

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. Ś. p. TEODOR DUNIN. I. W. STARKIEWICZ. O żółtaczce hemolitycznej, w związku z kwestyą ziarnistości czerwonych krążków krwi. Str. 266. II. FR. KIJEWSKI. O torbielach trzustki. Str. 271. (C. d.). III. B. MOTZ. Badanie metodyczne cewki. Str. 244. (C. d.). *Dział sprawozdawczy.* 54. N. FIESSINGER i P. ABRAMI. Czerwone krążki krwi ziarnistej; sposoby ich barwienia i znaczenie rozpoznawcze. Str. 277. 55. ARMAND-DELILLE i F. FEULLÉ. Przypadek niedokrwistości z obrzmieniem śledziony i zmniejszoną odpornością czerwonych krążków krwi. Str. 278. 56. L. NICOLAYSON. Leczenie niedokrwistości złośliwej. Str. 279. 57. SCHNÜRGEN. Autoseroterapia w przypadkach surowiczo - włóknikowego zapalenia opłucnej. Str. 279. 58. F. HOLZINGER. Osmoza w żywej tkance, jako środek chroniący ustrój od zakażenia. Str. 280. 59. VAUTRIN. Leczenie przewlekłego zapalenia trzustki, powikłanego niedrożnością przewodu żółciowego. Str. 280. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Sekeya neurologiczno-psychiatryczna. Posiedzenie dnia 16-go stycznia 1909 r. Str. 284. *Wiadomości bieżące.* Od wydawcy. *Ogłoszenia.*

D. 16-go Lutego 1909 r. zgasł w Warszawie

Ś. p. Teodor Dunin.

Z uczuciem głębokiego żalu podajemy wiadomość o ciężkiej stracie, jaką poniosły nauka i społeczeństwo, odkładając ocenę działalności przedwcześnie zgasłego, niepospolicie utalentowanego Męża do jednego z najbliższych numerów Gazety Lekarskiej.

I. Z ODDZIAŁU DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

O żółtaczce hemolitycznej, w związku z kwestyą ziarnistości czerwonych krążków krwi.

Podał

W. Starkiewicz.

Przed dwoma niespełna laty umieściłem na łamach „Gazety“ opis przypadku wrodzonej żółtaczki acholurycznej pochodzenia hemolitycznego¹⁾. Omawiałem wtedy szerzej obraz kliniczny tego cierpienia oraz różne teorie jego patogenezy. Wyniki szczegółowych badań, które w przypadku tym wtedy wykonałem, oraz niektóre wnioski z nich pozwolę sobie dzisiaj pokrótce przypomnieć w celu powiązania ich z paru danymi dopełniającymi.

Przypadek dotyczył chłopca 15 letniego, z rodziny zdrowej, którego skóra i błony śluzowe, według świadectwa matki, od pierwszych dni życia miały zabarwienie zlekka żółtaczkowe. Nieznaczne wahania w natężeniu żółtaczki zauważano pod wpływem takich czynników, jak zimno, znudzenie fizyczne. Zresztą poczucie chorego dobre, nigdy żadnych zaburzeń podmiotowych. W 14-ym roku życia chory przebywał okres wielkiego upadku sił i anemii, która zmniejszyła się po zastosowaniu przetworów żelaza. Do szpitala zgłosił się z powodu napadu kolki żółciowej.

Żółtaczka, jak już wspomniałem, nie miała cech retencyjnej: próba GME-LINA w moczu zawsze ujemna [natomiast stale urobilinuria], stolce dobrze zabarwione. Przy badaniu—brak jakichkolwiek zaburzeń czynnościowych ze strony wątroby: lewulozuryi ani glikozuryi pokarmowej, wyraźniejszych uchyleń w wydalaniu mocznika i kwasu moczowego nie stwierdzono. Śledziona wybitnie obrzmiała, twarda, niebolesna. Badanie krwi, obok znacznej niedokrwistości [16,77% suchej pozostałości; 5,473,000 czerwonych krążków, 95% Hb], wykryło lekkie zwiększenie szpikowych postaci białych ciałek, umiarkowaną poikilocytozę, wydatną mikrocytozę i polichromatofilię. Jądrowych postaci czerwonych krążków krwi nie spotkałem. Badanie izotonii krwi metodą HAMBURGERA stwierdziło wybitne zmniejszenie odporności czerwonych krążków, które traciły hemoglobinę już w roztworach soli mocno hiperizotonicznych, dobrze konserwujących krew prawidłową. Uderzało też niezmier-

¹⁾ W. STARKIEWICZ. W sprawie patogenezy żółtaczki wrodzonej acholurycznej. Gaz. Lek. Nr. 30 i 31. To samo w Revue de Médecine. 1909, Nr. 1. Chodziło o przypadek żółtaczki wrodzonej, bez barwików żółciowych w moczu, bez odbarwienia stolców, natomiast z silnym obrzmieniem śledziony i objawami zmniejszonej odporności czerwonych krążków krwi.

nie silne obniżenie punktu zamarzania krwi, której Δ wynosiła wtedy —0,87. Obniżenie punktu zamarzania krwi tłómaczyłem sobie, jako dążność ustroju do podniesienia stężenia cząsteczkowego surowicy w celu uchronienia czerwonych krążków krwi od rozpadu. Zgadzał się poniekąd z takim tłómaczeniem wynik badania chemicznego surowicy krwi, w której wykryłem spore zwiększenie zawartości chlorków.

Chory poprawił się podczas pobytu na wsi. Po upływie paru miesięcy Δ krwi była już bliższą normy [—0,63]; anemia zmniejszyła się, żółtaczka była mniej rażąca.

Streszczone powyżej dane kliniczne, zgodne z wynikami badań, w żółtaczkach hemolitycznych MINKOWSKIEGO, BETTMANN'a, CHAUFFARD'a i innych, skłoniły mię do wniosku, że w przypadku omawianym żółtaczka nie była zależną od jakiegokolwiek cierpienia dróg żółciowych (np. *angiocholitis*). Byłem zdania natomiast, że przyczynę jej stanowić mogła, zgodnie z teorią wymienionych autorów, zmniejszona odporność czerwonych krążków krwi, wzmoczony ich rozpad stały we krwi i w związku z tem obfitsze wytwarzanie żółci pleiochromicznej. Kolkę żółciową należało, oczywiście, uznać za zjawisko przypadkowe lub raczej wtórne, zależne od właściwości żółci, obfitującej w barwiki żółciowe.

Twierdzenia, jak powyższe, w każdym przypadku o tyle zyskują wartość istotną, o ile przedewszystkiem wytrzymają próbę i krytykę czasu. Dlatego przy ponownem widzeniu chorego, w lutym b. r., a więc po upływie dwu lat od czasu poprzedniego badania, nie omieszkałem sprawdzić, ile mogłem, wyniki badania ówczesnego. Chory wyrósł i zmężniał. Czuje się dobrze, jakkolwiek zresztą pracę terminatora szewckiego porzucił, jako zbyt ciężką dla siebie. Żółtaczka, zresztą niewybitna, skóry i błon śluzowych trwa. Śledziona, jak dawniej, wykracza na szerokość trzech palców poniżej łuku żebrowego. Zaburzeń wątrobnych żadnych. Mocz jasny, bez barwików żółciowych; urobilinuria. Badanie krwi okazało: liczba czerwonych krążków 3,770,000 w 1 mm. sz., liczba Hb 100%, białych ciałek 7600. Przy rozpatrywaniu preparatów barwionych krwi zwraca uwagę, jak i poprzednio, przedewszystkiem wielka liczba mikrocytów i wydatna polichromatofilia. Znalaziono, czego dawniej nie było, pojedynczy normoblast z mocno piknotycznym jądrem. Pośród 400-tu policzonych białych ciałek krwi stwierdzono 72% wielojądrowych neutrofilów, 26% limfocytów dużych i małych, 1,5% eozynofilów, 0,5% myelocytów. Δ krwi tym razem niemal prawidłowa, bo —0,58.

Jeżeli z danych, dopiero co przytoczonych, wyprowadzałbym jaki wniosek, to tylko ten, że: 1) stwierdzone już naocznie długoletnie trwanie żółtaczki, obok charakterystycznych zmian fizykalnych oraz zaburzeń w składzie krwi, przemawia stanowczo za pochodzeniem hemolitycznem cierpienia, a przeciw przypuszczeniu jakichś przewlekłych cierpień wątrobnych; oraz 2) że obniżenie punktu zamarzania krwi stanowiło tu zjawisko przejściowe, ograniczone do czasu trwania znaczniejszej adynamii [większego, niż zazwyczaj, rozpadu krwi?], i ustąpiło wraz z poprawą ogólnego stanu chorego.

W ciągu ubiegłych dwu lat żółtaczka hemolityczna była przedmiotem licznych badań autorów francuskich, w pierwszej linii CHAUFFARD'a, VIDAL'a, FIESSINGER'a, BRULÉ'go, ABRAMI'ego i innych. Badania te zwrócone były przeważnie w jednym kierunku, mianowicie ku analizie mikroskopowej krwi, i do symptomatologii, o której wyżej, dodały jeden ważny szczegół. Wykryto mianowicie ¹⁾, że krew omawianych chorych, barwiona barwnikami zasadowymi lub z kwaśnych—pyroniną, okazuje znaczną liczbę czerwonych krążków krwi ziarnistych, podobnych do tych, które od czasu odnośnych badań ASKANAZY'ego, znajdowano w ciężkich stanach anemicznych oraz w zatruciach, zwłaszcza w zatruciu ołowiem. Ziarnistość jednak krążków krwi, spostrzegana w żółtaczkach hemolitycznych, różni się znacznie od ziarnistości ostatnio wymienionej. Przedewszystkiem tem, że ujawnić ją można wyłącznie w krwi świeżej, nieutralowanej. Zdarzało się, że liczba krążków ziarnistych w krwi świeżej dosięgała 65% ogólnej ich liczby, a mimo to w preparatach utrwalonych, traktowanych tym samym barwikiem, nie znajdowano ani śladu ziarnistości. Powtórnie ziarnistość owa jest delikatniejsza, niż ta, którą otrzymujemy w preparatach utrwalonych w zatruciu ołowiem, częstokroć układa się w siatkę, łańcuszki (*érythrocytes granuleux* w przeciwstawieniu do *e. ponctués*).

