

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. B. Motz. Badanie metodyczne cewki. Str. 241. II. Fr. KIJEWSKI. O torbielach trzustki. Str. 246. (C. d.). *Dział sprawozdawczy.* 48. WOLFF-EISNER. Znaczenie odczynu spojówkowego na podstawie 4000 obserwacji klinicznych. Str. 252. 49. MÖRCHEN. Przyczynę do t. zw. gorączki historycznej. Str. 252. 50. ROSENBERGER C. Jakże ma znaczenie znieczenie łasecznika gruczolowego w kale? Str. 254. 51. MAX BRANDES. Przyczynę do t. zw. gruźlicy z ciał obcych otrzewnej. Str. 255. 52. KOTZENBERG. O leczeniu ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej z przedzinawienia i o drobnoustrojach zapalenie to wywołujących. Str. 255. 53. v. den VELDEN. O leczeniu krwotoków wewnętrznych zapomocą soli kuchennej, podawanej *per os* i dożylnie. Str. 256. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Posiedzenie dnia 16-go lutego 1909 r. Str. 257. Posiedzenie dnia 26-go lutego 1909 r. Str. 258. *Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.* IV posiedzenie naukowe dnia 12-go lutego 1909 r. Str. 260. V posiedzenie naukowe dnia 19-go lutego 1909 r. Str. 260. VI posiedzenie naukowe dnia 26-go lutego 1909 r. Str. 261. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. Z KLINIKI CHOROÓB DRÓG MOCZOWYCH FAKULTETU PARYSKIEGO.

BADANIE METODYCZNE CEWKI.

Napisał

Dr B. Motz [Paryż].

Wszyscy lekarze znają dobrze trudności, jakie przedstawia leczenie pewnych chorób cewki moczowej pochodzenia zapalnego. Spotykamy się tu z pesymizmem, doprowadzonym nawet do zupełnego zniechęcenia. To też należałoby się zastanowić nad tem, czy przyczyna złych wyników leczniczych tkwi w samym sposobie postępowania, czy też w różnorodności zaburzeń. Według mojego zdania wyniki ujemne leczenia zapalenia cewki w ogólności przeważnie zależą od niedostateczności danych anatomo-patologicznych i sposobów badania. Jeżeli po dokładnem rozpoznaniu odmian i siedliska cierpienia, leczenie jest długie i uciążliwe, jakież wyniki osiągnąć można wtedy, gdy lekarz działa po omacku, stosując utarte formuły leczenia, które nie mają związku ze zmianami anatomicznymi cewki?

W niniejszej pracy mam zamiar zwrócić uwagę na środki, którymi rozporządzamy obecnie w celu dokładnego rozpoznania zmian patologicznych, zachodzących w przebiegu przewlekłych zapaleń cewki oraz na różne objawy, napotymane u chorych w przebiegu tych zaburzeń.

Aby uniknąć powtarzań, uważam za niezbędne przypomnieć w kilku sło-

wach główne cechy budowy anatomicznej cewki normalnej oraz zmiany powstające w przebiegu zapalenia przewlekłego tego narządu.

A. Cewka w stanie normalnym.

Nabłonek. Warstwa nabłonkowa cewki składa się z komórek nabłonkowych zwykłych lub warstwowych, z wyjątkiem dołu łódkowego (*fossa navicularis*), który, jako przedłużenie pokrycia żołądździ, pokryty jest nabłonkiem brukowatym, warstwowym.

Nabłonek stożkowy nie odpada ani samoistnie, ani w przebiegu zwykłych zapaleń cewki; nabłonek brukowaty złuszcza się natomiast samoistnie i obficie w przebiegu zapaleń cewki przedniej.

Błona śluzowa i podśluzowa. Błona podstawna, na której opiera się nabłonek, nie jest zupełnie gładka. Oprócz fałd podłużnych i poprzecznych, istniejących w stanie normalnym, śluzówka posiada na powierzchni liczne wgłębienia zwłaszcza w ścianie górnej. Są to bądź zatoki MORGAGNI'GO (*lacunae Morgagni*), bądź otwory przewodów zewnętrznych gruczołów cewkowych. W okolicy sterczowej wzgórka nasiennego (*veru montanum*), która zawiera łagiewkę sterczową (*utricleus prostaticus*) i otwory przewodów wytryskowych (*canaliculi ejaculatorii*), istnieją liczne otworki kropkowate, należące do przewodów wydzielniczych zrazików sterczowych.

Błona śluzowa i podśluzowa składają się z tkanki łącznej mniej lub więcej luźnej, z włókien sprężystych i pęczków mięsnych, wśród których przebiegają naczynia włoskowate i włókna nerwowe. Ilość tych pierwiastków jest zmienna w zależności od okolicy i osobnika.

Błona naczyniowa. Błona podśluzowa cewki przedniej jest otoczona obrączką naczyniową, która stanowi ciała jamiste cewki.

Gruczoły. Cewka u człowieka, jako narząd nie tylko moczowy lecz i płciowy, otoczona jest znaczną ilością tkanki gruczołowej, która odgrywa ważną rolę w patologii. Gruczoły te są rozsiane w tkankach ścian cewki lub też tworzą mniejsze lub większe skupienia.

Od dołu łódkowego aż do szyjki pęcherza porzucane są setki gron gruczołów w ścianach cewki. Według SAPPEY'a „mieszczą się one nie w błonie śluzowej, lecz w leżącej pod nią tkance mięsnej“. Badanie, dokonane na licznych skrawkach cewki, pozwoliło mi potwierdzić słuszność zdania SAPPEY'a. W kilku tylko przypadkach stwierdziłem obecność zrazików w obrączce podnabłonkowej. Najwięcej gruczołów odosobnionych znajduje się w okolicy bezpośrednio sąsiadującej z dołem łódkowym, w środkowej części okolicy prąciowej i w cewce błoniastej. Większa liczba tych gruczołów mieści się w ścianie górnej.

Grona skupione tworzą gruczoły opuszkowe cewkowe (*gl. bulbourethralis Cowperi*) i stercz (*prostata*). Gruczoły opuszkowe są to tylko gronka oddzielone od gruczołów COWPER'a. Nie znajdują się zawsze, znalazłem je tylko w $\frac{1}{3}$ części cewek badanych.

Okolica sterczowa, najbogatsza w gruczoły, zawiera gruczoły okołocewkowe i gruczoły obwodowe. Gruczoły okołocewkowe, mniej lub więcej rozwinięte w zależności od osobnika, oddzielają się od gruczołów obwodowych zwieraczem nieśniowym śródsterczowym, który stanowi właściwie przedłużenie okolicy błoniastej. Dzięki tym właśnie gruczołom okołocewkowym powstają gruczolaki, które warunkują przerost stercza, co zostało stwierdzone przez mnie i PEREARNAU'a.

Światło cewki normalniej zmienia się w zależności od osobnika i różnych ustępów cewki. Nie wchodząc w ocenianie liczb podanych przez różnych autorów, można wogóle powiedzieć, że praktycznie, w badaniu klinicznym uważać można cewkę za normalną, o ile zglębnik Nr. 25, przechodzi swobodnie i bez uczucia obecności zgrubień powrózkowych w otoczeniu. Należy jednak baczyć, aby nie brać za nie uczucia oporu, jaki występuje często w otoczeniu zglębnika wskutek częściowego skurczu włókien mięsnych, wchodzących w skład okolicy błoniastej.

Do tych krótkich uwag, dotyczących cewki normalnej, pozwolę sobie dodać słów kilka o zawartości i istocie wydzielin cewkowych.

Wyżej była mowa o tem, że nabłonek słupkowy, pokrywający cewkę, nie odpada samoistnie i że nie znajduje się nigdy w moczu, który omywa cewkę w stanie normalnym lub w przebiegu zapalenia. Złuszcza się on tylko po urazie bądź mechanicznym, bądź też chemicznym; nabłonek brukowaty natomiast, który pokrywa dół łódkowy, złuszcza się z łatwością i znajduje się w moczu osobników, u których niema żadnych zmian w cewce. Jest to właśnie ten nabłonek, który występuje obficie w wydzielinach cewki w przebiegu jej zapalenia.

Pewne gruczoły, otaczające cewkę, wydzielają stale śluz, w którym znajduje się zwykle po kilka leukocytów. U osób, które nie oddawały moczu od wielu godzin, zauważyć można w pierwszej porcyi mały czopek śluzowy, w którym znajduje się kilka leukocytów i który nie posiada znaczenia patologicznego.

Wydzieliny gruczołowe cewki przedniej dochodzą z łatwością do wylotu; wszystkie inne wydzieliny cewki tylnej natomiast, stercza i gruczołów nasiennych nie mogą dojść samoistnie do cewki przedniej, aby się znaleźć w wylocie. Nie uwzględnienie tych danych doprowadza do wielkich błędów ze względu na rozpoznanie bądźto zapaleń cewki, bądźto sokotoku sterczowego (*prostatorrhoea*), bądź też nasieniotołu. Należy dobrze zapamiętać tę uwagę, że wydzieliny, które znajdują się w wylocie cewki bez wpływu mechanicznego na cewkę tylną, są produktami cewki przedniej i że trzeba stwierdzić ognisko ich powstawania zapomocą badania systematycznego.

B. Cewka patologiczna i jej badanie.

Po tych krótkich uwagach, dotyczących anatomii i fizjologii cewki, przechodzimy do rozbioru przemian, zachodzących w przebiegu zapalenia tkanek,

stanowiących cewkę; tutaj okaże się, jakimi rozporządzamy środkami rozpoznawczymi i w jakim porządku należy stosować różne metody w celu dokładnego zbadania cewki.

Powłoka nabłonkowa. Nabłonek śluzkowy zwykły lub uwarstwiony, może pozostać nietkniętym, pomimo nacieczenia błony śluzowej. Po upływie jednak pewnego czasu, różnego w zależności od osobnika, ulega zwyrodnieniu, dochodzącemu do zupełnego zrogowacenia. Z początku zauważyć można oprócz bujania nabłonka płaskiego na powierzchni nabłonka śluzkowego, powstanie nowej warstwy nabłonka płaskiego na powierzchni nabłonka śluzkowego uwarstwionego. Nabłonek ten zachowuje jeszcze jądro i barwi się dobrze. Liczba warstw nabłonka płaskiego zwiększa się, komórki powierzchniowe barwią się trudniej, jądro ich staje się coraz mniej widoczne.

Przy końcu tych przemian powstaje całkowite zrogowacenie, przyczem tworzy się jedna warstwa nabłonka sześciennego przytwierdzonego do błony podstawnej, którą zgrubiają liczne warstwy nabłonka płaskiego; żywotność nabłonka zmniejsza się do tego stopnia, że staje się zrogowaciałym zupełnie na powierzchni.

Pomiędzy temi komórkami istnieją połączenia za pośrednictwem włókienek, podobnie jak to ma miejsce w powłokach skórnych naszego ustroju. Okazuje się przeto, że pod wpływem bądź podrażnienia, bądź też zaburzeń w odżywianiu, cewka pokrywa się częściowo lub w części blaszkami łuszczykowymi (*leukoplakia*). Czy te blaszki, napotymane często w przebiegu zapalenia cewki przewlekłych, odgrywają jakąkolwiek rolę z punktu widzenia klinicznego?

