które tak samo się różnią od prawdziwych „struma aberrata” nadnercza, jak w organizmie człowieka nowotwory *Grawitz'a* różnią się od „struma” nadnercza.

Wilson i Willis na podstawie historii rozwoju, mniemają, że zabłąkane komórki zarodkowe nadnercza pochodzą od ciała *Wolffa* i twierdzą, że w każdym razie obecność tych zarodków w nerkach jest bardzo rzadka; większość jednak autorów wypowiada zdanie, że skupienia, spotykane w nerkach, najzupełniej odpowiadają tkance nadnercza; szczególnie dotyczy to skupień typu gruczołaków, znajdujących w korze; podobieństwo to wpływa jak z ogólnej budowy tych tworów tak też z morfologii poszczególnych komórek. Na tej podstawie, powiada *Gerlach*, musimy uznać bezwarunkowo pochodzenie tych tworów od nadnercza.

Ten sam autor zaznacza, iż nawet ci, którzy odrzucają teorię *Grawitz'a*, przyznają jednak, iż skupienia komórek zarodkowych w nerce są pochodzenia nadnerczowego, i że ich obecność jest bardzo częsta.

Długi szereg autorów nietylko przyłącza się do poglądów *Grawitz'a*, lecz daje nowe dowody, potwierdzające te poglądy, jak to: jednakowa odsetka zawartości lecytyny i obecność glikogenu w nowotworach i w nadnerczu. *Neuhäuser* podaje wyliczenie, iż 66% jego przypadków nowotworów mają pochodzenie nadnerczowe. *Wilms* podaje 78% a *Albrecht* nawet 99%.

W 1893 r. *Sudek* pierwszy występuje przeciwko *Grawitzowi*, twierdząc, iż wszystkie obserwowane przez niego przypadki nowotworów nerek, były pochodzenia nerkowego. Według *Sudeka* powstaje pytanie, czy istnieją naogół nowotwory pochodzenia nadnerczowego, bo o ileby istniały, to musiałyby zdarzać się bardzo rzadko. Pogląd swój *Sudek* opiera między innymi spostrzeżeniami na tem, że 1) nie spotykamy skupień komórek zarodkowych w innych narządach, 2) często nawet w normie mamy komórki zabłąkane w nerkach, lecz najczęściej w okolicy wnęki, nowotwory zaś spotykamy tem rzadziej, im bliżej do wnęki, na koniec, 3) *Sudek* podkreśla pewne ustępstwo, poczynione przez

Grawitz'a co do poglądu jego na podobieństwo komórek nowotworowych do komórek nadnercza.

Zaprzatrywania *Sudeka* zostają jednak ostro odparte przez *Marchanda i Lubarscha*. *Lubarsch* daje następujące konkluzje w wyniku badań dokonanych w 9 przypadkach: *Lubarsch* nie może nazwać swych nowotworów ani adenomatami, ani carcinomatami, ani angiosarcomatami, chociaż ta nazwa na podstawie morfologii byłaby może najbardziej odpowiednią. „Mógłbym określić je”, powiada *Lubarsch*, „jako hypernephroidy (przerostowe), albo raczej jako nowotwory o typie nabłonkowym, z cechami rozpadowemi lub bez rozpadu”.

W dalszych pracach *Sudeka* spostrzegamy już nawet potwierdzenia teorii *Grawitz'a*.

W 1908 r. prof. wiedeński *Stoerk*, na podstawie swych badań, nietylko przyłącza się do poglądów *Sudeka*, lecz znajduje szereg nowych ważkich podstaw do przypuszczeń o nerkowym pochodzeniu omawianych nowotworów.

Ten badacz zastanawia się nad pytaniem, dlaczego typowe nowotwory *Grawitz'a* mają punktem wyjścia tylko nerki, nie zaś same nadnercza; w nadnerczach nowotwory złośliwe i dobrotliwe mają zupełnie inną morfologię. Na podstawie poglądów *Grawitz'a* można myśleć, powiada *Stoerk*, iż komórki nadnerczowe mają swoje, stale wyznaczone miejsce (w nerkach); nowotwory te jednak zjawiają się w rozmaitych odcinkach miąższu nerki, a poza tem ogniska rozrostu nowotworów *Grawitz'a* nie odpowiadają umiejscowieniu zbłąkanych komórek zarodkowych nadnerczy. Dalej dlaczego wobec legionu nowotworów *Grawitzowskich* nerek, stoi jeden, jedyny, ściśle izolowany przypadek w wątrobie albo w jądrze. *Stoerk* jest zdania, iż wygląd komórki nowotworu *Grawitz'a*, cechujący się jej przezroczystością, nie jest uwarunkowany zawartością lipidów (jak sądzi *Grawitz*) lecz jest zależny od pewnego stopnia pęcznienia protoplazmy, wskutek zmian wodniczkowych (mających pewien związek z nacieczeniem glikogenowem). Jest to zarazem przyczyną słabego zabarwienia nowotworu z natury. Według *Stoerka* pojawiają się tu substancje w postaci kropelek lub ziarenek podobnych do tłuszczu, które jednak właściwie nie są substancjami tłuszczowemi (tłuszczowatemi—*Stoerk*). Dalej substancja korowa nadnercza ma właściwość podwójnego załamania światła, tę samą własność posiada substancja nowotworowa *Grawitz'a*; byłoby to potwierdzeniem nadnerczowego pochodzenia nowotworu; jednak, według *Lohleina*, zmieniona patologicznie protoplazma nabłonka nerki ma tę samą zdolność podwójnego załamania światła, dlatego też ta cecha nie może służyć jako dowód pochodzenia nadnerkowego komórek. *Stoerk* niemal we wszystkich nowotworach, szczególnie pochodzenia nabłonkowego, obserwował tę własność podwójnego załamania światła.

Porównawcze chemiczne badania substancji korowej nadnerczy z chemizmem substancji nowotworowych, *Stoerk* uznaje za pierwszorzędne a wykazanie dwoistości tych substancji byłoby decydującem dla odrzucenia teorii *Grawitz'a*. Mówiąc o budowie histologicznej *Stoerk* zaznacza, że w nadnerczu ludzkim, ani fizjologicznie ani patologicznie nie istnieje takie ugrupowanie komórek nabłonkowych, jak w gruczołowo-torbielowatych tworach; na podstawie

tych badań *Stoerk* stanowczo odrzuca nadnerczową teorię *Grawitz'a*, przyjmując pochodzenie nowotworów nerkowych z nabłonka nerkowego.

Stoerk twierdzi, że miał możliwość obserwowania, jak z torbielowato-rozszerzonych kanalików nerkowych kształtowały się brodawkowate torbiele, które następnie, dzięki zanikowi ściany cysty, tworzyły torbielowate gruczolaki i jak ostatecznie większe odcinki torbielowego nowotworu, dzięki wodniczkowemu przeistoczeniu nabłonka, dawały twory *Grawitz'a*. Chcąc odpowiedzieć na pytanie, które z części składowych nerki mogłyby być podłożem dla powstania nowotworu, *Stoerk* uważa, że nie możemy tego spodziewać się od kłębków *Malpighi'ego*, które w swym rozwoju są już tworami całkowicie zakończonymi w okresie życia płodowego; natomiast miąższ, jako rozwojowo później powstający, może rozrastać się. Chcąc pojąć histogenezę tworów *Grawitz'a*, *Stoerk* zestawia ich pojawienie się z procesami zanikowymi lub podzapalnymi, zachodzącymi w nerkach i sądzi, iż intensywna odnowa tkanki może prowadzić do następczego bujania nowotworowego. Dlatego też nie obojętnym jest z punktu widzenia klinicznego, w przypadkach nowotworów *Grawitz'a*, zwracać szczególnie uwagę na poprzednie patologiczne stany nerek.

Do przeciwników *Grawitz'a*, podziеляjących poglądy *Stoerka*, możemy zaliczyć: *Zehbe*, *Sissona*, *J. Ipsena*. *Zehbe* na podstawie 150 przypadków nadnerczaków, obserwowanych u ludzi, wnioskuje, iż wszystkie nowotwory nerek pochodzą z nabłonka nerkowego. Ponieważ *Zehbe* obserwował wszystkie nowotwory nerek jednocześnie ze stanami ich marskości, to na podstawie tej sądzi on, że przyczyną powstawania nowotworów *Grawitz'a* jest wzrost wyrównawczy cewek w postaci gruczolaków.

Sisson twierdzi, że powstawanie nowotworów zależy także od nieprawidłowej (atypowej) ustrojowości tkanki nerkowej, zresztą zgadza się z *Zehbe*, że nowotwory *Grawitz'a* pochodzą z miąższu samej nerki. *Sisson* szczególnie podkreśla różnicę rozlokowania tłuszczu: w nowotworach *Grawitz'a* tłuszcz jest zawarty nierównomiernie, odwrotnie zaś, w nowotworach nadnerczowych, przynajmniej na większych przestrzeniach, tłuszcz jest rozlokowany równomiernie. *Sisson* sądzi, że nowotwory *Grawitz'a* pochodzą z samej nerki, jednak punktem ich wyjścia nie są gruczoły, lecz komórki zarodkowe różnych tkanek.

Próby rozstrzygnięcia kwestji na drodze doświadczalnej dały wyniki wątpliwe. *Neuhäuser* dowodzi, że otrzymał drogą transplantacji tkanki nadnercza prawdziwe nowotwory. *Stoerk* i inni, po próbach transplantacji tkanki nadnerczowej do nerki, widzieli przerost tkanki nerkowej; przytem zwracali uwagę na to, że otrzymane obrazy były zupełnie podobne do gruczolaków nadnerkowych, ale wcale niczem nie przypominały gruczolaków *Grawitz'a*. Fakt ten bezwątpienia zasługuje na uwagę.

Nie będziemy tu zastanawiali się, nad bardzo licznymi propozycjami klasyfikacji tych nowotworów; nie możemy jednak pominąć milczeniem poglądu na nowotwory *Grawitz'a* z ostatnich czasów, jako na twory mieszane. *Ricker*, zdaje się, pierwszy wskazał na ten charakter mieszanych tworów. Pod nazwą mieszanych, rozumiemy twory, które zawdzięczają swe powstawanie pewnej

nieprawidłowej ustrojowości, pewnym błędem w rozwoju nowotworu wskutek pomieszania rozmaitych składników. Podział *Schwalbego* na nowotwory pochodzenia hyperplastycznego i dysontogenetycznego jest bardzo zbliżony do powyżej podanego.

Przeprowadzając ściśle badania embrjonalne w celu uzasadnienia swych poglądów, *Wilson* wywodzi, iż przy tworzeniu się miedniczki nerkowej, oraz systemu cewek zbiorczych, powstają masy komórkowe, których część otacza oddział końcowy każdej cewki zbiorczej.

Podczas dalszego rozwoju, cząsteczki tkanki nerkotwórczej, pozostają w zakątkach między rozgałęzieniami cewek. Skutkiem nieprawidłowości w rozwoju powstają więc skupienia komórkowe, które dają początek nowotworom *Grawitz'a*. Jakkolwiek z poglądem *Wilsona*, jako całkowicie odrzucającym pochodzenie nowotworów z zarodków nadnercza, nie można w zupełności się zgodzić, to jednak badania jego zasługują na uwagę, gdyż dają nowe oświecenie sprawie pochodzenia nowotworów *Grawitz'a*. Widzimy, że *Stoerk*, również jest bliski do odsunięcia wstecz okresu rozwojowego powstawania nowotworów *Grawitz'a*, *Stoerka* wcale nie zdziwiłaby obecność chrząstek i mięśni w nowotworach *Grawitz'a*, byłoby to, mówi on, naturalnym błędem rozwoju z daleko wcześniejszego okresu zarodkowego, niż powstawanie rozsianych, zarodków z nadnercza.

Gerlach, w już wspomnianej pracy „o histogenezie nowotworów *Grawitz'a* nerek”, mówi, iż tylko wówczas wejdziemy na dobrą drogę, kiedy będziemy dążyli do badania teratogenetycznego. W nowotworze *Grawitz'a*, mówi *Gerlach*, widzimy wyraźną tkankę nadnercza, jak również nerkową, i stawiając pytanie o teratologicznem pochodzeniu tych tworów, musimy wrócić do okresu, kiedy twórcza zdolność niezróżnicowanej komórki mogła się przejawiać jednakowo w kierunku tworzenia i nerki i nadnercza.

Przypuszczenie istnienia tego rodzaju i mających takie własności komórek embrjonalnych, oraz mogących dzięki temu wytwarzać jak jedną, tak drugą tkankę, zdaje się być najprostszą podstawą do wytłumaczenia pochodzenia nowotworów *Grawitz'a*.

Badania *Polla* odnoszą pierwszą fazę powstawania nadnercza do zarodków w początku 4-go tygod. o długości 5 m. m. *Wiesel* w zarodku długości 9 m.m. znalazł pierwotną międzynerkę, leżącą zupełnie wolno w tkance łącznej, *Poll* podkreśla wyraźnie związek pomiędzy górną trzecią ciała Wolffa, a międzynerczem; według jego badań, kora nadnercza pochodzi z tych samych komórek, co i nabłonek przednercza, pierwotnej nerki, a następnie dojrzałej nerki, mianowicie z nabłonkowej części mezodermy.

Gerlach, rozpatrując wzajemny stosunek tkanek narządu nerkowego w jego wczesnych okresach, mówi, że niektóre komórki tkanki nadnerkowej znajdują się tuż obok pierwotnych komórek nerkowych: te przenikają razem z innymi komórkami, wchodzącymi następnie w skład nerek, rozwijają się tam i pozostają; komórki narazie obojętne, w pewnych warunkach zaczynają się różnicować i tworzą nadnerkowe i nerkowe części nowotworów *Grawitz'a*.

Tego rodzaju pogląd, mówi *Gerlach*, daje możliwość zrozumienia różnych postaci nowotworów, jak również pojmowania różnic między nimi, uzależniając je od wzrostu, czasu, albo okresu rozwoju embrjonalnego. Pogląd ten wyjaśnia poza tem stopień złośliwości nowotworu, uzależniając go od wieku i zróżnicowania elementów komórkowych.

Reasumując poglądy na histogenezę nowotworów *Grawitz'a*, możemy wyodrębnić następujące etapy w rozwoju tych poglądów: 1-szy okres dotyczy podporządkowania nowotworów typu nadnerczowego do ogólnego wówczas przyjętego podziału nowotworów złośliwych, bez uwzględnienia ich odrębnego charakteru. Drugi okres, poczynając od *Grawitz'a*, uznaje za podłoże rozwoju nowotworów nadnerkowych rozsiane zarodki nadnercza, więc wchodzi na tory embriologii. Tu należy podnieść nietylko zasługę *Grawitz'a*, lecz i jego przeciwnika *Stoerka*, stojącego na gruncie pochodzenia nerkowego tych nowotworów. Pierwszy daje ściśle określone poglądy, drugi, nie zgadzając się z niemi, krytykuje je, pogłębia. Wchodzimy wreszcie w okres trzeci poglądu na rozwój nadnerczaków z pozostałości najrozmaitszych komórek zarodkowych rozwijającego się aparatu moczowego od najwcześniejszego jego okresu.

Jeżeli dalsze badania nadnerczaków są pożądane i nie utraciły swego znaczenia, to właśnie dlatego przedewszystkiem, że geneza ich nie jest ustalona. Jakkolwiek ta trudna sprawa być może nie prędko jeszcze będzie rozstrzygnięta i być może do rozstrzygnięcia jej nie poprowadzą badania morfologiczne, to jednak wyjątkowo interesujące piśmiennictwo, dotyczące nowotworów *Grawitz'a* było bodźcem dla mnie do zajęcia się trzema przypadkami, które miałem możliwość opracować. Za zagadnienie nie mniej ważne od histogenezy nadnerczaków uważałbym kwestję stosunku budowy histologicznej tych nowotworów do ich złośliwości. Sprawa ta również zajmowała wielu. Podane przeze mnie przypadki, dzięki swojej budowie histologicznej oraz przebiegowi klinicznemu, dają możliwość wypowiedzenia w tym kierunku paru uwag. Sądzę, iż to również upoważnia mnie do ogłoszenia tych kilku spostrzeżeń.

Przypadek I. Przypadek dotyczy guza nerki kobiety 46 lat.

Po sześciomiesięcznej chorobie, dokonano operacji usunięcia nerki (prof. *Michejda*), jednak wkrótce nastąpił przerzut do drugiej nerki, który wywołał zgon. Nerka została przesłana do Zakładu Anatomji Patologicznej, celem zbadania histologicznego.

Preparat anatomiczny (Tabl. I., ryc. 1), nerki waży 900 gr. i ma wymiary $14 \times 9 \times 7$ cm. Nowotwór umiejscawia się w górnej części nerki, nadając jej kształt gruszkowaty. Na przekroju część, odpowiadająca umiejscowieniu nowotworu, otoczona dość grubą torebką łącznotkankową. Poza tem tkanka łączna obficie rozrasta się w mięszu nowotworowym, rozdzielając go na ograniczone ogniska, przeważnie w postaci okrągłych tworów o zabarwieniu żółtawo-szarym, obfitujących też w ogniska krwawo brunatne. Dolna połowa nerki częściowo utraciła swą budowę: granice istoty korowej i rdzeniowej słabo się zarysowują, piramidki mało uwidocznione, mięsz nerkowy czyni wrażenie zbitego i przerostłego tkanką łączną.