Metodyka badania, omówiona szczegółowo w niedawnej pracy FIESSINGER'a i ABRAMI'ego ²⁾, jest prosta. Krew, roztartą na szkiełku pokrywkowym, osuszamy szybko na powietrzu, dodajemy doń kroplę barwika PAPPENHEIM'a i rozpatrujemy w powiększeniu imersyjnym. Na tle „cieni“ krążków z wyługowaną hemoglobina uwydatniają się wyraźnie krążki, przeważnie większe nieco od innych, z ziarnistością zabarwioną na różowo. Inny sposób odnośnego barwienia polega na dodaniu kropli rozcieńczonego błękitu wielobarwnego UNNA'y (*polychromes Methylenblau*) do kropli świeżej krwi, rozpostartej cienką warstwą pomiędzy szkiełkami. Te i inne sposoby barwienia ziarnistości krążków, wprawdzie proste i szybkie, mają jednak tę niedogodność, że preparaty tak otrzymane nie są trwałe, przechować się dadzą zaledwie przez 1—2 doby i stąd mniej się nadają do demonstracyi. W ostatnim czasie w przytoczonej pracy FIESSINGER'a i ABRAMI'ego podano sposób otrzymywania ze krwi świeżej efektywnych preparatów trwałych zapomocą specjalnego barwienia błękitem wielobarwnym UNNA'y ³⁾. Obraz ziarnistości krążków, otrzymywany przy tej metodzie barwienia, przedstawia się nie w postaci skupień punkcikowatych, lecz w postaci łańcuszków, nieraz splecionych nakształt gęstej siatki lub figur karyokinezy. Badania, przeprowadzone zapomocą powyższych metod przez autorów wymienionych, stwierdziły przedewszystkiem, że ziarniste krążki typu omawianego zdarzają się, acz rzadko, i w krwi prawidłowej

1) CHAUFFARD. Les icteres hémolytiques. Semaine Médicale 1908, Nr. 5.

2) FIESSINGER i ABRAMI. Les hématies à granulations. Procédes de coloration. Valeur sémiologique. Revue de Médecine 1909, Nr. 1.

3) Patrz w N-rze bieżącym „Gazety“ referat A. RACINOWSKIEGO.

w stanach anemicznych liczba ich nieco się zwiększa [1—3%], a w żółtaczkach hemolitycznych zjawiają się w takiej obfitości [przeciętnie [10—15%], że stanowi to dla nich objaw wprost patognomiczny.

W żółtaczkach odmiennego pochodzenia krążki ziarniste w krwi świeżej stanowią wielką rzadkość—prawie że nie zdarzają się. Stąd—prosty i szybki sposób określenia typu żółtaczki w przypadkach wątpliwych, co nieraz, zwłaszcza dla chirurga, może mieć doniosłe znaczenie praktyczne.

Co się tyczy genezy omawianej ziarnistości, to autorzy francuscy zgodnie rozpatrują ją, jako zjawisko równoległe z polichromatofilią, niejako wyższy jej stopień; przytem widzą w niej wyraz nie spraw degeneracyjnych krwi, lecz przeciwnie wyraz reakcyi szpikowej, regeneracyi krążków czerwonych. CHAUFFARD doświadczałnie wywoływał u zwierząt anemię hemolityczną i stwierdzał potem obfitość ziarnistych krążków, dojrzałych i jądrowych, w szpiku kostnym, zanim jeszcze krążki tego rodzaju ukazały się w większej liczbie we krwi krążącej. Zauważyć należy, że pogląd powyższy zgodny jest z tym, który już utworował sobie drogę i w piśmiennictwie niemieckiem odnośnie ziarnistości ASKANAZY'ego.

Ze swej strony potwierdzić muszę, że badanie krwi w omawianym kierunku w moim przypadku żółtaczki hemolitycznej dało wynik najzupełniej zgodny z wynikami badań autorów wyżej wymienionych. Liczba czerwonych krążków ziarnistych w preparatach świeżych, barwionych roztworem pyroniny PAPPENHEIM'a, przekraczała niezawodnie 10% ogólnej liczby krążków. Natomiast w preparatach, utrwalonych w alkoholu i eterze i barwionych pyroniną, błękitem LOEFFLER'a i barwikiem GIEMSA'y, ani jednego krążka ziarnistego nie znalazłem. Dla porównania i kontroli zabarwiłem podług zasad, powyżej nakreślonych, szereg preparatów krwi świeżej i utrwalonej, wziętej od kilkunastu osób chorych i zdrowych. Wniosek z tych badań porównawczych sformułowałbym w sposób następujący:

1) U osób względnie zdrowych [neurastenia, lekkie oparzenie ługiem, rozedma płuc i t. p.] ziarnistość omawianą spotykałem tylko wyjątkowo [jeden krążek na kilka pól widzenia mikroskopu], przyczem ziarenka w krążkach dotkniętych były rozsiane skąpo, nigdy nie tworzyły obfitszych splotów, łańcuszków.

2) U chorych gorączkujących [zapalenie płuc krupowe, skorbut, tyfus powrotny] krążki ziarniste zdarzały się, lecz również w liczbie niezmiernie małej.

3) W stanach anemicznych [rak, wrzód okrągły żołądka, mięsak śródpiersia, moczówka cukrowa], w których nie stwierdziłem ziarnistości zasadochłonnej, barwiąc krew utrwaloną błękitem LOEFFLER'a i GIEMSA'y, ziarnistości CHAUFFARD'a nie były rzadkie, jakkolwiek o wiele nie dosięgały tej obfitości, którą stwierdziłem w żółtaczce hemolitycznej.

4) U dwu chorych żółtaczkowych, przytem silnie anemicznych [marskość wątroby i ciężka żółtaczka retencyjna u syfilityka], ziarnistość typu

CHAUFFARD'a znajdowałem w ilości minimalnej. U trzeciego, z długotrwałą żółtaczką kataralną, w ilości nieco większej.

5) Wreszcie szczególnie podnieść muszę rezultaty badania krwi u dwu chorych na zatrucie ołowiane:

Chory A. G., lat 38, szlifierz. Kolka ołowiana po raz drugi w życiu. Ziarnistość zasadochłonna czerwonych krążków krwi przy barwieniu błękitem LOEFFLER'a i GIEMSA'y, nieliczna; ziarnistość CHAUFFARD'a [barwienie pyroniną, błękitem UNNA'y] obfita—w każdym polu widzenia mikroskopu po kilka takich krążków.

F. B., lat 38, robotnik z gazowni miejskiej. Ciężka postać kolki ołowianej [napady po wielokroć; objawy kolki bywały tak silne, że podczas jednego napadu były przyczyną omyłki rozpoznawczej i doprowadziły do operacy]. Ziarnistość zasadochłonna ASKANAZY'ego obfita [co parę pól widzenia, w niektórych polach—po kilka takich krążków]; krążki ziarniste typu CHAUFFARD'a co najmniej kilkakroć liczniejsze.

U chorego J. W., lat 52, z zawodu od lat 37-u zecera, a więc narażonego na zatrucie ołowiem, lecz nie okazującego objawów klinicznych zatrucia, ani w preparatach krwi utrwalonej, ani w świeżej krwi krążków ziarnistych nie znalazłem.

Jak z zestawienia powyższego widoczne, badania moje potwierdzają tylko odnośne badania francuskie.

Zwróciłbym tylko uwagę na wynik badania krwi u dwu chorych z kolką ołowianą. Według badań SABRAZÈS'go, potwierdzonych już przez FLESSINGER'a i ABRAMI'ego, liczba tych krążków ziarnistych w zatruciu ołowianem, doświadczalnym i klinicznym, bywała wprawdzie zwiększoną, lecz stosunkowo nieznacznie [1—3%], jakkolwiek w przypadkach tych spotykano obficie krążki zasadochłonne ASKANAZY'ego. Natomiast w spostrzeżeniach moich, które powyżej przytoczyłem, obfitość krążków ziarnistych typu CHAUFFARD'a była nie mniejsza może, niż w żółtaczce hemolitycznej. Stanowi to bądź co bądź o potrzebie dalszych badań sprawdzających na obfitszym materiale klinicznym. W każdym razie wydaje mi się, że fakt powyższy — równoległe znajdowanie obu typów ziarnistości, łącznie z barwieniem się ich tymi samymi barwikami,—świadczy dowodnie o pewnym pokrewieństwie dwu omawianych zjawisk. Stosunek ilościowy obu typów ziarnistości w przypadkach, jak nasze, daje zarazem miarę tego, o ile reakcyja odnośna krwi żywej jest czulsza i bardziej intensywina, niż podobne zjawisko w krwi utrwalonej.

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. 11].

Objawy, towarzyszące torbielom trzustki, są zmienne, zależnie od okresu, w jakim spostrzegamy chorego. W początkowym stopniu rozwoju cierpienia, kiedy jeszcze torbiel nie osiągnęła dostatecznej wielkości i nie możemy stwierdzić jej obecności, w pewnych razach bez żadnej widocznej przyczyny, a niekiedy bezpośrednio po urazie występują silne bóle w górnej części brzucha, wymioty, wzdęcie kiszek, objawy, jakie spotykamy w ostrej niedrożności kiszek. Nasilenie tych objawów stopniowo się zmniejsza i chory zwolna po kilku dniach wraca do pozornego zdrowia, pozostaje jednak nieprzyjemne uczucie ciśnienia w okolicy żołądka, brak apetytu, uczucie pełności i bóle nieznaczne po przyjęciu nawet niewielkich ilości pokarmów.

Po pewnym okresie czasu, spokojnym względnie, a trwającym tydzień, miesiąc, a nawet kilka miesięcy, występuje nowy napad, niekiedy z dreszczami; bóle i wymioty tak gwałtowne, że można przypuszczać, że mamy do czynienia z kolką wątroby lub nerkową.

W wymiocinach, składających się przeważnie z pokarmu przyjętego lub też z cieczy alkalicznej, spotykać można żółć lub krew, jak to było w spostrzeżeniu, opisanem przez Dick'a z kliniki Heidelberskiej ¹⁾. W tym ostatnim przypadku, zakończonym śmiercią, badanie zwłok nie wykryło przyczyny krwawych wymiotów. WALASZKO ²⁾ u 17-letniej dziewczyny z torbielą traumaticzną trzustki w soku żołądkowym nie znajdował kwasu solnego. O ujemnych wynikach badania na kwas solny wspominają i inni autorzy.

Napady bólu z wymiotami, o jakich już wspominałem, mogą być rozmaite co do swojej liczby, jak i odstępów czasu. W drugim mojem spostrzeżeniu po ustąpieniu objawów, wywołanych bezpośrednio przez kontuzję brzucha, po upływie 3-ch tygodni wystąpił gwałtowny napad, którego siła stopniowo słabła, lecz ból stale pozostał i chora przyjmować pokarmów nie mogła. W spostrzeżeniu podanem przez CUMSTON'a ³⁾, dotyczącem 26-letniej kobiety z trau-

¹⁾ I. W. DICK. Zur Casuistik traumatischer Pankreascysten. Inaug.-Dissert. 1902. Heidelberg.

²⁾ WALASZKO. Trawmatische kista podżeludocznej železy. Chirurgia 1903. t. XIV. Nr. 1.

³⁾ C. G. CUMSTON. Un cas de kyste du pancreas avec remarques sur la pathologie et le traitement chirurgical. Journal de chir. et ann. de la soc. belge de chir. 1903. Nr. 1.

matyczną torbielą trzustki, po upływie 5-u miesięcy po urazie, podczas nocy pierwszy napad bólu w prawem *hypochondrium*, który trwał kilka dni; następnie w ciągu dwu miesięcy były 4 napady, w przerwach zaś pomiędzy nimi chora czuła się zupełnie dobrze.

