

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA

O znaczeniu rozpoznawczem chromoneuroskopowej próby fuksynowej w chorobach nerwowych.

Podał

E. Flatau.

W r. 1925 opisałem próbę, którą nazwałem chromoneuroskopową próbą fuksynową i która miała w sposób prosty uwidaczniać przepuszczalność ośrodkowej bariery nerwowej. Próbę tę stwierdziłem początkowo na królikach, następnie zastosowałem ją u ludzi. Na podstawie materiału, zarówno doświadczalnego, jak i klinicznego, doszedłem do wniosku, że należy się posługiwać 5% roztworem fuksyny kwaśnej. Królikom zastrzykuje się dożylnie 5 cm³, ludziom — śródmięśniowo 2,0 — 3,0 (u dzieci) lub 5,0 (u dorosłych). Jeżeli zastrzyknąć królikowi normalnemu 5 cm³ 5% roztworu fuksyny kwaśnej dożylnie, następnie po upływie 30 minut dokonać nakłucia podpotylicznego i zebrać płyn spływający z igły do małej szalki porcelanowej, zawierającej roztwór kwasu solnego w 95% sprytusie (w stosunku 1:9), to roztwór zabarwi się na mniej lub więcej intensywny kolor fioletowy. Przeciwnie, jeżeli zastrzyknąć człowiekowi normalnemu 5 cm³ roztworu 5% fuksyny kwaśnej do mięśni i następnie po upływie 1½ — 2 godz. dokonać przekłucia lędźwiowego i płyn zebrać do szalki porcelanowej, zawierającej wspomniany powyżej roztwór kwasu solnego, to nie nastąpi zabarwienie na kolor fioletowy. Jeżeli u królika wywołać sztucznie (zapomocą uprzedniej iniekcji drogą podpotyliczą roztworu fizjologicznego soli, surowicy końskiej i t. d.) stan podrażnieniowy lub wręcz zapalny opon i dopiero po upływie 1 doby dokonać próby fuksynowej, to zabarwienie na kolor fioletowy stanie się intensywnie. Ten

sam fakt zachodzi u człowieka, o ile opony mózgowe są w specjalny sposób schorzałe.

Początkowo, w pierwszej mojej pracy (1925), próbę fuksynową dokonałem w 30 przypadkach. W r. 1926 w pracy, umieszczonej w księdze jubileuszowej Bechterewa, materiał ludzki obejmował 200 przypadków, dotyczących przeważnie najrozmaitszych chorób nerwowych i tylko w nieznaczej liczbie chorób umysłowych. Do chwili obecnej próbę fuksynową zastosowałem na oddziale szpitalnym prawie w 500 przypadkach. Materiał ten dotyczy również w przeważającej mierze chorób nerwowych, zaznaczyć jednak mogę, że kol. Bau-Prussakowa i kol. Prussak metodę tę stosowali porównawczo (w stosunku do metody bromowej Walter'a) na większym materiale psychiatrycznym i ogłosili niedawno rezultat swych badań.

Należy zaznaczyć, że w żadnym z przypadków klinicznych nie stwierdziliśmy najmniejszego wpływu ubocznego dokonywanej próby. Jest to fakt godny zaznaczenia, albowiem barwnik ten, wprowadzony u królika podpotylicznie (wprost do zbiornika podpotyliczego płynu mózgowo-rdzeniowego), wywołuje drgawki. O ile próba fuksynowa wypadła u ludzi dodatnio, zaznaczaliśmy w karcie krzyżykami, jako + (słabo dodatnią), ++ (mocniejszą), +++ (mocną), ++++ (bardzo mocną). W przypadkach zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zdarzało się, że próba fuksynowa bywała z początku ujemna i dopiero następnie dodatnia; oznaczaliśmy to, jako próbę dodatnią niejednolitą (+).

Jak dotąd stosowałem fuksynową metodę chromoneuroskopową w następujących jednostkach chorobowych:

A. Choroby nerwowe.

	Liczba przyp.	Próba fuksyn. dodatnia	Próba fuksyn. ujemna	Próba fuksynowa niejednolita
Meningitis cerebro-spinalis epidemica	54	42	6	6
Meningitis tuberculosa	47	42	2	3
Meningitis purulenta	2	1	1	—
Meningitis serosa	2	—	2	—
Leptomeningitis haemorrhagica	9	—	9	—
Meningismus	8	1	7	—

	Liczba przyp.	Próba fuksyn. dodatnia	Próba fuksyn. ujemna	Próba fuksyn. nowa niejedno- lita
Encephalitis	5	—	5	—
Encephalitis lethargica (incl. Parkinsonismus)	25	—	25	—
Chorea (Sydenhami)	11	—	11	—
Lues cerebri	19	—	19	—
Lues centralis hereditaria	2	—	2	—
Haemorrhagia, thrombosis, embolia cerebri	35	—	35	—
Thrombosis art. cerebelli post. inf.	3	1	2	—
Hydrocephalus	10	1	9	—
Tumor cerebri	7	—	7	—
Akromegalia	1	—	1	—
Cysticercosis cer. et med. spin.	1	—	1	—
Actinomycosis cer. et med. spin.	1	—	1	—
Trauma (vulnera) capitis et cerebri	4	—	4	—
Commotio cerebri	1	—	1	—
Fractura oss. cran. c. haemorrhagia	1	—	1	—
Tuberculosis baseos cranii	1	—	1	—
Leucaemia (z obj. mózg.)	1	—	1	—
Sclerosis diffusa	1	—	1	—
Choroba Parkinsona	3	—	3	—
Postępowy kurcz torsyjny	1	—	1	—
Agnesia cerebri, cerebelli	2	—	2	—
Choroba Basedowa	1	—	1	—
Myxoedema	1	—	1	—
Tetanus	4	—	4	—
Epilepsia	13	—	12	1
Neurasthenia	7	—	7	—
Hysteria	10	—	10	—
Neurosis traumatica	2	—	2	—
Hemicrania	2	—	2	—
Cephalaea	4	—	4	—
Tabes	9	—	9	—
Sclerosis multiplex	36	—	36	—
Myelitis acuta	1	—	1	—
Myelitis luetica	1	—	1	—
Myelosis funicularis	3	—	3	—
Poliomyelitis	5	—	5	—
Tumor med. spin.	8	—	8	—
Tumor vertebrarum	12	1	11	—
Spondylitis tbc.	18	1	17	—
Spondylarthriferis	2	—	2	—
Sclerosis later. amyotr.	3	—	3	—

	Liczba przyp.	Próba fuksyn. dodatnia	Próba fuksyn. ujemna	Próba fuksynowa niejednolita
Atrophia spin. progr.	4	—	4	—
Haematomyelia	2	—	2	—
Syringomyelia	4	—	4	—
Spina bifida	2	—	2	—
Dystrophia musc. progr.	2	—	2	—
Polyneuritis	7	—	7	—
Radiculitis	5	—	5	—
Ischias	27	—	27	—
Neuralgia V	1	—	1	—
Claudic. interm.	2	—	2	—
B. Choroby umysłowe.				
Parylysis progr. (incl. Taboparalysis)	18	—	18	—
Dementia praecox	2	—	2	—
Idiotismus	2	—	2	—
Alkoholismus (z obj. psych.)	1	—	1	—

Dość spojrzeć na powyższą tablicę, aby się przekonać, że fuksynowa metoda chromoneuroskopowa jest metodą kliniczną, że się tak wyrazimy, par excellence oponową. Zachorzenia zapalne, specjalnie zapalenie nagminne oraz gruźlicze opon, daje w znakomitej większości przypadków rezultat dodatni. W zapaleniu nagminnem na 54 przypadki, w których metodę tę stosowałem, otrzymano wynik dodatni w 42 przypadkach, zaś wynik niejednorodny, t. j. z początku ujemny, następnie zaś dodatni w 6, co razem czyni około 88%. Na ogólną liczbę 54 przypadków zapalenia nagminnego opon, tylko w 6 próba wypadła ujemnie. W zapaleniu gruźliczem odsetek jest jeszcze wyższy. Na 47 przypadków gruźliczego zapalenia opon próba wypadła dodatnio w 42, zaś niejednorodnie w 3 przypadkach, co wynosi razem około 96%. Na 47 przypadków tego cierpienia tylko w 2 próba fuksynowa wypadła ujemnie.

Co do innych chorób nerwowych, to należy podkreślić, że w zakresie odmiennych stanów chorobowych oponowych*) próba

*) Co do Meningitis purulenta, to materiał własny był zbyt skąpy, abym mógł wyprowadzać stąd wnioski.

fuksynowa wypadła zawsze ujemnie w krwawieniu z opon miękkich, czyli w t. zw. leptomeningitis haemorrhagica. W niektórych przypadkach cierpienia tego stwierdzaliśmy pleocytozę (reakcyjną) nawet dość wybitną (np. w jednym przypadku pleocytoza wynosiła 192 neutrof. + 50 limf., w innym dochodziła do liczb olbrzymich: 2048 neutrof. + 100 limf.), a jednak próba fuksynowa wypadła zawsze ujemnie.

Również prawie zawsze ujemnie próba ta wypadła w tych stanach rzekomo-zapalnych opon (Meningismus), które towarzyszą rozmaitym cierpieniom zakaźnym, jak dur brzuszny — płamisty — powrotny, grypa, zapalenie płuc, uszu, zatok nosowych i t. d.

W 2 przypadkach meningitidis serosae, w których stosowałem próbę fuksynową, wypadła ona ujemnie. Również i w innych chorobach nerwowych próba fuksynowa wypadła naogół ujemnie. Tylko w zupełnie pojedynczych przypadkach, o których mowa będzie niżej, próba ta była dodatnia. Specjanie w jednym z najczęstszych cierpień układu nerwowego ośrodkowego, mianowicie w stwardnieniu rozsianem, próba ta wypadła na naszym materiale zawsze ujemnie. Również ujemny wynik otrzymałem w tych cierpieniach psychicznych, w których próbę tę stosowałem. Kol. Bau-Prusakowa i Prusak, którzy przeprowadzili badania porównawcze między metodą bromową Walter'a, a próbą fuksynową na większym materiale psychiatrycznym, wykazali również, że próba fuksynowa wypada ujemnie (w porażeniu postępującem, schizofrenji, ośpieniu starczem, w psychozach miążdżycowych, histerycznych, padaczkowych).

Już w pracy poprzedniej (1926) zastanawiało mnie pytanie, dlaczego w niektórych rzadkich przypadkach zapalenia nagminnego, a jeszcze rzadziej zapalenia grzliczego opon, próba fuksynowa wypada ujemnie.

Co do zapalenia nagminnego opon, to przytoczę kilka przypadków, w których próba wypadła ujemnie.

Chłopczyk 7-letni. Na trzeci dzień choroby płyn mętny (2048 neutrofilów, próba fuksynowa**) (RF) ujemna. Na czwarty dzień choroby płyn przezroczysty (144 neutrof. + 64 limf.), RF — ujemna. Na szósty dzień zastrzyknięto fuksynę

*) Reakcję fuksynową oznaczamy jako RF.

dożylnie — próba wypadła dodatnio; na 10-y dzień choroby fuksynę zastrzyknięto domięśniowo — wypadła ujemnie. Chłopczyk wyzdrowiał.

Mężczyzna 20-letni. Na pierwszy dzień choroby — płyn mleczny. (8000 neutrof.), RF ujemna. Co 1 — 2 dni ponawiano tę próbę — zawsze wypadła ujemnie. Na dwunasty dzień choroby stan ogólny się poprawił i płyn stał się przezroczysty (256 neutrof. + 96 limf.) -- RF nadal ujemna. Na 15-y dzień — pogorszenie, płyn mętny (1280 neutrof. + 50 limf.), RF nadal ujemna. Śmierć w trzy tygodnie, licząc od początku. Sekcja wykazała olbrzymie złogi ropy na podstawie mostu, w niektórych okolicach mózdzku. W rdzeniu widać było pokłady ropy na powierzchni tylnej, zwłaszcza na wysokości grzbietowo-lędźwiowo-krzyżowej.

Mężczyzna 24 letni, chory od 16 dni. Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny (2566 neutrof. + 50 limf.), RF ujemna. Śmierć dnia następnego.

Kobieta 38 letnia, chora od 7 dni. Stan groźny. Płyn mózgowo-rdzeniowy ropny (1280 neutrof. + 37 limf.), RF ujemna, i t. d.

W niektórych przypadkach zapalenia nagminnego opon próba fuksynowa wypadła niejednolicie, jak widać z kilku następujących przykładów:

Chłopczyk 2½ miesięczny. Chory od trzech dni. Płyn przezroczysty (16 neutrof. + 32 limf.), RF ujemna. Na ósmy dzień choroby płyn przezroczysty (32 neutrof. + 64 limf.), próba Nonne'go-Apelt'a + +, RF słabo dodatnia (+). Na 19-y dzień choroby stwierdzono w płynie 16 limfocytów, stan znacznie się poprawił, próba fuksynowa wypadła ujemnie.

Chłopczyk 7-letni. Chory od 5 dni. Stan bardzo ciężki. Płyn w postaci gęstej ropy. RF ujemna. Na 8-y dzień choroby płyn w dalszym ciągu wybitnie ropny (dużo meningokoków wewnątrzkomórkowych), RF słabo dodatnia (+). Na 10-y dzień choroby płyn mętnawy. RF + +. Na 16-y dzień — RF +; na 21 dzień choroby płyn mętny, stan ogólny gorszy, RF znowu ujemna: Na 24 dzień stan ogólny ciężki, płyn mleczny, RF ujemna.

Dziewczynka 5-letnia. Chora od 2 tygodni. Płyn ksantochromiczny, 416 neutrof. + 3 limf., RF ujemna. Na 20-y

dzień choroby płyn mętny (427 neutrof. + 50 limf.), Nonne-Apelt—?, RF +. Na 24-y dzień choroby stan dobry, bez pleocytozy, Nonne-Apelt ujemny, RF również ujemna.

Co się dotyczy zapalenia gruczliczego opon, to jak widać z tablicy, w 2 przypadkach próba wypadła ujemnie. Pierwszy z tych przypadków dotyczył 6-letniego chłopca, który przechodził przez 8 tygodni odrę, następnie zapalenie wysiękowe opłucnej, ostatnio — zapalenie gruczlicze opon. Płyn był przezroczysty, zawierał 320 neutrof. + 148 limfoc; Nonne-Apelt ++, RF była ujemna.

Przypadek drugi dotyczył 28 letniego mężczyzny, który od kilku lat cierpiał na grzlicę płuc i u którego rozwinął się obraz grzlicy opon. Płyn przezroczysty, 75 neutrof. + 18 limf.; Nonne-Apelt +++++, RF ujemna.

W trzecim przypadku grzlicy opon próba fuksynowa wypadła niejednolicie. U 8 letniej dziewczynki, chorej od 2 tygodni na grzlicę opon, płyn mózgowo-rdzeniowy przezroczysty, 96 neutrof. + 176 limf.; Nonne-Apelt +, RF ujemna. Wynik taki sam po 1 i po 4 dniach. Natomiast na 24-ty dzień choroby RF wypadła dodatnio (+) przy nieco większej pleocytozie (96 neutrof. + 256 limfoc.) i żywszej próbie Nonne'go-Apelt'a (++).

Również w przypadku dotyczącym dorosłego (21-letniego) mężczyzny, który cierpiał od 2 lat na grzlicę płuc, zaś od 4 tygodni na objawy grzlicy opon, płyn był (29-go dnia choroby) przezroczysty, zawierał 48 neutrof. + 64 limf., próba Nonne'go-Apelt'a była dodatnia (++), natomiast RF wypadła ujemnie. Również i 32-go dnia choroby próba wypadła ujemnie. Natomiast dnia następnego RF + (pleocytoza = 112 neutrof. + 32 limf.). Również po 2 dniach RF wypadła dodatnio +. Chory zmarł 37-go dnia choroby).

Wreszcie w trzecim przypadku różnica wyniku RF była bardzo wybitna. Przypadek ten dotyczył 9-letniego chłopca chorego na zapalenie gruczlicze opon od 6 dni. Płyn był przezroczysty, zawierał 48 neutrof. + 56 limf. w 1 mm³, Nonne-Apelt +, RF wypadła ujemnie. Po dalszych 5 dniach płyn był nadal przezroczysty, pleocytoza: 96 neutrof. + 32 limf. Nonne-Apelt ++, zaś RF +++++.

Trudno jest ustalić przyczyny, od których zależy dodatnie lub ujemne wypadanie próby fuksynowej w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych. Dzisiaj możemy się zaledwie pokusić o to, aby wskazać, od jakich czynników próba ta nie jest zależna.

A więc przedewszystkiem nie jest ona zależna od ksantochromji płynu mózgowo-rdzeniowego. Ksantochromję stwierdzaliśmy w rozmaitych chorobach nerwowych (np. w guzach rdzenia), niekiedy nawet w stopniu bardzo wybitnym (leptomeningitis haemorrhagica) i pomimo to próba fuksynowa wypadła ujemnie. Również i sama pleocytoza nie może być uważana za równoznacznik wyniku dodatniego próby fuksynowej. Świadczą o tem przypadki, w których zastrzykiwaliśmy endolumbalnie chorym w celach leczniczych (encephalitis lethargica) jodek sodu. Powstawała wówczas olbrzymia pleocytoza (1700 neutrof.), a pomimo to próba fuksynowa wypadła ujemnie.

To samo można powiedzieć o włókniku albo o globulinach, których obecność w płynie mózgowo-rdzeniowym bynajmniej nie znamionuje wyniku dodatniego próby fuksynowej.

W pracy poprzedniej skłaniałem się do przypuszczenia, które już dawniej wypowiadali Griffon, a za nim i Sicard, że jodek nie przenika do płynu mózgowo-rdzeniowego w drętwicy karku właśnie w tych przypadkach, w których ropa pokrywa grubą warstwą opony. Wskazywałem na materiale własnym, że przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowych z ujemną próbą fuksynową, odpowiadają przeważnie, jakkolwiek nie zawsze, wybitnie ropnemu wyglądowi płynu mózgowo-rdzeniowego. Ostatnio jednak spostrzegałem przypadki, w których płyn był mętny, mleczno ropny lub wprost ropny, w których pleocytoza dochodziła do 1000 — 3000 neutrof., a pomimo to próba fuksynowa wypadła mocno, lub nawet najmocniej (++++). Zresztą w meningitis tuberculosa płyn mózgowo-rdzeniowy bywa prawie zawsze przezroczysty, a jednak i tutaj zdarzyć się mogą wypadki, co prawda wyjątkowe, w których próba fuksynowa wypadła ujemnie.

Pod względem różniczkowym, próba fuksynowa może oddać usługi w tych przypadkach, w których istnieje cały szereg objawów oponowych, jako to: silny i nieustanny ból głowy, nieznaczna sztywność karku, objaw Kerniga, Brudzkiego, midrjatyczny, słabo zaznaczona pleocytoza, stan podgorączkowy,

a w których rozpoznanie waha się pomiędzy zapaleniem opon prawdziwym (nagminnem, gruźliczem), a t. zw. meningismus, towarzyszącym chorobom infekcyjnym (durowi, zapaleniu płuc, grypie t t. d.). W trzech ostatnich przypadkach próba fuksynowa wypadła prawie zawsze ujemnie.

Obserwowałem również przypadki ropnego zapalenia ucha, w których występowały słabo zaznaczone objawy oponowe przy słabej pleocytozie. Powstało pytanie, azali nie mamy do czynienia z rozwijającym się ropnem zapaleniem oponowem. Ujemny wynik próby fuksynowej przemawiał raczej za słabem, przemijającym, niezłośliwym podrażnieniem opon (meningismus) pochodzenia usznego. To samo dotyczy przypadków, rozwijających się na tle spraw ropnych w zatokach nosowych (sinus frontalis, sphenoidalis, highmoritis).

Pragnąłbym jeszcze zwrócić uwagę na znaczenie próby fuksynowej w kierunku rokowania w niektórych przypadkach zapalenia nagminnego opon. Istnieją mianowicie przypadki, w których sprawa oponowa milknie i to zarówno pod względem ogólnym, jak specjalnie w stosunku do płynu mózgowo-rdzeniowego i gdzie powstaje pytanie, czy mamy do czynienia z wygasaniem procesu, czy też jest to tylko stan zwodniczy, po którym nastąpi nawrót choroby. Otóż mogłem stwierdzić, że w tych przypadkach, w których choroba w rzeczy samej wygasa, w których płyn staje się przezroczysty, zaś słaba plecytoza znamionuje li tylko sprawę rezydualną, próba fuksynowa zmienia swą fazę dodatnia na ujemną i taką pozostaje do końca.

Już wyżej wspominałem o tem, że, jak widać z tablicy, próba fuksynowa wypadła dodatnio w przypadkach wyjątkowych, nieoponowych, jako to: thrombosis art. cerebelli post. inf., hydrocephalus, spondilitis tuberculosa, carc. vertebr., epilepsia. Niekiedy udawało się wykryć przyczynę tego nieoczekiwanego skądinąd wyniku. W jednym z 18 przypadków gruźliczego zapalenia kręgow, w którym RF wypadła dodatnio, choroba ta rozpoczęła się przed 3 laty u 60-letniej kobiety. Ostatnio stwierdzono jednocześnie ostrą gruźlicę płuc z wysoką ciepłotą. Płyn był przezroczysty, wykazywał 16 limfocytów, dodatnią próbę Nonn'ego-Apelt'a (+) i wyraźną RF (++). Być może mieliśmy tutaj do czynienia z wrodzoną zwiększoną przepuszczalnością, która się jeszcze powiększyła wskutek długotrwałej gruźlicy wraz z pod-

rażnieniem opon na temże tle. Ciekawy był przypadek rakowości kręgów u 54-letniej kobiety, operowanej uprzednio z powodu raka piersi. Od 17 dni porażenie kończyn dolnych z powodu przerzutu do kręgów. Olóz, u tej chorej dokonano: 1) przekłucia podpotylicznego, przyczem płyn mózgowo-rdzeniowy wykazał wybitną reakcję Nonn'ego-Apell'a (++++) przy braku pleocytozy i przy ujemnym wyniku próby fuksynowej; 2) w 4 godziny później dokonano przekłucia lędźwiowego i płyn wykazał wyraźną RF (++)).

Na podstawie obecnego materiału mogę powtórzyć zdanie, wypowiedziane w jednej z prac poprzednich, że chromoneuroskopowa próba fuksynowa, łatwa w wykonaniu, nie wymagająca specjalnych przyrządów kolorymetrycznych, jest próbą nader charakterystyczną, jakkolwiek nie bezwzględnie wyłączną, dla stanów zapalnych opon, w pierwszym zaś rzędzie dla menigitis tuberculosa i cerebrospinalis epidemica. Próba ta może oddać usługi również w kierunku rozpoznania różniczkowego oraz rokowania w dziedzinie stanów reakcyjno-oponowych (meningismus), towarzyszących bądź rozmaitym chorobom infekcyjnym, bądź zapaleniom ropnym ucha i zatok nosowych. Wreszcie zmiana fazy dodatniej tej próby na stałą ujemną może oznaczać ostateczne wygasanie sprawy w zapaleniu nagminnem opon.

PIŚMIENNICTWO.

E. Flatau, Chromoneuroskopja. Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 1925 Nr. 4, Chromoneuroscopie. Revue Neurologique, 1926, Nr. 1. Recherches expérimentales sur la perméabilité de la barrière nerveuse centrale. Revue Neurologique, 1926, 6. Sur l'épreuve chromoneuroscopique à la fuchsine et sur sa signification diagnostique dans les affections du système nerveux. Recueil, Jubilaire offert à Woldemar Bechterew, Leningrad, 1926.

S. Bau-Prussakowa i L. Prussak. O przepuszczalności ośrodk. barjery nerwowej w chorobach nerw. i umysł. Warsz. Czasop. Lekarskie 1927 Nr. 2 — 4. Sur la perméabilité de la barrière nerveuse centrale dans les maladies mentales et nerveuses. L'Encéphale 1927, Nr. 3.

Z ODDZIAŁU WEWNĘTRZNEGO (ORDYNATOR: G. LEWIN.)

Badania nad czynnością żołądka w schorzeniach serca i nerek.

Podali

Juljan Fliederbaum i Natalja Piankówna.

W medycynie współczesnej dadzą się wyróżnić znów dwa prądy, dwa kierunki. Jeden — cechują tendencje anatomiczne, dążność ku wykryciu „siedliska choroby“ (Morgagni) w tym czy innym narządzie, wynikająca z „potrzeb morfologicznych“ (Paweł Ernst). Obok tego coraz to bardziej dojrzewa, dzięki patologji doświadczalnej oraz doświadczalno-klinicznej, prąd, mający za zadanie całokształt zmian chorobowych powiązać w jedną całość, ze schorzeń rozmaitych narządów i układów wybudować gmach jednolity z założenia, które można by nazwać „syntetyczną teorią ustroju zwierzęcego“ (Hedenhein). Należą tu prace badaczy konstytucjonalistów, a ostatnio endokrynologów, wreszcie prace autorów, mających za zadanie wykazać, że całokształt zmian chorobowych da się wytłumaczyć na drodze fizyki i chemji, wzgl. chemji fizycznej. Nie trzeba chyba dodawać, że te prądy uzupełniają się nawzajem.

W poszczególnym wypadku dotyczy to również fizjo-patologii serca i nerek. W miarę rozwoju wiedzy, coraz mniej zwolenników znajdowało czysto mechaniczne tłumaczenie powstawania obrzęków sercowych, oraz coraz to bardziej „poza nerki“ usuwano „primum movens“ obrzęków nerkowych, kwasicy, mocznicy. Istoty schorzeń nerkowych nie udało się wytłumaczyć badaczom samem zajęciem nerek, uważa się więc te schorzenia za skutek równoczesnego zajęcia t. zw. „przednercza“ (Volhard), — a więc prekapilarów, kapilarów (Krogh), śródbłonek (Siebeck) i t. d.; autor amerykański Epstein wreszcie idzie najdalej — uważa, że np. w nerczycach pierwotnie zmian żadnych w nerkach niema, zmiany zaś w moczu są jedynie przejawem i następstwem zaburzeń w przemianie białkowej i lipidowej, podobnie jak zmiany w moczu w moczówce i cukrzycy są skutkiem zaburzeń w przemianie wodno-solnej i węglowodanowej.

Nie przesadzamy więc, gdzie leży przyczyna mocznicy oraz retencji wody — w nerkach, w tkankach czy w płynach ustroju, oraz czy zależne to jest od zmian w ciśnieniu osmotycznym koloïdów (Starling, Lenar), czy zaburzeń w przemianie kwaso-zasadowej (Fisher), solnej (Vidal, Strauss i t. d.), białkowej (M. Landsberg; A. Landau i współpracownicy) lub tłuszczowej (Mayer i Schäffer), czy też zawisło to od zmian w gruczołach dokrewnych (Eppinger), czy w układzie nerwowym autonomicznym (nieogłoszone dotąd prace jednego z nas).

W pracy niniejszej postanowiliśmy sobie za zadanie wyświełcić, czy w schorzeniach serca i nerek rzeczywiście odgrywają rolę t. zw. czynniki pozanerkowe, dotąd bowiem w olbrzymim piśmiennictwie o tych sprawach zbyt mało widzimy na to dowodów bezpośrednich.

Jako zatem swego rodzaju „instantiam contrariam“ tych najrozmaitszych teorii, obraliśmy badania nad czynnością żołądka w schorzeniach serca i nerek.

