

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Ludwik SKUBISZEWSKI.

Poznań.

Dane liczbowe do sprawy gruźlicy pierwotnej przewodu pokarmowego.

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniw. Poznańskiego.

Sprawa pierwotności zmian gruźliczych przewodu pokarmowego budzi zainteresowanie nie tylko anatoma patologicznego, lecz w równym stopniu zaciekawia klinicystów i bakterjologów, gdyż rzuca ona światło na możliwość przedostawania się jako też wyłączonego umiejscawiania się w tym odcinku ustroju, względnie stąd może nawet niekiedy pochodzić wogóle zakażenie gruźlicze ogólne. Nie dziwi nas wobec tego, że pogląd R. Kocha, wypowiedziany na Zjeździe lekarzy w Londynie (1901 r.), że pierwotna gruźlica jelit występuje rzadko, wywołał szerszy sprzeciw i to przede wszystkim ze strony lekarzy angielskich, bowiem w Anglii pierwotna gruźlica jelit ma stanowić 30% wszystkich postaci cierpień gruźliczych. W tym względzie wypowiada się podobnie A. Heller (1902 r.), który na zasadzie materiału z zakładu anatomji patologicznej w Kolonii, zebranego w ciągu 21 lat (1873—1894), a obejmującego 714 spostrzeżeń sekcyjnych dzieci zmarłych na błonicę, stwierdził w tej liczbie 140 przypadków gruźlicy, przyczem w 53 spostrzeżeniach miano do czynienia z pierwotną gruźlicą jelit, a w tem w 10-ciu przypadkach były zajęte jelita, a w 43 — gruczoły chłonne krezki. W ogólnej liczbie gruźlicy, dotyczącej materiału dziecięcego, w $\frac{1}{8}$ przypadków występują pierwotne zmiany gruźlicze w jelitach.

Również amerykańscy lekarze uzyskali w swych badaniach zbliżony odsetek pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego. Councillman, Mallory i Pearce (Boston) przeprowadzili swoje dociekania na 220 przypadkach z zejściem śmiertelnym wskutek błonicy i wykazali wysoki odsetek pierwotnych zmian gruźliczych dróg pokarmowych. W agensam wykonał 600 sekcji, szczegółowo je przebadał i przekonał się, że w 28 razach była gruźlica jelit i gruczołów chłonnych krezki. Z tego materiału sekcyjnego 16 przypadków dotyczyło osobników w wieku od 1—15 lat, zaś 12 przypadków obejmowało osobników dorosłych. Hof zestawił 15.000 protokołów sekcyjnych z zakładu anatomji patologicznej w Kolonii, przytem stwierdził w 25,1% zakażenie gruźlicą spowodowane na drodze przewodu pokarmowego. Fibiger i Jensen (Kopenhaga 1904 r.) na 213 sekcji podają 13 obserwacji pewnych pierwotnej gruźlicy jelit oraz gruczołów chłonnych krezki, nadto dwa przypadki, w których o pierwotności sprawy chorobowej nie było można twierdzić.

Należy podnieść tutaj fakt, że Behring, opierając się na własnych badaniach, jako też na na doświadczeniach Römera, Mucha i Kovacs, wypowiedział na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Kessel (1903 r.) pogląd, że gruźlica płuc wogóle bierze swój początek we wczesnym dzieciństwie wskutek przedostawania się laseczników Kocha przez błonę śluzową dróg pokarmowych, które wówczas widocznie nie posiadają dostatecznej odporności na zarazek gruźliczy. Stąd też drogą pokarmową przypisuje badacz ten ważną, jeżeli może nie główną, wyłączną rolę w powstawaniu gruźlicy wogóle.

Mamy natomiast cały szereg autorów, którzy pierwotne zmiany gruźlicze w jelitach uważają za rzadkie. A więc jeszcze Virchow w przeciągu 5-ciu lat w Charité spostrzegł 10 przypadków pierwotnej gruźlicy jelit; Ganghofner w Pradze w ciągu 15-tu lat na materiale dziecięcym widział tylko 5 przypadków, nadto Zahn (Genewa) w ciągu 25-ciu lat tylko — 43 przypadki. Wyniki innych autorów zestawiam wreszcie sumarycznie:

Hansemann	na 10.000 sekcji	— 25 przypadków
Biedert	» 3.104 »	— 16 »
Grosser	» 1.104 »	— 4 »
Orth	» 203 zwłok dziecięcych	2 razy
Grosser	» 1.407 »	» 1 raz

A. Baginsky na 933 sekcji nie widział przypadku z pierwotną gruźlicą jelit. W dalszych następnych swych spostrzeżeniach autor ten na 806 sekcji widział tę postać w 6-ciu przypadkach. D m o c h o w s k i jest zdania, że pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego występuje rzadko.

Już z zestawienia danych statystycznych, dotyczących sprawy wyłączności zmian gruźliczych przewodu pokarmowego, wynika, że pierwotność tych zmian można ustalić widocznie naogół rzadko, przytem tłumaczenie jej napotyka na dalsze liczne trudności. Znaczna różnica zdań może też zależeć od niejednorodnego materiału sekcyjnego, jakim się posługiwano w celach rozstrzygnięcia sprawy pierwotnego usadowienia się gruźlicy w przewodzie pokarmowym.

Osobiście w przeciągu 10-ciu lat (1914—1924 r.) spostrzegłem 29 przypadków gruźlicy jelit, która mogła być uważana jako pierwotna, gdyż badanie makroskopowe na stole sekcyjnym poza jelitami pozornie zmian swoistych nie wykazywało. Nadto w materiale tym zawsze istniały w ustroju jeszcze inne zmiany chorobowe, które mogły być przyjmowane za przyczyną zejścia śmiertelnego. Spostrzeżenia moje zestawiam na załączonej tablicy.

We wszystkich zestawionych tutaj przypadkach przeprowadziłem badania drobnowidowe różnych odcinków płuc, gruczołów chłonnych wnęki płucnej, gruczołów chłonnych szyi, migdałków oraz gruczołów chłonnych krezki. W wyniku tych poszukiwań okazało się, że w przypadkach: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11—21 i 23—27 znajdują się ogniska bliznowate w górnym płacie jednego lub obu płuc. W tej tkance bliznowatej na jej obwodzie można było odnaleźć małe skupienia, składające się przeważnie z komórek nabłonkowych i limfocytowych. Nadto we wszystkich tylko co wymienionych przypadkach z wyjątkiem 11, 23 i 25 wykryto w gruczołach chłonnych wnęki płuc ogniska o typowym utkaniu gruzelków, zwykle przeważnie pojedynczych. W przypadku 11 znalazłem w prawym migdałku podniebiennym ogniska serowate, otoczone tkanką łączną i dość znaczną ilość gruzelków z komórkami olbrzymimi. Prócz tego występowały też zmiany swoiste w gruczołach chłonnych krezki, przyczem gruzelki przeważnie były nikłej wielkości i rozsiane pojedynczo. Niekiedy musiałem przejrzeć dużą ilość kolejnych skrawków, zanim można było się zdecydować na rozpoznanie sprawy gruźliczej. Należy więc wnosić, że w przypadkach przytoczonych musiała istnieć gruźlica o umiejscowieniu rozleglejszem, jednak w poszczególnych narządach, a w pierwszym rzędzie w płucach, uległa ona prawie całkowitemu wyleczeniu, natomiast wskutek nieznanych nam bliżej przyczyn, uległa ona postępowi w jelitach, powodując tutaj znaczne i widoczne zmiany destrukcyjne. Ponieważ zmiany gruźlicze w jelitach wybiły się na plan pierwszy, stąd na podstawie badania tylko makroskopowego owrzodzenia gruźlicze w jelitach mogły być uważane za wyłączne i pierwotne.

Jednak w przypadkach: 3, 8, 9, 10, 22, 28 i 29 badanie drobnowidowe różnych narządów i gruczołów chłonnych nie wykazało poza obrębem przewodu pokarmowego zmian swoistych dla gruźlicy. W tych przypadkach rzeczywiście nasuwa się twierdzenie, że mimo wszystko przewód pokarmowy może być miejscem, gdzie nawet u osobników dorosłych laseczniki gruźlicze się umiejscawiają i rozwijają, nie przedostając się do narządów dalszych. Stąd też tylko w tych 7-miu przypadkach można mówić o pierwotnych zmianach gruźliczych w jelitach. Przypadki te przedstawiam w krótkich zarysach.

L.	Płeć	Wiek	Rozpoznanie sekcyjne	Zmiany w jelitach
1	K.	56	Pneumonia lobaris dextra	Ulcus tbc coeci
2	M.	49	Carcinoma ventriculi	Ulcera tbc ilei
3	K.	50	Nephritis interstitialis genuina	Ulcera tbc ilei partis inferioris
4	K.	52	Carcinoma uteri	Ulcus tbc coeci
5	K.	48	Nephritis parenchym. chronica	Ulcera tbc coeci
6	M.	43	Endocarditis v. v. semil. aortae	Ulcera tbc ilei
7	M.	23	Pneumonia crouposa sinistra	Ulcus tbc ilei
8	M.	59	Pneumonia lobularis	Ulcus tbc coeci
9	M.	29	Appendicitis perforativa, peritonitis	Ulcus tbc flexurae sigmoideae
10	K.	39	Ulcus ventriculi perforativum	Ulcera tbc ilei
11	K.	45	Ulcus ventriculi pepticum	Ulcus tbc ilei
12	K.	37	Endometritis purulenta post abortum	Ulcus tbc coeci
13	M.	46	Endocarditis ulcerosa	Ulcus tbc coeci
14	M.	18	Bronchopneumonia confluens sinistra	Ulcera tbc coeci
15	M.	35	Peritonitis post vulnus sclopetarium	Ulcera tbc coli partis ascendentis
16	K.	61	Carcinoma ventriculi	Ulcus tbc recti
17	K.	58	Haemorrhagia cerebri ventriculi IV.	Ulcus tbc coeci
18	M.	51	Glioma thalami optici dex. cum haemorrhagia	Ulcera tbc coeci et coli ascendentis
19	M.	49	Ca. ventriculi	Ulcera tbc ilei
20	K.	59	Ca. uteri	Ulcera tbc flexurae sigmoideae et recti
21	M.	62	Pneumonia lobaris sin.	Ulcera tbc coeci
22	K.	48	Nephritis interstitialis genuina	Ulcus tbc coeci
23	K.	32	Leptomeningitis purulenta	Ulcera tbc coli ascendentis
24	M.	52	Sarcoma femoris sinistri	Ulcus tbc coeci
25	M.	43	Nephritis parenchymatosa chronica	Ulcera tbc jejuni
26	K.	56	Haemorrhagia cerebri	Ulcera tbc jejuni
27	K.	49	Glioma cerebri	Ulcera tbc ilei
28	K.	?	Marasmus senilis	Ulcera tbc coeci
29	K.	74	Encephalomalacia flava thalami optici dextri partis anterioris	Ulcus tbc ilei

Przypadek I. (3): K., 50 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Nephritis interstitialis genuina. Hypertrophia musculi cordis sinistri excentrici. Hydrothorax. Hydropericardium. Ascites. Ulcera tbc ilei partis inferioris.*

W dolnym odcinku jelita krętego 50 cm powyżej kiszki ślepej widać na śluzówce dwa ubytki stykające się prawie ze sobą, jeden wielkości 2×1,5 cm, drugi o połowę mniejszy. Owrzodzenie pierwsze draży prawie do błony surowiczej, zaś drugie ogranicza się do zniszczenia błony śluzowej. Brzegi owrzodzeń są nierówne, pozazębiane, tu i ówdzie podminowane. Na dnie i brzegach można dostrzec bardzo małe żółte gruzelki, które też znajdują się i w błonie śluzowej w najbliższym od owrzodzeń sąsiedztwie.

Badanie drobnovidowe: W pierwszym owrzodzeniu stwierdza się ogromną ilość typowych gruzelków, obfitujących w komórki obrzymie, szczególnie w obrębie błony śluzowej. W niektórych gruczolach chłonnych krezki jelita cienkiego spotyka się skupienia komórek nabłonkowych, a w jednym miejscu wśród nich stwierdza się też komórkę obrzymią.

Przypadek II. (8): M., 59 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Pneumonia crouposa sinistra Hepatitis grisea Degeneratio parenchymatosa musculi cordis. Dilatatio ventriculorum cordis. Ulcus tuberculosum coeci.*

Na błonie śluzowej kiszki ślepej widzi się rozległy ubytek o rozmiarach 4×5 cm; jego brzegi są podminowane, pozazębiane i nierównomiernie wzniesione; dno jest chropowate, brudne, a gdzieś tam pokryte gruzelkami. Błona śluzowa okolicy owrzodzenia jest usiana pojedynczymi, żółtymi, zresztą różnej wielkości gruzelkami. W tkance pozaotrzewnowej, przylegającej do ściany kiszki ślepej znajduje się guz wielkości orzecha laskowego, zawierający masy serowate.

Badanie drobnovidowe: Ściana kiszki ślepej jest zniszczona do warstwy mięsnej, w której widać bardzo liczne, zlewające się ze sobą gruzelki z obfitą ilością w nich komórek obrzymich. Gruczoł chłonny wykazuje martwicę koagulacyjną i karjorektyczną; jego torebka jest znacznie zgrubiała wskutek rozrostu tkanki łącznej naciezionej nadto przez limfocyty. Poza tym gruczoły chłonne w jamie brzusznej zmian nie wykazują.

Przypadek III. (9): M., 29 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Appendicitis perforativa. Peritonitis purulenta. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis, hepatis et renis utriusque. Ulcus tbc flexurae sigmoideae.*

W błonie śluzowej esicy tuż na granicy jej przejścia w odbytnicę znajduje się owrzodzenie, obejmujące przestrzeń 3×4 cm, a dosięgające w głąb aż błony surowiczej. Na dnie widać liczne gruzelki. Prócz tego owrzodzenia nieco poniżej od niego znajdujemy dwie gwiaździste blizny o rozmiarach 1×1,5 cm.

Badanie drobnovidowe: W owrzodzeniu widzi się zwykłe zmiany gruzlicze. W bliznach stwierdza się w warstwie podsurowiczej pojedyncze komórki obrzymie, miejscami fibroblasty i ogniska z komórek limfocytowych. Tkanka łączna ma wygląd zbity i wykazuje znaczne zmiany szkliste. Gruczoły chłonne w jamie brzusznej zmian nie wykazują.

Przypadek IV. (10): K., 39 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Ulcus ventriculi perforans. Peritonitis purulenta. Status post operationem: gastroenterostomia retrocolica. Degeneratio parenchymatosa hepatis gradus majoris. Ulcera tbc ilei.*

W ścianie przedniej części przyodźwiernikowej żołądka widnieje lejkowate owrzodzenie drażące ku błonie surowiczej; brzegi jego są schodkowate. Poszczególne warstwy ściany żołądka zaznaczają się bardzo wyraźnie. W dnie owrzodzenia widać otwór o średnicy 3 mm, który łączy jamę żołądka z jamą otrzewną. W błonie śluzowej jelita cienkiego, w odstępnie 30 cm od jelita ślepego widać cztery owrzodzenia. Wielkość ich jest prawie jednakowa, 2×3 cm, brzegi są podminowane, dno nierówne i usiane żółtymi gruzelkami. W głąb dosięgają one błony mięsnej, a nawet i ją zajmują.

Badanie drobnovidowe: W ścianie wrzodu okrągłego żołądka, prócz pojedynczych limfocytów i komórek plazmatycznych, brak innych zmian. Przy oglądaniu poszczególnych warstw ściany żołądka, stanowiących ścianę wrzodu, otrzymuje się wrażenie, jakby były sztucznie wycięte i to nadzwyczaj równo.

Błona mięsna, stanowiąca dno owrzodzeń w jelitach jest usiana na całej przestrzeni licznymi gruzelkami. Prócz tego stwierdza się gruzelki w błonie podśluzowej poza obrębem owrzodzeń. Obok gruzelków widać drobne ogniska martwicy skrzepowej. Niektóre tylko gruczoły chłonne krezki zawierają pojedyncze gruzelki z komórkami obrzymimi.

Przypadek V. (22): K., 48 lat. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Nephritis interstitialis genuina. Hypertrophia musculi cordis sinistri. Pleuritis purulenta dextra. Ulcus tbc coeci.*

W kiszce ślepej znajduje się obszerny ubytek, sięgający do błony surowiczej. Brzegi jego są nierówne, podminowane i poszarpane. W dnie widać liczne żółte gruzelki, oraz wysepki rozrastającej się błony śluzowej. Gruczoły chłonne krezkowe zmian widocznych nie wykazują.

Badanie drobnovidowe. W ścianie owrzodzenia błony śluzowej, w jego otoczeniu i w dnie samem stwierdza się liczne typowe gruzelki i ogniska martwicy skrzepowej. Gruczoły chłonne krezki są bez widocznych zmian.

Przypadek VI. (28): K., lat (?) około 70-ciu. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Marasmus senilis. Ulcus tbc prima-*

rium coeci et appendicitis tuberculosa. Colitis chronica hyperplastica, infiltratio adiposa hepatis gradus majoris. Tonsillitis purulenta. Degeneratio colloidea gland. thyreoideae. Adhaesiones pleurae sinistrae. Emphysema pulm. senile. Venostasis laevis et re-nis utrusque. Bronchitis catarrhalis chronica.

W kiszce ślepej istnieje obszerny ubytek o brzegach nierównych, podminowanych i poszarpanych. Dno owrzodzenia nierówne, czerwone, usiane wysepkami błony śluzowej i gruzelkami. Błona śluzowa wyrostka robaczkowego usiana na całej przestrzeni bardzo małymi owrzodzeniami i żółtymi gruzelkami. Gruczoły chłonne krezki jelit nie wykazują zmian widocznych.

Badanie drobnowidowe: W gruczołach chłonnych wnetki jako też i w samych płucach nie udało się stwierdzić zmian gruzliczych. W ścianie kiszki ślepej w obrębie owrzodzenia, jak również i w jego otoczeniu widać rozrost tkanki łącznej, w której są rozrzucone liczne i drobne gruzelki z komórkami olbrzymiemi w środku. Naczynia krwionośne są znacznie poroszerzane i wypełnione przez krwinki czerwone. Ściana wyrostka robaczkowego na całej przestrzeni przedstawia typowe owrzodzenia gruzlicze, przytem poszczególne gruzelki obejmują całą grubą ścianę.

Przypadek VII. (29): K., lat 76. Rozpoznanie patologiczno-anatomiczne: *Tuberculosis nodosa disseminata peritonei. Ulcus ibe ilei. Angiochlotitis chronica catarrhalis. Cholecystitis chronica fibrosa cicatricosa. Calculi ductus choledochi Nr. III. Atherosclerosis universalis. Renes atherosclerotici. Hypertrophia musculi cordis sinistri. Encephalomalacia flava thalami optici dextri partis anterioris.*

Sieć wielka na wysokości pępka po stronie prawej okazuje się przyrośnięta do otrzewnej ściennej. Otrzewna ściana i trzewna są usiane drobnymi guzkami, wystającymi ponad powierzchnię. Guzki te układają się wzdłuż naczyń krwionośnych, na przekroju są zabarwione na żółto i posiadają spoiwość dość twardą. Takież same guzki stwierdza się na krezce jelita cienkiego i na otrzewnej żołądka. W odległości 140 cm od kiszki ślepej w błonie śluzowej jelita cienkiego stwierdza się ubytek z podciągnięciem ku środkowi brzegami i promienisto przebiegającymi pasmami tkanki łącznej. Ubytek ten ma wymiary 0,4 x 0,3 cm. Prócz tego widać ubytek o średnicy 1 cm o brzegach nieco wzniesionych.

Badania drobnowidowe: W miejscu blizny stwierdza się istotnie brak błony śluzowej. W jelicie na tem miejscu widać różnej grubości pasma tkanki łącznej, zbitej i szklisto zmienionej w części środkowej z nieznaczną ilością fibroblastów; zajmuje ona całą grubość ściany jelita. Warstwa mięsna zachowana jest tylko w częściach obwodowych gdzie są one porosowane bezładnie wskutek nacieków z limfocytów i gęzienie gdzie komórek plazmatycznych. W jednym miejscu wśród tkanki łącznej na kolejnych skrawkach udało się stwierdzić ognisko, złożone z komórek nabłonkowych w środku i limfocytów na obwodzie w postaci wianuszka oraz komórkę olbrzymią. Guzki na otrzewnej i w krezce jelit wykazują martwicę skrzepową, przeważnie zaś są poprzerastane przez tkankę łączną zbitą i szklisto zmienioną.

Na podstawie spostrzeżeń tych przypadków nasuwają się następujące wnioski:

I. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że i u dorosłych mogą powstać w przewodzie pokarmowym pierwotne zmiany gruzlicze.

II. Do przypadków z pierwotnymi zmianami gruzliczemi przewodu pokarmowego mogą być zaliczone tylko takie spostrzeżenia sekcyjne, w których badanie drobnowidowe płuc, gruczołów chłonnych wnetki płuc, szyi i migdałków nie wykazują zmian gruzliczych. Z tego też powodu w spostrzeżeniach moich spotyka się znacznie mniej przypadków z pierwotną sprawą gruzliczą w jelitach wogóle, niż podają inni autorzy.

III. Poszukiwania moje dowodzą dość przejrzyście, że dane statystyczne nie mogą być oparte tylko na badaniach makroskopowych. Mianowicie w 29-ciu przypadkach zmian gruzliczych w jelitach, które mogły być przyjmowane za pierwotne, badanie drobnowidowe zredukowało tę pierwotność do 7 przypadków. Tem się może tłumaczy częściowo większy odsetek zmian gruzliczych pierwotnych w jelitach autorów innych. Jednak i w tych przypadkach nie możemy z całą pewnością twierdzić, że sprawa gruzlicza umiejscowiła się pierwotnie w jelitach i tutaj podlegała dalszemu rozwojowi. Niema się niekiedy pewności, czy jednak w pewnym okresie życia osobnika sprawa gruzlicza nie istniała też w innych narządach, tylko z biegiem czasu uległa wygojeniu całkowitemu, które pozostawiło tak nikłe ślady, że badanie nasze ich nie wykrywa. Przy tym poglądzie przesuwają się pojęcie samej pierwotności gdyż wówczas raczej można mówić o wyłączności sprawy gruzliczej w pewnym okresie istnienia jej w ust-

roju, rozwiniętej dla przyczyn nam mało znanych w przewodzie pokarmowym. Są to rozumie się rozważania nazbyt teoretyczne, których nie można wyjaśnić w całej rozciągłości na materiale sekcyjnym. Pozostają jednak mające znaczenie dla klinicysty fakty, że gruzlica może wyłącznie istnieć w przewodzie pokarmowym, a przeto tej sprawy nie można wykluczać, jeżeli się nie stwierdza zmian obiektywnych w płucach, co się zwykło poniekąd czynić.

Piśmiennictwo.