Łatwo zrozumieć, że z punktu widzenia terapii nie jest obojętne mieć do czynienia z nacieczeniami błony śluzowej lub podśluzowej, pokrytymi nabłonkiem śluzkowym lub nabłonkiem zrogowaciałym. Nabłonek śluzkowy nie przeszkadza działaniu środków antyseptycznych na nacieczenia powierzchniowe, gdy tymczasem nabłonek zrogowaciały działanie to unicestwia o ile chodzi o działanie szybkie tych substancji. Wiadomo, że powłoka skórna, podobna do nabłonka zrogowaciałego, we wzmiankowanych przypadkach zapalenia cewki przepuszcza tylko substancje, o tyle, o ile znajdują się z nią w zetknięciu przez czas dłuższy. Oczywiście ważnem jest z punktu widzenia klinicznego przekonać się, czy nabłonek chorego jest śluzkowy, czy też mniej lub więcej zrogowaciały.

Posiadamy dwie metody rozpoznania stanu nabłonka cewkowego, jedną histologiczną, drugą uretroskopową. Badając wydzieliny cewkowe, a przede wszystkim nitki, po barwieniu kilkominutowem, napotykamy często komórki nabłonkowe bez jąder, zabarwione na kolor słomkowo-żółty; są to komórki zrogowaciałe. W przypadkach wątpliwych, można stosować sposób zalecany przeze mnie, a polegający na złuszczeniu nabłonka pod wpływem substancji żrącej. W tym celu zastrzykuje się np. kilka centymetrów sześciennych azotanu srebra [2^o/_o] do cewki przedniej i zaciska się wylot cewki w ciągu dwu

minut. Po 12-u godzinach nabłonek się złuszcza w ilości bardzo małej, jeżeli jest to nabłonek stożkowy, przeciwnie — obficie w razie zrogowacenia.

Można również zdać sobie sprawę ze stanu nabłonka cewkowego przy badaniu zapomocą wziernika cewkowego. Nabłonek cewkowy przy badaniu wziernikiem okazuje się różowym, błyszczącym i wilgotnym. Gdy zaczyna przeobrażać się na nabłonek uwarstwiony brukowaty, utracą swoje cechy zwykłe, jak oto połysk i przezroczystość, przybiera barwę perłowo-szarą i staje się suchym. To właśnie zabarwienie błony śluzowej połączone z nierównością powierzchni przewodów, zależną od bujania nabłonka, wskazuje, że powłoka nabłonkowa posiada inne cechy aniżeli w stanie normalnym.

Warstwa podnabłonkowa [śluzowa i podśluzowa]. Błona śluzowa i podśluzowa mogą być normalne, nacieczone, sklerotyczne; nadto mogą istnieć wyrosłe unaczynione lub brodawkowe, ziarnistości i owrzodzenia.

Obecność nacieczeń drobnokomórkowych może być stwierdzona z wyglądu moczu zapomocą palpacyi cewki, wreszcie zapomocą wziernika cewkowego.

Obecność nacieczeń powierzchownych zdradza się zazwyczaj wyglądem mętnym moczu w zależności od leukocytów. Leukocyty nie przechodzą do światła cewki wtedy, gdy powłoka nabłonkowa jest dla nich nieprzepuszczalna, t. j., gdy nabłonek słupkowy przemienia się na nabłonek brukowaty uwarstwiony. To też mogą być zapalenia cewki, prowadzące do zwężenia bez żadnej nawet wydzielinie cewkowej. Drugi sposób rozpoznawania nacieczeń powierzchownych polega na omacywaniu cewki bez użycia cewnika; na ważność tego sposobu zwracałem już uwagę na Kongresie urologicznym. Przy pewnej wprawie można przekonać się z łatwością, że stwardnienia i nierówności, wyczuwane w ścianach cewki, mieszczą się w pierścieniu podnabłonkowym. Giętkość obrączki naczyniowej daje nam pod tym względem pewne wskazówki.

Najpewniejszym jednak sposobem wykrycia nacieczeń powierzchownych jest cewnik cewkowy.

Zmiana zabarwienia błony śluzowej, fałd podłużnych i obrazu pośrodkowego dają nam wskazówki bardzo pod tym względem cenne. Zapomocą badania cewnikowego można stwierdzić najważniejsze zmiany, aczkolwiek rzadko napotymane, jak oto: wyrosłe unaczynione, brodawczaki, ziarninę i owrzodzenia gruźlicze. Zapomocą uretroskopu można zauważyć tworzenie się lejka głębokiego, co wskazuje na zanik pierwiastków mięśniowo-sprężystych, t. j. na stwardnienie tej okolicy.

[D. c. n.]

II. O TORBIELACH TRZUSTKI.

Podał

Dr. med. Fr. Kijewski,

ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Rocha w Warszawie.

Rzecz wygłoszona 3-go lutego 1908 r. na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Warszawskiego.

[Ciąg dalszy. — Patrz N^o. 10].

S p o s t r z e ż e n i e III.

W grudniu 1908 r. do szpitala Św. Rocha przybyła R. F., wieku lat 43, z guzem jamy brzusznej.

Chora zamężna, miała 7 dzieci, z których 4 żyje; w 13-tym roku życia dostała *menses*, które ponawiają się co 4 tygodnie i trwają 4—5-u dni. Przed 9-u miesiącami F. uczuła ból w lewej stronie brzucha w dolnej części, wystąpiły wymioty, stan był wtedy bezgorączkowy. Bolesność ta zmusiła ją do zwracania baczniejszej uwagi na brzuch.

Chora po pewnym czasie sama zauważyła, że w środkowej części brzucha zwolna tworzy się guz, który według słów jej podchodzi „pod żołądek”. Ból stały, wymioty, oraz zwiększający się guz zniewoliły chorą do szukania pomocy lekarskiej. Przed 4-a też miesiącami w jednym ze szpitali warszawskich chora poddała się operacji; jama brzuszna była otwarta, i stwierdzono, że guz wychodzi z trzustki, lecz na wyraźne życzenie otoczenia nie przedsiębrano wyluszczenia; brzuch zaszyto, chora szybko opuściła szpital.

Guz stopniowo się powiększał i zajął niemal całą dolną część brzucha; bole występowały napadami i zmuszały chorą do ustawicznego przyjmowania morfiny. Chora zaczęła gwałtownie chudnąć; trawienie było bardzo upośledzone, stałe zaparcie stolca.

Badanie wykazało, co następuje:

Chora wzrostu średniego, mocno wyniszczona, z blado-żółtem zabarwieniem skóry. Ze strony serca i płuc zmian niema. Na brzuchu na *linea alba* znajdujemy bliznę, zaczynającą się na 4 palce ponad pępkiem i sięgającą niemal do *symphysis*. W dolnej połowie brzucha głównie w środkowej części wyczuwa się guz, okrągły, o ścianach gładkich, nieruchomy, chlebocący; około guza—kiszki, na górnej granicy poprzeczniça.

Macica ruchoma, z guzem nie ma związku. *Per vaginam* i *per rectum* wyczuć można wzmiankowany guz, łatwiej z lewej strony. Pęcherz moczowy odsunięty ku prawej stronie. W moczu niema ani cukru, ani białka. Badanie kału wykazało niestrawione włókna mięsne w znacznej ilości.

Rozpoznanie już było ułatwione przez próbną laparotomię: mieliśmy do czynienia z torbielą trzustki, wychodzącą z głowy trzonu jej i rozwijającą się ku dołowi, pomiędzy listkami *mesocoli transversi*.

Chora zgadzała się na operację, w tym też celu przybyła do szpitala.

10-go grudnia 1908 r. przy łaskawej pomocy prof. Kosińskiego wykonałem laparotomię w smudze białej, w miejscu poprzedniej blizny. Guz był przyrośnięty do przedniej ściany brzucha. Dla łatwiejszego dostępu otworzyłem go i wypuściłem zeń około 1,5 litra płynu surowiczokrwistego. Torbiel oprócz płynnej zawartości zawierała masę galaretowatą, która przylegała do ścian. Całą tę masę usunąłem i wyskrobałem; okazało się, że guz ściśle przylega do kręgosłupa, obejmuje na znacznej przestrzeni wielkie naczynia, z którymi nader mocno jest zrośnięty. Podstawa guza szeroka, odpowiada położeniu trzustki. Ściany torbieli miejscami mocno zgrubiałe, zgrubienia te tworzą guzowatości na wewnętrznej powierzchni ścian. O usunięciu guza marnie nie można było. Wytamponowałem zatem gazą wyjałowioną torbiel i część ściany jej wyciąłem do badania drobnowidzowego.

Stan pooperacyjny bezgorączkowy. Wydzielina z torbieli nader obfita zmuszała do częstej zmiany opatrunku.

Szóstego dnia po operacji z cysty zaczęła wydzielać się żółć, którą też stwierdzaliśmy odtąd już codziennie przy opatrunku.

Pomimo stanu bezgorączkowego, siły chorej stopniowo ginęły i w dwa tygodnie po operacji chora zmarła przy objawach mocnego wyniszczenia.

Badanie pośmiertne zwłok nie mogło być całkowicie dokonane, zaledwie można było obejrzeć stosunek guza do części otaczających. *Cysto-carcinoma* znajdowało się w bezpośrednim związku z trzustką, guz wychodził głównie z głowy gruczołu, która uległa mocnemu zniszczeniu, skutkiem czego część żółci z *ductus choledochus* bezpośrednio dostawała się do jamy torbieli. Trzustka sama była powiększona, usiana licznymi guzami, ulegającymi rozpadowi.

Torbiel podchodziła ku górze aż do żołądka, na górnej części jej leżała poprzecznicą.

Wątroba powiększona, zmętniała. Nerki i śledziona nie przedstawiały widocznych zmian. W jamie brzusznej cokolwiek wolnego surowiczokrwistego płynu.

Badanie chemiczne płynu, wydobytego z torbieli, dokonane przy łaskawym współdziałaniu docenta J. Pruszyńskiego, nie wykazało obecności fermentów trzustki.

Poszukiwanie drobnowidzowe wykazuje:

Ściana torbieli gruba na 2—3-ch mm. Wewnętrzna jej powierzchnia gładka, bez nabłonka. W całej grubości ściana składa się z mocno włóknistej tkanki łącznej z niewielką liczbą komórek stałych, wrzecionowatych. Oprócz tego znajdujemy w ścianie nacieczenia więcej lub mniej obfitej liczbą rozsiaanych limfocytów. Naczyń krwionośnych bardzo mało.

