

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. FR. KIJEWSKI. O torbielach trzustki. Str. 219. II. BOHDANOWICZ. Przyczynę do leczenia niektórych wysięków stawowych. Str. 224. *Dział sprawozdawczy.* 42. N. ROTH. O odczynie trzustkowym CAMMIDGE'a. Str. 228. 43. LABBÉ. Reakcja CAMMIDGE'a. Str. 230. 44. OTTO Hess. Martwica i przewlekłe zapalenie trzustki. Str. 230. 45. KOSTLIVY. Związek pomiędzy chorobami wątroby i trzustki a układem chromochłonnym (*chromaffine*). Str. 232. 46. ALBERT NIEMANN. O wpływie braku soku trzustkowego na wchłanianie kiszkowe. Str. 234. 47. CHALMERS WATSON. Rozpoznawanie i leczenie zapalenia trzustki. Str. 234. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.* Posiedzenie dnia 3-go lutego 1909 r. Str. 235. *Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.*

I. O TORBIELACH TRZUSTKI.

Podał

Dr med. Fr. Kijewski,

ordynator oddziału chirurgicznego w szpitalu Św. Rocha w Warszawie.

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

Schorzenia trzustki coraz baczniejszą zwracają na siebie uwagę tak internistów, jak i chirurgów jużto ze względu na ważność zmian chorobowych, które niekiedy powodują szereg objawów ciężkich, zagrażających nawet życiu chorego, już też ze względu na leczenie chirurgiczne pewnych form cierpień trzustki, któreto leczenie zapoczątkowane przed 40-u niemal laty, dziś już przedstawia dosyć znaczny dorobek na tem polu.

W naszym piśmiennictwie lekarskiem sprawy chorobne trzustki niejednokrotnie były poruszane. Od roku 1851 szereg lekarzy, jak THUGUTT, JANIKOWSKI, DOBRZYCKI, DROBNIK, SAWICKI, CHEŁPOWSKI, WATTEN, GLIŃSKI, HERMAN, JASIŃSKI, KUĆERA, jużto na posiedzeniach towarzystw lekarskich komunikowali odnośne spostrzeżenia, już też ogłaszali drukiem kazuistykę swoją. Niezbytto obfity materiał i nie daje on dokładnego pojęcia o obecnym stanie nauki o chorobach trzustki, rozpoznawaniu i leczeniu ich.

Jestem głęboko przekonany, że nasi lekarze rozporządzają daleko większym własnym materiałem, ale dotąd nie ogłosili go, wyczekują na zebranie znaczniejszej liczby spostrzeżeń, aby praca ich była gruntowniejsza, a skutkiem tego ginie mnóstwo kazuistyki, stanowiącej nieraz cenne przyczynki do

omawianej sprawy. Tak na przykład o przypadku torbieli trzustki, operowanym w r. 1890 przez prof. KOSIŃSKIEGO, dowiadujemy się ubocznie z pracy internisty J. ZAWADZKIEGO ¹⁾, a o przypadku, operowanym przez prof. RYDYGIERA w 1891 r. znajdujemy wzmiankę w języku niemieckim u KOERTE'go ²⁾.

Stąd też mniemam, że każdy przypadek odnośnych schorzeń winien być skrzętnie notowany i oddawany szerszemu ogółowi lekarzy, co bynajmniej nie przeszkadza, aby każdy autor na zasadzie swojego obfitszego materiału mógł wystąpić z gruntowniejszą pracą w tej samej kwestyi.

Treścią mojego przemówienia nie jest bynajmniej rozpatrywanie wszystkich spraw patologicznych, zachodzących w tr z u s t c e,—zbyt szerokie byłyby to ramy; chciałem tym razem zwrócić uwagę Szanownych Kolegów na tak zwane torbiele trzustki, opierając się w wywodach swoich nie tylko na obcym materiale, ale i na własnych spostrzeżeniach.

W ciągu ostatnich kilku lat miałem możność obserwowania trzech przypadków torbieli, z których każdy przedstawiał pewne odrębności. Spostrzeżenia te postaram się pokrótce przytoczyć.

S p o s t r z e ż e n i e I.

W sierpniu 1902 r. zgłosił się do mnie robotnik, 32-letni, W. S. ze skargami na ból w górnej części brzucha, ból powodowany obecnością guza, który sam chory mógł wyczuć.

S. opowiadał, że przed 3-ma miesiącami uległ w fabryce podczas roboty wypadkowi, a mianowicie wózek naładowany towarem [makaronem] przyniósł go do ściany, uderzając głównie w górną część brzucha z lewej strony. Po tej kontuzyi S. uczuł się tak źle, że robotę natychmiast przerwał i zmuszony był się położyć. W górnej części brzucha uczuwał silny ból, wymiotów jednak nie było. W ciągu 3-ch tygodni bolesność w górnej części brzucha występowała z rozmaitem nasileniem, szczególniejszą zaznaczała się po przyjęciu pokarmów. Chory po 3-ch tygodniach wrócił do pracy, nie mógł jednak wykonywać ciężkiej roboty, podnosić ciężarów nie był w stanie. Obmacując stronę chorą, S. zauważył, że stopniowo tworzyć się zaczyna w miejscu kontuzyi pod lewym łukiem żebrowym wygórowanie, wrażliwe dosyć na dotyk. Wygórowanie to stopniowo powiększało się i dosięgło rozmiarów główki noworodka, sprawiając choremu nieprzyjemne czucie ciężenia, a przy energiczniejszych ruchach—ból, który zniewalała go do przerywania zajęć.