Związek między schorzeniami serca i nerek a czynnością żołądka mógłby być dwójaki (pomijamy tu wpływ schorzałego żołądka na serce).

1°. Zmiany w czynności żołądka mogą być skutkiem zastoju żylnego pochodzenia sercowego wpływów chemicznych w schorzeniach nerek (t. zw. nefrotoksyn). W tych przypadkach spodziewalibyśmy się we wczesnych okresach raczej wzmożonej jego czynności (analogja zatem do schorzeń wątroby i pęcherzyka żółciowego), a w okresach późniejszych równoległości między nasileniem zmian w nerkach czy sercu i czynnością żołądka.

2°. Zmiany te mogą być skutkiem zmian w owych ogniskach „pozanerkowych“ łańcuchów przemiany wodnej i azotowej. W tych przypadkach pierwotnem jest zaburzenie przemiany materji lub wymiany międzytkankowej, zmiany zaś w czynności żołądka i nerek są jedynie ich skutkiem. W tych przypadkach, rzecz zrozumiała, może nie być równoległości między nasileniem zmian w sercu czy nerkach a czynnością żołądka.

Wyniki zatem badań naszych niewątpliwie oświełtą patomechanizm obrzęków i ew. mocznicy; zależnie od otrzymanych wyników będzie słusznie przychylić się do uznania jednego z dopiero co podanych mechanizmów zmian czynności żołądka w schorzeniach nerek.

Rzecz prosta, że pozatem badania nasze będą mogły wytworzyć pewne tłumaczenie — dla ustalenia istoty podłoża anatomiczno-fizjologicznego szeregu skarg sercowo - i nerkowo - chorych na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, nie poddających się leczeniu ani zasadami, ani kwasami, ani środkami przeciwskurczowemi, a ustępujących samoistnie po poprawie stanu ogólnego. Dziwnym bowiem zbiegiem okoliczności, mimo wielkiej liczby prac, poświęconych schorzeniom serca, nerek i żołądka, mamy zbyt szczupłą liczbę tych, któreby te dolegliwości tłumaczyły.

Technika badania.

Z klasycznej, starej metody zgłębnikowania żołądka zrezygnowaliśmy z przyczyn następujących. 1. Używanie grubego i twardego zgłębnika Kussmaula jest zbyt uciążliwe, gdy chodzi o ciężko chorych, z jakich w przeważającej liczbie składał się nasz materiał. 2. Jednorazowe wydobywanie treści żołądkowej po 30' lub 45' nie zawsze daje pojęcie o kwasocie właściwej żołądka, niejednokrotnie bowiem kwasotę najwyższą osiąga ta treść w momencie późniejszym lub wcześniejszym. 3. Stosowanie śniadania próbnego Boasa-Ewolda jest niedogodne, gdyż jest ono każdorazowo, z punktu widzenia chemicznego, czemś zmiennem, może zawierać kwasy organiczne oraz sole kwaśne, może zatem sztucznie zwiększać kwasotę. Zawarte w niem ciała białkowe mogą podczas miareczkowania wyzwać połączone z nimi kwasy i przeto również zwiększać kwasotę. Węglowodany wreszcie, wchłaniając kwasy i sole kwaśne treści żołądkowej, mogą pozornie jej kwasotę obniżać (jak mogliśmy się przekonać, wydobyta treść wykazuje różną kwasotę zależnie od tego, czy badaliśmy ją natychmiast po wydobyciu (mała adsorbcja), czy w 2 — 3 godziny później; różnym był również stopień kwasoty wydobytej treści bez sączenia, przesączu oraz treści pozostałej na sączku. 4. Kwasota zależna jest poniekąd od czasu przebywania miazgi w żołądku, a więc od czynności ruchowej żołądka — miazga bowiem rozcieńcza wydzielony kwas. Kwasota wybranej teraz treści będzie niższa od kwasoty treści, wydobytej po przesunięciu się miazgi z żołądka.

Obraliśmy zatem metodę bardziej dogodną, mniej męczącą chorych, bardziej ścisłą.

Proponowana przez nas metoda równoczesnego badania czynności wydzielniczej, ruchowej i wydalającej żołądka jest wiązaniem kilku nowych metod, które coraz bardziej przyjmują się w klinice współczesnej.

1^o. Jako próbnego śniadania, używaliśmy wprowadzonego przez Ehrmana śniadania alkoholowego (300 cm³ 5% alkoholu), ew. z dodatkiem 3 kropli 2% błękitu metylenowego (Kalk i Katsch). (Histaminy w zastrzykiwaniach, ze względu na niebezpieczeństwo zapaści u chorych sercowych i nerkowych, zaniechaliśmy. Alkohol tacy chorzy znoszą b. dobrze, bez żadnych wpływów ujemnych).

2^o. Używaliśmy zgłębnika dwunastniczego, trochę twardszego, zrobionego całkowicie z kauczuku (R ó b i n), by wyłączyć wpływ oliwki metalowej na żołądek.

3^o. Zakładaliśmy zgłębnik w t. zw. warunkach „podstawowych“, a więc na czczo, w okresie spoczynku, który trwał najmniej 1 — 2 godziny, z wyłączeniem czynników psychicznych. Zwykle 1-sze badanie uważaliśmy za próbne, mające na celu przyzwyczaić chorego do zgłębnika. Każde badanie powtarzaliśmy co najmniej dwukrotnie, by wyłączyć czynniki przypadkowe.

4^o. Polecamy choremu połknąć lekko zwilżony wodą zgłębnik dwunastniczy do 50 — 60 cm (wody połykać nie pozwalamy, zakazujemy podczas całego badania połykać ślinę — chorego słuwa ją).

5^o. Wydobywamy zawartość żołądka na czczo strzykawką R e c o r d a i przechowujemy ją w kolbce.

6^o. Wzgl. by zbadać wpływ mechaniczny zgłębnika na czynność żołądka, co 10' w ciągu 1/2 godz. wydobywamy 10 cm³ treści po uprzednim zmieszaniu jej w żołądku przez wprowadzenie do żołądka powietrza.

7^o. Wprowadzamy do żołądka 300 cm³ 5% alkoholu, poczem w ciągu 2godzin co 20' wydobywamy 10 cm³ treści, uprzednio zmieszanej. Poszczególne frakcje treści żołądkowej zbieramy do numerowanych próbek.

8^o. O czynności ruchowej żołądka dowiadujemy się, notując chwilę, gdy znika zabarwienie niebieskawe wydobytej treści, gdy zatem cały płyn wprowadzony opuścił żołądek.

9^o. Gastrochromoscopia (p. niżej). Po wydobyciu ostatniej frakcji treści żołądkowej (ew. zmniejszamy ich liczbę) wprowadzamy domięśniowo 5 cm³ 1% czerwieni obojętnej, po czem co kilka minut sprawdzamy, czy się już treść żołądkowa zabarwiła na kolor różowy. Notujemy, jaki czas upłynął od chwili zastrzyknięcia do tej chwili.

10^o. Notujemy ilość treści, wydobytej na czczo, czas trwania barwy niebieskiej, czas zjawienia się barwy różowej. Miareczkujemy kwasotę, chloroki, określamy ilość pepsyny. W treści, wydobytej na czczo, określamy poza tym N resztkowy.

11^o. Określenie kwasoty. Posługujemy się, jak zwykle, dimetylamido-azo-bensolem i phenolphtaleiną, miareczkowanie bowiem treści bezbiałkowej i bezsolnej dwoma indykatorami jest tak samo ściśle, jak posługiwanie się metodą elektrometryczną Michaelisa (Kalk i Kugelmann, Klin. Woch. 1925. 38 i Hilmeyer i Graubner, Klin. Woch. 1927. 22).

a. Kwasota „aktualna“ = wolne jony H -- przejście czerwonego koloru dimetylamidoazobensolu w kolor łososi.

b. T. zw. wolny kwas solny — przejście w kolor żółty.

c. Ogólny kwas solny — liczba średnia między przejściem dimetylamidoazobensolu w kolor cytrynowy i phenolphtaleiny w czerwony (L. Michaelis).

d. Kwasota ogólna — przejście phenolphtaleiny w kolor czerwony.

Obliczenia — jak zwykle.

12°. Miareczkowanie chlorków.

a. chlorki ogólne wg. Mohr'a w modyfikacji Leschke (Kl. Woch. 1926. 8): do 3,55 cm³ treści żołądkowej dodajemy kilka kropli 7% chromianu potasu, jako indykatora, poczem miareczkujemy N/10 Ag NO₃ do przejścia w kolor brunatny; 0,1 cm³ zużytego N/10 Ag NO₃ odpowiada 10 mg * Cl (czyli 10 mg Cl w 100 cm³ treści);

b. chlorki obojętne otrzymujemy przez odjęcie chloru ogólnego kwasu solnego od chlorków ogólnych. Chlor ogólnego kw. solnego jest równy ilości zużytych cm³ N/10 NaOH, podzielonej przez 2,9 lub dla ułatwienia przez 3 (porównaj wspomnianą pracę Leschke),

13°. Pepsynę obliczaliśmy sposobem miareczkowym Volharda.

14°. Azot reszkowy sposobem podbrominowym Ambarda, gdyż jest to metoda dogodna i dość ścisła, jak wykazały badania M. Szoura (Polsk. Arch. Med. Wewn. T. IV. Z. 1)

Równocześnie przerabialiśmy cały szereg badań klinicznych i laboratoryjnych (p. niżej),

Badania nasze przeprowadziliśmy u 10 klinicznie zdrowych ozdrowieńców (głównie po anginach, gościcu stawowym i t. d.) oraz u 50 sercowo i nerkowo-chorych: 14 przyp. schorzeń serca (5 bez obrzęków, 9 z obrzękami), 11 przyp. nerczyc z obrzękami, 13 przyp. zapaleń nerek (2 przyp. bez mocznicy i obrzęków, 3 przyp. z mocznicą, 3 przyp. z mocznicą i obrzękami, 5 przyp. z obrzękami), 12 przyp. marskości nerek (4 przyp. bez mocznicy i obrzęków, 6 przyp. z mocznicą, 2 przyp. z obrzękami). Poza-tem przeprowadzaliśmy badania w przypadkach obrzęków wskutek przyczyn miejscowych, u chorych z powiększeniem gruczołu krokowego i zatrzymaniem moczu, w przypadku moczówki prostej i t. d.

Wyniki uzyskane przez nas przedstawiają się w sposób następujący.

I. Ilość treści żołądkowej.

Dawniej sądzono, że w warunkach prawidłowych żołądek na czczo jest pusty; wydobyć więc w tym okresie treści uważano, przy braku objawów zalegania pokarmów w żołądku, za objaw nadczynności wydzielniczej żołądka i za kardynalny objaw t. zw. sokotoku żołądkowego (Reichman). Okazało się jednak, że było to skutkiem niedokładności metod ówczesnych. Po wprowadzeniu bowiem do żołądka na czczo zgłębnika dwunastniczego z łatwością za pomocą szprycy Rekorda możemy wydobyć treść żołądka.

Nasze badania wstępne wykazały, że w warunkach prawidłowych (u osobników zdrowych) na czczo wydobywa się przeciętnie od 15 — 30 cm³ treści żołądkowej. Zgłębnik, leżący w żołądku, prawie go nie pobudza do czynności wydzielniczej (z wyjątkiem osób „nerwowych“, u których już ten bodziec jest wystarczający). Po wprowadzeniu próbnego śniadania alkoholowego normalnie otrzymujemy w 20' odstępach 10—30 cm³ treści. U poszczególnych badanych osobników wahania dzienne całkowitej ilości treści wydobytej oraz poszczególnych frakcji są minimalne (do 2 — 3 cm³ we frakcji, do 10 — 15 cm³ w ilości całkowitej). Wyraźny jest natomiast wpływ czynników psychicznych na ilość treści. U osobników, które wykazywały opór przy pierwszym założeniu zgłębnika, a nie wykazywały go przy następnych — u tych osobników stwierdzaliśmy bądź zwiększenie (w 2 przyp.) bądź zmniejszenie (w 1 przyp.) ilości treści wydobywanej.

Badania zaś, przeprowadzone u sercowo i nerkowo-chorych, wykazały następujące stosunki.

Ilość treści, wydobywanej na czczo oraz w poszczególnych frakcjach, była różnie wielką u różnych chorych. Naogół była jednak przeważnie niewielka. U niektórych chorych na czczo treści wydobyć nie udawało się.

By wyjaśnić przyczynę tego zjawiska, określaliśmy równocześnie ilość dobową moczu, notowaliśmy, czy chory oddaje dużo śliny, wreszcie określaliśmy wodochłonność skóry zapomocą odczynu wodnego skóry (w skróceniu O. W. S.), zaproponowanego przez Aldiich'a i Mc-Clure'a. Wartość kliniczną O. W. S. oraz jego ścisłość potwierdziły badania jednego z nas, przeprowadzone wspólnie z M. Landsbergiem (Polk. Arch. Med. Wewn. T. IV. z. 2.). oraz prace Guggenheimera i Hirscha i Labbé i Violle'a.

Próba polega na tem, że badamy szybkość znikania bąbla, wytworzonego przez doskórne wprowadzenie 0,2 cm.³ roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Bąbel znika tem szybciej, im skóra ma większe powinowactwo do wody — z dnia na dzień coraz to szybciej w miarę zwiększania się wodochłonności skóry i jej dążności do obrzękania; znikanie bąbla zwalnia się natomiast w okresie znikania obrzęków.

Badania nasze wykazują, że ilość treści żołądkowej, wydobytej na czczo i we frakcjach po alkoholu, nie jest zależna ani od nasilenia zmian w moczu, ani od zawartości azotu resztkowego we krwi, ani od wysokości ciśnienia krwi. Jak przekonaliśmy się natomiast na naszym materiale, zmniejszona czynność wydzielnicza żołądka idzie równolegle ze zwiększaniem się uczucia suchości w ustach, ze zmniejszaniem się ilości dobowej moczu, z przyspieszaniem się O. W. S. oraz ze zwiększaniem się obrzęków. Nprz.:

1. Chory P. L., l. 33. Insuff. v. mitr. Decompensatio. Obrzęki. O. W. S. na udzie przyspiesza się z dnia na dzień (25' — 20' — 12'). Suchość ust. Il. dobowy mocz 600 cm³.

Na czczo wydobyto 10 cm³ treści żołądk., po próbn., śniad.: po 20' — 7¹/₂ cm³, po 40' — 1¹/₂ cm³, po 60' — 10 cm³, po 80' — 2¹/₂ cm³, po 100' i 120' — 0 cm³.

2. Chora B. M. Nephrosis. Anasarca. Ascites. Hydrothorax bilateratis. Suchość w ustach. Il. dob. mocz 250 cm³. O. W. S. przyśp.

Na czczo treści żoł. nie wydobyto. Po próbn. śniadaniu: po 20' — 0 cm³, po 40' — 2 cm³, po 60' — 5¹/₂ cm³, po 80' — 100' i 120' — 0 cm³.

Jest rzeczą ciekawą, że u tychże chorych w okresie znikania obrzęków (O. W. S. zwalnia się, il. dob. mocz wzrasta i t. d.) zwiększa się znacznie produkcja soku żołądkowego, a niejednokrotnie stwierdzamy nawet nadmierną ilość treści żołądkowej. Np.

W 2 powyższym przypadku nerczycy, w okresie poprawy, gdy obrzęki znikły, gdzie ilość dobowy mocz dochodziła do 2500 — 3000 cm³, gdzie O. W. S. zwalniał się z dnia na dzień (na podudziu 20' — 25' — 32') uzyskaliśmy wyniki następujące.

Na czczo wydobyto 43 cm³ treści, w 20 — 40 — 60 — 80 — 100 i 120, po próbnym śniadaniu z łatwością wydobywaliśmy po 10 cm³ treści (zgodnie z podaną powyżej techniką badania, w poszczególnych frakcjach staraliśmy się wydobywać po 10 cm³).

Nasuwało się jednak pytanie, czy zmniejszenie ilości treści żołądkowej nie jest skutkiem ograniczonego podawania płynów chorym z obrzękami. W tym celu w 1 przypadku niedomogi sercowej z dużymi obrzękami w okresie ich zwiększania się (cią-

głe przyspieszanie się O. W. S.) podaliśmy choremu o 1 litr wody więcej, niż codziennie. Nazajutrz zbadaliśmy choremu ponownie treść żołądkową. Uzyskane wyniki przedstawiają się w ten sposób:

ilość treści żołąd. przed podaniem wody: 18 cm³ (na czczo) w ciągu 1 godziny po śniad. próbnem 16 1/2 cm³, w ciągu 2 godziny 13 cm³.

Nazajutrz po dodaniu wody: na czczo 8 cm³ treści, w ciągu 2 godzin po śniadaniu zdołano zebrać zaledwie 8 cm³ treści.

Analogiczne wyniki uzyskaliśmy jeszcze w 1 przyp. niedomogi sercowej, w 1 przyp. nerczycy i w 1 przyp. zapal. nerek z obrzękami.

Widzimy więc, że obciążenie chorych z obrzękami wodą zmniejsza produkcję soku żołądkowego.

O ile zmniejszone wydzielanie soku stale towarzyszyło obrzękom, o tyle większych zaburzeń ilościowych w produkcji treści żołądkowej nie spostrzegaliśmy u chorych na serce i nerki nie-obrzękłych.

Jedynie w 3 przyp. wady zastawki dwudzielnej bez obrzęków otrzymaliśmy skąpe ilości treści. Zaskoczeni tym faktem, zaczęliśmy bliżej badać tych chorych.

Ilość dobową moczu wahała się między 1000 a 1200 cm³, suchości w ustach nie było; jedynie O. W. S. było przyspieszone (10', 12' i 8' na podudziach) — mieliśmy zatem do czynienia z okresem przedobrzękowym. A zatem i w tych przypadkach skąpe wydzielanie soku żołądkowego szło w parze ze zwiększoną wodochłonnością skóry, z dążnością ustroju do zatrzymywania wody. Czy w tych przypadkach przyszło do obrzęków, nie wiemy, gdyż celem niedopuszczenia do wytworzenia się ich położyliśmy chorych do łóżka i zaleciliśmy dietę odpowiednią — obrzęki więc nie wystąpiły.

Należy wreszcie zaznaczyć, że w przypadku puchliny brzusznej wskutek przyczyny miejscowej (marskość zanikowa wątroby) z prawidłową ilością dobową moczu i normalnym O. W. S. otrzymaliśmy normalne ilości treści żołądkowej.

Otrzymane więc wyniki dadzą się streścić w sposób następujący:

1° w schorzeniach serca i nerek bez obrzęków oraz u chorych z puchliną wskutek przyczyn miejscowych ilość soku żołądkowego nie wykazuje odchyień od normy;

2° u chorych z obrzękami stwierdzamy zmniejszoną produkcję soku żołądkowego równocześnie z suchością jamy ustnej, skąpomoczem oraz przyśpieszonym O. W. S.;

3° zmniejszenie się produkcji soku żołądkowego może najprawdopodobniej wyprzedzać tworzenie się obrzęków, albowiem występuje u chorych w okresie przedobrzękowym, wzgl. w okresie „obrzęków ukrytych“ (przyśpieszony O. W. S.).

4° w okresie znikania obrzęków obok wielomoczu i zwolnienia O. W. S. stwierdzamy nadmierną produkcję soku żołądkowego.

II. Kwasota żołądka.

Udział żołądka w regulacji kwaso-zasadowej ustroju jest znany oddawna. Jak wiadomo, na wysokości trawienia żołądkowego, gdy zwiększa się kwasota żołądka, wzrasta zasób zasad we krwi, skutkiem czego przychodzi do zastępczego zakwaszenia moczu (Por. Jelenkiewicz, War. Czas. Lek. 1926, 2 i 3).

Z drugiej strony, żołądek na grożące ustrojowi zakwaszenie krwi odpowiada zastępczem zwiększeniem kwasoty. Np. kwasota żołądka wzrasta po wysiłku fizycznym, który pociąga za sobą zmniejszenie zasobu zasad krwi (Delhounne, Dtsch. Arch. f. Kl. Med. T. 150. Z. 1/2), oraz w czasie perjodu u kobiety (Hess i Faltitschek, Wien. Klin. Woch. 1925, 16) który jest przecież poprzedzony przez przedmiesiączkową kwasicę krwi. Przeciwnie, przesunięcie odczynu krwi w kierunku zasadowym, np. przez naparstnicę (Veil i Heilmeyer, D. Arch. f. Kl. M. T. 147. Z. 2. 1925) lub przez hyperwentylację (Delhounne, Kl. Woch. 1927. 17) powoduje zastępcze obniżenie kwasoty żołądka.

Ponieważ nadkwaśności żołądka towarzyszy względne przekwaszenie krwi, szereg autorów (głównie Földes i Detre, Ztschr. Ges. Exp. Med. T. 40, 111; T. 41, 342; T. 40, 394;

T. 43, 236) uważa, że kwasota żołądka jest zależna od kwasoty krwi.

W schorzeniach nerek, które obok przewodu pokarmowego i płuc dużą rolę odgrywają w przemianie kwaso-zasadowej ustroju, kwasy nie zostają całkowicie wydalone z moczem (Staub i Meyer, Kl. Woch. 1924, str. 184) Nasuwa się więc pytanie, czy nie przychodzi do zastępczego wydala-
nia ich przez żołądek. Zależnie bowiem od stopnia kwasoty żołądka przyjęlibyśmy jedno z możliwych wytłumaczeń upośledzonego wydzielania kwasów z moczem: bądź że jest ono następstwem nieprzepuszczalności schorzałej nerki, bądź że jest ono skutkiem zatrzymywania kwasów przez ustrój (Fisher) — w tym przypadku i w żołądku mielibyśmy zmniejszoną kwasotę.

Badania nasze wykazały, że w początkowych okresach schorzeń sercowych oraz w okresie wyrównania kwasota może być b. wysoka. To samo dotyczy ostrych i przewlekłych zapaleń nerek z krwinkami w moczu, ze zwiększonym azotem resztkowym we krwi, z podwyższonem parciem krwi, bez dążności jednak do tworzenia się obrzęków (ilość dobową moczu dość duża, O. W. S. normalne i t. d.)

Np. 1. E. Z., l. 48, insuff. et stenosis mitr.; compensatio. Kwasota ogólna: na czczo 20, po próbn. śniad. alkohol. po 20' — 15, po 40' — 30, po 60' — 43, po 80' — 52, po 100' — 58 po 120' — 55.

2. D. H., lat 40, nephrosclerosis secund. R. R. $180/100$. Przerost serca. N resztk. we krwi 70 mg. $\%$. Il. dob. moczu 1200, c. g. 1008 bez obrzęków. O. W. S. norm. Objawy przedmocznicowe.

Kwasota ogólna: na czczo — 14, po próbn. śniad.: po 20' — 50, po 40' — 49, po 60' — 92, po 80' — 48, po 100' — 48, po 120' — 40.

Inaczej się sprawa kształtuje w przypadkach nerczyc ostrych i przewlekłych, w przypadkach zapaleń i marskości nerek z dążnością do obrzęków oraz w okresie niedomogi sercowej. W tych przypadkach równolegle do zmniejszania się ilości moczu, do zwiększania się uczucia suchości w ustach, w miarę zwiększania się wodochłonności skóry zmniejsza się kwasota soku żołądkowego.

Zmniejszenie się kwasoty wyprzedza czasem tworzenie się obrzęków. Spostrzegaliśmy to w 1 przypadku nerczycy oraz 1 przypadku niedomogi mięśnia sercowego z zastojem w narządach wewnętrznych, ale jeszcze bez puchliny i obrzęków oraz w 3 przypadkach wady zastawki dwudzielnej, w których równocześnie zmniejszyła się ilość treści żołądkowej (p. wyżej). W przypadkach tych jedynie O. W. S. przepowiadał wystąpienie obrzęków, co się sprawdziło w 2 pierwszych z przytoczonych przypadków.

Stopień zmniejszenia kwasoty soku żołądkowego był różny u różnych chorych z obrzękami. Zależało to od rozległości obrzęków i od szybkości O. W. S. Największe zmniejszenie kwasoty spostrzegaliśmy w przypadkach nerczyc.

Dla ilustracji podajemy niektóre wyniki.

1. Chora D. H., l. 24, insuff. et sten. v. mitralis. Brak obrzęków (wystąpiły po kilku dniach). O. W. S. przyśpiesza się z dnia na dzień.

Kwasota ogólna: na czczo 34, po próbnem śniadaniu alkoholowem po 20' — 10, po 40' — 22, po 60' — 22, po 80' — 28, po 100' — 26.

2. Chory R. K., l. 32, nephroso-nephritis subacuta. Anasarca. Oliguria. — Krzywa kwasoty ogólnej: 16, 25, 25, 25, 20.

3. Chory P. L., l. 33, insuff. mitralis, decompensatio gradus majoris (asystolia).

Krzywa kw. og.: 10, po 20' — 10, po 40' nie określ. (brak treści), po 60' — 12, po 80' i t. d. nie określ. (brak treści).

4. Chora Ch. W., l. 12, nephrosis chronica. Duże obrzęki. Krzywa kw. og.: 17, 5, 18, 26, 37. 30, 18.

Należy zaznaczyć, że analogicznie do zwiększania się ilości treści żołądkowej, w miarę poprawy (i znikania obrzęków) wzrasta również i kwasota żołądkowa (nieraz b. znacznie).

Np. w 2-gim z podanych przed chwilą przypadków (chory R. K.) w okresie poprawy otrzymano następującą krzywą kwasoty ogólnej: 20, 30, 30, 35, 40, 40, 30.

W przypadkach natomiast obrzęków wskutek przyczyn miejscowych kwasota odchylić od normy nie wykazuje — np. w podanym powyżej przypadku marskości zanikowej wątroby z puchliną brzuszną wykazano następującą kwasotę: 17, 23, 38, 70, 52, 34, 26.

Typ wydzielania żołądkowego w schorzeniach serca i nerek (z obrzękami i bez) może być najrozmaitszy — normalny, częściej — hipotoniczny, b. rzadko — hipertoniczny.

W streszczeniu więc można ująć otrzymane wyniki w następujący sposób:

1) w schorzeniach serca i nerek bez obrzęków oraz u chorych z puchliną wskutek przyczyn miejscowych kwasota żołądka nie wykazuje odchyień od normy;

2) u chorych z obrzękami równocześnie z wystąpieniem suchości w jamie ustnej, skąpomoczem oraz z przyśpieszeniem O. W. S. występuje obniżenie kwasoty soku żołądkowego;

3) spadek kwasoty soku żołądkowego może wyprzedzać tworzenie się obrzęków;

4) w okresie znikania obrzęków dochodzi do względnego zwiększenia się kwasoty.

III. Chlorki w treści żołądkowej.

Na rolę chlorków w patogenezie obrzęków już dawno zwrócono uwagę (Widal, Straus, Koranyi). O ile jednak dawniej widziano przyczynę chloro-, a przeto i hydro-retencji w zmniejszonej przepuszczalności schorzałej nerki dla H_2O i $NaCl$, o tyle teraz coraz to bardziej skłaniają się autorzy do przyjęcia, że pierwotnem jest przedewszystkiem zatrzymywanie tych składników przez tkanki (Achard, Teissier, Magnus, Hamburger, Schlayer, Schmidt, Eppinger i t. d). Jednakowoż, jak na to słusznie zwraca uwagę M. Landsberg (Med. Dośw. i Społ. 1923 r.), „bezpośrednich dowodów, wskazujących na retencję chlorków czy wody przez czynniki tkankowe bez jakiegokolwiek udziału nerek, w pracach autorów nie znajdujemy“. M. Landsberg tedy pierwszy (przy współudziale Johwedsa) wykazał retencję chlorków przez tkanki ustroju bez jakiegokolwiek udziału czynników nerkowych. Wykazał on mianowicie, że w przypadkach przesolenia ustroju znajdujemy w ślinie stale zmniejszoną ilość chlorków.