Badanie mikroskopowe (Tabl. III, ryc. 5), wykazuje:

W skrawkach, wyciętych na granicy zachowanej tkanki nerkowej z tkanką nowotworową, widzimy w istocie korowej niedużą liczbę bardzo rozszerzonych kanalików nerkowych, otoczonych dużą ilością przerostłej tkanki łącznej; nabłonek, wyściełający kanaliki, przeważnie bardzo spłaszczony, w świetle cewek liczne wałeczki szkliste. Kłębki Malpighiego są częściowo lub całkowicie zwłóknione, a tylko nieliczne zachowały swój wygląd. Miejscami dookoła kłębków widoczne skupienia komórek, podobnych do limfocytów. Cały mięsz nerkowy czyni wrażenie mocno uciśniętego rozrastającą się śródmiażdżowo tkanką łączną, jak również rosnącym w górnym biegunie nerki nowotworem. Pęczki włókniste, przeplatając się w różnych kierunkach, otaczają skupienia komórek o dużej ilości bezkształtnej, jasnej, jednolicie barwiącej się, lub piankowatej zarodki, miejscami będącej w stanie rozpadu i mającej duże jądra z umiarkowaną ilością chromatyny; miejscami ma się wrażenie iż zaródki komórek została rozpuszczona, gdyż zamiast niej pozostają wodniczki. Pojedyncze ogniska takich komórek, otoczone cienkimi pasemkami tkanki łącznej, spotykamy już w powierzchniowej części warstwy korowej.

W miarę oddalania się od kory, liczba tych ognisk komórkowych zwiększa się jak również same ogniska stają się większe. Jeszcze dalej widzimy zmniejszanie się i na koniec prawie zupełny brak tkanki łącznej, natomiast komórki nowotworowe stanowią prawie jednolite utkanie. Komórki te duże, o siatkowej budowie i dużym pęcherzykowatym lub owalnym jądrem, układają się grupami, wysepkami i pasmami. W tych właśnie miejscach układ i charakter komórek nowotworowych najbardziej przemawia za ich podobieństwem do komórek nadnercza. Poza tem spotykamy obfite ogniska martwicze oraz rozpad mięszu nowotworowego o charakterze karyolitycznym lub karyorektycznym. Badania sudanem daje wyraźny odczyn dodatni; wskutek zmian i rozpadu komórek nie zawsze daje się stwierdzić obecność tłuszczu w granicach samej komórki, jednak umiejscowienie takie uwidocznia się tem łatwiej im lepiej jest zachowana komórka nowotworowa; tłuszcz skupia się w postaci drobniutkich kropelek miejscami zlewając się w dużą kulę, wypełniającą wówczas całą zaródki komórkową. Porównując charakter komórek nowotworowych, spotykanych w różnych częściach naszego preparatu, możemy stwierdzić, iż zmienność ich wejrzenia zależy bądź od ucisku tkanki łącznej międzymiażdżowej, bądź też od ich stanu i wieku.

Przypadek II. Przypadek dotyczy mężczyzny lat 65. Chory wstąpił do kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Wileńskiego 27 października 1924, i podaje, że choroba zaczęła się przed 6 miesiącami silnymi bólami w okolicy lewej nerki. Kilkakrotnie chory obserwował krwawe zabarwienie moczu.

Pod lewym łukiem żebrowym wyczuwa się guz, sięgający swą dolną granicą na trzy palce ponad grzebień kości biodrowej. Guz twardy o powierzchni, nierównej, ruchomy przy oddychaniu, przy ucisku prawie niebolesny. Nerka prawa nie wyczuwa się.

Badanie moczu wykazało: odczyn kwaśny, białka 0,18 pro mille, liczne czerwone ciążka krwi, chemicznie wyraźny odczyn na krew, leukocytów 5—8 w polu widzenia.

Cystoskopia (5 listopada 24 r.): cewnik łatwo wprowadzony, pojemność pęcherza 250 cm.³, ogólny obraz śluzówki prawidłowy, w okolicy trójkąta *Lieutaudiego* wybroczyny. Po zastrzyknięciu śródmięśniowo 20 cm.³ indygokarminu, ten wydzielił się po 17 min.

Operacja 6-go listopada—nephrectomia sin (prof. *Michejda*). Wyluszczenie nerki i jej torebki z powodu licznych zrostów utrudnione, częściowo też zostaje usunięta torebka.

Po operacji chory szybko się poprawia i 30.XI.—24 opuszcza klinikę przy objawach nieznacznych wydzielin z rany. 30.III.—25 r. ponownie zgłasza się do kliniki, skutkiem niegojenia się rany. Na propozycję operacji nie zgadza się. Od lekarza, kurującego chorego, dowiadujemy się, że chory zmarł po kilku miesiącach.

Preparat usuniętej nerki (Tabl. I, ryc. 2): waga 370 gr. wymiary 13 (dług.) $\times$ 9 (szerokość) $\times$ 7 (grubość), kształt nerki zmieniony, szczególnie w dolnej jej połowie, gdzie mieści się nowotwór i gdzie uwydatnia się guzowata jego powierzchnia. Na przekroju (przez grzbiet nerki i miedniczki) istota korowa zachowana w górnej połowie nerki, miedniczki zaś i dolna połowa zajęta przez nowotwór.

Guz ma wielkość dużego jabłka, na przekroju jest otoczony torebką, która miejscami przerywa się, i tu tkanka nowotworowa zlewa się z tkanką nerkową, poza tem są widoczne ogniska różnej wielkości, miękkie, o zabarwieniu sadłowym, oraz liczne miejsca brunatno-krwiste.

Badanie mikroskopowe: w zachowanym miąższu nerkowym rozrost tkanki łącznej. Kłębki powiększone i zawierają liczniejsze niż zwykle jądra. Torebki niektórych kłębków wypełnione płynem przesiekowym. Tkanka nowotworowa wszędzie ściśle odgranicza się od tkanki nerkowej grubą torebką łączno-tkankową. Torebka ta obficie usiana skupieniami komórek o wyglądzie limfocytów. Poza wałem łączno-tkankowym miąższ nowotworowy dzieli się pasemkami tkanki łącznej na większe lub mniejsze ogniska o charakterze litym (Tabl. III, ryc. 6); ogniska te utkane są z dużych wielokątnych komórek z zarodką, jednolicie i jasno barwiącą się eozyną. W jednych ogniskach komórki nowotworowe przylegają ściśle, nie zawierając istoty międzykomórkowej, w innych zaś, tkanka łączna przenika pasmami w głąb ogniska, dzieląc je na małe zraziki; bądź też delikatne pasemka tkanki łącznej przenikają pomiędzy pojedyncze komórki, oplatają je, zmieniając ich kształt i nadając im wygląd małych komórek, będących w stanie zaniku. Nie spotykamy układu cewkowego komórek; w mniejszym też stopniu niż w uprzednim preparacie komórki nabierają układu pasemkowego; komórki nowotworowe wykazują również i na tym preparacie wahania co do wielkości, kształtów, tak też co do barwliwości ich elementów, zachowując jednak podstawową wspólność cech. Wspólność morfologii różnych komórek badanego nowotworu, daje możność nadania im następującej charakterystyki: są to komórki typu nabłonkowego, wielokształtne, o zarodku, barwiącej się jednolicie lub wykazującej budowę siateczkowatą, względnie piankowatą. Jądro duże, często pęcherzykowate, zawierające bądź nadmiar chromatyny, bądź też zmniej-

szoną jej ilość, często też spotykamy zbijanie się chromatyny w większe bryłki. Komórki wogóle przypominają komórki normalnej kory nadnercza. Odczyn sudanowy dodatni. Zawartość substancji tłuszczowych najbardziej uwidoczniła w komórkach ognisk nowotworowych, leżących w środku. Zawartość tłuszczu w komórkach obwodowych znacznie się zmniejsza; nasuwa się przypuszczenie o zależności zawartości tłuszczu od wieku komórki.

Przypadek III dotyczy mężczyzny 18 lat z zawodu rolnika, który wstąpił na oddział chirurgiczny szpitala miejskiego Ś-go Jakóba w Wilnie dnia 24 listopada 1924 r. Chory podaje, że w zeszłym roku około Bożego Narodzenia, zauważył wydzielanie się z moczem krwi, jednocześnie zaczął odczuwać bóle w prawym boku i w dole brzucha. Przedtem chory czuł się dobrze i mógł pracować fizycznie. Przed czterema miesiącami zaczął rość guz, który wciąż się powiększał, co też zmusiło chorego do zwrócenia się do szpitala.

Badanie chorego wykazuje: brzuch wzdęty, w prawym podżebrzu i okolicy pępkowej, oraz w prawym podbrzuszu, wyczuwa się guz wielkości głowy dorosłego człowieka, spoczywający u dołu na prawym talerzu biodrowym. Guz nieruchomy, spistości znacznej, powierzchni gładkiej, niebolesny. Gruczoły chłonne w jamie brzusznej nie wyczuwają się. Badanie moczu nic patologicznego nie wykrywa. Cystoskopia wykazuje: pojemność 450 cm., śluzówka bez widocznych zmian. Ujście prawego moczowodu szczelinowate, dookoła niego zmian nie spostrzega się, mocz z tego miejsca nie wydziela się. Szerokie ujście moczowodu lewego wydziela mocz. 28-go listopada 24 r. podczas operacji, wykonanej przez D-ra *Achmatowicza*, (któremu na tem miejscu serdecznie dziękuję za udzielenie danych klinicznych i sekcyjnych, dotyczących tego przypadku), stwierdzono: na miejscu prawej nerki guz sięgający ku górze do łuku żebrowego, ku dołowi do talerza biodrowego. Wokoło i wzdłuż żyły próżnej dolnej skupienie mas nowotworowych. Przerosłą nowotworową nerkę usunięto.

Preparat nerki (Tabl. II ryc. 3 i 4). Waży 2.800 gr., o wymiarach: długość 23½ cm., szerokość 13 cm. i grubość 14 cm.; kształt nerki zmieniony. Powierzchnia z obu stron wyraźnie guzowata, barwy brunatno-szarej; na przekroju utkanie nerkowe zniesione. Tkanka nowotworowa ma wejrzenie pstrej, brunatno-szarej masy, zwyrodniałej tłuszczowo i z wylewami krwawymi do mas nowotworowych, wśród których rozrasta się tkanka łączna.

29-go listopada 24 roku zgon.

Główne dane sekcyjne: po obu stronach oplucnej mocne zrosty. Na powierzchni płuc widoczne liczne, nierównomiernie rozsiane szaro-białawe guzki; na przekroju guzki te wielkości od ziarna grochu do ziarna fasoli; są one wyraźnie odgraniczone od miąższu płucnego. Gruczoły przyoskrzelowe pojedyncze dochodzą do wielkości dużego orzecha laskowego lub tworzą duże zlepki; takiej samej wielkości dosięgają gruczoły podobojczykowe. Serce duże; we wszystkich jego jamach duża ilość skrzepów bursztynowych. W śródpiersiu stwierdza się obecność kilku miękkich guzów wielkości małej pięści; na przekroju guzy te utkane z wiotkiej, gąbczastej, szarej masy. Powierzchnia worka osierdziowego miejscami zmętniała. Na miejscu prawej nerki (usuniętej operacyjnie) głęboka

jama. Lewa nerka wielkości prawidłowej; na przekroju dość blada, torebka schodzi łatwo. Z nadnercza prawego pozostała część; lewe bez widocznych zmian. Od poziomu żyły nerkowej prawej wzdłuż i dookoła żyły dolnej próżnej leżą masy nowotworowe mocno z tą żyłą zrośnięte; masy tkanki nowotworowej, przerastając ścianę żyły, przenikają do jej światła, miejscami jakby całkowicie je zamykając. Ku górze masy te w postaci grzybiastych narośli sięgają aż do prawego przedsionka. Gruczoły chłonne zaotrzewnowe, w okolicy odpowiadającej wnęce nerki prawej, jak również wzdłuż żyły próżnej dolnej, aż do przepony znacznie powiększone, zrośnięte ze sobą i tkanką otaczającą, na przekroju miękkie, rozpadają się.

Wątroba duża, barwy ciemno-brunatnej, na powierzchni usiana licznymi wypukłymi guzkami wielkości od ziarna grochu do orzecha laskowego. Duża liczba takich guzków znajduje się też na przekroju narządu; większe z nich są w stanie rozpadu; ponadto w prawym płacie, na poprzecznym przekroju narządu widać guz wielkości główki dziecięcej, ostro odcinający się od otaczającej tkanki, spójnie utkany, barwy szarawej.

Śledziona duża, torebka jej cienka, napięta, na przekroju miąższ ciemno-wisniowy, dość spójny, bełeczki wyraźnie zaznaczone. Tarczycza duża, na przekroju lśniąca, z wyraźnie zaznaczonymi pęcherzykami gruczołowymi. Trzustka, przewód pokarmowy, pęcherz moczowy, oraz gruczoły płciowe bez widocznych zmian.

Badanie histologiczne: Nerka. (Tabl. IV ryc. 7). Obrazy mikroskopowe skrawków, wziętych z różnych miejsc nowotworu, czynią wrażenie tworów brodawkowatych lub kosmków, pokrytych nabłonkiem walcowatym; komórki, pokrywające kosmki, przylegają ściśle do siebie. Za podścielisko kosmków służą wąskie pasemka tkanki łącznej, wyraźnie odcinające się od nabłonka pokrywającego. W przeważającej części obrazów, mamy taki typowy układ brodawkowaty. Liczne przekroje tych tworów i obfitość komórek typu nabłonkowego miejscami czynią wrażenie nowotworu rakowatego, gruczolako - raka (cystoadenoma papilliferum). Skutkiem ścisłego układu komórek nabłonkowych w niektórych miejscach są one wydłużone, mają zaostrome końce. Zaródź komórek barwi się jasno, jednolicie, lub wykazuje budowę siateczkowatą. Jądra duże, okrągłe lub owalne, rzadziej jakby płatkowate, ułożone są u podstawy komórek, zawartość chromatyny jest w nich różna, widzimy bądź nadmiar jej, lub też ilość jej jest zmniejszona i jądro barwi się słabiej; w dużej liczbie jąder widać rozpad chromatyny w postaci bezkształtnych okruszyn; liczne poszukiwania nie mogły wykryć figur podziału jąder. Nie przekraczając granic w kierunku podłoża łączno-tkankowego, nabłonek w wielu miejscach nawarstwia się (buja) w kierunku powierzchni kosmków, stając się wielowarstwowym; w tych miejscach komórki nabłonka zmieniają swój kształt, stając się kostkowymi lub wielokątnymi, zachowując tę samą budowę zarodki i jąder; w wielu miejscach komórki takie tworzą okrągłe skupienia — ogniska nowotworowe.

Daje się jednak prawie zawsze obserwować stopniowe przejście od komórek walcowatych do wielokształtnych; odmienność budowy i barwliwości tych komórek

w ogniskach nowotworowych, można odnieść na karb zachodzących w nich zmian wstecznych i rozpadowych. Już makroskopowo daje się zauważyć rozrost tkanki łącznej w miąższu nowotworowym; nie spotykamy tu natomiast przenikania do miąższu nowotworowego drobnych włókien tkanki łącznej i podziału tego miąższu na drobne ogniska, jak to obserwowaliśmy w preparatach przy padków uprzednich. Badanie tłuszczu (Sudan III) skrawków, wziętych na granicy tkanki nerkowej i nowotworu, wykazuje: w zachowanej tkance nerkowej prawie brak tłuszczu, natomiast znaczna jego ilość gromadzi się w komórkach skupień nowotworowych; tłuszcz widoczny tu jest w postaci dużych, jaskrawo barwiących się kropeł, wielkością swą przeważnie przewyższających komórki nowotworowe. Miejscami krople te zlewają się i pod mikroskopem dają obraz dużych brył. Dużą ilość takiego tłuszczu obserwujemy w komórkach dobrze zachowanych, natomiast w miejscach, gdzie komórka traci swą normalną barwliwość, ilość tłuszczu się zmniejsza.

Wątroba. Badanie przerzutów do wątroby wykazuje ogniska nowotworowe, leżące w miąższu wątrobowym; ogniska te nie są oddzielone od tkanki wątrobowej tkanką łączną, lecz tylko gdzieś na granicy tych dwóch tkanek, wśród uciśniętych komórek wątrobowych, widoczne są cienkie pasemka tkanki łącznej. Jak w pierwotnym nowotworze nerki, tak również i tu, widoczne są twory kosmkowate, mające za podścielisko cienkie pasemka łączno-tkankowe. Zwraca uwagę wybitne przekrwienie oraz wybroczyny do tkanki nowotworowej. Naczynia rusztowania łączno-tkankowego kosmków silnie rozwinięte, światła szerokie, tak, iż obecność dużej liczby dobrze zachowanych czerwonych ciałek krwi rzuca się w oczy już przy pobieżnym badaniu. W innych miejscach nowotworu widoczne są duże torbielowate przestrzenie, wysłane nabłonkiem kostkowym, przypominającym nieco nabłonek przewodów żółciowych; przestrzenie te zawierają bądź jednolicie barwiącą się eozyną masę, bądź elementy krwi w stanie rozpadu.