Zewnętrzna część torbieli—twarda, zbita, składa się prawie wszędzie z bliznowatej tkanki łącznej, przenikniętej przez nieliczne i niewielkie ciała rakowe. Forma tych ciał jest okrągława, owalna, cylindryczno owalna lub wrzecionowata. Wszystkie ciała rakowe są pełne i składają się z komórek miernej wielkości, okrągławych lub wielościennych, z do-yc dużym jądrem i jądrem znaczących rozmiarów. Granica ciał rakowych od tkanki łącznej wyraźnie zaznaczona. Tkanka łączna naokoło ciał rakowych nacieczona znaczną liczbą

limfocytów i zawiera wiele komórek plazmatycznych. Komórek zaś stałych łączno-tkankowych w niej niewiele.

Wszystkie badania drobnowidzowe dokonane zostały pod kierunkiem prof. PRZEWOSKIEGO.

Trzy przytoczone powyżej spostrzeżenia przedstawiają trzy przypadki torbieli, z których każdy był odmienny tak co do swojego przebiegu, jak i umiejscowienia guza.

W pierwszym spostrzeżeniu torbiel znajdowała się w górnej części brzucha z lewej strony, wychodziła z ogona trzustki, rozwijała się pomiędzy blaszkami otrzewnej ku górze, mając na dolnym swoim odcinku *colon transversum*, podchodziła pod lewy łuk żebrowy i dosięgała aż do śledziony; torbiel ta była niemal okrągła i odznaczała się dosyć znaczną ruchomością. W drugim zaś—torbiel zajmowała górną część brzucha z prawej strony i pośrodkową, można ją było wymacać pod prawym łukiem żebrowym; wychodziła z głowy lub trzonu trzustki, rozwijała się w miejscu, odpowiadającym *bursae omentalis*, podchodziła pod lewy płat wątroby i pod żołądek, posiadała szeroką podstawę i była zupełnie nieruchoma.

Trzeci guz zajmował środkową część jamy brzusznej, brał początek z głowy i trzonu trzustki, rozwijał się pomiędzy blaszkami *mesocoli transversi*, głównie ku dołowi, mając na górnej swej powierzchni *colon transversum*; guz ten o szerokiej podstawie był nieruchomy.

Dwie pierwsze torbiele były pochodzenia traumatycznego. Pod wpływem urazu powstało naruszenie całości samego gruczołu, nastąpiło wynaczynienie i wylanie się soku trzustki pod otrzewną, okrywającą gruczoł, co zwolna sprzyjało rozwojowi otorbionego ogniska. W przypadku drugim nastąpiło nawet rozerwanie tylnej ściany *bursae omentalis* i w tej ostatniej utworzenie się torbieli.

Te dwie torbiele zaliczyć należy tak kategorii torbieli rzekomych. Budowa mikroskopowa ścian ich nie wykazała nic swoistego, na zasadzie jej zupełnie nie możnaby wnioskować o łączności torbieli z trzustką, która się żywo manifestowała przez wydzielanie się obfite soku gruczołu w ciągu kilku miesięcy po operacji.

Trzecie spostrzeżenie dotyczyło nowotworu złośliwego—*cysto-carcinoma pancreatis*. Na zasadzie badania drobnowidzowego części ściany, wnioskować możemy, że mamy do czynienia z *carcinoma fibrosum*. Guz ten pierwotkowo rozwijał się w głowie gruczołu, zwolna mógł doprowadzić przez ucisk do zamknięcia części przewodów i tym sposobem współdziałać do powstania torbieli. Po zniszczeniu zaś ścian przewodów przez nowotwór, sok trzustkowy już swobodniej wydobywać się mógł pomiędzy blaszki otrzewne i szybciej pomagać do powiększenia torbieli.

Jakkolwiek budowa ściany torbieli i w tym przypadku nie pozwala na wykazanie łączności jej z trzustką, gdyż w wyciętym kawałku ściany nigdzie nie znajdujemy resztek gruczołu [trzustki], a natomiast ciała rakowe, otoczone mocno rozwiniętą tkanką łączną, to ze względu na tę okoliczność, że tor-

biel powstała skutkiem zmian zachodzących w samym gruczole, zaliczyć ją przeto możemy do torbieli prawdziwych.

Nazwą ogólną torbieli trzustki oznaczamy: cysty retencyjne, *cysto-adenomata*, torbiele powstałe pod wpływem urazu lub przy objawach zapalnych, zebranie się płynu pod otrzewną, okrywającą trzustkę lub w *bursa mucosa*. Jeżeli w budowie torbieli bierze udział mięsz trzustki lub jej przewody, to torbiel zaliczamy do prawdziwych; jeżeli zaś punktem wyjścia torbieli jest trzustka, lecz udziału jej w budowie wykazać nie możemy, to twór taki torbielowaty uważamy za pseudocystę—torbiel rzekomą. Chociaż anatomo-patologicznie torbiele prawdziwe różnią się od rzekomych, to jednak w swoich objawach klinicznych nie dają różnic; często po otworzeniu jamy brzusznej i zbadaniu stosunków, a nawet przeprowadzeniu badania drobnowidzowego części wyciętej ściany nie możemy określić, z jaką torbielą mamy do czynienia. Stąd też podział cyst tych na prawdziwe i rzekome ma znaczenie praktyczne.

KOERTE dzieli torbieli trzustki na następujące grupy:

- 1) Cysty retencyjne przewodów—VIRCHOW'a.
- 2) Cysty proliferacyjne tkanki gruczołu—*cysto-adenoma, epithelioma cysticum*.

4] Torbiele retencyjne, które powstają z pewnego odcinka tkanki gruczołu i małych przewodów przez odsznurowanie w następstwie zapalenia przewlekłego trzustki—*pancreatitis interstitialis chronica*. Ten ostatni proces może się rozwinąć skutkiem chronicznego podrażnienia (*alcoholismus*, zapalenia szerzące się z kanału pokarmowego na przewód), albo skutkiem urazu, jakiemu może podlegać gruczoł.

4) Pseudocysty—twory torbielowate, powstające skutkiem przyczyn zapalnych albo urazowych.

LAZARUS¹⁾, który przeprowadził szereg poszukiwań nad wyświeceniem patogenezy torbieli trzustki, odróżnia dwie główne grupy:

- 1) prawdziwe torbiele, wychodzące z gruczołu samego lub jego przewodu,
- 2) i t. zw. cystoidy.

Pomiędzy temi ostatnimi odróżnia: torbiele powstałe po urazie skutkiem rozmięknienia tkanki gruczołu, otorbione wylewy soku trzustki albo wynaczenie — *haematoma bursae omentalis* przy pęknięciu trzustki.

Anatomo-patolodzy starają się unikać podziału na prawdziwe i rzekome torbiele.

Prof. PRZEWOSKI, z którym omawiałem tę sprawę, jest zdania, że na miejscu trzustki, w więcej lub mniej ścisłym związku z tym gruczolem mogą powstawać torbiele trojakięgo pochodzenia.

1) Torbiele rozwijające się bez udziału guzów patologicznych trzustki. Tu zaliczyć należy:

¹⁾ LAZARUS. Zur Pathogenese der Pankreasysten. Zeitsch. f. Heilkunde XIII, t. VI, z. X. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Pankreaserkrankungen. Berlin, Hirschwald 1904.

a) *Ranulam pancreaticam* t. j. torbiel zależną od rozciągnięcia przewodów wyprowadzających trzustki przez zatrzymanie wydzieliny. Taka torbiel powstawać może z całego przewodu trzustkowego lub z pojedynczych jego gałązek. Zawsze takie torbiele są wysłane przez jednowarstwowy nabłonek cylindryczny, kubiczny lub płaski. Niekiedy na ścianach ich zaczyna się nowotworzenie w postaci krzaczkowatych tworów brodawkowatych, wrastających do światła (*papilloma*). Czynniki, powodujące zatrzymanie wydzieliny w przewodach, może działać od strony ich światła [np. zatykający kamień] lub od zewnątrz przewodu [np. ucisk guza sąsiedniego, zwężenie przez rozwijającą się w otoczeniu tkankę bliznowatą i t. p.], albo też wychodzić ze ścian samych przewodów [np. guzy ścian przewodów, blizny skutkiem zaciągania się owrzodzeń błony śluzowej i t. d.].

b) Torbiele skutkiem zaburzeń w krążeniu, a mianowicie skutkiem wylewów krwi i limfy. Torbiele takie rozwijają się niezawodnie rzadko, gdyż zwykle wylana krew lub limfa ulegają wessaniu, pozostawiając na miejscu zaledwie więcej lub mniej znaczną bliznę. Podobne jamy, wypełnione płynem, nie są wysłane przez nabłonek lub śródbłonek.

2) Torbiele, rozwijające się w tkankach guzów patologicznych samej trzustki. Zwykle prowadzą do wytworzenia się torbieli *adenomata*, przechodząc wtedy w *cysto-adenomata*. Często bardzo w takich guzach powstaje wiele torbieli rozmaitej wielkości. Torbiele te stale są wysłane nabłonkiem jednowarstwowym cylindrycznym, kubicznym lub płaskim. Czasami tkanka guza wrasta do światła torbieli. Jeżeli tkanki gruczolaków stają się punktem wyjścia nowotworzenia rakowatego, to *cysto-adenomata* przechodzą w *cysto-carcinomata*. Raz widział prof. PRZEWOŚKI w trzustce guz torbielowaty, który uznać musiał za *lymphangioma cysticum* [patrz protok. 3-go lutego b. r. posiedzeń Tow. Lek. Warsz.]. W guzach jednak wytwarzać się mogą jamy torbielowe skutkiem przemian wstecznych. Te jamy odróżniają się niezupełnie gładką wewnętrzną powierzchnią i brakiem na niej nabłonka lub śródbłonka.

3) Torbiele, rozwijające się z guzów sąsiadujących z trzustką i zra-
stające się z nią tak ściśle, że niekiedy właściwe rozpoznanie jest dosyć trudne. Wrastanie guzów sąsiednich do trzustki bywa znaczne w niektórych przypadkach powiększonych gruczolów limfatycznych w gruźlicy, leukemii limfosarkomatach i t. p.

Taki podział torbieli trzustki nie obejmuje jednak tych tworów torbielowych, które powstawać mogą przy współdziałaniu trzustki, a rozwój ich, wzrost ich dalszy następuje w tkance otaczającej trzustkę. Po urazie np. gruczolu, nastąpić może wynaczynienie, a także wylanie się soku trzustkowego pod otrzewną, okrywającą sam gruczoł, tworzy się wtedy ognisko podotrzewne, którego ściany stanowi głównie otrzewna. Takie twory torbielowe rozwijać się mogą pod tylną ścianą *bursae omentalis* lub nawet w niej samej, pomiędzy blaszkami otrzewnej *mesocoli transversi*, lub też pomiędzy blaszkami otrzewnymi, okrywającymi ogon trzustki.

Jako główną przyczynę powstawania torbieli trzustki wskazać należy na przewlekłe sprawy zapalne, doprowadzające do znacznego rozwoju tkanki łącznej, a skutkiem tego ucisku na przewody, zamknięcia stopniowego ich światła, a nawet całkowitego wstrzymania wypływu wydzieliny. Następnie idzie zatkanie głównego przewodu *Wirsungiana* przez kamień, konkrementy, zapalenie przewlekłe, nowotwory. W poszukiwaniach swoich LAZARUS po podwiązaniu *ductus Wirsungiani* i jego gałęzi nie widział wybitnego rozszerzenia przewodów, lub skutkiem zatrzymania się wydzieliny powstawało *pancreatis haemorrhagica* z nekrozą części gruczołu, co doprowadzało do wytworzenia się ognisk rozmiękłych.