Badanie wykazało, co następuje.

Chory niewielkiego wzrostu, budowy prawidłowej. W narządach klatki piersiowej niema zmian. W jamie brzusznej, w lewym podżebrzu wypuklenie,

¹⁾ JÓZEF ZAWADZKI. Rozbiór chemiczny soku trzustkowego ludzkiego. *Gazeta Lekarska* 1890, Nr. 47.

²⁾ W. KOERTE. *Die chirurgische Krankheiten und Verletzungen des Pankreas*. 1898, p. 118. *Deutsche Chirurgie* z. 45 d. 1898.

które odróżnić można już okiem. Przy obmacywaniu wyczuwamy guz wielkości główki noworodka, ruchomy dosyć, o gładkiej powierzchni; guz mocno napięty, chęlbocący.

Przy opukiwaniu stłumienie guza zlewa się ze stłumieniem śledziony.

Guz można przesunąć na prawą stronę za linię środkową ciała.

Po napełnieniu kiszek grubych powietrzem okazuje się, że dolna część guza jest przykryta bezpośrednio przez poprzecznicę (*colon transversum*). Żołądek nie ma bezpośredniego związku z guzem, wypełniony powietrzem unosi się nad guzem, odsuwa go ku tyłowi i przykrywa boczną jego część.

W moczu ślady białka, cukru niema. Rozpoznaliśmy torbiel krezki albo też trzustki.

Chorego umieściłem w szpitalu Wolskim, gdzie naówczas ordynowałem.

23-go września 1902 r. wykonałem w uśpieniu chloroformowem operację. Cięcie powłok brzusznych w górnej części brzucha z lewej strony na zewnętrznym brzegu *m. recti abdominis*, t. j. w miejscu największego wypuklenia. Po otworzeniu jamy brzusznej, okazało się, że mamy do czynienia z torbielą, umiejscowioną pomiędzy listkami *mesocolon. transversi*; głównie odsunięty ku górze listek przedni, do dolnej połowy torbieli przylega ściśle *colon transversum*. Torbiel odpowiada umiejscowieniu ogona trzustki.

Ponad poprzecznicą zrobiłem cięcie i próbowałem wyłuszczyć guz, zrosty jednak były nader mocne, a oddzielenie od кишки zupełnie się nie udawało. Z obawy rozdarcia кишки zaniechałem wyłuszczenia; a ponad kiszka otworzyłem torbiel, wypuściłem zawartość przezroczystą, jasno-żółtą, w ilości 2-u litrów i brzegi torbieli wszyłem do brzegów rany w ścianie brzusznej, torbiel zaś samą wytamponowałem gazą wyjałowioną.

Zawartość torbieli zasadowego odczynu, ze znaczną ilością białka przesłałem do pracowni Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w celu zbadania chemicznego.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Po kilku dniach opatrunek mocno zmoczony musiałem całkowicie zmienić, wprowadziłem do torbieli sączek. Wydzielał się z cysty surowiczy, mętny płyn w znacznej ilości.

6-go października 1902 r. szwy całkowicie usunięto; z przetoki wydzieliła dosyć obfita.

21. X. Głębokość rany znacznie się zmniejszyła, wydzielina jednak zawsze dosyć obfita.

31-go października 1902 r. chory opuścił szpital, z przetoką, z której wydobywała się nieznaczna ilość przezroczystego, jasno-żółtego płynu.

Przetoka utrzymywała się jeszcze około dwu miesięcy, musiałem ją wy-skrobywać, przyżęgać *Argento nitr.*, zapuszczać jodynę, co wszystko doprowadziło do trwałego zagojenia się.

S. wziął się do swojej poprzedniej pracy, a po upływie 8-u miesięcy od operacji, w którym to czasie miałem możność ponownego zbadania go, nie uskarżał się na żadne dolegliwości, na miejscu zaś operacji przepukliny nie znalazłem.

Badanie drobnowidzowe ściany torbieli nie wykazało nic swoistego, ani dowodziło związku cysty z przewodem trzustki.

Spostrzeżenie II.

Do szpitala Św. Rocha, 8-go czerwca 1908 r. była przywieziona chora, 28-letnia szwaczka, F. L. skutkiem mocnego pobicia. Chora opowiada, że przed dwoma dniami wieczorem została uderzona w górną część brzucha nogą, obutą w ciężki but, poczem straciła przytomność. Po upływie godziny, kiedy wróciła do przytomności poczęła mocno wymiotować czarnymi masami i uskarżać się na silne bole w górnej części brzucha, szczególnie z prawej strony. Bole w brzuchu i ponawiające się wymioty zniewoliły chorą do szukania pomocy w szpitalu.