1) Bagiński: D. med. Woch. 1902. — 2) Bagiński: Berl. Klin. Woch. 1903. str. 223. — 3) Beitzke: Virch. Arch. + 184. str. 1. — 4) Beitzke: Virch. Arch. Tom 190. str. 58. — 5) Beitzke: Virch. Arch. Beiheft 194 str. 225. — 6) Beitzke: Lubarsch-Ostertag Ergeb. d. allg. Pathol. Tom. 14. str. 169. — 7) Brüning und Schwalbe: Hand. d. allg. Pathol. und der pathol. Anat. des Kindesalters. Tom III. str. 875. r. 1913. — 8) Councilman, Mallory and Pearce: Difteria. Boston 1921. — 9) Edens: Berl. Klin. Woch. 1905. str. 1528. — 10) Edens: Ergeb. d. inn. Med. u. Kinderh. Tom. 2. str. 142. — 11) Fibiger und Jensen: Berl. Klin. Woch. 1908. Nr. 42 — 45. — 12) Ganghofner: Berl. Klin. Woch. 1903. str. 949. — 13) Heller: D. med. Woch. 1902. Nr. 39. 696. — 14) Heller und Wagener: Munch. med. Woch. 1903. Nr. 475, 2036. — 15) Heller: Verh. d. d. Path. Ges. Tom. 12. str. 283. — 16) Henke: Beitrag z. Frag. prim. Darmtub. 2 tbl. 7. Pathol. 1906. str. 866. — 17) Henke: Verh. d. d. Pathol. Ges. Tom. 12. str. 283. — 18) Hof: Über prim. Darmtub. nach rund 15000 Sektionen. Diss. Kil. 1903. — 19) Ipsen: Berl. Klin. Woch. 1906. Nr. 24. — 20) Kovacs: Zieglers Beiträge. Tom. 40. str. 281. — 21) Orth: Berl. Klin. Woch. 1907. str. 213. — 22) Wagener: D. med. Woch. 1906. str. 1980. — 23) Weber und Tante: Arb. a. d. Kais. Ges. Amt. H. 6. str. 15. — 24) Zahn: Münch. med. Woch. 1902. str. 49. — 25) Tuyosumi: Virch. Arch. Beiheft. 1914. Str. 247.

Doc. Dr. A. OSZACKI.

Kraków.

O określaniu tolerancji węglowodanowej zapomocą krzywej poborowego przecukrzenia krwi.

(Doniesienie tymczasowe*).

Oznaczanie tolerancji węglowodanowej zapomocą zestawienia ilości pobranych węglowodanów ze zachowaniem się cukromoczu, nie daje wiernego obrazu węglowodanowego (cukrowego) gospodarstwa ustroju. Składają się na to 3 powody: 1) ze względu na fakt wydalania moczu przez nerki określenie tolerancji musi trwać czas dłuższy, tak, że 2) trudno określić tolerancję w zależności od samych poborów węglowodanowych względnie cukrowych. Wreszcie 3) zależność od t. zw. »momentu nerkowego«, a więc od czynników, ściśle biorąc, nie metabolicznych.

Znacznie bezpośrednio można poznać sprawność gospodarstwa cukrowego ustroju zapomocą krzywych przedstawiających zachowanie się cukru we krwi na czczo i po pobraniu przez badanego już to 50 gr cukru gronowego, już to takiej ilości bulki (90 gr) lub ziemniaków (200 gr.), która odpowiada 50 gr. cukru. Badanie cukru we krwi przeprowadzono metodą Macleana na czczo i w odstępach pół godzinnych po spożyciu próbki obciążającej. Pole zakreślone krzywą w ten sposób otrzymaną z badań przeprowadzonych w ciągu kilku godzin można nazwać polem przecukrzenia poborowego krwi. Linję pionową łączącą najwyższy punkt pola z podstawą pola, t. zn. z linią poziomą przebiegającą poziomo od wartości cukru na czczo, można nazwać wysokością przecukrzenia krwi. Dzieląc ona pole przecukrzenia na część lewą wstępującą, którą można nazwać zatorową częścią pola przecukrzenia, oraz na część prawą, najczęściej zstępującą, którą można nazwać częścią opadową pola przecukrzenia.

Z tego rodzaju krzywych otrzymanych już to u osób zdrowych już to u chorych cukrzycowych i to przy obciążeniu albo cukrem albo bulką czy ziemniakami, lub wreszcie przed, lub po zastosowaniu insuliny — dochodzi się do następujących wniosków: 1) Wysokość przecukrzenia u osób zdrowych dochodzi mniej więcej do podwójnej lub cokolwiek

*) Praca ta ukaże się »in extenso« w Polskim Arch. medycyny wewnętrznej, przyczem zostaną podane klisze omówionych krzywych.

wyższej wartości niż koncentracja cukru krwi na czczo. Czas przecukrzenia poborowego waha się od 1½—2 godzin. 2) Przecukrzenie krwi po bułce i ziemniakach jest odnośnie do wysokości cokolwiek mniejsze niż po cukrze, a odnośnie do długości, a więc czasu przecukrzenia, cokolwiek dłuższe niż po cukrze. 3) U chorych cukrzykowych pole przecukrzenia zachowuje się odmiennie. Różnica polega na następujących danych: 4) poziom pola przecukrzenia jest u nich znacznie wyższy, oraz 5) wielkość pola przecukrzenia jest znacznie większa i to w daleko większym stopniu co do długości pola aniżeli jego wysokości. 6) Przedłużenie czasu przecukrzenia krwi u osób cukrzykowych powstaje w większym stopniu kosztem czasu odcukrzenia krwi, aniżeli kosztem czasu zatoru cukrowego. 7) Im gorsze rokowanie w przypadku cukrzyce, tem stosunkowo znaczniejsze przedłużenie czasu opadania. Dotyczy to tak krzywej cukrowej jak bulkowej czy ziemniaczanej, tych dwu ostatnich tak dalece, że w jednym przypadku ciężkiej cukrzyce nawet w ciągu 5 godzin nie można się było doczekać opadania krzywej, tak że część opadowa pola przecukrzenia była właściwie nieskończenie długą. 8) Działanie leczenia insulinowego odbija się głównie na skróceniu części opadowej pola przecukrzenia. Należy z tego wnosić, zgodnie z badaniami O. Müllera i Gensslena, że insulina zmienia stosunek koncentracji cukru w tkankach i krwi na korzyść tej ostatniej, podczas gdy przy cukrzyce nie insulinowanej koncentracja cukru w tkankach jest większą niż we krwi, a więc odwrotnie niż normalnie. Przedłużenie części opadowej pola przecukrzenia polega na częściowej lub mniej lub więcej całkowitej »blokady cukru w krwi«, tak że tylko z trudnością może się on przedostać do tkanek. Blokada ta częściowo mogłaby się tłumaczyć wspomnianym powyżej stosunkiem koncentracji cukru w tkankach i we krwi, a może jeszcze innymi czynnikami. O ile blokada zależy od zwiększonej koncentracji cukru w tkankach, o tyle zależy też od hiperprodukcji endogenicznej cukru w tkankach jako zasadniczego zбочenia cukrzykowego, w takim razie przedłużenie opadowej części pola przecukrzenia może służyć za miernik nasilenia endogenicznego, cukrzykowego zбочenia.

Dr. A. HERSCHENDÖRFER.

Lwów.

Zmiany barwikowe spojówki powiekowej w przypadkach jaglicy*).

Z Oddziału ocznego Szpitala Państw. we Lwowie.
(Prymarjusz Prof. Dr. E. Machek).

Barwik brunatny zawiera spojówka normalnie u ciemnych ras, mianowicie w postaci rozlanego ciemnego zabarwienia. Najciemniej jest zwykle zabarwiona okolica rąbka spojówkowego i część spojówki w szparze powiekowej, która najbardziej jest wystawiona na działanie światła. Barwik mieści się w przybłonku, głównie w komórkach podstawowych (Hauschild, Bourquin, Steiner).

Ale i u białej rasy znajdowano pigment w spojówce, mianowicie w rąbku spojówkowym (Kazuo, Morax) a Redslob wykazał za pomocą metody Massona, polegającej na powinowactwie chemicznym melaniny do zredukowanego srebra tudzież za pomocą t. zw. Dopa-reakcji Blocha (Dopa-Dioxyphenylalanin), że ciało barwikodajne (propigment) stale istnieje w różnych okolicach spojówki. Niezabarwione komórki barwikodajne typu Langerhansa znajdują się głównie w okolicach silnie unaczynionych. Przybłonek rogówki, który jest wolny od naczyń, melanoblastów nie zawiera,

Zmiany barwikowe spojówki w postaci plam, tak wrodzone jak nabyte, zdarzają się po największej części na gałce (najczęściej w pobliżu rąbka rogówkowego) i na brzegach powiekowych, rzadziej w załawkach, najrzadziej zaś występują w spojówce tarczowej. Zdaje się, że spojówka powiek,

szczególnie spojówka tarczowa, w ogólności nie jest głęboko podatną do gromadzenia się barwika. W przypadku np. intensywnego melanozy obu oczu, ogłoszonym przez Kesténbaum, silne zabarwienie obejmuje skórę powiek i gałki a pozostawia prawie zupełnie wolną od barwika spojówkę powiek.

Ciemne plamy, występujące w spojówce chorych na jaglicę — wyjąwszy opisane przez Steinera zmiany barwikowe, zdarzające się bardzo często u osobników ras ciemnych — należą u osobników białej rasy do nadzwyczajnych rzadkości. Dla przykładu nadmienię, że Wicherkiewicz w ciągu 40-letniej praktyki widział tylko 3 przypadki (prawie równocześnie), które w 2 publikacjach opisał.

Zanim przystąpię do opisanego przypadków przezemnie spostrzeganych, podam najpierw krótko opisy nielicznych przypadków z piśmiennictwa, sposoby zaś tłumaczenia powstawania tych zmian przez autorów omówię razem na końcu.

Plamy barwikowe w spojówce powiekowej przy jaglicy opisał najpierw Steiner u Malajczyków i u Chińczyków w r. 1898. i w późniejszej pracy w r. 1906. Plamki podobne spotykał jednak często nie tylko w jaglicy, ale także w innych schorzeniach spojówki a nawet w spojówce normalnej. Barwik mieścił się zawsze w przybłonku, w komórkach o kształcie nieregularnym i o zabarwionych wypustkach, łączących się często w sieć barwną.

W tkance podprzybłonkowej barwik znajdował się o tyle tylko, o ile wnikał tam wraz z przybłonkiem. Co do plamek barwikowych w jaglicy stwierdza, że występują one często w okresie zbliźnowacenia i to zwykle na górnej powiece, spowodowane zaś są samym procesem chorobowym jaglicy, który przyczynia się do bujania chromatoforów, które już normalnie są zawarte w spojówce tych ludzi.

W r. 1907. opisał Küssel plamki barwikowe u 2 żydów przy jaglicy w okresie zbliźnowacenia. W pierwszym przypadku czarna plamka wielkości 4 mm² mieściła się w spojówce tarczowej górnej powieki, w drugim nieregularna plamka znajdowała się nad tarczką dolną. W obu przypadkach już makroskopowo można było stwierdzić, że barwik leżał głęboko pod przybłonkiem. W pierwszym przypadku zbażał Küssel wycięty skrawek histologicznie i stwierdził, że barwik żółtawy wzgl. brunatny mieścił się w postaci ziarnistej w komórkach wrzecionowatych i w komórkach wędrownych (*Wanderzellen*) o wypustkach zabarwionych. Komórki te mieściły się dość głęboko pod przybłonkiem, przybłonek zaś i tranka tuż pod przybłonkiem były wolne od barwika. Jakiegoś szczególnego ułożenia barwika w stosunku do naczyń Küssel nie zauważył. Odczyn na żelazo wypadł ujemnie. Czy chore było przedtem leczone, autor nie podaje. Küssel tłumaczy powstanie tych plamek z wybroczyn w spojówce, które z powodu blizn nie mogły ulec wessaniu.

Podobny przypadek ogłosił w r. 1911 Wiktor Reis u kobiety nigdy przedtem nie leczonej. Jaglica w okresie zbliźnowacenia. W środku spojówki l. powieki górnej, na granicy załamka, mieści się ciemna plamka wielkości 4 mm². Badanie histologiczne wykazuje prawie czarny barwik drobnoziarnisty, leżący przeważnie śródkomórkowo w tkance grubowłóknistej, dość głęboko pod przybłonkiem. Komórki takie szczelnie wypełnione barwikiem, leżąc gęsto obok siebie, tworzą czarne smugi. Kształtem nie różnią się komórki barwikowe od niezabarwionych. Zależności topograficznej barwika od naczyń autor nie stwierdza. Próba na żelazo ujemna. Dla chronologicznego porządku należy tu nadmienić pracę Steinera z r. 1913.

Omawiając sprawę plamek barwikowych u rozmaitych ras i możliwość wytwarzania się z nich złośliwych nowotworów, wspomina też o zmianach barwikowych przy jaglicy. U Jawajczyków przychodzi już we wczesnych okresach jaglicy do bujania barwika. Barwik gromadzi się najchętniej na górnej powiece w otoczeniu ziaren jaglicowych. Po ustąpieniu zaś ostrych objawów pozostaje barwik w bliźnie we formie luków i siateczek.

Następne przypadki w liczbie trzech zostały ogłoszone przez Wicherkiewicza w Przeglądzie Lekarskim w r. 1914. Wszystkie 3 przypadki dotyczą jaglicy w okresie zbli-

*) Rzecz wraz z pokazem rysunków i preparatów mikrosk. przedstawiona na II. Zjeździe Okulistów polskich we Lwowie dnia 20. września 1924.

znowacenia. W pierwszym przypadku ciemna plama nieregularna wielkości 3—4 mm² znajdowała się w samym środku spojówki powieki górnej. Czasu trwania poprzedniego leczenia nie podano.

W drugim przypadku, leczonym poprzednio dwukrotnie w ciągu kilku lat na klinice, zauważono plamkę ciemną wielkości ziarna prosa na samym środku górnej powieki. — W obu tych przypadkach barwy włosów ani skóry nieznaczono.

Trzeci przypadek to młoda żydówka, brunetka o śniadej cerze, która się przedtem nigdy nie leczyła, gdyż nie miała poważniejszych dolegliwości ze strony oczu. Także i u tej chorej plamka wielkości prosa mieściła się na spojówce górnej powieki. — Na górnej wardze miała chora ciemną plamkę wielkości łebka szpilki. — Badanie histologiczne przeprowadzono we wszystkich 3 przypadkach, z wynikiem prawie jednakowym. Różnica była tylko w stopniu nacieczenia drobnokomórkowego. Badanie wykazało: Przybliżonek wolny od barwika. Złogi barwika ciemno-brunatnego mieszczą się w głębszych warstwach o wyglądzie grubo-włóknistym i o skąpej ilości jąder. Tworzą one ciemne smugi, oddzielone od siebie pasmami tkanki nie zabarwionej. Barwik w postaci drobnych ziarenek wzgl. grudek leży przeważnie śródkomórkowo.

Wedle Wicherkiewicza plamki w jaglicy istnieją już przedtem, podobnie jak plamka na błonie śluzowej wargi, jaglica zaś powoduje »rozplenie« barwika i temsamem powiększenie plam. Znaczną skłonność do tworzenia takich plam mają osobniki o ciemnej cerze.

W ostatniej swej pracy o pigmentacji przybliżonek spojówki i rogówki u Jawajczyków i Chińczyków z r. 1923. porusza Steiner znów sprawę plam barwиковych u tych ras w jaglicy. W przypadkach, w których jaglica zajęła także rogówkę, znajdował, choć rzadko, plamki w rogówce*), spojówka zaś tarczkowa miała często wygląd drobnoplamiasty, pochodzący stąd, że barwik, gromadzący się w ostrym stanie choroby, zostaje wraz z ziarnami mechanicznie wylugowany, powstające zaś blizny uniemożliwiają ponowne wnikanie barwika do tych miejsc.

I. przypadek.

Z przypadków przezemnie spostrzeganych pierwszy dotyczy 60-letniego Mojżesza K. Cierpi on na jaglicę około 30 lat. Z początku choroby leczył się u lekarzy prywatnych i przez 2 tyg. w szpitalu na naszym oddziale ocznym. Cierpiał też wtedy na śluzoropotok woreczka łzowego prawego i przez krótki czas leczono go sondami. Od 20 lat pozostaje bez jakiegokolwiek leczenia. Nie był nigdy poważnie chory.



B. Stec.

Ryc. 1.

Dwie plamki barwиковe na zbliżowacialej spojówce powieki górnej. — Chory M. K.

Stat. praes. dnia 29. kwietnia 1924:

Stan ogólny: Mężczyzna silnie zbudowany, muskularny i dobrze odżywiony. Kolor włosów przeważnie siwy, włosy nieposiwiatale jeszcze są czarne. Skóra bardzo ciemno zabarwiona. Bardzo dużo barwika w formie rozlanej widać na karku i w oko-

*) Odpowiada to spostrzeżeniom Redsloba, że komórki barwиковe rozmnażają się tylko w miejscach unaczynionych.

licy pach i bioder. W innych okolicach widać niezliczoną ilość gęsto obok siebie położonych, często zlewających się, drobnych plamek o barwie szaro-brązowej. Na twarzy znajduje się kilka drobnych ciemno-szarych znamion, na tułowiu kilka stosunkowo mało zabarwionych brodawek.

Oczy: Wydzielina śluzowo-ropna w miernej ilości. Skóra powiek nie wykazuje ważniejszych zmian. Rzęsy dość dobrze ustawione.

Oko prawe: Chrząstka powieki górnej silnie zgrubiała i czółenkowato wygięta. Spojówka powieki górnej miernie przekrwiona i zgrubiała, zawiera nieregularne bliznki i liczne, łatwo dające się wycisnąć, ziarna jaglicowe.

Mniej wyraźne bliznki i mniej ziaren widać na spojówce dolnej powieki i w dolnym załamku.

Galka miernie spojówkowo i rzęskowo nastrzykana.

Większa część rogówki zajęta jest przez bliznę, w środku owrzdziła. Reszta rogówki zakryta gęstą łuszczyką tak, że głębszych części oka nie widać. Cała rogówka lekko spłaszczona.

Oko lewe: Tarczka górna podobnie, choć w mniejszym stopniu zmieniona, jak na oku prawem. Mniej też ziaren na spojówce niż na oku prawem. Wyraźniej natomiast występują tu blizny. Z tych najwyraźniejsza przebiega jako grubsza linijka wzdłuż *Sulcus subtarsalis*, 2 zaś delikatniejsze biegną zbieżnie w kierunku do opisanych poniżej plamek. Wypuszki tych blizn tworzą gęstą delikatną sieć, obejmującą całą powierzchnię spojówki nad tarczką. Blisko górnego brzegu tarczki na granicy między częścią środkową a nosową, w miejscu, gdzie zbiegają się blizny, mieszczą się dwie blisko obok siebie położone plamki ciemno-brunatne, miejscami barwy mniej nasyconej, z których pierwsza, bliżej wewnętrznego kącika położona, podobna jest do małej litery c, druga zaś do nieco skośnie ustawionej litery v. Powierzchnia nad plamkami gładka, lśniąca. Plamki zajęły powierzchnię wielkości około 6—7 mm kwadratowych.

W dolnym załamku kilka ziaren.

Na rogówkę zachodzi od góry łuszczyka, sięgająca do połowy rogówki a kończąca się licznymi drobnymi naciekami.

Dno oka: p. niewidoczne, l. o zabarwieniu ciemnym, b. zm. chor.

Vis. oko prawe: ruchy ręki,

oko lewe: liczy palce w odległ. 2 m.

Rozpoznanie: *Trachoma granulocicatricum, pannus o. u. Leucoma exulcerans corneae. Pigmentatio conjunctivae tarsi sup. o. s.*

Dnia 16. V. 24. wycięto spojówkę wraz z tarczką, zawierającą barwik dla zbadania drobnowidowego. — Barwik obejmował całą grubość tarczki.

II. przypadek

mam do zawdzięczenia uprzejmości p. prof. Macheka (z jego praktyki prywatnej).

Antonina F. lat 74, zameżna od 19. r. życia, urodziła 16 dzieci, z których 8 umarło. W 19. r. życia chorowała na ospę, oczy przytem nie ucierpiał. Na jaglicę choruje od 30 lat. Leczyła się tylko z początku choroby przez tydzień, później po kilka dni w r. 1914. i 1918. Pozatem wycierała sobie oczy często alkoholem. Lewem okiem nie widzi od 20 lat. Bliższych jednak szczegółów co do lewego oka podać nie umie. Przed 3 tygodniami zachorowała na grype, która trwała 2 tygodnie. Od tego czasu miewa bóle prawego oka i widzi niem jakby przez mgłę.

Stat. praes. dn. 7. VI. 1924:

Ciemna brunetka, w znacznej mierze posiwiata. Barwa skóry ciemno-śniada. Na twarzy widać tu i ówdzie drobne ciemno-brązowe znamiona, dochodzące do wielkości ziarna prosa, gdzieś drobne sinawe naczyńki. Na dolnej wardze, nieco na lewo od linii środkowej, mieści się na błonie śluzowej, blisko przejścia w skórę, ciemna plamka wielkości ziarna siemienia, mało uwydatniająca się na ciemnym, sinawym tle wargi. Na tułowiu znajduje się kilka rozrzuconych, drobnych pigmentowanych brodawek.

Oczy: Nieznacznie wzmnożona wydzielina śluzowa. Brzegi powiek lekko obrzękłe i nieco zaczerwienione.

Oko prawe: Tarczka górna nieco zgrubiała i lekko czółenkowato wygięta. Spojówka powiek cienka (atroficzna), gładka, mało nastrzykana. Na górnej powiece rowek podtarczkowy (*Sulcus subtarsalis*) z powodu szerokiej, wciągniętej blizny silnie zaznaczony. W środku rowka podtarczkowego mieści się plamka ciemno-szara (z odcieniem niebieskawym), okrągława, na całej przestrzeni prawie jednolicie zabarwiona. Powierzchnia plamki wynosi około 1.5×1.5 mm. Spojówka w tem miejscu jest gładka, nie wyniosła. Prócz tego widać jeszcze kilka szerokich blizn, łączących się ze sobą w okolicy wymienionej plamki. Delikatną sieć blizn widać także na spojówce dolnej powieki.

Galka miernie spojówkowo, nieco silniej rzęskowo nastrzykana. Rogówka w całości miernie zmętniała, zawiera w części nosowej liczne, zlewające się z sobą, plamki. Od góry zachodzi cienka łuszczyka, sięgająca do połowy rogówki. Powierzchnia rogówki nierówna, jakby pokłuta, wykazuje (pod lupą) powierzchnowe pęcherzyki, pochodzące od obrzęku przybliżonek. Komórka płytka, płytsza aniżeli na oku lewym. Zrenica średnio

rozszerzona, nie reaguje na światło i konwergencję. Tęczówka barwy szarej, posiada wyraźną strukturę.

Tonus gałki podwyższony: T+1.

Wziernikiem szczegółów dna nie można rozpoznać.

Oko lewe: Tarczka górnej powieki bardziej zgrubiała i wygięta niż po stronie pr. Spojówka bliznowata, nieco silniej nastrzykana, jak po str. prawej. *Sulcus subtarsalis* również wybitnie zaznaczony. Ponad nim po stronie skroniowej od środka widać wyniosłość płaską, z której wystają żółte grudki konsystencji twardej (infarkty gruczołów). Gałka lekko rzęsko-wo nastrzykana. Rogówka nieco wydęta, wydaje się być mniejszą, aniżeli po stronie pr. W całości zmętniała, zawiera ona liczne wystające plamki, głównie w centrum położone. Łuszcza nieco gęstsza, aniżeli po stronie pr., zachodząca z góry, zakrywa prawie całą rogówkę. — Komórka średnio głęboka, tęczówka ciemna, jej struktura niewidoczna. Zrenica nieco ku górze przemieszczona, średnio szeroka, kształtu skośnego owalu, nie oddziałuje na światło i konwergencję.

Tonus gałki nieco podwyższony.

Wziernikiem czerwonego światła nie widać.

Vis: o. p.: Liczy palce w odl. 3 m.

o. l.: Brak poczucia światła.

Rozpoznanie: *Trachoma cicatriceum, pannus et maculae corneae o. u. Glaucoma chronicum o. u. Pigmentatio conjunctivae tarsi super. o. d.*

Leczenie przeciw-jaglicowe, pilokarpina.

Dnia 18. VI. wykonano iridektomję na obu oczach. Przebieg pooperacyjny bez ważniejszych zdarzeń. Podwyższenie jednak ucisku śródocznego lewego oka utrzymało się do odejścia chorej ze szpitala.

Plankę barwikową wycięto do zbadania mikroskopowego.