Dalej w szeregu przyczyn należy wymienić wylewy krwawe do samego gruczołu, co powoduje powstawanie torbieli apoplektycznych.

W spostrzeganych przypadkach torbieli trzustki niemal w $\frac{1}{3}$ części ich jako przyczynę powstania cysty wskazać należy na uraz, który nawet posłużył do nadania nazwy tym twórcom—torbieli traumatycznych trzustki.

Uraz może być rozmaity co do swojej formy i siły; w odnośnych spostrzeżeniach podają uderzenie twardem ciałem w górną część brzucha—kijem, drągiem, dyszlem, kopytem przez zwierzę, uderzenie nogą, butem, zgniecenie brzucha przez maszynę, wóz, zaznaczono nawet jako przyczynę kilkakrotne spadnięcie z konia.

Po takim urazie mogą występować natychmiast burzliwe objawy i wkrótce zauważyć można guz w jamie brzusznej, albo też utworzenie się torbieli powstaje dopiero po upływie dłuższego okresu.

Tak na przykład ALBERT ¹⁾ przytacza spostrzeżenie, że po uderzeniu przez konia w brzuch w 1886 r. pierwsze objawy, świadczące o schorzeniu trzustki, wystąpiły w r. 1887, a guz się ujawnił dopiero w 1891 r. GUSSENBAUER ²⁾ opisał przypadek, w którym po zastosowaniu energicznego masażu wystąpiły w górnej części brzucha bole gwałtowane, a w dwa lata później zauważono guz. W przypadku RIEGNER'a ³⁾ po urazie guz powstał po upływie 3-ich lat, a w spostrzeżeniu KUESTER'a ⁴⁾ po zgnieceniu brzucha wozem—po 8-u latach. W niektórych zaś przypadkach, jak na przykład LITTLEWOOD'a ⁵⁾ po uderzeniu kopytem w brzuch można było stwierdzić guz już po upływie dwu tygodni.

Spostrzeżenia te wskazują, że szybsze lub powolniejsze powstawanie torbieli po urazie idzie równoległe do wielkości samego uszkodzenia gruczołu. Jeżeli zniszczenie gruczołu jest znaczne, jeżeli wynaczynienie obfite, a wydzielina samej trzustki wydobywa się przez uszkodzone miejsce, to twór torbielowaty może wcześniej powstać. W przeciwnym razie przy małym uszko-

1) ALBERT. Wiener med. Presse, 1891, Nr. 43.

2) GUSSENBAUER. Prag. med. Wochenschr. 1894.

3) RIEGNER. Berl. klin. Woch. 1890.

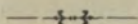
4) KUESTER. Deutsch. med. Woch. 1887.

5) LITTLEWOOD. Brit. med. Jour., 1892.

dzeniu gruczołu, jeżeli całość trzustki nie została naruszona, to pod wpływem urazu mogą się zwolna rozwijać zmiany już to w samych zrazikach, już to w przewodach i doprowadzać mogą z biegiem czasu do schorzenia znacznych odcinków gruczołu, czego wynikiem będzie utworzenie się torbieli.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



48. Wolff-Eisner. Znaczenie odczynu spojówkowego na podstawie 4000 obserwacji klinicznych.

Autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Odczyny podskórne i skórne są swoiste dla gruźlicy; ponieważ jednak wykrywają one i ukryte ogniska zwapniałe, więc znaczenie ich kliniczne jest względne.

2) Odczyn spojówkowy dodatni wskazuje na gruźlicę czynną.

3) Jego wystąpienie u klinicznie zdrowych powinno wzbudzać silne podejrzenie.

4) Odczyn ujemny w gruźlicy niewątpliwej ma znaczenie niepomyślne. W miarę postępu choroby staje się coraz częstszym.

5) Z odczynu spojówkowego dodatniego nie można wyciągać żadnych pomyślnych wniosków prognostycznych. Pomyślne rokowania można wysnuwać tylko z odczynu skórno opóźnionego i długotrwałego. Odczyn ten wskazuje, że na wstrzyknięcie jadu organizm reaguje wytworzeniem się tkanki łącznej, z czego można wnioskować, iż gruźlica ma łagodną postać łącznotkankową.

6) Możliwym jest w tkankach dla życia obojętnych, jak np. w tkance łącznej, wytworzenie receptorów, które będą przyciągały do siebie tuberkuliny i umiejscowiły działanie jadu. Pogląd ten może znaleźć zastosowanie lecznicze. Na niektóre postaci gruźlicy płucnej wpływa pomyślnie wytwarzanie wewnątrz skóry sztucznych ognisk gruźliczych przez wstrzykiwanie małych dawek tuberkuliny [$\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{1000}$ mg.] lub przez wcieranie maści tuberkulinowej [20—50%].

(*Münch. med. Woch.*, 1908. Nr 45).

B. Debiński.

49. F. Mörchen. Przyczynek do t. zw. gorączki histerycznej.

Od czasu pierwszej pracy PETERSEN'a (*De febris nervosae natura et origine* 1746) zjawiało się niemało prac ogólnych z pojedynczych spostrzeżeń o gorączce pochodzenia nerwowego. Z wielu względów lekarze zapatrują się sceptycznie na tę kwestyę [np. OPPENHEIM w swoim podręczniku z r. 1905]. Niewątpliwym jednak pozostaje fakt, że gorączka nerwowego pochodzenia [zwykle histerycznego] istnieje, gdyż trudno zadawać kłam spostrzeżeniom wiarygodnych autorów, którzy z całą naukową ścisłością opisują przypadki podniesienia ciepłoty ciała bez jakiegokolwiek innej przyczyny, prócz zбоcezeń w układzie nerwowym [najczęściej histerya]. Autor, podawszy zwięzłe historię przedmiotu aż do ostatnich czasów, opisuje 3 własne przypadki, spostrzeżane przez czas dłuższy w zakładzie leczniczym (*Ehrenwaldsche Kuranstalt Ahrweiler*).

W przypadku 1-ym chora była podejrzyszwana o gruźlicę płuc [co się często zdarza] i znajdowała się pod obserwacją w Hohenhonnet [sanatorium dla gruźliczych]. Tam miewała podniesienia ciepłoty do 42,3°, 43,5° a nawet raz do 45,5° (1). Temperatura była mierzona przez lekarza dokładnym termometrem. Prof. SCHULTZE [Bonn] razem z miejscowymi lekarzami rozpoznawał wtedy gorączkę histeryczną. Tę samą chorą autor obserwował w 10 lat później, t. j. w r. 1907. Żadnych zmian chorobowych w płucach ani w innych narządach nie było, a jednak chora gorączkowała aż do 46°! Tętno przy najwyższych temperaturach nie przerosło nigdy 95-u uderzeń na minutę, mocz był normalny, waga ciała bez zmiany.

W 2-gim przypadku chora cierpiała na histeryę z przymieszką jakiejś niezdecydowanej psychozy. Chora ta od czasu do czasu miewała gorączkę bez określonego typu, dochodzącą w różnych porach dnia do 42°. Podczas gorączki czuła się zupełnie dobrze, tętno nie przechodziło 120 uderzeń.

W 3 im przypadku 17-letnia histeryczka, cierpiąca od 12-go roku życia na abazję i drgawki, i przepędzająca lata całe w różnych zakładach, w Ahrweiler zaczęła sobie wkłuwać igły w udo lewe. Igły usunięto, ale zjawilo się zaczerwienienie skóry i bole ze strony przeciwnej; ciepłota ciała podniosła się do 38°. Podejrzyszowano *osteomyelitis*; gdy ciepłota podniosła się do 41,8°, przeniesiono chorą do kliniki chirurgicznej w Bonn. Stan ogólny był przytem dobry, tętno nie przyspieszone. Prześwietlanie promieniami ROENTGEN'a wykazało, że i w prawe udo chora wkłuła sobie dwie igły. Gdy je wyjęto, gorączka zniknęła. I potem powtarzała się ta sama historia z igłami, ale gdy przestano na to zwracać uwagę, gorączka już się nie pojawiała.

Autor próbuje naszkicować cechy gorączki histerycznej: przedewszystkiem trzeba się zgodzić z faktem samym, że bywają gorączki i to bardzo wysokie, które nie znajdują wyjaśnienia w żadnem cierpieniu organicznem. Osobniki, podlegające takim gorączkom, są to zwykle ludzie wysoce nerwowi, najczęściej histerycy. Cechą takich gorączek jest brak wszelkiego typu, brak pospolitych objawów gorączkowych, nieznaczne lub żadne zmiany w tętnie, oddechu, odżywieniu. W rozpoznaniu różniczkowem najczęściej miano na uwadze gruźlicę (*pseudophtisis*), tyfus, influencę, *meningitis*, raz nawet *osteomyelitis*. Środki przeciwgorączkowe zwykle nie działają, zato dobry wpływ wywierają kąpiele, suggestya.

[Przyp. s p r a w o z d.] Dodałbym od siebie, że gorączki tego rodzaju zdarzają się daleko częściej, niż toby można było sądzić z opisów. Do literatury dostają się opisy albo niezwykle wysokich stopni gorączki, albo też przypadków, w których szczęśliwe okoliczności [długa, często kilkoletnia obserwacya, możność b. dokładnego zbadania np. krwi, płwociny i t. d.] pozwoliły autorom wykluczyć wszelkie możliwe przyczyny gorączki. Opisy dotyczą najczęściej chorych szpitalnych, sanatoryalnych; tymczasem tej kategorii chorych spotykamy dużo więcej w praktyce prywatnej, gdzie obserwacya z wielu względów nie może być tak ścisłą, azeby się nadawała do publikacyi naukowych. W praktyce prywatnej lekarz, mając przed sobą jakąś niewytlómaczoną gorączkę, woli ją złożyć na karb ukrytej gruźlicy, influency, jakiejś nieznaney infekcyi, wreszcie aktointoksykacyi, niż na karb gorączki „nerwowej.” Dopiero dłuższa obserwacya tego samego chorego, szczęśliwy zbieg okoliczności, wykrycie niewątpliwey etyologii pozwala na ustalenie rozpoznania i utrwała w przekonaniu, że gorączki pochodzenia nerwowego rzeczywiście istnieją, a nawet nie są tak wielką osobliwością.