Badanie wykazało: Na twarzy z prawej strony obszerne wynaczynienie, powierzchowne zdarcie skóry i obrzęk dolnej powieki. W płucach i w sercu zmian niema. Brzuch wzdęty; bolesność wybitna w okolicy żołądka, a z prawej strony pod lewym płatem wątroby wyczuć można pewne nacieczenie, a przynajmniej odporność wzmożoną. Ciepłota 38,5°, tętno drobne, 110.

Po zastosowaniu morfiny, okładów zimnych na brzuch, spokoju, stopniowo bolesność się zmniejszyła, wymioty się uspokoiły, a po tygodniu chora mogła wstawać z łóżka. Pozostała jednak bolesność w górnej części z prawej strony brzucha, która się wrmagała po przyjęciu pokarmów.

Rozpoznawaliśmy wtedy kontuzję górnej części brzucha z możliwym wynaczynieniem do *bursa omentalis*, do czego nas upoważniła bolesność przy obmacywaniu, stwardnienie w górnej części brzucha pod żołądkiem i wątrobą. Stan chorej o tyle się poprawił, że 30-go czerwca 1908 r., pomimo naszych ostróg, opuściła szpital.

5-go sierpnia 1908 r. jednak poraz drugi chora została przyjęta na mój oddział.

Chora opowiadała, że w kilka dni po opuszczeniu ponownie wystąpiły silnie bole w brzuchu, które ją już nie opuszczały, a tylko nasilenie ich zwiększało się lub zmniejszało, a oprócz tego wystąpiły wymioty. Chora nie mogła przyjmować pokarmów skutkiem bólu i wymiotów, co znowu spowodowało znaczne jej osłabienie i wyniszczenie.

Chora w ciągu tego czasu dosyć straciła na wadze, chodzi skulona, zgięta ku przodowi i podtrzymuje rękami górną część brzucha. W jamie brzusznej w górnej części, niemal po środku wyczuć można guz, od *processus xyphoideus* do pępka, wielkości główki dziecka, półokrągły, gładki na powierzchni, nieruchomy, chełboący. Guz bezpośrednio przylega do żołądka i przykryty jest od góry i od zewnątrz przez żołądek. Stłumienie, otrzymywane przy opukiwaniu guza, bezpośrednio zlewa się ze stłumieniem wątroby. Poniżej guza wypukać można poprzecznice.

Bolesność brzucha nader silna, nawet przy lekkim obmacywaniu chora uczuwa ból. Brzuch wzdęty. Przy obmacywaniu kręgow chora uskarża się

na ból w kręgach dolnych piersiowych i górnych lędźwiowych. W moczu białko w niewielkiej ilości.

Mając na uwadze wszystkie przytoczone powyżej dane, przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia ze zbiornikiem płynu, otorbionym w *bursa omentalis*, że jest to albo wynacznienie z następczym wysiękiem do *bursa omentalis*, albo też część trzustki uległa zniszczeniu i sok trzustkowy mógł się wydobywać z miejsca uszkodzenia i sprzyjać powstaniu torbieli.

8-go sierpnia 1903 r., w uśpieniu chloroformowem wykonałem operację. Laparotomia. Cięcie po *linea alba* w górnej części brzucha.

Po otworzeniu jamy brzusznej znaleźliśmy torbiel pod lewym płatem wątroby od góry i strony zewnętrznej, pod żołądkiem od góry i strony wewnętrznej, a od dołu ograniczony przez poprzecznicę. Próbnę przekłucie wykazało płyn przezroczysty, jasno-żółty. Po odpowiednim zabezpieczeniu części otaczających otworzyłem torbiel pomiędzy wątrobą a poprzecznicą, wypuściłem około dwu litrów zawartości płynnej, a wobec nader mocnych zrostów z otoczeniem, ścianę torbieli wszyłem w brzegi rany brzusznej, torbiel zaś samą wytamponowałem gazą. Torbiel rozszerzała się pod żołądek, z którym była ściśle zrośnięta i zupełnie odpowiadała położeniu *bursae omentalis*. Powierzchnia wewnętrzna torbieli była gładka; część ściany jej wyciąłem do badania drobnowidzowego.

Następnego dnia opatrunek był mocno przesiąknięty wydzieliną torbieli, przyczem ciepłota chorej podniosła się do 39,4°, ze strony zaś brzucha żadnych objawów nie było. Przypisywałem podwyższenie ciepłoty wchłanianiu się wydzieliny, usunąłem też tampony, a do torbieli wprowadziłem sączek. Wynikiem tego było obniżenie ciepłoty do normy.

Dalszy przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic nadzwyczajnego. Po 8-u dniach szwy usunąłem. Rana stopniowo się zwężała, wydzielina z niej była zawsze obfita i zniewalała do codziennej zmiany opatrunku. Bole w brzuchu ustąpiły, nie ponawiały się nawet po przyjęciu pokarmów.

W trzy tygodnie po operacji głębokość przetoki wynosiła 15 ctm. Do wnętrza cysty wpuszczaliśmy *t-ram Jodi, Argent. nitric.* Przetoka pomimo to utrzymywała się ciągle.