Płuca. Przerzuty do płuc widoczne są w postaci różnej wielkości ognisk nowotworowych; drobne ogniska, rozsiane po całym miąższu płucnym, zajmują bądź wielkość całego pola widzenia, bądź obejmują jeden lub kilka pęcherzyków płucnych. Zwraca uwagę różnorodność komórek ognisk nowotworowych: w jednych miejscach widoczne walcowate ciemno barwiące się eozyną komórki z ciemnym dużym jądrem u podstawy. Komórki te wyściełają ściany jednego lub kilku pęcherzyków płucnych. Komórki innego typu tworzą również małe ogniska, wypełniające jeden lub kilka pęcherzyków płucnych; komórki tego typu są jasne z dużą ilością piankowej zarodki i małym ciemnym jądrem; układają się one bądź pęcherzykowato, bądź wypełniają pęcherzyki płucne, nie tworząc w środku światła. Jak i w wątrobie ogniska nowotworowe są tu dobrze unaczynione.

* * *

Kwestja dobrotliwości lub złośliwości nadnerczaków do dziś nie jest ustalona. Jedni (Solms i inni) wskazują na złośliwość wszystkich bez wyjątku nadnerczaków, drudzy uznają ich czasową (okresową) dobrotliwość. Wia-

domo, iż nowotwory te mogą latami pozostawać bez zmian, będąc dobrotliwymi; w innych zaś razach poczynają bujać atypowo, dając objawy nader złośliwe. Küstner jest zdania, iż niema dostatecznych podstaw do podziału nadnerczaków (które on określa jako epinephroidy), na łagodne i złośliwe, gdyż może tu być mowa tylko o różnicy stopniowej. A. Huszcza opisuje w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej (rok 1927 tom V z. 2) nadnerczak o budowie, zbliżonej do tkanki normalnego nadnercza, a więc analogiczny z moimi dwoma pierwszymi spostrzeżeniami; przebieg kliniczny tego nowotworu również odpowiada mniej więcej przebiegowi moich przypadków. Huszcza podkreśla wyjątkową złośliwość tego przypadku. Wielu autorów zgadza się z Küstnerem, który klinicznie zalicza nadnerczaki do najbardziej złośliwych nowotworów.

Co do zależności stopnia złośliwości nowotworu od jego budowy histologicznej, to dziś dominuje pogląd, iż im bardziej komórki zatracają kształt właściwy komórkom kory nadnercza, im bardziej układ ich wzajemny staje się nieprawidłowy, nieraz cewkowaty, tem nowotwór staje się złośliwszym (Borst). Badania więc mikroskopowe dają obrazy bądź dużych komórek, budową i układem przypominających komórki kory nadnercza, bądź ogniska wykazujące budowę odpowiednią gruczolako-rakom, bądź nakoniec mamy nader barwne utkanie komórek w postaci fibroblastów, komórek olbrzymich lub syncytjów.

Co do przytoczonych w tym przyczynku 3 przypadków, to obrazy histologiczne spostrzeżeń 1-go i 2-go dawały powód do przypuszczenia o ich względnej łagodności: przemawiały za tem charakter samych komórek typu nadnerczowego jak również ich układ. Klinicznie przeczyły dobrotliwości szybkość rozrostu, rozmiary nowotworu, oraz łatwość powstawania wylewów do miąższu nowotworowego, szczególnie w przypadku pierwszym. W przypadku tym choroba trwała 10 miesięcy, w drugim około roku. W przypadku pierwszym po dokonanej operacji usunięcia nerki nastąpił przerzut do drugiej nerki. W przypadku drugim, jakkolwiek nie ujawnia się możliwość stwierdzenia przerzutu na podstawie badań, to jednak nieogojenie się rany pooperacyjnej i szybki niepo-myślny przebieg, przemawiałyby za jego złośliwością. Z tego wynika, iż dwa pierwsze moje przypadki przeczą możliwości uzgodnienia zależności obrazów histologicznych z charakterem złośliwości nowotworu nadnerczowego. Za dobrotliwością szczególnie pierwszego przypadku przemawiaćby mogło odgraniczenie torebką łącznotkankową nowotworu od pozostałego miąższu nerkowego. Nowotwory w dwóch pierwszych przypadkach, z budowy histologicznej bliskie tkance nadnerczowej, wyglądem poszczególnych komórek, jak również ich układem, nie dają różnobarwności obrazów mikroskopowych. Już odmiennie pod tym względem przedstawia się utkanie nowotworu przypadku trzeciego: atypowy charakter wielu miejsc komórek nowotworowych, jak również ich układ w postaci kosmków, oddala te obrazy od typu dobrotliwego nadnerczaka, zbliżając je bodaj do gruczolako-raka. Przypadek przedstawia się odmiennie nietylko pod względem budowy histologicznej, lecz również i potężnymi rozmiarami nowotworu nerki oraz obfitością bujania nowotworowego i szerzenia się jego

wzdłuż i wewnątrz dużych naczyń żylnych (v. cava), co jest charakterystyczne dla nadnerczaka.

Zestawienie więc moich trzech przypadków daje możność wypowiedzenia przypuszczeń, iż w guzach, zwanych nadnerczakami, spotykamy bądź typowy charakter tkanki nadnercza, bądź też typowość budowy nadnerczowej zostaje utracona. Możemy też obserwować stopniowe przejście od wyglądu i układu komórek o typie nadnerczowym, do budowy atypowej, przypominającej utkanie rakowate. W zbadanych trzech przypadkach nie mogę stwierdzić żadnego stosunku pomiędzy budową histologiczną, a charakterem złośliwości nowotworu, gdyż trzeci przypadek miał przebieg nadzwyczaj złośliwy, gdy pierwsze dwa, mające utkanie zbliżone do normalnej budowy nadnercza, nie mogą być również zaliczone do nowotworów łagodnych, ze względu na ich ciężki przebieg i spowodowanie szybkiego zejścia śmiertelnego.

Piśmiennictwo.

1. Beneke Rudolf. Zur Lehre von der Versprengung von Nebennierenkeimen in die Niere; nebst Bemerkungen zur allgemeinen Onkologie. Zieglers Beiträge B. 54. 1912.
2. Borst. Das pathologische Wachstum. Pathologische Anatomie herausg. von Aschoff. 1921.
3. Gerlach Werner u. Gerlach Wolfgang. Zur Histogenese der Grawitz'schen Tumoren der Niere. Zieglers Beiträge B. 60. 1915.
4. Grawitz Paul. Die sogenannten Lipome der Niere. Virch. Arch. B. 93. 1883.
5. Huszcza Adam. Rzadki przypadek guza nerki (nadnerczak). Polskie Archiwum M. W. Warszawa. R. 1927. T. V. Z. 2.
6. Ipsen Johannes. Untersuchungen über die Grawitz'schen Geschwülste. Zieglers Beiträge. B. 54. 1912.
7. Kaufmann E. Lehrbuch der speciellen Pathologischen Anatomie. 7—8 Auflage. 1922.
8. Lubarsch O. Beiträge zur Histologie der von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste. Virch. Arch. B. 135. 1894.
9. Rosenfeld Ernst. Die histogenetische Ableitung der Grawitz'schen Nierengeschwülste. Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. B. 14. 1913.
10. Sisson Warren. Zur Frage der Grawitz'schen Tumoren. Zieglers Beiträge B. 49. 1910.
11. Stoerk Oskar. Zur Histogenese der Grawitz'schen Nierengeschwülste. Zieglers Beiträge. B. 45. 1908.
12. Sudek Paul. Ueber die Structur der Nierenadenome. Ihre Stellung zu den Strumae suprarenales aberratae (Grawitz). Virch. Arch. B. 133. 1893.
13. Sudek Paul. Zur Lehre von den aberrirten Nebennierengeschwülsten in der Niere. Virch. Arch. B. 136. 1894.
14. Zehbe Max. Untersuchungen über Nierengeschwülste. Virch. Arch. B. 201. 1910.

Objaśnienie rycin.

Tabl. I ryc. 1. *Przypadek I.* Przekrój nowotworu nerki. Guz ograniczony grubą torebką z tkanki łącznej. Waga preparatu 900 gr. Wymiary: $14 \times 9 \times 7$ cm.

Tabl. I ryc. 2. *Przypadek II.* Przekrój nowotworu nerki. Torebka, otaczająca nowotwór w wielu miejscach przerywa się i tkanka nowotworowa łączy się z tkanką nerkową.

Tabl. II ryc. 3. Przekrój nerki, w której rozlanie nowotworów się rozrosło. Waga preparatu 2800 gr., wymiary $23,5 \times 13 \times 14$ cm.

Tabl. II ryc. 4. Ten sam preparat z powierzchni.

Tabl. III ryc. 5. *Przypadek I.* Tkanka guza nadnerczaka ma charakter i układ komórek zbliżony do budowy warstwy korowej nadnercza. Zeiss obj. 16 apochrom. oc. 8.

Tabl. III ryc. 6. *Przypadek II.* Ognisko komórek nowotworowych, otoczone tkanką łączną. Wygląd komórek i ich układ charakterystyczne dla tkanki nadnerczowej. Zeiss obj. apochrom. oc. 8.

Tabl. IV ryc. 7. *Przypadek III.* Tkanka nowotworowa. Układ komórek w postaci kosmków. Zeiss. obj. 4; oc. apochrom.

Z kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

(Dyr.: prof. dr Wacław Jasieński).

Odczyn mastizolowy w płynach mózgowo-rdzeniowych u dzieci.

opracowała STEF. GOGOLEWSKA-LÖWENHOFF.

Odczyn mastizolowy, zapoczątkowany przez Emanuela w r. 1916, polega na tem, że układ koloidalny pod wpływem pewnych rozcieńczeń płynu mózgowo-rdzeniowego wyzwała elektrolity, które, zmieniając stopień dyspersji płynu, powodują wypadanie żywicy z roztworu.

W sprawach zapalnych ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym wzrasta. Podobnie jak w osoczu krwi mamy tutaj z białek albuminy i globuliny. Globulina powoduje wypadanie żywicy z roztworu, — albumina zaś hamuje wypadanie.

Zpośród globulin najsilniejszy wpływ ma euglobulina o ładunku dodatnim (+), najslabszy pseudoglobulina o ładunku — (ujemnym).

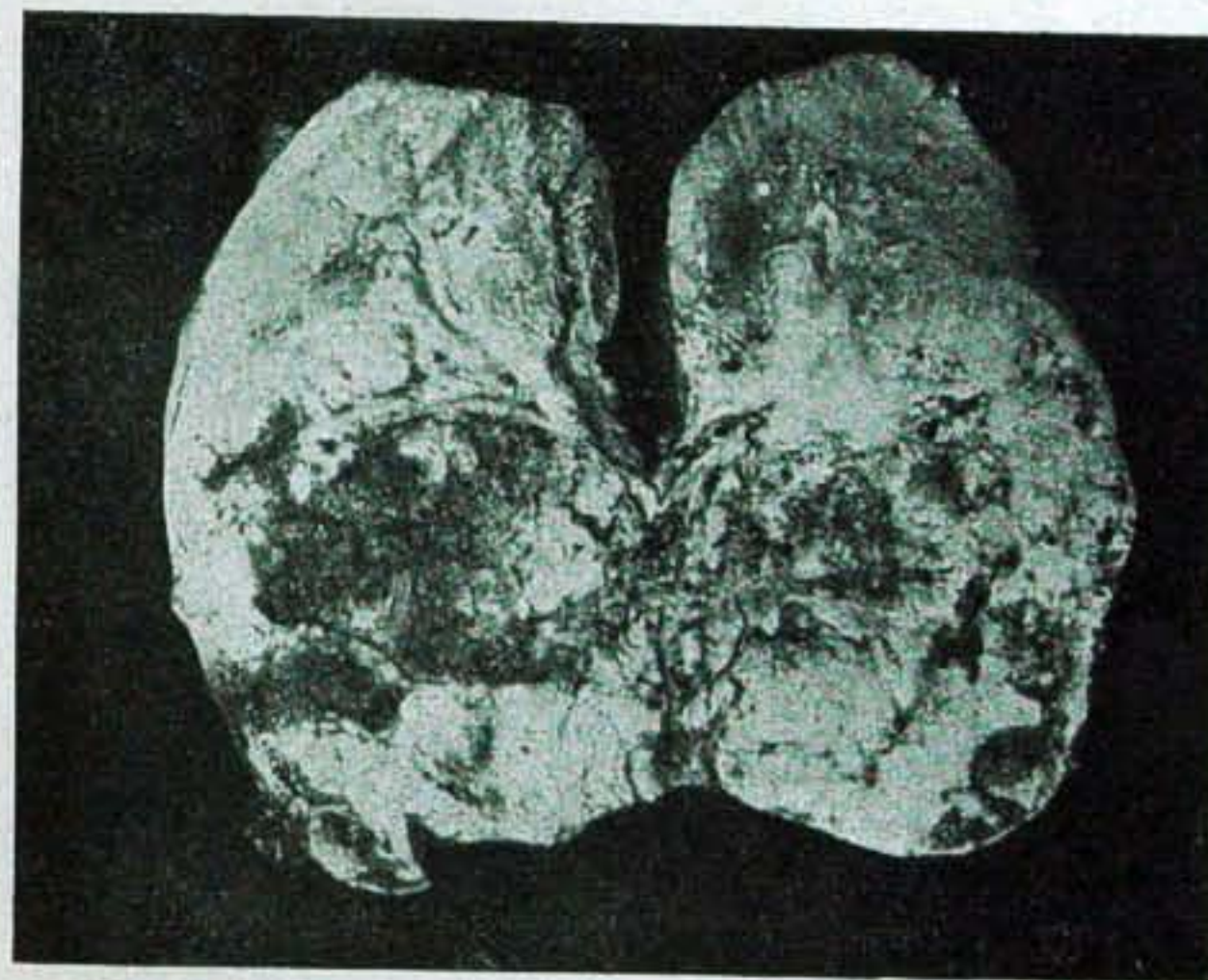
Jeżeli w krwi przeważają euglobuliny (lues III, tabes, paralysis progressiva) — wypadanie żywicy z roztworu następuje przy największym stężeniu płynu mózgowo-rdzeniowego, jest to t. zw. przesunięcie w lewo.

Stany przesiekowo-wysiekowe (meningitis) dają zwiększenie obu globulin, dlatego skłaczkowacenie występuje dopiero przy większej dyspersji elektrolitów

TABLICA I.



1.



2.

St. Mahrburg. O nadnerczakach.