50. Rosenberger C. Jakie ma znaczenie znalezienie lasecznika gruźliczego w kale?

Znajdowanie laseczników gruźliczych w kale twardym i dobrze uformowanym, pochodzącym od chorych z niejasnym rozpoznaniem klinicznym, skłoniło autora do przeprowadzenia odpowiednich badań. W ciągu ostatnich dwu lat zbadał on stolce od 612-u chorych bez wyboru i 60-u z wyraźnym rozpoznaniem gruźlicy. Z tej liczby było 137 stałych stolców, 297 napół stałych, 178 płynnych. Lasecznik gruźliczy był znaleziony w 120-u przypadkach [19,6%]: w twardych stolcach 28 razy, w półtwardych 40 razy, w płynnych 52 razy. W 60-u przypadkach rozpoznanej gruźlicy zawsze znajdowano laseczniki bez względu na konsystencję stolców. Barwienie było dokonywane fuksyną karbолоwą [15 minut na zimno], odbarwienie roztworem PAPPENHEIM'a [2—3 min.].

Wnioski autora są następujące:

1. Żaden inny lasecznik kwasoodporny (*acid-fast*) nie znajduje się w kale, prócz lasecznika gruźliczego.
2. Obecność lasecznika gruźliczego w kale dowodzi istnienia czynnej gruźlicy w ustroju ¹⁾.
3. W gruźlicy prosówkowej lasecznik jest zawsze obecny w kale.
4. We wszystkich przypadkach przewlekłego rozvolnienia i we wszystkich przypadkach ogólnego obrzmienia gruczołów kał powinien być zbadany na laseczniki.

5. Znalezienie lasecznika gruźliczego w kale nie zawsze świadczy o istnieniu owrzodzeń gruźliczych w kiskach.

6. W gruźlicy płucnej zamkniętej (*arrested*) lub wyleczonej nie znajdujemy laseczników w płwocinie ani w kale.

7. Badanie kału na laseczniki gruźlicze powinno być wykonywane zawsze w przypadkach niejasnych oraz wtedy, gdy nie można otrzymać płwociny.

W końcu swej pracy autor podaje krótką notatkę kilkudziesięciu przypadków [57], w których znaleziono laseczniki gruźlicze w kale wbrew wszelkim oczekiwaniom. Notujemy najciekawsze:

1. Rozpoznanie kliniczne: marskość wątroby z puchliną brzucha. Żadnej ekspektoracji. Na 3 dni przed śmiercią bredzenie. Podejrzenie *meningitidis*. Sekcyja: gruźlica prosówkowa płuc, gruźlica otrzewnej. Żadnych owrzodzeń w kiskach.

16. Rozpoznanie kliniczne: róża i rozvolnienie. Żadnej ekspektoracji. Sekcyja: małe zmiany w płucach. Żadnych owrzodzeń w kiskach.

18. Rozp. klin.: *endocarditis maligna*. Żadnej ekspektoracji. Sekcyja: gruźlica prosówkowa wszystkich narządów. Żadnych owrzodzeń kiszkiowych.

27. Rozp. klin.: *malum Pottii*. 5-letnie dziecko. Żadnych widocznych zmian w płucach.

39. Rozp. klin.: tyfus brzuszny. Sekcyja: *tuberculosis miliaris acuta*. Żadnych owrzodzeń w kiskach.

43. Rozp. klin.: *pneumonia*. W płwocinie laseczników nie znaleziono. Sekcyja: wyleczona gruźlica płuc. Owrzodzenia gruźlicze w kiskach.

44. Rozp. klin.: tyfus brzuszny. Sekcyja: ostra gruźlica prosówkowa.

¹⁾ Autor zastrzykiwał pod skórę królikom i świnkom morskim hodowlę laseczników. Po 4-ch dniach znajdowano laseczniki w kale, na sekcyi, wykonywanej po 7-iu tygodniach, nie znajdował na błonie śluzowej kiszki żadnych zmian u świnek, a u królików—zserowaciałe masy w okolicy pachwiny prawej. W masach tych nie można było znaleźć laseczników.

45. Rozp. klin.: rak wątroby. Sekcja: rak płuc i wątroby, gruźlica gruczołów krezkowych.

46. Rozp. klin.: *tabes dorsalis*, *empyema*. Sekcja potwierdziła rozpoznanie.

51. Rozp. klin.: *meningitis*. Dziecko 11-mies. Żadnych zmian w płucach. W płynie rdzeniowym i w kale laseczniki.

53. Rozp. klin.: *lupus*. Żadnych zmian w płucach. Laseczniki w kale. [Kol. M. GANTZ w pracy p. t. „Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteriologicznego“ [nagrodzonej na konkursie im. KOCZOROWSKIEGO. P. T. L. W. 1903] na zasadzie zbadania 90-u przyp. [na oddziale kol. JANOWSKIEGO] doszedł również do wniosku, że znalezienie laseczników gruźliczych w kale, tylko przy uwzględnieniu różnych warunków może świadczyć o istnieniu owrzodzeń gruźliczych w kiszkiach. Porów. wniosek 5-ty ROSENBERGER'a. *Przyp. sprawozdawcy*].

(*Proceedings of the pathological Society of Philadelphia. 1908, Luty*).

A. Puławski.

51. Max Brandes. Przyczynek do t. zw. gruźlicy z ciał obcych otrzewnej.

Wynik całej pracy jest następujący:

1) Nie każde przedziurawienie kanału żołądkowo-kiszkowego kończy się śmiertelnym zapaleniem otrzewnej; nawet przy przedziurawieniu żołądka, wypełnionego pokarmami, wcześniej dokonana laparotomia może sprowadzić wyzdrowienie.

2) W pewnych okolicznościach, np. przy bardzo nieznacznej zawartości mikrobow i odpowiednim fizyko-chemicznym składzie miazgi pokarmowej, otrzewnej udaje się własnymi siłami, bez tworzenia ropni, otoczyć młodą tkanką ziarninową wszystkie niezliczone ciała obce, pozostające w jamie otrzewnej, wskutek czego powstaje anatomo-patologiczny obraz chorobny, który makroskopowo niezawsze można odróżnić od istotnej gruźlicy lub rozsianego raka otrzewnej.

3) Postaci komórek olbrzymich, tworzących się wokół zamkniętych ciał obcych, nie są stałe: ich kształty i ułożenie zależne są od kształtu, wielkości, ułożenia i odległości ciał obcych.

4) W przylegającej do ciała obcego części komórki olbrzymiej często widać częściowy brak jąder: otóż zjawiska tego nie należy poczytywać za częściową martwicę komórki lub za wyraz zmniejszonej jej żywotności. Postaci takie świadczą o podziale pracy w komórce olbrzymiej, rozumianej biologicznie jako zbiorowisko (*komplex*) komórek, powodujących ożywione wchłanianie ciała obcego.

5) Komórki olbrzymie powstają przez zlewanie się sąsiadujących ze sobą komórek nabłonkowatych, które w omawianych gruzelkach powinny być uważane za pochodne ze stałych komórek tkanki łącznej.

6) Omawiana tu kategoria przypadków winna być podciągnięta pod miano „gruźlicy z ciał obcych” (*Fremdkörpertuberculose*), lub „granulozy z ciał obcych” (*Fr-granulose*), ponieważ nazwa „gruźlica rzekoma” (*Pseudotuberculose*) jest ogólnym terminem dla najrozmaitszych postaci chorobnych, powstających na tle zakażenia drobnoustrojowego.

(*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., t. 19, z. 4*).

W. Dobrowolski.

52. Kotzenberg. O leczeniu ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej z przedziurawienia i o drnbnoustrojach zapalenie to wywołujących.

Jest dziś już zdaniem ogólnie przez lekarzy przyjętem, że ogólne ropne zapalenie otrzewnej powinno być leczone na drodze zabiegów chirurgicznych.)

Wyniki takiego leczenia, dotychczas otrzymane, można będzie znacznie polepszyć o ile nauczymy się rozpoznawać ogólne zapalenie otrzewnej w okresie początkowym, a jednocześnie wyświetlimy do dziś dnia jeszcze zawikłaną sprawę drobnoustrojów, zapalenie to wywołujących. K. podnosi znaczenie trzech następujących objawów, ułatwiających często wczesne rozpoznanie; są to: napięcie mięśni brzusznych, t. zw. *defense musculaire*, szybkie tętno w przeciwstawieniu do ciepłoty, utrzymującej się na poziomie prawidłowym, suchy, czerwony i obłożony język. K. nie pochwała wyczekiwania z operacją na klasyczne objawy ogólnego zapalenia otrzewnej [czkawka, wymioty, wzdęcie brzucha, zaparcie stolca i wiatrów, *facies hippocratica* i t. d.], w tym bowiem okresie choroby zejście pomyślne udaje się otrzymać po operacji tylko bardzo rzadko; jednocześnie zaś powstaje przeciwko zaleconemu przez SONNENBURG'a podawaniu w okresie początkowym choroby środków przeczyszczających, ponieważ może ono wywołać lub przyspieszyć przedziurawienie wyrostka. Operować należy zawsze. K. stara się dokonać całego zabiegu, wychodząc z możliwie małego cięcia ściany jamy brzusznej, ostrożnie rozluźnia wszystkie zlepy kiszki, przepłukuje jamę otrzewną wielką ilością roztworu fizjologicznego [około 40-u litrów], ogrzanego do 37°—39°, tak, ażeby wszystkie jej uchyłki pozbawić ich ropnej zawartości i wypełniwszy ją ostatecznie tymże roztworem, zeszywa ranę dokładnie prawie aż do jej dolnego kąta. To ostatnie czyni autor w myśl propozycji REHN'a i NOTZEL'a, którzy podnosili wielkie znaczenie wewnątrzbrzuszego ciśnienia dla skutecznego osączenia jamy brzusznej. Sączków K. używa szklanych średnicy 1—3 ctm., długości 20 ctm., szczelnie wypełnionych wewnątrz gazą jodoformową [t. zw. *Tampondreinage* DREESMANN'a]. Wyniki operacyjne, osiągnięte przez K., należy uznać za bardzo pomyślne. Z ogólnej liczby 34-ch przypadków ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej, operowanych przez niego w sposób wyżej opisany [z nich 14 w ciągu pierwszych 24-ch godzin], zmarło tylko 6, t^o zn. 11,7% śmiertelności.

Prócz tego K. starał się określić, jaki rodzaj drobnoustrojów w poszczególnych przypadkach wywołał zapalenie wyrostka robaczkowego. Posiłkując się w tym celu wskaźnikiem opsoninowym, K. na 31 zbadanych pod tym względem przypadków w 20-u otrzymał odczyn na *bact. coli* i tylko jeden raz na gronkowce. Z 20-u przypadków, w których wystąpił odczyn na *bact. coli*, w 4-ch udało się otrzymać wynik dodatni w próbach na gronkowce i paciorkowce.

(*Deutsch. med. Woch. Nr 5*).

F. Majewski.

53. v. den Velden. O leczeniu krwotoków wewnętrznych zapomocą soli kuchennej, podawanej per os i dożylnie.