Chorzy z rozwijającymi się torbielami trzustki zwykle szybko chudną, już to skutkiem niemożności przyjmowania pokarmów, już też skutkiem upośledzonego trawienia. W spostrzeżeniu KUESTER'a ¹⁾, chory stracił w ciągu 4-ch miesięcy 15 kilogrm., a w pierwszym przypadku DICK'a ²⁾ w ciągu 3-ch tygodni waga chorego obniżyła się o 30 funtów.

Wszystkie dotąd wymienione objawy nie mają nic swoistego dla torbieli trzustki, można je spotkać przy innych cierpieniach, świadczą one tylko o podrażnieniu otrzewnej, o umiejscowieniu się zapalenia jej, a ze strony żołądka o upośledzeniu trawienia. Dopiero powstawanie guza w okolicy trzustki zwraca baczniejszą uwagę lekarza na ten gruczoł. Torbiele, biorące początek swój z trzustki, mają mnóstwo cech swoistych, których szczegółowe rozpatrzenie pozwala w pewnych przypadkach na rozpoznanie sprawy. Stąd też znajomość topografii trzustki, stosunek jej do narządów sąsiednich, do otrzewnej okrywającej ją, odgrywa tu pierwszorzędną rolę; inaczej trudno zrozumieć, dlaczego torbiele powstają raz z prawej, drugi raz z lewej strony lub w środkowej części brzucha. Mając to na względzie, postaram się w krótkości przypomnieć umiejscowienie trzustki.

Trzustka leży w jamie brzusznej na wysokości 1-go lub 2-go kręgu lędźwiowego poprzecznie do kręgosłupa, na wielkich naczyniach. Jeżeli przeprowadzimy linię poziomą pionowo do osi ciała nad *crista ossium ilei*, to przypuszczalnie odpowiadać ona będzie przestrzeni pomiędzy 3-cim a 4-ym kręgiem lędźwiowym, na trzy palce poprzeczne powyżej tej linii leży dolna granica trzustki. Głowa trzustki jest umiejscowiona w podkwaśnym wygięciu *duodeni*, z którą mocno się zrasta i do której otwiera się przewód główny WIRSUNGIANA. Głowa i trzon leżą poprzecznie do naczyń wielkich i dosyć mocno są z nimi połączone, stąd też nie mają ruchomości.

Ogon biegnie przed lewą nerką w kierunku do wnęki (*hilus*) śledziony, do której przyczepia się zapomocą *lig. pancreatico-lienale*. Ogon luźno złączony jest z częściami otaczającymi, stąd też posiada dosyć znaczną ruchomość.

Przednia powierzchnia gruczołu przykryta jest przez żołądek. Jeżeli na trupie przetniemy *lig. gastro-colicum* i żołądek, chwytając za *curvatura major*, uniesiemy ku górze, to odsłoniemy trzustkę.

Po górnym brzegu gruczołu przebiega *art. et vena lienalis*, które są mocno z nim związane i dają liczne drobne gałązki do samego gruczołu. Przy usuwaniu guza z gruczołu lub częściowej rezekcyi, o tej tętnicy pamiętać należy. Na unaczynienie głowy składa się *art. pancreatico-duodenalis sup.*, biorąca swój początek z *art. gastro duodenalis*, a ta z *art. hepatica*, i *art. pancreatico-*

¹⁾ KUESTER. Deutsche med. Wochenschr. 1887 r.

²⁾ DICK. l. c. p. 20.

duodenalis infer. z *art. mesenterica sup.* Podwiązanie tych tętnic przy wyłączeniu głowy gruczołu grozi zgorzelą *duodeni*.

W fałdzie otrzewnej *mesocoli transversi*, okrywającej część trzonu i ogon trzustki, leży tętnica *art. colica sin.* (z *art. mesen. infer.*), odżywiająca poprzecznie. Jeżeli zmuszeni jesteśmy usuwać guz z tej części trzustki, to podwiązanie wymienionej tętnicy grozi zgorzelą *coli transversi*.

Trzustka, jak widzimy, otrzymuje krew z licznych bardzo tętnic, zasilających jednocześnie narządy otaczające; stosunek tych naczyń dla chirurga jest bardzo ważny, gdyż zranienie ich pociąga za sobą nader ciężkie następstwa.

Trzustka leży za otrzewną. Przednią część gruczołu przykrywa blaszka otrzewnej, stanowiąca tylną ścianę *bursae omentalis*; pomiędzy żołądkiem a trzustką znajduje się *bursa omentalis*.

Część trzustki trzonu przykrywa dolna blaszka *mesocol. transversi*, a ogon znajduje się pomiędzy blaszkami *mesocolon. transversi*.

Ten stosunek otrzewnej do trzustki ma ważne znaczenie przy rozwoju torbieli, którym daje początek gruczoł.

Torbielle trzustki mogą się rozwijać w kilku kierunkach, a stąd też umiejscowienie ich jest różne.

Pierwszą drogę stanowi *bursa omentalis*, której tylna ściana, jak wspominałem, przykrywa przednią powierzchnię gruczołu. *Bursa omentalis* przedstawia najmniejszy opór dla rozwoju guza i przy uszkodzeniach głowy lub trzonu trzustki najczęściej torbiele rozwijają się w tym kierunku. Wtedy górną granicę i boczną zewnętrzną torbieli stanowi wątroba, żołądek zaś umieszczony jest od przodu i od wewnątrz, a *colon transversum* znajduje się na dolnym odcinku torbieli; tylną zaś powierzchnią swoją torbiel przylega do kręgosłupa. Torbiele te zajmują przeważnie prawą stronę i przechodzą za linię ośrodkową ciała, jak to mieliśmy w drugim naszym spostrzeżeniu.

Bez porównania rzadziej torbiel może przechodzić przez *omentum minus* nad *curvatura minor* żołądka. Guz wtedy zajmuje środkową część brzucha pod *scrobiculum cordis*; z prawej strony na zewnątrz ma wątrobę, a na wewnątrz i od dołu żołądek.

Trzecią drogę dla rozwoju torbieli stanowią blaszki *mesocoli transversi*. Jeżeli torbiel powstaje z ogona, to znajduje się z lewej strony górnej części brzucha, na przedniej powierzchni lewej nerki, jest ruchoma, a *colon transversum* przebiega po środkowej lub dolnej części torbieli. Podobne położenie było w pierwszym moim spostrzeżeniu. Przy wyjściu guza z części trzustki, okrytej przez dolną blaszkę *mesocoli transv.*, guz leży więcej w środkowej części brzucha, odsuwa ku przodowi lub ku górze *colon transversum* stosownie do tego, w jakim kierunku więcej się rozwija.

[D. c. n.].

III. Z KLINIKI CHOROÓB DRÓG MOCZOWYCH FAKULTETU PARYSKIEGO.

BADANIE METODYCZNE CEWKI.

Napisał

Dr B. Motz [Paryż].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 11].

Ciała jamiste. W większości przewlekłych zapaleń cewki, ogniska zapalne przechodzą z błony śluzowej na obrączkę naczyniową wyprężoną. Nacieczenia głębokie śródmięszkowe nie dają zazwyczaj żadnych objawów klinicznych. Mieszczą się one zbyt daleko od światła cewki, aby leukocyty mogły z nich przejść przez powłokę nabłonkową i znaleźć się w cewce, a następnie dać powód do zmętnienia moczu. Te nacieczenia jako też nacieczenia powierzchniowe pokryte nabłonkiem zrogowaciałym, mogą czasami być bardzo znaczne, rozwijają się przez szeregi lat, prowadząc do zwężenia. Badanie powierzchniowe zmian tych wykryć nie jest w stanie, nie daje również wyników pożądaných uretroskopia. Oględziny zwykłe, nawet przy użyciu przyrządów najdokładniejszych, nie dają możności przekonania się o istnieniu nacieczeń, które mieszczą się często w oddaleniu jednego centymetra od powłoki nabłonkowej; tylko jedynie palpacya cewki, na której ważność od wielu lat zwracałem uwagę, daje możność stwierdzenia nacieczeń głębokich. Czasami sam chory zwraca uwagę lekarza na obecność guzowatości w przebiegu kanału cewki. Samo omacywanie bezpośrednio cewki, nie daje ważniejszych wskazówek; należy wprowadzać jednocześnie *bougie* lub *beniquet*.

Aby jednak tego rodzaju badania dokonać dokładnie, konieczne jest odpowiednie wyćwiczenie palców, do którego dojść można przez wprawę na znacznej liczbie cewek normalnych; trudniejsze jest natomiast wymacywanie w okolicy mosznowej cewki. Przy palpacyi nad świeczką, stwierdzić można nacieczenia, bądź w postaci zwykłej ciastowatości bez wyraźnych granic, bądź też w postaci nacieczeń rozlanych. Najłatwiej zdaje się sprawę ze stanu cewki w ścianie dolnej i bocznych; szkoda, że okolica najważniejsza, mianowicie górna pod ciałami jamistymi nie daje się zbadać z równą dokładnością.

Gruczoły. Gruczoły odgrywają bardzo ważną rolę w rozwoju zakażenia cewki. W nich tkwi istota uporczywych postaci zapalenia cewki, zależnych od gonokoków lub zwykłych drobnoustrojów. Od dawna zwrócono baczną uwagę, w przebiegu zakażenia cewki, na najważniejsze skupienie uchyłków gruczołowych, mianowicie na gruczoł krokowy. Lecz była już mowa wyżej o tem, że istnieją jeszcze inne skupienia gruczołowe, rozsiane wzdłuż cewki. Z punktu widzenia zatrzymywania np. gonokoków w uchyłku odosobnionym w okolicy prąciowej, posiadają one toż samo znaczenie chorobotwórcze, co i uchyłki w skupieniu sterczowym. Ich znaczenie chorobotwórcze jest

więc jednakie, zachodzi tu tylko pewna różnica w natężeniu objawów, t. j. wielkie skupienia gruczołowe oddziałują silniej pod postacią ostrych spraw ropnych.

To też przy badaniu metodycznym cewki należy sobie zdawać dokładnie sprawę ze stanu wszystkich tych gruczołów, aby postępować skutecznie przeciwko tym ogniskom zakażenia, niezmiernie trudno ulegającym leczeniu. Należy więc badać gruczoły cewki przedniej, włączając gruczoły opuszkowe i COWPER'a, gruczoły cewki tylnej, gruczoły sterczowe i pęcherzyki nasienne.

Gruczoły cewki przedniej. Poprzednio była mowa o tem, że gruczoły cewki przedniej nie znajdują się ani w błonie śluzowej, ani w błonie podśluzowej, lecz w ciałach jamistych i często w odstępach 1 ctm. od powłoki nabłonkowej.