II. przypadek.

Anna W., 58 lat licząca, przeżyła w dzieciństwie ospę. Przed 19 laty, chorowała na zapalenie płuc, 3 lata później na chorobę pęcherza moczowego i nerek. Na jaglicę choruje od 12 lat. Z początku leczyla się u lekarza przez 8 dni, później zaś sama zapisanymi kroplami i maścią. U lekarza wzgl. na klinice była przez cały czas choroby oczu 3—4 razy. Znaczne pogorszenie widzenia oka lewego trwa od 6 miesięcy, od miesiąca pogorszenie oka prawego.

Stat. praes. dnia 17. VI. 24:

Brunetka o ciemnej cerze. Na twarzy ślady przebytej ospy. Na skórze twarzy, tułowia i na kończynach widać liczne drobne brązowe plamki, prócz tego tu i ówdzie znamiona zabarwione i owłosione, niektóre wyniosłe, na piersiach zaś widzimy kilka drobnych naczynek (haemangiomata).

Powieki zewnętrznie bez zmian. Na obu powiekach górnych w kąciku zewnętrznym rzęsy zwrócone są ku gałce.

O. p. Spojówka cienka, gładka, miernie nastrzykana. Tarczka górnej powieki miernie wygięta. W okolicy *Sulcus subtarsalis* zaznacza się silniej wciągnięta w głąb blizna o żółtawej barwie. Spojówka dolnej powieki zawiera gęstą sieć powierzchniowych blizenek, wśród których zaznacza się wyraźniej kilka poprzecznie, blisko załamka przebiegających. W załamku dolnym blisko gałki mieści się mniej więcej na granicy między środkową a zewnętrzną trzecią częścią ciemno-szara, prawie czarna plamka, wyglądem podobna do leżącej drukowanej litery Y (Y), której dolne ramie jest znacznie grubsze od górnego. Długość cieńszego ramienia wraz z trzonkiem litery wynosi 2 mm, grubszego ramienia 1 mm. Wielkość zabarwionej powierzchni 1—1,5 mm kw.

Rogówka w całości zmętniała, zawiera liczne plamki i powierzchowne naczynka. — Tęczówka i głębsze części oka b. zm.

O. l. Tarczka powieki górnej i spojówka podobnie, lecz w silniejszym stopniu zmieniona, jak na oku pr. Blizna nad rowkiem podtarczkowym wybitniejsza i silniej wciągnięta.

Gałka bez zadrażnienia. Rogówka od góry pokryta mgielkami. W nosowej części mieści się duża blizna zrośnięta z tęczówką, w środku ścięta i lekko wydęta.

Vis.: o. p. 5/60.

o. l. ruchy ręki.

Pozpoznanie: *Trachoma o'catr, pannus et maculae corneae o. u. Pigmentatio ferri conjunctivae inf. o. d. Leucoma adhaerens o. s.*

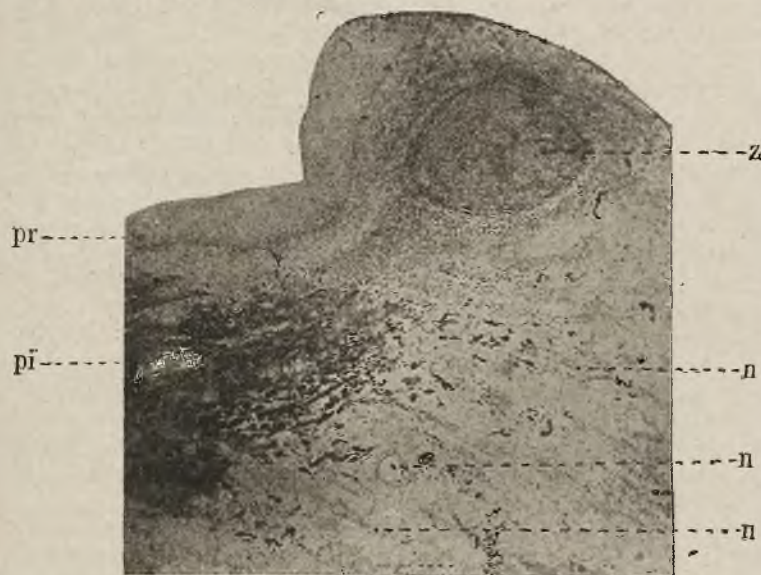
Dnia 23. VI. wykonano operację trichiazy metodą Spencer-Watsona na obu powiekach górnych.

Badanie histologiczne dało następujący wynik:

I. przypadek:

Skrawek pokryty jest wielowarstwowym przybłonkiem płaskim, który w wielu miejscach tworzy głębokie wnęki. Komórki przybłonka nigdzie nie zawierają barwika. Pod nabłonkiem widać wśród tkanki łącznej kilka typowych, świeżych, również wolnych od barwika, ziaren jaglicowych, w innych miejscach tkanka bliznowata okazuje gdzieś rzadkie nacieczenie komórek limfoidalnych. W głębszych warstwach tkanki łącznej mieszczą się obfite złogi barwika na przestrzeni nie ostro ograniczonej. W kierunku ku powierzchni sięga barwik, już rzadko rozmieszczony, prawie do przybłonka, podczas gdy cała masa barwika leży w właściwej błonie śluzowej i w tarczce. W samym ognisku barwikowym i w pobliżu niego

wpada w oczy obfita ilość naczyń rozszerzonych, często krwinkami napełnionych. Barwik tworzy ciemno-brunatne smugi, przebiegające równolegle do przybłonka. Prócz tego można widać chętnie układanie się barwika wzdłuż i dookoła drobnych naczyń. Barwik ten leży przeważnie śródkomórkowo a mianowicie wypełnia szczelnie komórki łączno-tkankowe i śródblonki.



Ryc. 2

Przekrój przez spojówkę i tarczkę powieki górnej. (Mikrofotografia. Zeiss, obiekt. B, okul. 1). n = naczynie, pi = barwik, pr = przybłonek, z = ziarno jaglicowe. Chory M. K.

Miejscami komórki barwikowe zlewają się w większe plamy. W miejscach, gdzie barwik jest mniej obfity, tj. głównie na obwodzie ogniska, widać, że składa się on z drobnitkich, zlewających się w większe grudki, ziarenek o barwie żółtawo-brązowej. W kilku nielicznych miejscach widać drobne kuleczki tłuszczu, zabarwione Sudanem na czerwono.

Barwienie na żelazo dało ujemny.

II. przypadek.

Na powierzchni wielowarstwowym przybłonek płaski, częściowo łuszczący się, częściowo tworzący wpuklenia w głąb (wnęki jaglicze), w których spotyka się miejscami obfite kuleczki tłuszczu (zabarwione Sudanem na czerwono). Drobne kuleczki tłuszczu spotyka się także tu i ówdzie w ognisku barwikowym, pozakomórkowo. Miejscami nabłonka brak zupełnie. Pod nabłonkiem tkanka łączna w niektórych miejscach bardzo zbita, bliznowata, o skąpej ilości jąder i naczyń. W innych miejscach naczyń dużo o wysokich śródblonkach. Wreszcie na ograniczonej przestrzeni widzimy ognisko, w którym uderza ogromna ilość brunatnego barwika. Barwik ten, drobnoziarnisty, wypełnia obficie bądźto komórki łączno-tkankowe, bądź też śródblonki naczyń. Leży on jednak także pozakomórkowo w tkance interstycjalnej, przeważnie jednak w otoczeniu najbliższym naczyń. Niektóre komórki są tak szczelnie barwikiem wypełnione, że przedstawiają się nam jako ciemne, jednolite plamki, często łączące się w większe plamy. Na obwodzie tego ogniska barwika jest nieco mniej, leży przeważnie w niektórych jeszcze śródblonkach i komórkach łączno-tkankowych. Ostatecznie znika zupełnie.

Próba na żelazo wypadła ujemnie.

Porównując zmiany barwikowe opisane przez Steinera z innymi przypadkami spostrzegamy natychmiast, że różnią się one od siebie tak klinicznie jak histologicznie i ich sposobem powstawania. Zmiany opisane przez Steinera musimy wyodrębnić i ująć w osobną grupę. Są to zmiany barwikowe, występujące u rasy żółtej i, jak inni autorowie opisują, u innych ras barwnych, u których spojówka już normalnie jest brunatnawo zabarwiona a nawet fizjologicznie (Steiner) zawiera mniejsze lub większe plamki. Cechą zasadniczą tych plamek jest umiejscowienie barwika w komórkach przybłonka. W jaglicy następuje podobnie jak w innych stanach zapalnych (np. przy ektropium) rozmnożenie się tego barwika przybłonkowego (ektodermalnego), sama jaglica zaś modyfikuje tylko swoim przebiegiem wzgl. skutkiem leczenia topograficzne układanie się złogów barwikowych.

Zmiany barwikowe opisane przez Kusela, Reisa, Wicherkiewicza i w obecnych 3 przypadkach (razem

9 przypadków) w jaglicy u rasy białej stanowią osobną grupę. Oznaczają się one pewnymi wspólnymi i regularnie występującymi cechami, z powodu których możnaby je, mimo iż związek ich przyczynowy z jaglicą nie da się na razie zupełnie wyjaśnić, objąć osobnym mianem. Nazwać by je można »plamkami jaglicowemi«.

»Plamki jaglicowe« dają się określić jako: *małe (3—7 mm² liczące) ograniczone plamki barwikowe, brunatne lub czarne, występujące w jaglicy w okresie zbliżnowacenia na spojówce powiekowej, głównie nad tarczką powieki górnej, rzadziej powieki dolnej. Złogi barwikowe mieszczą się w tkance łącznej (bliznowatej) w pewnej głębokości pod nabłonkiem, wzgl. w tarczce, sam nabłonek jednak jest wolny od barwika. Barwik, składający się z drobnych ziarenek barwy brązowej do ciemno-brunatnej, leży przeważnie śródkomórkowo (w komórkach łącznotkankowych i śródłonkowych naczyń), tam gdzie go dużo, także pozakomórkowo. Plamki te występują u ludzi o ciemnej cerze, skłonnych do wytwarzania znamion barwikowych.*

Skąd pochodzi ten barwik i w jakim stosunku pozostaje do sprawy chorobowej jaglicy?

Każdy z autorów w inny sposób stara się odpowiedzieć na to pytanie.

Według Küssela jaglica tylko pośrednio powoduje powstawanie plamek barwikowych, stwarzając przez zbliżnowacenie złe warunki wessania, skutkiem czego wylew krwi do spojówki, jaki się zdarza przy wyciskaniu ziaren, ulega rozkładowi i w dalszym ciągu zamienia się w barwik brunatny. Przeciw temu tłumaczeniu rzeczy przemawia stale ujemnie wypadająca próba na żelazo (w 7 badanych przypadkach). Ponadto, jak słusznie zauważa Reis, musiałyby »plamki jaglicowe« przy tak częstym mechanicznym usuwaniu ziaren jaglicowych i połączone z niem krwawieniem o wiele częściej występować. W 2 przypadkach zaś (przyp. Reisa i 3. przyp. Wicherkiewicza) chorzy wcale nie byli leczeni, a więc nie było powodu do wybroczyn.

To, że barwik we wszystkich preparatach leży głównie śródkomórkowo, również przemawia przeciw pochodzeniu z wybroczyny. Wskazuje to bowiem na to, że barwik ten odrazu gromadził się w komórkach i z nich dopiero przy silnym wzmoczeniu się z następowym rozpadem komórek wydostawał się w tkankę interstycjalną.

Podobnie jak Küssel sądzi Wicherkiewicz, że jaglica nie jest bezpośrednią przyczyną powstawania plamek barwikowych. Przypuszcza on, że barwik istniał już w spojówce przedtem, niezależnie od jaglicy, w malutkich plameczkach, łatwo mogących ująć uwadze badającego — drobne plameczki widywał nieraz przy szczegółowym badaniu lupą w rozmaitych miejscach spojówki bez jaglicy — lub jako pojedyncze chromatofory, które pod wpływem procesu zapalnego jaglicy uległy »rozplenieniu«, tworząc owe plamki, które dopiero po ustąpieniu choroby dobrze się uwydatniają. Tłumaczy więc, podobnie jak Steiner powstawanie plamek wzmoczeniem się istniejącego już przedtem barwika. Lecz w przypadkach Steinera zmiany barwikowe występowały już we wcześniejszych okresach jaglicy (dookoła ziaren), tymczasem »plamki jaglicowe« u białej rasy występują tylko w trzecim stadium. W jednym przypadku, u brunetki o ciemnej cerze znalazł Wicherkiewicz znamię zabarwione na wardze, które chora zauważyła dopiero przed kilku miesiącami. Sądzi więc, że podobny »naevus« mógł się wytworzyć także na spojówce a dopiero zanik tkanek przy zejściu jaglicy lepiej go uwidocznił. Plamki z wargi nie zbadano histologicznie, lecz wiemy, że barwik w znamionach zwykle umiejscowiony jest w naskórku względnie przybłonku, a dopiero stamtąd wnika w głąb tkanek. W żadnym zaś z zbadanych 7 przypadków nie znaleziono barwika w komórkach przybłonkowych.

Przyznać jednak musimy, że przypuszczenie Wicherkiewicza, że plamki barwikowe występują głównie u brunetów, było trafne, mimo iż stwierdził to tylko w jednym przypadku. (W innych 2 nie zwrócono na to uwagi). We wszystkich moich przypadkach chorzy byli ciemnymi bru-

netami z wyraźną skłonnością do tworzenia plamek na skórze.

Dużo prawdopodobieństwa ma sposób tłumaczenia sprawy przez Reisa. Opierając się na wynikach badania Nenckiego, przypuszcza on, że w przypadkach nieleczonych ziarna jaglicowe ulegają powolnemu rozkładowi i że z białka obumierających pierwocin komórkowych wytwarza się melanina. Istotnie z 9 przypadków 2 wcale nie były leczone (przyp. Reisa i jeden przyp. Wicherkiewicza), w 2 przypadkach (Küssela) nie podano w tym kierunku żadnych dań, reszta zaś przypadków dziesiątki lat pozostawała bez leczenia.

Lecz i ta teo ja nie może nas zupełnie zadowolić. Nie tłumaczy bowiem, dlaczego zmiany te występują tak rzadko. Wszak jaglica często goi się bez leczenia, pozostawiając blizny.

Cheąc wyświecić istotę plamek barwikowych w jaglicy, musielibyśmy odpowiedzieć na następujące pytania:

1) Jakiego pochodzenia jest ten barwik i do jakiego rodzaju barwików należałoby go zaliczyć?

2) W jakim stosunku pozostaje do sprawy chorobowej jaglicy?

3) Dlaczego występuje tylko w okresie zbliżnowacenia;

4) Dlaczego najchętniej nad górną tarczką?

5) Jak wytłumaczyć rzadkość tych zmian?

Już przy pierwszym punkcie trafiamy na znaczne trudności, gdyż sprawa barwików nie tylko chorobowych, ale i normalnych, ich nomenklatura i podział, ich sposób i miejsce powstawania tudzież skład chemiczny nie są dotychczas dostatecznie wyjaśnione, zdania zaś autorów w tych kwestiach są niezgodne, nieraz nawet sprzeczne.

W myśl wywodów Brahna i Schmidtmanna należy *endogenne* barwinki ludzkie podzielić na 2 grupy:

a) pochodzące z barwika krwi,

b) takie, które powstają w pewnych tkankach (autochtonne) czyli melaniny.

Te zaś ostatnie rozpadają się na melaninę właściwą czyli przybłonkową i na lipomelaninę, przedtem lipofuscyną nazwaną (produkt wstecznych zmian starych i chorobowych). Oba te ostatnie rodzaje barwików, przedtem ostro od siebie odgraniczane, okazały się chemicznie identycznymi, różnią się jednak sposobem powstawania i różną zawartością lipoidu. (Brahn, Schmidtmann, Salkowski, Kutschera-Aichbergen). Melaniny w przeciwieństwie do barwików hematogennych nie zawierają żelaza.

Jak wyżej starałem się wykazać, barwik nasz najprawdopodobniej nie pochodzi z wybroczyny. Po wykluczeniu zaś melaniny przybłonkowej wypada nam zaliczyć go do lipomelaniny.

Co do miejsca powstawania barwika brunatnego w ogólności, zdania są podzielone. Jedni utrzymują, że tworzy się on wyłącznie w komórkach ektodermalnych, drudzy, że tylko w mezodermalnych. Meirowski zaś i Schmidt przyjmują oba sposoby; są jednak zdania, że różnią się one zasadniczo od siebie nie tylko miejscem, ale i mechanizmem powstawania. Podczas gdy pierwszy barwik powstaje w jądrach komórek barwikowych, tworzy się drugi pod wpływem światła z barwika krwi częścią wolno w tkance, częścią w najdrobniejszych naczynkach, częścią zaś w komórkach wrzecionowatych, które wchłonęły barwik krwi.

W oku wykazał Redslöb, jak na początku wspomniałem, ścisły związek między melanoblastami a naczyniami. Melanoblasty mieszczą się tylko tam, gdzie znajdują się naczynia. Przez swoje położenie zdają się one pośredniczyć w wymianie materji między naczyniami a tkanką, której naczynia te już nie dosięgają.

W moich preparatach widać pewien związek między naczyniami a barwikiem: wzmoczona ilość naczyń w ognisku barwikowym wzgl. w jego otoczeniu, chętnie układanie się barwika wzdłuż naczyń i w ich śródłonkach.

Co do chemicznego pochodzenia melaniny skóry, twierdzi Kreibich, że tworzy się ona z lipoidu jąder komórkowych, który w barwiku tym daje się jako jego składnik wykazać za pomocą Sudanu III. Hueck zaś (podobnie jak

Bloch i Meierowski) zaprzecza, jakoby melanina pochodziła z tłuszczu, utrzymując, że tylko lipofuscyna powstaje z tłuszczu, podczas gdy melanina powstaje z białka. Przy rozkładzie białka komórkowego i tworzeniu się melaniny odszczepia się lipoid jako składnik, w żywej komórce ściśle z białkiem połączony. W każdym razie przy tworzeniu się barwika otrzymujemy, o ile proces nie jest skończony, mniej lub więcej wybitną reakcję na tłuszcz (zabarwienie Sudanem III. na czerwoną). W naszych obu preparatach znaleźliśmy w kilku miejscach małe grupki drobnych kuleczek tłuszczu. Przemawiałoby to za tem, że proces tworzenia się barwika nie jest jeszcze całkiem ukończony. Wniosku natomiast w kierunku zaliczenia barwika do melaniny prawdziwej czy do lipomelaniny, wyciągnąć nie można, gdyż jeden jak i drugi, jak słyszeliśmy powyżej, zawiera tłuszcz.

Bloch twierdzi, że barwik brunatny skóry powstaje z krążącej w sokach tkankowych substancji barwikodajnej, która pod wpływem zawartego w melanoblastach (bezbarwnych) fermentu utleniającego (Dopa-oxydaza) zostaje zamieniona na barwik brunatny. Ferment ten, obecny tylko przy embrjonalnem tworzeniu się barwika (z wyjątkiem chromatoforów naczyńki) zjawia się w pewnych warunkach np. przy powstawaniu nowotworu zabarwionego (melanoma).

Uwzględniając wymienione teorie, możnaby barwik w plamkach przy jaglicy określić jako melaninę (lipomelaninę), powstającą w komórkach łącznotkankowych w pobliżu naczyń prawdopodobnie z barwika krwi (lecz nie z rozkładu wybroczyny) lub krążącej we krwi substancji chromogennej. W miejscu światła jako czynnika aktywującego, które tu nie wchodzi w grę, musielibyśmy sobie pomyśleć działanie jakiejś oxydazy w myśl teorii Blocha.

Pewną analogję do plamek w jaglicy mamy w melanozie jelit, występującej u starych ludzi i po stanach zapalnych. Mamy tu także do czynienia z tworzeniem się podobnych złogów barwikowych w błonie śluzowej. Barwik również brunatny, bezpostaciowy, nie dający próby na żelazo, gromadzi się i tu w komórkach łącznotkankowych wzgl. w komórkach wędrownych, przybłonki zaś i mieszki limfatyczne zostają wolne od barwika. Hueck, jeden z najlepszych znawców sprawy pigmentów, przedstawia sobie powstawanie tych złogów barwikowych z bezbarwnych propigmentów, pochodzących z krwi i limfy, wnikających przez ekskrecję do błony śluzowej, gdzie zostają utlenione na barwik brunatny.

Jeżeli chodzi o związek ze sprawą chorobową jaglicy, jeden tylko czynnik z przebiegu choroby zdaje się z wielkiem prawdopodobieństwem mieć wpływ na powstawanie plam, tj. blizny. W drugim rzędzie wydaje się, jakoby naczynia odgrywały tu pewną rolę.

Możnaby sobie mechanizm powstawania tych plam pomyśleć w następujący sposób:

Jeżeli u osobnika, zawierającego w tkankach czy we krwi lub limfie zwiększoną (choć w granicach fizjologicznych) ilość substancji chromogennej, przyjdzie przy jaglicy w okresie zbliźnowacenia do wzmoczenia się sprawy chorobowej, przychodzi skutkiem stanu zapalnego do wytworzenia się nowych i rozszerzenia się istniejących już naczyń wśród blizn, po czem przez dłuższy czas krew w danej ograniczonej okolicy wolniej przepływa. Dopomóc to może pewnemu czynnikowi, może jakiejś oxydazie, wytworzonej przez samą chorobę, do wytworzenia barwika. Tęby tłumaczyło nam także, dlaczego plamki powstają na małym ograniczonym miejscu a nie we formie rozlanej.

Gdy przyjmujemy konieczność blizn przy wytwarzaniu się plamek, mamy równocześnie odpowiedź na czwarte pytanie, gdyż najgęstszą tkankę mamy w tarczках, głównie w górnej i w tej okolicy wytwarzają się też najwybitniejsze blizny.

Rzadkość występowania tych plamek przemawia zatem, że do ich wytworzenia się potrzeba *kilku równocześnie* działających czynników. Do takich czynników zdaje się w pierwszym rzędzie należeć ogólna, choć w fizjologicznych granicach, wzmoczona zawartość pigmentu względnie propigmentu w organizmie i skłonność do tworzenia plamek barwikowych. Drugi warunek to blizny, upośledzające w znacznej mierze

miejscową przemianę materji (utrudniające wessanie, ułatwiające zaś osadzanie się pewnych wydzielin). Dalszym warunkiem zdaje się być ostre wzmoczenie się procesu chorobowego w tym okresie z miejscowem pomnożeniem i rozszerzeniem naczyń. Powstawaniu tych warunków sprzyja naturalnie dłuższe pozostawanie bez leczenia. Wreszcie przypuścić należy działanie występującego w pewnych warunkach fermentu aktywującego.

W końcu nadmienić muszę, iż dziwnem się wydaje, że, pomimo rzadkości tego objawu, każdy prawie z autorów opisuje po 2 lub 3 przypadki. Przywykliśmy wprawdzie w klinice do powtarzania się przypadków rzadkich (*duplicitas casuum*), mimoto ta wielokrotność nasuwa podejrzenie, czy drobne tego rodzaju plamki nie zdarzają się częściej a ulegają tylko przeoczeniu.

Wszelkie próby wytłumaczenia plamek barwikowych w jaglicy nie wychodzą z zakresu przypuszczeń i domysłów, jak długo ogólna sprawa barwików nie jest dostatecznie wyjaśniona. Może postęp w nauce ogólnej o pigmentach przyczyni się do wyświeślenia i tych zmian.

Za wskazówki przy objaśnianiu preparatów histologicznych dziękuję uprzejmie pani Dr. Schusterówniej, Adjunktowi Zakładu Anatomo-patologicznego Uniwersytetu, za zdjęcia mikrograficzne panu Docentowi Dr. W. Reisowi.

Piśmiennictwo.