By wyłaczyć możliwość, że zmniejszone wydzielanie chlorków przez ślinę jest następstwem wybiórczego uszkodzenia ślinianek w schorzeniach nerek, zaczęliśmy (przy współudziale kol. Grosblata) określać chlorki w treści żołądkowej.

Jak wiadomo, ilość chlorków w treści żołądkowej ulega

mniejszym wahaniom niż stężenie kwasu solnego, przy zaburzeniach wydzielniczych żołądka rzadko dochodzi do zaburzeń w wydzielaniu chlorków, nawet w przypadkach braku kwasu solnego w treści żołądkowej m. b. duża ilość chlorków w treści żołądkowej. A więc krzywa chlorków całkowitych, otrzymana przy frakcjonowaniu badania treści żołądkowej, jest wyrazem poniekąd niezależnego od wydzielania kwasu solnego procesu sekrecyjnego chlorków przez gruczoły żołądka.

Naogół ilość chlorków w żołądku na czczo jest wysoka, spada po podaniu śniadania alkoholowego, by po jakimś czasie znowu osiągnąć liczbę początkową.

Katsch i Kalk (Klin. Woch. 1926, 20) podają, że liczby najwyższe chlorków całkowitych w soku żołądkowym osobników normalnych dochodzą do 116, przy wrzodach żołądka — do 116, przy wrzodach dwunastnicy do 128, przy zapal. pęch. żółc. do 104,8. Co się tyczy interesujących nas w tym wypadku niedokwaśności łagodnych, liczby te wahają się na czczo od 40 do 144 (przeciętnie 82,8) i po próbnym śniadaniu od 40 do 168 (przeciętnie 97,1), przy niedokrwistości złośliwej na czczo od 40 do 120 (przeciętnie 75,2) i po próbnym śniadaniu przeciętnie 76, przy raku żołądka na czczo przeciętnie 59,4, po próbnym śniadaniu przeciętnie 60,8. A zatem żołądek niedokwaśny potrafi normalnie wydzielać chlorki jeszcze wtedy, gdy już nie potrafi zupełnie wydzielać kwasu solnego (rzecz prosta, że chlorki są tu w postaci chlorków obojętnych).

U chorych na serce i nerki badania nasze przeprowadzaliśmy w ten sposób, że równocześnie określaliśmy ilość chlorków wprowadzonych w pokarmie, ilość chlorku w moczu (w ilości dobowej), w ślinie metodą Folharda, we krwi oraz w treści żołądkowej.

Otóż badania nasze wykazały, że w schorzeniach nerek i serca bez skłonności do obrzęków wydzielanie chlorków przez gruczoły żołądka odchylił od normy nie wykazują.

W przypadkach natomiast z obrzękami ilość chlorków w treści żołądkowej jest niezmiernie mała: na czczo waha się od 13 do 43,5 mg.%, po próbnym śniadaniu maksymalne liczby wahają się od 20 do 45 mg.% Cl.

A zatem wydzielanie chlorków w schorzeniach serca i nerek z obrzękami jest bardziej upośledzone, niż w najdalej posuniętych niedokwaśnościach.

Wydzielanie to idzie równolegle do wydzielania chlorków przez ślinę i mocz, jak wynika z następujących przykładów:

1. nephrosis: chlorki w treści żołądkowej 20 mg.%, Na Cl w ślinie 0,18%, Na Cl w moczu 0,27%;
2. nephrosis: chlorki w treści żołądkowej 28 mg.%, Na Cl w ślinie 0,21%, Na Cl w moczu 0,32%;
3. vit. mitr. decomp.: chlorki w treści żołądkowej 37 mg.%, Na Cl w ślinie 0,38%, Na Cl w moczu 0,55%.

Zmniejszone wydzielanie chlorków przez żołądek w obrzękach nie jest zależne od zmniejszenia w podawanych diecie chlorków. W 3 podanych przypadkach obciążyliśmy chorych solą kuchenną (przez 3 dni po 10 gr. Na Cl), poczem ponownie zbadaliśmy chlorki w treści żołądkowej. Okazało się, że równocześnie ze zwiększeniem się obrzęków (i wzrostem wagi), ze zmniejszeniem się ilości dobowej moczu zmniejszały się maksymalne liczby chlorków w treści; w 1 przypadku do 12, w 2 — do 16, w 3 — do 22 mg.% Cl.

Wydzielanie chlorków przez żołądek wzrasta w okresie znikania obrzęków (np. w 1-szym przyp., gdy znikły obrzęki, a stan ogólny znacznie się poprawił, chlorki w treści dochodziły do 48 mg.%).

Należy zaznaczyć, że w podanych powyżej przypadkach stanów przedobrzękowych równolegle ze zmniejszeniem się ilości treści żołądkowej oraz ze spadkiem kwasoty żołądka, zmniejszała się również ilość chlorków w treści.

W przypadku puchliny brzusznej wskutek zanikowej marskości wątroby ilość chlorków była dość wysoka (63 mg.%).

Zmniejszoną natomiast liczbę chlorków znaleźliśmy w przypadku moczówki prostej ze zmniejszoną ich ilością we krwi (diabetes insipidus hyperchloraemicus et hypochloruricus): chlorki w żołądku—37 mg % Cl, w ślinie 0,4% NaCl, w moczu 0,5 NaCl, we krwi—0,614. W przypadku tym mamy zatem dowód, że ilość chlorków w treści żołądkowej może być zmniejszona nawet jeśli ich ilość jest we krwi wzmożona.

Otrzymane więc wyniki dadzą się streścić w sposób następujący:

1. w przypadkach schorzeń serca i nerek bez obrzęków oraz w przypadkach obrzęków z przyczyn miejscowych ilość chlorków ogólnych w treści żołądkowej waha się w granicach normy;

2. u chorych z obrzękami, równocześnie ze zmniejszonym wydzielaniem chlorków przez nerki i ślinianki, zmniejsza się ich ilość w treści żołądkowej;

3. spadek chlorków w treści żołądkowej może wyprzedzać tworzenie się obrzęków;

4. w okresie znikania obrzęków dochodzi do względnego zwiększenia się chlorków w treści żołądkowej.

IV. Czynność zaczynowa żołądka.

Badania nasze wykazują, że nic charakterystycznego pod tym względem w schorzeniach serca i nerek nie spostrzega się.

Siła trawienna naogół jest mniejsza w przypadkach niedokwaśności (choć nie zawsze).

V. Czynność ruchowa żołądka.

Badania nasze (określanie chwili odbarwiania się płynu, wprowadzonego do żołądka) dają tylko pojęcie o wypadkowej działania czynników ruchowych żołądka (napiecie i ruchy robaczkowe), nie mogą zatem mieć pretensji do ścisłości.

Ponieważ jednak, ze względu na ciężki stan badanych przez nas chorych, niema mowy o rentgenografji, o zdjęciach migawkowych oraz o prześwietlaniu żołądka z równoczesnem wstrzykiwaniem środków, działających na układ autonomiczny (O k s i o n o w. Wiestnik Rentgen. i Radjologii T. II, zesz. 3—4, 1924), musimy się zadowolić podaną powyżej techniką badań.

Wprowadzone do żołądka śniadanie próbne, podbarwione błękitem metylenowym, opuszcza go całkowicie po 40—80', summaryczna czynność ruchowa jest zatem w tych przypadkach zbliżona do normy (por. Katsch i Kalk, Klin. Woch., 1925, 46), natomiast w przypadkach niedokwaśności, jak zwykle, upośledzona.

Nic zatem charakterystycznego i tu nie spostrzegaliśmy.

VI. Czynność ekskrecyjna żołądka.

Poza czynnością wydzielniczą i mechaniczną, posiada jeszcze żołądek zdolność ekskrecyjną — przez żołądek np. wydziela się morfina, podskórnie lub doustnie wprowadzona.

Ze względu na temat pracy, nas obchodziło jedynie wy-

dalanie przez śluzówkę żołądka azotu resztkowego i barwników (czerwieni obojętnej).

A. Wydalanie azotu resztkowego.

Zgodnie z nowymi koncepcjami mocznicy (Becher, D. Arch. f. Kl. Med. Bd. 148, z. 1 — 2, Zentralbl. f. Inn. Med. 1915, 17, M. Med. Woch. 1926, 4), uważamy, że jest ona następstwem przedostania się normalnych produktów gnicia białka w jelicie (fenol, parakrezol, difenol, kwasy aromatyczne) do krwi, a w dalszych okresach i do płynu mózgowo-rdzeniowego na skutek wzmożonej przepuszczalności ośrodkowej bariery nerwowej.

Mimo to jednak w dalszym ciągu uważamy, że w przeważającej liczbie przypadków zwiększenie azotu resztkowego we krwi towarzyszy mocnicy oraz, że równoległe do zwiększenia się lub zmniejszania objawów mocznicy naogół zwiększa się lub zmniejsza zawartość azotu resztkowego we krwi.

Dane te upoważniają do wniosku, że zwiększenie się azotu resztkowego we krwi najczęściej towarzyszy mocnicy lub stanom przedmocznicowym.

Ponieważ wiemy, że żołądek niekiedy staje się narządem który w niedomodze nerek zastępczo wydala ze krwi różne związki chemiczne (glukoza, kw. salicylowy, jod — Lipschitz, Kl. Woch. 1926, 43), zaczęliśmy równoległe do azotu resztkowego we krwi badać azot resztowy w treści żołądkowej (na czczo).

Należy zaznaczyć, że naogół N resztkowy we krwi i w żołądku występuje w tych samych stężeniach. Np.

- | | | | | |
|----|---------------------------------|---|-----------------|---------------------|
| 1. | przyp. nephronephritis subacuta | — | we krwi 60 mg % | , w żołądku 55 mg % |
| 2. | „ decompens. musc. cordis | — | „ 40 mg % | „ 45 mg % |
| 3. | „ nephrosclerosis | — | „ 85 mg % | „ 80 mg % |

W 3 z pośród obserwowanych przez nas przypadków mocznicy stwierdziliśmy zwiększone wydalanie N resztkowego przez żołądek, a mianowicie:

- | | | | |
|---|--------|-----------------|--------------------------------|
| 1 | przyp. | we krwi 85 mg % | , w treści żołądkowej 100 mg % |
| 2 | „ | „ 70 mg % | „ „ 95 mg % |
| 3 | „ | „ 90 mg % | „ „ 120 mg % |

Widzimy zatem, że w niektórych przypadkach mocznicy przez żołądek zastępczo wydala się większa ilość azotu resztkowego.

(W czasie wykonywania naszych doświadczeń ukazała się praca Steinitz'a w Kl. Woch. 1927, 20, w której autor podaje wyniki, zgodne z naszymi. Nie możemy natomiast potwierdzić otrzymanych przez autora wyników innych, mianowicie o wzmożonem wydzielaniu chlorków przez żołądek w przypadkach niedomogi nerek).

Zupełnie analogiczne wyniki uzyskaliśmy w 6-ciu przypadkach zatrzymania moczu wskutek przerostu gruczołu krokowego. — W przypadkach tych stwierdzamy zastępcze wzmożone wydalenie azotu resztkowego przez żołądek.

B. Wydalanie czerwieni obojętnej.¹⁾

Jak wiadomo, w warunkach prawidłowych czerwień obojętna, wstrzyknięta domięśniowo (do mięśni pośladkowych), już po 10'—20' zabarwia na kolor różowy treść żołądkową, wydobywającą się przez zgłębnik Einhorna, wprowadzony do żołądka. W przypadkach nadkwaśności czerwień obojętna wydala się przez żołądek wcześniej niż po 20' (por. Glässner i Witgenstein, Wien. Klin. Woch. 1923, 45).

Taka równoległość między wzmożoną (wzgl. zmniejszoną) czynnością wydzielniczą żołądka a przyśpieszonym (wzgl. zwolnionem) wydalaniem czerwieni obojętnej ma być skutkiem tego, że obie te czynności zależą od tychże komórek okładzinowych.

W niektórych jednak przypadkach przejściowe zahamowania czynności wydzielniczej żołądka, które klinicznie mogą przebiegać pod postacią bezkwasu żołądkowego lub niedokwaśności, gastrochromoskopia okazuje się czulszą od miareczkowania kwasoty. W tych przypadkach prawidłowe wydalenie czerwieni obojętnej inoże wyprzedzać powrót do normalnej produkcji kwasu przez śluzówkę żołądka (Katsch i Kalk, Kl. Woch 1926, 25). Zatem zdolność żołądka do prawidłowego wydalenia czerwieni obojętnej żołądka mogłaby przemawiać za przelotnem zahamowaniem czynności żołądka.

¹⁾ Dzięki uprzejmości dra M. Orzecha, zwróciliśmy uwagę na pracę Gutmanna i Kohna (Med. Klin., 1927, 2), którzy stwierdzili przyśpieszone wydalenie czerwieni obojętnej przez żołądek w przypadku niedomogi nerek, mimo zmniejszonej kwasoty żołądka. Ponieważ gastrochromoskopia rzuca pewne światło na istotę toczących się w żołądku spraw chorobowych, zaczęliśmy badać chorych naszych i w tym kierunku (o technice patrz wyżej)

Z tych też względów zaczęliśmy przeprowadzać gastrochromoskopję w schorzeniach serca i nerek.

Badania nasze wykazały, że naogół istnieje równoległość między wydzielaniem kwasu a wydalaniem czerwieni obojętnej. — Wydalanie zwalnia się przy niedokwaśności (towarzyszącej obrzękom), jest natomiast prawidłowe w przypadkach kwasoty prawidłowej.

Należy jednak podkreślić, że w 3 przypadkach niedokwaśności w przebiegu nerczyc z obrzękami (równocześnie — zmniejszone wydzielanie soku żołądkowego i chlorków w nim) stwierdziliśmy przyspieszone wydalanie czerwieni obojętnej (np. przy kwasocie ogólnej 25 — czerwień po 5'). Jak mogliśmy się jednak przekonać, w przypadkach tych rychło przyszło do zniknięcia obrzęków oraz powróciła kwasota prawidłowa żołądka. Wyniki te zatem zgodne są z podanymi spostrzeżeniami, że niekiedy przyspieszone wydalanie czerwieni obojętnej może wyprzedzać powrót do normalnej produkcji kwasu przez gruczoły żołądka.

Streszczenie.

I. W przypadkach schorzeń serca i nerek bez obrzęków i mocnicy czynność żołądka naogół odchylił od normy nie wykazuje.

II. W przypadkach niedomogi nerkowej, ze zwiększonym azotem resztkowym we krwi, często spostrzegamy nadmierne wydalanie azotu resztkowego przez żołądek.

III. W przypadkach obrzęków sercowych i nerkowych spostrzegamy: zmniejszoną produkcję soku żołądkowego, jego zmniejszoną kwasotę, zmniejszone wydzielanie chlorków przez gruczoły żołądka oraz zwolnione wydalanie czerwieni obojętnej, wprowadzonej domięśniowo. W przypadkach obrzęków z przyczyn miejscowych zaburzeń tych nie spostrzegamy.

Zmiany, w treści żołądkowej spostrzegane, nie idą równolegle do zajęcia serca czy nerek.

Są one natomiast współczesne z przyspieszeniem O. W. S. z suchością w ustach, z suchością skóry, ze skąpomoczem.

Zmiany te mogą wyprzedzać tworzenie się obrzęków.

Wszystkie te spostrzeżenia upoważniają nas do uznania roli czynników pozanerkowych w powstawaniu obrzęków.

De l'influence des affections du coeur et du rein sur les fonctions de l'estomac.

PAR

Juljen Fliederbaum et Natalie Pianko.

(S o m m a i r e).

Les A. ont étudié les fonctions de l'estomac dans les diverses affections du coeur et du rein.

Les études faites sur 50 malades ont conduit les A. aux conclusions suivantes.

1^o. Dans les nephrites graves avec forte azotémie l'excrétion d'azote résiduel est parfois augmentée, d'autre fois normale.

2^o. Les malades avec oedèmes d'origine rénale ou cardiaque présentent: la sécrétion de suc gastrique est diminuée, il y a hypoacidité, la sécrétion de chlorures est diminuée et l'excrétion de rouge neutre, injectée par la voie intramusculaire, est ralentie.

Quant aux causes de ces troubles, elles ne sont pas déterminés: 1^o par la diète, qui renferme peu des chlorures et de l'eau, 2^o il n'y a pas de parallélisme entre les affections du coeur et du rein coexistant avec les modifications des fonctions gastriques.

Mais elles sont déterminées par des facteurs extrarenaux.

Histofizjologia i patologia sutka piersiowego w świetle najnowszych badań.

P o d a ł

Michał Abramowicz.

(Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu kliniczmem dn. 5.VI.27.)

Przyzwyczajeni jesteśmy do rozumowania, że budowa narządów i tkanek stanowi coś określonego, stałego i niezmiennego. Pojęcia z histologii o stałej budowie kości, nerwów i t. d. przenosimy następnie do anatomji patologicznej i fizjologii. A jednak co do pewnych tkanek i narządów podawane są już i w podręcznikach niektóre ich przemiany. Naprz. wiemy, że mięśnie podczas czynności i spoczynku mają niejednakową strukturę. Rów-

niez i gruczoły, jakoteż komórki wydzielnicze, mają niejednakową budowę w tym lub innym okresie swojego funkcjonowania. Ostatnio, gdy zaczęto rozważać czynności narządów i tkanek pod kątem widzenia zależności ich od wpływu gruczołów do- krewnych, zauważono, że budowa ich ulega znacznym zmianom w rozmaitych okresach. Dzięki temu w histologii patologicznej pod- dano ostatnio rewizji dość znaczną liczbę jednostek chorobowych. Inaczej bowiem zapatrujemy się obecnie na rozmaitego rodzaju e n d o m e t r i t i s, które dotąd uznawano za jednostki chorobowe; rozpatrujemy je, jako normalne stany okresowe, uzależnione od wpływów tych lub innych czynników.

W r. 1922 wybitny ginekolog frankfurcki Rosenberg zaczął zastanawiać się nad tem, że budowa sutka piersiowego u kobiet nie jest stale jednakowa, że ulega ona „niepatologicznym“ zmia- nom, zwł. pod wpływem działania hormonów jajnika. W okresie badań w związku z tą kwestją powstała też myśl, czy i niektóre schorzenia sutka piersiowego nie należą raczej do normalnych objawów, niż do patologicznych. Niezależnie jednak od wnio- sków, które podaje Rosenberg, wynik badań jego nad 50-u sut- kami nie wydaje się dostatecznie przekonywający, gdyż materiał jego był li tylko sekcyjny. Pozatem w dociekaniach tego au- tora dane histologiczne nie odpowiadają ustalonym przez spół- czesnych wybitnych anatomo-patologów, jak Dieckmann, Langer i inni. Ale we wszystkich tych pracach nie brano pod uwagę, że za życia zachodzić mogą w sutku inne zmiany, niż te, które wykrywamy w materiale sekcyjnym. To też autorzy, którzy chcieli tę sprawę dokładniej badać, przyszli do przekonania, że temat ten można było by tylko wówczas dostatecznie opracować, gdyby można było usuwać sutek dowolnie w tym właśnie okre- sie i wieku, któreby odpowiadały wszelkim warunkom ich do- ciekań. Wobec niemożności wykonania praktycznego tej kon- cepcji, Moszkowicz i niektórzy inni zaczęli najskrupulatniej badać poszczególne przypadki usunięcia sutka; zbierali o nich niezbęd- ne dane kliniczne, usiłowali powiązać je z otrzymanym obrazem mikroskopowym. Dzięki temu badanie sutków wykazało w struk- turze ich zmiennej wiele nowych szczegółów i przekonało przy- tem, że dotychczasowa wiedza o normalnej anatomji i budowie histologicznej sutka ma wielkie niedokładności, które stopniowo uzupełniać należy.

Dla dokładnego badania sutka w całości robią obecnie cięcie pionowe poprzez brodawkę. Cięcia tego nie doprowadza się do samych mięśni, aby podstawa tego narządu pozostała w całości. Uzupełnia się pionowe cięcie dwoma bocznymi, trzymając nóż równolegle do powierzchni podstawy. Na takim przekroju widać, że w pobliżu brodawki zbiegają się duże przewody, które w miarę oddalenia od swych ujść rozchodzą się daleko jeden od drugiego. Im bliżej zaś do podstawy sutka, tem coraz więcej narasta liczba doprowadzających bocznych przewodów mniejszych lub większych wraz z umiejscowionymi na nich pęcherzykami gruczołowymi. To też przekonano się, że cała masa mięszu gruczołowego znajduje się bliżej okolicy podstawy, a u wierzchołka, czyli u brodawki i skóry, jej prawie wcale nie ma. Rozrastając się, masa gruczołowa wciska się też i pomiędzy powierzchowne włókna mięśni piersiowych. Ta okoliczność nie była dotąd dostatecznie brana pod uwagę, a wypływa z niej wniosek, że radykalne usuwanie nowotworów sutka winno być wykonane wraz z mięśniami, nie z obawy, że w drogach chłonnych mogą być przerzuty, a dla tego, że w nich mamy jeszcze część mięszu gruczołowego, w którym pozostały gniazda nowotworowe. Poza tem śmiało powiedzieć można, że to, co uważaliśmy za nawroty w wypadkach nieradykalnych operacji, często było tylko dalszym rozwojem nowotworu w mięszu, który się znajdował w mięśniach. Nasuwa się też jeszcze jedna uwaga, że wycinanie skrawka w celach diagnostycznych winno też ulec zmianie w tym sensie, że należy brać przeważnie skrawki z najgłębszych warstw, gdyż tam tylko jest gros mięszu gruczołowego.

Do innych składowych części sutka piersiowego należą, prócz masy gruczołowej, tłuszcz i tkanka łączna. Wzajemny stosunek tych części ulega w rozmaitych okresach zmianom odpowiednio do fizjologicznych czy też patologicznych przeobrażeń tego narządu. Topograficznie układają się one w pewnem wzajemnem ustosunkowaniu tak, że tłuszcz leży pomiędzy skórą a mięszem gruczołowym, a masa łączno-tkankowa leży przeważnie w części środkowej sutka. Prócz tego, owija ona gęstą siatką mleczne przewody, a w miarę powiększania się ich kalibru staje się gęstsza, grubsza; odwrotnie zaś w miejscach, sąsiadujących z tkanką tłuszczową, rzadnie i stopniowo przeobraża się w nią. Ale zauważyć należy, że pomiędzy tłuszczem a tkanką łączną, ota-

czającą—jako całość — mięsz gruczołowy, znajduje się pewna linja demarkacyjna. Najmniej przestrzeni jednak zajmuje mięsz gruczołowy, lecz w miarę rozwoju jego, a zwłaszcza podczas ciąży, zaczyna zajmować coraz więcej przestrzeni kosztem ubywającego tłuszczu. W okresach wstecznych zaś, gdy się zmniejsza ilość gruczołów, ich miejsce zajmuje nowopowstająca z tkanki łącznej—tkanka tłuszczowa. Ale nie zawsze poprzednia ilość tłuszczu odradza się, bo widzimy, że po okresie laktacji sutek robi się coraz wiótszym, bo miejsce tłuszczu zajmuje rozrastająca się tkanka łączna. Dla uzupełnienia całokształtu budowy sutka dodać trzeba, że tak samo, jak masa tłuszczowa odgraniczona jest od masy łączno-tkankowej, tak też ostatnia odgraniczona jest od mięszu gruczołowego, który staje się jakby otoczony płaszczem z pulchnej tkanki łącznej, w której znajdujemy wiele komórek łącznotkankowych oraz t. zw. wędrujących komórek. I chociaż napozór płaszcz ten jest jakby tylko pochodzenia łącznotkankowego, to jednak szczegółowe badanie włókien jego (według Bielschowsky'ego — Marescha i innych) wykazuje też i pewną odrębność ich.

Zapoznawszy się z danymi anatomicznymi, należy dokładnie się rozejrzeć w budowie histologicznej tego narządu. Zdawałoby się, że kwestja ta jest już wyczerpująco omówiona w podręcznikach, lecz i tu trzeba podkreślić, że ściślejsze badania wykazały ostatnio wiele ciekawych nowych szczegółów. Według ostatnich prac Schieferdekera i Brinkmanna sutek piersiowy według embriologicznego rozwoju, jakoteż ze względu na stosunek jego—jako pochodnego ektodermy—do włosów, jest, że się tak wyrazić, wyspecjalizowanym gruczołem apokrinowym. Ten rodzaj gruczołów znajdujemy u wszystkich prawie ssaków; ich wyjątkową właściwością jest wyrabianie zapachów. Według tych zapachów zwierzęta odróżniają przedstawicieli swego gatunku od innych, jakoteż samców od samic. Takie też „apokrinowe“ gruczoły znajdują się u człowieka pod pachami, a u kobiet jeszcze i w okolicy spojenia łonowego. „Apokrinowe“ gruczoły łatwo odróżnić od rozsianych po całym ciele człowieka „ekkrinowych“. Wspólną cechą obu tych rodzajów gruczołów jest to, że posiadają dwa rzędy komórek zarówno w samych gruczołach, jak i w dużych przewodach. Jeden rząd, t. j. ten, który się styka ze światłem, jest typu wydzielniczego. Drugi rząd stanowi komórki, zwane przez

niemieckich autorów „myoepitheliale“. One mają formę nie stożkową lub kielichową, jak to widzimy w pierwszym rzędzie, lecz wrzecionową lub gwiaździstą. Lecz różnią się „apokrinowe“ gruczoły od „ekkrinowych“ po pierwsze tem, że mają swoje ujście do torebki włosowej, natomiast „ekkrinowe“ otwierają się swobodnie u powierzchni skóry. Następnie ekkrinowe gruczoły wydzielają wodnistą, bez wszelkiej zawartości treść, przyczem kształt komórki wcale się nie zmienia. Natomiast komórki gruczołów apokrinowych ulegają wewnętrznym zmianom podczas wydzielania. To też w tych wydzielinach, prócz innych części, znajdujemy cząsteczki zarodki, a nawet i jądra. Po wydzieleniu swej zawartości komórki te zmniejszają się i przyjmują zupełnie inną formę. Jak już powiedzieliśmy, ten ostatni typ gruczołów stanowi miąższ sutka piersiowego, lecz lokalnie wydzielają w pewnych okresach ogólnie znany produkt — mleko. Typ ekkrinowy, choć w niewielkiej ilości, też znajdujemy w sutku. Przy opisie komórek gruczołów sutka nasuwa się właśnie myśl, że często, gdy przypuszczamy obecność nowotworu, mamy do czynienia jedynie z nadmiernym rozwojem „apokrinowych“ gruczołów. Taki „rzekomy“ guz uchodzi zazwyczaj za łagodny i nie daje przerzutów do gruczołów pachowych. I tu jesteśmy też na tropie tych guzów łagodnych, o których ostatnio komunikuje prof. Delbet. Podług jego opisu komórki tego „łagodnego“ raka nie będą też niczem innem, jak komórkami „apokrinowemi“.