To rozmieszczenie anatomiczne sprawia, że w uretroskopie nie podobna widzieć gruczołów, a gorliwi uretroskopiści, którym się zdaje, że widzą gruczoły chore, stają się ofiarami złudzenia wzrokowego. Wziernik cewkowy daje nam wskazówki pośrednie co do stanu gruczołów. Widząc otworki przewodów wydzielniczych gruczołów w stanie zapalenia, sądzić możemy, że gronka gruczołowe są również chore.

Wymacywanie i wyciskanie cewki przedniej nad świeczką, daje wskazówki pośrednie lub bezpośrednie o stanie gruczołów. Przy omacywaniu cewki spostrzega się, jak o tem była mowa wyżej, bądź nacieczenia mniej lub więcej rozlane, bądź też nacieczenia guzowate. Postać guzowata zależy, jak o tem świadczy histologia patologiczna zapaleń cewki, od zapalenia tkanki gruczołowej lub okołogruczołowej. Fakt ten można sprawdzić przy wymacywaniu; guziki te zmniejszają lub znikają nawet zupełnie pod wpływem lekkiego mięsienia, t. j. zawartość ich opróżnia się częściowo do światła cewki. Ten sam objaw, aczkolwiek mniej wyraźny, można zauważyć przy nacieczeniach rozlanych; w tych przypadkach stwierdzić można gruczoły, których wydzielina jest powstrzymana.

Jest jednak okolica bardzo ważna pod względem gruczołów, co do której wymacywanie nie dostarcza wskazówek bezpośrednich, odnośnie do stanu gruczołów: jest to pasmo ściany górnej, znajdujące się pod ciałami jamistymi. Możemy jednak i w tym kierunku mieć pewne wskazówki przez wyciskanie tej okolicy i badanie mikroskopowe otrzymanej cieczy. Zdarza się czasami, np. w przypadkach zapalenia cewki, pochodzenia gonokokowego, że nie podobna określić dokładnie miejsca, gdzie znajdują się gonokoki, które zakażają cewkę po przerwaniu leczenia. Przy ucisku tej okolicy i badaniu otrzymanej cieczy można wykryć gonokoki; obecność ich wskazuje, że właśnie gruczoły tej okolicy są przyczyną stałego zakażenia wtórnego cewki i że przeciwko niej, t. j. przeciw ścianie górnej skierować należy leczenie mechaniczne, które zaleciłem w tej postaci rzeźączki uporeczywej.

Poza tymi gruczołami, porozrzucanymi w pochwie wyprężnej cewki przedniej, gruczoły opuszkowe i COWPER'a, które otwierają się do cewki przedniej, odgrywają również ważną rolę w patologii cewki, a w szczególności w zwykłych zakażeniach przewlekłych. Prace MOTZ'a i BARTRINA'y nad ropniami

krocza i ropowicą (*phlegmone*) pochodzenia cewkowego zwróciły uwagę na udział, jaki te nagromadzenia gruczołowe mogą odegrać w zaburzeniach przewlekłych, tak kataralnych, jako też ropnych. Tylko wyciskanie zawartości tych gruczołów może nam dać wskazówkę na ich zapalenie kataralne. Po mięsieniu metodycznym okolic dwu gruczołów COWPER'a i opuszkowych, chory oddaje ciecz antyseptyczną poprzednio wprowadzoną do pęcherza, którą następnie zbadać należy mikroskopowo. Obecność znacznej liczby leukocytów wskazuje na *bulbo-cooperitis*. Palpacja w razie zapalenia kataralnego tych gruczołów nie daje żadnych wskazówek; natomiast w postaci, dążącej do ropienia lub po przebytem ropieniu cewki przedniej, dostarcza cennych danych.

Badanie metodyczne, we wszystkich przypadkach zaburzeń cewki pozwala przewidzieć, a nawet uprzedzić przez odpowiednie leczenie zaburzenia ciężkie, jak oto: ropnie krocza, ropnie urynowe, nacieczenie urynowe i t. d.

Gruczoły cewki błoniastej. Wyżej była już mowa o tem, że wiele gruczołów znajduje się przedewszystkiem w ścianie górnej cewki błoniastej. Ich znaczenie jako też gruczołów, wspomnianych poprzednio, było prawie nieznanie przed wzmiankowaną pracą. Odtąd wiadomo, że gruczoły te mogą ulegać różnym sprawom zapalnym: kataralnym, ropnym otorbionym, ropnym rozlanym, z przebicciem lub bez przebiccia cewki i t. d. Wiadomo, że w pewnej liczbie spraw ropnych krocza początek ich tkwi właśnie w zapaleniu tych gruczołów. Obserwując przypadki bakteriuryi doszedłem do przekonania, że główne jej ogniska znajdują się często w tych gruczołach, i mięsienie samego tylko gruczołu krokowego, jako metoda lecznicza, nie daje wyników pożądaných. Nie należy nigdy zapominać o możności istnienia tych spraw zapalnych w cewce moczowej, należy też je wyszukiwać zapomocą badania cieczy otrzymanej przy ucisku tej okolicy. Badanie to nie daje wszakże wyników zupełnie rozstrzygających, gdyż zawsze zachodzi w tych razach kwestya, czy otrzymane pierwiastki chorobne nie pochodzą ze sterczu lub gruczołów opuszkowych i COWPER'a. Pomimo tej niepewności badanie przeze mnie zalecone, przeprowadzone wielokrotnie oraz dopełnione wymacywaniem, może dostarczyć dość dokładnych wskazówek co do stanu gruczołów okolicy błoniastej.

Gruczoł krokowy i pęcherzyki nasiennne. Stercz, najważniejsze skupienie gruczołowe, sam tylko wyłącznie do ostatnich czasów był badany. Liczne badania, stwierdzające częstość zakażenia sterczu, słusznie zwróciły uwagę świata lekarskiego na konieczność systematycznego badania tego gruczołu, który, w wielu przypadkach, stanowi główne źródło zakażenia wtórnego nie tylko cewki, lecz również pęcherza moczowego. Rozpoznanie zapalenia sterczu i pęcherzyków nasiennych opiera się na stwierdzeniu zmian w postaci i spójności gruczołu i na składzie cieczy sterczowej. Badanie zapomocą uretroskopu błony śluzowej cewki i badanie zapomocą wziernika pęcherzowego szyjki pęcherza daje również wskazówki anatomiczne, nie pozbawione pewnego znaczenia.

Co się tyczy objętości sterczu, to, jak była już mowa o tem wyżej, istnieją pod tym względem różnice indywidualne bardzo wybitne. Często spo-

strzeżę się u osobników młodych przy braku zaburzeń ze strony narządów moczowych stercz większy, aniżeli u osób starszych. Toż samo można powiedzieć o spoistości gruczołu; u niektórych osób stercz jest bardzo miękki, u osób dorosłych jest dość zbity. Aczkolwiek wogóle objętość i spoistość gruczołu nie dają wskazówek zupełnie pewnych, to jednak duża wprawa w wymacywaniu sterczu daje możność w większości przypadków wyprowadzenia wniosków istotnych co do stanu anatomicznego mięszu sterczu.

Z tego punktu widzenia najbardziej pożyteczne okazuje się stwierdzenie nieprawidłowej spoistości. Staranne i delikatne wymacywanie daje często bardzo dokładne wskazówki, nie tylko co do stanu sterczu, lecz również co do zaburzeń okołosterczowych, jako częstej przyczyny objawów przykrych i uporczywych. Ponieważ zmiany w objętości i w spoistości sterczu zależą przedewszystkiem od spraw zapalnych mięszu łącznotkankowo-mięsne-go, rozumie się, że sama palpacya pozwala wykazać istnienie zapalenia sterczu *ś r ó d m i ą s z o w e g o* i zapalenia okołosterczowego. Też same uwagi dotyczą badania pęcherzyków nasiennych.

[D. c. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 1 —

54. N. Fiessinger i P. Abrami. Czerwone krążki krwi ziarnistej; sposoby ich barwienia i znaczenie rozpoznawcze.

Odróżniać należy dwa rodzaje ziarnistości czerwonych krążków krwi. Rodzaj pierwszy, opisywany już w r. 1893 przez ASKANAZY'ego, jako ziarnistość zasadochłonna, przedstawia się w postaci drobniutkich zaokrąglonych kropek, rozsianych po całym krążku lub tylko w jego części, na obwodzie. Kropki te bywają różnej wielkości: w jednym krążku mogą być bardzo drobne, w drugim, tuż obok, znacznie grubsze; zdarza się, że w jednym krążku spotyka się ziarenka różnych wymiarów. Ziarnistość tego typu barwi się barwikami zasadowymi [skąd nazwa]—błękitem metylowym LÖFFLER'a, UNNA'y, barwikiem GIEMZA'y, również pyroniną. Preparaty suszone utrwalić należy przed barwieniem zwykłymi sposobami.

Ziarnistość drugiego typu, stwierdzona po raz pierwszy przez CHAUFARD'a i FIESSINGER'a, w przypadkach żółtaczkii hemolitycznej, grubsza od poprzedniej, częstokroć przedstawia się w postaci delikatnej siatki, niekiedy skłębionej w środku krążka i czyniącej wrażenie jądra, czasem w postaci mniej lub więcej równego łańcuszka. Wysuszone, lecz nie utrwalone, preparaty barwić należy pyroniną [barwikiem PAPPENHEIM'a, zasadowymi barwikami lub mieszaną:

Chlorku sody 9‰—1 ctm. sz.

Szczawianu potasu 10‰—1 ctm. sz.

Błękitu UNNA'y 10 kropeł.

4—5 kropeł krwi miesza się z 2—3 ctm. sz. tego roztworu i zostawia na 10 minut. Po odwirowaniu zlewa się nadmiar płynu; pozostałą część należy

zbierać z osadem. 1-ą kroplę mieszaniny badać pod mikroskopem. Sposób ten, zdaniem autorów, jest najlepszy: preparaty doskonale się konserwują, a jeśli warstwa była dostatecznie cienka, łatwo można obliczyć procent krążków ziarnistych.

Krążki ziarniste krwi, zarówno pierwszego, jak i drugiego typu, spotykają się przedewszystkiem w przypadkach ciężkiej niedokrwistości; najczęściej w przypadkach niedokrwistości złośliwej, oraz niedokrwistości wtórnej [guzy złośliwe, krwotoki]. Zastrzedz należy, że stopień niedokrwistości niezawsze idzie w parze z liczbą krążków ziarnistych.

Drugie miejsce zajmują pod tym względem różne zatrucia, z pośród nich przedewszystkiem zatrucie ołowiem. Zauważono ziarnistość krążków w zatruciach arsenikiem, alkoholem, miedzią i t. d. W zatruciu ołowiem obecność czerwonych krążków krwi z ziarnistością zasadochłonną stanowi nieraz najwcześniejszy objaw chorobny.

Wreszcie w przebiegu żółtaczki krwiopochodnej znajdowano do 65% krążków ziarnistych drugiego typu. Zdaniem autorów, objaw ten jest wprost patognomoniczny dla żółtaczki krwiopochodnej i z łatwością pozwala różniczkować ją od żółtaczek pochodzenia wątrobnego, w tych bowiem ostatnich nie udawało się wykrywać krążków krwi ziarnistych.