10-go października czyli we dwa miesiące po operacji chora opuściła szpital z przetoką jeszcze niezagojoną, z której sączyła się dosyć obfita przezroczysta, żółtawa wydzielina. Stan ogólny chorej wyborny.

Chora leczyła się nadal ambulatoryjnie. Po upływie miesiąca nastąpiło zupełne zagojenie przetoki, lecz wkrótce powstały bole w brzuchu, zwiększające się po przyjęciu pokarmów, oraz wymioty.

To zniewoliło ją do szukania pomocy u nas. W miejscu, odpowiadającym ranie, wyczuć można było pewne nacieczenie. Bliznę natychmiast przecięliśmy, przetokę otworzyliśmy, wylało się z niej około 20,0 płynu żółtawego, przezroczystego. W ranę założyliśmy sączek. Wszystkie objawy ustąpiły. Przetokę podtrzymywaliśmy jeszcze w ciągu miesiąca, i kiedy głębokość jej wyniosła zaledwie kilka ctm., a wydzielina bardzo się zmniejszyła, chorą straciliśmy z oczów.

Rozbiór chemiczny zawartości torbieli był dokonany pod łaskawym kierunkiem docenta J. PRUSZYŃSKIEGO. Płyn ten miał ciężar właściwy 1,01079, części stałych 14,56‰, a w tej ilości 13,974 org.,—0,586 nieorganicznych; punkt zamacznania $\Delta = -0,53$. Oprócz tego zawierał fermenty: proteolityczny, diastazę i lipazę. A więc był to sok trzustkowy.

Badanie mikroskopowe ściany torbieli dało wynik następujący. Ściana torbieli gruba na 1,5—2 mm., wewnętrzna powierzchnia jej gładka, równa; miejscami na tej powierzchni widać szereg jednowarstwowy, mocno spłaszczonej komórki, miejscami zaś komórki takie odpadały. Zewnętrzna powierzchnia falista, tu i owdzie klaczkowata, jakby oderwana od sąsiednich części. W całej grubości ściana torbieli składa się ze zbitej, włóknistej tkanki łącznej. Jądro tych komórek owalne z małą ilością chromatyny, jąderko bardzo drobne. Oprócz stałych komórek widać jeszcze w tkance łącznej nieco rozsianych komórek okrągławych, jednojądrowych, podobnych do limfocytów. Obfita substancja włóknista międzykomórkowa przy wewnętrznej powierzchni ściany torbieli staje się więcej zbita i miejscami ulega zwyrodnieniu szklistemu. Naczyń krwionośnych w ścianie torbieli bardzo mało. Nakoniec tu i owdzie spotykamy nacieczenie czerwonymi krążkami krwi, prawdopodobnie od uszkodzenia podczas wyluszczenia części ściany.

{D. c. n.}

II. Przyczynę do leczenia niektórych wysięków stawowych.

Podał

Dr med. Bohdanowicz z Nizy.

Od lat piętnastu w przypadkach wysięku w stawach tak natury artrytycznej jako też pochodzenia urazowego stosuję prosty, łatwy do wykonania i doskonały w skutkach sposób, który jako mało znany postanowiłem opisać tu w krótkości. Sposób ten nie jest mego pomysłu. Przed kilkunastu laty w dzienniku *Le Concours Médical* podał go jeden z moich francuskich kolegów—lekarz prowincjonalny, którego nazwisko wyszło mi od dawna z pamięci. Odtąd stosuję go stale i zawsze z niezawodnym i rzec mogę śmiało—wyższym nad skutki innych zabiegów, wynikiem. Wiadomem mi jest, że nakłucie i wypuszczenie wysięku daje wyniki szybkie. Powroty jednak u artrytyków nie są wcale po nakłuciu rzadkością. W dodatku jest to nakłucie, a wielu chorych ma wstręt wrodzony do wszystkiego co błyszczy w rękę lekarzy, czy temu nadać kształt noża, czy igły. Sposób, który zalecam, nie ma tej złej strony i pod względem nawrotów daje wyniki pewniejsze. Kil-

kotygodniowe unieruchomienie chorego stawu w opatrunku uciskowym po uprzednim przypalaniu lub bez niego, nie może iść w porównanie z zabiegiem, o którym mówię zamierzam, trwa bowiem dłużej i mniej jest pewne w wynikach.

Naturalnie mam na widoku tylko wysięki w dużych stawach, jak kolano- wy, łokciowy, barkowy i t. p. Stosowanie wzmiankowanego zabiegu na ma- łych stawach przedstawiłoby niedogodności, o czym zresztą trudno mi jest mówić, nie miałem bowiem z nimi do czynienia.

Zabieg wykonywam w sposób następujący.

Przypuśćmy, że mamy wysięk w stawie kolanowym. Uprzedzam cho- rego, że musi być przygotowany na 8 do 10-u dni wycieczki, z których pierwszy po założeniu opatrunku spędzi w łóżku, w następnych zaś będzie mógł ostrożnie, unikając zginania stawu, przechadzać się po pokoju, pozosta- wiając jednak opatrunek na miejscu.