Szczegółowe badanie budowy tkanki łącznej sutka wykazuje, że osobliwą rolę tu odgrywają włókna elastyczne. W większej ilości znajdują się one wokoło wielkich przewodów; otaczają też gęstą siatką i pomniejsze przewody, a w miarę przybliżania się do masy gruczołowej u podstawy sutka ilość włókien elastycznych wciąż się zmniejsza i wreszcie zanika. U dziewczynek czteroletnich prawie niema tych włókien lub jest ich nieznaczna ilość. Kudji konstatuje, że w miarę rozwoju narządu przybywa wciąż ilość tych włókien elastycznych. Najwięcej znajdujemy ich w okresie laktacji. Ułożenie tych włókien, jakoteż ich funkcja, zupełnie przypominają rolę muscularis mucosae w przewodzie pokarmowym i tu, jak tamte, pomagają przy skurczach przewodów celem wydalania z nich treści. Starzejące się kobiety nie posiadają tych włókien, a u mężczyzn też niewiele ich znajdujemy.

Co się tyczy komórek łącznotkankowych, to przeważnie tu widzimy fibroblasty i t. zw. wędrujące komórki. Prócz nich często znajdujemy komórki plazmatyczne, limfocyty i inne, a nie znajdujemy wielojądrzastych jakoteż eozynochłonnych. Komórki łącznotkankowe zbierają się normalnie w większej ilości około naczyń, a to często nadaje tkance charakter stanu zapalnego. Lecz tak właściwie nie jest, bo te skupienia komórek pojawiają się lub znikają, lub też zbierają się w mniejszej ilości zależnie od tego lub owego okresu miesiączkowania. To też powiemy mimochodem, że wiele przypadków „mastitis chronica“ należałoby uważać za przypadki „niepatologiczne“. Co się tyczy komórek wędrujących, to niektórzy autorzy przypisują im rolę karmicielek komórek nabłonkowych gruczołów, dowożą bowiem pewne swoiste substancje, które są niezbędne dla wzrostu komórek; podług innych autorów dowożą one tylko substancje hormonalne. Inni zaś autorzy nadają im rolę komórek żernych, gdyż zabierają nieużyteczne materiały komórkowe lub wydzielnicze. Możliwa też jest koncepcja, że te komórki mają i tę i tamtą funkcję.

Jeżeli rozważymy budowę histologiczną sutka piersiowego w całości, widzimy więc, że narząd ten jest stale w stanie pewnej niedojrzałości. Gruczołów we właściwym tego słowa znaczeniu niema; są to tylko pęcherzyki gruczołowe, raczej pąki, gdzie są skupione niezróżniczkowane jeszcze komórki wydzielnicze. I jak już wspomniałem — cała masa miększu gruczołowego zajmuje nie wiele miejsca w tym narządzie. Również i tkanka łączna jest też w stanie niepełnego rozwoju; przewaga elementów komórkowych jest tego dowodem. Wogóle narząd ten robi wrażenie, że albo tu brak do pewnego czasu impulsu do dalszego rozwoju, czyli do wyjścia ze stanu „potencjalnego“, albo też jest on stale pod wpływem hamujących czynników. Nie będziemy się obecnie zastanawiali, które z tych przypuszczeń ma właściwie miejsce, lecz już ta myśl, że sutek ulegać może wpływowi rozmaitych czynników, dowodzi, że budowa jego nie jest zawsze stała, jednakowa. Najpotężniejszym wśród wielu innych czynników, wpływających na narządy kobiece, jest bezsprzecznie menstruacja. Zgodnie z poglądami Schrödera możemy każdy miesiąc kobiety podzielić na 4 następujące okresy: praemenstruum, menstruum, postmenstruum i przerwa. Sutek, którego opis wy-

żej podaliśmy w stanie potencjalnym, bezwątpienia w każdym z tych okresów będzie się inaczej przedstawiał.

Tak więc, w okresie praemenstruum powiększają się pęcherzyki gruczołowe, stopniowo przekształcają się w prawdziwe gruczoły. Rozrost staje się tak silny, że w niektórych miejscach przekraczają linię demarkacyjną. Dzieje się to też na skutek tej okoliczności, że łączna tkanka płaszcza pulchnieje i nie stanowi przeszkody dla rozrostu ponad ich stałą granicę. W świetle gruczołów widzimy rozpadowe części komórek, pływające w surowicznym płynie. Naokoło komórki gruczołów, przewodów, naczyń krwionośnych znajdujemy znacznie powiększoną ilość komórek łącznotkankowych. Opis sutka piersiowego w okresie menstruum jest najtrudniejszy, gdyż badanie tego narządu rzadko się udaje, ponieważ zazwyczaj w tym okresie operacji u chorych się nie wykonywa. Moszkowicz podaje jednak pojedynczy wypadek, gdyż właśnie w dniu odjęcia sutka z powodu raka, chora dostała miesiączkę. Otóż w obrazie tego sutka uderzało przedewszystkiem silne przekrwienie i pomiędzy włóknami tkanki łącznej, pomiędzy gruczołami znaleziono mnóstwo rozszerzonych nastrzykniętych włoskowatych i większych naczyń krwionośnych. Sieć włókien tkanki łącznej była znacznie rozszerzona w całym sutku; włókna elastyczne wystąpiły w większej ilości, zwłaszcza wokoło średnich i większych przewodów mlecznych. Ilość komórek łącznotkankowych była znacznie większa, niż w okresie poprzednim, a co najważniejsza, zbierały się one masami naokoło przewodów mlecznych. Zawartość średnich i mniejszych przewodów była bardzo obfita. Widać było, że w sieci włóknistej rozsiane są, prócz komórek wędrujących, kropelki tłuszczowe, ułamki jąder oraz całe komórki nabłonkowe, nawet z zachowaniem całkowicie jądra. Mamy tu więc obraz, przypominający zmiany podczas ciąży i laktacji. W większych przewodach trudno ustalić szczegóły zmian, gdyż do tego wszystkiego dochodzi przesiek i ogromna ilość czerwonych ciałek krwi (per diapedesin). Niektórzy badacze nazywają ten okres „lokalną menstruacją“. W następnym okresie, t. j. w postmenstruum, tworzy się inny już obraz. Tkanka łączna jest już mniej rozpulchniona, naczynia stopniowo się zwężają. Światło gruczołów zwęża się, a ilość tych ostatnich bardzo się zmniejsza. I choć widzimy jeszcze dużą ilość rozsianych tu i owdzie komórek łącznotkankowych, ale

jest ich daleko mniej. Wreszcie wszystko stopniowo wraca do pierwotnego stanu, aż ostatecznie widzimy, że w okresie przerwy tkanka łączna staje się gęstsza, otrzymuje określone kontury, zaznaczają się wyraźnie linje demarkacyjne pomiędzy poszczególnymi tkankami, gruczoły zupełnie zwężone przypominają raczej pęcherzyk—pączki, cała masa ich odgraniczona jest płaszczem łącznotkankowym. A zatem co miesiąc mijają stale 4-ry kolejne obrazy budowy sutka. Ale należy zauważyć, że te okresy są dość rozmaite u rozmaitych osób; mogą tu być interferencje, które dadzą obraz histologiczny, stojący na granicy normy i patologji. Zresztą u jednej i tej samej osoby nie wszędzie jednakowo intensywnie rozwija się odpowiedni danemu okresowi obraz; również niejednocześnie następuje wszędzie regresja. Ta różnaitość obrazu w ciągu każdego okresu jest w zasadzie u danej osoby objawem normalnym, ale też nieraz trudno go odróżnić od patologicznego. Zresztą przy pewnem usposobieniu może tu powstać, jeżeli nie zupełnie złośliwy twór, to jednak niezłośliwe, jak włókniaki, torbiele i t. d. rozwinąć się tu mogą. Można je tu wykryć albo w postaci przemijającej, albo jako bezpowrotnie stały stan patologiczny.

To co się dzieje w 4-ch okresach jednego miesiąca, da się ułożyć w te same ramy całego życia kobiety. Mamy tu też okres przedmiesiączkowy. W tym okresie brak wielu składowych części tego narządu; niema ich albo wcale, albo są one w stanie zarodkowym. Okres miesiączkowania i porodu jest to dalszy rozwój narządu, o fali postępującej i odwrotnej. Aż wreszcie następuje określony stały stan dojrzałości tego narządu, przechodzący w starość. W okresie dojrzałości widzimy, że młoda tkanka łączna stopniowo ustępuje miejsca gęstej siatce zgrubiałej twardej, włóknistej tkanki, u ogiej w elementy komórkowe. Gruczoły są przeważnie torbielowato rozszerzone, a w nich znajdujemy zawartość wydzielniczą. Zazwyczaj tłumaczymy ten objaw tem, że został spowodowany przez zamknięcie przewodów otaczającą je tkanką łączną. Lecz właściwie nie to ma miejsce. Mamy tu tylko zmniejszoną rezorbcję, która wynika z braku włókien elastycznych. Jak już mówiono, odgrywają one tu rolę mięśni, ułatwiających wydzielanie treści nazewnątrz. A powtórę, brak tu tych elementów komórkowych, których zadaniem było wyprowadzenie substancji rozpadowych i wydzielniczych. Ale

powstaje też pytanie, skąd się pojawia wydzielina w gruczołach, które w tym okresie przecież ulegają zanikowi. Otóż szczegółowe badania wykazały, że właściwe gruczoły sutka rzeczywiście ulegają zanikowi, lecz „apokrynowe“, jako też potowe, funkcjonują nadal, ale wydalanie ich treści już obecnie nie idzie tak sprawnie, jak dawniej. Zwiększona nieco ilość takich gruczołów na tle zanikłych właściwych lokalnych daje też pohop do rozpoznawania nowotworów, lecz drobnovidowe badanie tego nie potwierdza.

Skorośmy ustalili zmienność obrazu histologicznego sutka piersiowego w rozmaitych okresach, powinniśmy je jednak ująć w pewną całość, zależną od wpływu pewnych czynników. Są naprz. przypuszczenia, że wzrost i zdolność wydzielnicza naszego narządu zależne są od wpływu układu nerwowego. Lecz doświadczenia Goltza, Ribberta, Halbana, Kramera na zwierzętach wykazały bezsprzecznie, że tu odgrywają rolę hormony, które drogą krwiobiegu do sutka się przedostają. Dobitniejsze są spostrzeżenia Schauta i Buscha, którzy stwierdzili to i u człowieka. Otóż mieli oni w obserwacji swej zrosnięte bliźnięta Blazek (pygopagus). Gdy jedna z tych sióstr zaszła w ciążę, sutek piersiowy u drugiej przerobił te same ewolucje, co u pierwszej; w końcu zaś ciąży u obydwu sióstr jednocześnie rozpoczęło się wydzielanie mleka. Widzimy zatem, że na sutek piersiowy ogromny wpływ wywiera gruczoł płciowy. Lecz my wiemy, że działalność wszystkich gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu jest ściśle powiązana. Biedl w swem studjum „Zur Charakteristik der Pubertät“ uważa, że w najwcześniejszym okresie pokwitania widzimy przewagę wpływu tarczycy i przedniego zrazu przysadki mózgowej. W tym okresie konstatujemy zazwyczaj silny wzrost rozmaitych narządów i tkanek, a między innymi i gruczołu płciowego. W następnym właśnie okresie rozwinięte pod wpływem tarczycy i przysadki mózgowej gruczoły płciowe zaczynają przejawiać swoją przewagę nad tamtymi, na skutek czego daje się zauważyć, że wzrost tkanek i narządu już staje się nieco mniejszy, aż wzrost organizmu zatrzyma się, gdy w następnym okresie następuje zupełna przewaga wpływu tego gruczołu nad innymi. Ten wzajemny stosunek tych gruczołów da się również zauważyć w przypadkach, gdzie wskutek schorzenia tarczycy albo przysadki mózgowej następuje albo spóźniony

rozwój gruczołów płciowych, albo też zanik ich. Mamy tedy t. zw. infantilismus, albo ateleiosis w rozmaitych odmianach. Widzimy zatem [stale, że wpływ gruczołów płciowych na wzrost i działalność narządów jest hamujący. Ta kwestja była przez długi czas sporna, aż wreszcie Blond na zasadzie bogatej kasystyki przypadków hyperplasiae mammae skonstatował, że u tych chorych znajdujemy albo zanikłe narządy płciowe, albo też nieprawidłowości lub brak miesiączkowania. A zatem normalne jajo, o ile ono osiągnęło pełnię swego rozwoju, wstrzymuje wzrost sutka. Jeżeli zaś ono nie osiąga pełnego rozwoju, następuje supremacja tarczycy i przysadki mózgowej i wówczas widzimy silny wzrost lub rozrost sutka piersiowego. Halban na zasadzie ścisłych obserwacji dowiódł, że podczas ciąży łożysko, które też zaliczamy do gruczołów dokrewnych, niweczy wpływy jaja, a natomiast występuje działanie tarczycy i przysadki mózgowej, co w normalnych warunkach daje wzrost sutka piersiowego i t. d., w nienormalnych może dać eklampsję i inne schorzenia. Prawie ten sam obraz mamy i wtedy, gdy jajo w okresie miesiączkowania przedostanie się do jajnika na słuźówkę macicy, ale nie zostanie zapłodnione. Wtenczas zanika jego wpływ hamujący i występuje działanie corporis lutei i innych gruczołów, w rezultacie czego rozrasta się sutek i mamy znów taki prawie obraz histologiczny, jak w ciąży. Widzieliśmy to właśnie w okresie menstruum. Okres zaś poprzedzający, t. j. praemenstruum, jest okresem wstępnym. Wpływ jego na sutek jest mniejszy, gdyż dojrzewający pęcherzyk zatrzymuje poniekąd działalność jego; widzimy tedy tylko początek wzrostu tkanek sutka. Gdy zaś po zamarcu jaja w macicy następuje dojrzewanie następnego jaja wraz z jego pęcherzykiem, a więc w okresie postmenstruum i przerwie, znów zaczyna się przewaga wpływu jaja i w sutku rozwija się regresja, aż wreszcie przy dojrzaleń jaju widzimy powrót do status quo czyli tkanki sutka powracają do stanu „potencjalnej“ niedojrzałości.

Jeżeli rzeczywiście hamujący wpływ jaja na sutek piersiowy jest faktem dowiedzionym, to zrozumiały też będzie wzajemny stosunek tych narządów podczas stanów patologicznych. Przestrzegamy przed ciążą kobiety chore na raka sutka lub po usunięciu jego. Wiemy bowiem, że wskutek silnego wzrostu sutka podczas ciąży, rość będzie też i nowotwór lub też jego po-

zostałości. Następnie, jeżeli w przypadkach nowotworów sutka naświetlamy jajnik prom. Rtg., to robimy to z tem obliczeniem, że usuniemy okres menstruum, który daje obraz silnego wzrostu sutka, jak w ciąży.

Wreszcie nasuwa się uwaga, że rozważanie chorób sutka piersiowego winno odbywać się nie w ciasnych ramach patologji tego narządu, lecz musi też być wzięte w rachubę ustosunkowanie jego do wszystkich pokrewnych gruczołów, na pierwszym zaś miejscu do gruczołów systemu rodneg. Zdarzyć się mogą wtenczas i takie przypadki, gdzie leczenie powinno być skierowane nie na pozornie chory sutek, a na działający nań scho- rzały odległy gruczoł dokrewny.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO A.
(ORDYNATOR: M. LUBELSKI.)

W sprawie ostrej martwicy trzustki.

Podał

Edward Goldberg.

Śród ostro przebiegających spraw chorobowych jamy brzusznej do cięższych należą ostre zachorzenia trzustki. Są one dość rzadkie. W Szpitalu na Czysiem w ostatnich trzech latach obserwowano zaledwie jeden przypadek ostrej martwicy trzustki.

Zanim przejdę do omówienia naszego przypadku, wspomnę nieco o anatomji oraz fizjologii samego gruczołu dla zrozumienia mechaniki powstawania niektórych ostrych zachorzeń trzustki.

Trzustka jest, jak wiadomo, gruczołem 3-5 cm. szerokości, do 14-18 cm. długości i 2-3 cm grubości, leży pozaotrzewnowo na wysokości 1 do 2 kręgu lędźwiowego poprzecznie z lekkim s-watem załamaniem, dzieląc się na głowę, ciało i ogon. Rozwojowo powstaje z dwóch wyrostków rury jelitowej: górnego większego, mającego drogę wyprowadzającą, jako drogę dodatkową Santorini'ego, i mniejszego z drogą odprowadzającą, późniejszym przewodem Wirsunga. Ten, jako późniejszy główny przewód odprowadzający uchodzi do dwunastnicy, przebiegając zrazu równolegle z przechodzącym przez główkę trzustki przewodem żółciowym (część trzustkowa), a razem z nim wpada do t. zw am-

pulla Vateri, która wpukła się do dwunastnicy, jako brodawka Vater'a. Przewód Santorini'ego wpada do dwunastnicy przez brodawkę mniejszą. Dzięki biegowi powyższemu przewodów, wszystkie sprawy chorobowe głowy trzustki mają duży wpływ na drogi, odprowadające żółć. Odwrotnie, sprawy chorobowe, umiejscowione w ujściu przewodu żółciowego, jak np. kamienie żółciowe, mające tu najczęściej swe siedlisko, mogą wpływać na czynność wydzielniczą trzustki.

Dzięki anatomicznemu położeniu, trzustka otoczona jest zewsząd ważnymi organami, jak żyła wrotna i próżna, naczynia krezkowe górne, tętnica główna brzuszna, naczynia śledzionowe, tętnica kiszkowa lewa oraz wątrobową, żołądek, poprzecznicą, nadnercze, nerki oraz śledziona. Sąsiedztwo tych narządów i naczyń utrudnia bardzo zabiegi chirurgiczne nad trzustką.

Gruzoł ten produkuje, jak wiadomo, trzy zaczyny: steapsynę (lipazę), trypsynę i zaczyn diastatyczny (lub amylazę) oraz, jako produkt wydzielania wewnętrznego, glikolityczny zaczyn. Nieaktywowana trypsyna staje się czynna dopiero w dwunastnicy pod wpływem enterokinazy, rozpuszczając ciała białkowe; steapsyna rozkłada neutralne tłuszcze i niższe estry na glicerynę i kwasy tłuszczowe, a przerabianie tłuszczu jest wzmocnione przez żółć. Przez zaczyn diastatyczny zostaje krochmal zmieniony w dekstrynę, maltozę i cukier gronowy. Amylolytyczny zaczyn we krwi jest w pewnej zależności od tegoż zaczynu trzustki, gdyż większa część jego pochodzi od zaczynu trzustki, pochłoniętego przez krew. Dzięki temu, gdy są przeszkody w wydzielaniu soku trzustkowego, wzmagą się zawartość amylazy we krwi i moczu, a to staje się ważne dla rozpoznania spraw chorobowych trzustki. To też znajomość fizjologii trzustki pozwoliła wykorzystać zmiany czynnościowe dla celów rozpoznawczych zachorzeń trzustki. Z prób diagnostycznych najczęściej używana jest próba Müller-Schlehta — geloduratuwa, próba Boldyreff-Volhardta oraz badanie moczu na cukier, a kału na tłuszcz i włókna mięsne.

Próby powyższe, choć mają duże znaczenie rozpoznawcze dla spraw chorobowych trzustki, należy prowadzić jednak w parze z badaniami klinicznymi i wywiadami ogólnymi, gdyż objawy ważne dla rozpoznawania zachorzeń trzustki, dzięki sąsiedztwu z ważnymi narządami, nie dają się łatwo odgraniczyć od objawów, towarzyszących zachorzeniom sąsiednich narządów.

Przechodząc do omówienia ostrych zachorzeń trzustki, należy podzielić je na dwie grupy: ostrą martwicę trzustki i ostre zapalenie trzustki, przyczem należy zauważyć, że obie te formy anatomo-patologiczne mogą przechodzić jedna w drugą (Gulec-ke, Kerte i inni).

Zastługą Gulecke'go jest ustalenie słusznego poglądu na ostre zachorzenia trzustki. Tak więc, za sprawy jednoczesne przyjmowano nprz. takie sprawy, jak apoplexia pancreat acuta, pancreatitis gangrenosa i pancreatitis suppurativa. Przyczyną była tu różnica poglądów na powstawanie sprawy chorobowej.

W ostrej martwicy narząd zamienia się w sino-czerwony, ostro zabarwiony guz, w którym odznaczają się jasne i ciemno-czerwone miejsca, a między nimi widać białozółte punkty lub plamy, jest to tzw. balserowska tłuszczowa martwica. Otrzewna zwykle tu bywa nacieczona. Podobne punkty martwicze spostrzega się w sieci, kiszce, na surowiczówece kiszek, otrzewnie przyściennej, głównie w miejscach z obfitą tkanką tłuszczową, jak np. w warstwie okołonerkowej, tkance podskórnej, worku sercowym i innych. Ta rozsiana martwica tłuszczowa, opisana przez Balsera i Ponficka, jest charakterystyczną cechą ostrej martwicy trzustki. — występuje ona w postaci punktów biało lub biało-żółto zabarwionych i przedstawia rozpad tłuszczu w komórkach z następczem zwapnieniem; warstwa martwicza otoczona jest rozbijającą tkanką łączną. Martwica tłuszczowa jest wtórnego pochodzenia. Dla jej powstania musi istnieć kilka razem działających przyczyn. Pierwszą—to zastój wydzielniczy trzustki, drugą przenikanie do dróg trzustki szkodliwych substancji, jak żółć, bakterje oraz enterokinaza kiszek; substancje te wywołują aktywację trypsynogenu wewnątrz gruczołu. Trzecią przyczyną są zmiany w ścianach przewodu gruczołu, wywołane dzięki przekrwieniom angioneurotycznym. Wytwarza się więc tu obraz następujący: po uszkodzeniu nabłonka przez zmiany patologiczne naczyń, np. przez odruchowy skurcz naczyń, aktywowana tripsyna prowadzi do samotrąwienia tkanki gruczołu, drążąc w głąb ku obwodowi gruczołu, tj. ku jamie brzusznej; w ślad za tem dąży i steapsyna z gruczołu do jamy brzusznej, wywołując następczo rozsianą martwicę tłuszczową. Można zgodzić się z twierdzeniem K o s t a, że ostra martwica trzustki wtedy powstaje, gdy trzustka jest uszkodzona i przez to działanie czynnego soku trawiennego jest możliwe.

W ostrej martwicy chodzi o nagłe powstanie martwicy tkanki nabłonka; momentem usposabiającym — według wielu — jest ogólne otluszczenie. Jako dowód, że ogólne otluszczenie ma wpływ na tę sprawę chorobową, Willms i Miller wskazują, że w czasie wojny przy ogólnem wychudzeniu choroba ta występowała niezmiernie rzadko. Dalej alkoholizm, zwapnienie naczyń i przymiot mają być też momentami usposabiającymi. Ostatnio Teidel, Seitz i Vogel wskazują na ciążę, jako na czynnik również sprzyjający; dalej do tych należą miejscowe skurcze naczyń w gruczole na drodze nerwowej, współczulnej; również sprawy naczyniowe zwyrodniające, czasem ostre zatrucie.

Najważniejszym momentem usposabiającym uznano ostatnio kamieć żółciową (Kerte, Kehr, Mayo, Rodson i inni), gdyż tutaj wszystkie objawy sprzyjają powstaniu martwicy trzustki, a więc zmiany w ukrwieniu gruczołu przez podrażnienie narwowe, w drogach wyprowadzających i przenikanie zakażonej żółci i soku z dwunastnicy do dróg trzustki. Stwierdzone zostało, że w pewnych przypadkach kamienie usadowiły się wprost w brodawce Vatera (Opie), w innych przypadkach leżały tak, że ułatwiały przedostanie się żółci do dróg trzustki. Według kliniki Mayo w 81%, według innych 60%, kamica jest przyczyną powstania ostrej martwicy trzustki. Według Seidla jedną z przyczyn jest to, że zwieracz Oddi przy brodawce Vatera w pewnych sprawach zastoinowych w dwunastnicy, przy jednocześnie ukośnym przebiegu przewodu Wirsunga, nie przeszkadza przenikaniu soku dwunastnicy do dróg trzustki, więc w tych przypadkach, gdzie niema kamieni żółciowych, działają zmiany w ruchu dwunastnicy, jak np. wzmożona jej kurczliwość; bywa to po wyleczeniu z kamicy lub po zagojeniu owrzodzeń żołądka i dwunastnicy. Jako rzadkość przytaczają zatkanie brodawki Vatera przez pasorzyta (*Ascaris*). Również i owrzodzenia żołądka oraz dwunastnicy grają dużą rolę przez możliwość bezpośredniego przebicia się wrzodu do trzustki; tu jednak występuje naprzód ostre ropne zapalenie, a dopiero później martwica. W przypadku dostania się soku dwunastnicy do trzustki zaczynny-trypsyna i steapsyna—aktywują się i przez chemiczne, urazowe i naczyniowe podrażnienia działają na uszkodzony nabłonek trawiąco do tego stopnia, że następuje, jak już wspomniano, samotrąwienie gruczołu, a przez to zostają uszkodzone naczynia i występują wylewy małe i większe. Wiek w tej sprawie

chorobowej nie ma określonych granic, najczęściej spostrzega się ją w wieku średnim u starców, a nawet dzieci. Riese opisuje przypadek martwicy u 6-letniego z objawami zapalenia pęcherzyka żółciowego, wywołanego przez bac. coli. W ostrej martwicy, jako dalszą komplikację, zauważono zator naczyń sąsiednich naczędw. Dalej, występuje często następcze zapalenie otrzewny, zwykle krwawo-surowicze; jest ono czysto toksyczne, a przy dłuższem trwaniu sprawy chorobowej może wtórnie stać się ropnem.

Przypadek, którego opis w streszczeniu podajemy tutaj, dotyczy S. P. lat 37, przed rokiem operowanej (hysterectomy supravaginalis). Pacjentka czuła się później dobrze, nie miała dolegliwości brzusznych. Dwa dni przed przybyciem do szpitala nagle napad bólów w górnej połowie brzucha, mdłości i wymioty; wkrótce zatrzymanie się wiatrów i stolca. Ostatnio czuła bóle głównie w dolnej części jamy brzusznej. Mocz oddaje prawidłowo.

St. Ob. Budowy prawidłowej. Śluzówki blade. Język suchy, obłożony, wargi spieczone, popękane. W płucach +. Tony serca równe, głuche. P. 108 T° 37,4.

Jama brzuszna: brzuch wzdęty, powłoki napięte; ruchów obronnych skurczowych nie zauważono. Wypuk bębenkowy, nieco przytępiony u pępka. Dotyk bolesny; objawy peritonismus. Przy postukiwaniu objaw stawiania kieszek u pępka.

Wykonano początkowo wysokie przemywanie kieszek; odeszło nieco wiatrów oraz zabarwiona woda. Stan ogólny bez zmiany. Operacja w znieczuleniu łądzwiowem. Po otwarciu jamy brzusznej—cięciem w linii środkowej — znaleziono silne ścięgniste zrosty sieci z otrzewną poniżej pępka, które oddzielono; jednocześnie z jamy brzusznej—głównie z okolicy miednicy małej—zaczął się obficie wydalać surowiczokrwawy płyn z żółtawym odcieniem. Już powierzchowne obejrzenie cienkich jelit zwróciło uwagę na żółto-białe punkty w krezce kieszek, dosyć liczne. W związku z krwawo-surowicznym płynem oraz początkowymi objawami choroby zaraz nasunęła się myśl, że jest tu odrębna sprawa chorobowa, a mianowicie ostra martwica trzustki. Natychmiast rozszerzono cięcie ku górze, przyczem natrafiono na wał w postaci poprzeczniczki, sklezionej z otrzewną, co oddzielono na tępo. Sieć wyżej była przyrośnięta do żołądka i ku tyłowi do for. Winslowi. Jelita cienkie o zabarwieniu lekko sinawem były wzdęte, natomiast jelita grube opadły. Okolica kątnicy wolna. Na kreskach jelita cienkiego, a głównie grubego, zwł. u epigastrium, dużo białych punktów, ostro zarysowanych. Szczególnie dużo tych punktów w sieci. Sieć bardzo zgrubiała, miejscami nacieczona. U podstawy krezki jelita cienkiego w części górnej oraz u podstawy krezki poprzeczniczki b. wiele wybroczyn i krwawych podbiegnięć. Wogóle cała podstawa krezki poprzeczniczki zabarwiona sinawo, przyczem prześwieca jakby duży guz o sinawem zabarwieniu.