Na histogenezę ziarnistości t. zw. zasadochłonnej rzucają światło następujące spostrzeżenia:

Po pierwsze, zauważono, że krążki ziarniste spotykają się stale u płodu i w pierwszych dniach życia, t. j. w okresie kiedy narządy krwiotwórcze pracują najenergiczniej.

Powtórę, zwrócono uwagę na fakt, że w przypadkach niedokrwistości wtórnej, mianowicie po znacznych utratkach krwi ziarnistość zasadochłonna czerwonych krążków idzie w parze z polichromatofilią, którą większość autorów uznaje obecnie za cechę młodego krążka. Przekonano się wreszcie, jak ściśle związek istnieje między ziarnistością zasadochłonną a obecnością we krwi szpikowych postaci krążków krwi—normoblastów i myelocytów. Dane powyższe każą przypuszczać, że ziarnistość zasadochłonna jest objawem wzmoczonego wytwarzania krwi, jej regeneracyi, nie zaś objawem degeneracyjnym, jak przypuszczali niektórzy. Wniosek ten, zdaniem autorów, dotyczy w pełni i drugiego typu ziarnistości, spostrzeganej w żółtaczce krwiopochodnej. Zarówno to, jak w przypadkach różnych niedokrwistości i zatruc przewlekłych, ziarnistość kropkowata [zasadochłonna], ziarnistość grubsza [CHAUFFARD'a] i polichromatofilia—są to tylko trzy odmienne postaci w gruncie rzeczy jednego procesu—odnawiania krwi.

(*Revue de Médecine*, 1909, z. I).

Al. Racinowski.

55. P. Armand-Delille i F. Feuillé. Przypadek niedokrwistości z obrzmieniem śledziony i zmniejszoną odpornością czerwonych krążków krwi.

Badania CHAUFFARD'a wyosobniły z pośród żółtaczek t. zw. hemolitycznych odrębny typ hematologiczny, którego cechy stanowią: kruchość czerwonych krążków krwi, znaczna zawartość we krwi krążków ziarnistych, wreszcie wielka rozmaitość ich wymiarów [anizocytoza], zwłaszcza obfitość krążków zmniejszonych—mikrocytów. W spostrzeżeniu autorów wszystkie wymienione cechy krwi stwierdzono u chorej z ciężką niedokrwistością, lecz bez żółtaczki.

Przypadek dotyczył dziewczynki 12-letniej. Obarczenie dziedziczne pod względem gruźlicy ze strony ojca; u matki zabarwienie podżółtaczkowe łącz-

nicy oczu. Chora kaszle od kilku dni, gorączkuje. Wysoki stopień błądoci z odcieniem zielonkawym powłok skórnych. Lekkie słumienie i oddech nieokreślony w jednym wierzchołku. Śledziona pod 6-m żebrem, wyczuwalna na 4 ctm. poniżej łuku żebrowego. Przy badaniu krwi zmniejszenie liczby czerwonych krążków do 1,520,000, Hb do 0,3. Liczba i stosunek wzajemny białych ciałek prawidłowy.

W preparatach krwi barwionych krążki czerwone różnorodnej wielkości — od 4,8 do 9,5 mikronów; liczne mikrocyty. Krążki z ziarnistością zasadochłoną we krwi świeżej, nieutralonej (*brillant cresyl blau*) stanowią 18% liczby ogólnej. Surowica krwi zlekką żółtawą, daje wyraźny odczyn GMELINA na barwiki żółciowe. Badanie odporności krążków krwi ujawniło początek hemolizy już w roztworach 0,84%-ych NaCl, a wybitną — w roztworze 0,54%-ym, [prawidłowo w roztworze 0,46%-ym NaCl]; zatem odporność krążków była znacznie zmniejszona. Badanie bakteryologiczne krwi, dwukrotnie powtórzone, ujemne; natomiast dodatni odczyn skórny na tuberkulinę. Mocz bez barwików żółciowych i bez urobiliny.

W ciągu miesiąca stopniowy spadek ciepłoty, poprawa podmiotowa chorej i przedmiotowa — stanu krwi.

Jak z powyższego widoczne, szczegółowe badanie krwi wykluczyło rozpoznanie ostrej białaczki lub jakiegoś złośliwego zakażenia krwi, które można było początkowo przypuszczać; stwierdziło natomiast zmiany we krwi, niespotykane w pospolitych stanach anemicznych, a zbliżone do cech żółtaczki hemolitycznej. Dodatni odczyn GMELINA w surowicy krwi pozwalałby przypuszczać istnienie w danym przypadku poronnej postaci żółtaczki hemolitycznej. W tym kierunku powinny się odbywać dalsze badania wszelkich niedokrwistości, którym towarzyszy obrzmienie śledziny.

(*Bulletins de la Soc. Médicale des Hôpitaux. 1909. Nr 5.*)

W. St.

56. L. Nicolayson. Leczenie niedokrwistości złośliwej.

Chory, 33-letni, od 5-u tygodni przedstawiał typowy obraz niedokrwistości złośliwej. We krwi znajdowano 1,300,000 czerwonych ciałek, mikro- i megalocyty, poikilocytozę i polichromatofilię. Leczenie polegało na dyecie mlecznej i roślinnej, codziennych ławatywach i podawaniu wewnątrznie kwasu solnego i arseniku. Po 8-u tygodniach leczenia w szpitalu i miesięcznym pobycie w górach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Te i temu podobne przypadki dowodziłyby, że niedokrwistość złośliwa jest to raczej *toxaemia*, wywołana przez brak kwasu solnego w soku żołądkowym i następnej przemiany białka na ciała trujące, aniżeli pierwotne cierpienie krwi i narządów krwiotwórczych.

(*The Lancet. 1908, 7. XI.*)

A. Puławski.

57. Schnütgen. Autoseroterapia w przypadkach surowiczo-włóknikowego zapalenia opłucnej.

Autor próbował metody GILBERT'a, polegającej na zastrzykiwaniu podskórnym wysięku, otrzymanego zapomocą przekłucia opłucnej strzykawką PRAVAZ'a. Aby uniknąć podwójnego klucia, autor wyciąga nieco strzykawkę, wbitą do opłucnej, i doprowadziwszy w tem samym miejscu igłę pod skórę, wstrzykuje jej zawartość. SCHNÜTGEN zastrzykiwał po 1-m ctm. sz., rzadko po 2 ctm. sz. w przerwach 2-dniowych, czasem 1—3-dniowych i stosownie do ciężkości przypadku rękoczyn taki wykonywał 1 do 6-u razy. W przypadkach: *hydrothorax, ascites, hydrothorax + ascites + pericarditis, pleuritis haemorrhagica,*

purulenta—metoda ta nie dawała wyników pomyślnych. W przypadkach zapalenia surowiczowo-włóknikowego opłucnej na 15 przypadków autor otrzymał wynik zupełnie zadowolający. Przy wzrastającej diurezie wysięk ulegał wessaniu, co stwierdzono zapomocą próbnego nakłucia i prześwietlania.

Autor sądzi, że przy wczesnem stosowaniu tej autoseroterapii prędzej unikamy wytwarzania się zrostów, niż przy opróżnianiu opłucnej zapomocą punkcyj, gdyż ją wykonywamy zwykle dopiero po 3-ch tygodniach i pewną część wysięku zazwyczaj zostawiamy. Środki moczopędne stanowią broń pomocną przy tej metodzie leczniczej.

Skuteczność metody polega prawdopodobnie na tem, że wraz z wysiękiem gruźliczym dostają się do krążenia antytoksyczne i bakterjobójcze produkty lasecznika gruźliczego.

(*Berlin. klin. Woch.*, 1909. Nr 3).

A. Lande.

58. F. Holzinger [Petersburg]. Osmoza w żywej tkance jako środek chroniący ustrój od zakażenia.

Oprócz właściwości biologicznych żywej tkanki, jako obrony ustroju przed zakażeniem, grają bardzo ważną rolę w tym kierunku również i właściwości fizyczne; polegają one na stałych prądach, przenikających w najrozmaitszych kierunkach przestrzenie międzykomórkowe, i są w części natury filtracyjnej, a w części też i osmotycznej, zależnej od różnic napięcia osmotycznego soków tkankowych w napół przepuszczalnych tkankach ustroju. Obrona ta działa stale i wyprzedza znane biologiczne środki obronne. Poprzednie badania autora wykazały, że prądy osmotyczne przeszkadzają rozwojowi drobnoustrojów w roztworze odżywczym, że roztwór ten, pozbawiony białka i silnie zakażony, wyjąłwia się przez prądy osmotyczne, o ile te działały około 48-u godzin i pozostaje jałowym pod działaniem osmozy o dostatecznem napięciu. Co się tyczy roztworów odżywczych białkowych, to osmoza nie niszczy w nich zarodników, lecz zapewne upośledza ich zdolność życiową; ponieważ zaś rozwój chorób zakaźnych opiera się na czynności życiowej istniejących już w ustroju bakterji, to są one wtedy dla ustroju nieszkodliwe. Zakażenie występuje przy osłabieniu lub zniesieniu czynności osmozy; okoliczności, sprzyjające temu stanowi, są: 1) uraz tkanki, 2) zatkanie dróg odprowadzających [naczyni kwionowych i limfatycznych, przesłtrzeni limfatycznych i gruczołów limfatycznych], głód i złe odżywianie, kiedy zużycie soków przewyższa ich dostawę, szczególnie zaś przy braku wody prądy soków tkankowych są znacznie osłabione, 4) przeziębienie.

(*St.-Petersburg. med. Wochenschr.* 1909, Nr 3).

Wł. Staniszewski.

59. Vautrin. Leczenie przewlekłego zapalenia trzustki, powikłanego niedrożnością przewodu żółciowego.

Sposoby, jakimi powstaje zakażenie dróg trzustkowych, są rozmaite: 1) przez krew, 2) przez zakażenie wstępujące z dwunastnicy, 3) przez sprawę zapalne w sąsiedztwie i 4) w przebiegu kamicy żółciowej.