Dopiero od czasu wprowadzenia do leczenia krwotoków wewnętrznych żelatyny, uzyskaliśmy środek o większym w danym zakresie znaczeniu leczniczym. W wielu jednak przypadkach środek ten zawodzi; nie znamy również dokładnie mechanizmu jego działania. Usprawiedliwione wobec tego są dalsze poszukiwania, przedsiębrane w celu wynalezienia nowych leków, działających skuteczniej na krwotoki wewnętrzne. v. den V. podaje własne spostrzeżenia co do działania w tym kierunku soli kuchennej. W dawkach 5 u grm. *per os* lub też 3—5 ctm. sz. wyjałowionego 10%-go roztworu do żyły, już po upływie kilku do kilkunastu minut wywołuje ona wyraźnie wzmożenie się krzepliwości krwi, a zastosowana wiele razy w praktyce okazała się środkiem bardzo pomocnym zarówno przy krwawieniach z obiegu krwi większego, jak i mniejszego [np. krwioplucie, krwawienia z owrzodzeń tyfusowych, krwawiczków]. Wzmiankowane działanie soli kuchennej V. przypisuje uruchomieniu większej ilości rombokinazy, uwężonej w tkankach. Podobne działanie jak chlorek posiada

i bromek sodowy, dzięki czemu staje się możliwem skombinowane leczenie obu wzmiankowanymi środkami.

(*Deutsche med. Woch. Nr. 5*).

F. Majewski.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 16-go lutego 1909 r.

1) LANDAU ANASTAZY przedstawił pod mikroskopem kryształy CAMMIDGE'a, otrzymane z moczu chorego na *lumbago*, oraz w próbówce makroskopowo widoczny osad tych kryształów z moczu diabetyka. Mocz ten był odczynu zasadowego, miedzi nie redukował, z drożdżami nie fermentował. O ile u chorego diabetyka możnaby jeszcze podejrywać jakieś ukryte cierpienie trzustki [naprz. stwardnienie jej tętnic], to w przypadku *lumbago* nie byłoby dlań najmniejszych danych. L. jest zdania, że rozpoznawania cierpienia trzustki na próbie CAMMIDGE'a opierać nie należy. W dalszym ciągu omawia technikę próby. Kryształy CAMMIDGE'a uważa za połączenie fenylohydrazyny z węglowodanem, zawartym w moczu, prawdopodobnie należącym do polisacharydów, lub też wchodzącym w skład jakiegoś złożonego związku, jak nukleoproteidy.

2) KOZERSKI wygłosił odczyt w sprawie dawkowania promieni ROENTGEN'a w rentgenoterapii.

Obfita kazuistyka przypadków leczonych promieniami ROENTGEN'a, oraz liczne prace szeregu autorów stworzyły ściśle dane, podług których kierować się można w odnośnych wskazaniach, leczeniu i rokowaniu. Jednak zaufanie do rentgenoterapii można osiąść, tylko mając przeświadczenie, że jest ona ściśle obliczalna, że po określonem jej zastosowaniu nastąpi pewien określony skutek. Odczyn skóry, występujący pod wpływem promieni X, podzielił HOLZKNECHT, a następnie KIENBOECK na 3, ew. 4 stopnie. KIENBOECK pierwszy stwierdził, że stopień odczynu zależy od ilości promieni, od ich dawki. Pierwszym dawkomierzem, który rozpoczął nową erę w rentgenoterapii, był chromoradiometr HOLZKNECHT'a. Po przeglądzie krytycznym dawkomierzów HOLZKNECHT'a, SABOURAUD-NOIRET'a, BORDIER'a, KIENBOECK'a, FRUEND'a, SCHWARTZ'a, GUILLEMINOT'a i LURASCHI'ego, K. przychodzi do wniosku, że najdokładniejszym jest kwantomierz KIENBOECK'a, najpraktyczniejszym zaś radiometr SABOURAUD-NOIRET'a.

Dawkę promieni X w każdym poszczególnym punkcie powierzchni ciała obliczamy na zasadzie praw następujących: 1) liczba promieni jest odwrotnie proporcjonalną do kwadratu z odległości; 2) jest proporcjonalną do wstawy kąta, pod którym promień pada. K. przedstawił tablicę, podług której, zmierzwszy zapomocą przedstawionego przyrządu odległość punktu od antykatedody i kąt promienia, od razu można określić dawkę promieni. Objasnił, jak szybko można obliczyć dawkę każdego punktu każdej prostej i krzywej linii; dalej, na czem polega równomierne naświetlanie powierzchni, na czem polega różnica metody naświetlania oddzielnymi kawałkami a naświetlania składanego. Do obliczania dawki w każdym punkcie głębi ciała, oprócz powyższych tablic, stosuje się tablica, ułożona podług badań PERRHES'a i KIENBOECK'a, obliczająca, w jakim stopniu zmniejsza się liczba promieni X w miarę drążenia

ich wgłęb ciała. Tablica uwzględnia też różnice w stopniu twardości rurki, obliczonym podług przyrządów BENOIST'a lub BENOIST-WALTER'a.

Tablica HOLZKNECHT'a podaje normalne dawki dla zdrowej skóry rozmaitych okolic ciała u dzieci i u dorosłych. Tablica wrażliwości tkanek zdrowych i patologicznych na promieni X podług KIENBOECK'a daje ściśle wskazówki dawkowania w każdym przypadku.

Wreszcie K. zestawiał tablice według literatury rentgenologicznej, w jakich sprawach możemy liczyć na wyleczenie, w jakich na poprawę, w jakich na ulgę tylko w cierpieniach, w jakich zaś próbowano promieni X bezskutecznie. Odczyt był ilustrowany licznymi obrazami fotograficznymi z zakresu rentgenoterapii.

Posiedzenie dnia 26-go lutego 1909 r.

BYCHOWSKI wygłosił rzecz p. t. „O niektórych wskazaniach do radykalnej lub paliatywnej trepanacji w przypadkach nowotworów mózgu“. [Praca ta drukowana będzie w Gazecie w całości].

Dla ilustracyi odczytu B. przedstawia przypadki następujące:

1) Chorego 24-letniego, u którego na zasadzie silnych bólów i zawrotów głowy, drgawek ogólnych i obustronnej tarczy zastoinowej rozpoznał nowotwór mózgu bez określenia dokładnego jego lokalizacyi. Siła wzroku chorego w ostatnim czasie stopniowo się zmniejsza.

2) Chorą 20-letnią z obustronnym zanikiem nerwów wzrokowych. Choroba trwa od lat 3-ich, rozpoczęła się od bólów głowy, wymiotów, porażen mięśni ocznych. Rozpoznano nowotwór [podstawy mózgu?]. Z biegiem czasu objawy ogólne nowotworu mózgu minęły, natomiast rozwinęła się *neuritis optica* i w jej następstwie zupełna ślepotą.

3) Chorą 22-letnią, u której przed dwoma laty rozpoznano nowotwór mózgu w okolicy prawej strefy czuciowo-ruchowej oraz stwierdzono zmiany na dnie oka. Na operacyę chora się nie zgodziła. Obecnie—zupełna ślepotą w skutek zaniku nerwów ocznych oraz lewostronne porażenie połowicze.

5) Starca 65-letniego, który w przeciągu 6-u lat miewał napady padaczki JACKSON'a bez wymiotów, bólów głowy, zmian na dnie oka. Drogą trepanacji [RAUM] usunięto śródbłoniak opony twardej, który uciskał na strefę czuciowo-ruchową. Został niedowład połowiczny, lecz napadów drgawkowych więcej nie było.

5) Mięsak, zajmujący cały prawie zraz czołowy prawy. Za życia chorego żadnych objawów miejscowych, tylko bole głowy, wymioty, zanik nerwów wzrokowych.

6) Mięsak mózdzku, zajmujący prawie całą półkulę lewą. Chora zgłosiła się już z zanikiem nerwów wzrokowych. Objawy miejscowe [zniesienie słuchu, brak odruchu z rogówki] pozwalały na dokładne umiejscowienie nowotworu. Wskutek szalonych bólów głowy i wymiotów wykonano trepanacyę czaszki [J. RAUM], poczem objawy podmiotowe ustąpiły. Rozmiary nowotworu uniemożliwiły operacyę radykalną, jakkolwiek wyłuszczenie skądinąd było możliwe.

7) Mięsak przerzutowy w lewym zrazie ciemieniowym. Prawidłowe rozpoznanie miejsca nowotworu postawiono za życia na zasadzie aleksyi

W dyskusyi BREGMAN zwraca uwagę na trudności ogólnej i lokalnej dyagnostyki nowotworów mózgu. B. miał w swojej praktyce dwa przypadki, w których mimo klasycznych objawów nowotworu mózgu [w jednym afazy napadowa oraz padaczka JACKSON'a, w drugim—wybitne ogólne objawy uci-

skowe i bezład mózdkowy] badanie pośmiertne nowotworu nie stwierdziło [t. zw. nowotwory rzekome]. W innym przypadku, operowanym przez ODERFELDA, na zasadzie padaczki JACKSON'a i ograniczonego porażenia, rozpoznano nowotwór ośrodka kończyny górnej, na autopsyi zaś stwierdzono nowotwór zrazu czołowego w sąsiedztwie przedniego brzegu otworu trepanacyjnego.

Jeszcze mniej pewne jest rozpoznanie nowotworów tylnej jamy czaszkowej. Błędy są możliwe i przy rozpoznawaniu nowotworów kąta między mostem a mózdzkiem; w jednym przypadku B. znajdował głuchotę i brak odruchu z rogówki, a mimo to nowotwór zajmował ciało czworacze i tylko tylnym brzegiem dotykał mózdzku.

W przypadkach, w których rozpoznanie lokalne jest pewne, B. uważa operację za niezbędną. Wyniki operacji nigdzie zresztą nie są świetne [OPPENHEIM podaje kilka, STARR 5% wyzdrowień]. Wskazania do trepanacji paliatywnej. zdaniem B., należy ograniczyć. Samo otworzenie czaszki [propozycja FRAZIER'a] nie zmniejsza dostatecznie ciśnienia wewnątrzczaszkowego, przecięcie zaś prócz tego opony twardej zwiększa szanse zakażenia i stwarza możliwość wypadnięcia mózgu. B. spostrzegął przypadek, operowany za granicą, w którym nowotworu nie znaleziono, natomiast w następstwie trepanacji [w lewej okolicy ciemieniowej] powstała niemota ruchowa, połowiczny niedowład prawostronny, oraz zupełna ślepotą. Trepanacja paliatywna niekiedy istotnie powstrzymuje rozwój ślepoty, ale bynajmniej niezawsze. Należy też brać pod uwagę fakt, że publiczność nasza z trudnością zgadza się na tę operację.

L. KOPCZYŃSKI na poparcie tezy prelegenta przypominał własny przypadek nowotworu białej istoty półkuli mózgowej, który wciągu lat 10-iu dawał coraz cięższe objawy padaczki JACKSON'a z przejściowym niedowładem połowicznym oraz niemotą. Po pierwszej trepanacji drgawki przez pół roku się nie zjawiały, po drugiej również nie było ich przez kilka miesięcy, i chora przez ten czas zdolna była do pracy. K. podkreśla też opisy przypadków padaczki samoistnej, w których trepanacja paliatywna usuwała napady na czas dłuższy zapewne wskutek jej pomyślnego wpływu na wahania w ciśnieniu krwi w korze mózgowej. W przypadkach nowotworu mózgu trepanacja niewątpliwie powstrzymuje przejście tarczy zastoinowej w zanik nerwów wzrokowych przez poprawę krążenia krwi w oczodołach.