Woreczek żółciowy znacznie powiększony, podstawa jego zgięta w kierunku szyjki pęcherzyka, w szyjce kamień przesuwalny. Po przez dwunastnicę wyczuwa się głowa trzustki twarda i znacznie powiększona. Rozszerza-

jąc na tępo dostatecznie otwór przez sieć oraz więzadło żołądkowo-jelitowe, doszliśmy do trzustki; była znacznie powiększona: twarda, sinawo zabarwiona, zwł. u głowy i ciała.—Sączek.—Wobec bardzo ciężkiego stanu chorej operację na tem zakończono, powłoki brzuszne zaszyto. Chora zmarła po kilku godzinach.

Sekcja potwierdziła powyżej opisane fakty; trzustka, jak się okazało, była bardzo duża, szczególnie jej głowa i kiwią nacieczona.

Spostrzeżenie wyżej podane potwierdza przytoczone już poprzednio zdanie o trudności rozpoznania tego ciężkiego zachorzenia, mogącego odzwierciedlać wiele spraw chorobowych w jamie brzusznej, a szczególnie okolicy żołądkowej. Pozatem znalezienie kamienia w przewodach żółciowych, w braku innych przyczyn, nie ujawnionych sekcyjnie, potwierdza również przypuszczenie, że przyczyną, usposabiającą do powstawania tego zachorzenia, stać się może kamica żółciowa.

Sprawozdanie z działalności pracowni analitycznej oddziałów chirurgicznych.

P O D A Ł

J. Dworecki,

Kierownik pracowni.

Organizowanie Pracowni.

W końcu stycznia 1925 r. została urządzona przezemnie w pawilonie chirurg. pracownia analityczna. Środkami Szpitala przeprowadzono w 1-y m z pokoiów na 3-m piętrze instalację wodociagową i gazową, wybudowano dzięki poparciu d-ra Sołowiejczyka digestorium (szafę wyciagową), oraz wyposażono pracownię w większość mebli (szafy, stoły, krzesła i t. p.). Urządzenie wewnętrzne, poczynając od większych przyrządów (mikroskop, wagi chemiczne, suszarki, cieplarki, wirówka elektryczna, mikrotomy i t. p.) a kończąc na drobnych przedmiotach szklanych (jak kolby, szkło miarowe, próbówki i t. p.) — zostało zrazu dostarczone Szpitalowi przezemnie, wraz z pewnym zapasem najbardziej potrzebnych dla zapoczątkowania pracy barwników, chemicznych i zwierząt. Po urządzeniu laboratorium i zaangażowaniu odpowiednich sił pomocniczych przystąpiłem w 1925 r. do wykonywania badań rozpoznawczych, w pierwszym rzędzie dla 3 oddziałów chirurgicznych.

Zakres działalności.

Zakres działalności pracowni obejmował działy:

A. Badania bieżące:

- 1) zwykłe (t. zw. kliniczne), płwociny, krwi morfolog. treści żołądkowej i dwunastnicy, kału, płynu mózgowo-rdzeniowego, wszelkich płynów wysiękowych;

- 2) bakterjologiczne — krwi, nalotów, ropy, wszelkich płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i t. p.; badania bakterjoskopyczne oraz wyodrębnienie czystych szczepów (drogą posiewów, szczepień zwierzętom i t. p.);
- 3) biochemiczne: ilościowe określanie składników prawidłowych i chorobowych we krwi (mikrometody), oraz we wszelkich innych podłożach fizjo- i patologicznych.

B. Przyrządzanie szczepionek własnych (jakoteż pomoc w otrzymywaniu — dla celów leczniczych — jałowych surowic ozdrowieńców i t. p.)

Organizując pracę zrzekłem się:

- 1) badań zwykłych moczu, a to ze względu na: a) założenie, że badania te winny być wykonywane na oddziałach przez lekarzy, b) warunki techniczne, c) szkodliwy wpływ obecności w pokoju moczu (wobec zawartego w nim amoniaku) na pewne precyzyjne badania mikrochemiczne (jak określił azotu t. zw. met. mikro-Kjeldahl'a)
- 2) badań serologicznych: na odcz. Wassermana i odczyny zlepkne, które należą niepodzielnie do kompetencji pracowni ogólnej Szpitala

Warunki techniczne.

W związku z podanym tu zakresem pracy laboratorium zostało względnie dobrze zaopatrzone w odnośny inwentarz.

Przechodząc do poszczególnych działów, pomijam 1-y z nich (badania zwykłe), jako nie wymagający specjalnych wyjaśnień. Należyte funkcjonowanie działu 2-go (badania bakterjologiczne), zostało zabezpieczone przez zainstalowanie urządzeń dla odpowiedniej techniki, a mianowicie:

- 1) techniki wyjaławiania i odkażania (autoklaw, suszarki, aparat Kocha i t. p.). Pracownia jest stale zaopatrzona w znaczny zapas wyjaławionych (drogą suchej sterylizacji) naczyń do zbierania materiału (próbówki zwykłe i wirówek. prób. z wacikami do nalotów, prób. z rurkami Döderlein'a naczynia do kału, słoiki różn. pojemności i t. p.). Naczynia te były wydawane na oddziały za zwrotem;
- 2) techniki przyrządzania i przechowywania pożywek: wobec dużych wydatków, z jakimi związane jest nabycie gotowych podłoży (naprz. w Państw. Zakł. Hyg.) szczególną uwagę zwrócono na to, aby się w tym względzie całkowicie od instytucji pozaszpitalnej uniezależnić. Zorganizowałem w pracowni systematyczne przyrządzanie najrozmaitszych rodzajów pożywek, zarówno do wyodrębniania czystych szczepów drobnoustrojów i dalszego ich hodowania, jakoteż do zróżnicowania ich własności biochemicznych. Jakościowo wysoki poziom tych podłoży umożliwia nam hodowanie tak niezbędnych gatunków, jak mening- strepto-, pneumo- koki, las. gruźlicy i t. p. Wartość pożywek, wytwarzanych w pracowni, jest nieproporcjonalnie wysoka w stosunku do kosztów produkcji; między innymi wprowadziłem, jako zasadę, branie krwi w rzeźniach miejskich, umożliwia nam to przyrządzenie surowicy Löffler'a (pożywki wartościowej i drogiej). Doskonając dział ten bezustannie, zaczynamy obecnie określać w pożywkach stężenie jonów wodorowych, posługując się metodyką zarówno elektrotechniczną (met. „ogniw gazow.“).

jak i kolorymetryczną. W celu należytego przechowywania wymienionych podłoży zaopatrzyłem laboratorium w specjalnie urządzonej lodownię-szałę o dużej pojemności,

- 3) techniki hodowania w warunk. tlenowych i beztlen. (znakomite usługi oddaje nam cieplarka elektryczna z dokładnym czynnym termoregulatorem) oraz utożsamiania (spec. metody barwień, bad. własności biochemiczn. i t. p.).
- 4) techniki zakażenia zwierząt: w suterynie pawilonu 2-go, łaskawie oddanej przez władze szpitalne do dyspozycji naszego laboratorium, zaprowadziłem zwierzyniec. Posiadamy tu króliki, mor. świnki, białe szczury i myszy. Dla celów rozpoznawczych najczęściej dokonywane są szczepienia morskim świnkom materiału przypuszczalnie gruźliczego. Zmiany w narządach badamy, posiłkując się współczesną techniką histopatologiczną (pracownia posiada już odnośny dobrze zaprowadzony inwentarz),
- 5) techniki sączenia przez „świece”. Niestety pomimo posiadania świec Chamberland'a i Berkefeld'a, piecyka do ich [regeneracji i całej aparatury sączenia, ważny dział ten nie może się rozwinąć należycie z braku (na 3-m piętrze) stałego dostatecznego prądu wody, przez co działanie pompy ssącej (wodnej) ciągle ulega przerwom.

Dział biochemiczny.

Dla wykonywania ilościowych określeń biochemicznych wszelkie odczynniki i płyny mianowane przyrządzamy sami do dokładności przez naukę wymaganej, korzystając z różnych niezbędnych dla tego celu przyrządów, w pierwszym rzędzie ze ścisłej wagi analitycznej (o czułości 0,1 mgr.). Zasadniczo będąc w stanie bez trudności uruchomić prawie każdy sposób ilościowego badania biochemicznego o metodyce gravi-titro — lub kolorymetrycznej, pod warunkiem posiadania tylko odnośnych chemikalji „in substantia” stale gotowiśmy wykonać następ. określenia ilościowe: azotu pozabiałkow., cukru (mikromet.), kwasu moczowego, bilirubiny, indykanu, zczynów (diastazy, pepsyny, trypsyny i t. p.), żelaza, wapnia, rtęci, jakoteż własności fizyczn. i fizyk.-chemicznych krwi (określ. ciężaru właściw., odporności osmotyczn., krzepliwości i t. p.) oraz wiele badań innych.

Szczepionki własne.

Wprowadzenie tego działu w zakres czynności pracowni umożliwia jaknajszersze stosowanie u chorych szpitalnych nowoczesnego leczenia szczepionkowego. Zazwyczaj postępujemy w ten sposób, że ze świeżej hodowli wyodrębnionego szczepu — po dokładnem określeniu jego gatunku — względnie z mieszaniny szczepów, szykuje się zawiesinę; następnie ta ostatnia ulega zabiciu i zostaje użyta do przyrządzenia szczepionki własnej w dawkach

różnych, zależnie od przypadku, wskazówek ordynującego lekarza i t. p. Gotowa szczepionka, przyrządzona w sposób, zupełnie odpowiadający współczesnej wiedzy bakterjologicznej, jest wydawana w ampułkach, zawierających każdą określoną ilość drobnoustrojów. Zamierzonemu przez nas przygotowywaniu autoszczepionkowych przesączów wedł. Besredki (bouillon-vaccin) stoi na przeszkodzie brak pompy.

Przechodząc do statystyki badań, wykonanych w 1925 i 1926 r., zaznaczam tuż na wstępie, że dla należytej oceny odnośnych dat niezbędnem jest uwzględnienie jakości wykonywanych rozbiórów. Otóż przy stosunkowo małej ilości zwykłych badań (dział I-y) — znaczna większość analiz (hemo-kultury, posiewy wydzielin, wydalin, płynów i t. p.) miała charakter ściśle bakterjologiczny (niektóre — ściśle chemiczny), co wymaga zarówno pewnego poziomu warunków technicznych (które powyżej wyszczególniłem), jakoteż dużego nakładu czasu. Oczywiście, badania te w żadnej mierze nie mogą być porównywane ze zwykłymi analizami, dostępnymi każdej podręcznej pracowni oddziałowej. W liczbach wyniki są następujące; wykonano badań:

1. k r w i	453
morfologicznych	139
chemicznych (i fiz.)	162
bakterjologicznych	152
2. r o p y (bakterjolog.)	66
3. p ł y n u mózgowo-rdzeniowego	83
4. z jamy opłucnej	40
5. płynów innego pochodzenia	14
6. nalotów i wydzielin	60
7. treści żołądkowej	31
8. treści dwunastnicy	14
9. k a ł u (bakt.)	43
10. płwociny	13
11. m o c z u (bakt.)	101
12. treści worka spojówkowego	43

Szczepionek własnych przyrządzono 75.

Z Prosektury i Pracowni Szpitala (Kierownik: M. Płoński).

Sprawozdanie statystyczne z działalności Prosektury
i Pracowni Naukowej Szpitala za rok 1926.

I. Dział anatomopatologiczny

P O D A L I

N. Ambaszówna i L. Kenigstein.

W ciągu r. 1926 wykonano 293 sekcje, co w stosunku do ogólnej liczby 1070 zmarłych w ciągu tegoż roku w Szpitalu stanowi 27,5% (liczba stosunkowo niska w porównaniu z liczbą sekcji, dokonywanych w innych miejskich szpitalach). W tej liczbie było: mężczyzn 111 = 38%, kobiet 124 = 42,5%, dzieci (do lat 14) 58 = 19,5%.

Z tej ogólnej liczby — 19 sekcji było niecałkowitych. Były to przypadki z oddziałów neurologicznych, w których badano tylko mózgi (na zlecenie pp. ordynatorów). Tych przypadków nie uwzględniamy też w tablicach niżej podanych. Według przyczyn zgonów materiał nasz przedstawia się w sposób następujący.

A. Zmiany anatomopatologiczne w poszczególnych układach (jako bezpośrednia przyczyna zgonów): 1. układ nerwowy ośrodkowy 59 przyp. = 21,6%, 2. układ krążenia krwi 32 przyp. = 11,6%; 3. układ oddechowy 52 przyp. = 19,2%, 4. układ trawienny 76 przyp. = 27,9%; 5. układ moczopłciowy 13 przyp. = 4,7%; 6. krwiotwórczy 10 przyp. = 3,6%; 7. układ grucz. wydz. wewn. 4 przyp. = 1,4%.

B. Schorzenia ogólne: 1. zakażenia ogólne (sepsis) 17 przyp. = 6,0%; 2. choroby zakaźne 9 przyp. = 3,3%.

C. Zaburzenia rozwojowe 2 przyp. = 0,7%. Oddzielnie zestawiamy sprawy nowotworowe (które zresztą były uwzględnione pod A. jako zmiany w układach).

Na ogólną liczbę 274 sekcji było 49 przyp. nowotworowych, co stanowi 17,7%, w tem było: 1) nowotworów złośliwych 39 = 14,1%; 2) nowotworów łagodnych 10 = 3,6%. Według wieku zmarłych przypadki nowotworowe przedstawiają się następująco:

Wiek	n. z ł o ś l i w e		n. ł a g o d n e	
	liczba	%	liczba	%
powyżej 60	6	15,4	2	20
50 — 60	15	38,5	„	„
40 — 50	4	10,2	„	„
30 — 40	9	23,1	„	„
poniżej 30	5	12,8	„	„

Powyżej podane zestawienie materiału sekcyjnego jako nader szczupłe, nie upoważnia nas do żadnych wniosków.

Badań histopatologicznych wykonano 412. W tym było: 1. badań przyżyciowych 391; 2. badań pośmiertnych 21. Według zmian znalezionych materiał ten daje się ująć w niżej podanej tablicy następująco:

Grupy zmian	liczba	%
Nowotwory	204	55
Zapalenia	141	38,5
Zaburzenia w krążeniu	7	1,9
Zmiany wsteczne	7	1,9
Ciąża	12	3,2

W 20 przypadkach zmian nie stwierdzono. Z pośród 204 nowotworów mieliśmy: 1. łagodnych 82 = 40,2%, 2. złośliwych 122 = 59,8%. Z pośród 122 nowotworów złośliwych rak stanowił 68% (83 przyp.).

Badań diagnostycznych „intra operationem”, zapomocą mikrotomu do zamrażania, wykonaliśmy—18 (metoda w Szpitalu na Czystem jeszcze mało stosowana).

II. Dział chemiczno-bakterjologiczny¹⁾.

P O D A Ł Y

R. Strymban-Grynkroutowa i F. Gutmanówna.

W r. 1926 w dziale tym wykonano ogółem 7902 badania.

W tem było:

1. badań moczu		3966
2. „ na R. W.: a) we krwi	259	} = 3047 (dod. 17%)
b) w płynie m. rdz.	528	
3. „ na R. Vidal'a		558 (dod. 27%)
4. „ nalców z gardzieli na błonicę		590 (dod. 43%)
5. „ kału: a) zwykł. 226	}	= 331
b) bakt. 105		
6. „ treści żołądkowej		91
7. „ plwociny na prątki Koch'a		65 (dod. 17%)
8. „ krwi: a) bakterjolog. 23	}	= 136
b) chem. 31		
c) morfolog. 82		
9. „ ropy		18

Zestawienia powyższe są wykładnikiem pracy bieżącej w Pracowni Szpitala. Podobne zestawienia podawać zamierzamy rok rocznie, co po pewnym czasie dopiero pozwoli na ustalenie szerszych wniosków teoretycznych o materiale opracowanym.

¹⁾ Badania chemiczno-bakterjologiczne są częściowo wykonywane w pracowniach podręcznych na oddziałach Szpitala. Dlatego też dane, wyżej wskazane, nie przedstawiają zupełnej liczby wykonanych w Szpitalu badań.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 26 grudnia 1926 r.
(Ciąg dalszy).

Przewodniczył Sołowiejczyk.

Zamenhof. **Pokaz exoftalmometru Hertla.**

Przyrząd ten ma przedewszystkiem tę zaletę, że jest prosty i może być z łatwością zastosowany w klinice; inne złożone exoftalmometry, które zresztą też nie dają pomiarów zupełnie dokładnych, mają znaczenie raczej dla badań antropologicznych. Przyczyną niedokładności pomiarów zapomocą wszystkich przyrządów tego rodzaju jest przedewszystkiem asymetria budowy czaszki. Dlatego też trzeba się zadowolić naogół danymi porównawczemi, które wskazują nam raczej tylko zmiany w nasileniu wytrzeszczu.

Szenkier i Winberg. **Przypadek kamicy nerkowej o nietypowym przebiegu klinicznym.** (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

K., lat 28, gdy przybył na oddział 31. X. 26 r., miał już ropomocz. Nie skarżył się jednak na jakiegokolwiek dolegliwości. St. ob.: odżywienie, T⁰ +. W płucach, sercu i jamie brzusznej zmian nie stwierdzono. Na podkreślenie zasługuje tu zupełny brak bólów, któreby mogły być wzbudzić przypuszczenie kamicy nerkowej. Objawu Goldflama też nie było; ten, wśród objawów kamicy nerkowej (ból, ropomocz, krwimocz), prawie zawsze jednak się stwierdza. W piśmiennictwie opisano pojedyncze przypadki analogiczne. Israel, z pośród swego olbrzymiego materiału klinicznego, mógł wykazać tylko 3 przypadki takie.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 14 stycznia 1927 r.

Przewodniczył Wertheim.

Jerzy Kon. **Przypadek owrzodzenia pierwotnego u kąta ust.** (Z oddz. St. Markusfelda).

2½ letnie dziecko; urodziło się jakoby zdrowe. 2 lata przed urodzeniem się dziecka stwierdzono u matki wysypkę kiłową i swoiste

zmiany w gardle. Zastosowano wtedy kurację swoistą; po kilku miesiącach urodziła nieżywe. W 1½ roku urodził się obecny pacjent. Ojciec miał pierwsze objawy kiły dopiero 4 miesiące temu. Owrzodzenie dziecka u kąta ust pojawiło się 4 miesiące temu, szybko się powiększało. Leczone je wcierkami (15 sztuk), 2 zastrzykami rtęci i kąpielami z otrębów. Owrzodzenie nie zagoiło się.

St. o b. Prawidłowo zbudowano, dobrze odżywione. W lewym kącie ust owrzodzenie w kształcie podkowy, obejmujące lewą ½ dolnej wargi, część policzka, przylegającą do ust i lewą ½ górnej wargi. Brzegi wyniosłe, twarde, nacieczone, równo ścięte, niepodminowane; dno dość głębokie, pokryte wydzieliną żółtawo-zieloną, a miejscami słabo-różową ziarniną. Otaczająca tkanka również nacieczona. Gruczoł podszczękowy lewy twardawy. Narządy wewnętrzne +. Na błonach słuzowych bez zmian. W a s s e r m. (++++).

Flokstrumpf. Pokaz chorej z nowotworem małej krzywizny żołądka i dolnej części przełyku (u wpustu).

C. T., lat 37, służąca; chora od początku 1926. Skargi: bóle w okolicy żołądka, mdłości i wymioty po spożyciu pokarmów.

Rt g.: ubytki cieniowe w części wpustowej przełyku. Żołądek + (dr. Mesz). Zgłębnik do żołądka nie przechodzi.

6. X, 26 r. dr. Wertheim wytworzył w znieczuleniu mieszcem przetokę żołądkową (gastrostomia); stwierdzono wówczas duży guz twardy na krzywiznie małej ogórnym biegunie aż poza przeponę.

Curieterapia. Przeprowadzono nitkę sposobem d-ra Lubelskiego. 29. X. 26, założono na nitce w okolicę wpustową przełyku i do żołądka 2 aplikatory po 10 mlgr. Ra.E. 1—XI. usunięto rad. Stan po tym zabiegu nie polepszył się. Ciepłota doszła do 38°.

16. XI. Zaaplikowano powtórnie rad sposobem, jak wyżej; jednocześnie naświetlano chorą promieniami X (kol. Lubelczyk). X. 20. XI. zakończono naświetlania Rt g. i usunięto rad. Obecnie, od 2-ch miesięcy, chora czuje się zupełnie dobrze, przybrała na wadze, przyjmuje stałe pokarmy, zgłębnik przechodzi do żołądka bez przeszkody.

Hirschbein L. Przypadek promienicy. (Z oddz. St. Markusfelda).

36-letnia żona szewca zgłosiła się z powodu owrzodzeń górnej i dolnej wargi oraz lewego policzka. Wywiad bez znaczenia. Nie roniła. Menses + od 17 roku życia. Objawów przyniotu nie zauważyła. Przed 18 miesiącami nagle ochrypła; silny kaszel i objawy duszności. Rozpoznano wówczas tbc. laryngis; z powodu silnej duszności-tracheotomia inferior. W 3 mies. rozpoczęło się cierpienie obecne od silnego bólu dol-

nego siekacza po str. lewej. Śluzówka u dziąsła zaczęła się tu złuszczać i opadać, obnażając coraz szyjki dolnych siekaczy. Stopniowo sprawa przeszła na dolną część podbródka i dolną wargę po str. lewej. Chore miejsca uległy pierwotnie „stwardnieniu“, (słowa chorej). Po kilku tygodniach miejsca nacieczone uległy rozmięczeniu (tu i chełbotanie); wytworzyły się liczne przetoki z obfitą wydzieliną; w ropie z przetok chora zauważyła liczne ziarenka, przypominające wyglądem jakby ikrę ryb. Po kilku tygodniach przetoki same za-goiły się, miejsca chore pokrywały blizny liczne. Z dolnej wargi sprawa przesunęła się powoli ku str. lewej, szerząc się stopniowo w kierunku kąta ust, policzka, fałdu nosowo-wargowego lewego, a później i na wargę górną, wzgl. całą lewą $\frac{1}{2}$. Następnie wargę górną uległa owrzodzeniu głębokiemu, które przeszło na dolną $\frac{1}{2}$ lewego policzka, lewe skrzydło nosa oraz fałd nosowo-wargowy lewy i lewy kąt ust. Cały lewy policzek uległ przed 4 miesiącami znacznemu zaczerwienieniu i obrzękowi. Leczone ją w Skierniewicach lampą kwarcową bezskutecznie. Guzków gruczliczych tu nie wykryto. Gruczoły podszczękowe i inne gruczoły chłonne +. W krtani obrzęk i zaczerwienienie nagłośni, chrząstki nalewkowatej oraz nieżyt krtani. W tchawicy rurka tracheotomijna. Pirquet—. W płucach+. Układ nerwowy, kości długie, narządy jamy brzusznej i rodne+. Mocz+. Badanie wydzieliny ropnej grzybków chorobotwórczych nie wykazało. WaR++++. Sachs-Georgi—. Pod wpływem stosowania jodku potasu (8,0:200,0) większość przetok i owrzodzeń goi się b. dobrze. W rozpoznaniu różnicowym wchodzić by tu mogły w grę: 1) Tbc. cutis (Dermatitis tuberculosa coMiquativa); 2) Neoplasma faciei; 3) Syphilis tarda gummosa; 4) Kerion Celsi; 5) Actinomyces.

1. Gruźlica skóry odpada ze względu na wygląd kliniczny, brak gruzełków (diaskopja), cechy wydzieliny bez mas serowatych, ujemny Pirq. bez odczynu ogniskowego, stan płuc, podłużne blizny, zmiany w krtani bez zmian w płucach i dobry stan ogólny.

2. Sprawę nowotworową wyłącza niezmienny stan gruczołów chłonnych miejscowych; sprawa trwa $1\frac{1}{2}$ roku, bez przerzutów i ogólnego wyniszczenia; wpływ dodatni jodku potasu.

3. Syphilis tarda gummosa — wyłączają przerostowe podłużne blizny i dane wywiadu, stan gruczołów i skóry, przetoki, a to pomimo wyniku dodatniego badania serologicznego krwi, WaR dodatni (a Sachs-Georgi ujemny) występuje bowiem również w innych cierpieniach o charakterze nieswoistym.

4. Kerion Celsi—wyłącza tu charakter przetok ropnych, brak grzybków, pęcherzyków oraz stan gruczołów chłonnych.

K. rozpoznaje tu promienicę, a to ze względu na charakter na-

cieczenia, podłużne blizny przerostowe, „ziarenka ikry“ (słowa chorej) w ropie, długotrwałość procesu, łagodność przebiegu, początek sprawy od zęba oraz zmiany w krtani, wreszcie wynik leczenia chorej zapomocą jodku potasu. Brak grzybków nie wyłącza wcale rozpoznania promienicy. (Meyrowski, Nadel i inni). Rokowanie tu pomyślne.

N. Essigman. **Przypadek tocznia spojówek oka.**
(Z oddziału A. Zamenhofs).

17 letni S. T. od lat 6-ciu kaszle, kilkakrotnie w płwocinie krew, miał też zropienie gruczołów i owrzodzenia na twarzy i k. k. g. 2 lata temu amputowano mu k. g. l. Od 2-ch lat choroba oka prawego. W wywiadach nic szczególnego.