Leczenie przewlekłego zapalenia trzustki od niedawna dopiero weszło w zakres chirurgii i przedstawia wiele jeszcze punktów spornych, tem bardziej, że samo rozpoznanie tego cierpienia jest rzeczą nieraz bardzo trudną i niepewną. Leczenie jest tu, oczywiście, oparte na rozmaitych, powyżej wspomnianych teoriach patogenezy, których niepewność dostatecznie tłómaczy wahanie operatorów. Z tego, że marskość trzustki, nieraz stwierdzana przy

zabiegach z powodu kamicy żółciowej, wogóle ulegała poprawie dzięki tym jedynie zabiegom chirurgicznym, pośpieszono się z wnioskiem, że we wszystkich analogicznych przypadkach należy zwracać się przeciw kamicy dróg żółciowych. Taki pogląd, zdaniem autora, jest zbyt ciasny. Nie mamy żadnych ścisłych podstaw do mniemania, że marskość trzustki jest zawsze wtórną, jako powikłanie pierwotnej kamicy żółciowej. Możemy tylko powiedzieć, że zabieg chirurgiczny, skierowany przeciw kamicy żółciowej, wywarł wpływ dobroczynny na trzustkę, a mianowicie zmodyfikował sprawę zapalną, sklerotyczną w tym gruczole. Z pewnością zupełną można stwierdzić to jedynie, że drenowanie wątroby, a zwłaszcza drenowanie okolic okołotrzustkowych oddziaływa pomyślnie na marskość trzustki i jej następstwa. Stosowano dotychczas różne metody operacyjne przeciw przewlekłemu zapaleniu trzustki z jednoczesną kamicy żółciową, jak: *cholecystotomia simplex*, *choledochotomia spl.*, *duodeno-choledochotomia*, *cholecystostomia + choledochotomia*, *cholecystectomia simpl.*, *cholecystectomia + choledochotomia*, *cholecystectomia + drenowanie głównej drogi żółciowej*, *cholecystenterostomia* lub *cholecystogastrostomia*. Trzeba jednak przyznać, że wszystkie te operacje wykonywano raczej z powodu kamicy żółciowej, niż z racji cierpienia trzustki.

Jeżeli przewlekłe zapalenie trzustki rozwija się razem z kamicy żółciową, to, naturalnie, trzeba skierować wskazania operacyjne na to ostatnie cierpienie. Wogóle najskuteczniejszym zabiegiem przy zapaleniu trzustki będzie ten, który zostanie skierowany wprost na przyczynę cierpienia, więc bądź na kamicy żółciową, bądź na ognisko zapalenia okołotrzustkowego, bądź na *canaliculitidis ascendens*, bądź na zakażenie z dróg krwionośnych. Otwarcie i sączkowanie ogniska zapalenia okołotrzustkowego, zwykłe sączkowanie przestrzeni podwątrobowej często w krótkim czasie będą miały wynik pożądanym. W pewnych przypadkach wystarcza *jejunostomia*, a w lekkich—*laparotomia* próbna.

Dla łatwiejszego objęcia tematu, VACTRIN dzieli stany zapalne trzustki na dwie grupy: 1) przewlekłe zapalenie trzustki z kamicy żółciową i 2) — bez kamicy żółciowej. Co do pierwszej grupy, to istnieje zasada, że o wskazaniach operacyjnych decyduje kamica żółciowa. Jednakże to правило nie posiada wartości bezwzględnej, ponieważ może się zdarzyć, iż zabieg w celu usunięcia kamienia pęcherzyka lub przewodu żółciowego nie jest w możności wywarcia wpływu na marskość trzustki. Według opinii autora, dodatni wpływ zabiegu na zapalenie trzustki jest tem większy, im bliżej odbywa się trzustki i jeżeli się kończy przez dokładniejsze sączkowanie dróg żółciowych i przestrzeni podwątrobowej. Jeżeli próbnie cięcie brzuszne w pewnych przypadkach wystarcza do powstrzymania zapalenia trzustki, to jednak trzeba przyznać, że podobny wynik osiąga się względnie rzadko. Ale jaki wogóle jest mechanizm wyleczenia zapalenia trzustki przez proste cięcie brzuszne i dlaczego taka jest niestałość wyników? Można przypuszczać, że przewlekła skleroza trzustki, będąc natury zakaźnej i następstwem *canaliculitidis ascendens*, zaczyna się najpierw w ograniczonym odcinku gruczołu, a następnie w większej części główki narządu. W pierwszym okresie (*praecirrhoticus*) choroby, miążs jest obrzękły, przerosły i twardy—*pancreatitis exuberans* [bajające] DIEULAFOY. W tym okresie jakibądź zabieg wewnątrzbrzuszny posiada możność zmienienia warunków unaczynienia i unerwienia współczulnego, przez co łatwo można powstrzymać rozwój sklerozy i znieść działanie poczynającego się zakażenia. Tymczasem w dalej posuniętym okresie choroby, gdy miążs już stwardniał, gdy rozwinęła się już w nim obficie tkanka łączna i gruczoł się skurczył, sprawa zwyrodnienia już się zakończyła i nie poddaje się oczywiście zwyktemu leczeniu, lecz wymaga zabiegów więcej złożonych, trzeba działać nie tylko na zakażone drogi żółciowe, lecz równole-

gle i na samą trzustkę zapomocą sączkowania sąsiadującej z nią okolicy. Trzeba przytem zaznaczyć, że autor nie zadowala się wprowadzeniem drenu i kompresów aseptycznych pod wątrobę, wgląd przestrzeni podwątrobnej, lecz odłuszcza dwunastnicę i unosi szeroko trzustkę, oddzieloną od powierzchni jej głębokiego przyczepu (*d'accolement profonde*), ażeby mózdz pod nią doprowadzić sączki i kompresy. Jeżeli chcemy skrócić okres zdrowienia, który odpowiada rozszerzaniu się przednio niedrożnego przewodu żółciowego w jego części trzustkowej (*cholédoque intrapancréatique*), to autor proponuje pewien zabieg, oparty na danych fizjologii patologicznej. Gdy mianowicie marskość objęła główkę gruczołu, przewód żółciowy zostaje jakby obmurowany tkankami sklerotycznymi w kształcie linijnego pierścienia, którego rozmięknienie i rozszerzenie może nastąpić jedynie po powrocie mięsru gruczołowego do swej czynności fizjologicznej. Odrodzenie nabłonka, wchłonięcie bujących składników łącznotkankowych międzygronowych, wymagają dosyć długiego okresu czasu, po upływie którego znika stwardnienie, powstałe wokół przewodu żółciowego. Ażeby skrócić okres powolnego znikania marskości zwężającej, lub raczej żeby przyspieszyć rozszerzenie uciśniętego przewodu żółciowego, autor proponuje przeciąć termokauterem, po odsunięciu odłuszczonych dwunastnicy i trzustki, tę nieznaczłą warstwę tkanki trzustkowej, jaka pokrywa tylną powierzchnię przewodu żółciowego. Zabieg ten nie przedstawia ani trudności, ani niebezpieczeństwa, ponieważ grubość wspomnianej warstwy nie przekracza 3—4-ch mm. i nie zawiera ważniejszych naczyń. W ten sposób przewód żółciowy zostaje uwolniony cięciem, równoległym do jego przebiegu, na całej wysokości główki trzustki, i możemy natychmiast urządzić drenowanie. W ten sposób uda się przyspieszyć termin wyzdrowienia, czyli przywrócić drożność przewodu żółciowego, co niemal oznacza moment wznowienia czynności trzustki.

En résumé, przy przewlekłym zapaleniu trzustki, powikłanem kamicy żółciową, skutecznymi mogą okazać się najrozmaitsze zabiegi. Jeżeli zwykła przetoka pęcherzyka żółciowego daje wyniki dodatnie, to napewno lepsze wyniki otrzymamy po drenowaniu wątroby, któr poprzedzała lub nie poprzedzała *cholecystectomy* lub *cholecystotomy*. W marskości trzustki, już znacznie posuniętej, na pierwszem miejscu stoi drenowanie wątroby z odłuszczeniem dwunastnicy i trzustki i drenowaniem przez to utworzonej przestrzeni. Jeżeli skleroza trzustki dosięgła już bardzo wysokiego stopnia, to pankreatotomia zapomocą termokauteru może okazać się wielce użyteczną. Wreszcie, przy całkowitej niedrożności przewodu żółciowego w jego części trzustkowej, ze stałemi przetokami żółciowemi lub bez nich anastomoza przewodu wątrobnego lub żółciowego z dwunastnicą zasługuje na pierwszeństwo wobec *cholecystenterostomiae*.

Następnie, autor przechodzi do drugiej grupy zapaleń trzustki, mianowicie do przewlekłych zapaleń trzustki bez kamicy żółciowej, t. zw. *pancreatitis essentialis*. Cierpienie to, według wszelkiego prawdopodobieństwa, spotyka się częściej, niż lekarze przypuszczają. Jest rzeczą możliwą, że w tej kategorii przypadków wątroba cierpi mniej lub więcej, i że *angio-pancreatitis essentialis* prawie zawsze idzie w parze z *angio-cholitis*. Dotychczas chirurgia nie zorientowała się, jakie zabiegi należy przedsięwziąć w *pancreatitis essentialis*, to też obecnie możemy mówić o istnieniu jedynie bardzo niedoskonałych rękoczynów, mających na celu usunięcie tego cierpienia. Wprawdzie w przypadkach, gdzie zakażenie spowodowało jedynie ograniczoną sklerozę śródmiąższową, lub też w okresie bującego zapalenia trzustki, po którym z mniejszą lub większą szybkością następuje okres zanikowej marskości trzustki, próbne cięcie brzuszne może wystarczyć, a tem bardziej, gdy po niem działamy bezpośrednio na sam gruczoł

lub na jego główkę, która prawie zawsze jest wyłącznem siedliskiem choroby. Aby działać skutecznie, trzeba się kierować obrazem klinicznym choroby i poznawaniem przyczyn, które ją spowodowały. A zatem w przypadkach wrzodu żołądka, zlepnego zapalenia okołożołądkowego, cierpienia odźwiernika lub dwunastnicy dodatnie wyniki da nam *gastrolysis*, *gastrectomia* i częściej—*gastroenterostomia*, czyli: dokonywamy zabiegu na żołądku lub odźwierniku, gdy na plan pierwszy występują objawy żołądkowe. I znów działać należy na przestrzeń podwątrobną, gdy zapalenie pęcherzyka żółciowego, umiejscowione zakażenia, zależne od gruźlicy, od zapalenia wyrostka robaczkowego, od wrzodu dwunastnicy, gromadzą wysięk w sąsiedztwie trzustki. Przy zapaleniu, umiejscowionem w przestrzeni podwątrobnej, w sieci, w otworze WINSŁOWA, w okolicy okołonerkowej i okołosiedzionowej, operacja winna się ograniczać do opróżnienia istniejących wysięków, do uwolnienia od zrostów i sączkowania. Wogóle, w leczeniu *pancreatitis essentialis* sączkowanie odgrywa rolę pierwszorzędną. Dzięki pracom licznych autorów, możemy obecnie odłuszczać i uruchomić dwunastnicę, przezco zyskujemy dostęp do tylnej powierzchni trzustki, czyli właściwą drogę dla sączkowania i możność wyluszczenia gruczolów, pamiętając wszakże o niebezpieczeństwach, zależnych od sąsiedztwa żyły próżnej, żyły wrotnej, tętnic i żył kręzkowych i rozgałęzień splotu trzewnego.