Obejrawszy kolano i upatrzwszy na jednej z bocznych powierzchni je- go [najczęściej po stronie wewnętrznej] miejsce odpowiadające linii stawo- wej w pobliżu i nieco ku tyłowi od brzegu rzepki tak, iżby odpowiadało czę- ściowo przynajmniej workowi zawierającemu wysięk, nakładam na nie nie- wielką [od 5-u do 6-u centymetrów kwadratowych] wezykatoryę i pokrywszy ją cienką warstwą waty, bandażuję tak, aby się nie zesliznęła i zostawiam do chwili nabrania na całej jej powierzchni pęcherza, czyli od 10-u do 12-u go- dzin. Robię to zwykle wieczorem. Wychodząc od chorego, każę przygoto- wać na przyszłą wizytę moją: 2 deseczki cienkie (*attelle*) szerokości dwu palców i takiej długości, aby sięgały od punktu położonego o 2 palce powy- żej kostki, aż do połowy biodra: 2 paczki waty po 125 gr. każda; jeden ban- daż płócienny szerokości 7 centymetrów i 10 metrów długości; około tuzina szpilek angielskich; 30 gr. wazeliny bornej i wreszcie plaster *Vigo cum Mercurio* o jeden centymetr większy, niż wezykatorya, jaką postawiłem.

Na drugi dzień zrana czyli po upływie 10 do 12-u godzin zjawiam się zno- wu u chorego. Jeżeli wezykatorya nie nabrała dostatecznie, czekam, zоста- wiając wszystko jak było i powtarzam wizytę po paru godzinach. Gdy już nabrała, wywołując pęcherz na całej przestrzeni, zdejmuję wezykatoryę, zry- wam lub wycinam tworzący pęcherz naskórek i na to miejsce nalepiam przy- gotowany *emplastrum Vigo c. M.* Teraz przechodzę do unieruchomienia chorego stawu. Aby uniknąć podrażnienia skóry pod watą i nieznośnego wprost po paru dniach swędzenia, smaruję całą powierzchnię, którą mam ująć w opa- trunek borną wazeliną, poczem owijam kończynę od kostki, aż do połowy biodra grubą warstwą waty hygroskopijnej, umocowując ją lekko kilku obro- tami opaski.

Poczem z każdego boku kładę po jednej deseczce, która powinna sięgać od punktu o jakie dwa palce powyżej kostki aż do dolnej trzeciej części lub połowy biodra, nieprzekraczając w żadnym razie nałożonej warstwy waty. W dalszym ciągu trzema lub czterema nowymi obrotami bandaża umocowuję deseczki, kładę nową warstwą waty i owijam wszystko bandażem bez nad- miernego ucisku, jednak dosyć silnie, ażeby opatrunek w stanie znośnym mógł

przetrwać 8 do 10-u dni nawet przy ostrożnem poruszaniu się chorego po pokoju.

Dodać muszę, że waty należy kłaść dużo ze względu na bardzo obfity wysięk w ciągu pierwszych dni paru po nałożeniu plastra.

Jak już powiedziałem, chory pierwszy dzień pozostaje w łóżku, następnych zaś może wstawać, siedzieć w fotelu, przechadzać się z wolna po pokoju, starając się jednak nie zginać chorego stawu i zachować opatrunek nienaruszony na miejscu. Po upływie 8-u do 10-u dni [lepiej 10] chory może sam zdjąć opatrunek—staw okaże się bez zarzutu.

Zdarzało mi się u ludzi nie mających czasu na dłuższą kurację zdejmować opatrunek już po dniach siedmiu. Znajdowałem wtedy czasami jeszcze ślady wysięku. Pozwalałem jednak na ruch i zwykłe zajęcie, uprzedzając, że jeżeli po upływie dni dziesięciu wysięk trwać będzie, zmuszony będę powtórzyć zabieg. Zastrzeżenie to okazywało się zawsze zbyt skuteczne: po dniach kilku resztki wysięku znikają bez żadnych nowych zabiegów.

Na łokciu lub na ramieniu wzmiankowany zabieg wykonywa się znacznie prościej: po usunięciu wezykatoryi wystarcza plaster, gruba warstwa waty i lekkie unieruchomienie stawu zapomocą prostej, w trójkąt złożonej i umocowanej węzłem w okolicy szyi dużej chustki lub serwetki (*écharpe*). Czas trwania opatrunku ten sam co dla kolana.

Śmiem twierdzić, że zabieg ten, choć pozbawiony cech modernizmu, równy jest nowoczesnym lub lepszy, bom go wypróbował w ciągu lat szeregu. Kazuistykę pomijam—celem moim jest jedynie podanie samego sposobu wykonania.

Dodać jednak winienem, że nie tylko w pourazowych lub artrytycznych wysiękach stosować go miałem sposobność. W Biarritz, gdzie praktykuję od lat 11-u w lecie, z powodu oceanu i źródlanej solanki przebywa duża liczba kuracuszów, dotkniętych gruźlicą stawów. Dwukrotnie, dla próby raczej miałem sposobność w przebiegu gruźlicy stawów z ropieniem zastosować zabieg powyższy, raz w przypadku gruźlicy stawu ramieniowego, drugi raz zaś stawu kolanowego.