- 1) Steiner. Centr. f. prakt. Augenh. 1898. — 2) Tenž e' Annal. d'Oculistique T. 135, 1906. — 3) Küssel. Kl. M. f. A. 45. Jhrg. I. 1907. — 4) W. Reis. Postęp okulistyczny 1911; Arch. f. Augenh. 70. Bd. 1912. — 5) Steiner. Kl. Mon. f. Aug. Okt. Nov. 1913. — 6) Wicherkiewicz. Przegl. Lek. 1914, Nr. 1 i 2. 7) Kreibich. Ueber d. melatonische Pigment d. Epidermis, Arch. f. Dermat. u. Syph. 1914, Bd. 118. — 8) Kestenbaum. Ein Fall von doppelseitiger Melanosis bulbi et faciei, Ztschr. f. Augenh. Bd. 34. 1916. — 9) Bourquin. Die angeborene Melanose d. Auges, Ztschr. f. Augenh. Bd. 37. 1917. — 10) Redslöb. Etude sur le pigment de l'epithelium conjonctival et corneen. Ref. Kl. M. f. A. Bd. LXIX 1922. — 11) Kutscher-Aichbergen. Über Melanin u. über das braune Abnutzungspigment, Frankfurt. Ztschr. f. Pathol. Bd. 27. 1922. — 12) Brahn u. Schmidtmann. Zur Pigmentfrage. Virchovs Arch. f. pathol. Anat. u. Phys. Bd. 239. H. 3. 1922. — 13) Gans. Sammelreferat über Pigmentbildung, Zentrbl. f. Haut- u. Geschl. Krankheit. IV. I. 1922. — 14) Miescher. Die Pigmentgenese im Auge. Ref. Z. f. d. g. Ophth. Bd. 10. 1923. — 15) Steiner. Die Pigmentierung des Konjunktival- u. Kornealepithels. Ref. Kl. M. f. A. 1923. Bd. LXX. — 16) Kaufmann. Lehrb. d. pathol. Anat. 1924. S. 634.

Dr. Roman GLASSNER.

Kraków.

Dusznica bolesna pod postacią kamicy żółciowej.

(Uwagi z powodu artykułu Dra Rożkowskiego w Nr. 18. Pol. Gaz. lek.).

Zespół objawów dusznicy bolesnej towarzyszy w przeważającej liczbie przypadków zmianom miażdżycowym w tętnicy głównej i tętnicach wieńcowych serca. Nie ulega jednakoż wątpliwości, że także i inne schorzenia narządu krążenia mogą wywołać napady dusznicy bolesnej.

Wystarczy wymienić niedawno opisany i sekcyjnie stwierdzony przypadek zwiężenia lewego ujścia żylnego, zwyrodnienia mięśnia sercowego, zaburzenia odżywe i toksyczne w mięśniu sercowym bez zmian miażdżycowych, zaburzenia czynnościowe naczyń (*Gefäßkrisen Pala*), nadto schorzenia innych narządów, nie mających bezpośredniego związku z krążeniem, które wywołują również klasyczne napady dusznicy bolesnej. Nie wchodząc w tę chwilę w przyczyny, dlaczego tak różnorodne schorzenia i klinicznie różne jednostki chorobowe dają ten sam zespół objawów (w toku będące badania autorów amerykańskich oraz europejskich jak: Duriga, Hofera, Stämmlera, Ormosa, Jonescu, Brüninga, Eppingera, Leriche'a i t., rzucając nowe światło na istotę powstawania dusznicy bolesnej) — chciałbym w związku z artykułem Rożkowskiego, ogłoszonym w nr. 18. P. G. I. zwrócić uwagę na wręcz przeciwnie spostrzeżenia, dotyczące 2 przypadków, w których zespół objawów, przemawiający za kamicą żółciową okazał się niewątpliwym napadem prawdziwej dusznicy bolesnej.

Przypadek I.

J. M. mężczyzna 65 letni cierpi od 40 roku życia na kamice żółciową; wielokrotne leczenie klimatyczno-zdrojowe w Karolowych Warach. Ostatni napad przed 3 laty z wyraźną żółtaczką, która utrzymywała się przez 2 tygodnie.

W listopadzie z. r. wezwany zostałem do chorego w godzinach porannych z powodu rzekomego nawrotu kamicy żółciowej. Otoczenie chorego uprzedziło mnie rozpoznaniem. Badanie stwierdziło: Mężczyzna niskiego wzrostu bardzo otyły pozostaje w łóżku w pozycji siedzącej, czoło zroszone obfitym potem, tętno wolne miarowe, 56 uderzeń na minutę, silnie napięte, brak zabarwienia żółtaczkowego tak na spojówkach jak i na skórze. Stłumienie serca na małej przestrzeni (z powodu rozedmy) Wątroba znacznie powiększona dość twarda, bolesna, również wybitna bolesność, w okolicy woreczka żółciowego; silne napięcie powłok brzusznych nie zezwala na dokładne obmacywanie jamy brzusznej. Skargi podmiotowe dotyczą wyłącznie bólu w dołku podsercowym, w prawem podżebrzu oraz w prawej łopacie.

Mimo zwrócenia uwagi, chory nie przyznaje się do jakichkolwiek bólów lub przypadłości ani w klatce piersiowej ani w kończynach górnych. Stan podmiotowy chorego nie zezwalał na dalsze szczegółowe badanie, nadmienię jeszcze, że chory był bardzo niespokojny a wyraz twarzy wskazywał na silny lęk i trwogę. Przyjąłem napad kamicy żółciowej i wyszedłem do drugiego pokoju, by przygotować się do wstrzyknięcia morfiny z atropiną — jak to zazwyczaj w tych przypadkach czynię. Nagle usłyszałem krzyk ze strony osoby, pozostałej przy chorym i kiedy wróciłem do pokoju chorego, już go przy życiu nie zastałem. Nie można wątpić, że nie był to atak kamicy żółciowej, lecz prawdziwej dusznicy bolesnej.

Drugi przypadek dotyczył kobiety 58 letniej. Historia choroby, przebieg i stan w chwili badania omal analogiczne z tą odmianą, że ów pozorny napad kamicy żółciowej trwał blisko 30 godzin i że w tym czasie dwukrotnie wstrzyknąłem morfinę z atropiną. Zejście śmiertelne, które nastąpiło wśród napadu przemawia również za prawdziwą dusznicą bolesną.

Podkreślam, że ani przedmiotowo, ani podmiotowo nie było żadnych objawów, któreby powinny skierować myśl w stronę zespołu objawów dusznicy bolesnej. Jeden objaw był tylko wspólny w obu przypadkach, objaw bardzo charakterystyczny: uczucie lęku.

Kto zna niezwykłą mozaikę zespołu dusznicy bolesnej z piśmiennictwa i doświadczenia, tego nie zdziwią moje przypadki; atypowa lokalizacja bólów należy do zjawisk codziennych. Swego czasu opisałem ten atypowy zespół szczegółowo w Przeglądzie lekarskim w r. 1912.

W Polskiej Gazecie lekarskiej w roku 1922 uzupełniłem moje spostrzeżenia »objawem splotu nerwu ramiennego« (Nr 12|13).

Za każdym razem podkreślam w symptomatologii dusznicy bolesnej ten nad wyraz charakterystyczny objaw, którym jest uczucie lęku i trwogi, mimo, że ból jest umiejscowiony w narządach lub członkach odległych od centralnego układu krążenia.

Przypadki ogłoszone przez R o Ź k o w s k i e g o należą omal do białych kruków, jakkolwiek niewątpliwie zdarzają się i w znanym podręczniku O r t n e r a są uwzględnione. Natomiast napady dusznicy bolesnej z atypowym zespołem objawów wcale nie należą do rzadkości i kto rozporządza wielkim materiałem sercowo-chorych mógłby ogłaszać bogatą na ten temat kazuistykę. Tak często powtarzające się przypadki nagłej śmierci w Karolowych Warach pozostają niewątpliwie w związku z błędnymi rozpoznaniem wskutek atypowych objawów dusznicy bolesnej, u chorych cierpiących rzekomo na kamice żółciową, lub wrzód żołądka.

Nie chcąc obciążać balastem literackim niniejszych uwag, które są niejako „odwrotnym uzupełnieniem« do artykułu R o Ź k o w s k i e g o — zwrócę uwagę tylko na bardzo pożyteczne wydawnictwo S c h w a l b e g o p. t. Irrtümer der allgemeinen Diagnostik, w którym więcej szczegółów z tej dziedziny można znaleźć.

O ile artykuł R o Ź k o w s k i e g o jest bardzo cenny pod względem kliniczno-literackim, o tyle przytoczenie moich przypadków ma służyć, jako ostrzeżenie przed niedocenianiem atypowego zespołu dusznicy bolesnej.

Z praktyki.

Dr. Aureli Bogusław MAŃKOWSKI.
St. Asystent Kliniki Dermatologicznej.

Wilno.

Przyczynek do leczenia chorób skóry dożylnymi wstrzykiwaniami soli bromu.

Z Kliniki Dermatologicznej Uniw. S. B. w Wilnie.
Dyrektor: Prof. Dr. Z. S o w i Ń s k i.

Powszechnie jest znany wpływ jaki system nerwowy odgrywa wogóle w niektórych cierpieniach skóry. Wpływ ten na powstawanie pryszczycy został spostrzeżony jeszcze w połowie XIX. wieku; od dawna też zauważono, iż niektóre pryszczycy o wiele prędzej goją się, jeżeli równocześnie podajemy wewnętrżnie sole bromowe.

W Dermatologische Wochenschrift Nr. 35. z roku 1924. podał Lebedjew sposób dożylnego wstrzykiwania bromu w pryszczycy i innych chorobach skóry, a nadzwyczaj pomyślne wyniki jakie otrzymał, szczególnie przy pryszczycy ostrej, zachęciły nas do wypróbowania tego środka w różnych chorobach skóry na naszej klinice.

Po raz pierwszy zastosowaliśmy brom dożylnie w przypadku pokrzywki przewlekłej u chorej, która od dwóch lat cierpiała na obfitą wysypkę na całym ciele w postaci bąbli silnie swędzących. Jedne bąble ginęły, inne występowały, tak, iż w przeciągu 2. lat chora nie miała ani jednej doby wolnej od wysypki. Na naszej klinice leczoną była od pół roku i nie okazała wpływu, ani odpowiednio ułożona dieta, ani regulowanie żołądka, podawanie wewnętrżnie soli bromu, ani też stosowanie zewnętrznie najrozmaitszych maści i płynów. Bez skutku była także autohemoterapia, jakoteż naświetlanie słońcem sztucznym i wstrzykiwania domięśniowe olejku terpentynowego. Chora wskutek bardzo silnego świądu nie spała po nocach, a stan ten doprowadzał ją do rozpacz.

Po wyczerpaniu wszelkich środków wskazanych w danym przypadku, zastosowaliśmy dożylnie brom, a wynik otrzymaliśmy nieoczekiwany. Po pierwszym wstrzyknięciu skóra oczyściła się do tego stopnia, iż pozostało tylko kilka bąbli, które po dalszych trzech wstrzyknięciach wraz ze świądem znikły zupełnie. Stan ten utrzymywał się przez dwa miesiące, a kiedy po tym czasie znowu wystąpiło kilka bąbli, już po dwu wstrzyknięciach objawy powyższe zupełnie ustąpiły.

W następnych 3. przypadkach pokrzywki przewlekłej wpływ dożylnego stosowania bromu był znaczny, jednak nie w tym stopniu, co w wyżej wymienionym przypadku — jeden zaś przypadek pozostał bez wyniku.

Bardzo dobrym okazał się ten sposób leczenia w przypadku ostrej pryszczycy twarzy połączonej ze silnym śczieniem, zaczerwienieniem i swędzeniem. Już po 2 wstrzykiwaniach ścienienie ustąpiło zupełnie, a zaczerwienienie i swędzenie znacznie zmniejszyło się.

W pryszczycy przewlekłej dobrych wyników nie widzieliśmy prócz jednego przypadku, gdzie po wstrzykiwaniach ścienienie ustąpiło i świąd zmniejszył się, a pryszczycza łatwiej goiła się pod wpływem miejscowego leczenia.

Dobry wpływ wstrzykiwań bromu mieliśmy w przypadku *Dermatitis herpetiformis* Duhringa**), a chociaż nie dało się zapobiedz nowym wyrzutom, to jednak ustąpienie świądu i prędkie gojenie się nadżerek uważać należy jako bardzo dodatni objaw.

W 2. przypadkach swędzenia samoistnego (*Pruritus cutaneus idiopathicus*) mieliśmy również dodatnie wyniki; w pierwszym przypadku świąd znacznie zmniejszył się, w drugim po 4 wstrzyknięciach ustąpił zupełnie — w jednym zaś przypadku nie było polepszenia.

Wpływ dodatni dało się zauważyć w łuszczycy ostrej, gdzie po kilku wstrzykiwaniach rąbek czerwonony zniknął, a łuski o wiele prędzej ustępowały przy równoczesnym zastosowaniu zewnętrznie maści lekko złuszczej. W łuszczycy przewlekłej sposób ten pozostał prawie bez skutku.

**) Patrz Polska Gazeta lekarska 1925. z 12. dr. Mańkowski: Przypadek *Dermatitis herpetiformis* Duhring.

W przypadku łupieża różowego (*Pityriasis rosea Gilberti*) dało się zauważyć zblednięcie blaszek już po pierwszym wstrzyknięciu, a ponieważ chory ten następnie wyjechał, przeto nie można było dalej go obserwować.

Wstrzykiwania dożylnie bromu są niebolesne i chorzy znoszą je bardzo dobrze. Nigdy nie zauważyliśmy podniesienia ciepłoty, ani ogólnej reakcji lub jakiegokolwiek szkodliwych następstw. Wstrzykiwaliśmy co 2—4 dni, wedle wskazań Lebedjewa po 10. gr. 10% *Natrium bromatum* w roztworze soli fizjologicznej. Ilość dokonanych wstrzyknięć zależała w każdym poszczególnym przypadku od ustępowania zmian chorobowych i wahała się od kilku do kilkunastu.

Ponieważ rozporządzamy dotychczas niewielkim materiałem (około 30. przypadków), przeto nie możemy dojść do ostatecznych wniosków; jednak na podstawie dotychczasowych naszych spostrzeżeń mogliśmy wysnuć iż:

- 1) Dożylnie wstrzykiwania Na. Br. okazały się skuteczne w ostrej pryszczycy, połączonej z obrzękiem i sączeniem.
- 2) Również dobre działanie daje się zauważyć w większości przypadków pokrzywek przewlekłych.
- 3) Działa przede wszystkim na zmniejszenie świądu, a w niektórych przypadkach usuwa go zupełnie, przeto należy wypróbować ten sposób we wszystkich chorobach skóry, którym towarzyszy silny świąd.
- 4) Łuszczyca ostra, oraz niektóre przypadki pryszczycy przewlekłej łatwiej poddają się miejscowemu leczeniu przy równoczesnym stosowaniu Na. Br. dożylnie.
- 5) Działanie jest pewniejsze u osobników z czynnościami zaburzeniami w układzie nerwowym.
- 6) O ile po 2. lub 3. wstrzykiwaniach nie daje się zauważyć żadna poprawa stanu chorobowego, dalsze stosowanie jest bezcelowe.

Dr. Jadwiga SZULISŁAWSKA, asyst. Instytutu. Lwów.

Z kazuistyki samobójstw przez rany cięte i klute.

Z Instytutu medycyny sądowej U. J. K.
(Dyrektor: Prof. Dr. Sieradzki).

Samobójstwo przez rany cięte i klute należy do rzadzych rodzajów samobójstw, przyczem zauważyć można, że liczba tych przypadków w ostatnich dziesiątkach lat zmniejsza się w stosunku do innych sposobów samobójstwa. Podczas gdy bowiem w dawniejszych statystykach znachodzi się liczby tych samobójstw dochodzące do kilkunastu procentów wszystkich samobójstw wogóle, jak np. według Sedlaczka od r. 1854—1858 dla Wiednia 16,1%, to późniejsze statystyki Sedlaczka oraz Fizykatu wiedeńskiego do r. 1899 wykazują cyfry coraz mniejsze, aż do 3,5%. Pfeiffer na podstawie materiału sekcyjnego Instytutu medycyny sądowej w Grazu od r. 1893—1912 określa tę ilość nawet na 2%, statystyka pruska zaś za r. 1914 na 2,3%. Również zwraca uwagę i ta okoliczność, że podczas gdy stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet waha się w Europie przeciętnie między 4:1 a 3:1*), to samobójstwa przez rany cięte i klute zdarzają się procentowo prawie tak samo często u obu płci z nieznaną tylko przewagą mężczyzn.

W Instytucie medycyny sądowej U. J. K. we Lwowie na 802 zwłok samobójców, które dostawiono w ciągu lat 25, tj. od r. 1899—1923 było 29 przypadków samobójstw przez rany cięte i klute, co stanowi 3,61% wszystkich samobójstw. Z tych 29-ciu przypadków 21 dotyczyły mężczyzn, 8 kobiet, przyczem jednak stosunek procentowy tego rodzaju samobójstw do samobójstw wogóle, wynoszący u mężczyzn 3,71% nie wiele przewyższał podobny stosunek u kobiet 3,39%. Cyfry te jednak nie są dokładnym wyrazem stanu rzeczy.

*) Zestawienia z czasów wojny i najbliższego okresu wojennego wykazują znaczny spadek samobójstw u mężczyzn a wzrost u kobiet tak, że np. statystyka pruska za rok 1919 przedstawia stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet jak 1,5:1. Statystyka Fizykatu lwowskiego wykazuje w tym czasie stosunki podobne, stosunek samobójstw mężczyzn do kobiet od r. 1899—1914 3,65:1, od r. 1915—1923 zaś 1,49:1. Objaw ten jest niewątpliwie przejściowy.

wistego, gdyż do Instytutu nie dostawiono wszystkich zwłok samobójców z tego okresu czasu, a biuro statystyczne miejskie ogólną liczbę wszystkich samobójstw w wspomnianym 25-cioleciu określa na 1253, w czem mężczyźni 927, kobiety 326, jednak nie podaje szczegółowych cyfr dla samobójstw przez rany cięte i klute.

Przypadki samobójstw przez rany klute i cięte stanowią zawsze poważny przedmiot badania, choćby z tego względu, że tego rodzaju rany bywają o wiele częściej zadawane ręką obcą, tak, że zawsze w tych przypadkach staje przed znawcą zadanie rozstrzygnięcia między samobójstwem a morderstwem, co niekiedy nastroża duże trudności. Nie wchodząc bliżej w zasady tego rozważania omawiane obszernie w podręcznikach medycyny sądowej, sądzę, że krótkie zdanie sprawy z materiału zebranego w naszym Zakładzie przez dany okres czasu nie będzie bez wartości, mnożąc doświadczenie, które stanowi główną wytyczną przy sądowo-lekarskiej ocenie poszczególnych przypadków śmierci z ran klutych i ciętych.

Na wspomnianych już 29 sekcji zwłok samobójców, którzy odebrali sobie życie przez rany cięte i klute, w 12-tu przypadkach przyczyną śmierci były rany cięte na szyi. W przeważnej ilości naszych przypadków tego rodzaju samobójstwa stwierdziliśmy na szyi tylko jedną ranę, kilkakrotnie jednak spotykaliśmy obok rany głównej, głębokiej, inne rany płytsze, bądź schodzące się pod ostrym kątem z najgłębszą raną, bądź przedstawiające powierzchowne rysy skórne. W jednym przypadku obok świeżej rany na szyi stwierdzono starą bliznę również po ranie ciętej, pochodzącą z dawniejszego zamachu samobójczego. Co do przebiegu rany na szyi, to najczęściej były to rany biegnące poziomo, rzadziej znajdowano ranę biegnącą skośnie od góry i strony lewej ku dołowi i stronie prawej, w jednym zaś tylko przypadku stwierdzono ranę skośną, biegnącą przeciwnie od strony prawej ku lewej. Pod względem umiejscowienia rany ciętej na szyi, to najczęściej drażyła ona w głąb między chrząstką tarczową a kością gnykową, choć spotkaliśmy się też z ranami między chrząstką tarczową a pierścieniową, lub nawet poniżej chrząstki pierścieniowej. Co do głębokości ran, to prawie wszystkie rany przecinały całkowicie krtań, w trzech przypadkach był także przecięty przełyk lub gardło, u dwóch zaś samobójców stwierdzono nacięcie kręgosłupa.

Prócz tych 12 samobójstw przez rany cięte szyi mieliśmy jeszcze w 7 przypadkach rany cięte szyi w połączeniu z innymi obrażeniami, a mianowicie w trzech przypadkach wraz z ranami ciętymi nadgarstków, w dwóch zaś z ranami klutymi serca, w dwóch wreszcie w połączeniu z otruciem. Z wspomnianych przypadków połączonych z ranami ciętymi nadgarstków jeden poniżej opisuję dokładniej, w drugim stwierdzono jedną ranę ciętą na szyi przecinającą tchawicę oraz kilka ran ciętych na obu przedramionach, w trzecim zaś prócz kilku głębokich ran ciętych na szyi znajdowały się dwie rany cięte w okolicy obu nadgarstków. Z dwóch przypadków, w których prócz rany ciętej stwierdzono i rany klute w okolicy serca, w jednym były 4 rany cięte na szyi, zaś 19 klutych w okolicy serca dość powierzchownych, z których tylko jedna drażyła do lewej jamy opłucnowej, w drugim zaś prócz kilku głębokich ran szyi stwierdzono liczne rany klute powierzchowne w okolicy serca. Dwa przypadki były kombinowane z otruciem, a to jeden przez nalewkę jodową, w drugim zaś u kobiety 22-letniej przez jakąś substancję żrącą; w tym ostatnim przypadku stwierdzono obok rany ciętej dość powierzchownej na szyi prawie zupełne odcięcie lewego sutka.

Rany klute serca jako przyczynę śmierci stwierdziliśmy u 5 samobójców i to u wszystkich znaleźliśmy tylko jedną ranę. W trzech przypadkach rana ta umiejscowiona była tuż przy brodawce sutkowej lewej, raz w 3-cim przestworze międzybrownym po stronie lewej a raz w 2-gim przestworze po tejże stronie, przyczem oprócz serca było w tym przypadku przebite i płuco.

Prócz powyższych ran klutych serca stwierdzono w 1-m przypadku u umysłowo chorego samobójcy 3 rany kluto-cięte w okolicy brodawki sutkowej lewej oraz jedną ranę klutą brzucha, przechodzącą przez przeponę. U dwóch samo-

bójców stwierdziliśmy, jak wspomniano powyżej, rany kłute serca wraz z ranami ciętymi na szyi. W trzech przypadkach stwierdziliśmy przecięcie naczyń na kończynach górnych i to raz rany cięte w okolicy obu przegubów łokciowych, raz jedną ranę głęboką przedramienia lewego, raz rany cięte nadgarstka lewego oraz lewego przegubu łokciowego. W jednym wreszcie przypadku, który poniżej skreślę dokładniej, stwierdzono liczne rany kłute rozrzucone w różnych miejscach ciała w połączeniu z ranami ciętymi obu przedramion.

Ze wszystkich powyżej zestawionych przypadków samobójstwa przez rany cięte i kłute dwa zasługują na szczególną uwagę, dlatego pozwolę sobie je dokładniej skreślić.

Pierwszy przypadek (L. p. 322/23) dotyczy mężczyzny, lat 47, właściciela kawiarni, wyzn. mojż., który aresztowany popełnił samobójstwo w więzieniu, przy pomocy scyzoryka. Na zwłokach przeprowadzono tylko oględziny, ponieważ de nata na zarządzenie Prokuratury musiano zwolnić od sekcji. Oględziny te dały wynik następujący:

1) Zwłoki mężczyzny, lat 47 liczyć mającego, dobrej budowy, dobrego odżywienia, 160 cm długie. Steżenie trupie wybitne w kończynach i szczęce, plamy pośmiertne bardzo skąpe na miejscach zwykłych, nacięciem jako takie stwierdzone. Spojówki i widoczne błony śluzowe blade. W jamie ustnej skąpa ilość płynnej krwi. Inne otwory naturalne wolne od ciał obcych.