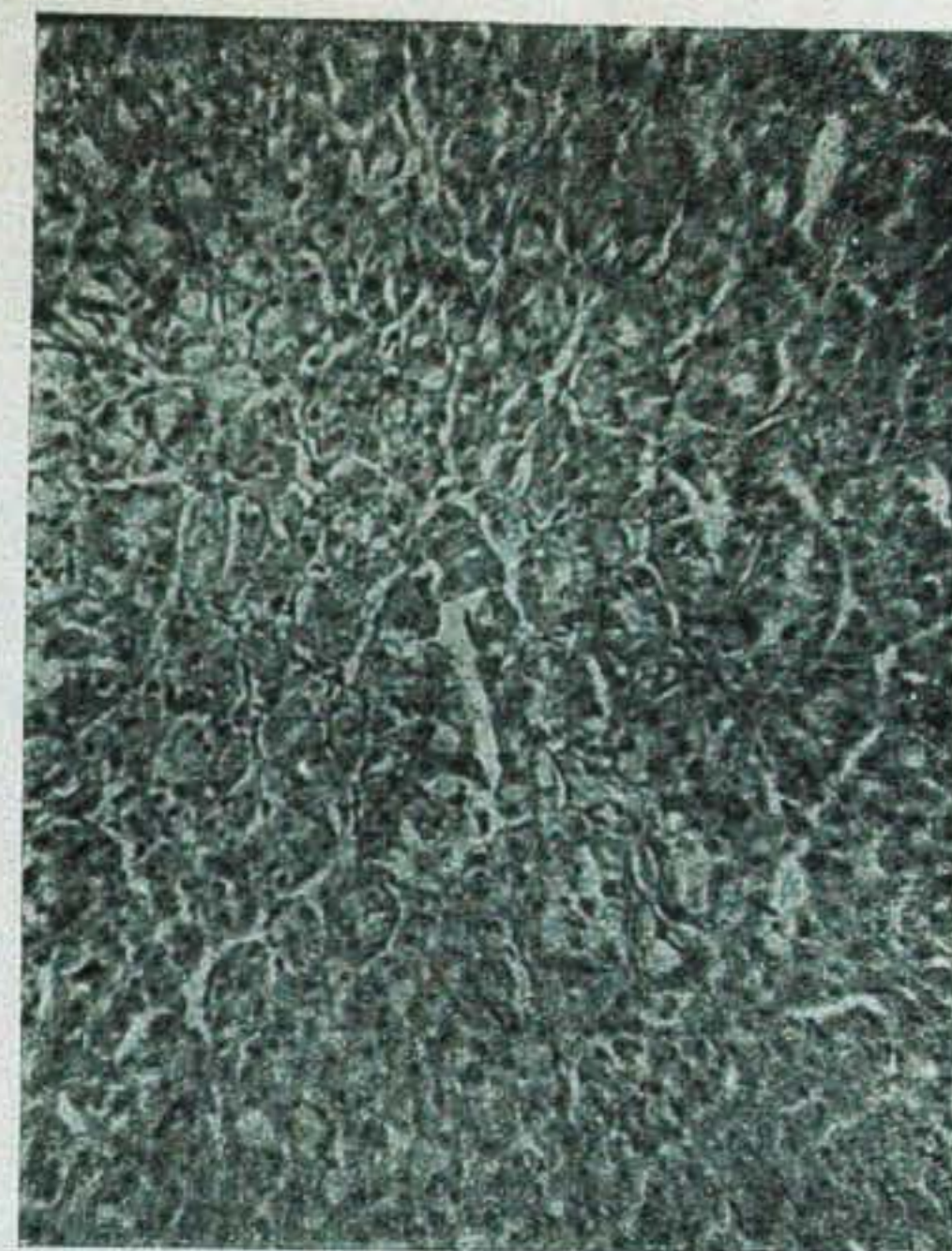
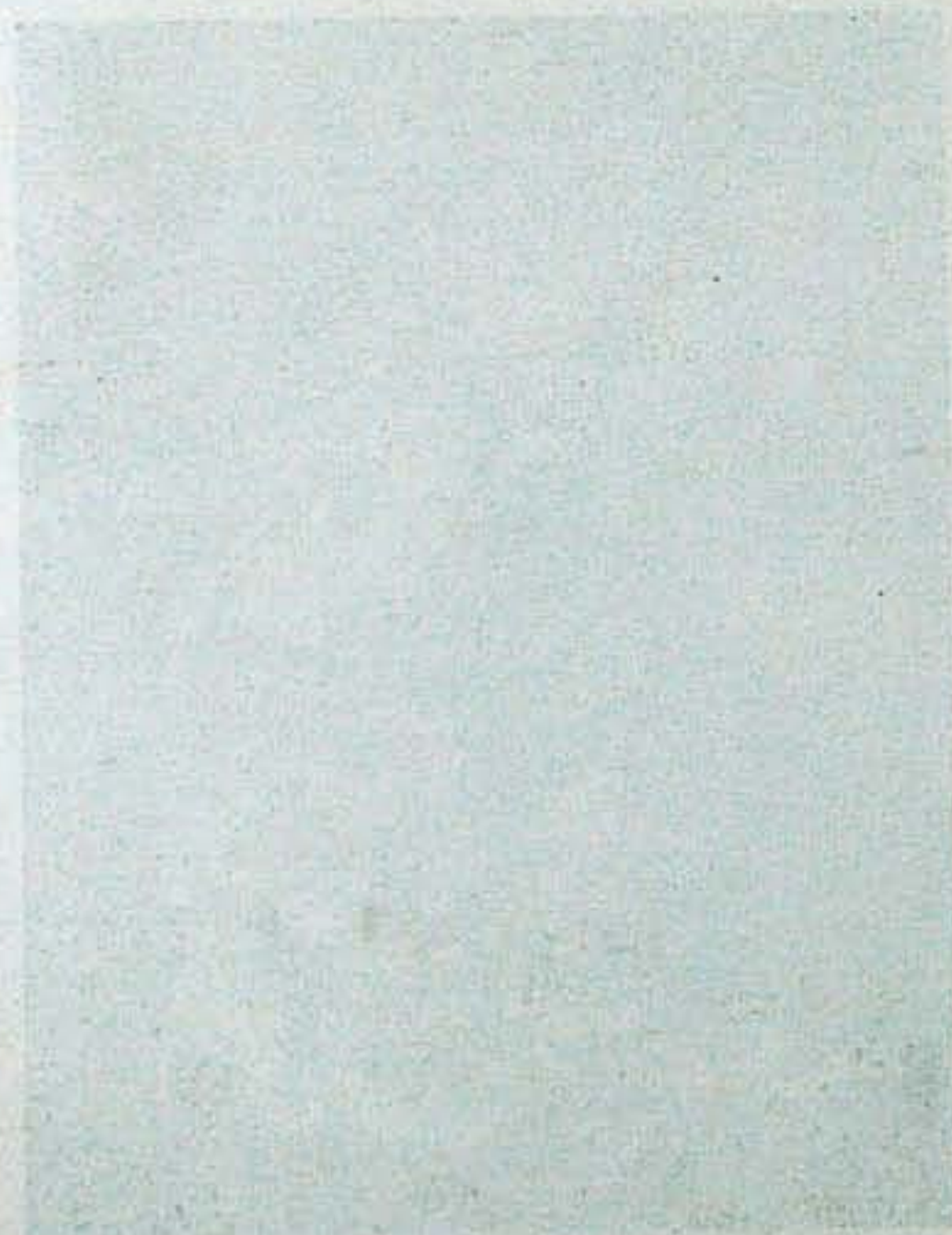
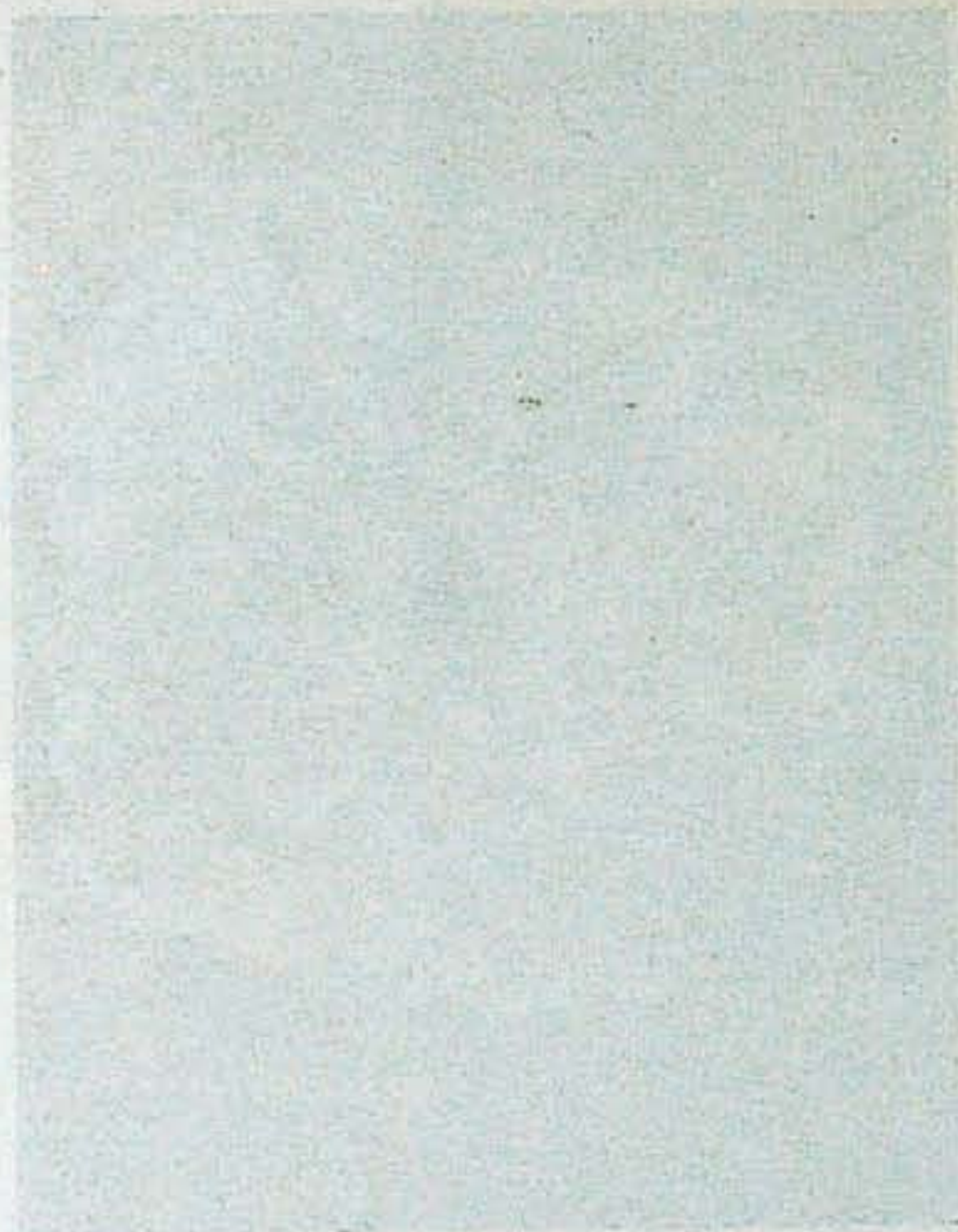


3.



4.

St. Mahrburg. O nadnerczakach.



5.



6.

St. Mahrburg. O nadnerczakach.



7.

St. Mahrburg. O nadnerczakach.

o ładunku + (dodatnim), t. j. w bardziej rozcieńczonym płynie mózgowo-rdzeniowym: — przesunięcie w prawo.

Brak skłótkowacenia w pierwszych próbkach przypisujemy hamującemu działaniu albumin, których ilość w ostrych sprawach zapalnych również wzrasta.

W płynach wybitnie ropnych ilość globulin może być tak duża, że znosi chroniące działanie albumin i daje strąt już w pierwszych próbkach.

Jak widzimy z tych kilku słów wstępnych, mających na celu ujęcie teoretycznej strony zjawiska, chemizm reakcji mastizolowej nie jest należycie wyjaśniony. Wiemy jednak, że wiele zjawisk o bliżej nieznanym chemizmie posiada duże znaczenie praktyczne. Przejdziemy przeto obecnie do omówienia technicznego zastosowania odczynu mastizolowego i nad stroną praktyczną zatrzymamy się dłużej.

Technika odczynu jest prosta. Przygotowujemy roztwór macierzysty mastizolu, rozpuszczając 10 gramów żywicy mastixowej w 100 cm³ alkoholu absolutnego w t⁰ 0⁰ w ciągu 24 g.; po 24 g. roztwór sącimy. W ciemnej butelce, szczelnie zamknięty roztwór może stać całe lata.

Na okres kilku tygodni przygotowujemy sobie z roztworu macierzystego roztwór do bezpośredniego użytku:

Z 10% alkoholowego roztworu robimy najpierw roztwór 1%, (1 cm³ macierzystego roztworu i 9 cm³ alkoholu absolutnego), poczem otrzymane 10 cm³ 1% roztworu żywicy wkraplamy powoli do 40 cm³ wody dwukrotnie przekroplonej (woda przekroplona *dwukrotnie* jest pożądana, lecz nie niezbędna). Roztwór ten używać można w ciągu kilku tygodni, dopóki nie daje stratów w kontroli; przechowuje się go również w ciemnej, szczelnie zamkniętej butelce.

Do odczynu używamy rozcieńczeń w 8 próbkach — 9-ta jest kontrolna. Do rozcieńczenia płynu mózgowo-rdzeniowego używa się 0,8% sól kuchenna z dodatkiem 1 cm³ 0,3% dwuwęglanu sodu na 100 cm³ płynu.

Do wszystkich próbek (z wyjątkiem pierwszej) wlewano po 1/2 cm³ 0,8% NaCl, do 2-ch pierwszych po 1/2 cm³ badanego płynu mózgowo-rdzeniowego, czyli do całej reakcji wystarcza 1 cm³ płynu. Kolejno z 2-giej do 3-ciej, z 3-ciej do 4-tej i t. d. przenoszono pipetą po 1/2 cm³ i osiągano w ten sposób stopniowo coraz większe rozcieńczenie płynu. Wreszcie do wszystkich próbek dodawano po 1/2 cm³ roztworu mastizolu. W 9-tej kontrolnej próbce było w ten sposób 1/2 cm³ 0,8% NaCl i 1/2 cm³ roztworu mastizolu — w tej próbce roztwór żywicy nie powinien się zmieniać.

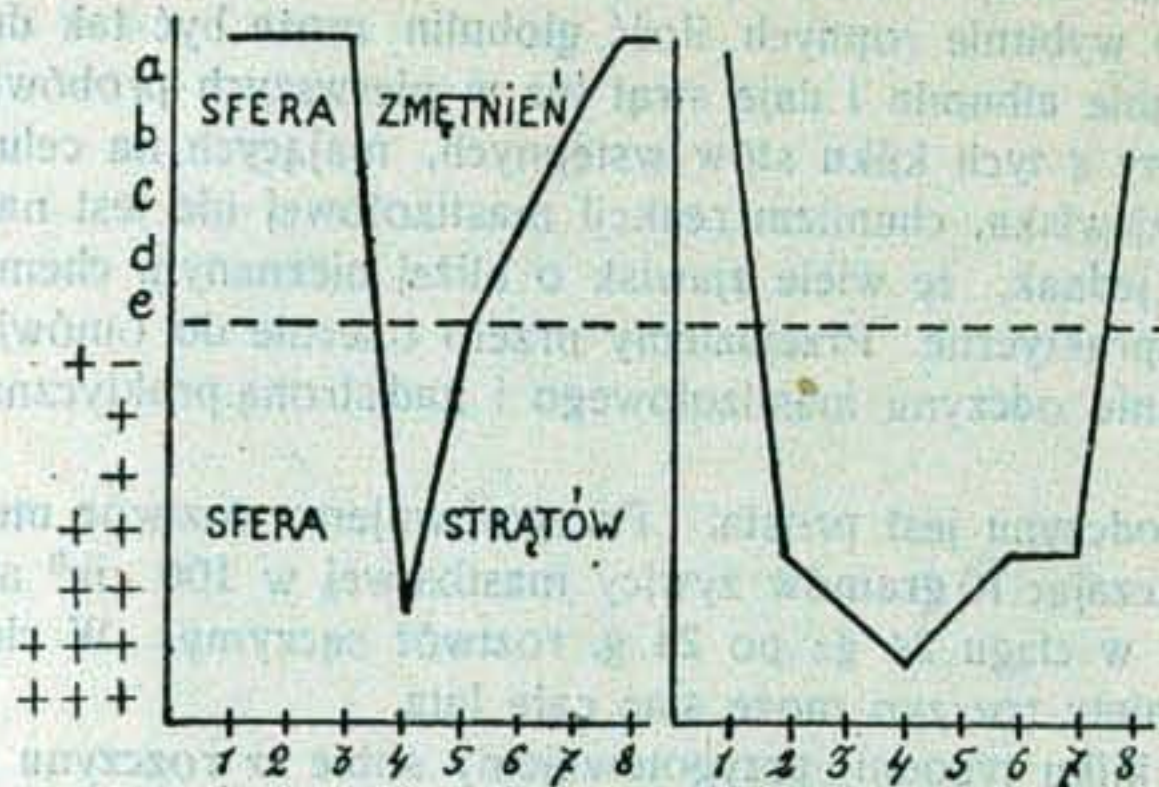
Po dokładnem wymieszaniu zawartości próbek, odstawiano je w ciemne miejsce — wynik odczytywano po 24 godzinach; dla szybszej orientacji, zwłaszcza dla porównania przedstawiano wynik graficznie, notując na rzędnej rozcieńczenia, a na odciętej zmiany, bądź w sferze zmętnień, bądź w sferze stratów.

Nieliczne dotąd prace, ogłoszone w piśmiennictwie pediatrycznym*), podają, że odczyn mastizolowy w płynie mózgowo-rdzeniowym nie tylko pozwala nam różnicować między płynami zapalnymi i normalnymi (meningitis-hydrocephalus),

*) 1. Bessau-Marshionini, Monatschr. f. Kind, tom 30, zeszyt I, 1925.

2. Levy — ibidem.

lecz też między poszczególnymi postaciami zapaleń (meningitis tuberculosa, mening. purulenta), a zwłaszcza między meningitis a lues cerebri. W ten sposób odczyn mastizolowy pozwalałby w pierwszym badaniu klinicznym (po otrzymaniu płynu) z charakteru krzywej mastizolowej wnioskować, o etiologii schorzenia opon.

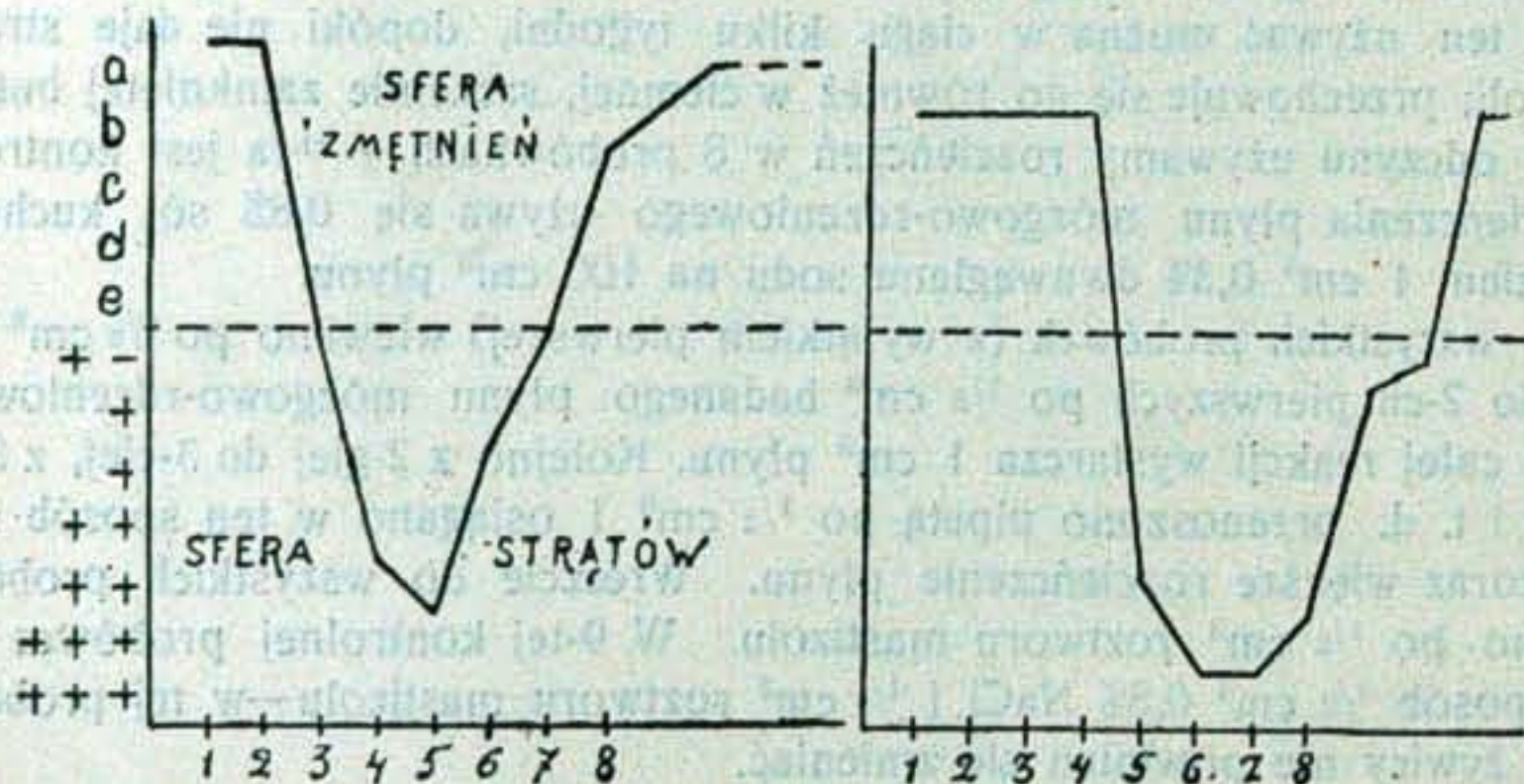


Nr. 1.