Prezes zapytuje prelegenta, czy w piśmiennictwie notowano pogorszenie wzroku w tych przypadkach nowotworów mózgu, w których stosowano leczenie przeciwsyfilityczne, jak to zdarzyło się w przypadku, przytoczonym przez prelegenta.

BYCHOWSKI sądzi, że obawa publiczności przed trepanacją nie powinna wpływać na opinię lekarzy o potrzebie tej operacji w odnośnych przypadkach. Rozpoznanie miejscowe często zawodzi, ale tem bardziej w przypadkach takich nie należy wycieńczyć chorych leczeniem przeciwsyfilitycznym, a od razu przystąpić do trepanacji; zwłaszcza że objawy ogólne mogą nieraz ustąpić, a mimo to zmiany na dnie oka doprowadzą do zaniku nerwów wzrokowych. Statystyka SAENGER'a, HIRL'a i innych dowodzi niewątpliwie, że pod wpływem trepanacji *neuritis optica* prawie zawsze ustępuje. W ostatnim wydaniu swego podręcznika OPPENHEIM ocenia odsetek wyleczeń z powodu nowotworów mózgu nie na kilka, lecz na dwadzieścia kilka. Trzeba się również liczyć ze zdaniem KOCHER'a, HORSLEY'a i in., według których trepanacja sama przez się nie jest połączona z niebezpieczeństwem. Dane powyższe nakazują bezwzględnie zalecać trepanację czaszki w przypadkach odnośnych.

W. Starkiewicz.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

IV posiedzenie naukowe dnia 12-go lutego 1909.

I. Prof. ZIEMBIŃSKI przedstawia: 1) preparat nerki wyluszczonej u chorego na kamień, wagi 80 grm. i z nowotworem (*sarcoma fusocellulare*) tejże nerki, jako też drugą nerkę z przerzutami, uzyskaną na sekcji w miesiąc później, i omawia w danym przypadku etyologię powstania nowotworu przez drażnienie. 2) Omawia przypadek, operowany *modo* RYDYGIER *junior* z powodu raka migdałka; w przypadku tym śmierć nastąpiła nagle na 9-y dzień wskutek dużego krwotoku, który, jak się zdawało, pochodził z rany operowanej, a jak pokazała sekcya, był wywołany przez wrzód okrągły żołądka i pochodził stamtąd.

W dyskusji zabrali głos prof. RYDYGIER, prof. RENCKI i prelegent.

II. GAŚIOROWSKI przedstawia preparaty i omawia przypadek badany bakteryologicznie, w którym, przy objawach cholery, nastąpiła śmierć chorego, a badanie wykazało *wibriony*, różniące się od cholerycznych tylko przez ujemny wynik aglutynacji. Na tej zasadzie uważa prelegent, „*vibrio Tarnopol*“ za należące do grupy wibrionów podobnych do cholery, nie uważając za takie szeregu innych, opisanych przez różnych autorów, które nie poruszały się i nie dawały odczynu czerwieniowego.

G. podnosi, że podstawą dzisiejszej metody badania cholery są próby biologiczne.

W dyskusji zabrali głos REICHENSTEIN i prof. KUČERA, zaznaczając, że z czasem uda się prawdopodobnie wyodrębnić całą grupę chorób, wywołanych przez *wibriony*, a które będą w takim stosunku do cholery azyatyckiej, w jakim jest paratyfus do tyfusu.

V posiedzenie naukowe dnia 19-go lutego 1909 r.

I. Prof. GŁUZIŃSKI przedstawia 2-u chorych: jednego z zaburzeniem w krążeniu w *vena cava inferior*, drugiego w *v. portae*, omawia przyczyny, które mogą takie zaburzenia wywołać, mówi o drogach, przez które wyrównują się te zaburzenia i na zasadzie drobiazgowej dyagnostyki różniczkowej dochodzi do wniosku, że w przypadku pierwszym brak drożności w *v. cava inferior* powstał na tle zakrzepu wskutek długotrwałej, przewlekłej zimnicy.

II. MAŁANIUK przedstawia swego pomysłu modyfikację igły DESCHAMPS'a, która ułatwia wyszukanie końców nitki i jej wydobycie.

III. Doc. MARISCHLER wygłasza odczyt: „Stosunek gruźlicy do płamicy WERLHOFA i do skaz krwotocznych“. Na zasadzie swoich badań dochodzi on do wniosku, że gruźlica jawna lub utajona jest częstą przyczyną skazy krwotocznej.

W dyskusji zabierali głos: CZARNIK zaznaczając, że twierdził już to samo w roku 1904; OPOLSKI, twierdząc, że nie płamica WERLHOFA, ale rumień wielopostaciowy stoi w związku ze sprawami gruźliczemi; prof. KUČERA nie przychyliła się do wniosku prelegenta i nie uważa, ażeby gruźlica odgrywała jakąkolwiek rolę w powstawaniu skaz; tego samego zdania jest i prof. ŁUKASIEWICZ, który nie może się również zgodzić ze zdaniem, wypowiedzianem przez OPOLSKIEGO. Również OBTUŁOWICZ i PISEK nie przy-

pisują graźlicy roli etyologicznej w powstawaniu skaz krwotocznych, uważając je jedynie za sprawy równobieżne. HORNOWSKI nie znajdował na sekcji zmian gruźliczych w chorobie WERLHOFA; radzi odrzucić samą nazwę, gdyż nie ona nie mówi, i nawet klinicznie, nie tylko anatomo-patologicznie, nie jest jednostką chorobną, należyście zbadaną i ok esłoną. Prof. RENCKI skłania się do zdania prelegenta o związku pomiędzy gruźlicą a skazami krwotocznymi.

VI posiedzenie naukowe dnia 26-go lutego 1909 r.

I. RYDYGIER (jun.) przedstawia pięciu chorych z *rhinoscleroma*, leczonych promieniami ROENTGEN'a z bardzo pomyślnym wynikiem i omawia sposób leczenia.

W dyskusji zabierali głos: prof. L. RYDYGIER, prof. JURASZ, ZABŁOCKI, prof. BARĄCZ, FELS i prelegent, zaznaczając że podana metoda leczenia wydaje się być nie środkiem paliatywnym, lecz rzeczywiście leczniczym; należy jednak chorych takich przez czas dłuższy obserwować, czy nie będzie nawrotów.

II. BOCHEŃSKI przedstawia dwa potworki, każdy z dwiema głowami i, jak to wykazuje rentgenogram, z dwoma kręgosłupami; omawia mechanizm porodu w tych przypadkach i wogóle sposób postępowania w takich razach.

III. OSTROWSKI przedstawia 23-letnią chorą ze zmumifikowaną kończyną dolną i zastanawia się nad przyczyną takiej zgorzeli samoistnej.

W dyskusji FEUERSTEIN radzi zrobić próbę WASSERMANN'a i ewentualnie poza amputacją poddać chorą leczeniu rtęciowemu i jodowemu, z czem nie zgadza się PISEK, gdyż nie uważa tej sprawy za syfilityczną.

IV. Prof. BARĄCZ przedstawia chorą, wyleconą z promienicy przez śródmięszkowe zastrzykiwanie 1%-ego siarkanu miedzi.

V. WALLAH przedstawia: 1) *sarcoma testis* od 6-miesięcznego dziecka, 2) kamień z pęcherza moczowego od 5-letniego chłopca

J. Hornowski.

Wiadomości bieżące.

— Konkurs na wydawnictwo popularno-lekarskie imienia dra ALFREDA SOKOŁOWSEIEGO, na temat: „Jak się ma zachowywać osoba zagrożona suchotami?”

Rozprawa ta, jako przeznaczona dla szerokiego ogółu—włościan, robotników, powinna być przystępnie i popularnie, a jednakże z uwzględnieniem obecnego stanu wiedzy, napisana.

Rozmiar rozprawy—arkusz druku. Nagroda za najlepszą pracę wynosi 50 rubli.

Rękopis staje się własnością Komitetu. Termin nadsyłania prac 1-go września 1909 r. Prace nadsyłać należy z zachowaniem zwykłych formalności pod adresem: Warszawa, Niecała 7. Towarzystwo Lekarskie. Biblioteka.

Skład sądu konkursowego stanowią drzy: BIELIŃSKI JÓZEF, HEWELKE OTTO, JAWORSKI JÓZEF, redaktor MIŁGUS MALINOWSKI, PRUSZYŃSKI JAN, REICHMAN MIKOŁAJ.

— Wyszedł z druku potrójny zeszyt „Odczytów Klinicznych“ [Nr. 205, 206, 207, seryi XVIII], p. t. „Zasady żywienia dzieci“, napisany przez dra St. KAMIENSKIEGO. Cena odczytu 90 k.

— Wobec panującej obecnie u nas epidemicznie influency, nie od rzeczy będzie przytoczyć wydane przed 121 laty na oddzielnej ćwiartce, jako dodatek do Nr. 28-go „Gazety Warszawskiej“ z soboty dnia 5-go kwietnia roku 1788 „Obwieszczenie“ z powodu grasującej wówczas w całej Polsce „Choroby Katharalnej Epidemicznej“, zawierające „pewne Reguły zachowania się y kuracyi“ przez 3-ch doktorów ułożone, a przez „troskliwy Rząd“ do wiadomości publicznej podane.

O B W I E S Z C Z E N I E

Roku 1788.

Choroba Katharalna Epidemiczna, która nie tylko w Mieście Warszawie, ale y w całej prawie Polsce od początku Miesiąca Marca panować zaczęła, y dotąd coraz barziej się zdaie; wzbudziła baczność troskliwego Rządu, o ocalenie zdrowia Ludu.

Lubo ta choroba po większej części niebezpieczną nie iest, wyciąga iednak pewnego y właściwego sobie starania, jako y przyzwoitego w nieyże zachowania się; tak dla skrócenia oney, iako dla zapobieżenia, ażeby się niebezpieczną nie stała, co się częstokroć przytrafia. Tym końcem pewne Reguły zachowania się y kuracyi, przez Jchmość Panow Doktorow niżej podpisanych ułożone Publiczności się podaią.

Gdy tylko sam przez się kathar deklaruie się z przemianą zimną y gorącą, ciężkością y bólem głowy, ociężałością y różbieraniem bolesnym całego ciała, plynieniem z oczow y z nosa, letkim bólem w gardle, y kaszlem suchym; łatwo się go pozbyć można będzie, nie wychodząc przez dni kilka z domu, trzymając się w pomiernym cieple, nie używając żadnego mięsa, y nie pozwalając sobie żadnego trunku zapalającego. Używając tylko napoiu iakiego letkiego y ciepłego, iako to herbaty z kwiatu Bzowego, Lipowego, Makowego, Dziewanny, ziela Bluszczu, Szlazu, lub Weroniki, słodząc te napoje zamiast cukru miodem, lub białym, lub żółtym, dla prętkiego humorow rozwolnienia, y sprawienia łatwego wyrzutu flegmy, iako też y letkiego potu, co między trzecim y piątym dniem, tym sposobem się zachowuiąc, nastąpi, y koniec chorobie uczyni.