2) Na ciele stwierdza się liczne obrażenia, umiejscowione tylko na przedniej stronie ciała i to grupami, a mianowicie na szyi, w okolicy sutka lewego, na brzuchu dokoła pępka i pachwiny lewej oraz na dłoniowych stronach obu przedramion. Wszystkie te obrażenia z wyjątkiem kilku na przedramionach okazują podobny charakter; wszystkie mianowicie przedstawiają się jako głębsze i płytsze rany oraz rysy skórne długości od kilku milimetrów do 2—3 cm, szerokości od kilku do kilkunastu milimetrów, o brzegach równych, gładkich, niezmiądzzonych, przeważnie krwią podbiegniętych, pokryte tu i ówdzie strupkami. Płytsze z tych ran obejmują skórę lub też i tkankę podskórną, głębsze są ziejące i drażą w głąb. Kierunek wszystkich tych ran jest najrozmaitszy. Przechodząc po kolei dokładniej poszczególne grupy obrażeń stwierdza się:

a) Na szyi 3 rany głębokie, ziejące, długości od 8—12 mm a z nich jedna nieco na prawo od linii środkowej ciała, 1 cm powyżej górnego brzegu chrząstki tarczykowej. Zgłębnik wprowadzony do tej rany draży mniej prostopadłe w głąb tkanek na 4—5 cm. Drugą ranę stwierdza się na przednim brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego lewego, na wysokości górnego brzegu chrząstki tarczykowej, biegnącą skośnie ku przodowi i dołowi, zgłębnik zaś wprowadzony do niej draży w głąb szyi na 4 cm. Z rany tej sączy się płynna krew. Trzecia rana znajduje się po stronie prawej szyi na przednim brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego lewego, na wysokości dolnego brzegu chrząstki tarczykowej, draży zaś w głąb na 5 cm. Prócz tych trzech ran głębokich znajdują się dalsze dwie rany równoległe do siebie biegnące, umiejscowione w linii środkowej ciała, nad chrząstką tarczykową, powierzchowne, obejmujące tylko skórę i tkankę podskórną, nieznacznie łukowate, wypukłością skierowane ku górze, każda długości około 2 cm. Wreszcie stwierdza się 6 ran umiejscowionych przeważnie tuż pod szczęką dolną, biegnących w najrozmaitszych kierunkach, powierzchownych, długości od 6—10 mm, jedną zaś tuż nad mostkiem we wcięciu jarzmowem. Rany te obejmują tylko skórę i tkankę podskórną.

b) Na klatce piersiowej dwie rany głębsze, z których jedna poziomo biegnąca tuż przy lewym brzegu mostka między 6 a 7 chrząstką żebrową, długości 1 cm. Zgłębnik wprowadzony w głąb przechodzi między chrząstkami wspomnianych żeber i draży nieco ku górze i stronie lewej w głąb ciała na 6 cm, najprawdopodobniej do worka osierdziowego. Druga, również głęboka rana znajduje się w linii środkowej ciała tuż poniżej wyrostka mieczykowego mostka, poprzeczna, długości 1 1/2 cm, drażąca w głąb ku górze i tyłowi na głębokość 3 1/2 cm. W bezpośrednim sąsiedztwie tych ran stwierdza się jeszcze dwie powierzchowne, również poziomo biegnące. Pozaatem na klatce piersiowej dokoła brodawki sutkowej lewej i poniżej stwierdza się 13 przeważnie poziomo biegnących powierzchownych ran, długości od kilku do kilkunastu milimetrów.

c) Na brzuchu w okolicy pępka 4 głębsze rany poziome, trzy na mięśniu lewym prostym brzucha, jedna na wysokości pępka na prawym; wszystkie te rany drażą w głąb na 2—3 cm, żadna z nich nie dochodzi do jamy otrzewnowej. Prócz tych znajduje się jeszcze 24 ran powierzchownych, o różnym przebiegu, rozrzucone w okolicy i poniżej pępka po stronie lewej, aż do pachwiny lewej.

d) Na przedramieniu prawem, po stronie zginaczy, 1 1/2 cm powyżej stawu nadgarstkowego stwierdza się ranę wrzecionowatą, poprzecznie biegnącą, długości 5 cm, ziejącą w najszerszym miejscu na 2 cm, schodkowatą; w głębi niej widnieją przecięte ścięgna powierzchownych zginaczy, oraz przecięta tętnica promieniowa prawa. Brzegi rany równe, gładkie, krwią podbiegnięte. Na palec powyżej tej rany druga, również po-

przecznie ułożona, złożona z dwu ran skośnych, krzyżujących się w kształcie litery X, długości 4 cm, ziejąca na szerokość 1 1/2 cm, w głębi niej widnieją nacięte powierzchowne zginacze przedramienia. Powyżej tych ran stwierdza się 4 płytkie ranki i rysy różnej długości, poniżej zaś, na opuszczeniu kciuka prawego 3 powierzchowne rysy, pergaminowato przyschnięte.

e) Na ramieniu prawem, w 1/3-ciej obwodowej jego części po stronie przednio-wewnętrznej, poprzecznie biegnąca rana powierzchowna, długości 5 1/2 cm, pergaminowato przyschnięta.

f) Na przedramieniu lewym, również po stronie zginaczy, 2 cm powyżej stawu nadgarstkowego rana ziejąca, wrzecionowata, poprzecznie ułożona, długości 4 cm, ziejąca na 1 1/2 cm, w głębi niej widoczne przecięte ścięgna powierzchownych zginaczy oraz kikuty naczyń tej okolicy. W pośrodku przedramienia lewego widoczna rana, również poprzeczna, wrzecionowata, długości 6 cm, ziejąca, w głębi rany widnieją częściowo przecięte zginacze powierzchowne. Między temi ranami i powyżej stwierdza się 8 ran płytkich, przeważnie poprzecznie ułożonych, długości od kilku do kilkunastu milimetrów, z tych niektóre przedstawiają się jako powierzchowne rysy, pergaminowato przyschnięte.

2) Poza powyżej opisanymi 78 ranami nie stwierdza się nigdzie żadnych innych śladów obrażenia.

Przypadek ten, ze względu na znaczną ilość ran (78) oraz ich rozmieszczenie należy niewątpliwie do rzadkich i nie-zwykłych.

Drugi przypadek (L. prot. 34/14) dotyczy studenta Uniwersytetu, lat 19, wyzn. rz.-kat., który popełnił samobójstwo w wannie, podczas kąpeli, przy pomocy brzytwy.

Sekcja zwłok, wykonana w tutejszym Instytucie stwierdziła co następuje:

A. Oględziny zewnętrzne.

1) Zwłoki mężczyzny, lat 19 liczyć mającego, miernej budowy i odżywienia, 166 cm długie. Steżenie trupie utrzymane w kończynach i szczęce, plamy pośmiertne bardzo słabo zaznaczone w okolicy krzyżowej, jako takie nacięciem stwierdzone. Powłoki skórne blade, na klatce piersiowej po stronie przedniej, na przedramionach i rękach przyschła krwią zwalane. Spojówki blade, źrenice równomiernie znacznie rozszerzone, otwory naturalne wolne od ciał obcych.

2) Na ciele stwierdza się następujące ślady obrażeń:

a) Na szyi po stronie prawej rozległa rana kształtu owalnego, biegnąca poprzecznie i zajmująca prawie całą przestrzeń szyi po tej stronie, ziejąca, 14 cm długa, 6 cm szeroka w miejscu największego oddalenia brzegów. Brzegi tej rany dość równe, krwią podbiegnięte, rozwidlają się ku środkowi szyi na dwa ramiona, z których górne kończy się ostro w skórze i tkance podskórnej na wysokości kości gnykowej tuż przed nią, dolne zaś ramię zwrócone ku dołowi kończy się wąską, smugowatą rysą naskórka, pergaminowato przyschniętą, biegnącą w kierunku wcięcia jarzmowego mostka. Między powyższym opisaniem rozwidleniem zwisa luźno płat skóry w kształcie trójkąta, zwrócony wierzchołkiem ku środkowi rany, na którego powierzchni znajduje się jeszcze kilka powierzchownych, smugowatych otarć naskórka. Z dolnego brzegu rany odcina się również trójkątny płat skóry z wierzchołkiem zwróconym ku środkowi rany. Od tylnego kąta rany, po części i od dolnego jej brzegu, ciągną się ku karkowi, prawie w równych odstępach od siebie oddalone, cztery linijne, pergaminowato przyschnięte nacięcia naskórka, zwracające się wolnemi, obwodowemi końcami nieco ku sobie i w kierunku brzegu mięśnia kapturowego. Szeroko rozwartą głąb rany, opadający schodowato aż do kręgosłupa wykazuje przy bliższym badaniu przecięte: żyłę jarzmową zewnętrzną i wewnętrzną, tętnicę dogłową wspólną, wraz z nerwem błędnym, prawie wszystkie mięśnie szyjne tej okolicy i większą część gałązek spłotu barkowego; nacięty jest również prawy płat gruczołu tarczykowego prawie w całości, a w dniu rany znajduje się luźno leżący odłamek kostny wyrostka poprzecznego piątego kręgu szyjnego.

b) Równoległe do kości podjęzykowej tuż ponad nią w samym środku szyi widoczna jest rana, leżąca poprzecznie, kształtu owalnego, długości 6 cm, a rozwarości w miejscu najszerszym 4 1/2 cm, o brzegach równych, krwią podbiegniętych; ścianą tej rany, zresztą dość powierzchownej, stanowi przecięta tkanka podskórną, żyły poskórne, mięsień żuchwowo-gnykowy i część mięśnia bródkowo-gnykowego.

c) Poniżej dolnego brzegu rany opisaną pod b), widoczne jest powierzchowne przecięcie skóry o brzegach równych, biegnące od linii środkowej szyi ku stronie lewej, lekko ku górze zwrócone, 3 cm długie, około 1 cm oddalone od poprzedniej rany, prawie równoległe do lewej połowy dolnego jej brzegu.

d) Na szyi po stronie lewej na tej samej mniej więcej wysokości co rana opisana pod a), widoczna jest czwarta rana kształtu wrzecionowatego, 6 cm długa, a 3 cm w miejscu najszerszym rozwarła, o brzegach równych i ostrych, krwią podbiegniętych, przenikająca skórę, tkankę podskórną, i części miękkie pod nią leżące, przy bliższym zaś badaniu stwierdza się przecięcie mięśnia szerokiego szyi, żyły jarzmowej zewnętrznej i nacięcie dośrodkowego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęzycznego.

e) Na szyi po stronie przedniej w częściach utrzymanej skóry jest widocznych nadto kilka liniowych, pergaminowato przyschniętych otarć, względnie nadcięć naskórka, poprzecznie leżących, od $\frac{1}{2}$ - 3 cm długich.

f) Na grzbiecie ręki prawej w samym środku znajduje się poprzecznie biegnąca rana, promieniowym końcem łukowato zwrócona w kierunku kciuka, około 5 cm długa, a 1 cm rozwarta, o brzegach równych, przenikająca skórę i tkankę podskórną i naruszająca powierzchowne żyły.

g) Na przedramieniu prawem po stronie grzbietowej w odległości 10 cm od powyżej opisanej rany pod f) znajduje się około 5 cm długa a 1 cm szeroka rana o brzegach równych, ostrych, poprzecznie biegnąca; przecina ona skórę, tkankę podskórną i żyły a w dnie jej widoczne jest nadcięte ścięgno mięśnia prostownika sprychowego nadgarstka.

h) U podstawy ręki prawej po stronie wewnętrznej znajduje się rana szeroko rozwarta o brzegach dość równych, poprzecznie ułożona, a obejmująca swą długością całą szerokość przedramienia w tym miejscu, 4 cm szeroka, przenikająca skórę i części pod nią leżące; przy bliższym badaniu widoczna jest przecięta tętnica łokciowa, nerw ramieniowy pośredni, mięsień dłoniowy długi, mięsień zginający palec wspólny powierzchowny, wreszcie łokciowa część ścięgna mięśnia zginającego palec głębokiego.

i) Na przedramieniu ręki lewej tuż u podstawy ręki po stronie grzbietowej znajduje się rana ziejąca na 3 cm, obejmująca całą szerokość przedramienia w tym miejscu; przecina ona cały szereg drobnych żył, nadcięte jest również ścięgno mięśnia prostownika palca wskazującego, przecięty zaś w zupełności prostownik sprychowy nadgarstka krótki oraz prostownik palców powierzchowny.

j) Po stronie wewnętrznej na przedramieniu lewym, 4 cm powyżej nasady kciuka ręki lewej stwierdza się ranę prawie kształtu owalnego, skośnie ku górze i stronie łokciowej biegnącą, obejmującą prawie całą szerokość przedramienia w tym miejscu. Rana ta dochodzi schodowato aż do obu kości przedramienia, przecinając w ten sposób wszystkie ścięgna, tętnice i nerwy.

k) Na nodze prawej po stronie tylnej, na wysokości mniej więcej kostki zewnętrznej znajduje się rana cięta 5 cm długa, o brzegach równych, lekko ziejąca, drażąca w głąb i przecinająca całkowicie ścięgno Achillesa, ścięgno zginacza palca dużego długiego, nerw piszczelowy i tętnicę piszczelową. Tuż nad tą raną znajduje się smugowate nadcięcie naskórka nieco krótsze i prawie do poprzedniej rany równoległe.

l) Zupełnie podobną ranę ciętą, leżącą poprzecznie na tej samej wysokości, długości $4\frac{1}{4}$ cm stwierdza się na nodze lewej a rana ta drażąc w głąb, przecina zupełnie ścięgno Achillesa i nerw piszczelowy.

3) Pozatem na ciele brak innych śladów obrażenia.



Ryc. I.

1. Rany na szyi.

2. Rysunek schematyzowany rany na szyi opisanej w pr. pod 2a (a. żyła szyjna wewnętrzna, b. nerw błędny i tętnica szyjna wspólna, c. mięsień mostkowo-tarczowy i łopatkowo-gnykowy, d. mięsień mostkowo-gnykowy, e. cięcie w grucz. tarczowym, f., g., h. splot barkowy i mięsień mostkowo-sutkowo-obojszykowy).

B. Oględziny wewnętrzne (w skróceniu).

Powłoki czaszki, kości czaszki bez zmian. Opony miękkie wzdłuż naczyń zmleczale, blade, mózg blade, bez zmian. Opłuczna cienka, gładka i lśniąca, płuca powietrzne, obrzękłe. Grasa dość duża, wagi 28 gr, migdałki duże, aparat limfatyczny je-

zyka wyraźny, Serce nieco powiększone, aorta wąska. Otrzewna cienka, gładka i lśniąca, błona śluzowa przewodu pokarmowego bez zmian. Śledziona dość duża, o wyraźnych grudkach limfatycznych, inne narządy gruczołowe blade bez zmian. Narząd moczopłciowy bez zmian, kościec nieuszkodzony.



Ryc. II.

Rany cięte na rękach.

Na podstawie obrazu sekcyjnego łatwo można było określić, że przyczyną śmierci było skrawanie z licznych ran ciętych, znajdujących się na szyi oraz w przegubach stawowych. Trudniejszą była odpowiedź na pytanie, czy w powyższym przypadku mógł samobójca zadać sobie tyle i tak głębokich ran, czy też działała tu ręka obca. Za samobójstwem przemawia przede-



Ryc. III.

Rany cięte nad piętami.

wszystkiem umiejscowienie ran na szyi i w przegubach stawowych, chociaż to nie wyklucza morderstwa i to zwłaszcza t. zw. upozorowanego, o którym wspomina Wachholz, gdzie morderca po zabiciu swej ofiary w inny sposób, n. p. przez poderżnięcie szyi, zadaniem mu następnie ran w okolicy stawów pragnie wzbudzić podejrzenie samobójstwa. Również znane są przypadki morderstwa przez przecięcie przegubów stawowych oraz szyi n. p. przypadek Hofmanna z Pragi morderstwa w ten sposób czworga dzieci oraz 2 przypadki wzmiankowane przez Haberdę. Również znaczna ilość ran, stwierdzonych na sekcji, przemawia raczej za samobójstwem. W danym przypadku, jeśli zliczymy wszystkie nadcięcia na szyi, to mamy ich tu przeszło 10, co wraz z ranami na kończynach daje sumę około 20 ran. W piśmiennictwie spotykamy jeszcze większe ilości ran u samobójców i to zwłaszcza ran klutych: i tak Laugier opisuje 145 ran, Maschka 285, Chevalier 300, Hofmann 16 ran klutych i kilka ciętych, Wachholz kilkanaście ran ciętych. Na podstawie naszego materiału sekcyjnego samobójców, największą ilość ran t. j. 78 stwierdziliśmy w powyżej skreślonym przypadku samobójstwa. W innym przypadku, L. p. 20/02 również powyżej wspomnianym, znaleźliśmy u samobójcy 23 ran na szyi i w okolicy brodawki sutkowej lewej.

Największe trudności przy stwierdzeniu samobójstwa w danym przypadku nasuwa nam rozważanie możliwości zadania sobie tych ran przez denata samego ze względu na ich głębokość i umiejscowienie. Rana na szyi sięga nie tylko aż do kręgosłupa i przecina wszystkie mięśnie, naczynia i nerwy po tej stronie, ale nawet w głębi rany znajduje się odcięta część wyrostka poprzecznego kręgu. Rany na kończynach są także głębokie i zadane z wielką siłą. Ponieważ jednak w powyższym przypadku mamy do czynienia z niewątpliwym samobójstwem, gdyż listy pozostawione oraz śledztwo wykluczają czyn zbrodniczy, pozostaje do rozstrzygnięcia pytanie, w jakim porządku samobójca mógł zadać sobie tyle tak ciężkich ran.

Gdybyśmy się kierowali tylko rozważaniami anatomicznymi czy fizjologicznymi, to trudnoby nam było na to odpowiedzieć. Jeśli bowiem przyjmiemy, że najgłębsza rana na szyi była ostatnią, to trudno wytłumaczyć, jak samobójca mógł sobie zadać tak głęboką ranę ręką prawą, która miała już częściowo przecięte ścięgna mięśni zginaczy, a mianowicie ścięgno mięśnia dłoniowego długiego, mięśnia zginającego palce wspólnego powierzchownego, część łokciową zginającego palce głębokiego, nerw ramieniowy pośredni i tętnicę łokciową, wobec czego było utrudnione zginanie palców, a tem samem silne uchwycenie brzytwy. Lewa ręka nie mogłaby tutaj zupełnie wchodzić w grę, gdyż całkowite przecięcie wszystkich ścięgien mięśni zginaczy, tętnic i nerwów musiało uniemożliwić uchwycenie brzytwy. Jeśli zaś przyjmiemy, że rana na szyi została wcześniej zadana niż rany inne, to trudno sobie wytłumaczyć, jak można sobie zadać inne obrażenia, mając przeciętą tętnicę dogłową wspólną, znaczną ilość nerwów, naczyń i mięśni po jednej stronie szyi. Ale tu kazuistyka przychodzi z pomocą, gdyż znamy przypadki dokładnie opisane w piśmiennictwie n. p. przypadek Amosa, Rusta, Szigetiego, Hofmanna, Jimana, gdzie osobniki z głębokimi ranami na szyi, z przeciętymi naczyniami i nerwami szyjnymi oraz krtanią mogą odbywać krótszą lub dłuższą drogę, mogą chować narzędzie, którem zadali sobie rany, mogą wbić nóż z całej siły w ziemię lub nawet wyciąć sobie całą krtani. Wobec tego nie możemy wykluczyć, by samobójca nie mógł sobie zadać dalszych obrażeń, mając głęboką ranę na szyi. Ale również nie możemy wykluczyć możliwości zadania sobie nawet tak głębokiej rany na szyi ręką prawą, mającą już częściowo przecięte mięśnie zginacze. Wprawdzie zniesiona była możliwość zginania dwóch ostatnich falang palca czwartego i piątego, falangi środkowej drugiego i trzeciego palca i wobec przecięcia nerwu ramieniowego pośredniego upośledzona funkcja mięśni opuszki palca pierwszego, to jednak przyjmując możliwość dalszego samookaleczenia się, gdyż, przypuściwszy nawet, że rana na szyi zadana została jeszcze nieuszkodzoną ręką prawą lub lewą, to w każdym razie rana na ręce lewej przenikająca wszystkie tkanki aż do kości, musiała być zadana ręką prawą już uszkodzoną. Również w piśmiennictwie znane są podobne przypadki zadania sobie dalszych ran zranionymi rękami n. p. w przypadkach H a b e r d y.

Tak więc w danym przypadku co do kolejności powstania głównych ran przyjmując należy, że denat albo sobie zadał najpierw ranę na szyi ręką prawą lub lewą, potem zaś ręką lewą rany na ręce prawej a tą już zranioną ręką prawą rany na ręce lewej, albo też, że zraniwszy sobie ręką lewą ręką prawą, tą zranioną ręką prawą zadał sobie rany na ręce lewej i na szyi.

Powyższy przypadek rzuca jeszcze właściwe światło na stan psychiczny samobójcy. Jeśli od czasu prac Hellera, Broscha, Ollendorfa i Pfeiffera wiemy, iż samobójstwo bywa przeważnie wyrazem bądź stałych, bądź przejściowych zaburzeń psychicznych, to zwłaszcza przy samobójstwach kombinowanych, szczególnie połączonych z tak zaciekle samookaleczaniem się i taką uporczywością w przeprowadzeniu zamierzonego celu, jak w powyższym przypadku, patologiczny stan umysłowy samobójcy rzuca się sam przez się w oczy.

Piśmiennictwo.

1) Feigel. Medycyna sądowa. — 2) Hofmann-Haberda. Lehrb. d. ger. Med. Wien 1919. — 3) Fischer. Verletzungen d. Halses. — 4) Wachholz. Medycyna sądowa. — 5) Annales d'hygiene publ. 1899. — 6) Klęsk. Przegląd lek. 1900. — 7) Vjschrft. f. ger. Med. 1896 3 F. Bd. 12. S. 345. — 8) Vjschrft. f. ger. Med. 1917 Bd. 54. — 9) Vjschrft. f. ger. Med. 1913 F. Bd. 61. S. 172. — 10) Pfeiffer. Über d. Selbstmord Jena 1912. — 11) D. Ztschrft. f. g. ger. Med. II.S. 324.

Przegląd piśmiennictwa.

La presse médicale.

Nr. 1. 1925

Max Einhorn. O leczeniu colitis ulcerosa chronica zapomocą przemywań grubej kiszki przez wprowadzoną per os

sondę dwunastniczą. Einhorn podaje nowy, bezkrwawy sposób leczenia owrzodzeń kiszki grubej. Sposób ten polega na wprowadzeniu przez usta tak długiej sondy, ażeby dostała się aż do kiszki grubej. Sonda taka składa się z kilku zwykłych sond dwunastniczych Einhorna, połączonych zapomocą oliwek. Technicznie sprawa przedstawia się w ten sposób, że chory pierwszego dnia naczecz dostaje jeden, następnego dnia drugi odcinek sondy; dalsze zaś w odstępach kilkudniowych i ciągle pod kontrolą Roentgena. Kiedy zgłębnik jest już w kątnicy, należy go umocować tak, aby nie posuwał się już dalej, a następnie wprowadzać kroplami dwa razy dziennie słaby roczyn (0,5 : 1000,0) węglanu wapnia i raz dziennie 60—100 ccm chromianu rtęci ($\frac{1}{2}$:100).

Kuracja taka trwa zwykle około 3-ch tygodni, przy czem chory przez cały czas odżywia się naturalnie. Zgłębnik można usunąć per os lub per rectum, lepiej i jakoby przyjemniej dla chorego per os, przy czem należy to wykonywać b. łagodnie i ostrożnie. Wyniki tego leczenia są takie jak w appendico- i coecostomji, a mają tę nad niemi wyższość że się je osiąga w drodze leczenia bezkrwawego.