Nr. 2.

Nr. 1. Julia S. Meningitis tbc. Pand. +, Nonne App. +, Białka 0,78‰, pleocytoza 123, prątków Kocha nie wykryto.

Nr. 2. Niusia P. Meningitis tbc. Pand. +, Non. App. +, białka 1,032‰, pleocyt. 220.



Nr. 3.

Nr. 4.

Nr. 3. Arnold Z. Meningitis tbc. Pand. +, Non. App. +, białka 1,02‰, pleocytoza 173.

Nr. 4. J. Masł. Meningitis tbc. Pand. +, Non. App. +, białka 1,04‰, pleocytoza 320.

Krzywa kiłowa (jak już wyżej wspomniano) powinna dawać przesunięcie w lewo (t. j. strąty w pierwszych probówkach, początek reakcji i jej maximum po lewej stronie). Dla krzywej w zapaleniu opon charakterystyczne miało być przesunięcie w prawo — początek reakcji mniej-więcej w 5-tej probówce (roz-

cieńczenie 1:32). Krzywa gruźliczego zapalenia opon: początek reakcji w 4-ej probówce (rozcieńczenie 1:16) i mniejsze nasilenie reakcji.

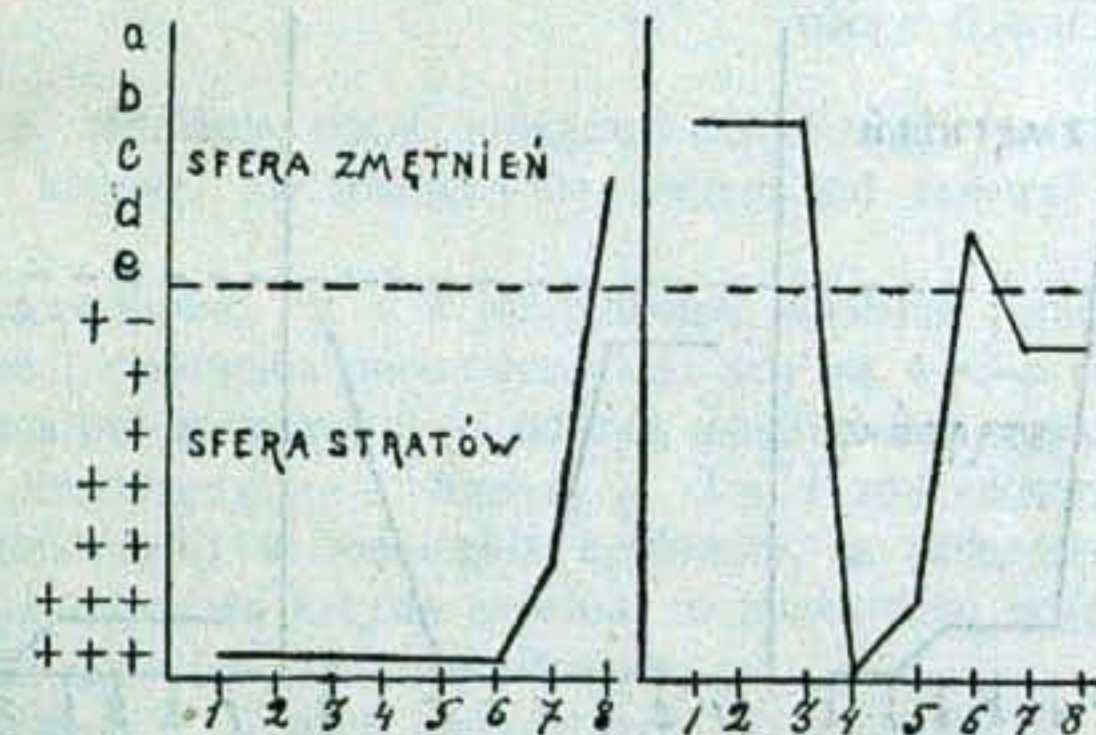
Oczywiście odchylenia od typowych przypadków były w literaturze uwzględniane, ale to nie zaciemniało ogólnie dodatniego znaczenia tego odczynu.

W celu sprawdzenia tych danych w klinice chorób dziecięcych U. S. B. w Wilnie wykonano odczyn mastizolowy w 115 przypadkach, które według schorzeń można podzielić w sposób następujący:

meningitis tbc.	36
„ epidemica	15
„ pneumococcica	5
„ staphylococcica	3
„ streptococcica	2
meningismus.	24
hydrocephalus	5
epilepsia	1
morbus Little'i	1
neoplasma cerebri	1
encephalitis epidemica	3
lues congenita	12
paralysis progressiva	}
tabes dorsalis	
u dorosłych	7

Ogółem . . . 115

Jeżeli rozpatrzemy szereg typowych krzywych *) to widzimy, że niektóre z nich zupełnie między sobą się nie różnią. W przypadkach kiły wrodzonej



Nr. 5.

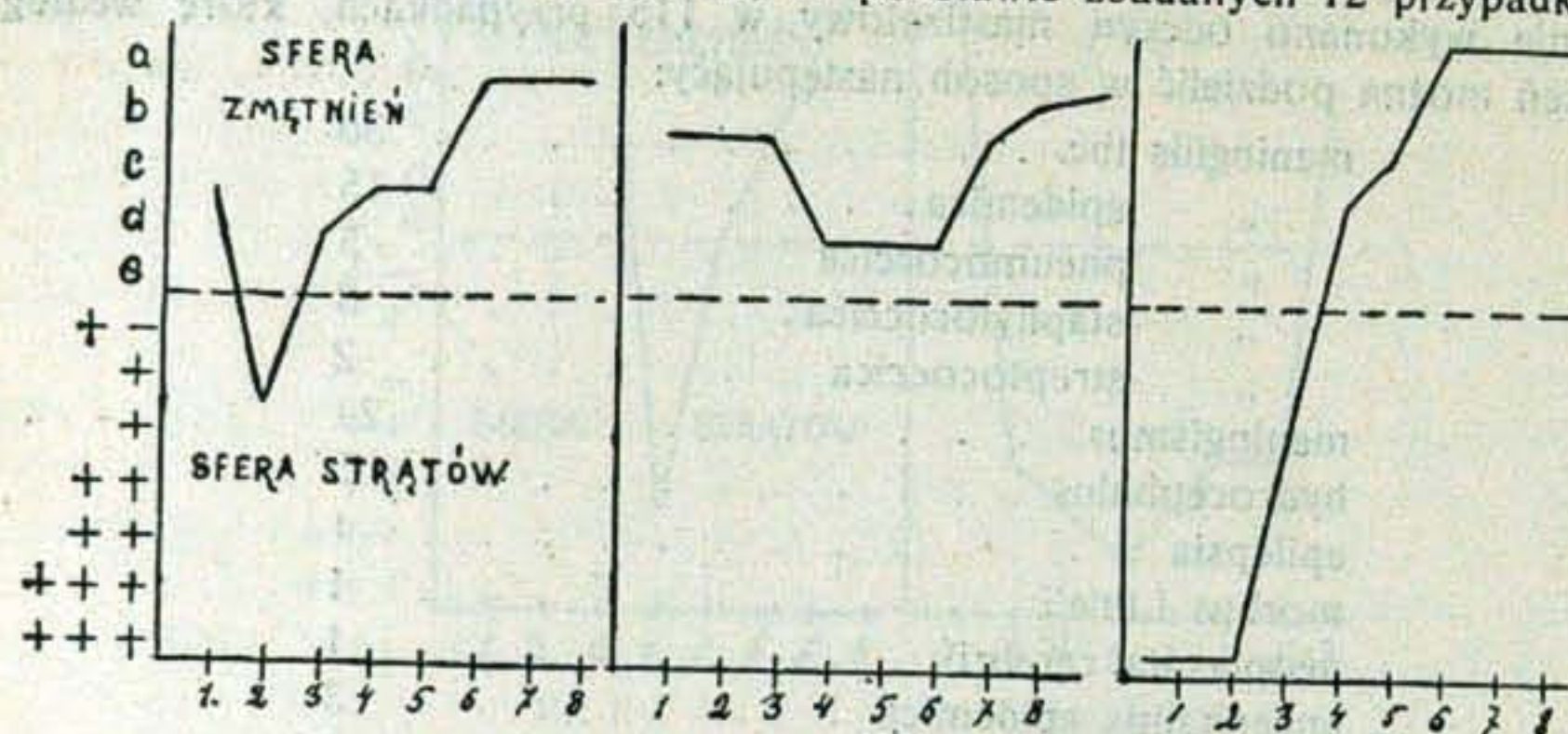
Nr. 6.

Nr. 5. H. Gojk. Meningitis purulenta. Pand. ++, Nonne App. ++, białka 2,3‰, pleocyt ∞, bad. bakt. — meningococcus intracell.

Nr. 6. Gienia R. Meningitis purulenta. Pand. ++, Nonne App. ++, białka 0,98‰, pleocyt. 980, bad. bakt. meningococcus intracell.

*) Ze względów technicznych wybrano tu tylko kilkanaście wykresów.

reakcja mastizolowa wypadła tak nagle (ryc. 13), przeważnie w sferze zmętnień (a normalny płyn może dać zmętnienia do 5-tej próbki włącznie), przy wyraźnie dodatnim odczynie Bordet-Wassermana, że wbrew zdaniu spotykanemu w literaturze o większej w porównaniu z odczynem B-Wa czułości reakcji mastizolowej, trudno się na to zgodzić, na podstawie zbadanych 12 przypadków.



Nr. 7.

Nr. 8.

Nr. 9.

Nr. 7. Janek O. *Meningitis purulenta* (początek choroby).

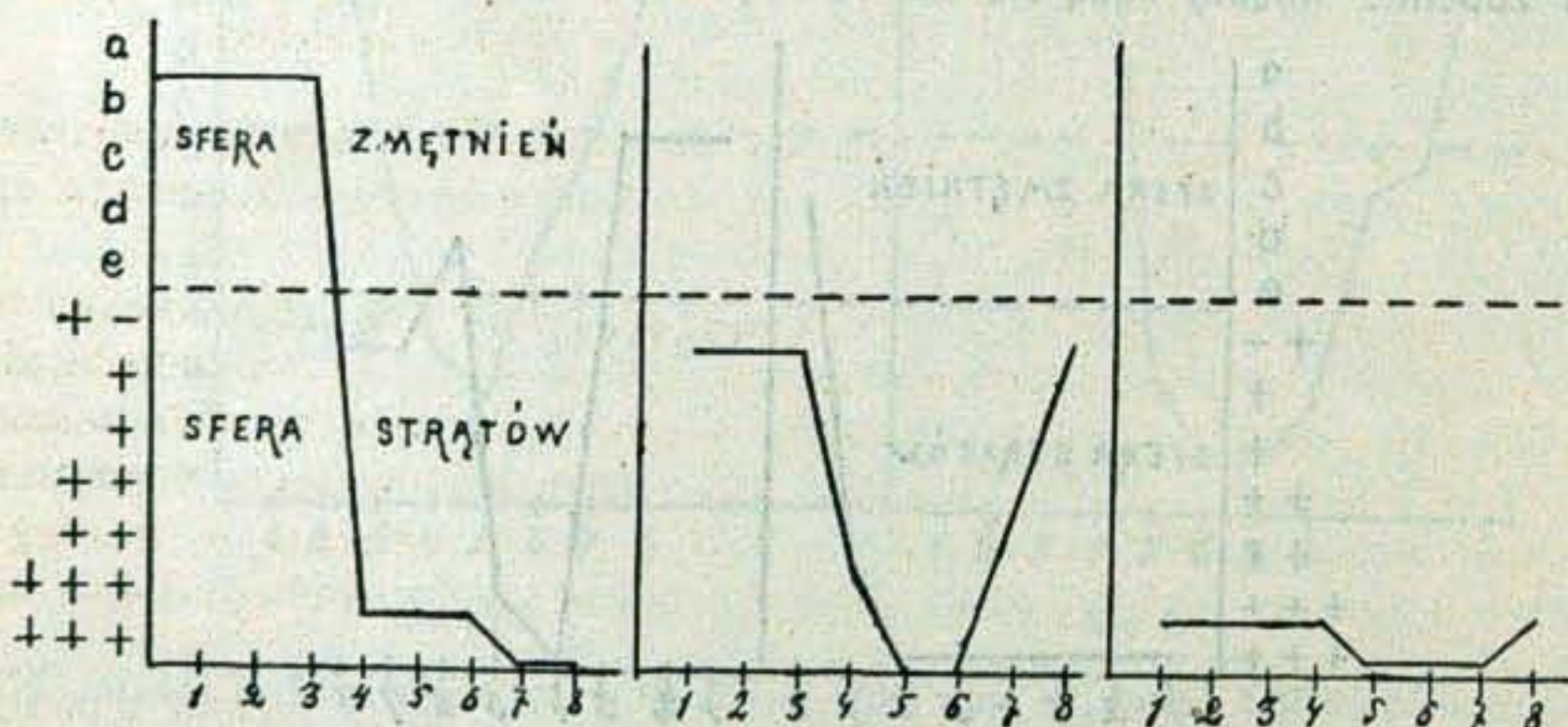
Pand. +, N. Ap. +, białka 0,066⁰/₁₀₀, pleocyt. 168, badanie bakt. — ujemne (w następnych badaniach meningococcus intr.).

Nr. 8. Zosia S. *Meningitis purulenta* (meningococc.) krzywa atypowa.

Pand. ++, N. Ap. ++, białka 1,48⁰/₁₀₀, pleocyt. ∞, bad. bakt. — meningococc. intracell.

Nr. 9. Oldzik T. *Meningitis purulenta* (meningococc.) okres końcowy.

Pand. ++, N. App. +, białka 0,42, pleocyt 36, meningokoków nie znaleziono.



Nr. 10.

Nr. 11.

Nr. 12.

Nr. 10. Józio P. Mening. purulenta (pneumococcica).

Pand. ++, N. App. ++, białka 1,08⁰/₁₀₀, pleocyt 530, bad. bakt.: pneumococcus.

Nr. 11. Józio B. Mening. purulenta (streptococcica).

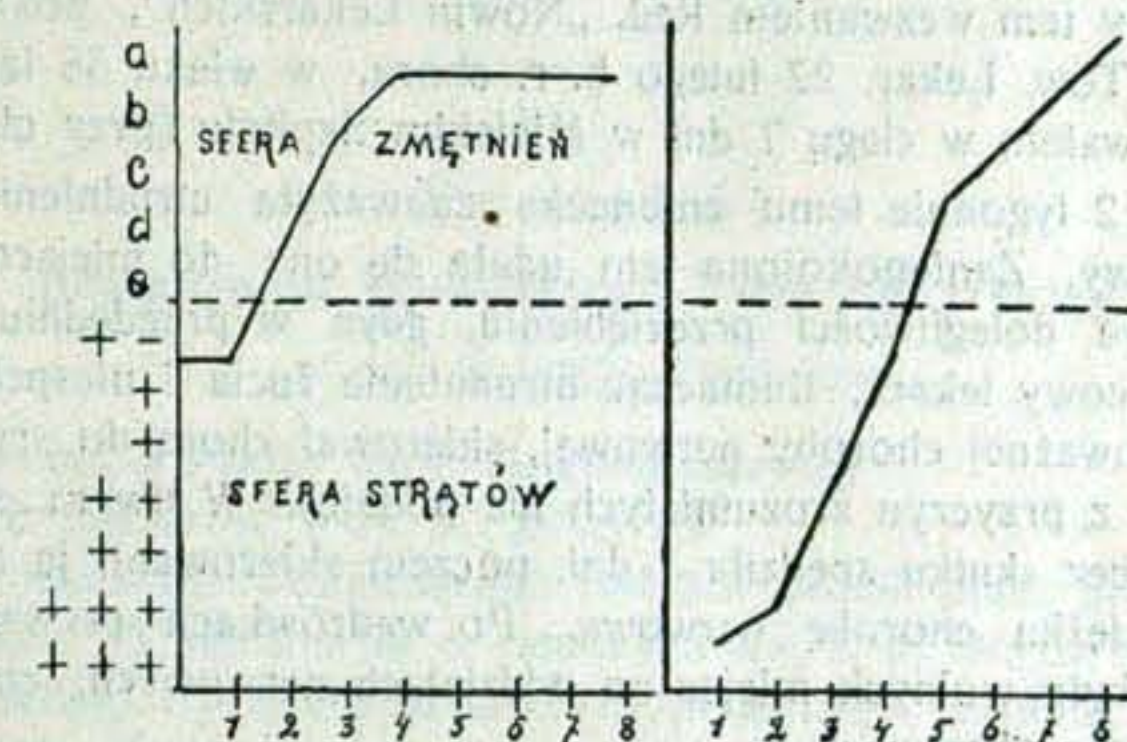
Pand. ++, A. App. ++, białko 2,8⁰/₁₀₀, pleocyt. ∞, bad. bakt.: streptococcus.