W pierwszym przypadku zropienie było świeże, nastąpiło wskutek zbyt może forsownego stosowania kąpieli solankowych. [Wiadomo powszechnie, że aby leczenie solankowe dało w podobnych przypadkach dodatnie wyniki, należy kąpiele nieco forsować, co doprowadza zwykle do objawów lekkiej bolesności, często zaczerwienienia i obrzęku. Wtedy należy wstrzymać kąpiele, aż do ustąpienia objawów zapalnych. Ponownie rozpoczęte po ich ustąpieniu kąpiele dają pomyślne skutki, których niema, jeżeli do pewnego podrażnienia się nie dojdzie przedtem. Jeżeli się jednak w forsownem stosowaniu kąpieli przecholuje i nie wstrzyma ich na czas, za objawami podrażnienia i zapalenia idą wślad gorączka i zropienie ze wszystkimi niefortunnymi ich następstwami i jeżeli nie uda się wstrzykiwaniami oliwy jodoformowej sytuacji uratować, następuje fistulizacja lub potrzeba operacji, a często fistulizacja pomimo operacji i staw jest nieodzownie stracony].

Chora, dziewczyna lat dwudziestu paru, od lat już kilku miała staw bio-

drowy zropiały i dotknięty przetoką, z tego powodu właśnie brała kąpiele solankowe. Kolega, który prowadził leczenie, nie zwracał uwagi na staw ramieniowy, który poboliwał od roku blisko i którego ruchomość była nieco zmniejszona. Nagle po 12-iej czy 14-iej kąpeli staw ramieniowy zaczął dolegać silniej i zlekka obrzękł. Przy dalszem stosowaniu kąpeli zjawiła się gorączka 37,5° z początku, 38,5° i 39° w końcu. Staw obrzękł olbrzymio, pojawiły się nieznośne bole i mimo wstrzymania kąpeli sprawa posuwała się dalej. Wezwany na naradę i obawiając się, że mimo unieruchomienia, przeczyszczeń i zwykłych w podobnych przypadkach środków sprawa wstrzymać się nie da, postanowiłem za zgodą kolegi zastosować w sposób wyżej opisany wezykatoryę i plaster *Vigo c. M.* Postawiłem je nie w punkcie, gdzie skóra i tkanki wogóle wydawały mi się najwięcej zagrożone, lecz nieco opodał, o parę centymetrów ku wewnątrz i ku dołowi od *processus coracoideus*, w okolicy którego powłoka tkanek wydawała mi się najmocniej podejrzaną, zaczerwioną i napiętą, pragnąc uniknąć o ile można sąsiedztwa z tym punktem, aby dzięki nowemu zewnętrznemu podrażnieniu nie ułatwić utworzenia się przetoki, a z drugiej strony nieoddalając się zbytecznie od linii stawu, nie osłabić działania zabiegu. Wynik był bardzo dodatni.

Po 10-u dniach, gdy zdjąłem opatrunek, do którego zresztą zaglądaliśmy wcześniej, gorączki nie było ani śladu, oznaki miejscowe zapalenia, obrzęk, zaczerwienie, podniesiona ciepłota, bolesność przy dotknięciu znikły, chora czuła się jak w okresie przed powstaniem objawów zapalnych i mogła dokończyć kuracyi kąpielowej bez przeszkód.

Od owego czasu widuję chorą co rok. Staw biodrowy jest jak był dawniej, przetoka trwa, lecz wydzielina rzadka i nieznaczna. Staw ramieniowy od owego czasu nie dał o sobie wiedzieć niczem; chora uważa go za wygojony, ja—za sprawę przycichłą. Na jak długo? Nie wiem, może na życie całe. Jest temu lat już ośm.

Drugi przypadek dotyczy stawu kolanowego. Chora, szwaczka z Biarritz, pracująca w Bordeaux, a mająca prawy staw kolanowy od dawna zropiały i wrzecionowaty, lecz nie przedstawiający zewnętrznie objawów zapalenia, ani skłonności do szybkiej fistulizacji i wogóle o przebiegu nadzwyczaj wolnym, zmuszona była porzucić pracę i wrócić do matki z powodu lekkiego zaostrożenia sprawy chorobowej i rozpoczynającej się dyzlokacji stawu, utrudniającej znacznie ruch i pracę w ostatnich paru tygodniach.

Wezwany, zaproponowałem unieruchomienie i wstrzykiwanie oliwy jodowej po uprzednim opróżnieniu stawu z ropy, znajdującej się, jak się wydawało, w znacznej ilości.

Wobec jednak braku zgody ze strony chorej na jakiegokolwiek energiczne postępowanie, zaproponowałem jej plastry, na co chora chętnie przystała.