Gdy ból głowy y gorączka mocniej napastuią, na ten czas, (oprócz wyżej podanych reguł) trzeba codziem pod noc nogi moczyć głęboko do kolan w wodzie miernie ciepłej, y zażywać kilka razy na dzień po łyżce od kawy, lub na spory koniec noża konfektu niżej opisanego:

Wziąć powidzi! Bzowych łótow osim, soli polychrestowey, albo Glaubera łot ieden, Saletry oszyszczoney Cwierć łota, razem to wszystko dobrze zmieszać y używać iakośmy namienili. Jezeli przy bliskości Apteki, można dostać Miodku *Oximel Simplex* nazwanego, dobrze będzie tegoż Miodku przymieszać cztery łoty, do pomienionego konfektu. Tym sposobem choroba w kilku dniach się zakończy, zostawiając ieszcze po sobie nieco katharu w stopniu co raz lżeyszym.

Gdy chory iuż w tym stanie polepszenia zostaię, trzeba koniecznie, tak dla uniknienia recydywy, lub inney iakiey choroby, wziąć na laxowanie, każdy podług swego wyczaiu, gustu, y możności. Nayniewinneyszy sposob laxowania sie (pryncypalnie dla uboższych) iest sol Angielka, od dwóch, do czterech łótow, albo dla mocnieyszych proszek niżej opisany:

Wziąć proszku *Jalopy*, osmą część łóta, Cremor Tartari czwartą część łóta, zetrzeć to razem w moździerzu kamiennym y na raz zażyć na czczo. Rzadko komu mocnieyszy kwoty trzeba, iednak dla słabszych, lub nad osmnaście lat młodszych, dwie części tylko tey kwoty będą dostateczne. Laxowanie tym iest potrzebnieysze, że od dawnego czasu choroby panujące tak lata, iako y iesieni przeszley, by-

ly natury żółcistej; do tego używanie potraw postnych y niezdrowych, ile w kondycyi uboższych ludzi, do zgromadzenia się humorow, y zamulenia dało przyczynę, nie mniej iako y iedzenie w Święta Wielkanocne, zwyczajnego w Polsce *Swięconego*.

W niektórych osobach, natura pokazuje potrzebę dania na wymioty, czego w ten czas nietrzeba zaniedbać, gdy chory, na ckliwość y nudzenie, smak brzydki, gorzki uskarża się, y język znacznie biały y mułem żółtym okryty pokazuje się; byleby przy tym chory kolki mocney, l b krwie płucia, nie doznawał w ten czas, dopiero po krwie puszczeniu, y ulżeniu kolki dać trzeba na wymioty. Naylepsze lekarstwo na ten koniec będzie osma część łota proszku korzenia *Ipecacuanna* nazwanego. Powtorzyć tu jeszcze musimy, iż zaniedbanie laxowania się, prętkie do zwyczajnych potraw powrocie y raptowne na zimno y wilgoć wyście, wielu o recydywy częstokroć gorsze przyprawia.

Lecz nie zawsze ta choroba tak letka jest, iakośmy opisali, do gorączki y bólu głowy, łączy się częstokroć ból y kłocie w boku, z płuciem krwie y odetchnienia zatamowaniem; na ten czas nieodwłocznie krew puścić trzeba z ręki tey, z której strony bol lub kolka jest; y to krwie puszczenie dwa lub trzy y więcej razy powtórzyć trzeba, do poki kłocie powiększey przynajmniej części nie umniejszy się. Zaraz po pierwszym krwie puszczeniu trzeba plaster wezykatoryum, szeroki iak wielka dłoń, na tymże mieyscu położyć, gdzie bol lub kolka jest; ten plaster dwa-naście godzin trzymać, potym go odiać, skorę wzdętą przeciąć, wodę wypuścić, y maścią *Basiliconis* zwaną opatrywać, do zupełnego zagoienia, lub też masłem świeżym, gdy tey maści nie będzie.

W tey mocniejszy chorobie, używanie obfite powidel bzowych wyżej opisanych, jest koniecznie potrzebne, iako y obfitego napoju. Gdy więc takowa słabość napada, nie trzeba iey lakce wazyć y krwie puszczenia odkładać (dla złego y zwyczajnego w *Polszcze* przesądu, że w katharze krwie puszczać nie trzeba) bo to uprzedzenie wielu ludzi corocznie życiem przyplaca, lecz dane tu rady wcześnie y ściśle wypełnić, bo opóźniwszy starania w pierwszych dniach, choroba ta albo się nierownie trudniejszy do uleczenia, albo śmiertelną stać może. W Warszawie dnia 31, Marca 1788.

J. Boecler D. M. Archiater & Cons: Jnt: S. R. M. Pol:

J. P. Rewel M. D. Sac Reg. Ma: Med: Con:

Walenty Gagatkiewicz M. D. Kons: y Dok: Nad: JKMc.

Dodać tu jeszcze można, że w N-rze 47-ym i 48-ym teże „Gazety Warszawskiej“ z tegoż 1788 roku pomieszczono ogłoszenie tej treści: „Wyszła z druku w *Warszawie* Książka JP. *Curtius* Doktora Medycyny, Konsyl: J. K. Mci y wielu Akademii, w *Francuskim* ięzyku, wiele potrzebnych każdemu wiadomości z dawney y terazniejszyey Lekarskiej Nauki zawierająca, pracowicie y uczenie ułożona, pod tytułem: *Notices Historique sur la Constitution Epidémique du Cathare, qui a tourmenté presque tous les Habitans de Varsovie et ses environs dans les Mois de Fevrier & Mars etc.* Znajduie się to małe, ale uczone y pozytywne Dzieło w Księgarni P. *Trattner* na *Senatorskiej Ulicy*“.

— Przegląd Lekarski w N-rze 9-m zaznacza, że dr *Rydgier* jun. poleca leczyć twardziel nosa rentgenizacją, przyczem jako źródło podaje *Berl. klin. Woch.* Nr. 4; pozwolimy sobie przypomnieć, że praca ta wcześniej, bo już w 3-im numerze, drukowana była w naszym piśmie.

— Ministeryum oświaty wydało pracę prof. *Chłopina* p. t. „Choroby szkolne wśród uczniów średnich zakładów naukowych ministeryum oświaty“.

Praca ta ułożona została podług sprawozdań lekarzy szkolnych za rok 1905/6 i obejmuje 116458 uczniów, t. j. prawie $\frac{1}{3}$ ogólnej liczby uczniów szkół średnich. Uwzględniono w niej choroby następujące: krótkowzroczność, skrzywienie kręgosłupa, krwotoki nosowe, ból głowy, rozstój nerwowy i wole szkolne. Krótko-

wzręczność zanotowano u 13,9% wszystkich zbroczeń kręgosłupa u 3%, krwotoki nosowe—3%, bole głowy — 9,7%, rozstrój nerwowy—2,9%, wole szkolne 0,5%. Niezmiernie ciekawy jest podział chorób szkolnych podług klas, z którego widać wpływ szkoły na zdrowie uczniów. Należy zaznaczyć, że pewna część dzieci przychodzi już do szkoły z chorobami szkolnemi; we wstępnej np. klasie było 8,8% krótkowzręcznych, 3,1% ze skrzywieniem kręgosłupa, 1,3% z zabarzeniami nerwowemi. W szkole odsetki te wyraźnie wzrastają. Krótkowzręczność wzrasta w sposób następujący: klasa wstępna 8,8%, 1-sza 10,4, 2-ga 11,9, 3-cia 14,2, 4-ta 15,2, 5-ta 16,8, 6-ta 19,7, 7-ma 22,3 i 8-ma 22,6, czyli w ciągu całego okresu szkolnego zwiększa się $2\frac{1}{2}$ raza. Skrzywienie kręgosłupa z 3,1% w wstępnej klasie dochodzi do 4,5—4,7% w wyższych klasach. Krwotoki nosowe powiększają się do 3-ej klasy [2,9%—3,7%], potem bywają rzadziej. Bole głowy już w następnej klasie są zjawiskiem dosyć częstym [6%], co prof. Człozin objaśnia przejściem od domowego sposobu życia do szkolnego. [Czy to czasem nie wpływ szkodliwy złych warunków higienicznych większości szkół rosyjskich? (Red.)]. W klasie 3-ej liczba uczniów, cierpiących na ból głowy, podwaja się [12%]. Najwyraźniejszy jest wpływ pobytu w szkole na zaburzenia nerwowe; liczbe ich przez czas nauki szkolnej zwiększa się 5-krotnie.

Oto liczby, wykazujące stopniowe wzrastanie zaburzeń nerwowych. W klasie przygotowawczej 1,3%, w 1-szej 1,4, 2-ej 1,7, 3-ej 2,3, 4-ej 2,7, 5-ej 3,6, 6-ej 4,8, 7-ej 5,8, 8-ej 6,5%. Co się tyczy wola szkolnego, to z danych przytoczonych przez Cz. nie można wnioskować, czy wola jest istotnie chorobą szkolną, czy też jest tylko jednym ze zjawisk fizjologicznych, właściwych wogóle wiekowi szkolnemu. We wnioskach prof. Cz. mówi: choroby szkolne są tak częste wśród uczniów płci obojga, że przy reformie szkoły średniej, należy koniecznie zwrócić większą uwagę na zdrowie uczniów; należy koniecznie stworzyć dla ich pracy lepsze warunki higieniczne, zarówno zewnętrzne [pomieszczenie, oświetlenie, meble szkolne i t. p.], jak i pod względem pedagogicznym [zmiana programu nauk, gramatyka, wykłady higieny i t. p.]. Stan obecny higieny szkolnej grozi zwyrodnieniu młodego pokolenia, a więc całej ludności. Aby zapobiedz temu ogólnopństwowemu niebezpieczeństwu, potrzeba, aby i duma i rząd zdobyły się na dostateczną ilość energii i na odpowiednie środki pieniężne.

— **Choroby zakaźne w Warszawie.** W ciągu tygodnia od dnia 21-go do 27-go lutego do szpitali warszawskich przybyło 114-ch chorych dotkniętych chorobami zakaźnemi, mianowicie: ospą 7, odrą 1, szkarlatyną 7, różą 3, tyfusem wysypkowym 67, tyfusem brzuszny 19, gorączką powrotną 5, błonicą i krupem 6, grypą 6.

W tymże okresie zmarło: na ospę 2, tyfus wysypkowy 3, na tyfus brzuszny 4, na gorączkę powrotną 1, na błonicę 1, na różę 1.

— B. profesor Patologii ogólnej w Uniwersytecie Warszawskim i następnie dyrektor Instytutu medycyny doświadczalnej, wice-minister oświaty, ŁUKJANOW, został mianowany Ober-prokuratorem najświętszego Synodu.

Do numeru niniejszego dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prowincjonalnych listy zwrotne prenumeracyjne.

Redaktor, Doc. Dr Jan Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mamowiecka 8.