Nr. 12. Wandzia Z. Mening. purulenta (staphylococcica).

Pand. ++, N. App. ++, białko 1,72⁰/₁₀₀, pleocyt. ∞, bad. bakt.: staphylococcus.

Przerobiono również reakcję mastizolową w 7 przypadkach tabes i paralysis progressiva u dorosłych — krzywa w tych przypadkach wypadła istotnie dodatnio — z przesunięciem w lewo, ale często zupełnie podobną krzywą daje meningitis epidemica w okresie zdrowienia (ryc. 14 i ryc. 9).

W meningitis epidemica typową krzywą (ryc. 5 i 6) otrzymujemy w okresie najwyższego nasilenia choroby, natomiast początkowy okres (ryc. 7) (najważniejszy dla rozpoznania) i końcowy (ryc. 9), oraz ewentualne nawroty — często dawały atypową reakcję mastizolową (ryc. 8).



Nr. 13.

Nr. 14.

Nr. 13. Wandzia D. Lues congenita.

Pand. —, N. App. +—, białka—ślad., pleocyt. 12, odczyn Bordet-Wass.: w płynie ++, we krwi +++++.

Nr. 14. X. Y. Paralysis progresiva.

Pand. +, N. App. —; białka — ślad, pleocyt. 9, odczyn B.-Wa: ujemny.

Gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych w okresie końcowym dawało nam krzywą, nie różniącą się niczem od krzywej w meningitis epidemica.

Jeśli jeszcze dodać, że w 2 przypadkach zapalenia ropnego opon (meningitis epidemica i meningitis pneumococcica), gdy na 4—5-ty dzień choroby płyn makroskopowo był gęstą ropą, — odczyn mastizolowy wypadł stale ujemnie (codziennie powtarzany) — i dopiero z chwilą zdecydowanego pogorszenia (w obrazie klinicznym) w meningitis epidemica, a polepszenia w meningitis pneumococcica wypadła krzywa zapalna, to tembardziej pogłębimy nasze wątpliwości co do wartości klinicznej odczynu.

Bez wątpienia w płynach niezapalnych (hydrocephalus, meningismus) — reakcja wypadła ujemnie.

Reasumując, dochodzimy do wniosku, że aczkolwiek łatwy i niezbyt skomplikowany, odczyn mastizolowy daje tak częste odchylenia od tego, co teoretycznie uważamy za normę, trudno uznać jego wyższość nad stale stosowanymi w klinice dziecięcej reakcjami globulinowymi Pandey'a i Nonne-Appelt'a.

Błędy w praktyce *).

Dr. A. WIRSZUBSKI (Wilno).

Redakcja „Nowin Lekarskich“ (1927 r. Nr. 22), umieszczając artykuł pod powyższym tytułem, zwróciła się do lekarzy specjalistów w różnych gałęziach medycyny praktycznej z prośbą o podawanie do wiadomości spostrzeżeń takich, błędów dotyczących.

Zachęcony tem wezwaniem Red. „Nowin Lekarskich“, pokazałem na posiedzeniu Wil. Tow. Lekar. 22 lutego b. r. chorą, w wieku 38 lat, wieśniaczkę, którą obserwowałem w ciągu 7 dni w Miejskim Szpitalu (przy ul. Zawalnej).

Chora ta 2 tygodnie temu zniecka zauważyła utrudnienie żucia i niesprawność mowy. Zaniepokojona tem udała się ona do miejscowego lekarza, przypisując swe dolegliwości przeziębieniu, gdyż w przededniu była na pogrzebie. Miejscowy lekarz, tłumacząc utrudnienie żucia i niesprawność mowy, jako oznaki poważnej choroby nerwowej, skierował chorą do szpitala powiatowego (którego z przyczyn zrozumiałych nie podaję). W owym szpitalu powiatowym chora bez skutku spędziła 7 dni, poczem skierowano ją do Wilna, jako cierpiącą na ciężką chorobę nerwową. Po wędrówkach po szpitalach, gdzie tego dnia nie było wolnych miejsc na oddziałach nerwowych, chora trafiła nareszcie pod moją obserwację.

Podkreśliła ona z naciskiem, że od dwóch tygodni źle się odżywia ze względu na utrudnienie żucia, to też pomimo doskonałego łaknienia, zniewolona jest ograniczyć się do używania płynów.

Młodzi koledzy, pracujący na oddziale, przychylali się do rozpoznania choroby nerwowej, w rozmaity sposób określając jej postać.

Po wszechstronnem zbadaniu chorej nie wykryłem żadnych oznak, upoważniających do rozpoznania organicznej choroby nerwowej. Natomiast pokazało się, że utrudnienie żucia i mowy, było po prostu następstwem... zwichnięcia żuchwy.

Natychmiast chorą skierowałem do chirurga, który pod uśpieniem szybko zwichnięcie wprowadził. Następne leczenie polegało na codziennem rozszerzaniu jamy ustnej rozwieraczem i zakładaniu korka gumowego.

Po 7 dniach leczenia chora na własne żądanie opuściła szpital w stanie znacznego polepszenia.

Demonstrowany przeze mnie przypadek wywołał żywe zainteresowanie wśród obecnych na posiedzeniu kolegów i spowodował wniosek o postawienie na porządek dzienny jednego z najbliższych posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego zbiorowego referatu mającego traktować o błędach w praktyce.

Przy tej okazji zaznaczam, że piśmiennictwo innych państw już od wielu lat posiada odpowiednie prace. Tak naprz.: notuję, że „Centrablatt für Chirurgie“ już od 2 lat wyznaczył na swych łamach osobne miejsce, poświęcone błę-

*) Według komunikatu wygłoszonego w Wil. Tow. Lek. dnia 22.II—1928.

dom w praktyce chirurgicznej. Poza tem czasopismo „Wiestnik Chirurgji“ w roku 1927 umieściło obszerną pracę prof. Razumowskiego, zawierającą opisy błędów w chirurgji. Następnie, wydawnictwo G. Thieme w Lipsku ogłosiło szereg zeszytów pod nazwą: „Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung“.

Wychodząc z założenia, iż nic tak nie uczy, jak błąd, popełniony a poznany, witam zapoczątkowanie również w piśmiennictwie polskiem rozdziału „Błędy w Praktyce“.

Protokół

posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

w dniu 8 lutego 1928 roku.

Przewodniczący Prezes *Prof. A. Januszkiewicz*

Obecnych członków T-wa 27, gości 18.

I. Na wniosek przewodniczącego zebrani uczcili przez powstanie pamięć zmarłego w dniu 31 stycznia b. r. członka T-wa, ś. p. Dr. B. Hłaski.

II. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego zebrania.

III. Prof. K. Michejda przedstawia:

1) Chorego, lat 37, z raną kłutą (bagnet) lewego podżebrza w linii pachowej przedniej z przedziurawieniem części zstępującej grubego jelita (rana długości 4 cm.) i przedniej ściany poprzecznicy (rana wielkości główki szpilki). Szew jelita—wyleczenie. Operacja 14 godzin po wypadku; brak wybitnych objawów otrzewnowych tłumaczy Prof. M. obecnością w jelicie bardzo dużej ilości twardych mas kałowych, które nie dostały się do jamy otrzewnej.

2) Chorego lat 7, z ectopia vesicae urinariae—leczonego metodą Maydl'a (wszczepienie pęcherza do esicy) — wyleczenie. Chory oddaje obecnie mocz w ilości 1200 cm³ na dobę przy około 6 opróżnieniach w ciągu 24 godzin.

3) Chorą lat 35 z kamcią żółciową, gorączkującą, z żółtaczką od miesiąca trwającą. Stan operacyjny: kamień w powiększonym worku żółciowym, badanie przewodu żółciowego niemożliwe z powodu ropnia, usadowionego między workiem, przewodem, wątrobą i dwunastnicą. Założono przetokę żółciową z woreczka (cholecystastomia) i tamponadę ropnia. Wyleczenie zupełne. Żółtaczka samoistnie ustąpiła.

5) Guz nerki lewej dziecka 1½-letniego; guz ważył 975 gr., badanie histologiczne: teratoma. Usunięcie guza z cięcia brzuszno—wyleczenie. Prelegent omawia kliniczne zachowanie się tego rodzaju guzów. (Streszczenie własne).

Z racji przypadku pierwszego o dodatkowe informacje zapytuje Prof. A. Januszkiewicz.

IV. Dr. Mahrburg wygłasza: Badania anatomo-patologiczne nad zaburzeniami odżywiania u niemowląt. (Rzecz, przeznaczona do druku).

W dyskusji Prof. K. Opoczyński potwierdza słuszność proponowanego

przez prelegenta określenia enterozy w stosunku do stanu tejże w użyciu szeroko i wyczerpująco omówionej.

V. Prof. St. Trzebiński. Z Archiwum Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego: projekty różnych instytucji naukowych i lekarskich (p. zesz. 1, r. 1928).

Protokół

posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 22 lutego 1928 r.

Przewodniczy Prezes Prof. Januszkiewicz.

Obecnych członków 35, gości 22-ch.

Na wstępie Dr. Achmatowicz wygłasza przemówienie, poświęcone pamięci zmarłego członka honorowego D-ra Jana Michniewicza. Prezes wspomina o zasługach D-ra Michniewicza, położonych dla T-wa, poczem zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

Następnie Dr. Wirszubski przedstawia przypadek, będący przykładem dośadnej pomyłki rozpoznawczej, opisany już w tym numerze Pamiętnika.

W dyskusji Dr. Achmatowicz zapytuje, jakie były objawy zwichnięcia. Odpowiedzi udziela Dr. Zarcyn, który dokonał repozycji. Przy sposobności mówca zaznacza, że 1^{1/2}% wszystkich zwichnięć przypada na zwichnięcie żuchwy, które zresztą są daleko częstsze u kobiet, niż u mężczyzn, co się tłumaczy różnicą w anatomicznej budowie.

Dr. Czarkowski, nawiązując do danego przypadku, proponuje wstawiać do porządku dziennego posiedzeń omówienia błędów djagnostycznych.

Dr. Szadowski przedstawia dwa przypadki niedokrewności złośliwej, leczone z dobrym wynikiem dietą wątrobową.

Przypadek 1-szy. Chora lat 70, skarżyła się na osłabienie, wychudnięcie, zawroty głowy, silną błądź oraz silne bóle języka, co w bardzo znacznym stopniu utrudniało polykanie. Badanie obiektywnie nie wykazało wybitnych odchyleń od normy. W treści żołądkowej bezkwas. Badanie kilkakrotne kału oraz prześwietlanie promieniami Roentgena żołądka wykluczały możliwość nowotworu. We krwi, dnia 29.XI. r. ub.: Hb — 30%, erytrocyt. — 1.140.000; leukocyty — 3.200. Wskaźnik — 1,3; poikilocytoza, anizocytoza, polichromazja wybitnie zaznaczone. Rozpoznanie; anaemia pernicioza.

Przypadek 2-gi. Chory lat 57; skargi podobne jak w przyp. 1-m. Wskazywała błądź; język Huntera. Badanie obiektywne oraz laboratoryjne wykluczyły jakąkolwiek inną możliwość poza niedokrwistością złośliwą. Dnia 6.XII. r. ub. we krwi: Hb — 30%, erytrocyt. 1.800.000, leukocyty 4.450; Ind. — 1,3; anizocytoza, poikiloc., polichromazja, hypochromja (późniejsze badanie krwi wykazało nawet wskaźnik 1,6). W obu przypadkach zastosowano dietę wątrobową; chorzy spożywali codziennie po 250 gr. wątroby. Oprócz tego w przyp. 1 zastosowano 17 zastrzyków wśródżylnych Aneuelektroferrolu po 5 cm³ (w ciągu 6 tygodni), w przyp. 2-gim 30 codziennych podskórnych zastrzyków tegoż preparatu. Poprawa zaczęła się ujawniać od drugiego tygodnia leczenia. Znikły w obu przy-

padkach dolegliwości ze strony języka, wzmościł się apetyt, ogólne samopoczucie coraz lepsze. Obraz krwi stopniowo się poprawia, tak iż dnia 24.II. r. b. w przypadku 1-ym było: Hb — 65%, erytrocyt. 3.100.000, leukocyty — 6.800. Ind. — 1,05; w drugim przypadku tegoż dnia Hb — 80%, erytrocyt. — 4.450.000, leukocyty — 7.200. Ind. — 0,89; poikiloc. i anizoc. bardzo słabo zaznaczone. Do dnia 24.II pierwszej chorej przybyło na wadze 5 kg., drugiemu — 6 kg. W 1-ym przypadku — poprawa wybitna, w 2-gim przypadku — poprawa prawie zupełna: chory czuje się zdolnym do pracy. (Streszczenie własne).

W dyskusji Dr. Szabad zaznacza, że przypadek 2-gi 2^{1/2} miesiąca przebył w jednym z tutejszych szpitali, gdzie rozpoznano nowotwór złośliwy żołądka i proponowano zabieg operacyjny.

Dr. Świeżyński zapytuje, jakie zmiany spostrzegano na języku. Dr. Zarcyn zaznacza, że stosunkowo niezłe wyniki otrzymywano z przetaczania krwi, jednak poprawy były krótkotrwałe, podobnie jak i przy stosowaniu innych środków. Prawdopodobnie dieta wątrobową zajmie miejsce wśród innych środków, dając przemijającą poprawę.

Prof. Januszkiewicz stwierdza, że na języku czasami widać czerwone plamki z łuszczącym się nabłonkiem, często jednak nic wogóle zauważyć się nie daje. Czasami objawy ze strony języka poprzedzają zubożenie krwi i jej zmiany. Najpewniej zmiany na języku są wyrazem jakiejś intoksykacji.

Co zaś do diety wątrobowej, to mówca jest zdania, że wątroba jest tym środkiem, który przyspiesza remisję.

Następnie prof. Aleksandrowicz wygłasza odczyt p. t. „Czynnik selekcji w rozwoju ontogenetycznym oraz uwagi o stosunku ilościowym dwojga płci”. Praca ukaże się w druku.

Protokół

posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

z dnia 7-go marca 1928 r.

Przewodniczący prezes Prof. A. Januszkiewicz.

Obecnych członków T-wa 30, gości 26.

I. Odczytanie i zatwierdzenie protokołu poprzedniego zebrania.

II. Prof. K. Michejda przedstawia.

1) Chorą 32 letnią, operowaną z powodu kamicy żółciowej, powikłanej gorączką, trwającą od 5 miesięcy i żółtaczką od 4 miesięcy. Waga chorej w chwili operacji wynosiła 32,5 kg. przy wzroście 165 cm. Usunięto worek żółciowy (skurczony, mały), nacięto przewód żółciowy wspólny, usunięto z niego kamień i wydrenowano przewody, będące w stanie zapalnym. Wyleczenie.

2) Nerkę usuniętą z powodu gruźlicy u chorej 37-mio letniej, z bardzo małymi zmianami swoistymi (nacieki i gruzełki); rozpoznanie wyłącznie na podstawie typowych zmian w pęcherzu.

Dyskusja: Prof. A. Januszkiewicz podaje pokrótce obraz kliniczny pierwszej

chorej, która przebywała w ciągu tygodnia przed operacją w Klinice Chorób Wewnętrznych.

III. Dr. Czerniewski (z II kliniki Chorób Wewnętrznych U. S. B.) Przypadek mięsaka żołądka.

Dyskusja: Prof. A. Januszkiewicz: Na podstawie zestawień przytoczonych przez prelegenta, przypadki mięsaków żołądka wogóle nie należą do rzadkich schorzeń. Rozpoznanie ich nie zawsze udaje się przeprowadzić ściśle, dzięki różnorodności objawów, jakie się obserwuje w tym schorzeniu. Przypuszczać należy, że pewna część tych przypadków na podstawie obrazu klinicznego może być identyfikowana z rakiem żołądka.

W II Klinice Chorób Wewnętrznych U. S. B., omówiony przez prelegenta przypadek był jedynym w 6-cio letnim okresie istnienia zakładu. Przypadek ten, wobec braku wyczuwalności guza, wysokiej kwasoty soku żołądkowego oraz objawów krwawienia, mógł być kwalifikowany raczej jako wrzód okrągły żołądka.