St. o b. B a d a n i e o g ó ł n e. Lekkie drżenie nad szczytem prawym, tamże oddech szorstki, wzmożenie drżenia głosowego w okolicy wneki płuc obustronnie. Pozatem w narządach wewnętrznych+. Pirquet wybitnie+. T^o+. B a d a n i e o c z u; o k. p. r.: skóra powiek zaczerwieniona i obrzmiała; na spojówce powieki górnej blizna dość głęboka pośrodku od brzegu, ginąca w fałdzie przejściowym, górnym, unosi lekko całą powiekę. Powieka dolna wywinięta (Ectropion palp. inf. gr. maior.), jej spojówka znacznie zgrubiała, przekrwiona i mięsista, pokryta brudno-szarym nalotem i ziarniną; miejscami owrzodziałe ubytki. Zmiany takie też na fałdach przejściowych. Spojówki gałkowe w silnym nastrzyku mieszanym spojówkowo - rzęskowym, od nosa i dołu pokryte tkanką ziarninową. Lagophthalmus, łzawienie i światłowstręt. Rogówka na całej przestrzeni zmętniała, obficie unaczyniona i pokryta naciekami (pozostałe tkanki oka niedostępne dla badania). Siła wzroku: liczy palce z 0.5 metra. Ok. lew.: poza lekkim przekrwieniem spojówek powiekowych bez zmian; wzrok: = $\frac{6}{100}$. W skórze, na twarzy, w okolicy ślinianki lewej, blizna (do pięści dorosłego człowieka), aż do podbródka; w środku jej naciek, jak dwuzłotówka. Blizna barwy ciemno-brunatnej przedzielona blizenkami, w niektórych przerosłe naczynia krwionośne, w innych szaro-żółtawe i brunatnawe plamki, mieszczące się w skórze właściwej i przeświecające przez nieuszkodzony naskórek. Przy uciskaniu diaskopem widać ostre zarysy plamek, wielk. łepka szpilki i brunatnawej barwy. W okolicy kości skroniowej lewej blizna przesuwalna, w jednym miejscu wciągnięta; części kostnej w tem miejscu niema. Na skrzydłach nosa, przeważnie po stronie lewej, widoczny jest naciek o zabarwieniu czerwono-brunatnem, wielkości dwuzłotówki, pokryty łuskami białawymi, łatwo złuszcządzającymi się. Przy diaskopowaniu widać rozsiane żółtawe plamki w skórze właściwej. Naciek przechodzi również na przegrodę nosową. Prawie całe ciało o zabarwieniu brunatnem, pokryte jest łuszczącym się naskórkiem (dłuższe naświetlanie lampą kwarcową) Na podstawie powyższego rozpoznano toczeń spojówek,

rzadsze schorzenie oka, zwł. wobec trudności rozpoznania co do klinicznej postaci gruźlicy. Sattler rozróżnia 4 główne postaci gruźlicy spojówek oka (z możliwem przejściem od jednej postaci do drugiej). Do I zalicza te przypadki, które pod względem klinicznym i anatomicopatologicznym nie różnią się od gruźlicy błon śluzowych innych części ciała; II postać obejmuje przypadki rozsianych lub skupionych gruzełków z niewielką skłonnością do zserowacenia; w III postaci na pierwszy plan występują obrzęki na łącznicach powiekowych z obfitą śluzowo-ropną wydzieliną; IV postać — to toczeń — lupus conjunctivae, — którego cechą rozpoznawczą do pewnego stopnia jest większa skłonność do zbliznowacenia, niż we właściwej gruźlicy. Tbc. oka jest sprawą najczęściej wtórną, jak to miało miejsce i w tym przypadku. L a g r a n g e zebrał jednak 38 przypadków gruźlicy, umiejscowionej wyłącznie w narządzie wzroku. H e y n e podaje, że u chłopca, niedotkniętego gruźlicą, który usuwał obce ciało z oka swego chustką ojca, dotkniętego gruźlicą — w krótkim czasie na spojówce oka wystąpiło owrzodzenie gruźlicze. W leczeniu ogólnie stosowano zastrzyki arszeniku i żelaza, naświetlania lampą kwarcową, miejscowo — poza środkami farmakologicznymi — 6-10 krotne naświetlanie spojówek oka prawego prom. radu (dr. F l o k s z t r u m p f). U w a g a p ó ź n i e j s z a. Po znacznej poprawie stanu ogólnego i miejscowego (stopnione zbliznowacenie, wessanie się nacieków rogówkowych poprawa siły wzroku — liczy palce z 4 metrów) rozpoczęto leczenie zastrzykami alttuberkuliny.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 4 lutego 1927 r.

Przewodniczył W i z e l.

Rotstadt J. Przypadek postępującego zaniku mięśni.

R. przedstawia 9-letniego ucznia, którego zalecił wyłączyć z ówczeszeń gimnastycznych szkolnych z powodu rzadko wzgl. spostrzeganego u nas cierpienia, jakim w danym wypadku są postępujące zaniki mięśni z objawami przerostu rzekomego (tu łydek). W badaniu klinicznym ujawniono cechy charakterystyczne tego typu zan. postępow. mięśni u dzieci. Niedowładne są tu głównie mięśnie lędźwiowo-krzyżowe (stąd wypięcie przednie kręgosłupa, wzgl. postawy), udowe, podudzia. Pas barkowy i k. k. g. bez widomych zaników lub przerostu istotnego, wzgl. rzekomego, Wzrastanie dziecka uległo zahamowaniu. W stanie umysłowym i duchowym zboczeń nie stwierdzono.

R. przypomina, że przed 21 laty w większej pracy o post. zan. mięśni (ze szczegółowem badaniem morfologicznem jednego przypadku młodzieńczej postaci E r b'a), omówił był stan wiedzy o patogenezie p zan. mm. Od tego czasu rozwiązanie zagadki tego cierpienia mało się posunęło; badania najnowszymi sposobami histologicznymi nie wy-

kryły (jak i R. to stwierdził) zmian istotnych, morfologicznych w ukł. nerw. ośrodkowym i obwodowym. R. myśli, że p. zan. mm. są najprawdopodobniej pierwotnem cierpieniem ukł. mięśniowego o podłożu patologicznem wrodzonym, czego dowodem, między innemi, być może i to, że niekiedy spostrzegano brak niektórych mięśni już od urodzenia i że post. z. mm. występują nierzadko obok innych braków rozwojowych i zespołów klinicznych wrodzonych. W obrazie anatomo-patologicznym R. szczególnie podkreśla, jako cechę rozpoznawczą różnicową, że poprzeczne prążkowanie nie zacierą się nawet w najbardziej zanikłych pęczkach mięśniowych, a tłuszczowe zmiany we włókienkach mięśniowych występują nie skutkiem ich zwyrodnienia tłuszczowego, lecz z powodu otłuszczenia. Wątpliwości rozpoznawcze w zestawieniu z inn. postaciami zaników mm. u dzieci wyłącza tu stwierdzenie przetrwania rzekomego; ze względu na tak wczesne ustalenie się zespołu zanikowo-przerostowego, rokowanie jest tu gorsze.

W poglądzie na leczenie tego cierpienia nie należy być nad miarę pesymistą, chociażby dlatego, że niektóre typy p. zan. mm. rozwijają się niezwykle powoli, a przetrwać mogą do późniejszego wieku; z drugiej strony rozwój cierpienia niekiedy ulega w pewnym momencie życia nadługo zahamowaniu, wzgl. mniejszej lub większej poprawie. Leczenie racjonalne konieczne dlatego, by wzmoc sprawność dobrze zachowanych grup mięśniowych, zastępczych. Bezwzględnie przeciwwskazane szablonowe ćwiczenia lecznicze, gimnastyczne i gromadne, szkolne. Osobnicze postępowanie, z planem prowadzone przez samego lekarza, szczególnie tu pożądane. W żywieniu nie tuczyć! Galwanizowanie ogłędne nie tylko grup mięśni chorych, lecz i zdrowych wskazane. Powietrze i światło-czynniki i tu niezbędne. **Organoterapia** (w związku z hipotezą o zaburzeniu w wewnętrznem wydzielaniu), jako głównym tu może momencie przyczynowym (Schönborn, Schen, Mathias), a mianowicie stosowanie przetworów tarczycy (Rossolimo), grasicy (Marinesco) i soku mięsnego (Allard, Tordeus) nie dały bynajmniej wyników ani poparcia dla myśli o t. zw. toksykozie.

Rotstadt J. Zamartwica przewlekła (Acrocyanosis chronica) w zespole z objawami chor. Basedowa, twardziny skóry i chor. Raynaud'da.

J. R., lat 31, panna. Od 12-go roku życia zamartwica miejscowa palców u dłoni, przyczem zrazu zjawiało się odrętwienie bolesne, poczem i ubarwienie, jak kredy, białe. Nasileniu tego objawu, stałego odtąd, szybszemu ujawnieniu się jego, sprzyjało przedewszystkiem zimno, a następnie i silne wzruszenie, wstrząs psychiczny, np. przeżalenie. Razu pewnego, śród upalnego lata, zmarło nagle kilka pał-

ców z powodu przykrej wiadomości rodzinnej. Głód, długo niezaspokojony, sprzyjał tu również siności palców u dłoni. Z wahaniem stan taki trwał lat kilka, przyczem siności ulegało coraz więcej palców u obu dłoni; stałe ubarwienie ciemno-fioletowe prawie nie znikало, obejmować zaczęło i śródrezcze, prawie że do stawów nadgarstkowych; bardziej ulegała zaburzeniom tym dłoń prawa. W pewnym okresie cierpienia, przed wojną jeszcze, utworzyły się owrzodzenia na powierzchni wewnętrznej u koniuszków palców, mniejsze i większe, nieraz długotrwałe, złośliwe, (aż $\frac{1}{2}$ roku trwające), zanim uległy zbliznowaceniui zupełnemu. Owrzodzenia takie już jednak więcej się nie powtarzały. Siność natomiast obwodowa palców u dłoni, niekiedy b. bolesna, przetrwała tak bez zmiany do obecnej chwili. Po 16-tu latach (3 l. temu) chora po raz pierwszy „odezwała“ ostre zapalenie prawostronn. stawu nadgarstkowego, który po ostrym okresie zeszywniał. I obecnie ruchy jego są jeszcze nieco ograniczone. Stan taki trwa rok trzeci. W 1921 r. ujawniło się powiększenie gruczołu tarczowego, a także przemijające bóle w palcach u stóp. Poza tem od kilku lat już, a zwł. ostatnio, chora czuje, że ma coraz bardziej ściągnięte usta, wargi (ujawnia to dziś wyraźnie zestawienie z dawniejszemi fotografjami), skóra na nosie jest także jakby „obciągnięta“. Ostatnio występuje też coraz wyraźniej ubarwienie ciemniejsze skóry niż dawniej (bez insolacji sztucznej i naturalnej). W stanie obecnym, przedmiotowym, objawy wskazane mają swój wyraz nietrudny do stwierdzenia. Skóra jest istotnie nadmiernie sucha, błyszcząca, wszędzie b. cienka, bronzowawa, przezroczysta na tułowi (stąd widać sieć żylną drobną pod skórą nazbyt wyraźnie); na twarzy, u nosa i warg, skóra ściągnięta. W niektórych miejscach na k. k. górnych również. Siność palców u obu dłoni wyraźna, blednie szybko od działania zimna do barwy, jak kredy, bladej; z gorąca wzmagą się szybko. Staw nadgarstkowy prawostronny bolesny w obszerniejszym ruchu biernym; stawy paliczkowe średnie u 2 ppalc. lew. dłoni powiększone, obrzękłe (synovitis), utrudniają ruchy czynne i bierne (bolesne). Mięśnie na palcach u dłoni lewej w stanie zaniku umiarkowanego. Gruczoł tarczowy w miejscu jednym po str. lewej wypięty, powiększony. Lekki wytrzeszcz oczu. Zmienność umiarkowana tętna. Znaczna wrażliwość wzruszeniowa. Odruchy wszelkie zachowane dobrze. Władze umysłowe w stanie normalnym. Paznokcie zniekształcone, grube, wypukłe, prążkowane.

Tak więc mamy tu cierpienie, trwające od 20 prawie lat, z przodującym od samego początku zjawiskiem w postaci zaburzeń naczynioruchowych w palcach obu dłoni, siności stałej ich, bez objawów zgorzeli symetrycznej, jak w chorobie Raynaud'a i bez właściwych tej ostatniej postaci zamartwicy miejscowej okresów zupełnie wolnych i obja-

wów napadowego tylko omdlenia umiejscowionego. Ale jest to tu jednak niewątpliwie postać przewlekłych zaburzeń naczynioruchowych, zbliżona do chor. Raynaud'a, którą Cassirer nazwał *acrocyano-sis chronica*, przyczem w danym przypadku bez objawów wtórnych przerostowych (częstszych), opisanych przez Pehu (N. Icen. XVI), a przeciwnie, (co rzadziej), są tu objawy raczej zanikowe w mięśniach, wzgl. i kościach. Poza tem w obrazie klinicznym ujawniają się tu cechy rozwijającej się twardziny skóry, a, jak wiadomo, w zespole objawów klinicznych tej choroby granice między nią, a chorobą Raynaud'a często zacierają się, przyczem objawy zamartwicy miejscowej niekiedy o wiele lat wyprzedzają twardzinę skóry (Naunyn spostrzegał nieraz w Strasburgu przeistaczanie się przewlekłych postępujących postaci zamartwicy miejscowej w twardzinę skóry). Wreszcie w obrazie klinicznym mamy tu, jak wskazano wyżej, i znamiona chor. Basedowa. Ten zespół objawów ze znamionami, z jednej strony, *acrocyano-sis chronica*, choroby Raynaud'a, a twardziny i chor. Basedowa z drugiej, przemawia zdaje się w jaskrawy sposób zatem, że źródło pochodzenia wszystkich tych 4-ch postaci chorobowych musi tu być wspólne, a mianowicie, że jest nim schorzenie układu autonomicznego, ośrodków jego, które bezpośrednio lub, rzecz bardzo możliwa i prawdopodobna, pośrednio przez niedomogę czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu wywołują zaburzenia przedewszystkiem w układzie współczulym. Przypadek dany może też posłużyć motywem przeciw pogładowi na twardzinę skóry, jako na miejscowe zakażenie skórne. Jak wiadomo, badania anatomo-patologiczne ośrodkowego ukł. nerwowego i naczyniowego nie ustaliły zmian morfolog. dla ustalenia tam podłoża cierpienia tego. Zmiany, wykrywane na obwodzie w naczyniach (Leriche, Policar 1921 r. Lyon) i w nerwach, należy uważać za wtórne. Mamy tu więc niewątpliwie cierpienie nie miejscowe, a ogólne, rozsiane, symetryczne.

W rozprawie Bregman wiąże omawiane cierpienie z zaburzeniami w wydzielaniu gruczołów dokrewnych; niewątpliwie biorą w tem udział, prócz gruczołu tarczowego, jajańki, przysadka mózgowa, i in.. Br. pyta, czy były zaburzenia menstruacji. W sklerodermji, której objawy niewątpliwie tu stwierdzamy, a zwł. w późniejszym nieco okresie choroby, spostrzega się zmiany stawowe; przypominają one *arthritis deformans*. To również przemawiałoby za koncepcją wewnątrzwydzielniczą omawianego cierpienia.

Cunge pyta, czy chora nie przechodziła niedawno odrzy; w jednym przypadku spostrzegał wystąpienie podobnych objawów wkrótce po odrze.

Markusfeld pyta o poszukiwania w kierunku kiły.

S z o u r przypomina swoje spostrzeżenie (posiedz. klinicz. w 1922 r.) twardziny skóry, w którym były objawy niedorozwoju tarczycy i wydatna wagotonja. Przeważnie w sklerodermji notowana jest wzmożona czynność układu współczulnego, lecz nieraz spostrzegano, wręcz przeciwnie, wzmożenie napięcia ukł. parasympatycznego. W przypadku Sz. twardzina skóry osiągnęła wysoki stopień rozwoju, lecz tak wybitnych zmian naczyniowych, jak tu, nie spostrzegano. Zjawisko to przemawiać by mogło za hipotezą o pierwotnem naczyniowem pochodzeniu sklerodermji (mowa o tem trwa jeszcze w piśmiennictwie). Częsty zespół sklerodermji z Morbus Raynaud mógłby również służyć jako poparcie tego poglądu. Mówiono też o przyczynowym związku sklerodermji z samozatruciem jelitowem, stąd metoda leczenia tego cierpienia wyciągami z jelit.

Zmian stawowych, o czem wspominał Bregman, w przypadku Sz. Rtg. nie wykazał, a skargi na bóle i ograniczenie ruchów stawowych były trwałe.

P o n e c z dodaje, że w przypadku sklerodermji, demonstrowanym w 1925 r. w W. Tow. Neur. stwierdził zmniejszone napięcie układu współczulnego, wzgl. przewagę ukł. parasympatycznego. P. sądzi, że próby farmakodynamiczne określiłyby i tu napięcie obu układów.

W odpowiedzi R. zaznacza, że chora miała okresy miesięczne prawidłowe; odry nie było; kiłę w badaniu kliniczem wyłączone. Chorej, jako pacjentki z przychodni Szpitala, badać na próby farmakodynamiczne nie można było, zresztą w tym względzie nie raz czyniono próby; wyniki są jeszcze sporne.

Tonenberg. W sprawie szwu kostnego. (Z oddz. A. Wertheima).

Pokaz chłopca 9 letn. po dokonanej operacji szwu kostnego wskutek ukośnego złamania lewej kości udowej. Zabieg krwawy obrano wobec nieudanych prób nastawienia sposobem zwykłym i wobec stosunkowo nieznacznego ryzyka operacyjnego. Po odsłonięciu miejsca złamania i ustawieniu odłamów zapomocą specjalnych narzędzi, ustalono je, okręcając drutem 2-krotnie kość w miejscu złamania. Kończynę zagipsowano. Po 6 tygodniach gips zdjęto; nastąpił zrost idealny. Kończyna zachowała swą normalną długość i odzyskała w następstwie sprawność całkowitą.

Pokaz uzupełnia Wertheim, zaznaczając głównie, że operować nie należy zaraz, bezpośrednio po urazie, lecz czekać 8—10 dni i gdy proces pourazowy zaczyna ustępować (obrzęk) i nacieczone tkanki powracają do normy, wówczas dopiero wykonać zabieg, t. j. szew kostny. Nieodzownym warunkiem tu dobrego wyniku b. ściśle przestrzegana aseptyka.

Goldstein, w założeniu zwolennik szwów po złamaniu nawet kości długich, przestrzega przed zbyt szerokiem stosowaniem tego zabiegu, powoduje bowiem nieraz długotrwałe ropienie, przetoki, skąd wynik końcowy stać się może gorszy niż po dotychczasowym zwykłym postępowaniu. Gdy chodzi o kości krótkie—rzepka, wyrostek łokciowy kości promieniowej i t. d.—szew kostny staje się nieunikniony; koście długie często zrastają się dobrze po odpowiednim wyciągu, gipsie i bez skrótu kończyny ponad 2—3 cm.

Zwłaszcza u dzieci i młodych należałoby unikać szwów kostnych. Przypadki należy dobierać i mieć ściśle wskazania co szwu, uwzględniać poza tem należy również warunki chorego, jego stanowisko, zawód i t. d.

Tonenberg raz jeszcze podkreśla wyszczególnione już korzystne strony szwów kostnych tam, gdzie zgóry wiadomo, że po dotychczasowym sposobie leczenia kończyna czy to ze względu na znaczny skrót, czy też z innego powodu będzie upośledzona. Niestety, zwł. u nas, w niedostatecznej mierze uwzględnia się potrzebę zupełnej restytucji czynnościowej złamanej kończyny, a skrócenie o 2—3 ctm. zwykło się uważać za wynik dobry; chory ma prawo żądać od lekarza, aby czynność ręki lub nogi została mu całkowicie przywrócona. Złamania, zwł. przystawowe, gdy prócz odłamków kości jest rozdarty aparat mięśniowy, wzgl. przyczepy ścięgniaste, powinny być prawie zawsze traktowane operacyjnie i tu szwy kostne dają najlepszy wynik.

Goldberg. **W sprawie ostrej martwicy trzustki.** (Z oddz. M. Lubelskiego; patrz. art. oryg. str. 215).

W rozprawie zabierał głos Abramowicz, omawiając kliniczną i teoretyczną stronę zagadnienia.

A. Zamenhof. **2 przypadki operacji plastycznych powiek.**

1. Rak skórny dolnej powieki oka prawego u kąta wewnętrzniego i $\frac{2}{3}$ dolnej powieki. Kilkakrotne naświetlania Rtg. bez wyniku. Operacja polegała na wycięciu prostokątnem, obejmującym okolice woreczka łzowego i $\frac{2}{3}$ wewnętrzne dolnej powieki. Ubytek pokryto 2 płacami skóry; jeden wzięto z grzbietu nosa, drugi otrzymano, przedłużając cięcie dolne prostokąta wyciętego ku zewnątrz i dodając cięcie poziome od kąta zewnętrznego oka. Pas ten skóry, po odpowiednim oddzieleniu od podłoża, naciągnięto w stronę nosa i połączono z pasem nosowym. W ten sposób wytworzyła się nowa powieka dolna, przy czem część skóry, która tworzyła jej część zewnętrzną, przemieszczona została ku nosowi, a resztę powieki wytworzyła skóra z okolicy jarzmowej (sposób Knap p'a).

2. Chora po oparzeniu kwasem; powieka górna zniszczona, po zbliźnowaceniu brzeg powiekowy wraz z rzęsami podciągnięty został aż do łuku brwiowego. Spojówka powiekowa górna odwinęta wraz z tarczka. Zabieg: po rozcięciu blizny brzeg powiekowy ściągnięto ku dołowi, ubytek pokryto naskórkiem z ramienia, sposobem Thierscha. Płat przyjął się dobrze, wynik kosmetyczny zadowalający.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 25 lutego 1927 r.

Przewodniczył Altkaufer.

A. Zakin. Stopa końsko-szpotała, operowana sposobem przeszczepienia ścięgien. (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

Chora lat 18; w 3-im roku życia zapalenie przednich rogów. Przybyła 3.XI.1926 r.; stopa prawa końsko-szpotała. Badanie (kol. Herman) wykazało, iż m. goleniowy przedni, m. długi prostujący palec oraz m. strzałkowy długi na prąd galwaniczny i farad. nie odpowiadają. Z grupy rozginaczy czynny m. długi, prostujący I palec. 15.XI.1926 r. operacja: wydłużenie ścięgna Achillesa, przecięto je w kształcie litery Z i zeszyto końce przeciętego ścięgna. Skorygowano ustawienie stopy; szyna. 10.XII.1926 r. — II czas operacji — przeszczepienie ścięgien: I cięcie — podłużne, odpowiadające dolnej cz. ścięgna m. prostującego I palec; przecięto je w odległości 2 cm. od przyczepu. II cięcie — podłużne, na grzbiecie stopy, odpowiadające III kości klinowej; przez ranę II cięcia wyprowadzono przecięte ścięgno m. prost. I palec, poczem dokonano III cięcia na zewnętrznej powierzchni stopy, odpowiad. przyczepowi ścięgna m. strzałkowego krótkiego. Za pomocą kleszczyków Kochera przeprowadzono tunelem podskórnym ścięgno m. prost. I palec do III cięcia. Stopę maksymalnie zgięto ku przodowi, doprowadzono i po naciągnięciu ścięgna m. prost. I palec, przyszyto jedwabiem do okostnej podstawy V kości śródstopia. Następnie dokonano IV cięcia na wewn. powierzchni stopy, tuż pod kostką wewnętrzną aż do podstawy I kości śródstopia. Tu znaleziono ścięgno m. goleniow. tylnego, które wydzielono aż do miejsca przyczepu. Przecięto okostną podstawę I kości śródstopia tam, gdzie przyczepia się ścięgno m. gol. tyln. i wyosobniono w ten sposób całkowicie ścięgno z przyczepem. Ścięgno to wyprowadzono poprzez więzadło szerokie (lig. laciniatum) i tunelem podskórnym doprowadzono do II cięcia, przyszywając jedwabiem koniec ścięgna wraz z okostną do okostnej i więzadeł III kości klinowej i kości sześciennnej. Rany wszystkie zaszyto zupełnie. Opatrunek w szynie. Po 7 dniach zdjęto szwy — rychłozrost. Gipsowy bucik; po 2 mies. zdjęto gips. Ustawienie stopy prawidłowe, ruchy doprowadzające b. nieznaczne, natomiast ruchy wy-

prostne stopy — wyraźnie zaznaczone; po 2 — 3 tyg. elektryzacji, kąpieli, masażu i łagodnej mechanoterapii — wymiar ruchów większy. Chodzi, stawia stopę prawidłowo.

Arkin. Przypadek naczyńniaka naczyńniówki. (Z oddz. A. Zamenhofa).

20-letni mężczyzna zgłosił się z powodu całkowitej utraty wzroku oka prawego

Znamię krwiste na policzku prawym i rozszerzenie naczyń spojówkowych. W oku prawem całkowite odczepienie siatkówki. Przekłucie twardówki wykryło płyn krwisty pod siatkówką. Gałkę wyłuszczone (nowotwór złośliwy).

Badanie stwierdziło odczepienie siatkówki i zmiany w naczyńniówce, która składała się z szeregu naczyń krwionośnych o większym i mniejszym kalibrze. Grubość naczyńniówki do 3-ch mm. Młodej tkanki łącznej nigdzie nie wykryto. Natomiast między naczyńniówką a śródbłonkiem barwikowym znajdowała się zwarta tkanka łączna (t. zw. płytka pokrywowa), którą się często spostrzega w nowotworach złośliwych naczyńniówki, a która może ulec zupełnemu skostnieniu. Obecność tej tkanki może tłumaczyć powstanie odklejenia się siatkówki, gdyż zatrzymuje ona ciecz, która normalnie przesiąka z naczyńniówki do siatkówki. Ciecz ta zbiera się w jednym miejscu, a gdy natrafi na miejsce bez tkanki łącznej odwarstwia siatkówkę.

Rozpoznanie naczyńniaka naczyńniówki jest trudne; w 1-szych okresach nie powoduje on osłabienia czynności oka, a gdy to nastąpi, wgląd w części wewnętrzne oka jest utrudniony z powodu jaskry lub odklejenia siatkówki.

W rozprawie Zamenhof zaznacza, że nieraz tego rodzaju zmiany przypadkowo wykrywa się jedynie dzięki wprowadzonemu na oddziale ocznym od paru lat zwyczajowi robienia skrawków do badań histopatologicznych z całej gałki ocznej. Dany preparat jest b. rzadki, zasługuje na wyróżnienie.

Raport. Naczyńniak języka. (Z oddz. A. Wertheima).

I. B., lat 55, przybył do Szpitala z silnymi bólami brzucha. Stwierdzono owrzodzenie dwunastnicy; operowano: zespolenie żołądkowo-jelitowe. R. pokazuje chorego jednakże nie z powodu tej choroby, lecz ze względu na kilka dużych guzów na języku i twarzy. Są to guzy miękkie, zajmują części policzka prawego, warg, a przede wszystkim języka, który intoto powiększony jest w czwórnasób. Guzy na policzku ciemno-niebieskie, miękkie, przesuwalne, niebolesne, o granicach nieścisłych; na języku guzy są ściśle odgraniczone. Guzy te od urodzenia mało przeszkadzają. W dzieciństwie był operowany z powodu tych guzów na twarzy, ale bez skutku. Łagodne guzy te, t. zw.

pierwotne naczyniaki krwawe poprzecznie prążkowanych mięśni, należą do schorzeń nieczęstych, a na języku do zupełnie rzadkich. Virchow podaje tylko jedno własne spostrzeżenie i 9 z piśmiennictwa. Dopiero po nim nauczono się rozpoznawać te guzy dokładniej. Do r. 1913 zebrano z całego piśmiennictwa 164 przypadków pierwotnych naczyniaków mięśniowych, a do 1924r. — 186, wśród nich jeden na języku. Guzy te — łagodne — przerzutów nie dają.

W rozprawie Mutermilch i Floksztumpf mówią o możliwości ewolucji tych guzów łagodnych w postać złośliwa (angiosarcoma).

Kigiel. 2 przypadki rzadkich klinicznych postaci nowotworów sutka. (Z oddz. M. Lubelskiego).

K. M. lat 41 — przed 2-a laty zauważyła na sutku lewym plamkę białą, która stopniowo się rozszerzała i zmieniała kształt. W miejscu tem wytworzył się pęcherzyk, pękł, poczem powstało tu owrzodzenie, które nie goi się, a powiększa. Owrzodzenie to kilka razy pokryło się już strupkiem, z pod którego wydzielala się ropa nieobficie. Przed 2-a mies. w dolnym odcinku w głębi piersi stwardnienie, które ostatnio nieco się powiększyło. St. ob.: na lewym sutku owrzodzenie o zabarwieniu brunatnem, wielk. 2-złotówki, o brzegach zapadniętych. W piersi lewej, w głębi, w dolnym odcinku, stwardnienie wielkości orzecha. Pod lewą pachą powiększone gruczoły. Wasserman —.