Pierre Duval, J. Ch. Roux et F. Montier. O roli wtórnego zakażenia w przebiegu owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. Autorzy zwracają uwagę na b. ważną rolę, jaką ich zdaniem odgrywa wtórne zakażenie w przebiegu owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. Klinicznym wyrazem zakażenia jest tak często w wyżej wspomnianych sprawach obserwowane podniesienie się ciepłoty, przy czem dają się zauważyć dwa typy: kilkudniowy stan podgorączkowy lub 38,5°—39° w ciągu jednego lub dwóch dni. Podniesionej ciepłocie towarzyszy zwykle nasilenie się innych objawów chorobowych.

Za ważną rolę zakażenia w *ulcus ventriculi* przemawia również ujemny nań wpływ chorób zakaźnych oraz stwierdzana w znacznym odsetku przypadków dość wysoka nawet leukocytoza.

Rozenow stwierdził w 63% swoich chorych obecność drobnoustrojów w błonie podśluzowej, a odczyn śródskórny ze szczepionki tych drobnoustrojów był w 60% dodatni.

Stąd wniosek, że proteinoiterapia powinna mieć w leczeniu tych spraw znaczenie decydujące, co potwierdzają znane badania Pribama, stąd też celowość szczepienia chorych, którzy mają być operowani.

H. Goldman (Warszawa).

Nr. 3. 1925.

Sicard et Laplane. Rozpoznawanie guzów rdzenia. (*Diagnostic des tumeurs rachidiennes. Forme pseudo-pottique. Radiolipiodol*). Objawy guzów rdzeniowych są bardzo różnorodne. Mogą one przebiegać pod postacią hemianomyelji, syringomyelji, *sclerosis multiplex*, i tylko kontrola zapomocą lipjodolu może nas ustrzec od omyłki. Oprócz tego istnieją specjalne przypadki guzów rdzenia, które autorzy nazwali «*tumeurs pseudopottiques*», a które są często rozpoznawane jako lumbago, sprawy artretyczne, jako *spondylitis* lub choroba Potta.

Od omyłki może nas uchronić: 1) badanie płynu, 2) rادیografja i 3) kontrola zapomocą lipjodolu.

Ad 1: W płynie występuje dysocjacja białkowo-cytologiczna (dużo białka, mało komórek) i ksantochromja. Ważnym momentem różniczkowym jest zwiększenie się ilości białka, które występuje w sprawach uciskowych w odróżnieniu od zmniejszającej się ilości białka, co znów spotykamy w zakaźnych zapaleniach oponowo-mózgowych.

Ad 2: Radiografja kregoslupa jest niezbędna i to w dwóch kierunkach: od przodu ku tyłowi i zdjęcia boczne, które najczęściej uwidaczniają zmiany w kregach.

Ad 3: Lipjodol należy wstrzykiwać powyżej i poniżej domniemanego guza, aby uwidocznili przestrzeń narażoną na ucisk.

Jak ważną jest rzeczą stosowanie lipjodolu może zaświadczyć fakt, że dawniej laminektomie stanowiły operację wyjątkową; obecnie operacje te robi się coraz częściej. Sam Robineau operował 26 przypadków; wszystkie z dobrym wynikiem.

Dla potwierdzenia powyższego autorzy podają szereg przypadków, z których przytoczymy tylko dwa następujące:

1. Chory od kilku tygodni cierpiał na bóle w okolicy kręgow krzyżowych i pośladków. Ponieważ gorączkował, a dawniej chorował na ropne zapalenie kości, więc rozpoznano gruźlicę. Okolica kręgów lędźwiowych nieruchoma; od L_3-L_4 silna bolesność na ucisk. Zaburzeń czucia niema, odruchy normalne, tylko lewy kolanowy słabszy. Roentgen nic nie wykazał. Punkcja między L_4-L_5 dała ropę (*staphylococ*). Umiejscowienie tego cierpienia było tak jasne, że początkowo zaniechano stosowania lipjodolu. Jednakże gdy dla kontroli wstrzyknięto lipjodol, przekonano się, że lipjodol zatrzymał się na wysokości L_{10} . Umiejscowienie lipjodolu zupełnie nie zgadzało się z powyższymi objawami klinicznymi. Wykonano laminektomię w okolicy L_4 , znaleziono ropę, którą usunięto. Celem przekonania się, dlaczego lipjodol zatrzymał się na wysokości D_{10} , zrobiono laminektomię od L_4 do D_{10} . Znaleziono całą masę małych ropni na oponie twardej. Gdyby nie zastosowano lipjodolu, skończyłoby się na wypuszczeniu ropy z okolicy L_4 i chory z pewnością zmarłby z mylnym przypuszczeniem, że powstało wtórne zakażenie lub coś podobnego. Obecnie chory czuje się bardzo dobrze i jest na drodze do zupełnego wyleczenia.

Przyp. II. Kobieta ma paraplegję od 3 miesięcy. Silne bóle w okolicy klatki piersiowej. Górna granica znieczulenia dochodzi do D_5 . Płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał nadmiar białka. Rozpoznano ucisk na rdzeń. Radjografja 0. Lipjodol wstrzyknięty przez nakłucie podpotyliczne zatrzymał się na wysokości D_3 . Kliniczne objawy zgadzały się z umiejscowieniem się lipjodolu. Operacja w tej okolicy wykazała torbiel epiduralną, którą usunięto. Po operacji stopniowo pogorszenie i chora zmarła. Na sekcji stwierdzono drugą torbiel między D^9-D_{10} . Gdyby lipjodol wstrzyknięto powyżej i poniżej miejsca ucisku, można było usunąć obiedwie torbiele jednocześnie i być może, że chora mogłaby być uratowana.

Nr. 9. 1925.

L. Binet. Czy dym tytoniowy jest trucizną dla mózgu? Heinze wykazał, że papierosy zawierające 25 centygr nikotyny oddają z dymem 4 centygr nikotyny; z nich 35 miligr wchłania się przez drogi oddechowe, przy głębokim wdychaniu, a tylko 7 milgr przy powierzchownym, t. zn., gdy dym nie dostaje się do tchawicy i do oskrzeli.

Organizm ludzki pozbawia się nikotyny bardzo powoli. Dym tytoniowy oprócz nikotyny zawiera jeszcze nikotianinę, zasady pirydynowe i produkty spalania. Wszystkie te substancje mogą więc działać na mózg. Roger wykazał w swych doświadczeniach, że królik po wstrzyknięciu podskórnym nikotyny popada w pewien stan delirium.

Następnie autor zastanawia się głównie nad trzema objawami ze strony mózgu pod wpływem zatrucia nikotyną; 1) Nikotyna wywołuje przekrwienie mózgu, objętość mózgu staje się większa. Stwierdzał to doświadczalnie Wertheimer. 2) Stwierdzono uszkodzenie komórek w korze mózgowej. Guillaïn i Gy stwierdzili największe zmiany w wątrobie i w układzie nerwowym. Uszkodzone są tylko komórki kory mózgowej, w różnych jej warstwach. Zmiany w komórkach polegają na chromatolizie i wakuolizacji. Zmian w naczyniach ani w oponach nie stwierdzono. 3) Badanie nad zwierzętami, zatrutymi dymem tytoniu, wykazały istnienie zaburzeń pamięci u tych zwierząt. P. Mathieu i L. Merkleu doświadczalnie wykazali, że zwierzęta (myszy) poddawane działaniu dymu tytoniowego przez 10—15 minut, nie od razu wykazywały objawy zatrucia, lecz dopiero po upływie 24—48 godzin; zwierzęta np. nie mogły znaleźć swego legowiska, lub potrzebowały większej ilości czasu, aby przebyć tę samą drogę, jaką przebywały przed zatruciem.

Wszystkie powyższe dane są dość przekonujące, aby wykazać istnienie szkodliwego działania tytoniu na mózg.

Michalski (Warszawa).

Nr. 8. 1925.

Crainicianu. Badania doświadczalne nad stosunkiem między wydzieleniem wewnętrznym jajników i napięciem układu wegetatywnego. Autor badał napięcie układu wegetatywnego sercową próbą atropinowo-ortostatyczną Danielopolu i Carniola, pozwalającą oddzielnie określić liczbowo napięcie nerwu błędnego i sympatycznego.

Badając to napięcie przed i po operacji Wertheima autor stwierdził, że po usunięciu całkowitem jajników:

1) napięcie bezwzględne układu sympatycznego zwykle się zmniejsza;

2) napięcie bezwzględne układu nerwu błędnego również się zmniejsza i zmniejszenie to może być zaznaczone tak dalece, że spada do 0.

Z badań tych wynika, że wydzielanie wewnętrzne jajników wspólnie z wydzieleniem innych gruczołów wpływa na utrzymanie się napięcia układu wegetatywnego, gdyż po zniknięciu tego wydzielania napięcie w układzie wegetatywnym zmniejsza się.

J. Typograf (Warszawa).

Nr. 9. 1925.

A. Chaffard et M. Debray. O wzajemnym stosunku kamicy nerkowej i kamicy wątrobowej. Obserwacja kliniczna wykazała, że kolejne występowanie napadów kolki nerkowej i wątrobowej u jednego i tego samego osobnika należy do zjawisk częstych. Statystyka (Senac, Bouchard) stwierdza, że chory na kamicy wątrobową często jednocześnie cierpi na kamicy nerkową, względnie występuje ona w ich antecedenjach, że natomiast ani jeden % chorych na kamicy nerkową nie cierpiał uprzednio na kamicy wątrobową. Przeprowadzone przez autorów badania nad składem surowicy krwi takich chorych doprowadziły do wniosku, że chory na kamicy nerkową są przeważnie dotknięci hipercholesterynemją i hiperurikemją. Podobny stan wykazano u chorych dnawych. U chorych na kamicy wątrobową hipercholesterynemją jest regułą, natomiast nigdy nie występuje u nich hiperurikemją. Obserwacje cudze i własne, upoważniają autorów do zestawienia wniosków następujących:

1. Stanom hiperurikemicznym (kamica nerkowa i dna) towarzyszy zazwyczaj we krwi obraz hipercholesterynemji. Stany te odgrywają rolę przyczyn usposabiających do występowania kamicy wątrobowej.

2. Kamicy żółć. pierwotnej nie towarzyszy hiperurikemja; nie usposabia też ona ani do dny, ani do kamicy nerkowej.

3. Gdy oba stany współistnieją u jednego chorego (stan taki autorzy nazywają *Bilithiasis*) to zazwyczaj kamica nerkowa poprzedza wystąpienie kamicy wątrobowej.

E. Landau (Warszawa).

Annales d'Oculistique.

T. CLXI. Octobre. 1924.

Dupuys Dutemps. Odlamek żelaza pozostający przez 15 lat w przedniej komorze bez wywołania reakcji zapalnej lub żelazicy oka. Autor przedstawia chorego, u którego odlamek żelaza pozostawał przez 15 lat w cieczy wodnej przedniej komory, nie powodując żadnych zmian w oku. Dopiero po 15 latach z powodu nastrożania rzęskowego z łatwością usunięto ten odlamek żelaza.

Autor przypuszcza, że w cieczy wodnej, tem środowisku martwym niema odpowiednich czynników chemicznych i biologicznych, koniecznych do wywołania żelazicy w oku. Żelazica powstaje prawie zawsze, gdy żelazo utkwii gdzieś poza tęczówką: w naczyniówce, siatkówce, ciałku rzęskowym, ciele szklistem, znacznie rzadziej, gdy jest w tęczówce, soczewce, a nigdy, gdy pozostaje wolno w cieczy wodnej.

J. Lippincatt. Wpływ znieczulenia oka na działanie leków ocznych. Autor twierdzi, że poprzednie znieczulenie oka wpływa na szybsze wessanie leków ocznych n. p. adrenalina po poprzednim znieczuleniu oka środkiem nierozszerzającym źrenicę n. p. holokainą, rozszerza źrenicę. Spostrzegł dalej, że stosując środki wyjaśniające zaćmioną soczewkę — po poprzednim znieczuleniu oka otrzymywał znacznie lepsze wyniki. Przyczyny tego zjawiska autor wytłumaczyć nie potrafi.

Etienne Leblond. Przypadek pierścieniowatego ubytku w polu widzenia pochodzenia urazowego. W piśmiennictwie opisano kilka takich przypadków.

Przypadek autora dotyczy żołnierza ranionego kulą w okolicy potylicy. U chorego stwierdzono: stan ogólny i stan nerwowy bez zmian, upośledzenie widzenia osiowego

zwężenie pola widzenia obwodowe, ubytek w polu widzenia pierścieniowaty, obustronny. Przez 9 lat ubytek pierścieniowaty pozostawał bez zmiany, natomiast widzenie osiowe znacznie się poprawiło. Autor sądzi, że zmiany te powstały skutkiem uszkodzenia obustronnego i symetrycznego mózgu, w okolicy płatów potylicznych. Podobne przypadki pierścieniowatych ubytków w polu widzenia opisał Beauvieux, lecz przy zranieniach w okolicy ciemieniowo-skroniowej.

T. CLXI. Novembre. 1924.

Dufour. Używanie filtrów barwnych i widzenie barw. Filtry barwne są to płytki barwne o powierzchniach równoległych. Płytki takie nie przepuszczają wszystkich promieni, stąd też światło po przejściu przez filtr zmienia swą barwę. Jeśli oglądamy biały ekran oświetlany przez 2 źródła światła A i B o różnej barwie otrzymamy barwę powstałą skutkiem t. zw. optycznego zmieszania barw, barwę z dodania (*couleur d'addition*). Jeśli zaś patrzymy przez filtr o barwie A na powierzchnię o barwie B, to ponieważ filtr zatrzymuje pewne promienie z B otrzymamy barwę t. zw. z odjęcia (*couleur de soustraction*). Dwa światła z różnych źródeł pochodzące mogą mieć tą samą barwę, mimo tego, że różnią się składem swych promieni. Takie 2 barwy identyczne o różnym składzie dają tę samą barwę po zmieszaniu z innymi barwami — rzecz się ma przeciwnie, jeśli oglądamy przedmiot barwny przez 2 filtry jednakiej barwy, ale o różnym składzie.

Filtry barwne pozwalają nam na przeprowadzenie analizy barw. Ażeby zanalizować wiązkę światła, podobnie, jak to czynimy spektroskopem, musielibyśmy mieć ogromną ilość filtrów, z których każdy przepuszczałby tylko jeden promień widma. Dzięki filtrom barwnym odróżniamy nieraz barwy o różnicach bardzo nieznacznych, albo przeciwnie, mieszamy zupełnie odmienne barwy n. p. znak czerwony na białym tle oglądany przez filtr zielony wyda nam się czarnym, natomiast jeśli ten znak czerwony oglądamy przez filtr czerwony, wówczas całe pole wyda się nam czerwonym.

Praktyczne zastosowanie filtrów jest dość znaczne. Filtry szare lub barwne używane jako t. zw. szkła ochronne chronią oko od promieni z natury swej dlań szkodliwych n. p. pozafioletkowych, lub też szkodliwych skutkiem zbyt wielkiej intensywności n. p. promieni słońca albo elektrycznych. Szkło ochronne może być zarazem szkłem poprawczym o ile połączymy go z odpowiednią soczewką.

Dzięki filtrom możemy otrzymać znaczną poprawę widzenia. Wiemy, że absorpcja środków optycznych oka jest różną dla różnych promieni. Promienie pozafioletkowe nie wnikają do oka, ale powodując fluorescencję soczewki powodują zarazem zamazanie obrazów na siatkówce. Szkło nie przepuszczające tych promieni usuwa ich szkodliwe działanie. Jeśli zapomocą filtru przepuścimy tylko niektóre promienie n. p. żółte i zielone, na które oko jest najwrażliwsze, obrazy są znacznie wyraźniejsze.

Dla lekarzy mają filtry dość wielkie zastosowanie.

1. Znanem jest używanie szkieł niebieskich »Isly« celem łatwiejszego rozpoznania wysypek.

2. Filtru Vogta używamy przy badaniu dna oka w świetle bezczerwienem.

3. Szkła fotometryczne Tcherniga używane są przez okulistów (przepuszczające tylko pewną część promieni widma).

4. Do wykrycia symulacji służą teksty barwne, które badany ogląda przez filtry barwne.

Oswald twórca mało dotąd znanej teorii barw przeprowadza zapomocą filtrów z wielką dokładnością analizę barw.

Jak wielką usługę oddają filtry daltonistom, o tem najlepiej świadczą załączone przez autora kopje rysunku wykonanego przez daltonistę, jedna gołem okiem, druga przez filtr odpowiedni. — W drugiej barwy zielona i czerwona oddane są bez zarzutu. Zrozumiałem jest, że daltonista przez filtr nie widzi barw w ten sposób, jak oko normalne — ale analizując wiązkę promieni może odróżnić barwy, których gołem okiem nie odróżnia. Niwątpliwie wielką rolę odgrywa tu ćwiczenie inteligencji chorego.

Według autora do ważnych zadań okulisty należy poznanie sposobów poprawy dyschromatopsji.

Gallemaerts. Egipskie zapalenie i barwienie tkanki żywej. G. podaje nowy sposób rozpoznawania wczesnych stadiów egipskiego zapalenia.

Zapomocą lampy szczelinowej Gullstrand'a albo mikroskopu Czapskiego można rozpoznać w spojówce najdrobniejsze ziarna pod postacią jasnych plam rozrzuconych między naczyniami. Obrazy są o wiele wyraźniejsze po odpowiednim zabarwieniu spojówki. W tym celu używa G. błękitu metyloвого 0,4%, błękitu nilu 0,4%, azuru metylenowego 0,5%. Silniejsze roztwory powodują złuszczenie się rogówki. Oko należy znieczulić kokainą. Jeśli bóle są zbyt silne należy zaniechać badania. Roztwory świeżo sporządzone barwią gorzej niż stare. Jeśli mikroskop wykaże zbyt intensywne zabarwienie należy opłukać spojówkę tanniną 3—4%. Odbarwienie występuje zwykle po 24 godzinach.

Mikroskopem stwierdzamy, że elementy zabarwione tworzą ciemne plamy. Plamy te odpowiadają nagromadzeniu się komórek — w późniejszych okresach miejsca zabarwione wystają nieco nad powierzchnię i są ostro odgraniczone od otoczenia niezabarwionego. W okresie organizacji ogniska zabarwione umiejscawiają się jedne obok drugich i wtedy również na tle niebiesko zabarwionych komórek wyraźnie zarysowują się czerwone naczynia.

Zmiany powyższe możemy śledzić na spojówce gałkowej aż po rąbek rogówki.

Millet A. H. Astygmatyzm nieregularny, a egipskie zapalenie. Astygmatyzm nieregularny powstaje bardzo często w następstwie zmian rogówkowych powstałych jako powikłanie egipskiego zapalenia. Najwięcej dolegliwości sprawia choremu astygmatyzm spowodowany nieraz bardzo nieznaczniemi uszkodzeniami w partjach środkowych rogówki. W tym przypadku bystrość wzroku jest znacznie upośledzoną, często również występują objawy hemeralopji. Obiektywne wykazanie tego astygmatyzmu sprawia nieraz wiele trudności — zwyczajnie używane metody rozpoznawcze jak: zwierciedlenie, oświetlanie lupą Bergera, prześwietlanie lusterkiem płaskim, astygmetr Placido, zawodzą często w zupełności. Według autora z łatwością dadzą się te nieznaczne zmiany rogówkowe rozpoznać astygmetrem Jawala i Schiötza. Przy obracaniu łuku astygmetru widzimy stopnie schodków niekształcone i wykrzywione. Ze stopnia tych zmian możemy w przybliżeniu określić upośledzenie bystrości wzroku spowodowane uszkodzeniem rogówki. Badanie to zaleca autor w szczególności lekarzom wojskowym, jako metodę łatwą, szybką, dostępną nawet dla lekarza niespecjalisty.

Dantrelle. Dwa przypadki usunięcia drobnych ciał obcych z ciała szklatego. D. spostrzegł dwukrotnie przypadki drobnych odłamków żelaza (największy przekrój 1 do 1,5 mm — ciężar 0,4 i 0,5mg), które utkwily w ciele szklistem. Rozpoznanie w podobnych przypadkach nie jest łatwym. Radjoscopja i elektromagnes dają wyniki ujemne. Jedynie zapomocą radjografji można wykazać drobne odłamki żelaza a nawet dość dokładnie określić ich wielkość. Również pewną usługę oddaje lampa szczelinowa Gullstrand'a, zapomocą której można wykazać, czy ciało obce przebiło tylną ścianę rogówki. Drobne odłamki żelaza należy według D. usuwać z ciała szklatego elektromagnesem po wykonaniu trepanacji twardówki trepanem Elliot'a.

Zabieg ten nie powoduje żadnych szkodliwych następstw, a chroni oko od żelazicy.

J. Mikulińska (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

VIII. Posiedzenie naukowe w dniu 13 marca 1925 r.

Przewodniczy kol. G. rek.

Obecnych 105 członków.

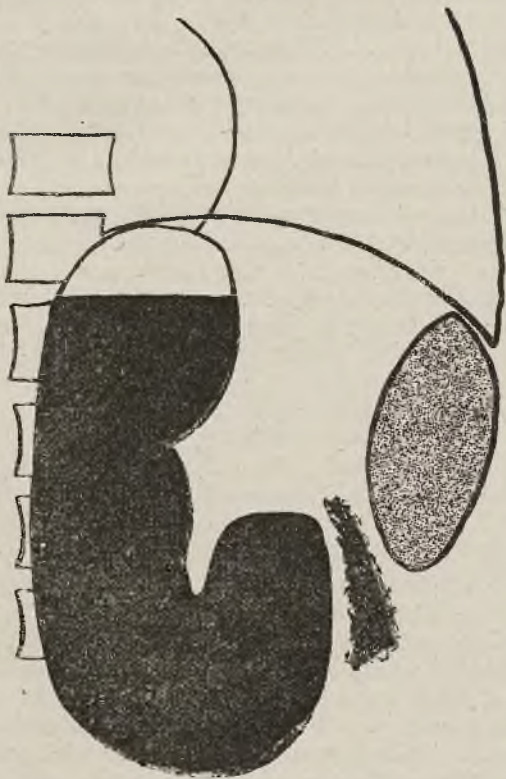
1. Kol. E. Meisels przedstawia przypadek zawężenia żołądka »Volvulus ventriculi«.

Chory został przysłany do badania roentg. z powodu dolegliwości żołądkowych. Od lat 7-min cierpi na okresowo występujące bóle w lewym podżebrzu o charakterze kurczów, pro

mieniujące pod lewą łopatkę. Bóle te występują co roku, trwając 1–2 miesiące. W okresach wolnych od tych bólów czuje się zupełnie dobrze. Bóle występują 1½–2 godz. po jedzeniu, i uspokajają się po ponownym przyjęciu pokarmów. Typowe bóle głodowe. W nocy bólów niema, oprócz tego dość często zgaga. Apetyt słaby. Stolce stale regularne. Wywiady typowe dla wrzodu żołądka, czy też dwunastnicy. Badanie wykazuje: brzuch lekko wzdęty, nieprawidłowych oporów, ani też wyraźnej bolesności przy ucisku nie można nigdzie stwierdzić.

Badanie treści żołądkowej wykazuje drobne zaległości na czczo, nieco zwiększoną kwasotę.