Gdy po 10-u dniach zdjąłem plastry, chora nie była wprawdzie uleczoną, lecz kolano wydawało się mniejsze, mniej wrzecionowate, dyzlokacja mniej dawała znać o sobie przy staniu i ruchu powolnym. Chora przyzwyczajona cierpieć i chromać od lat wielu, nie żądała więcej. Podziękowała mi i rad

nierad zmuszony byłem zaprzestać opieki i leczenia dalszego—nie chciała sły-
szeć o niczem więcej.

Widywałem ją jeszcze za każdym corocznym powrotem z Nizy do Biar-
ritz. Wiem, że się nie leczyła odtąd, że stan stawu był bez zmiany. Tak
trwało lat cztery. Od dwu lat straciłem chorą z oczu.

Boże mię broń od pretensyi leczenia tuberkulozy stawów plastrami mo-
imi. Ambicya moja tak daleko nie sięga.

Niemniej dwa przytoczone wyżej przypadki wskazują, że postępowanie
moje, w odpowiednich okolicznościach zastosowane, zdolne jest przynajmniej
zaostrzenie sprawy czasowo wstrzymać. A w tej bezlitośnej chorobie, dla le-
karza praktyka zwykłego, a więcej jeszcze bez wątpienia dla chorego bieda-
ka, niemającego sposobności radykalnego leczenia [jakiego zresztą dotąd mo-
że i niema] i ten prosty zabieg może mieć pewną wartość.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



42. N, Roth. O odczynie trzustkowym Cammidge'a.

Wobec trudności, na jakie napotyka badanie fizykalne trzustki, dyagno-
styka czynnościowa nabiera coraz większego znaczenia w chorobach tego na-
rzędu.

Już BRIGHT zwracał uwagę na nadmiar tłuszczów w kale, glikozurę
i azoturę, jako na objawy schorzenia trzustki. Nowsze badania dodały do obja-
wów powyższych próbę glutoidową JAHLI'ego, próbę woreczkową SCHMIDT'a,
dekstro- i lewulozurę trawienną.

Bądź co bądź i obecnie, według CAMMIDGE'a, jeszcze w połowie przypad-
ków cierpienia trzustki pozostają nierozpoznane. Nic też dziwnego, że ko-
munikat CAMMIDGE'a w „Lancet“ 1904 r., stwierdzający obecność w moczu cho-
rych trzustkowych związku specyficznego, który tworzy z fenylohydrazyną
charakterystyczne kryształy, że komunikat ten wywołał wielkie zainteresowa-
nie, zwłaszcza, gdy uzyskał od razu potwierdzenie ze strony MAYO-ROBSON'a
i innych.

W przeciwieństwie do objawów dawniejszych, będących wynikiem zmian
sekrecyi zewnętrznej lub wewnętrznej, w trzustce schorzałej, bliżej nieokreślony
związek chemiczny, występujący w próbie CAMMIDGE'a, ma świadczyć o za-
burzeniach przemiany materii w samej tkance gruczołu. W swej pierwotnej
postaci próba CAMMIDGE'a miała przebieg następujący: Do 10-u ctm. sz. mocz
filtrowanego dodaje się 1 ctm. sz. stężonego kwasu solnego, następnie miesza-
szając ostrożnie, gotuje się w ciągu 10-u minut. Kwas solny zobojętnia się
przez powolne dodawanie 4-ch grm. węglań ołowiu; osad odfiltruje się
i przemywa 5-a ctm. sz. wody destylowanej. Do filtratu dodaje się 2 grm.
octanu sodu i 0.75 grm. HCl-fenylohydrazyny i pozostawia się go na 3—4 mi-
nuty w spokoju, poczem przelewa płyn do właściwego naczynia, uzupełniwszy
wodą do 15—16 ctm. sz. Wrazie reakcyi dodatniej w ciągu 24-ch godzin two-
rzą się kryształy w postaci igiełek, układających się w snopki lub rozetki.

Obecność cukru i białka przeszkadza próbie, przeto należy je uprzednio usunąć.

Dla celów dyagnostyki różniczkowej CAMMIDGE wprowadził odmianę swej próby, którą w przeciwstawieniu do pierwszej oznaczył jako próbę B.

Kryształy w odmianie B są grubsze. Kryształy obu odmian rozpuszczają się w 30%-ym kwasie siarkowym, nie z jednakową zresztą szybkością, na czem właśnie CAMMIDGE buduje daleko sięgające wnioski różniczkowo-dyagnostyczne. Pomijając szczegóły, ogólne wnioski CAMMIDGE'a brzmią, jak następuje:

- 1) w braku reakcyi A i B—trzustka zdrowa;
- 2) reakcyja A dodatnia, B — ujemna oznaczają *pancreatitis* ostrą lub przewlekłą;
- 3) reakcyje A i B dodatnie wskazują najczęściej na złośliwe cierpienia trzustki.

Reakcyi swej CAMMIDGE dał następujące uzasadnienie teoretyczne. W cierpieniach trzustki następuje częściowa nekroza tłuszczu w tkance gruczołu. Lipaza rozbija drobiny tłuszczu w gruczole na kwasy tłuszczowe i glicerynę; kwasy tłuszczowe wstępują w połączenia z alkaliami krwi krążącej lub zalegają w narządach pod postacią kryształów, gdy wolna gliceryna ulega re-zorbeyi i jej produkt rozpadu—glicerosa daje z fenylohydrazyną owe kryształy.