Badanie skrawka z owrzodzenia wykazało: 1) na powierzchni masa ziarnista, liczne nacieki drobnookrągło-komórkowe; 2) na obwodzie nabłonek zachowany, dobrze odgraniczony od podścieliska, a w podstawowej warstwie widać już duże komórki o niebarwiącej się zarodki; 3) głębiej obfite elementy nowotworowe, złośliwe; w ogniskach między nimi liczne nacieki; 4) zupełny brak elementów normalnego gruczołu piersiowego.

W skrawkach guza u podstawy sutka: 1) rozrost elementów nowotworowych; 2) wewnątrz ognisk martwica; 3) podścielisko ze zbitej tkanki łącznej. Rozp.: Ca solidum. (dr. Płoński). Pierwotne umiejscowienie owrzodzenia na sutku przemawiało za typową formą choroby Paget'a. Obecnie jest już daleko posunięta postać raka (guz u podstawy piersi, oraz gruczoły pod pachą). Zamierzono poddać chorą operacji radykalnej.

II. G. W. l. 50, od roku w prawym górnym odcinku piersi guzek twardy, przesuwalny. Po upływie 7-in miesięcy już był jak śliwka i pękł; wylała się ropa, a stąd rana, ostatnio znacznie większa. Ropa wydala się nadal. Obecnie prawa pierś powiększona, zaczerwieniona. W górnym prawym odcinku owrzodzenie w kształcie kalafiora; brzegi tu zgrubiałe, nierówne, pokryte nalotem szarawym ropnym. Guz to miękki zlewa się z otaczającą tkanką. Wasserman —.

W o wrzodzeniu ogniska nowotworowe złośliwe; na obwodzie ognisk komórki dość wysokie, mają charakter nabłonka podstawnego; wewnątrz ognisk stają się nietypowe, ulegają martwicy; pomiędzy ogniskami liczne nacieki drobnookrągłokomórkowe. Rozp.: *Ca basocellulare*. Jest więc tu szybko rosnący guz, o charakterze złośliwym, rozpadowy, bez żadnych widomych zmian gruczołów pod pachą. I u tej chorej również zamierzono wykonać radykalny zabieg. Płóćskier uzupełnia opis obrazu histopatologicznego.

W rozprawie Muter milch przypomina w związku z przyp. II własny pokaz raka sutka, b. rzadką postać kliniczną jego, ze względu na jednoczesne zajęcie obu sutków. M. zaznacza, że rzekomy brak powiększonych gruczołów, macalnych, niczego nie dowodzi; niejednokrotnie dopiero podczas operacji stwierdzamy je w postaci dość znacznych skupień.

Wertheim omawia ujemne strony wycinków próbnych, gdy się przypuszcza złośliwość nowotworu (niebezpieczeństwo szerzenia się sprawy bezpośrednio przez otwarte szeroko naczynia); należy brać skrawki intra operationem.

Flokstrumpf uważa każdy przypadek raka sutka z zajęciem gruczołów za nienadający się do operacji; należałoby zastosować jedynie prom. Rentgena, wzgl. Rentg. + rad.

J. Kcn omawia chorobę Paget'a w stosunku do raka sutka i niewątpliwe cechy jej w tym przypadku.

Wertheim. Przyczynek do operacji wytwórczej nosa.

W. przedstawia 16 l. chorego, u którego przed 3 tyg. dokonał operacji wytwórczej z powodu częściowego dość dużego braku prawego skrzydła nosa. Brak powstał wskutek odgryzienia w bójce i miał kształt wysokiego trójkąta o podstawie, odpowiadającej brzegowi nozdrza. Podstawa skrzydła oraz wierzchołek nosa pozostały nienaruszone. Po zabliznieniu rany zastosowano metodą Königa, podaną już przed ćwierćwieczem, a polegającą na zastąpieniu braku wolnym płatem, wyciętym w kształcie klina z całej grubości muszli usznej i wszczepionym w ubytek w ten sposób, że, po okrajaniu brzegów tegoż, przednia powierzchnia muszli stanowi wewnętrzną, a tylna zewnętrzną powierzchnię skrzydła. Brzeg zawinięty muszli odpowiada brzegowi nozdrza. Płat dwoma szeregami strun cienkich zespolono ze skórą i ze śluzówką nosa. Przyrósł on całkowicie, przywracając prawie normalny kształt nosa. Nozdrze nieco zmniejszone. Dobry wynik należy przypisać młodemu wiekowi chorego i brakowi zmian patologicznych na skórze. Jest to zabieg fizjologiczny, odtwarza bowiem doskonale 3 warstwy skrzydła. Chrząstka, pozbawiona naczyń, żyje

widocznie również i w gorszych warunkach, t. j. po przeniesieniu na inne podłoże. Prelegent wspomina krótko, że istnieje kilkanaście metod plastyki skrzydeł nosa - wszystkie jednak w większym od powyższej stopniu zniekształcają twarz chorych skutkiem wtórnych ubytków.

W rozprawie Karbowski przypomina swój własny przypadek operacji plastycznej nosa, demonstrowany na jednym z posiedzeń klinicznych i uważa, że wynik w przypadku Wertheima jest znacznie lepszy i nadszpodziewany.

Zamenhof zaznacza, że i w okulistyce dość często używa się małżowiny usznej, jako materiału plastycznego do powiek. Wkrótce sam prawdopodobnie będzie miał sposobność przedstawienia podobnych przypadków.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 25 marca 1927 r.

Przewodniczył Zamenhof.

Ed. Goldberg. **Przypadek t. zw. „cholecystectomy idealis”.** (Z oddziału M. Lubelskiego).

20 l. Ch., przybyła z objawami ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego, z wysoką temperaturą i żółtaczką. W okolicy podżebrza prawego można było namacać guz duży, b. bolesny; było też duże napięcie mięśni w okolicy pęcherzyka. Po okresie ostrym i ustąpieniu żółtaczki pozostała nieznaczna bolesność w okolicy pęcherzyka, a guz zmniejszył się bardzo. Wykonane w tym okresie zdjęcie Rtg. nie dało. Drugie zdjęcie po zastrzyknięciu tetrabromu nie dało cienia na miejscu pęcherzyka, co wskazywało by na zamknięcie lub zatkanie przewodu żółciowego. Chorą operowano w uśpieniu eterowem. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem skośnem, równoległem do dolnego brzegu klatki piersiowej, znaleziono pęcherzyk, mały, w zrostach z wątrobą, dwunastnicą, poprzecznicą i żołądkiem. Zrosty oddzielono, pęcherzyk podsurowiczo wyłączono. Zbadano drogi żółciowe, (kamieni nie było). Usunięto więc pęcherzyk, zamknąwszy drogi żółciowe zupełnie, kikut przypalono Paquelin'em, łożę zaś wraz z kikutem obszyto pozostałą otrzewną. Założono sączek ochronny, ranę zaszyto zupełnie. Sączek usunięto po 48 godz.; przebieg, poza przemijającym lekkim żółtawem ubarwieniem białek, bardzo dobry. Po 6 dn. zdjęto szwy. Rychłozrost. Po 10 dn. wstała. Stan bobry.

W zabiegach na pęcherzyku i drogach żółciowych bardzo ważnym jest przebieg pooperacyjny. Okres ten, w zależności od samej sprawy chorobowej i przebiegu operacji, jest często b. długi, gdyż dreny gumowe, wprowadzone do dróg żółciowych, oraz sączki gazowe z miejsca operacji wymagają gojenia się rany przez ziarninowanie, to też, gdy jest to możliwe, chirurgia stara się okres ten skrócić przez zamknię-

cie przewodów żółciowych po usunięciu pęcherzyka, przez obszycie kikuta i pokrycie otrzewną łoża pęcherzyka i zamknięcie zupełne jamy brzusznej. Autorowie niemieccy podają, że zaledwie 10% wszystkich przypadków operacyjnych na pęcherzyku żółciowym nadaje się do tego rodzaju postępowania. Ostatnio jednak i w tych przypadkach zaczęto, wobec możliwości istnienia zakażeń dróg żółciowych, pozostawiać na krótki przeciąg czasu (do 48 godzin) sączonek gazowy lub lepiej drenik gumowy na miejscu byłego łoża pęcherzyka. Ma się rozumieć w przypadkach tych przebieg pooperacyjny jest bardzo krótki, jak po zwykłych operacjach brzusznych.

W rozprawie Graber podkreśla, że cholecystectomy idealis wskazana jest jedynie w przypadkach wczesnych, niezaniebanych. W Szpitalu, dokąd chorzy zgłaszają się zazwyczaj w okresie zbyt późnym, rzadko zabieg ten nadaje się dowykonania. Wertheim wypowiada się przeciwko tego rodzaju postępowaniu; ma ono znaczenie raczej kosmetyczne, chorego narazić może na niebezpieczeństwo. W. zwykle sączykuje i zaleca tak zawsze postępować, aczkolwiek sam, przed 12 laty, wykonał idealne wycięcie woreczka żółciowego z wynikiem dobrym.

Wertheim. Przypadek nowotworu szczęki.

Pokaz chorego, któremu w dniu 5.II. 27. w znieczuleniu miejscowym, po podwiązaniu tętnicy szyjowej zewnętrznej, usunięto górną lewą szczękę z powodu nowotworu o szerokiej szypule, wychodzącego z wyrostka zębodołowego. Nowotwór przed operacją został, na mocy badania wycinka, rozpoznany, jako mięsak naczyńniowaty (angiosarcoma). Zdjęcie Rtg. stwierdziło zajęcie zatoki nosowej. W dwa tygodnie po operacji rozpoczęto pracę protetyczną, którą zajął się lekarz dentysta Gombiński.

G. dodaje, że rezekcję górnej lewej szczęki z powodu naczyniako-mięsaka wykonano tu bez widocznych zzewnątrz śladów; w jamie ustnej pozostał ubytek i upośledzenie czynności fizjologicznych: mowy, żucia, oddechu i wydzielania. Objawy te, zwł. stałe wydalenie się z ust wydzielin, nader uciążliwe dla pacjenta i przykre dla otoczenia, usunięte zostały przez uzupełnienie defektu obturatorem — dostawką, odpowiednio zbudowaną podług systemu prof. Schröder'a.

Współczesna protetyka dąży do przywrócenia całości rezekowanych szczęk nie tylko w pojęciu anatomicznym, lecz i czynności fizjologicznych. Obturatorowa część dostawki, wewnątrz pusta w celu zmniejszenia ciężaru, zastępuje trzon szczęki. Podniebienie sztuczne posiada po lewej policzkowej stronie łożysko dla mięśni policzka; tylny brzeg dostawki sięga miękkiego podniebienia i podtrzymuje łuk;

zewewnętrzne brzegi, uzupełnione sztucznem uzębieniem, tworzą normalny zgryz i w przedniej lewej części podtrzymują pozbawioną oparcia wargę. Dostawka trzyma się dosyć mocno przez uwięzienie części obturatorowej w otworze ubytku zapomocą złotej zaczepki na 1 >, pozostałym jedynie w szczęcie. Uzupełnienie, pod względem estetycznym nie nasuwa najmniejszego podejrzenia istnienia ubytku.

Powyższa interwencja dowodzi konieczności współpracy chirurga z dentystą. Współpraca jest pożądana nie tylko po operacji, lecz i przed, zabieg chirurgiczny nie będzie bowiem wykonany aseptycznie bez uprzedniego przeprowadzenia sanacji jamy ustnej. W próchnicowych ubytkach, korzeniach i złogach nazębnych, jak wiadomo, gnieżdżą się drobnoustroje, przedostające się przez miejsce operacyjne do ustroju (oralsepsis). Usunięcie tych czynników zakaźnych, również orjentacja w oszczędzaniu zębów przydatnych do protezy, przyczyni się w znacznej mierze do dodatniego wyniku zamierzonego zabiegu chirurgicznego.

W rozprawie Karbowski podkreśla znaczenie stopnia rozległości zabiegu w podobnych operacjach. Płóński tłumaczy wyniki badania histopatologicznego (angiosarcoma) i w związku z tem potrzebę wykonywania, jak w danym wypadku, zabiegu obszernego, doszczętnego.

J. Luxenburg i Z. Kurlandski. Dwa przypadki krwotoczności małopłytkowej.

J. K., lat 5, przybył I-y raz na oddział 27.II. 1926 r. Przed kilkoma dniami krwotok z uszu, niedający się zatamować, później na ciele czerwone plamki, a po 4-ch dn. mocz czerwony. Po przybyciu do szpitala stan ten utrzymywał się nadal. St. ob. T° norm., tętno 120; budowa +, odżywienie dobre, z nosa krwawa wydzielina; na skórze, śluzówkach liczne wybroczyny różnej wielkości. Gruczoły niemacalne. Płuca, serce bez zm. Wątroba +, 2 p. Ukł. nerw. b. z. Objawy opaskowy Rumpel-Leeds oraz palcowo-uciskowy Hechta dodatn. Mocz: C. g. 1016, odcz. kwaśny, białko + $7\frac{1}{2}\%$, krew +. Osad: całe pole widzenia pokryte czerw. krw.. Kał: krew +, bez jaj pasorzytów. Krew: 3.360.000, mierna polichromatoza i anisocytoza, Hbg 51%. Index 0,75. Leuk. 6800. Neutr. 69.5% Limf. 19.5% Eoz. 2.5% Mon. i przejść 8.5% Płytek Bizzozera nie stwierdzono. Odporność krwinek 4. Krzepliwość in vitro (Achar-Bruck) 15'-22'. Czas krwawienia 15'-30'. Skrzep nie kurczył się po 24 g.

Dwukrotny posiew z gardła — laseczniki błonicy. Podczas pobytu na oddziale z początku świeże wybroczyny na skórze, krwawie.

nie z nosa powtarzało się kilka razy, mocz przez kilka dni z od-
czynem dodatnim na krew. Zastosowano dwukrotnie naświetlanie śle-
dziony. Po miesięcznym pobycie na oddziale wybroczyny na skórze
i śluzówkach znikły, mocz nie wykazywał nic patologicznego. Stan
krwi jednak pozostał bez zmiany.

Dnia 5. V. 1927 r. dziecko przybyło na oddział po raz drugi z bar-
dzo licznymi wybroczynami na skórze i śluzówkach, wielkości od łepka
szpilki do jaja gęsiego. W krwi prawie ten sam obraz, co pod-
czas 1-go pobytu w szpitalu. R. i Pirquet ujemne. Mocz — b. zm.;
kał — krew +. Posiew z gardła ujemny. Tym razem zastosowano
Cachlor. per os — zmiany na skórze dosyć szybko znikają.

II. Sz. N., lat 10, przybył na oddział dn. 13. V. 1927. 4 dni
przed przybyciem do szpitala zaczął silnie krwawić z dziąseł, miał
stałe w jamie ustnej pełno skrzepów; następnego dnia na ciele czer-
wone plamki.

St. o b e c n y: T^onorma, tętno 96, budowa prawidłowa, odży-
wienie mierne; na skórze kończyn liczne drobne wybroczyny,
na tułowi i twarzy w ilości nieznacznej; dziąsła nad trzonowcami
pokryte skrzepami sino-czerwonemi; gruczoły chłonne drobne. Płuca,
serce b. z; wątroba + 2 palce; układ nerwowy — b. z., M o c z — b. z
k a ł — krew +, jaja Trichocephalus dispar. K r e w: erytr. 3160000, po-
jed. normobl, Hbg. 48% Index — 0,77; Leuk. 10.400. Neutr. 68%, Limf.
23%, Eoz. 6%, Bas. 0,5% Monoc. i przejśc. 2,5% Płytek Bizzozero —
brak; czas krzepliwości (Wright) — 12', czas krwawienia 1,10'. Brak
kurczliwości skrzepu. WR., Pirquet — ujemne. Objawy Rumpel—
Leeds i Hechta + . Posiew z gardła —. Na oddziale zastosowano
10% Cachlorat. dożylnie oraz jednorazowe naświetlanie śledziony Rtg.
Stan chorego stale się poprawia; krwawienie z dziąseł zmniejszyło się
znacznie, wybroczyny na skórze prawie znikły.

Te 2 przypadki przedstawiają schorzenie, znane pod nazwą
krwotoczności małopłytkowej, czyli choroby Werlhofa. Mamy tu bo-
wiem wybroczyny na skórze i śluzówkach, a badanie krwi wykazuje
brak płytek Bizzozero, wydłużony czas krwawienia oraz brak kurcz-
liwości skrzepu. Ciekawe w tych przypadkach jest to, że dotyczą oso-
bników płci męskiej, chorobę Werlhofa bowiem, w przeciwieństwie
do krwawiączki, spostrzega się przeważnie u kobiet.

Jakaż jest wogóle przyczyna tego cierpienia?

Do niedawna większość autorów, jak Kraus, Hayem, Frank
Kacnelson i inni, uzależniali zjawienie się krwotoczności od liczby
płytek Bizzozero, wyrażając jednocześnie różne poglądy na sposób
powstawania małopłytkowości. Ostatnio jednak koncepcja ta zachwiała

się. Roskam pierwszy wykazał, że wydłużony czas krwawienia, ten kardynalny objaw krwotoczności, a liczby płytek są w pewnej niezależności od siebie, to jest nie można stwierdzić równoległości pomiędzy liczbą płytek a czasem krwawienia. Z polskich autorów podnoszą to samo Tempka i Semerau-Siemianowski. Ten ostatni naprz. przytacza przypadek, w którym przy liczbie płytek 8000 czas krwawienia wynosił 6', a przy liczbie 8250 — 32'. Najważniejszym zaś potwierdzeniem tej niezależności krwotoczności od liczby płytek, stanowi fakt, że po wycięciu śledziony u chorych z morbus maculosus Werlhofii, liczba płytek, po przejściowym powiększeniu się, pozostaje ta sama, co i przedtem, a chorzy pomimo tego nie krwawią. Z tego wynika, że samą małopłytkowością nie można tłumaczyć krwotoczności. Należy raczej zwrócić uwagę w kierunku naczyń krwionośnych. Jak same objawy palcowo-uciskowy, opaskowy, próba ułucia i t. d. dowodzą tego, że mamy tu do czynienia z niewydolnością naczyń krwionośnych. Na moment ten zwrócił uwagę Klinger, Nolf i Stepp, a z polskich autorów Semerau-Siemianowski. Najbardziej zaś posunął się w tym kierunku Roskam, twierdząc, że plamica małopłytkowa jest dziecinicowem zapaleniem krwotocznem śródbłonnków naczyń krwionośnych („endothéliite parcellaire hémorrhagique“). Pozostają jeszcze do wyjaśnienia przyczyny, które spowodować mogą to zapalenie śródbłonnków. Pomimo nasuwanych wielu teorii w tym względzie, to zdaje się jednakże, że odgrywa tu rolę, być może poza innemi czynnikami, również i czynnik zakaźny, wzgl. toksyczny.

Konferencje neurologiczne oddziału IX-go.

Posiedzenie dn. 16 września 1926 r.

Krakowski. Pośpiączkowe kurcze języka i podniebienia miękkiego.

Chora l. 25; przed rokiem śpiączkowe zapal. mózgu. Apatyczna, twarz-maską; lewa gałka ustawiona wyżej, ruchy gałek niedostateczne. Napięcie mięśni karku, kk. g. i kk. d. Odruchy umiarkowane; czucie +. Od kilkunastu mies. kombinowane napady dewiacji gałek ocznych z przechylaniem głowy ku tyłowi i mimowolne ruchy języka, stałe na jawie; w śnie ustępują. Wbrew woli otwiera usta, wysuwa język,

powolnym ruchem obrotowym skręca go u osi podłużnej w kształt niezamkniętej rurki, zbacza na prawo. Po wykonaniu obrotu, język z powrotem pociąga się do jamy ustnej. Męcząca ta gra ruchów powtarza się w równych, b. krótkich odstępach czasu. Przy wzruszeniach ruchy są częstsze i intensywniejsze, wzrastają też wtedy, gdy język przekracza granice dolnych zębów i dotknie wargi. Mowa wyraźna, z przerwami, wówczas szeroko otwiera usta i wysuwa język. Płyny łyka dobrze; żucie stałych potraw odbywa się bez przeszkód i dodatkowych ruchów języka. Spostrzega się tu też dość rzadki objaw mimowolnych, rytmicznych skurczów podniebienia miękkiego.

Ruchy i cały zespół są tu niewątpliwie zależne od zmian w jądrach podstawowych.

W rozprawie Bregman zaznacza, że w piśmienictwie przypadki kurczów języka w zap. nagn. mózg. są nieliczne; częściej spostrzegano kurcze w podniebieniu. Na uwagę tu zasługują też napadowe, kurcze — zwroty głowy i oczu ku dołowi, a potem do góry.

J. Mackiewicz. Przypadek stwardnienia rozsianego pod postacią nowotworu rdzenia.

J. A., lat 40, przybył 23. XI. 27 r. Od lipca r. 1925 zaparcia stolca, wkrótce parcie na mocz, a niekiedy nietrzymanie moczu. Zaczęła słabnąć l. k. d., a po 3 miesiącach wystąpiły napadowo „ściągające“ bóle w praw. str. tułowia. 10 IV. 26 r. udał się do Wiednia; tam 16. VI. 26 r. stwierdzono (prof. Schlesinger): znaczne osłabienie ruchowe k.k.d., obj. Babińskiego obu stron; odruchy brzuszne = 0, osłabienie czucia do linii pępkowej; w płynie mózgowo rdzen. bez objawów nciskowych; lipjodol częściowo zatrzymał się na poziomie IX i X kręgów grzbietowych. Rozpoznano sprawę uciskową rdzenia kręgowego (poziom ucisku trudno było ściślej określić, ponieważ objawy kliniczne przemawiały za wyższymi odcinkami, niż to wykazało zatrzymanie się lipjodolu).

Operacja (Eiselsberg—Wiedeń) wykazała: mening. ser. circumsr. Po operacji nieznaczna poprawa w ruchach.

St. ob. 6. XII. 26. Oczopląs drobny w lewo, pozatem bez zmian w n. n. czaszkowych.

KKg.: Jakobsohn (+) więcej z prawej. Odruchy brzuszne = 0 Cr. = 0.

KKd.: Spastyczny niedowład dwustronny, po str. lew. Odr. kol., Achill. wzmoż., kloniczne.

Babiński, Rossolimo, Mendel-Bechterew +.

Odruchy obronne łatwo występują. Czucie +. Po serii zastrzyków dożylnych 10% Natri. Salic. poprawa, zaczął lepiej zginać palce u l. stopy.

I tu, jak w przypadku, pokazanym przez M. 2 lata temu (prawie analogicznym), gdy na operacji w Wiedniu stwierdzono też men. ser. circumspr., był zespół bez objawów uciskowych w płynie mózgowo-rdzeniowym i gdzie lipjodol zatrzymał się znacznie niżej, niż przypuszczalny ze względu na objawy kliniczne poziom. W obu przyp. stale stwierdzano oczopląs oraz wzmoczenie asymetryczne odruchów na k. k.. M. rozpoznaje w danym przypadku sprawę wewnątrz-rdzeniową o charakterze przypuszczalnie stwardnienia rozsianego, w przebiegu pod postacią zespołu uciskowego.

Mening. circumspr., ujawnione podczas operacji w obu tych przypadkach, potwierdza możliwość udziału opon mózgowo-rdzeniowych w tem cierpieniu (miejscowe zlepne stany pajęczynówki, jak w przyp. Scl. mult. Openheima w tyln. jamie czaszkowej).

W rozprawie Flatau przypomina, że chory sprawiał zrazu wrażenie tak ciężkie, iż przedewszystkiem myślano o nowotworze. Fl. podkreśla kilka niezwykłych objawów w stwardnieniu rozsianem: niekiedy zaczyna się ono od gwałtownych bólów, nie od parestezji; niekiedy pasy bólowe się rozłączają. Tu np. bóle były najpierw w okolicy grzbietowej, a potem w obrębie n. kulszowego. Omamy cieplne przemawiają za scl. mult. Obj. Rossolimo może tu być jednym z pierwszych objawów (Goldflam). Co do obrzęków, to, jako objaw rdzeniowy, wogóle występują one rzadko. Fl. spostrzegł szereg przyp. obrzęków pochodzenia rdzeniowego (spondylitis tbc., tumor., sclerosis multiplex). Prawdopodobnie odgrywają tu rolę komórki współczulne w rdzeniu.

Sterling uważa, że obecnie jest zbyt tendencja do wyodrębniania typów scl. mult.; z nich pozostał tylko typ rzekomowiadowy. W danym wypadku, dla typu rzekomonowotworowego, brak przebiegu i zespołu uciskowego. Obrzęki są tu zapewne pochodzenia współczulnego, towarzyszące im bóle mają bowiem charakter kauzaliczny.

Higier w danym przyp. nie wyłączyłby torbieli oponowej. Bychowski widział scl. mult., gdzie lipjodol również zatrzymał się. W zanikach mięśni w scl. mult. niema zmian elektrycznych, choć ogniska są w rogach przednich. Mackiewicz dodaje, że nietypowe postacie scl. mult. są

tylko epizodami tej choroby. W przebiegu niezawsze można odróżnić scl. mult. od guza.

Prussakowa. Przyp. wodogłowia wewnętrznego z przemijającym niedowładem połowicznym.

Z., l. 37. Przybył po raz 1-szy dn. 23.IV 26. Chory od 3 lat. W ciągu $1\frac{1}{2}$ roku napady ziębienia w pr. k. g., potem drgawki w niej. Od 2 lat drgawki ogólne z utratą przytomności. W XII 1925 r. utrata nagle mowy, z uczuciem jak gdyby prawa $\frac{1}{2}$ twarzy, języka stała się bezwładna. Trwało to kilka minut, powtórzyło się po 6 tyg. W II r. b. gwałtowny ból w pr. k. g. i ból głowy z wymiotami; po paru godzinach bezwład prawostronny. Spał przez 3 doby; zbudzony mówił do rzeczy. Władza w k. d. wróciła po paru dniach, w k. górnej po 3 tyg. Lues —; alcoholismus +. Przed 17 laty uraz czaszki. St. ob: Narządy wewnętrzne +. Czaszka zlekka wodogłowiowa; nn. czaszkowe: osłabienie dolnej gałązki praw. n. VII, pozatem bez zmian. Nieznaczne osłabienie pr. k. g. Zmysł gnostyczny i stereognostyczny upośledzony w prawej ręce. Odr. ścięgn. w k. g. i d. >>. (z pr. > l.). Odruch podeszwowy prawy niewyraźny. Rossolimo z pr. str. +. Płyn m.rdeniowy +. Rtg. czaszki bez zmian. Pirq. + + +. Serja 1-sza naświetlań czaszki prom. Rtg. (lewa półkula od 17.V do 24.V). 24.V wypisany z nieznaczną poprawą. 1.IX przybył powtórnie. Po 2 serji naświetlań czaszki prom. Rtg. (w lipcu) ból głowy większy, napady Jacksona częstsze. Przed kilku dniami napad drgawek ogólnych z zamroczeniem (2 dni). Od 4 dni czkawka St. ob.: b. ciężki; senny, przytomność +. Tętno 114, miarowe; T° 36,6. Czkawka. Dno oczu +. Niedowład dolnej gałązki praw. n. VII. Bezwł. pr. kk. z obj. Babińsk. i > > odr. ścięgn. 3 serja naświetlań czaszki prom. X (2.IX — 6.IX). W ciągu następnych dni stopniowa poprawa. Bezwładu prawostr. ślady: osłab. nieznaczne pr. k. g., wzmożenie odr. ścięgn.; niewyraźny odr. podeszwowy z pr. strony. 6.X odma czaszkowa: rozszerzenie komór bocznych, prawej i lewej oraz komory trzeciej; zniósł ją dobrze.—Przebieg z wahaniem i krótkotrwałymi nasileniami, bez narastania objaw. chorobowych, wynik odmy czaszkowej, wreszcie kształt czaszki, przemawiają raczej za wodogłowiem wewnętrznem niż za guzem. Możliwe tu tło gruzlicze (wybitnie dodatni odczyn Pirqueta), a momentem sprzyjającym być może uraz czaszki + przebyte w dzieciństwie wodogłowiu (kształt czaszki).