Badanie roent. wykazuje obraz bardzo niezwykły: Żołądek bakowaty, prawidłowy, leży po stronie lewej, do części wpustowej normalnie na lewo wypukłonej dostaje się pokarm bez żadnej przeszkody. Między częścią środkową, a częścią wpustową można zauważyć małe wgłębienie i przy prześwietleniu można stwierdzić, że treść pokarmowa zatrzymuje się w tym miejscu przez parę chwil. Część środkowa przebiega pionowo ku dołowi i łukowato skręca na lewo, przechodząc w część odźwiernikową. Część ta prawidłowo szeroka, przebiega lekko skośnie od dołu strony medialnej ku górze i stronie lateralnej. Zamiast więc normalnego przebiegu ku wątrobie, przebiega część odźwiernikowa w tym przypadku ku śledzionie. Ruchy robaczkowe bardzo żywe. Odźwiernik drożny, czas wypróżnienia, kilkakrotnie badany, prawidłowy. Opuszka dwunastnicy wypełnia się przelotnie, zarys nie są ostre. Jelita cienkie i kiszka gruba motorycznie i morfologicznie są zupełnie prawidłowe. Chorego M. ma w obserwacji od 2-eh tygodni, stan ten zupełnie się nie zmienił. Jest to więc skręt żołądka o 180°; żołądek dokonał



obrotu około swej osi długiej, wskutek czego część odźwiernikowa została przeniesiona ze strony prawej na stronę lewą. Nie cały żołądek jednak jest skręcony, część wpustowa wykazuje prawidłowe położenie, tylko jego dolne 2/3 części, część środkowa i część odźwiernikowa, zostały na lewo obrócone. Miejsce skrętu leży pod częścią wpustową. W przejściu jej w część środkową, co zaznacza się w obrazie roentg. wpukleniem i lekkim zatrzymywaniem się pokarmów. Przyczyny tych zmian trudno na pewne podać. W każdym razie nie odpowiada ten obraz żadnym zmianom wrodzonym, gdyż nie ma dla niego uzasadnienia w rozwoju embrjonalnym. Najbardziej prawdopodobnym wydaje się mówcy powstanie tego stanu wskutek wzrostów z powodu wrzodu, najprawdopodobniej wrzodu dwunastnicy, za czem przemawia obraz roentg. opuszki dwunastnicy. Przypadki skrętu żołądka należą do rzadkich schorzeń. W piśmiennictwie opisanych jest zaledwie kilkanaście przypadków, które, z wyjątkiem jednego, różnią się od naszego. Wszystkie te przypadki cechuje ostry przebieg. Obraz kliniczny odpowiada ostremu rozszerzeniu żołądka. Wedle Borchardta trzy objawy są charakterystycznymi cechami dla skrętu żołądka: 1. wzdęcie i balonowaty guz w lewym podżebrzu; 2. silna czkawka i brak wymiotów; 3. niemożność wprowadzenia zgłębniaka do żołądka. Tylko natychmiastowa operacja mogła chorych ocalić. Po otwarciu brzucha można się było przekonać, że ten balonowaty guz tworzyła silnie rozdęta górna część żołądka, skręcona w ten sposób, że tylna ściana żołądka jest obrócona ku przodowi, krzywizna duża przebiega po stronie prawej i jest podniesiona

ku górze. Żołądek był w tych przypadkach skręcony w około obu osi, podłużnej i strzałkowej.

Dzięki uprzejmości i pomocy prof. Nowickiego, mógł mówca na zwłokach przekonać się o mechanizmie takiego skrętu. Najłatwiej można obrócić do przodu i skrócić na lewo część odźwiernikową wraz z dwunastnicą. Wiązadła wątrobowo-żołądkowo-dwunastnicowe dają się łatwo rozciągnąć do tego stopnia, iż umożliwiają wykonanie tego skrętu. Górną część żołądka, umocowaną przy wpuście, próżną, jest bardzo trudno skrócić. Natomiast przepelniona, wydęta, po poprzednim skręceniu dolnej części i utwierdzeniu części odźwiernikowej na stronie lewej, schodzi sama ku dołowi i skręca się krzywizną dużą ku przodowi. Można przypuszczać, że podobny mechanizm zachodził w tych przypadkach skrętu żołądka z ostriemi objawami górnego ileus. Poprzedni z różnych powodów wywołany skręt części odźwiernikowej na lewo, tworzy predyspozycję do takiej reakcji żołądka na przeładowanie górnej części.

W przedstawionym przypadku mamy do czynienia tylko ze skrętem dookoła osi pionowej, dlatego też nie mamy w nim dotychczas ostrych zaburzeń. Jednak w miejscu skrętu, to jest w powyższym przypadku na granicy górnej części i środkowej można zauważyć zatrzymywanie się — lekkie wprawdzie — pokarmów; a więc istnieje tutaj lekkie przewężenie. Silniejsze zaciśnięcie światła w tym miejscu może łatwo spowodować rozdęcie i skręcenie się górnej części żołądka, tak jak w tych wyżej wspomnianych przypadkach. W piśmiennictwie roentg. mógł M. znaleźć tylko jeden przypadek skrętu żołądka, opisany przez dr. Weissa. W przypadku tym również brak było ostrych objawów, ale różni się on od przedstawionego tem, że nastąpiło tutaj samodzielnie odkręcenie się żołądka, tak, że w 6 godz. po pierwszym badaniu stwierdził autor znowu prawidłowe położenie żołądka. W przedstawionym przypadku, obserwowanym od 2-eh tygodni, położenie żołądka nie uległo żadnej zmianie.

W dyskusji kol. Schramm przypadku, przedstawionego przez kol. Meiselsa nie mógłby uważać za prawdziwy skręt żołądka wobec braku objawów zwężenia lub zamknięcia wpuścia i odźwiernika; należałoby oznaczyć zmianę widoczną na fotografii raczej tylko, jako przesunięcie odźwiernika na lewo.

Kol. Grek zaznacza, że tłumaczenie obrazu roentgenologicznego przez kol. Meiselsa zupełnie mu nie odpowiada, t. zn. iż wskutek pewnych zmian przebytych zapalnych powstało przemieszczenie odźwiernika na lewą stronę, podczas gdy wpuść pozostał na miejscu. Przemieszczenie to odźwiernika w tym stopniu mogła nastąpić li tylko przy skręcie żołądka o 180°.

Kol. L. Gluziński uważa, że przypadek ten można przeto wytłumaczyć przebyłym wrzodem żołądka i zrostami następowymi, które przeciągnęły odźwiernik na stronę lewą. To tłumaczy mu wszystkie objawy bez przyjęcia skrętu.

W odpowiedzi kol. Meisels zaznacza, że wytłumaczenie przemieszczenia części odźwiernikowej na lewo tylko przesunięciem jej jest zupełnie niewystarczające. Obraz przedstawiony mógł tylko powstać wskutek obrotu o 180°. Brak objawów zamknięcia wpuścia i odźwiernika zupełnie nie przemawia przeciwko temu. W piśmiennictwie chirurgicznym (Haber) są opisane przypadki bez tych objawów ostrych, a także w jedynym dotychczas opisanym przypadku roentgenologicznym również brak było powyższych objawów.

Kol. Gruca przedstawia a) 66 letniego chorego, u którego wykonano „neuroлизę“ prawego nerwu promieniowego. Chory doznał urazu prawego ramienia: został przyciśnięty wozem do drzewa, przyczem ramię prawe uległo zgnieceniu między wozem, a klatką piersiową. W chwili urazu silny ból i ścierpienie palców, mógł jednak pracować jeszcze przez dwa dni, nie mając żadnych zaburzeń, prócz bólu i obrzęku w miejscu ucisku. Po dwu tygodniach obrzęk rozlany cofnął się, pozostało jednak twarde, ograniczone zgrubienie. Równocześnie zjawilo się ograniczenie możliwości wyprostowania palców. Po dalszych trzech tygodniach chory zgłosił się na klinię.

Stwierdzono wówczas, na ramieniu prawem, około 4 palce powyżej stawu łokciowego prawego po stronie wewnętrznej, guz twardy, wielkości jaja kurzego, niebolesny, nieprzesuwalny wobec kości, oraz parę nerwu promieniowego, poniżej guza. Roentgen wykazał cień długi około 8 cm, szeroki ca 1½ cm po zewnętrznej stronie kości ramieniowej, dający obraz wczesnego okresu t. zw. *myositis ossificans*.

Rozpoznano: ucisk nerwu promieniowego, wywołany przez nowopowstałą tkankę kostną. Podczas operacji stwierdzono, że nerw promieniowy przechodzi przez środek guza, o spistości chrząstki, usadowionego powyżej przysadki kości ramieniowej; posuwając się wzdłuż nerwu nacięto część guza nad nerwem, zamieniając kanał w rynnę, nerw odsunięto, a guz po odparowaniu mięśni — oddzielono zapomocą raspatorium od okostnej. Przebieg prawidłowy. W dwa tygodnie po operacji wróciła zdolność prostowania palców, z małą siłą motoryczną. Po 4 tygodniach zupełny powrót funkcji ręki. Guz histologicznie wykazał typowy dla *myositis ossificans* układ tkanek. Zarówno urazowa *myositis ossificans* z takim powikłaniem, jak i tak szybki powrót czynności nerwu należą do spostrzeżeń rzadkich;

b) chorego z porażeniem prawego nerwu promieniowego na tle raka, leczonego przeszczerpieniem ścięgna. 44 letni urzędnik, przed 25 laty wrzód twardy, nieleczony, od 10 lat, bóle opasujące. W ostatnich sześciu latach przeszedł szereg kuracji

przeciwników, z poprawieniem się częściowym stanu ogólnego. W 1920 r. złamanie samoistne lewej kości skokowej. W 1921 upadł i złamał prawą kość promieniową tuż nad nadgarstkiem. Po złamaniu kość zrosła się wadliwie. Od 6 tygodni niemożność wyprostowania palców.

Stan 30. I. *Tabes dorsalis*. Ręka prawa zwisa bezwładnie ku stronie dłoniowej, wyprostowanie w stawach nadgarstkowych, zgięcie i wyprostowanie palców w stawach śród-ręczno-palcowych niemożliwe. Zginanie palców możliwe z bardzo małą siłą motoryczną. Dłoń cała przesunięta ku stronie promieniowej i przegięta wobec przedramienia prawie kątem prostym. Obwodowy koniec kości łokciowej wystaje wolno ku dołowi.

Rozpoznano źle wyleczone złamanie kości promieniowej prawej, nadwichnięcie. Paralysis nerwi *radialis tabica*. Ponieważ, wobec tła cierpienia, o jakimkolwiek zabiegu na nerwie danym nie mogło być mowy, wykonano operację plastyczną: Po wyprostowaniu ręki — ścięto *m. extensor carpi radialis brevis* przecięto w miejscu przejścia w brzusiec i przeprowadzono przez otwór wywiercony w kości ramiennej około 2 cm powyżej jej obwodowego końca — poprzecznie od strony kości łokciowej ku stronie promieniowej — zszywając je w pętli i przyszywając do okostnej. Ścięto *m. extensor carpi radialis longus* odcięto i przszyty do okostnej kości promieniowej od strony kości łokciowej. Ścięto mięśnia *extensor carpi ulnaris* przecięto i przszyty do okostnej zewnętrznej krawędzi k. łokciowej. Ta część zabiegu ustalała rękę w zgięciu około 30° ku stronie grzbietowej i umożliwiała wydatniejsze zginanie palców. Dla uzgodnienia możliwości wyprostowania palców odcięto ścięto *m. flexor carpi ulnaris* od kości trzyczekowej — uruchomiono na przestrzeni 10 cm jego brzusiec, przeprowadzono przez kanał pod powięziowy na stronę grzbietową ręki i po rozszczepieniu go objęto niem ścięgna wspólnego prostownika palców i prostownika palca wielkiego i zeszyty z niemi na znacznej przestrzeni. Opatrunek szynowy w nadmiernym wyprostowaniu na 3 tygodnie. Przez dalsze trzy chory na godzinę dziennie szynę zdejmował dla ćwiczeń palców.

Obecnie wyprostowanie palców jest dobre, zginanie ze znaczną siłą motoryczną. Chory pisze szybko i wyraźnie. Opisany sposób różni się nieco od operacji Pertlesa dla porażenia nerwu promieniowego. Mianowicie otwór przez k. promieniową prze-wiercono nie w kierunku grzbietowo-dłoniowym, ale promieni-łokciowym — celem utrzymania silniejszej redresji ku stronie ulnarnej, z tego samego powodu ścięto *m. extensor carpi radialis longus*, przszyty po stronie ulnarnej, a nie do włóknistej krawędzi radii, jak poleca Pertles. Do obrazu operacji Pertlesa należy jeszcze przeszczepienie *m. flexor carpi radialis* lub *palmaris longus* na mięśnie kciuka, ze względu jednak na naruszenie równowagi, gdyż ścięto mięśnia *extensor carpi ulnaris* było bardzo słabe i przeszczepiono ścięgno *flexor carpi radialis* ściągając dłoń ku stronie promieniowej — przeszczepienia tego zaniechano.

W dyskusji kol. Schramm podkreśla dobry wynik przeszczepienia ścięgien, jaki otrzymano w tym przypadku.

3. Kol. Wł. Dobrzański wygłasza wykład: »Sympatektomia okolotętnicza pod względem klinicznym« (w całości okazała się drukiem w Pol. Gaz. lek.). Na wstępie omawia mowca ogólne objawy ze strony układu wegetatywnego, który do ostatniej niemal doby stanowił dziedzinę w zupełności niedostępną dla leczenia operacyjnego. Chirurgja jednak, w miarę rozwoju, zdobywając coraz szerszy zakres działania sięgnęła i do układu wegetatywnego, a piękne wyniki, jakie osiągnęli niektórzy chirurgowie (Jonnesco, Brüning, Kümmel) drogą zabiegów operacyjnych na układzie współczulnym (dychawica oskrzelowa, dusznica bolesna), jak również i dane histologiczne, oparte na materjałach, tym sposobem uzyskanym, rzucają nowe światło na fizjologję względnie patologję układu wegetatywnego. Jeśli chodzi o historję zabiegów operacyjnych na układzie wegetatywnym, to należą one do ostatnich dziesiątków lat ubiegłego stulecia. Pierwszy zabieg na człowieku wykonał w r. 1883 William Alexander, wycinając *gangl. cervic. sup.* przy padaczce. Śladami temi poszli Jaboulay i Jonnesco, stosując tę metodę przy padaczce, chorobie Basedowa, w przełomach wędrowych i niektórych schorzeniach zapalnych narządów miednicy. Jednym z pierwszych wogóle, a w Polsce niewątpliwie pierwszym, był Barącz, który stosował wycięcie zwójów współczulnych szyjnych wraz z podwiązaniem względnie wycięciem tętnic kręgowych. On też pierwszy w r. 1893 rzucił myśl obustronnej resekcji nerwu współczulnego szyjnego wraz ze wszystkimi zwojami celem leczenia padaczki. Usuwanie przydanki naczyniowej a wraz z nią i *plexus sympathicus periarterialis*, który posiada w stosunku do naczyń własności wazokonstryktoryczne — stanowi jeden z działów chirurgji układu współczulnego. Myśl tę wykorzystał w celach leczniczych, oparł o szersze teoretyczne podstawy i wprowadził do piśmiennictwa przed 10 laty francuski chirurg z Lyonu R. Leriche pod nazwą »*sympathectomie periarterielle*«. Skala stosowania jej była bardzo rozległa. I tak wykonywano ją przy zgorzeli na tle miażdżycy, cukrzycy, odmrożenia, w analogicznych stanach, na tle nieznanych nam bliżej spraw infekcyjnych i toksycznych, w zaburzeniach naczyniowych o najrozmaitszej etiologii, przy owrzodzeniach troficznych pochodzenia centralnego i obwodowego, w neuralgjach i zranieniach nerwów, jakoteż naczyń,

w przykurczach odruchowych, przy bólach, obrzękach i owrzodzeniach kikutów poamputacyjnych, w ostrych obrzękach porażonych z niedowładem czynnościowym kończyny, po bólach o nieznanej przyczynie, w marskości sromu, w *Keratibis neuroparalytica*, w całym szeregu schorzeń skórnych, w przewlekłym zapaleniu szpiku kostnego, w słoniowaciźnie kończyny i narządów płciowych, przy złamaniach kości i gruźlicy chirurgicznej, a wreszcie w pewnej modyfikacji przy ropnem zapaleniu pochewek ścięgniętych, przy ciężkich uszkodzeniach tkanek i przy kontrakturze Dupuytren'a. Prócz oryginalnej metody Leriche'a istnieją jej modyfikacje, z których ważniejsze są: wycięcie tętnicy i t., zw. sympatikoliza periarterjalna. S. p. wykonywano zawsze na dużych pniach tętniczych, ażeby w ten sposób doprowadzić do wybitnych zmian krążenia w obrębie terenu, zaopatrywanego prawie że wyłącznie przez dane naczynie. Bezpośrednio po wykonaniu zabiegu występuje skurcz odnośnej tętnicy, jakoteż niedokrewność, obniżenie temperatury i ciśnienia. Stan ten może się utrzymywać od 3—36 godzin, poczem przychodzi okres rozszerzenia tętnicy, manifestujący się wyraźniejszem tętnem, podwyższeniem ciepoty i ciśnienia. Często już w tym okresie znikają ciężkie stany podrażnienia całego układu wegetatywnego, które jest tak charakterystyczne i tak często towarzyszy całej grupie schorzeń, zaliczanej do trofoneuroz. Co się tyczy powikłań po s. p., to do najważniejszych należy przebiecie tętnicy w czasie zabiegu lub po wykonaniu tegoż jakoteż, ropienie w obrębie rany operacyjnej skutkiem zakażenia z sąsiednich otwartych dróg i gruczolów chłonnych. Niektórzy obserwowali powstanie tętniaka rzekomego w miejscu wykonanej sympatektomji. Wyniki ostateczne po s. p. przedstawiają się bardzo różnicale. Statystyki tylko w znikomej części notują rezultaty trwałe, w olbrzymiej zaś ilości przypadków osiągnęto polepszenie tylko przejściowe z częstymi nawrotami. Lwowska Klinika Chirurgiczna wykonała s. p. w 25 przypadkach, stosując ją w tych stanach, w których patogenesa wskazywała na pierwotne schorzenie naczyniowe względnie drogą poprawy krążenia starano się usunąć dany stan chorobowy. Wszystkie zabiegi wykonano w znieczuleniu. Po omówieniu zmian anatomicznych, jakie spotykano w czasie wykonywania zabiegu, mowca zestawil w krótkości te powikłania, jakie spostrzegano na lwowskiej Klinice chirurgicznej. Co się tyczy ogólnych następstw samego zabiegu, to są one na ogół zgodne z tem, co w tej kwestji już wyżej powiedziano. Przejściowe często polepszenie po s. p. należałoby odnieść do pewnych regeneracyjnych, czy też funkcjonalnych procesów wyrównawczych w zakresie przewodnictwa nerwowego, jakie niewątpliwie muszą mieć miejsce zwłaszcza po tak subtelnym zabiegu anatomicznym. Przy wrzodach troficznych, źle gojących, się mimo wykonania s. p., poleca mowca wstrzykiwanie gąszczu nabłonkowego sposobem Pels-Lensdena w modyfikacji Hilarowicza. Na uwagę zasługuje też stosowane na klinice śródmięśniowe wstrzykiwanie mleka z pomyślnym wynikiem leczniczym. Ciekawe są również podane ostatnio próby Orzechowskiego leczenia kaulalgji pourazowych, przykurczów i bólów fizjopatycznych — pilokarpiną, jako sui generis wybiórczym, sympatykoporażnym środkiem. Jeżeli chodzi o przyszłość s. p. to, zdaniem Leriche'a, dermatologja, a do pewnego stopnia i niedomoga gruczolów o wewnętrznym wydzielanu otwiera przed nią szerokie horyzonty.

W dyskusji kol. Barącz dziękuje kol. Dobrzańskiemu za przyznanie mu pierwszeństwa pomysłu — przed Jonesco — obustronnej resekcji pnia nerwu współczulnego wraz z wszystkimi 6-ma zwojami przy padaczce samoistnej. Ponieważ nie tylko Jonesco, ale i poważni chirurdzy niemieccy jak Kümmel, Brüning i i., polecają w ostatnich czasach nie tylko przy chorobie Basedowa, *asthma cardiacum* i *bronchiale*, ale i przy padaczce wycinać pień n. współczulnego szyjnego, przytacza kol. Barącz swoje próby leczenia padaczki samoistnej przedsięwzięte jeszcze w r. 1888 na 4 chorych najpierw przez podwiązanie jedno — później obustronne tętnicy kręgowej na 2 chorych, później własną modyfikację tej operacji — przez resekcję obu tętnic kręgowych w r. 1889, wreszcie w r. 1889 przez obustronną resekcję tych tętnic z jednostronną resekcją pnia n. współczulnego. Do podwiązania tętnic kręgowych zachęciły go przypadki operowane w jego obecności przez Sydney'ego w Londynie w r. 1882 oraz prace autora tej operacji Alexandra. A. Łómaczył korzystny wpływ tej operacji na padaczkę zmniejszeniem przekrwienia żylnego rdzenia przedłużonego u epileptyków po podwiązaniu tych tętnic. Ponieważ kol. Barącz w 3 przypadkach zauważył po podwiązaniu tętnic kręgowych polepszenie, trwające tylko od 8—9 miesięcy, i ponieważ u każdego z operowanych spostrzegł, jako wyraz obrażenia spłotu naokołonaczyniowego n. współczulnego, Łómaczył sobie łącznym obrażeniem podczas operacji gałęzi n. współczulnego i spłotu naokołonaczyniowego tegoż nerwu. Ponieważ tak pień nerwu współczulnego, jak i spłot jego periarterjalny tętnicy kręgowej przewodzą bodźce mechaniczne obwodowe (od trzewiów) do ośrodków kurczowych, spodziewał się kol. B. przez resekcję tętnic kręgowych i zarazem najradykałniejsze usunięcie spłotu naczyniowego nerwu współczulnego lepszych wyników, aniżeli po samem podwiązaniu tętnic. Wreszcie wykonał jednostronną resekcję nerwu, ponieważ znany mu był tylko jeden przypadek z piśmiennictwa Israela wycięcia jednostronnego nerwu przy

operacji naczylniaka jamistego na szyi bez szkodliwych następstw. Opisując ten przypadek polecił w przyszłości obustronną resekcję wraz z wszystkimi zwojami. Wyniki wszystkich tych zabiegów nie były zachęcające. Kol. B. ma zamiar wywieźć się o dalszym losie tych chorych Technika skombinowanej metody resekcji dróg nerwu współczulnego na szyi, podana w r. 1923 przez Brüninga, jest zbliżona do techniki, użytej przez kol. Barącz a jeszcze w r. 1888, rozciąga się jednak i na spłot periarterialny tętnicy dogłowej.

Kol. Sochański wspomina o przypadku twardziny skóry (*sklerodermia*), leczonej w klinice lekarskiej, w którym wykonano obustronną sympatektomię około tętnicy ramiennej. Uzyskano wynik częściowo dodatni (zmniejszenie napięcia skóry, lepsze wydzielanie potu). Mówca zastanawia się nad mechanizmem bodźców troficznych i podkreśla, że prócz nerwowych impulsów wegetatywnych, a pośrednio i wpływów naczyniowych, grają tu rolę i bodźce hormonalne. Zabieg usuwa tylko część dróg wegetatywnych, a stąd zaburzenia od nich właśnie zależne mogą być w odpowiednim przypadku w dziedzinie polemi dla zabiegu od innych, w których trofoneuroza ma inny punkt wyjścia. W przypadku omawianym nie usunął zabieg zbrunatnienia skóry, mającego do inkretoryczne, a wpłynął po części na inne objawy, zależne najprawdopodobniej od bodźców, których dopływ udało się częściowo usunąć.

Kol. Schramm: Doświadczenia, zrobione na lwowskiej klinice chirurgicznej, każą mu się zapatrywać dosyć sceptycznie na wartość operacji Leriche'a. Dobre skutki po niej widział mówca tylko w przypadkach, w których mieliśmy do czynienia z cierpieniami, jakie musimy odnieść do zaburzeń w czynności nerwów, nieraz jeszcze bliżej nieznaną, jak przy chorobie Reynauda sclerodermii, przy wrzodach, tak zwanych troficznych i t. p. W przypadkach zgorzeli na tle zwapnienia tętnic, przy odmrożeniach, przy nerwobólach w kikutach amputacyjnych nie widział S. skutków pomyślnych; w przypadkach cięższych zmian chorobowych przy gruzlicy kości stan miejscowy tak szybko się pogarszał, że miał wrażenie, że sympatektomia wywarła tu wpływ niekorzystny.