Droga przednia przez przestrzeń żołądkowo-okrężnicową lub przez kręzkę okrężnicy jest o wiele niepewniejszą i mniej przydatną dla rękoczynów operacyjnych. Pomimo to, istnieją okoliczności, gdzie, wskutek niepewnego rozpoznania, chirurg zmuszony jest tędy torować sobie drogę, bądź wskutek tego, że guz wypycha się ku przodowi, odsuwając do góry żołądek, dwunastnicę na prawo lub kręzkę okrężnicy na dół. Torowanie sobie dostępu do przedniej powierzchni trzustki przedstawia niebezpieczeństwo uszkodzenia tętnic kręzkowej i okrężnicowej, nie licząc już gałązek naczyniowych, biegnących ku dwunastnicy. Jeżeli wypada podwiązać te naczynia, to można oczekiwać zgorzeli okrężnicy poprzecznej lub dwunastnicy.

Jednem słowem leczenie czystego przewlekłego zapalenia trzustki, jak i w przypadkach współistnienia kamicy żółciowej, winno się odbywać przez przestrzeń podwątrobną i zapomocą uruchomienia dwunastnicy. Przy takim porządku chirurg najdokładniej zbada drogi żółciowe, co jest bardzo ważne, następnie główkę trzustki dla określenia, czy cierpienie jest natury zakaźnej, czy też natury złośliwej. Jeżeli istnieje wątpliwość, lub jeżeli jest oczywiste zapalenie trzustki, należy urządzić sączkowanie pozadwunastnicowe z tylną pankreatotomią lub bez niej.

Dominującą cechę zapalenia trzustki stanowi skrytość, wskutek czego najdokładniejsze badania prawie nigdy nie wykrywają choroby. A jednak w pierwszym okresie śródmięszowego zapalenia trzustki istnieje zazwyczaj przerost gruczolu, który możnaby zauważyć, a nawet przyjąć za raka lub kamieć pęcherzyka żółciowego. Przy istnieniu guza w okolicy pępka, powodującego ucisk na naczynia, na dwunastnicę lub na przewód żółciowy, nie należy pośpiesznie rozpoznawać raka, lecz zawsze pomyśleć o *pancreatitis exuberans*. Rozpoznanie będzie potwierdzone, jeżeli po pewnym czasie zobaczymy, iż guz stopniowo ginie, co oznacza przejście w *pancreatitis sclerosa stenosans*, w okres zanikowy, mniej lub więcej ostateczny. Obserwacje kliniczne stwierdzają, że zabieg chirurgiczny jest tem skuteczniejszy, im więcej pod względem wczesności zbliża się do okresu marskości przerostowej. Gdy marskość jest międzyzrazikowa lub wewnątrzszazikowa okologronkowa, to przedstawia mniejsze szanse wyleczenia, w miarę tego, jak posuwa się skleroza i zwężenie staje się ostatecznie włóknistem.

Dla rokowania i leczenia wielki krok naprzód stanowiłaby możliwość wczesnego rozpoznawania przewlekłego zapalenia trzustki. Niestety, jest to jeden z najbardziej trudnych problemów klinicznych, na który badania laboratoryjne rzucają do obecnej chwili bardzo słabe światło. Próby SAHLI'ego, CAMMIDGE'a, cukromocz, *steatorrhoea*, wszystko to nie przedstawia istotnej wartości rozpoznawczej. Stolce tłuszczowe, często spostrzegane w zapaleniu trzustki, mają wygląd rozmaity: to masy kałowe są pokryte tłuszczem na swej powierzchni, to są zmieszane z cieczą oleistą, której kuleczki trzymają się ścian naczyń, to wreszcie znajdujemy w kale sferyczne masy tłustawe, zawieszane w lepkiej cieczy. Ten osobliwy wygląd kału stanowi z pewnością objaw, wskazujący na obecność zapalenia trzustki. Oczywiście, kończy tak swą pracę autor, będzie to miało doniosłe znaczenie dla dyagnostyki, jeżeli wywiczony chemik będzie mógł analizować kał według metody RENÉ GAULTIER'a i oznaczać ilościowo tłuszcze oraz deficyt w ich zmydłaniu.

(*Revue de Chirurgie*, 1908, Nr. 5).

W. Dobrowolski.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

SEKCJA NEUROLOGICZNO-PSYCHIATRYCZNA.

Posiedzenie dnia 16-go stycznia 1909 r.

- T R E Ś C: 1) HANDELSMAN. Przypadek postępującego zaniku mięśni z długotrwałą remisją.
- 2) HIGIER. a) Przypadek dystrofii mięśniowej ERBA nietypowej w bardzo posuniętym okresie.
b) Przypadek myopatii pierwotnej ERBA w kończynach dolnych.
- 3) BREGMAN. Przypadek ropnia mózgowego pochodzenia usznego
- 4) STERLING. Przypadek *neurofibromatosis generalisata*.
- 5) BORNSTEIN i STERLING. Przedstawienie preparatów anatomicznych mikroskopowych z przypadku kostniaka kręgosłupa.
- 6) KOELICHEN. Przedstawienie preparatów anatomicznych z przypadku porażenia spastycznego z pierwotnem zwyrodnieniem dróg piramidowych.
- 7) BREGMAN i KRUKOWSKI. Przypadek nowotworu mózgowia.

1) HANDELSMAN przedstawił przypadek postępującego zaniku mięśni z długotrwałą remisją.

Chory, lat 32, już od dzieciństwa miał wybitnie chule nogi i nie mógł swobodnie unosić kończyn górnych ku górze. Do 30-go roku pracował. Od tej pory zaczął bardziej chudnąć, męczył się szybko i coraz gorzej władał wszystkimi kończynami. Neuropatycznie nieobarczony. Przedmiotowo stwierdzić można: wybitny zanik i osłabienie mięśni w obu pasach barkowych, w obu ramionach, na tułowiu, na stopach i goleniach. Zmiany w oddziaływaniu na prąd elektryczny tylko ilościowe. Odruchy ścięgnowe bardzo osłabione. Czucie prawidłowe. Mówca podkreśla w danym przypadku długotrwałość remisji i powikłanie dystrofii mięśniowej typu ERBA postacią neuryty-

czną typu CHARCOT-MARIE wobec zaniku mięśni strzałkowych na obu gołeniach.

2) HIGIER przedstawił: a) przypadek dystrofii mięśniowej ERBA nietypowej w bardzo posuniętym okresie.

15-letni chłopiec, pochodzący z rodziny zdrowej, zaczął chodzić dość późno, w 7-ym roku zauważono pogorszenie chodu, w 10-ym wychudnięcie rąk, w 11-ym roku wybitne skrzywienie kręgosłupa. Od 4—5-u lat stan bez zmiany, a mianowicie: chodzić, wykonywać ruchów kończynami górnymi i dolnymi chory absolutnie nie może. Badanie wykazuje zanik wszystkich mięśni ciała, zwłaszcza tułowia, pasów barkowych, ramion, rozginaczy gołeni i stopy. Przerost łydek wyraźny. W kilku mięśniach międzykostnych odczyn zwyrodnienia, w innych zmiany na prąd elektryczny ilościowe. Wybitne przykurczenie mięśni. Mówca podkreśla: 1) brak momentów dziedzicznych lub rodzinnych, 2) pomieszanie typu [mięśniowo-rdzeniowo-neurtyczny], 3) złośliwość przebiegu po kilkoletniej remisji, 4) wczesne i silne przykurczenia 5) silne zniekształcenie kręgosłupa.

b) H. przedstawił przypadek myopatyi pierwotnej ERBA w kończynach, dolnych.

Chora, lat 22, cierpi od lat 12-u na stopniowe osłabienie mięśni kończyn dolnych. Przy badaniu stwierdzić można: chód kaczkowy, zanik mięśni *erectores trunci*, *glutaei*, *quadriceps*, *sartorii* i mięśni łydek. Ilościowe zmiany w oddziaływaniu na prąd elektryczny. Odruchy ścięgnowe słabe. Na uwagę zasługuje przebieg łagodny.

3) BREGMAN przedstawił ropień z zakażenia pochodzenia usznego.

Chory ma lat 13. Od 9-u lat po szkarlatynie ropienie z uszu. Przed 8-u dniami ropienie z prawego ucha ustało, wystąpiły bóle w prawym uchu i w okolicy prawego wyrostka sutkowego. Na 2 dni przed wstąpieniem do szpitala utrata przytomności, wymioty, drgawki ogólne. W szpitalu badanie wykazało: ciepłota 40,8°, tętno 150. Objawy niedowładu lewostronnego. Szczegółowe badania. Przekucie łydźwiowe dało płyn mętny pod ciśnieniem 300 mgr. Badanie zwłok wykazało obfitą ropę na podstawie mózgu, warstwę ropę na powierzchni prawego z zakażenia. W prawym zrazie skroniowym ropień, wypełniony cuchnącą ropą. Prawa kość skalista spróchniała. Mówca podkreśla szybki przebieg przypadku, ciężkie objawy mózgowo- oponowe.

4) STERLING przedstawił przypadek *neurofibromatosis generalisatae* [choroba RECKLINGHAUSEN'a].

Chory, lat około 40, od 1½ roku zauważył stopniowe przekrzywienie lewej połowy twarzy na prawo, niemożność zamykania lewego oka, wkrótce zaś spostrzegł twarde guziki w okolicy lewego stawu żuchwowego, który, rosnąc, coraz bardziej utrudniał mu otwieranie ust. W ostatnich miesiącach zauważył cały szereg twardych guzików pod skórą czaszki i na tułowiu. Przedmiotowo stwierdzić można wybitne porażenie lewego nerwu twarzowego typu obwodowego, zniesienie odruchu z lewej łącznicy i rogówki, a w jamie pozazuchwowej lewej widać duży guz o postaci okrągławo-owalnej, konsystencji chrząstki, zdaje się ściśle spojony z kością szczęki i zupełnie nieruchomy. Wymiar podłużny guza 9 ctm., poprzeczny 7 ctm. Poza to widać około 18-u guzików mniejszych, również twardych pod skórą na czaszce i na tułowiu, niebolesnych, ruchomych. Badanie mikroskopowe jednego z nich, wyciętego, wykazało budowę włókniaka. Naświetlanie guza w jamie pozazuchwowej promieniami ROENTGEN'a nie dało wyników. Mówca rozpoznaje *neurofibromatosis generalisata*, chorobę, opisaną poraz pierwszy przez RECKLINGHAUSEN'a i podnosi rzadkość przypadku.

W dyskusji podkreślano rzadkość podobnych przypadków specjalnie w kraju naszym i ciemną patogenezę cierpienia.

5) BORNSTEIN i STERLING przedstawili preparaty anatomiczne mikroskopowe z przypadku kostniaka kręgosłupa.