Prof. K. Michejda. — W omawianym przypadku tylko badanie anatomiczno-patologiczne mogło potwierdzić rozpoznanie.

IV. Dr. Baranowski: O wpływie dołędźwiowych wstrzykiwań starej tuberkuliny na przebieg „meningitis tuberculosa“.

Na podstawie dwóch przypadków wyleczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowych dołędźwiowymi wstrzykiwaniami starej tuberkuliny, opisanych przez Neidhardta i Wiesego, prelegent omawia wyniki, osiągnięte przez niego tym sposobem w ośmiu przypadkach Men. tbc. We wszystkich przypadkach rozpoznanie zostało potwierdzone naświnkach morskich. Technika polegała na wprowadzeniu do kanału mózgowo-rdzeniowego po upuście pewnej ilości płynu m.-rdz. 0,5—1 mgr. tuberkuliny (w sześciu przypadkach) i 0,001 mgr. tuberkuliny (w dwu przypadkach), przytem tuberkulinę rozcieńczano w 10 cm.³ płynu fizjologicznego. Przy stosowaniu dużych dawek tuberkuliny otrzymano pogorszenie u czterech chorych (u dwóch chorych nawet przyspieszono zejście śmiertelne) w pozostałych dwu przypadkach, jak również przy stosowaniu małych dawek (0,001 mgr.) tuberkulina nie wywierała wpływu na przebieg choroby. Prelegent uważa, że dawki stosowane przez Neidhardta i Wiesego są zbyt duże i ostrzega przed stosowaniem tego sposobu leczenia.

Dyskusja: Dr. L. Łukowski wyraża obawy, że używanie starej tuberkuliny w meningitis tuberculosa może pogorszyć stan chorego, podobnie jak stosowanie tego preparatu odbija się niekorzystnie w gruźlicy prosówkowej.

Dr. A. Wirszubski. W dopiero co wygłoszonym odczycie prelegent przytoczył pozytywne wyniki badań autorów niemieckich obok swoich spostrzeżeń, napawających pesymizmem w sprawie leczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Wobec właściwego człowiekowi prawa psychologicznego, każącego mu wierzyć w to, co mu jest pożądane, niech będzie mi wolno zaznaczyć, że zachęcające wyniki badań autorów obcych są dla mnie w danym wypadku bardziej pociągające, niż tchnące rozpaczą wyniki doświadczeń kolegi Baranowskiego.

Ze względu na sprzeczność wyników, pozwalam sobie na następujące zastrzeżenia pod adresem prelegenta. Primo: jakość preparatu, z którym prelegent wykonywał doświadczenia. Rzecz zrozumiała, że jakość preparatu nie jest obojętna dla uzyskania takiego lub innego wyniku. Tak np. często słyszę od kolegów utyskiwania na to, że krajowy preparat insuliny nie dorównywa pod względem skuteczności angielskim. Biorąc to w rachubę, zapytuję, czy różnica przytoczonych wyników nie może zależeć wprost od jakości preparatu tuberkuliny? Secundo, należałoby uwzględnić tło anatomiczne. Patologia zna np. różne postacie schorzeń ustroju nerwowego na tle kiłowym, a mimo wspólnej etiologii, rezultat leczenia antysyfilitycznego bynajmniej nie jest jednakowy we wszystkich tych postaciach. Temi samymi normami kierujemy się w stosunku do schorzeń układu nerwowego na tle gruźliczym. Uogólniamy zwykle zmiany mózgowe pod nazwą meningitis tuberculosa, przytem mając na myśli „meningitis basilaris“. Lecz przy tem zaniedbujemy możliwość „meningitis convexitatis“, „meningitis“ skomplikowanej zmianami encefalitycznymi wreszcie opisaną przez autorów francuskich „méningite en plaques“ postać mającą przebieg przewlekły, niekiedy trwającą przez miesiące i nawet lata.

Nasuwa się pytanie, czy w spostrzeżeniach zarówno prelegenta, jak i autorów niemieckich, chodziło niechybnie o meningitis basilaris, czy o inne odmiany schorzeń mózgowych.

Po trzecie. Na jakich oznakach oparta była diagnoza „meningitis tuberculosa“. Czy tylko na badaniu płynu i szablonowem skonstatowaniu w płynie limfocytozy i i mgiełki? Wyznaję, że sam popełniłem niedawno błąd w tym kierunku. Przyjąłem do naszego szpitala chorą z rozpoznaniem „meningitis“. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono limfocytozę i mgiełkę. Przystąpiłem do dołędźwiowych wstrzykiwań tuberkuliny, lecz bez żadnego skutku. W pewien czas potem dowiedziałem się, że chora należy do kategorii prostytutek. Odczyn Was, wypadł dodatnio; niebawem przystąpiłem do leczenia antysyfilitycznego z wynikiem wcale dobrym. Przypadek powyższy uczy, że samo badanie płynu, w którym znaleziono limfocytozę i mgiełkę, nie może decydująco zaważyć na rozpoznaniu „meningitis tub.“ i gdy chodzi o ściśle naukowe badania, wypada uzbroić się we wszelkie metody, którymi nauka dysponuje. Z tej racji podaję w wątpliwość niektóre przypadki uchodzące za „meningitis tuberculosa“.

Na zakończenie zaznaczam, że, w mającym się wkrótce ukazać dłuższym moim artykule p. t. „Wakcynoterapia w neurologji“, poruszyłem m. in. leczenie „meningitis tuberculosa“, przy czem wyraziłem się że „metoda leczenia „meningitis tuberculosa“ za pomocą starej tuberkuliny zasługuje na dalsze doświadczenia“.

Dr. L. Czarkowski — nie uważałby za pewnik niezbity, że meningitis tbc. należy do rzędu schorzeń, które zawsze prowadzą do zgonu. Na dowód tego przytacza z własnej praktyki dwa przypadki, z których jeden dotyczył chłopca jednorocznego, drugi zaś chłopca sześciolatniego; w obydwu przypadkach rozpoznanie „meningitis tbc.“ opierało się po za typowymi dla tego schorzenia objawami, na stwierdzeniu jeszcze przez specjalistów gruźleńców na dnie oka.

Zarówno w jednym jak i drugim przypadku powikłanie polegało na utracie wzroku; ponadto u pierwszego chłopca istniał bezwład kończyny górnej, u drugiego zaś—porażenie ogólne. Podawanie pierwszemu pacjentowi preparatu fosforu, drugiemu zaś jodku potasowego, spowodowało wyleczenie zupełne. Ostrzega mówca, wobec podanych wyników, przed zbytniem eksperymentowaniem w podobnych przypadkach.

Dr. M. Świda zapytuje, jakie były wskazania do stosowania przez prelegenta tak dużych dawek starej tuberkuliny, dołączniowo wprowadzonych.

Dr. Baranowski w odpowiedzi zaznacza, że preparat starej tuberkuliny, którego używał, wyrabia firma Klawe; jak się mógł o tem przekonać, używając przedtem tego preparatu, nie ustępuje on w niczem podobnym preparatom zagranicznym, co zresztą potwierdzają także inni badacze. Co do rozpoznania omawianych przypadków, to wszystkie rozpoznane są na podstawie badań bakterjoskopowych i biologicznych, z całą pewnością, jak „meningitis basilaris”. Jakkolwiek ze statystyki Neuhardta i Wiesego wynika, że używanie dużych stosunkowo dawek starej tuberkuliny daje poprawę w meningitis tbc., co pobudziło prelegenta do używania ilości wskazanych przez autorów niemieckich, skłaniałby się on raczej do używania w tem schorzeniu małych dawek tego preparatu, albowiem przypadki, leczone przez niego w ten sposób, dały wyniki więcej zachęcające, niż przy stosowaniu dużych dawek.

Prof. St. Trzebiński: — Nie można z racji tylko tego, że się nie posiada dostatecznego wytłómaczenia sposobu działania jakiegoś leku, uważać go za nieodpowiedni. Nie czynimy przecież tego ani w stosunku do rtęci, ani do jodu, jakkolwiek zarówno działania jednego jak i drugiego na przymiot nie znamy. Podobnie nie umiemy sobie dać jasnej odpowiedzi na pytanie w jaki sposób szczepienie malarją wpływa na polepszenie porażenia postępującego, a jednak tego sposobu używamy. Używanie lub nie używanie środka który w pewnych przypadkach daje polepszenie, w innych zaś go nie daje, należy pozostawić sumieniu lekarza, środek ten stosującego.

Zamiast „odruch ścięgnisty“, należy mówić „odruch ścięgnowy“.

Prof. A. Januskiewicz — z odczytu prelegenta wyłaniają się dwa uwagi godne momenty:

- 1) nie należy powtarzać eksperymentu ze starą tuberkuliną w „meningitis tbc.“ w takiej formie jak to polecają niemieccy autorowie, oraz
- 2) należy zachować zawsze znaczną rezerwę w stosowaniu nowych metod, wprowadzanych do leczenia.

3. Dr. Wł. Jabłonowski — Wskazania do operacji w ważniejszych cierpieniach jamy brzusznej. Część I.

Protokół

posiedzenia Wileńskiego T-wa Lekarskiego

w dniu 21 marca 1928 roku.

Przewodniczący prezes Prof. A. Januskiewicz.

Obecnych członków Towarzystwa — 37 osób, gości — 29.

I. Odczytanie i przyjęcie protokołu poprzedniego zebrania.

II. Dr. A. Kiakszo przedstawia chorego, któremu z powodu uszkodzenia śledziony (uraz wskutek upadku) dokonał operacji całkowitego usunięcia narządu. Cięcie wzdłuż linii białej, z dodatkowym rozszerzeniem bocznem. Wyzdrowienie. W okresie pooperacyjnym, ze względu na zły obraz krwi, podawanie wątróbki.

Dyskusja: Dr. Ch. Zarcyn mówi o zaletach cięcia skośnego (prostopadle do łuku żebrowego) wprowadzonego przez chirurgów francuskich przy wskazanym zabiegu.

Prof. K. Michejda posługuje się raczej w podobnych wypadkach cięciem w linii środkowej, co daje operującemu możliwość daleko szybszego i dokładniejszego zorientowania się w sytuacji, przyczem dopiero w razie potrzeby, mówca robi dodatkowe cięcie boczne.

Dr. A. Kiakszo: Wobec stosunkowo częstego krwawienia naczyń znajdujących się w więzadle żołądkowo-śledzionowym przy urazowym uszkodzeniu śledziony, wskazane jest więcej, wobec łatwiejszego dostępu do tych naczyń, cięcie środkowe.

Dr. Ch. Zarcyn uważa, że krwawienie, pochodzące z drobnych naczyń, znajdujących się między przeponą brzuszną a śledzioną, jest niebezpieczniejszem, wobec trudności zatrzymania go, a cięcie skośne pozwala na daleko szybsze opanowanie krwotoku.

Prof. A. Januskiewicz: Zgodnie z nowoczesnymi pojęciami fizjologicznymi rola śledziony jest dość różnorodna; temu narządowi przypisuje się między innymi funkcja hamująca w procesie wytwarzania czerwonych ciałek krwi w szpiku kostnym, ponadto jest on miejscem ich rozpadu, oraz odgrywa zapewne rolę w gospodarce hemoglobinowej ustroju. Ponieważ śledziona jest najważniejszym źródłem żelaza dla całego organizmu, jej usunięcie musi niechybnie spowodować zubożenie ustroju w hemoglobinę, co się obserwuje u demonstrowanego chorego. Podawanie wątroby takiemu choremu może być szczególnie pożyteczne, jeżeli w istocie skuteczność jej spożywania w sensie terapeutycznym polega między innymi na tem, że ona zawiera większe ilości łatwo przyswajalnego żelaza.

W dyskusji zabierał jeszcze głos Dr. L. Achmatowicz.

III. Dr. K. Pawłowski przedstawia przypadek kołtuna u 46-cio letniej kobiety, która zgodnie z tradycją rodzinną, celem uniknięcia poważnych zaburzeń w ustroju, od czasu do czasu zapuszcza go sobie.

Dyskusja: Prof. St. Trzebiński: Nazwa, której się ogólnie używa na określenie kołtuna — „plica polonica“ — nie jest w zupełności ścisła, ponieważ, według Dobrzyckiego, pojęcie kołtuna jako choroby dostało się do Polski z Zachodu, utrzymując się tu natomiast wtedy, kiedy w Niemczech stało się już nieaktualnem. Zgodnie ze wskazówkami historycznymi, kołtun był ogromnie rozpowszechniony w XII i XIII wieku w okolicach nadreńskich; najczęstszym powodem jego powstawania było nieczesanie włosów. W późniejszych czasach, zwłaszcza w pierwszej połowie XIX w. najpoważniejszym ośrodkiem „kołtunologii“ w Polsce, była Wileńszczyzna. Dzięki wpływom Franka, który nauczał

że usunięcie kołtuna powodować może ciężkie zaburzenia całego ustroju, wiara w jego lecznicze własności przetrwała dłużej, niż w innych okolicach Polski, gdzie wcześniej wypowiedziano wojnę temu przesądowi. Ostateczny cios ślepej wierze w kołtuna zadał w r. 1877 Dobrzycki, który w gruntownej pracy nagrodzonej przez Wileńskie T-wo Lekarskie, wykazał całą bezpodstawność nauki o dobrodziejstwach wynikających z jego utrzymywania. Pogląd, że gwałtowne usunięcie kołtuna wpływa szkodliwie na ogólny stan zdrowia jego nosiciela, może znaleźć zapewne wytłómaczenie w tem, że szybkie wyleczenie i osuszenie dużej stosunkowo powierzchni skóry, przez którą stale sączyła się dość znaczna ilość surowiczej wydzieliny, podobnie jak przez bardzo rozpo- wszechnione naówczas fontanele, zawłoki i t. p. mogło się niekiedy niekorzystnie odbić na ogólnej gospodarce ustroju.

Dr. M. Świda. Nagłe usuwanie kołtunów powodować może nieraz zabu- rzenia układu nerwowego, wyrażające się np. neuralgiach.

Dr. L. Czarkowski przytacza dwa przypadki z własnej praktyki, gdzie usu- nięcie kołtunów nie spowodowało żadnych przykrych dla pacjentów następstw. Pozatem mówi on o widzianym przez siebie monstualnym okazie kołtuna, który, ze względu na rozmiary (długość 1,5 metra), pacjent woził za sobą na wózek. Ostatnimi czasy gdzieś obserwuje się tendencję do powrotu do dawnych pojęć o pożytku zapuszczania kołtuna.

Dr. B. Hanusowicz przypuszcza, że poza pasożytami zwierzęcymi, paso- żyty roślinne mogą również brać udział w wytwarzaniu kołtuna.

Dr. Z. Zawadzki obserwował w Pińszczyźnie częste przypadki kołtuna, nieraz obficie ropiejące.

Prof. A. Januskiewicz: Przypadek demonstrowany tem się różni od za- zwyczaj spotykanych kołtunów, że o ile te ostatnie bywają wyrazem niechluj- stwa i brudu, ten jest utrzymywany przez kobietę skądinąd zupełnie schludną i czystą, li tylko w myśl przesądnej tradycji rodzinnej. Z tego wynikałoby, że należy odróżniać pod względem patogeni dwa rodzaje kołtuna: umyślnie za- puszczony i wynikający z niechlujstwa.

IV. Dr. S. Achmatowicz przedstawia chorego, operowanego z pomyślnym wynikiem z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka. (Praca przeznaczona do druku).

Dyskusja: Prof. J. Szmurło robi pewne sprostowanie językowe.

V. Dr. Wł. Jabłonowski wygłasza: Wskazania do operacji w ważniejszych cierpieniach jamy brzusznej. Część II. (Praca przeznaczona do druku).

Dyskusja: Prof. K. Michejda w dłuższym przemówieniu wypowiada swój pogląd na sprawę wskazań do operacji w cierpieniach jamy brzusznej. W prze- ciwstawieniu do zdania prelegenta, mówca zachęca do możliwie szybkiej inter- wencji chirurgicznej w ostrym zapaleniu wyrostka robaczkowego u chorych na cukrzycę. Jakkolwiek jest dziś rzeczą prawie powszechnie przyjętą, że przy przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego, należy poddać chorego dłuższej obserwacji, jednak nieraz, nawet bez wyraźnych objawów, rozwijają się ciężkie powikłania. W sprawie kamicy żółciowej, mimo to, iż się ogólnie uważa cier-

pienie to jako właściwe wiekowi młodszemu, mówca obserwował niejednokrot- nie osoby między 60—70 rokiem życia dotknięte kamica żółciową. Co do przy- toczonych przez prelegenta statystyk, nieraz podstawy obliczeń, zwłaszcza w zakres chirurgii wchodzące, są niezupełnie ścisłe, są one bowiem częstokroć wykładnikami charakteru wykonanego zabiegu operacyjnego, nie uwzględniając zupełnie stanu chorego. Tak np. śmiertelność wzrasta znacznie przy usuwaniu kamieni żółciowych, kiedy się ten zabieg wykonuje w okresie żółtaczkowym.

Dr. C. Szabad wskazuje na te przypadki mylnego rozpoznania, kiedy bóle, powstające wskutek przechodzenia kamieni moczowych przez moczowody, albo u kobiet zapalenia narządów rodnych, mogą być przyjmowane jako napady ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przy wrzodzie żołądka zalecałby mówca raczej zachowawczą kurację.