Z zabiegów na nerwie współczulnym wchodzi znów w użycie wycięcie tego nerwu i zwojów szyjnych przy padaczce swołistej. Przed przeszło dwoma miesiącami wykonał mówca taki zabieg u kobiety dwudziestokilkolletniej, cierpiącej na padaczkę, dla której najdokładniejsze badanie na oddziale nerwowym tuższego szpitala u prym. Dra Domaszewicza nie mogło wykazać żadnej przyczyny choroby. Po wycięciu zwoju drugiego i trzeciego wraz z odpowiednim kawałkiem pnia nerwu współczulnego, stan z początku się pogorszył; w następstwie jednak po upływie kilku dni napady ustały i do dnia dzisiejszego się nie powtórzyły. Naturalnie nie można jeszcze mówić o wyleczeniu, wpływ korzystny jednak zabiegu nie da się zaprzeczyć.

Kol. Pišek sądzi, że przy doszczętnych zabiegach operacyjnych (resekcja) z powodu wrzodu żołądka wyleczenie, uzyskujemy prawdopodobnie i dlatego, że przecinamy włókna sympatyczne, przebiegające w ścianie żołądka, a więc wykonujemy *suis generis* sympatektomię równocześnie z usunięciem wrzodu.

Co do podwiązania tętnicy kręgowej przy padaczce nie patrzyłby na to dzisiaj z takim entuzjazmem i sądzi, że sam kol. Barącz nie powtórzyłby tak śmiałych zabiegów przy padaczce.

Kol. Leńko podnosi, że Francuzi próbowali robić sympatektomię jednostronnie i obustronnie na naczyniach nerkowych, lecz wynik nie odpowiedział pokładanym nadziejom. Mówca sądzi, że zabieg ten powinno się robić tylko na mocy ściśle określonych wskazań — jak to zaznaczył poprzednio kol. Schramm.

Kol. Schramm zauważa, że w ostatnich czasach przypisuje się znaczny wpływ nerwowy w powstawaniu i nieogojeniu się wrzodu okrągłego żołądka. Myśl leczenia tego wrzodu za pomocą operacji Leriche'a, powziął też przed kilku miesiącami kol. Franke; za jego radą, po doświadczeniach na zwłokach, starał się mówca wykonać sympatektomię na pniu tętnicy żołądkowej lewej u chorego z rozległym wrzodem modzelowatym żołądka. Trudności techniczne były jednak tak znaczne, że dokładne wykonanie zabiegu było niemożliwe. Z powodu tych trudności poleca w ostatnich czasach jeden z autorów wypalenie ściany tętnicy kwasem karbolowym, postępowanie, według przekonania prof. Schramma, niepewne i niebezpieczne.

Kol. Barącz w odpowiedzi kol. Pišekowi oświadcza, że nadal wykonywałby i polecałby resekcję pnia nerwu współczulnego — operację uznaną jako racjonalną — osobliwie, jeżeli dalsze sprostowania operowanych chorych okazały, że operacja ta daje choćby trwałe polepszenia.

K. Tyszkę, sekretarz doroczny.

Sekcja Lekarska Tow. Wiedzy Wojsk. w Stanisławowie.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 kwietnia 1925 r.

Dr. Feil: Mucha, wesz i pchła, jako roznosiciele chorób zakaźnych. Z chwilą odkrycia roznosiciela zimnicy datuje się powstanie specjalnego piśmiennictwa, Entomologii czyli nauki o stworzeniach, biorących udział w rozwoju chorób zakaźnych. Przed 30-tu laty zbadano, że roznosicielem zarazków zimnicy

jest mucha rodzaju, *anopheles*, z których pewne gatunki żyją w Europie, jak *anopheles maculopenius*, *bifukatus* i *nigripaus* *anopheles* żyje i rozwija się w specjalnych warunkach, mianowicie przy temp. wyżej 16 stopni i stąd zimnica panuje w okolicach o wysokiej ciepłocie średniej, przyczem ukłucie u zdrowego człowieka, bezpośrednio po ukłuciu nosiciela zimnicy choroby, nie wywołuje dopiero po rozwoju zarazka w ciele muchy, który to rozwój trwa około dziesięciu dni. Powrót tysięcy żołnierzy zimniczych do krajów Europy nie spowodował rozszerzenia zimnicy w Europie środkowej, mimo obecności widlisza dzięki odrębnym stosunkom higienicznym, klimatycznym, izolacji chorych w okolicach suchych i ponadto osuszeniu okolic wilgotnych, zwłaszcza, że żywot widlisza w naszych okolicach jest krótki. W krajach północnych brak wypadków malarji gdyż nie ma *anopheles* z powodu niskiej temperatury, w klimacie umiarkowanym zarazki giną podczas zimy stąd też przypadków malarji w porze zimowej niema.

Drugim niebezpiecznym roznosicielem chorób zakaźnych jest pchła. Nie wszystkie pchły stanowią plagę człowieka, lecz pewne gatunki, mianowicie *Xenopsylla cheopis*, żyjąca w klimacie tropikalnym na szczurach, natomiast pchła żyjąca w Europie *ceratophyllus fasciatus* jest znacznie mniej niebezpieczna. Pierwsza z nich *xenophylla cheopis* żyje na ciele szczurów, które zagrożone dżumą giną, wskutek czego po opuszczeniu szczurów rzucają się na człowieka, przenosząc na niego dżumę. Stąd też przy dezynfekcji ta nie może być skierowaną jedynie przeciw szczurom, lecz także pchłom, tak tropikalnym, jakoteż w Europie żyjącym.

Spokrewnionym pasożytem jest wesz, która w stosunkach normalnych pasożytuje u ludzi sfery ubogiej, rozpowszechnia się podczas ogólnej nędzy, głodu, wojny i t. p. najważniejsze choroby przenoszone przez wesz to dur plamisty i powrotny, które, epidemie często równocześnie występują. Badanie życia wszy dowiodło, że w wypadkach, gdzie przeprowadzenie dezynfekcji natrafia na trudności, wystarczy wystawienie zawieszonych rzeczy na działanie powietrza i wszy giną do 30 dni, przy temperaturze wyższej szybciej. Roznosicielem zarazka są wszy sukien i bielizny, natomiast wszy łonowe nie przenoszą choroby, wesz głowy czyni to wprawdzie, lecz w mniejszym stopniu, gdyż te wogóle przechodzą na bliźniego trudniej. Wesz, żyjąca na Wołyniu, przenosi za pośrednictwem swego kału zarazek *Fickettsia pediculi*, wywołujący febrę wołyńską. Nie brak zdań, że wesz przenosi nagminne zapalenie opon mózgowych, stąd też i w tym kierunku winna być przeprowadzona dezynfekcja.

Bardzo ważnym czynnikiem w przenoszeniu chorób zakaźnych w naszych okolicach jest mucha, która przenosi zarazki wprost lub za pośrednictwem swego kału, wymiotów i t. p. Zarazki żyją w ciele much 18 godz. przyczem po defekacji mogą odżyć ponownie. Głównie czerwotka stoi w związku z rozwojem much, gdyż w ciele muchy żyją zarazki Schiga Kruse nawet do 24 godzin.

Liczba wypadków czerwotki zależy od wysokości ciepłoty i tak w lecie r. 1917 podczas wojny na Bałkanie wskutek gorąca ilość wypadków czerwotki była bardzo wielka w przeciwstawieniu do chłodniejszej pory 1918 r. Dalekość lotu muchy z pewnego miejsca wynosi około 21 klm, w tej odległości należy baczną zwrócić uwagę przy panującej epidemii czerwotki. Sprawa przenoszenia duru brzusznej i nibydurow przez muchy jest sporną, również przenoszenie cholery, gdyż nie brak autorów, którzy są zdania, że epidemia cholery w Hamburgu w r. 1892 wywołana przez wodę, stanowi jedyny wyjątek, podczas gdy główną rolę odgrywają muchy.

Dr. Leon Feil sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne na Nadzw. Walnem Zgromadzeniu członków, odbytem w dniach 5, 12 i 26 maja 1925 r., uchwaliło, po przeprowadzeniu obszernej dyskusji, następujące wnioski wybranych ad hoc komisji:

I. W sprawie przestrzegania zasad deontologii:

Lwow. Two Ginekologiczne w pełnym odczuciu zła, jakim jest wykraczanie przeciw zasadom etyki lekarskiej, a nadto w pełnym poczuciu obowiązku obrony dobrego imienia, uchwaliło następujące rezolucje:

A) «Lwow. Two Ginek, przypomina swoim członkom, że posługiwanie się spółką w celach materialnych, czyto z faktorem, czy z akuszerkami, dzielenie się z nimi dochodami i korzystanie z ich pomocy do zwiększenia praktyki — jest rzeczą ubliżającą godności i etyce stanu lekarskiego, że za takie jest przez Izbę lekarską uznane i że w ślad za tem dopuszczających się tych nadużyć wykluczy ze swego grona.

W tym celu lwow. Two Ginek. powierza czuwanie nad stosowaniem się do tych zasad deontologii osobnej, stałej komisji, złożonej z trzech członków, dorocznie wybieranej przez Walne Zgromadzenie, której równocześnie powierza egzekutywę.

Na członków komisji proponuje Walnemu Zgromadzeniu skład następujący: Prezes Twa, i na bieżący [rok administracyjny]: Prof. Dr. Sołowij, Dr. Schellenberg i Dr. Mączewski.

B) W sprawie sztucznych poronień powzięto wnioski:

»Lwow. Tow. Ginek. wzywa wszystkich członków do zdeklarowania i się słowem honoru i podpisania deklaracji, że bez ścisłego wskazania lekarskiego i konsyliarnej zgody nie będą wykonywali poronień.

Miejscem składania słowa honoru i podpisania deklaracji jest każdorazowe posiedzenie Twa.

Słowo honoru składa się do rąk przewodniczącego i dwóch przez przewodniczącego powołanych członków Twa, którzy, jako świadkowie, deklarację podpisują.

Odnosnie do zobowiązania się słowem honoru, co do przestrzegania ścisłych wskazań lekarskich, członkowie Twa zdają sobie dobrze sprawę z tego, że jest to z ich strony ciężką ofiarą moralną, którą atoli chętnie ponoszą, gdyż uważają to w obecnych warunkach za je yny sposób umożliwiający im obronę swego dobrego imienia.

II. W sprawie nadużywania tytułu »specjalisty ginekologa-położnika« uchwalono:

»Prawo do tytułu »specjalisty ginekologa-położnika« ma tylko ten, komu na to pozwoli Izba lekarska. Izbę lekarską zaś uprasza się, by pozwolenia takie wydawała pod następującymi warunkami:

1) Gdy petent wykaże się dowodami z 3 letniej przynajmniej praktyki kliniczno-szpitalnej, z czego przynajmniej lat 2 w jednym z zakładów naukowych położniczo-ginekologicznych. W wyjątkowych wypadkach, zasługujących na uwzględnienie, zwłaszcza przy dodatnim warunku wymienionym pod 2) może ten okres studiów być krótszy.

2) Gdy w sprawie petenta, za uznaniem go specjalistą oświadczy się przychylnie Two ginekol.

3) Gdy petent zobowiąże się pisemnie przed Izbą lekarską, że nie będzie wykonywał równocześnie praktyki lekarskiej w innym dziale medycyny.

4) Dotychczasowi specjaliści do zatwierdzenia tytułu specjalisty, muszą uzyskać przychylną opinię Towarzystwa ginekologicznego.

Skład komisji kwalifikacyjnej: a) Dwaj szefowie zakładów położniczo-ginekolog. b) Prezes Twa ginekol. c) Trzej członkowie Twa — czyli na bieżący rok administracyjny: Prof. Dr. Sołowij, Doc. Dr. Bocheński, Doc. Dr. Wiczyński, Dr. Hojnacki, Dr. Hermelin, Dr. Mączewski.

III. W sprawie Kas chorych uchwalono:

»Lwow. Two Ginek. oświadcza się za wolnym wyborem lekarzy do Kas chorych wszystkich i kolejowych. Równocześnie zaś obowiązuje członków Twa do nieprzyjmowania posad specjalistów ryczałtowo płatnych we wszystkich Kasach chorych, niewyłączając Kas chorych kolejowych.

IV. Zarazem uchwalono zwołać w najbliższym czasie Nadzw. Walne Zgromadzenie dla poczynienia zmian w statucie, wynikających z powyższych uchwał.

Jednocześnie postanowiono, aby Wydział wszystkim członkom dostarczyć powyższe uchwały na piśmie.

Za Lwowskie Tow. Ginekologiczne:

Dr. Kazimierz Wiśniewski
sekretarz Twa

Doc. Dr. Tadeusz Wiczyński
prezes Twa.

Sprawy podatkowe a lekarze.

W »Polskiej Gazecie Lekarskiej« niejednokrotnie były wzmianki o podatkach, ale były to raczej utyskiwania na niesprawiedliwy wymiar ich, na nieuczynność, okazywaną przez Komisje podatkowe zeznaniom lekarskim, ale nie było ani jednego artykułu, któryby obejmował całokształt płaconych przez lekarzy podatków.

Lekarze (na równi z innymi zawodami wyzwolonemi) płacą podatki podwójne:

1) Podatek t. zw. obrotowo-przemysłowy, który w wysokości 2½% płaci się od ogólnego dochodu, nawet od najdrobniejszej sumy zarobionej.

2) Podatek dochodowy, progresywny, płaci się od tegoż samego dochodu.

Dla uplastycznienia różnicy w płaceniu podatków przez lekarzy wolno praktykujących i lekarzy urzędowych (wojskowych, powiatowych, szkolnych itd.) porównam stawki podatkowe obydwu kategorii.

Lekarz wolno praktykujący rozpoczyna płacenie podatku dochodowego od sumy 1501 zł. dochodu rocznego, co wynosi 31 zł. + 2,5% podatku obrot. 38 zł., razem 69 zł., zaś lekarz urzędowy (jak zresztą każdy urzędnik) płaci dopiero od sumy 2600 zł. w wysokości 1,5% czyli 39 zł., wtedy kiedy lekarz wolno praktykujący od takiejże sumy płaci 75 zł. + 2,5% podat. obr. 65 zł. = 140 zł.

Weźmy średni zarobek lekarza prowincjonalnego w sumie 6000 zł. rocznie, od tego płaci 246 zł. + 150 zł. = 396 zł., tymczasem lekarz urzędowy od takiejsze sumy płaci tylko 186 zł.

Jeżeli lekarz wolno praktykujący ma taki przywilej płacenia wyższych podatków, to widocznie położenie jego w stosunku do lekarza urzędowego musi być znacznie lepsze, byłby bardziej zapewniony, starość zabezpieczona itd. Ale niestety wszystkim jest wiadomo, że rzecz ma się zupełnie przeciwnie. Otóż lekarze urzędowi po większej części zajmują się także wolną praktyką, zarabiają nieraz więcej, niż lekarz wolno praktykujący, mają zapewnioną emeryturę na starość, w razie choroby pobierają tę samą pensję, korzystają z różnych ulg, n. p. na kolejach itd., tymczasem lekarz wolno praktykujący, jeżeli chce zarobić, musi i w nocy nie dospać, nieraz fizycznie dobrze się napracować, np. przy porodach, musi sobie boki i inne części ciała objąć na chłopskich gnojówkach, a co najważniejsze, w razie choroby, wszystko od razu ustaje i, w razie cokolwiek dłuższego przeciągania się choroby, pozostaje bez środków do życia i na leczenie.

Zrobi mi może kto zarzut, że w takich samych warunkach znajdują się także inne wolne zawody. Otóż nie, żaden zawód nie jest tak wyzyskiwany pod każdym względem, jak lekarz, w żadnym innym zawodzie niema takiej instytucji, jak Kasy chorych, które prowadzą wprost do proletaryzacji lekarzy. Ostatnia uchwała Zjazdu Z. L. P. P., aby urzędnikom państwowym udzielać porady w domu za 1 zł. i na mieście za 2 zł. prowadzi do tego samego rezultatu.

Wobec tego uważam za pożądane, aby wszystkie Izby lekarskie wystąpiły jednolicie z żądaniem:

1) aby podatek obrotowy, jako w stosunku do lekarzy zupełnie niesprawiedliwy, bezwzględnie został zniesiony;

2) aby stawki podatkowe od dochodu były zrównane z urzędniczymi; ponieważ warunek ostatni, jak z góry przewiduję, nie da się urzeczywistnić, to

3) aby wolno było lekarzom wpłacać podatek dochodowy za każdy miesiąc od dochodu z miesiąca ubiegłego.

Przy tej sposobności pozwalam sobie zwrócić się do Izb lekarskich, a szczególnie zwracam się do Izby lek. Lubelskiej, aby jaknajrychlej wprowadziła przyobiecana Kasę zapomogową, czyli, jak mówi w rozesłanym Komunikacie Nr. 1, Kasę rentową od wszelkiego »nieszczęścia życiowego«, która bodaj jest ważniejszą od kasy pogrzebowej.

Dr. Maurycy Stein (Siedlce).

† Dr. WŁADYSŁAW KOPYTOWSKI.

Dnia 27 kwietnia r. b. zmarł w 67 roku życia niestrudzony i głęboko żamiłowany w swej specjalności dermatolog Władysław Kopytowski.

Oddany w ciągu 36 lat dziedzinie chorób skóry i wenerycznych, Kopytowski, obok zajęć, związanych z praktyką przyrównaną i obowiązkami ordynatora szpitala św. Łazarza, cały czas wolny poświęcał pracy naukowej. Od 1888 roku, gdy opublikował pierwsze swe badania, dotyczące histologii patologicznej łuszczycy, piśmiennictwo lekarskie polskie wzbogacone zostało licznymi i dużej wartości pracami Kopytowskiego, które zawsze cechowała gruntowna znajomość przedmiotu i jasność wykładu. Niektóre z tych prac, jak histologia osutek pęcherzykowych (*herpes zoster*, *h. progenitalis*), posiadają pierwszorzędne znaczenie i są podwaliną dalszych badań w tym kierunku. Opanowawszy doskonale technikę badań histopatologicznych skóry, Kopytowski w ostatnim piętnastoleciu swej działalności naukowej oddał się mozołnemu badaniu farmakopatologii skóry. Badania te, wykazujące zmiany anatomiczno-patologiczne w zdrowej skórze po zadziałaniu na nią rozmaitych leków (*eugullol*, *chryzarobina*, *salicylan sodu* etc. etc.) uwieńczone zostały licznymi pracami, umieszczanymi przedewszystkiem w prasie polskiej i uczyniły Kopytowskiego badaczem wysokiej miary i jedynym w swoim rodzaju. Jako więc znawca farmakodynamiki skóry, Kopytowski zyskał sobie pierwszorzędne imię naukowe u swoich i obcych.

Jako człowiek o nieskazitelnej prawości charakteru, unikający przynależnych mu zaszczytów i godności, uczynny i szczerzy w stosunkach koleżeńskich, dobry syn ojczyzny i wiernie oddany nauce, Kopytowski pozostawia głęboki żal nie tylko wśród świata lekarskiego, lecz i tych warstw, które stykały się z Jego czystą i szlachetną duszą.

A. Racinowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Pierwszy Międzynarodowy Kongres radiologów. »W związku z Pierwszym Międzynarodowym Kongresem Radiologów, który się odbędzie w Londynie w dniach 1—4 lipca r. b., organizuje Instytut dla Curioterapii w Krakowie wyjazd Kolegów, interesujących się radiologią lekarską, do Londynu. Uprasza się przeto Kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w Kongresie, o zgłoszenie swych nazwisk i adresów w Instytucie (Dr. Henryk Wachtel, Instytut dla Curioterapii, Kraków, Garncarska 9) najpóźniej do d. 10 czerwca r. b., aby Instytut mógł ich umieścić na liście, mającej być przedłożoną Ministerstwu w celu uzyskania przyobiecanych ułatwień paszportowych.



KĄPIELE LECZNICZE W DOMU

Dr. SEDLITZKY'ego „CORDIS“ KĄPIEL KWASO-
WĘGLOWA, „AWES“ kąpiel tlenowa.

WYCIĄG IGLICOWY, TABLETKI KĄPIELI:

jodowo-bromowych, iglicowych, siarczanych, żelazistych, solan-
kowych, kory dębowej, sól borowinowa sztuczna, „Cordis“,
kombinowane kąpiele kwasowęglowe, ług słony, „Abietin“

Zakłady Przemysłowe KAROL SZOPPER

Spółka Akcyjna w BIELSKU ul. WARSZAWA.

EDMUND RIEDL

Lwów, ulica Rutowskiego 1. 3.
Filja ulica Gródecka 74.

— poleca:

HERBATĘ chińską i cejlońską, świeżego zbioru.

KAWĘ surową i paloną w najprzedniejszych gatunk.

KAKAO holenderskie.

WINA kuracyjne, węgierskie, hiszpańskie i włoskie.

COGNAC francuski kuracyjny.

POŚWIADCZAM

iż rozpyłacz zrobione przez pana

A RUTKOWSKIEGO

w Krakowie

według wzoru

francuskiego Vaastá,

względnie angielskie

go Parke Davis,

odpowiadają

w zupełności swemu

zadaniu.

Kraków, 1. kwietnia 1919.

Prof. Dr. Aleksander

Baurawicz o. m. p.



Patent Polski N. 782.

poleca się W. P. Lekarzom (inhalatory
 francuskie Rutkowskiego). Kompletnie
 w opakowaniu opisami rurką, boczną ceną
 8 zł 50 gr. Sprzedają w każdej Apteczce i skła-
 dzie Aptecz. Hurtownikom 30% opustu.

A. RUTKOWSKI

Kraków, XI Wasiewskiego 9.

dla W. P. Lekarzy wysyłam na żądanie wzory darmo

XIV. Zwyczajne Walne Zgromadzenie Członków Banku Zaliczkowego w Zborowie.

spółdzielni zarejestrowanej z ograniczoną odpowiedzial-
nością odbędzie się w piątek 19-go czerwca
1925 r. o godzinie 12-tej w południe, a w razie braku
kompletu o godzinę później (§ 38 statutu) w lokalu
Banku z następującym porządkiem dziennym:

1. Odczytanie protokołu z ostatniego Zgromadzenia,
2. Odczytanie sprawozdania rewizyjnego z rewizji Spółdzielni przeprowadzonej przez Związek,
3. Sprawozdanie Dyrekcji z czynności i rachunków za rok 1924,
4. Przedłożenie bilansu otwarcia w złotych na rok bieżący 1925,
5. Sprawozdanie Rady Nadzorczej z czynności nadzoru i kontroli w przedmiocie sprawozdania Dyrekcji i w przedmiocie bilansu otwarcia w złotych na rok 1925, tudzież wniosek Rady Nadzorczej co do udzielenia Dyrekcji absolutorjum za rok 1924 i zatwierdzenie bilansu otwarcia na 1925 r.
6. Rozdział czystego zysku za rok 1924.
7. Zmiana postanowień statutu § 4. punkt d. oraz § 12. podwyższenie odpowiedzialności i wysokości udziałów,
8. Oznaczenie granicy najwyższego obciążenia spółdzielni,
9. Wybór uzupełniającej Rady Nadzorczej,
10. Wnioski członków.

DYREKCJA.

CIECHOCINEK „ORTOS“

Zakład gimnastyczno-leczniczy

Spółka z ogr. odp.

ulica Księcia Józefa.

Choroby kręgosłupa (garby, skrzywienia,) stawów
mięśni, przemiany materji, artretyzm, otyłość.
Gimnastyka ortopedyczna, specjalna, ogólna.
(Zander).

Inhalatorjum radowe (skleroza, artretyzm).
Gimnastyka szwedzka dla dzieci, pań i panów.
Sporty. Kąpiele słoneczne.

Kierownictwo Zakładu:

Dr. CIĄGLIŃSKI, PROF. LOTH,
Dr. DZWONKOWSKI.

Otwarty z dniem 1-go czerwca r. b.