Preparaty pochodziły z przypadku, przedstawionego przed rokiem w sekcji, rozpoznawano wtedy wobec porażen wszystkich kończyn i wobec zaburzeń czucia o charakterze więcej syringomyelitycznym—ucisk rdzenia, syfilis lub syringomyelię. Sekcja wykazała liczne kostniaki kręgosłupa, uciskające rdzeń [demonstrował FLATAU]. Badanie mikroskopowe wykazało w najbardziej spłaszczonej części rdzenia, odpowiadającej II i III odcinkowi szyj-nemu, zupełne zatarcie istoty białej i szarej, liczne zwyrodnienia w słupach przednio-bocznych; względnie najlepiej zachowane zostały rogi przednie, piramidy boczne i okolica słupa GOWERS'a po stronie lewej. Powyżej i poniżej tego miejsca widać zwyrodnienia wstępujące i zstępujące. Na skrawkach, barwionych hematoksyliną i eozyną, w odcinkach szyjnych stwierdzono zgrubienie i nacieczenie opon miękkich, zmiany w naczyniach, wrastanie opony miękkiej w rdzeń. Badanie metodą NISLA w tej okolicy wykazało głębsze zmiany w konfiguracji i w wewnętrznej budowie komórek nerwowych.

6) KOELICHEN przedstawił preparaty mikroskopowe rdzenia z przypadku porażenia spastycznego z pierwotnym zwyrodnieniem dróg piramidowych.

Przypadek dotyczył 55-letniej chorej, która na rok przed śmiercią zaczęła doznawać stopniowego osłabienia kończyn dolnych, potem zjawily się bole w krzyżu i w kończynach dolnych, jednocześnie wstrzymanie moczu i kału i odleżyny. Badanie przedmiotowe wykazało porażenie spastyczne wszystkich kończyn, brak zaburzeń czucia. Chora zmarła przy objawach wycieńczenia. Na skrawkach z rdzenia na całej długości stwierdzić można rozrzedzenie myeliny w obrębie bocznych dróg piramidowych, oprócz tego w części szyjnej widać lekkie zwyrodnienie w obrębie pęczków HOLWEGA, a w części grzbietowej widać asymetrię obu połów rdzenia. Zmiany w rdzeniu mówca przyrównywa do zmian w rdzeniu zarodków, w których piramidy nie otrzymały jeszcze otoczki myelinowej, uznaje za analogiczne do zmian, znajdujących przez STRUEMPEL'a w przypadkach porażenia spastycznego.

W dyskusji HIGIER zaznacza rozbieżność pomiędzy obrazem klinicznym a anatomo-patologicznym. W etyologii brak zwłaszcza momentu rodzinno-dziedzicznego. Mówca przypomina, że podobny obraz anatomo-patologiczny dają pewne zatrucia.

FLATAU podkreśla trudności rozpoznania klinicznego, a co się tyczy obrazu anatomo-patologicznego, to wobec całego niedorozwoju rdzenia, wobec braku ognisk i zwyrodnień wtórnych, wobec braku symetrii w części grzbietowej, mówca uznaje jedynie za prawidłowe rozpoznanie niedorozwoju torów piramidowych.

GOLDFLAM uznaje przypadek za zagadkowy.

7) BREGMAN i KRUKOWSKI przedstawili przypadek nowotworu mózgowia.

Chory, ma lat 53, od roku doznaje bólów głowy i drętwienia w lewej ręce, a od 4-ch miesięcy włada nią gorzej. Bole głowy w prawej połowie czaszki, zwłaszcza w okolicy ciemieniowej. Badanie wykazuje pewne stępienie psychiczne, zwolnienie tętna, bolesność przy opukiwaniu okolicy prawego ciemienia, niedowład spastyczny i bezład w lewej kończynie górnej, osłabienie dotyku na lewej kończynie górnej, na lewej połowie tułowia i na lewym udzie, oprócz tego stwierdzono hemianopsję lewostronną jednoimienną. Brak tarczy zastoinowej. Mówcy rozpoznają nowotwór w zrazie ciemieniowym prawym, przechodzący na zraz środkowy tylny, na ośrodek dla ręki; nowotwór łączy wgląd, uszkadzając tory wzrokowe. Leczenie specyficzne nie dało wyniku. Mówcy uważają zabieg chirurgiczny za wskazany.

W dyskusji [GOLDFLAM, FLATAU, HIGIER] wykazywano trudności rozpoznawcze co do umiejscowienia guza: czy bliżej kory, czy głębiej, bliżej torebki wewnętrznej. BYCHOWSKI proponował trepanację paliatywną, HIGIER uważał ją za zbytęcną wobec braku ciężkich objawów ogólnomózgowych, natomiast zalecał trepanację próbną.

Stanisław Kopczyński.

Wiadomości bieżące.

— Dnia 13-go b. m. odbyło się posiedzenie wydziału balneologicznego w Warsz. Towarzystwie Hygienicznym, na którym dr ALERED SOKOŁOWSKI mówił o francuskich zdrojowiskach leczniczych. Następnie przewodniczący wydziału dr J. JAWORSKI zaznaczył konieczność dokonywania peryodycznych rozbiórów krajowych wód mineralnych, a dr SERKOWSKI ofiarował się dokonywania badań chemicznych w razie potrzeby bezinteresownie. Sprawa ta, posiadająca dla naszych miejscowości leczniczych doniosłe znaczenie, wywołała ożywioną dyskusję, w której brali udział pp. LEPPERT, MIKLAŠZEWSKI, PRUSZYŃSKI, SOKOŁOWSKI. Z dyskusji okazało się, że badania dokonane być winny z jak największą ścisłością, przy uwzględnieniu nowoczesnej techniki fizyko-chemicznej, wymagającej wielkiego w tym kierunku wyrobienia i odpowiednich urządzeń laboratoryjnych. Trudności zwiększają się wobec konieczności dokładnego oznaczenia minimalnych nieraz ilości składników i radioaktywności.

Aby sprawę tę na właściwą skierować drogę, obrana została komisja, do której weszli, oprócz przewodniczącego wydziału dra J. JAWORSKIEGO i sekretarza dra GRUNDZACHA, pp. mag. BIAŁOBRZEŃSKI, prof. BOGUSKI, zarządzający Stacją geologiczną Muzeum Przemysłu i Handlu J. LEWIŃSKI, zarządzający pracownią fizyczną KALINOWSKI, mag. KOŚCIŃSKI, dr ORGELBRAND, LEPPERT, doc. dr PRUSZYŃSKI i dr SERKOWSKI.

— **Choroby zakaźne w Warszawie.** W ciągu tygodnia od dnia 28-go lutego do 6-go marca r. b. do szpitali warszawskich przybyło 96-u chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 3, szkarlatyną 5, różą 5, tyfusem plamistym 50, tyfusem brzuszny 21, gorączką powrotną 7, grypą 5.

W tymże okresie zmarło: na ospę 2, różę 1, tyfus plamisty 5, tyfus brzuszny 1.

— W Kijowie w gwałtowny sposób szerzy się epidemia tyfusu wysypkowego. W końcu lutego było w szpitalach kijowskich więcej niż 650-u tyfusowych, w szpitalu zaś więziennym 300-u.

— Instytut ortopedyczny Rizzoli w Bolonii ogłasza konkurs międzynarodowy imienia Humberta I z nagrodą 3500 lirów za najlepszą pracę lub wynalazek w dziedzinie ortopedyi. Prace konkursowe należy nadsyłać do 31-go grudnia r. b. na ręce prezesa instytutu GIUSEPPE BACCHETTI'ego w Bolonii.

— Akademia Umiejętności w Turynie ogłasza konkurs międzynarodowy z nagrodę 9300 lirów dla tego, który dokonał najwybitniejszego i najużyteczniejszego odkrycia, ogłosił najsłynniejsze dzieło w zakresie nauk ścisłych, przyrodniczych i t. d. Termin konkursu 31 grudnia 1910 r.

— Liczba słuchaczy medycyny na wszechnicach austriackich w półroczu zimowem 1908/9 r. wynosi: w Wiedniu 1972, w Pradze 631 na wszechnicy czeskiej i 344 na niemieckiej, w Krakowie 515, w Hradcu 361, we Lwowie 304 i w Innsbruku 197.

— Liczba studentów medyków w uniwersytetach Państwa Niemieckiego wzrosła w ciągu ostatnich lat 3-ch o 36%. Z tego powodu prasa niemiecka zwraca uwagę na grożącą nadprodukcję lekarzy i na ciężkie następstwa, jakie z tego powodu mogą wyniknąć.

— W czasie zajęć między studentami włoskimi a niemieckimi w Wiedniu 23. XI. 1908 raniony został kulą rewolwerową w okolicę skroni student włoski, FONDA. W klinice prof. HOCHENEGG'a wykazano zapomocą promieni ROENTGEN'a pocisk leżący powierzchownie; usunięto go w znieczuleniu miejscowem. Nazajutrz wystąpiły pewne zaburzenia mowy, na które zwrócono uwagę asystenta kliniki, robiącego opatrunek, lecz ten odrzekł, że to niema znaczenia. Chorego przewieziono do Tryestu, gdzie lekarze, stwierdziwszy wybitne zaburzenia mowy, wykonali trepanację czaszki i znaleźli odłamek kostny, uciskający na mózg. Z tego powodu ze strony Włochów podniosły się głosy oburzenia, że ta niedbałość w klinice wiedeńskiej była rozmyślna. Prof. H. po zbadaniu sprawy zawiesił asystenta na 3 miesiące w czynnościach. [Przeg. Lek.].

— Wolnopraktykujący lekarze angielscy wnieśli protest przeciw rozporządzeniu, nakazującemu donosić władzy o każdym porodzie najdalej w ciągu 36-u godzin; lekarze oświadczają, że nie mogą pozwolić, aby wkładano na nich coraz to nowe obowiązki, nie dające wzamian żadnego wynagrodzenia, ani polepszenia bytu.

— Związek centralny lekarzy czeskich w Pradze postanowił nie przylączyć się do cesarskiego związku lekarskiego i wybrał komisję celem zorganizowania związku lekarzy słowiańskich w Austrii.

— W Filadelfii 125-u pacjentów, którzy podlegli operacji wycięcia wyrostka robaczkowego, wyprawiło uroczysty obiad na cześć operatora dra JOHN A. DEEVER'a. Na obiedzie tym postanowiono założyć klub pozbawionych wyrostka robaczkowego i zbierać się raz do roku. [Allg. med. Centr. Ztg.].

OD REDAKCYI.

Redakcya „Gazety Lekarskiej”, pragnąc ułożyć o ile można dokładny spis wszystkich lekarzy polaków, zamieszkałych w całym Państwie Rosyjskiem, z wyjątkiem Królestwa Polskiego, zwraca się z prośbą do lekarzy, którzy tę odezwę przeczytają o nadesłanie do Administracji Gazety [Zielna 11] na kartach pocztowych adresów własnych, oraz tych kolegów, których adresy są im znane.

Pisma lekarskie polskie proszone są o przedrukowanie niniejszej odezwy.

SPROSTOWANIE. W Nrze 11-ym Gazety na str. 256 w wierszu 24-ym, zamiast: gazą jodoformową, powinno być: gazą wioformową.

Redaktor, Doc. Dr Jan Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumiański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mamowiecka 8.