W rozprawie Bychowski sen. uważa, że zupełny bezwład $\frac{1}{2}$ -wiczny wskazuje tu na zajęcie strefy czuciowo-ru-

chowej. Nie jest wyłączony tu i guz, który powoduje obj. Jacksona, a i surowicze zapal. opon.

Higier przypuszcza, że wskutek urazu po str. prawej wytworzyło się być może mening. adhaesiva.

Prussakowa uważa, że należy liczyć się tu z mening. serosa i ze zmianami w korze.

Poncz. Przypadek zapalenia nn. wzrokowych po odrze.

G. F. przybyła 6. IX. 26 r.; w ciągu 3-ch dni oślepla. Odrę miała miesiąc przed przybyciem do Szpitala; innych chorób nie było. St. ob. Układ nerwowy i narządy wewnętrzne +, jedynie na dnie oczu obraz pośredni między tarczą zastoinową a zapaleniem nn. wzrokowych. Nie odróżnia światła. Stałe leży.

11. IX. 26 r. wzrok lepszy; odróżnia nieco światło, słabo barwy, palce liczy, z małej odległości. 16. IX. tarcze zastoinowe obustronnie, wypukłość mniejsza (kol. Arkin). Palce liczy z odległości 1 metra, lewem lepiej, kolory odróżnia źle. Chodzi sama. 21. IX. Pogorszenie wzroku, odróżnia zaledwie światło; neuritis optica. 28. IX. znów poprawa wzroku; odtąd stała poprawa; 1. X. zupełnie dobrze chodzi, omija przedmioty, łatwo liczy palce z odległości 1 metra, odróżnia niektóre barwy. Atrophia nn. optici post neuritidem.

P. uważa, że nastąpiło tu zajęcie nn. wzrokowych po odrze z następczym zanikiem pochodzenia toksycznego. Zastanawia samoistna poprawa wzroku po całkowitej ślepcie oraz stałe wahania siły wzroku w przebiegu.

W rozprawie Arkin wyjaśnia, że było tu typowe zapal. nn. wzrokowych; obecnie lekkie odbarwienie — pewien zanik i rozszerzenie naczyń — nieskończony proces zapalny.

Flatau dodaje, że widział dziewczynkę po odrze z bólem głowy, chodem mózdkowym, tarczami zastoinowymi; uważał tam sprawę za surowicze zapal. opon. W takich przypadkach należy stosować prom. X i płyny hipertoniczne.

Sterling podkreśla powinowactwo wielu chorób zakaźnych z układem nerwowym; bywa zapalenie mózgowia po odrze.

Bregman, wobec braku bólów głowy oraz inn. jeszcze objaw., wyłączyłby tu meningitis serosa. Zastanawia nie stosunek zmian tarcz i zaburzeń wzroku. Bychowski sen. podkreślił moment wahań w przebiegu cierpienia; wskazuje to na skupienie płynu, prawdopodobnie w III komorze.

Konferencja dnia 7 października 1926 r.

Mackiewicz. Przypadek nowotworu rdzenia z pogorszeniem po nakłuciu lędźwiowym oraz znacznym polepszeniem po prom. Rtg.

Z. Ch., l. 17, przybył 1.VIII-26 r. Skarga—bóle w nogach. 2 lata temu po przemoczeniu ból w nodze (w której, nie pamięta). W ciągu ostatnich 2 lat co 2—3 mies. bóle krzyża, k. k. d., przeważnie w nocy. Od 2-ch mies. ma je codziennie, przeważnie po chodzeniu. Bardzo zeszczupłał, stracił 15 funtów. Nn. czaszkowe, kk. górne, odr. brzuszne +. Mosznowe — po str. prawej +, po str. lewej = 0. KK. dolne: siła niezła we wszystkich odcinkach. Chód ostrożny, stąpa, oszczędza kręgosłup, PR oba = 0. AR+. Czucie +. Zaburzeń urynowania niema. 2.VIII Płyn wybitnie ksantochromiczny. NA++++ bez pleocytozy. Objaw wyczerpania się płynu. 3.VIII Silne bóle. Niedowład k. k. d. Achil. odr. = 0; po 3 dn. bezwład k. k. d. wiotki. Bóle > >. Zaburzenia czucia (L_1, L_5, S_1) po stronie lewej. Od 7.VIII—II/VIII 4 nasw. pr. Rtg. 15/VIII bóle znikają, siła pr. k. d. dość szybko rośnie, lewa bezwładna. 1/X Naki. podpotyl. — 1 cm³ lipjod. zatrzymał się u L_1 — L_2 , kropla w worku twarówekowym; Rtg: 1 kr. lędźw. spłaszczony, zniekształcony. 6/IX 27 pr. odr. Achil.+ . 12/IX znaczna poprawa pr. k. d., w lewej minimalne zginanie w stawie kolan. 20/IX Czucie, jak przedtem. W mm. quadric., peron, tibial. ant. i n. peron—odcz. zwyrodnienia. Od 20/IX—5/X 2 serja prom. Rtg. 9 X — pł. mózgrdz. ksantochromiczny. N—Ap. +++. Białka 2,75%₀₀. Lipjodol, w poz. Trendelenburga; zatrzymał się u dolnej powierzchni L_1 . Od 11/XI—19/XI 3-ia serja prom. Rtg. Ostatnio stan bez bólów; siła p. k. d. znacznie się poprawiła, w lew. też poprawa niekt. ruchów. Ostatnio dość dużo chodzi bez laski (stepage z lewej). Nadal brak odr. kolanowych, mosznow. i z Achillesa z lew. str. Zanik uda i goleni o 3 ctm.

Dane, podane wyżej i przebieg, pozwalają tu rozpoznać nowotwór, wyrastający u 1 kr. lędź., skąd ucisk na górną cz. ogona końskiego. Zasługuje tu na uwagę: porażenie wiotkie—ostre, bezpośrednio po nakł. lędźwiowym i efekt nasw. prom. Rtg. —.

M. przypuszcza, że pierwsze rozwinęło się raczej w sposób czysto mechaniczny—ostry ucisk po opróżnieniu zawartości przestrzeni podpajęczynówkowej (jak to zjawisko tłumaczy Elsberg)—niż na skutek krwawego wylewu do nowotworu.

W rozprawie H i g i e r zastanawia się, czy można tu pogodzić zachowanie odr. jądrowego z umiejscowieniem guza

w ogonie końskim. Rotstadt sądzi, że objawy pogorszenia po nakł. lędźwiowym mogły być tu być wywołane na skutek nakł. samego guza i przez następny krwotok. Flatau podnosi, że 1-ym objawem po nakł. były b. silne bóle, stąd myśleć należy o krwotoku bądź do korzeni, bądź do samego nowotworu, albo wreszcie do tk. otaczającej. Gdyby wykonano 2-ie nakłucie, to, wydając przez to płyn krwotoczny, można by było przynieść ulgę choremu.

Herman. Przypadek kostniaka kości krzyżowej.

H., l. 28, przybył 15/VII 1926 r. Przed 6 laty bóle w krzyżu i mimowolne moczenie; trwało to 3 lata. Rozpoznano jakoby gruźlicę kręgów. Osłabienia kk. wówczas nie miał; w szpitalu leżał 1 $\frac{1}{2}$ m. (w Rosji). W II 23 r. tyfus plamisty, poczem zaburzenia urynowania ustąpiły. Do r. 1926 zdrów. W II 26 r. bóle w krzyżu, stąd w dół tyłu pr. k. d. Po miesiącu bóle w l. pachwinie, po 2-ch tygodn. nagłe zatrzymanie moczu, 2 tygodnie stale był cewnikowany. W V 26 r. operacja na pęcherzu: usunięto niewielki polip (niezbadany histologicznie). Przy kaszlu mocz nadal oddawał bezwiednie. Bóle w k. d. pr. >>; po 2-ch tyg. przeszły i na l. k. d., były b. intensywne (w szpitalu Św. Łazarza od 2.VI do 15.VII). Jednocześnie odczuwał silne bóle w pęcherzu (morfina podawano). Obecnie silne bóle odkrzyża do kk. doln., osłabienie ich, parcie w kiszce stolcowej, bóle tu; bezwiedne oddawanie kału i moczu; brak erekcji.

St. ob. Charłactwo. Nn. czaszkowe, kk. górne +; kk. dolne — osłabienie wyraźne, prawej bardziej; ruchy w stopie i palcach prawych = 0; zniesienie czucia bólu, dotyku, ciepłikowego z przodu na mosznie i członku, od tyłu w obrębie S₃—S₅, a po str. prawej częściowo w obrębie S₅. Bolesność pni nerwowych i mas mięśniowych kk. d. Stąpa z pomocą, przyczem silne bóle w kk. dolnych. Kręgosłup—w części krzyżowej wypięty; oszczędza cz. lędźwiowokrzyżową. Odruchy: z k. k. górnych — umiarkowane, Abd — słabe; pr. abd <; PR. — słabe, praw. >; AR. — 0; podeszwowe —. Rosolimo —.

Badanie per rectum—b. znaczny występ kostny od kości w kierunku rectum w postaci dzioba, przeważnie gładki, miejscami chropawy. Rtg. bez zmian.

18/VII PL. - NA. +; 3 limfocyty; bezbarwny. Wass.— 28/VII Nakłucie podpotyliczne: lipjodol; następnego dnia cała ilość lipjodolu w końcowym worku podpajęczynówkowym.

Zmiany w oddziaływaniu mięśni k. k. dolnych na prąd stały i przerywane.

W dalszym przebiegu bóle, obrzęki kk. dolnych, przykurcze w kolanach, porażenie całkowite stóp, bez AR.

H. rozpoznaje tu guz kostny (mięsak), wychodzący z przodu os. sacr. i uciskający z jednej str. na ogon koński, z drugiej na korzenie u otworów międzykręgowych. Opadnięcie lipjodolu do worka twardówkowego dowodziłoby, iż ucisk na ogon koński nie jest całkowity.

NB. Chory niebawem zmarł. Sekcja: mięsak ogromny przeżerał kość krzyżową od przodu i tyłu, przenikał do otworów międzykręgowych w małej miednicy, obrastał ogon koński.

2. Herman. Przypadek olbrzymich złogów wapnia w mózgu.

G. B., lat 26, przybył 12 VII 26 r. W 2-im roku życia upadł, poczem zaniewidział. Objętość głowy niebawem zaczęła się powiększać; już w 6-ym r. ż. objawy wodogłowia. Słuch był +. Rozwój prawidłowy. Przybył do szpitala jedynie w celu poprawy wzroku.

St. ob.: czaszka, jak bywa w wodogłowiu; zanik n. n. wzrokowych, porażenie m. prostego wewnętrznego prawego; objawy asynergji mózdkowej. Rtg.: duże ognisko zwapniałe pod lewą kością ciemieniową i skroniową, niemal w całej lewej $\frac{1}{2}$ czaszki. H. rozpoznaje tu wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne, wtórne, prawdopodobnie w związku z krwotokiem, przyczem w następstwie niego rozwinęła się olbrzymia blaszka zwapniała.

Ognisko to leży prawdopodobnie nie w samym mózgu, lecz ponad lewą półkulą mózgową, za czem przemawia: 1) kształt jego w postaci łuski, 2) ogromny obszar; 3) bliskie sąsiedztwo z pokrywą czaszki. Przeciwno guzowi zwapniałemu przemawia stan komór bocznych na zdjęciach encefalograficznych: lewa, a więc po str. ogniska zwapniałego, nie jest zupełnie przesunięta ku str. przeciwnej, przewyższa w dwójnasób prawą (przeciwnie bywa w guzach mózgu lub opon, komora boczna po str. nowotworu zostaje właśnie przesunięta i uciśnięta).

W rozprawie Karbowski radzi zrobić zdjęcia osiowe.

Higier zaznacza, że perlaki dają nieraz b. duże cienie.

Mackiewicz na podstawie encefalografji wyłącza nowotwór; chory zniósł nakłucie dobrze.

Z. Mackiewicz. 2 przypadki łagodnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego.

I. A. S., 2 l., przybył 22.VI. 26 r.; przed 2 mies. płonica, powikłanie uszne; przed 10 dniami uderzenie w głowę. 4 dni temu wymioty i silne bóle głowy; w nocy 1 raz drgawki; t^0 38; sztywność karku; objaw Brudzińskiego +; Kerniga +; źrenice +. Granice lewej tarczy zatarte, naczynia poszerzone, zez zbieżny po str. praw. Ruchy gałek, kk. gg. i dd. zachowane dobrze; PR, AR + =. Przytomn. +. 24.VI. płyn m-rdz. mętny, ropny; liczne dwoinki Gram — ujemne; meningokoki nie wyrosły. 25.VI próba fuksynowa ujemna; 2 flak. surowicy do kanału. W krwi: 10,600 biał ciałek; 3,500,000 cz. ciał. 26.VI. wypisany na żądanie matki. 27.VI. po raz drugi przyjęty; otitis media purulenta utriusque. 30.VI. gorączka; sztywność karku; płyn m-rdz. mętny; wypisany znów na żądanie matki. 25.VII. Matka zgłosiła się ambulatoryjnie z dzieckiem; czuło się zupełnie dobrze; narzekało tylko na ucho.

II S, Z., 25 l., przybył 20/V. 26; od dzieciństwa ropienie z praw. ucha; ostatnio 7 mies. w wojsku; przed 2-ma tyg. zwolniony: poraż. praw. n. twarzowego; przed 5-ma dniami gorączka, silne bóle głowy. Z ucha wydzielina skąpa, cuchnąca. Jama bębenkowa obnażona. Przewodnictwo powietrzne, kostne zachowane, tętno zwolnione, t^0 38⁰. Dreszcze. 20/V. operacja, (dr. Lubliner). W uśpieniu chloroformem — cięcie za uchem tuż przy małżowinie; okostną oddzielono od kości; kość eburnizowana; antrum i cavum w stanie martwiczym, tegmen tympani — próchniczo zmienione; zatoka normalna. N. L. — płyn m-rdz. wycieka pod dużym ciśnieniem — mętny. 20/V. Chory przytomny; dreszcze; wybitna sztywność karku; porażenie 3-ch gałązek praw. n. twarzowego z objawem Bella. Źrenice, kk. gg., odr. brzuszne. = N. PR = O oba; AR +, nieco < =. Babiński, Rossolimo —. 21/V. Pł. mętny — kom. 920 przeważnie neutrofilów. 22/V. chwilami nieprzytomny; t^0 38,5, — pł. mętny. 23/V. Samopoczucie niedobre; t^0 38,4 i sztywność karku. Kernig + Płyn mętny. (10.0 cmt³ 40% urotropiny dożylnie) 24/V. Płyn mętny; tętno 62; sztywność karku nadal trwa, PR = O oba. 26/V. Płyn nieco klarowniejszy; samopoczucie lepsze. 1/VI w nocy t^0 znacznie się podniosła, silne dreszcze; samopoczucie gorsze i sztywność karku większa. PR, AR = O; N-L — płyn zlekka opalizujący. 3/VI t^0 obniża się, dreszcze i sztywność karku ustały.

4/VI. NL — płyn nieznacznie opalizujący. 8/VI. sztywność karku mała; źrenice i dno = N; PR dziś udaje się wy-

wołać, gdy jednocześnie zakaszle; po str. lew. AR +. T^c 37,2; po raz pierwszy wstaje, stąpa.

N. L. — 96 neutrofilów, 64 limfocyt. 14/Vl. N. L. 96 limfocyt, 20 neutrofil. N—A ++. 1/Vll. Płyn klarowny; 10 neutrofil, N—A +. 4/Vll 20 limfocytów, 16 neutrof. N—A ++ 3/IX. wypisuje się zdrów. — 2 te przypadki, aczkolwiek nie b. rzadkie, są jednak bardzo pouczające.

W rozprawie Lubliner przytacza szczegółowo dane o własnych przyp. z wynikiem dodatnim po operacji i nakłuciach lędźwiowych; te stosować należy aż pł. mzg-rdz. się nie oczyści, Karbowski podkreśla, że może być płyn mzg. rdz. ropny a rokowanie jednak dobre; pamiętać trzeba tu też o mening. circumscripta. Higier przypomina własny przypadek zap. opon pneumokokowego z dodatnim wynikiem; ropne zapal. opon mogą być uleczone (Gowers). Flatau podkreśla zasługi Lublinera w tej dziedzinie u nas; L. pierwszy (1902) dowiódł, że sprawa ropna oponowa nie jest przeciwskazaniem do operacji. Gdy bakterje doświadczalnie wprowadzić do pł. m.rdz., to może on już po kilku dniach znów być przezroczysty. Niektóre bakterje nie przyjmują się. Nprz. u psa—meningokoki nie przyjmują się, a pneumokoki—łatwo się rozmnażają. Nie ropa w pł. m.rdz. przyczyną tragedji, lecz stosunek pł. m.rdz. do bakterji, wyczerpująca się zdolność zwalczania ich. Należy operować. Brudziński uważał stały upust pł. m.rdz. przez nakłucia za leczniczy zabieg w zapal. op. grzylczem; Fl. tego nie spostrzegał. Wpływ wyraźny mają nakłucia wielokrotne w leptomeningitis haemorrhagica.

Posiedzenie dn. 4 listopada 1926 r.

E. Flatau. Przypadek raka piersi oraz przerzutów do kręgów, leczonych promieniami radu.

52-letnia chora; zapisała się 9/IV 26 r. Od 4 mies. silne bóle w lew. pośladku i w lew. nodze; od kilku tyg. w praw. podżebrzu. Od 2 lat guz w lew. sutku; od roku rośnie co raz bardziej.

St. ob. W lew. sutku guz twardy, niezrośnięty ze skórą, z kością. Gruczoły pachowe niepowiększone. Obj. Laségue'a dodatni w l. nodze. Ruchy i czucie w kk. dolnych niezmienione. Odruchy kolanowe zachowane, żywe; AR pr. zachowany, lewy zniesiony. Bolesność IV—V kręgów lędźwiowych. Rtg. (dr. Mesz): przerzut do kręgów lędźwiowych, krzyżowych i do l. kości udowej.

II/V. założono igły radowe (łącznie 17 miligramów; kol. Flokstrumpf) do guza w sutku (carcinoma solidum). Okolicę lędźwiowo-krzyżową poddano naświetlaniom prom. Rtg. 17/V. stwierdzono nieznaczne zmniejszenie się guza

sutka (w ranie cuchnąca ropa). Ból w okolicy pośladowej i w l. nodze trwał nadal. T° — do 38°. Lewy odr. Achill. wrócił, lecz słabszy od prawego. W 1/2 lipca znaczne zmniejszenie się guza; na miejscu wkłucia igieł radowych mała przetoczka (bez wydzieliny). Chora wypisała się w końcu lipca. — Ból w l. nodze coraz się nasilał, nie mogła ani siedzieć ani chodzić. Bóle w krzyżu. Pęcherz i odbytnica +.

Zapisana po raz drugi 6/X. Na miejscu wkłucia igieł radowych — blizna wciągnięta. Ani śladu tu guza. Skargi na dotkliwy ból w l. nodze; przy najłżejszem dotykaniu się kończyn krzyczy z bólu. Czucie w k.k. dolnych, ruch — zachowane. PR zachowane. AR zmniejszone. Bolesność głównie kręgów lędźwiowo-krzyżowych (obrzęk). Pł. mózg. rdz. klarowny; Non.—Ap.=O, bez pleocytozy. Zastrzyknięto podpolytylicznie lipiodol; zatrzymał się na wysokości III kręgu lędźwiowego w postaci wrzeciona, skąd odchodzi ku dołowi wąziutkie pasmo, które dalej nieco grubieje. Całość czyni wrażenie zegara piaskowego. 21/X. kol. Flokstrumpf nałożył na okolicę lędźwiowo-krzyżową płytę woskową z rurkami radowymi. (Od II kręgu lędźwiowego, na 20 cm. wdół, aparat plastyczny z 18 aplikatorami po 2 mgr. RaE; filtr 2 mgr. z platyny; dystans od skóry 1 1/2 cm.; odległość pomiędzy aplikatorami 2 1/2 cm.; ogólna ilość radu — 36 mgr.). Po kilku dniach ból w krzyżu się zmniejszył, gdy w l. k. dolnej nie uległ zmianie. Czas pokaże, czy metoda ta wpłynie zasadniczo na przebieg sprawy nowotworowej w kręgach i w rdzeniu.

Metodę „kaptura radowego” należałoby również wypróbować w odpowiednich przypadkach guzów mózgowych.

Herman. Przypadek zniszczenia siodła tureckiego w nowotworze mózdku.

Szp. J., l. 11, przybył 31/VIII 26 r.

Do 10-go r. rozwijał się prawidłowo, na nic nie cierpiał. Przed rokiem, po uderzeniu w głowę o coś, nagle stracił przytomność. Po miesiącu wymioty, poprzedzane bólami głowy i mdłościami; powtarzało się to odtąd co pewien czas. Do IV/26. chodził do szkoły. Od IV/26. zaburzenia równowagi; w V/26. napady silnych bólów głowy; wymioty, mdłości; chwieanie się.

Od tego czasu w łóżku; przed 3-ma miesiącami dr. Lubelski dokonał nakłucia tylnego rogu komory bocznej lewej i wypuścił płyn m. rdz.; przez 8 dni czuł się dobrze. Od 2-ch tygodni stracił wzrok. St. ob. Czaszka, jak w wodogłowiu. Po str. lewej w okolicy potylicowej brak kostny potrepanacyjny o średnicy 5 cm, wypięcie mózgu (wielk. jaja gołębiego); tętnienie wyczuwalne. źrenice ad maxim. rozszerzone, bez odczynu na światło. — Zanik tarcz po za-

stoinie. Ślepotą zupełną. Odr. rogówkowy lewy osłabiony. Niedowład l. n. odwodzącego. Inne nerwy czaszkowe +.

Wybitna adiadochokinesis. Siedzieć, chodzić nie może. Odruchy: okostnowe, ścięgnowe kk. g., brzuszne = 0; PR — słabe; AR — l. > pr. Podeszwowe: z pr. Babiński, z lewej — bez odruchu; Rossolino + z małych palców po str. prawej.

Rtg. (dr. Me sz): ubytek kostny w tylnej lewej jamie czaszkowej. Dno siódła tureckiego zniszczone. 15/IX nagłe zmarł.

Sekcja: pr. półkula mózdkowa niezwykle powiększona, chęłbocze; zawoje spłaszczone. Po przecięciu w linii środkowej — wielki 'torbielowaty guz w pr. półkuli mózdkowej, przechodzący na lewą. Wodogłowie komór bocznych; III-ej b. znaczne.

Przypadek powyższy wskazuje najlepiej, jak należy być ostrożnym w ocenie zmian w siodle odnośnie do topograficznego umiejscowienia nowotworu. Sądzone, że wybitne zmiany w siodle wskazują na sprawę nowotworową w samym siodle (przysadce). Dziś wiemy, że zniszczenie jego znaczne bywa i przy guzach innych okolic mózgowia, wzgl. towarzyszącem im wodogłowiowi wewn., a nawet samoistnem lub w zapal. surowiczem opon. We wszystkich tych przyp. stwierdza się zwykle znaczne wodogłowie III komory, wypiętej niekiedy na kształt dużej torbieli. Guzy mózdku przez ucisk na drogi odpływowe, a stąd i wybitne wodogłowie, najbardziej sprzyjają rozwojowi zmian doszczętnych w obrębie siódła tureckiego.

W rozprawie Bychowski sen. (przez czas dłuższy obserwował chorego przedtem) wypowiada się za trepanacją odciążającą w tych przypadkach. Lubelski podaje szczegóły o wykonanem nakłuciu komory bocznej. Higier podziela zdanie prelegenta. Goldstein radzi przed naswietlaniem trepanować, bo może ono wzmóc ciśnienie.

Poncz: Przypadek ropnia mózgu pooperacyjnego, pomyślnie przez zabieg usuniętego.

14/V. 26 r. postrzał w prawą $\frac{1}{2}$ czaski, utrata przytomności, wymioty; 5 tyg. (Szpit. Dz. Jezus) trwało stale ropienie z rany postrzałowej. Po 9-ciu tyg. nagłe porażenie lewostronne z utratą przytomności.

St. ob.: w cz. czołowo-ciemieniowej prawej, 3—4 cm. od linii środkowej, ubytek kostny (jak srebrna złotówka), na nim strup; miejscami sączyła się tu ropa.

Prawa źrenica reaguje słabiej. Prawy kąt ust nieco opuszczony. Porażenie spastyczne l. k. k. z osłabieniem czucia po str. lewej. 2.XI trepanacja w okolicy wskazanej: powierz-

chowny ropień, w nim ułamki kostne. Po 3-ch tyg. chora już sama chodzi, nie odczuwa bólów głowy, porusza nieźle lkk.; wzmożone napięcie znikło, odczyn źrenic, wymiar—jednakowe; czucie +. Wypisana zupełnie zdrowa.

W rozprawie przemawiali: Goldstein, Bychowski, Higier i Bregman.

TREŚĆ NUMERU.

E. Flatau — O znaczeniu rozpoznawczem chromoneuroskopowej próby fuksynowej w chorobach nerwowych. *Juljan Fliederbaum i Natalja Piankówna* — Badania nad czynnością żołądka w schorzeniach serca i nerek. *Michał Abramowicz* — Histofizjologia i patologia sutka piersiowego w świetle najnowszych badań. *Edward Golberg*. — W sprawie ostrej martwicy trzustki. *J. Dworecki*. — Sprawozdanie z działalności pracowni analitycznej oddziałów chirurgicznych. Sprawozdanie statystyczne z działalności Prosektury i Pracowni Naukowej Szpitala za rok 1926. Sprawozdania z Posiedzeń Naukowych.

S O M M A I R E.

E. Flatau — La valeur diagnostique de l'épreuve fuchsino — chromoneuroscopique dans les maladies nerveuses. *J. Fliederbaum et N. Pianko* — Les recherches sur la fonction de l'estomac dans les maladies du coeur et des reins. *M. Abramowicz* — Histophysiologie et pathologie de la glande mammaire au point de vue des recherches le plus recentes. *E. Goldberg*. — La necrose aigue du pancreas. *J. Dworecki* — Compte rendu du laboratoire analytique des services chirurgicaux. — Les données statistiques du pavillon de sections et du laboratoire scientifique de l'Hôpital au cours de l'année 1926. Comptes — rendu des séances scientifiques de l'Hôpital israélite à Varsovie.

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **L. Bregman, E. Flatau, G. Lewin, M. Lubelski, L. Lubliner, A. Natanson, Wcl. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres redakcji i administracji

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapii Fizykalnej, tel. 107-12. Dr. J. Rotstadt.

Skład Główny: Księgarnia Geberthner i Wolf. Krakowskie Przedmieście 15, tel. 4-12.