Prof. A. Januskiewicz wskazuje na opracowane przez szkołę kijowską objawy, które w stopniu znacznym między innymi ułatwiają niezawsze możliwy do rozpoznania stan przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. Są to: 1) wyczuwanie wyrostka robaczkowego w postaci nierównego małowruchomego zgrubienia (Obrazcow), 2) zmniejszenie oporu z powodu pewnego zaniku mię- śni brzucha po stronie prawej (Wołkowicz) oraz 3) objaw powstawanie bólu przy odsuwaniu kamicy od talerza biodrowego (Rutkiewicz). — W sprawie ka- micy żółciowej odróżnia mówca dwa ściśle odosobnione stany: 1) to co widzimy u t. zw. nosicieli kamieni żółciowych, którzy nie odczuwają żadnych dolegliwości ze strony znajdujących się w ustroju kamieni, a nieraz nic o nich nie wiedzą, 2) kiedy wskutek powstającego zapalenia i napadu bólów pacjent odczuwa ich obecność. Stanu takiego mówca nie nazywałby powikłaniem cho- roby, jak to niektórzy czynią, lecz istotą choroby. O powikłaniu może być mowa dopiero wówczas, kiedy proces zapalny przechodzi na inne sąsiednie na- rządy. Co do terminu 2-tygodniowego trwania żółtaczki, jako czasu dostatecz- nego do wykonania zabiegu operacyjnego, uważałby mówca, że termin ten jest nieco zakrótki, gdyż ma się nieraz pod obserwację przypadki w których trudno orzec, czy ma się do czynienia z żółtaczką pochodzenia mechanicznego czy też nie. — Celem usunięcia możliwych nieporozumień w rozpoznaniu co do cha- rakteru żółtaczki, stosuje mówca w swej klinice narówni z cholecystografią też zgłębnikowanie dwunastnicy.

Dr. Ch. Zarcyn. — W sprawie wskazań do operowania kamicy żółciowej, należy uwzględniać na równi z innymi warunkami, warunki otoczenia w jakich się pacjent znajduje; o ile nie może on z tych czy innych powodów wykony- wać ściśle zleceń lekarza, należy operować jak najwcześniej. — Jak wykazuje nowsze piśmiennictwo, cholecystografia nie jest już uważana za metodę zupeł- nie pewną i coraz częściej mówi się, zwłaszcza w Ameryce, o cholecystoskopji, jako metodzie dokładniejszej.

Dr. M. Moszyński. Trudno o ścisłe wyliczenie czasu operowania niedro- żności dróg żółciowych; zorientowanie się w każdym poszczególnym przypadku jest sprawą chirurga.

Nadzwyczajne uroczyste Zebranie Wil. Tow. Lek.

Dnia 22 kwietnia odbyła się uroczystość przeniesienia Kliniki Ocznej do odpowiednio adaptowanego gmachu (niegdyś pałacu Ks. Sapiehów) na terenie szpitala garnizonowego, wraz z odsłonięciem popiersia Marsz. Piłsudskiego w Klinicznym westibulu. Kierownikowi Kliniki, a członkowi Tow. Lek. profesorowi Juljuszowi Szymańskiemu, przypadła właśnie niedawno w udziale wysoka godność marszałka senatu, w skład którego wszedł jednocześnie członek Zarządu Tow. D-r Szabad.

Towarzystwo, pragnąc uczcić zdarzenie, wiążące tym sposobem jego dzieje z historją Krajową, urządziło tegoż 22 kwietnia o g. 20-tej uroczystą akademję w sali posiedzeń. Obecni byli prócz członków, przedstawiciele władz Rz.P-tej, Duchowieństwa, wojskowości, oraz świata naukowego: PP. Minister W. R. i O. P. Dobrucki, wojewoda Raczkiewicz, X. Biskup Bandurski, generałowie Litwinowicz, Ruppert, przedstawiciel francuskiej Misji Wojskowej płk. Baron, członkowie honorowi Tow. z poza Wilna, profesorowie Bujwid, Noiszewski, docent D-r Melanowski i inni, którzy na prośbę prezesa zechcieli wpisać swe nazwiska do Złotej Księgi.

Uroczystość zagał Prezes Wil. Tow. Lek. Prof. Aleksander Januszkiewicz słowami następującemi:

Otwierając posiedzenie, mam zaszczyt powitać Przedstawiciela Rządu, P. Ministra W. R. i O. P., p. Wojewodę Wileńskiego, J. Excelencję X. Biskupa, J. M. Rektora Uniwersytetu, Przedstawicieli Władz Wojskowych, Przedstawiciela działu sanitarnego Misji Francuskiej w Polsce, Profesorów Uniwersytetu i Kolegów lekarzy i wszystkich tu obecnych, którzy raczyli swym udziałem uświetnić dzisiejsze zebranie.

Niech mi wolno będzie zwrócić się jeszcze ze specjalnem powitanem do przybyłych z poza Wilna członków honorowych naszego Towarzystwa p. p. profesorów Noiszewskiego i Bujwida.

Poświęcenie nowego lokalu kliniki ocznej i połączonego z nią oddziału wojskowego dało nam miłą sposobność zaproszenia Dostojnych Państwa, aby, przenosząc jeden z momentów uroczystości na teren naszego Towarzystwa, uczcić dzień dzisiejszy wspólnie w tych murach, w atmosferze panujących tu dawnych tradycji i pietyzmu dla wszelkich poczynañ kulturalnych.

Wileńskie Tow. Nauk. lek. najstarsze w Polsce, bo powołane do życia w 1805 r. miało wśród swych założycieli i współpracowników wielu członków ówczesnego Wydziału lekarskiego z Józefem Frankiem i Jędrzejem Śniadeckim na czele. Stworzyło to odrazu ścisły związek duchowy między Towarzystwem a Wydziałem i odzwierciadlało się stale w życiu naukowym i w poczynaniach społeczno-lekarskich Towarzystwa, dając dłuższy okres pięknego rozkwitu, a później upadku w czasach, gdy Wydział lekarski przestał istnieć.

Z odrodzeniem Uniw. S. B. otworzyły się nowe źródła i Towarzystwo lekarskie żywo odczuło ten świeży prąd. W szybszem tempie zaczęła się rozwijać praca, ilość członków w ciągu tych kilku lat znacznie wzrosła i wydajność naukowa się wzmogła.

W tem rozumieniu kulturalnego znaczenia Wydziału, Towarzystwo z radością śledzi jego rozwój i, biorąc czynny udział w dzisiejszej uroczystości, składa serdeczne powinszowania Wydziałowi lekarskiemu, Dowództwu Okręgu Korpusu III i Kierownikowi Kliniki ocznej i oddziału wojskowego, prof. Szymańskiemu, życząc Mu zarazem, by praca jego w tej pięknie urządzonej i dobrze zaopatrzonej klinice była jaknajowocniejszą ku pożytkowi cierpiącej ludzkości i na chwałę nauki polskiej.

Ale nie chciałbym się ograniczyć do tych tylko życzeń. Od czasu, gdy się zebrały ponownie Izby Poselskie nie miał Pan Profesor czasu i możliwości uczestniczenia w naszych posiedzeniach naukowych z ostatniego miesiąca, nie mieliśmy sposobności witania Go tutaj.

Towarzystwo nasze, czując się wysoce zaszczyconem tem wielkiem odznaczeniem, jakie spotkało jednego z jego członków, składa Dostojnemu Koledze serdeczne powinszowania i życzenia, by na tem wysokim stanowisku Marszałka Senatu idąc naprzód, jak dotąd w życiu, nieraz per aspera, lecz zawsze ad astra, mógł wypisać nad wejściem do gmachu Senatu, jak nad zakładem naukowym: Hic aeterna regnat Veritas omnipotens!

Poczem sekretarz stały Tow. prof. Stanisław Trzebiński naszkicował w krótkim referacie zarys historii okulistyki Wileńskiej na tle dziejów Tow. Lek.

Komunikaty.

XIII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich.

(Komunikat Nr. 1).

W myśl uchwały, powziętej na XII. Zjeździe w r. 1925, następny Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich odbędzie się w Wilnie w r. 1929.

Do Prezydium Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Delegacja Stała powołała z szeregu swych członków prof. d-ra A. Januszkiewicza i prof. d-ra Władysława Dziewulskiego. Na sekretarza generalnego zaproszony został prof. d-r K. Michejda na redaktora naczelnego prof. d-r W. Jankowski, na skarbnika d-r W. Bądryński.

Ścisły termin Zjazdu został wyznaczony przez Delegację Stałą w porozumieniu z Komitetem Organizacyjnym na dni 26—29 września 1929 r.

Po zakończeniu przygotowawczych czynności w organizacji Wydziału Naukowego będzie podany wykaz gospodarzy i sekretarzy sekcji w najbliższym komunikacie.

Za Delegację Stałą Zjazdu:

Doc. d-r Janiszewski
sekretarz.

Prof. d-r S. Ciechanowski
przewodniczący.

Za Komitet Organizacyjny Zjazdu:

Prof. d-r K. Michejda
sekretarz generalny.

Prof. d-r A. Januszkiewicz
przewodniczący.

Zmiana terminu II Zjazdu Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich.

Z powodu zjazdu lekarzy słowiańskich w Pradze, mającego się odbyć w czasie Zielonych Świąt b.r. Komitet organizacyjny uchwalił przełożyć termin II Zjazdu Mikr. i Epid. Polskich.

Zjazd ten odbędzie się we Lwowie, dnia 2 i 3 listopada b. r., bezpośrednio po zjeździe higienistów.

Tematy główne pozostają bez zmiany, tematy zwykłe uprasza się zgłaszać najpóźniej do połowy września na ręce sekretarza generalnego Dr. St. Legeżyńskiego, Lwów, ul. Kochanowskiego 63.

Komitet organizacyjny VI. Zjazdu Higienistów Polskich we Lwowie zawiadamia, że:

VI. Zjazd Higienistów Polskich odbędzie się we Lwowie w dniach 7 i 8 lipca b. r. Główne tematy obrad zjazdowych obejmą: I. Uzdrowotnienie małych miast i wsi (zaopatrzenie w wodę, usuwanie nieczystości i t. p.). Referaty objęli:

1. Gen. inż. Kątkowski. Zaopatrzenie w wodę, kanalizacja i inne sposoby usuwania nieczystości z małych miast i wsi.—2. Prof. Dr. Steusing. Zaopatrzenie we wodę i usuwanie nieczystości na wsi oraz normalizacja tych urządzeń.—3. Inż. Rapczewski. Bruki i plantacje w małych miastach.

II. Organizacja szpitalnictwa w Polsce.—Referaty objęli: Z Wydziału zakładów leczniczych i uzdrowisk Dep. san. Min. spraw wewn. Dr. Przywieczerski, arch. Rakiewicz i radca min. Sikorski. Rys historyczny szpitalnictwa w Polsce w ubiegłym stuleciu, ze szczególnem uwzględnieniem szpitalnictwa na obszarze b. zaboru rosyjskiego.—2. Insp. san. szpitali w Małopolsce Dr. Lipski. Rys historyczny rozwoju ustawodawstwa szpitalnego w Małopolsce i wnioski co do wskazań w obecnym ustawodawstwie szpitalnem.—3. Prof. Dr. Gantkowski. Organizacja szpitalnictwa w Wielkopolsce.—4. Dr. Przywieczerski, arch. Rakiewicz i radca min. Sikorski. Stan obecny i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa polskiego.

Szczegółowy program Zjazdu, obejmujący także projektowane wycieczki po zdrojowiskach i uzdrowiskach Wschodniej Małopolski, zostanie ogłoszony w czasie najbliższym, oraz zawiadomienia osobiste.

Adres Komitetu organizacyjnego VI. Zjazdu Higienistów Polskich: Lwów, ul. Piekarska 52.

Wiadomości bieżące.

Zapowiedziane w r. b. Kursy Uzupełniające dla lekarzy przy Wydziale Lekarskim U.S.B. w Wilnie odbyły się w przewidzianym terminie 19.III.—31.III. W Kursach brało udział 33 lekarzy: z m. Wilna—9, z Wojew. Wileńskiego—10, z wojew. Nowogrodzkiego—11, z wojew. Białostockiego—1, z woj. Łódzkiego—1, z wojew. Pomorskiego—1.

RÉSUMÉ DES TRAVAUX CONTENUS DANS LE Nr. 2 DU VOL. IV.

Clinique chirurgicale universitaire

(Directeur: Prof. Dr. Michejda)

et Section chirurgicale de l'Hôpital militaire à Wilno.

Stérilisation de l'eau pour le lavage des mains dans les lavabos des salles d'opération

par le Dr. JÓZEFAT BOHUSZEWICZ.

L'auteur discute les méthodes de la stérilisation des mains et arrive à la conclusion qu'elles exigent toutes de l'eau stérilisée. Cependant un grand nombre de cliniques et d'hôpitaux se servent encore d'eau chauffée.

A cause de la cherté des installations convenables l'auteur propose des installations, qui se fondent sur un poêle ordinaire, un chaudron maçonné et un foyer pourvu de deux tuyaux; l'un d'eux conduit le feu sous le chaudron et l'autre conduit au dehors.

On fait bouillir l'eau le jour précédent et avant l'opération on la chauffe.

Pour obtenir la température voulue, on ferme le tuyau qui conduit le feu sous le chaudron, et l'on ouvre celui qui conduit au dehors.

L'eau stérilisée et chaude coule dans les lavabos.

L'installation coûte peu et donne une solution au problème de la stérilisation de l'eau dans les lavabos des salles avant les opérations.

Clinique des maladies des enfants de l'université Wilno

(Directeur Prof. Dr. Jasiński)

La réaction de Biernacki des nourrissons syphilitiques héréditaires

par le Dr. J. ZIENKIEWICZ.

1. On a examiné en se servant de la réaction de Biernacki 28 nourrissons malades de syphilis héréditaire et 20 nourrissons tout à fait bien portants du même âge. La réaction de Bordet-Wassermann dans tous les cas syphilitiques, donna des résultats positifs (+ 4), dans les cas où les enfants étaient bien portants—les résultats étaient négatifs (—). Le temps moyen de la sédimentation des gouttes de sang des nourrissons syphilitiques était 25 minutes, pendant que chez les bien portants 228 minutes, ce qui décide de la valeur clinique de la réaction de Biernacki dans la diagnose du syphilis congénital chez les nourrissons.

2. Dans les cas, qu'on a exposés à la cure spécifique, on a vérifié le résultat de la réaction de Biernacki et on constata, qu'avec l'amélioration d'état des symptômes et le changement général de la santé, avec la diminution de la maladie et le changement, de la réaction de Bordet-Wassermann du positif en négatif, le temps de la sédimentation des gouttes de sang augmentait considérablement, arrivant dans certains cas presque à la norme.

3. Dans deux cas, où le temps de la sédimentation ne surpassait pas 10 minutes, la mort arriva; de deux cas, où ce temps atteignit 12 minutes, un bébé mourut, l'autre se développe insuffisamment malgré la cure assez systématique. D'après cela on peut supposer, que la réaction de Biernacki dans le syphilis héréditaire chez les nouveaux nés, possède la valeur pronostique vitale. Les suppositions dénombrées ci-dessus, surtout les dernières, exigent la ratification prochaine sur un plus grand nombre des malades.

Institut d'anatomie pathologique

Directeur Prof. Dr. Opoczyński.

ST. MAHRBURG

Trois cas d'hypernéphrome.

L'auteur présente les opinions de différents expérimentateurs sur la genèse des tumeurs intrarénales dites hypernéphromes qui se résument en trois théories: 1) origine surrénale des néoplasties (Grawitz), 2) origine vraiment rénale (Sudek, Stoerk), 3) origine des cellules de différentes lamelles embryonnaires formant l'appareil urinaire (Ricker, Wilson).

En outre l'auteur s'occupe de la malignité des néoplasties de Grawitz et de leur dépendance de la constitution histologique. Se fondant sur les trois cas, examinés par lui, dont deux présentaient une structure histologique se rapprochant des néoplasmes mûrs et dont le troisième avait des propriétés d'une néoplastie tout atypique, l'auteur arrive à la conclusion que dans ses trois cas il ne peut constater aucun rapport saisissable entre la structure histologique et la malignité de la néoplastie.

Clinique des maladies des enfants

Directeur Prof. Dr. W. Jasiński

par Dr. S. GOGOLEWSKA-LÖWENHOFF.

Réaction au mastizol du liquide cébrospinal des enfants.

Après avoir éprouvé la réaction au mastizol dans 115 cas de différentes maladies du système nerveux l'auteur arrive à la conclusion qu'elle n'est point supérieure aux réactions globuliniques de Pandy et de Nonne-Aspelt.

Erreurs diagnostiques dans la pratique médicale

par le Dr. A. WIRSZUBSKI

Un cas de luxation du maxillaire inférieur envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de „Tétanus“.

PAMIĘTNIK

Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego

i

Wydziału Lekarskiego Uniw. Stefana Batorego

Organ

T-wa Lekarskiego Woj. Nowogródzkiego

i

Wileńsko - Nowogródzkiej Izby Lekarskiej.



465/III

WILNO,

NAKŁAD WILEŃSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.
Z ZASIŁKIEM WYDZIAŁU NAUK MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH
I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO.

TOW. WYD. „POGOŃ”, Drukarnia „PAX”, UL. ŚW. IGNACEGO 6.