Badania CAMMIDGE'a sprawdzano wielokrotnie. WILLERS znajdował i w moczu prawidłowym kryształy, które uważa za połączenie z fenylohydrazyną obecnych w moczu polysaccharydów. Bliskimi opinii WILLERS'a są TAYLOR i HALDANE. GRÜNER miał dodatnie reakcyje A i B w jednym przypadku raka trzustki, lecz w innym wprost przeciwnie: obie ujemne; z drugiej strony [na 13 badanych przypadków] miał reakcyę dodatnią w *bronchitis chr.*, rozmałą w przypadkach moczówki cukrowej, oraz cierpieniach dróg żółciowych.

ELOESSER na 16 prób miał reakcyę A dodatnią w 4-ch przypadkach *pancreatitidis chr.* i w jednym raka trzustki; w 5-u przypadkach reakcyi ujemniej ani razu trzustka nie była dotkniętą. Sam CAMMIDGE przeprowadził ostatnio reakcyę w 200-n przypadkach, gdzie operacya lub sekcyja stwierdziły niewątpliwie cierpienie trzustki. Z tych 125 przypadków dało reakcyę ujemną, zwłaszcza zaś raki trzustki. Ponieważ w niewątpliwych cierpieniach trzustki reakcyja CAMMIDGE'a daje wynik niepewny, występując zato wyraźnie w innych cierpieniach i nawet w moczu osób zdrowych, ponieważ także teoretyczne jej uzasadnienie spoczywa na dosyć kruchych podstawach, więc wielu autorów [ostatnio LÉPINE] odmawia jej znaczenia.

Jednakże doniosłość dyagnostyczna reakcyi trzustkowej skłoniła autora do przeprowadzenia dalszych badań. ROTH przeprowadził swe badania nad moczem chorych z cierpieniami, w których zazwyczaj cierpi także trzustka wtórnie, jak choroby dróg żółciowych, wątroby, żołądka; równorzędnie zaś brał dla kontroli moczu osób, u których zajęcie trzustki można było wykluczyć stanowczo.

Autor przerabiał próbę CAMMIDGE'a według jego ostatniej modyfikacyi. do 20-u ctm. sz. moczu, wolnego od cukru i białka, dodawał 1 ctm. sz. stężonego kwasu solnego, gotował przez 10 minut na kąpeli piaskowej, dolewał wody destylowanej do objętości 20-u ctm. sz. płynu, poczem neutralizował kwas solny ostrożnie 4-a gr. węglanu ołowiu. Odstały w ciągu paru minut płyn filtrował i, celem otrzymania filtratu czystego zupełnie, mieszał z 4-a gr. octanu ołowiu. Nadmiar soli ołowiu wiązał z 2-a gr. Na₂SO₄. Następnie płyn ulegał ponownemu gotowaniu, filtrowaniu przez filtr zmoczony w wodzie gorącej i powiększeniu do 18-u ctm. sz. przez dodanie wody dystylowanej. Wreszcie

dotowano 2 gr. octanu sodu, 08 gr. HCl-fenylohydrazyny i 1 ctm. sz. 50%-go kwasu octowego i gotowano ponownie przez 10 minut.

Płyn wrzący, w razie potrzeby powiększony wodą przekroploną do objętości 15 u ctm. sz., przelewał autor do odpowiedniego naczynia. W razie reakcji dodatniej osiadały charakterystyczne kryształy w ciągu 12-u godzin. Kryształy tworzą osad żółtawy, płatkowaty. Tę dosyć skomplikowaną próbę przerobił ROTH u 32-u osób z różnymi cierpieniami. U czterech rozpoznano niewątpliwe choroby trzustki, mianowicie: guz trzustki [objawy: *icterus*, *steatorrhoea*, *azotorrhoea* oraz glikozurya), rak trzustki, wreszcie kamienie trzustki [objawy: *steatorrhoea*, *azotorrhoea* wraz z silnymi bólami brzucha].

We wszystkich 4-ch przypadkach reakcja CAMMIDGE'a dała wynik wyraźnie pozytywny.

W 2-u przypadkach rozpoznanych za życia, jeden, jako *carcinoma ventriculi et hepatis*, drugi jako *carc. ventriculi*, które nie dawały żadnych objawów cierpienia trzustki, reakcja CAMMIDGE'a dała wynik pozytywny i sekcja stwierdziła zanik trzustki. Wszakże pozytywny wynik dała reakcja także w 3-ch przypadkach *carc. ventriculi*, 1-m przypadku *hepatitidis lueticae*, 1-m *cholelithiasis*, 2-u *diabetes*, 1-m *pneumoniae crouposae* i 1-m *leucemiae myeloideae*. W całym szeregu przypadków innych cierpień, w których trzustka nie była dotknięta, reakcja wypadła ujemnie.

Badanie moczu 10-u osób zdrowych dało w 8-u przypadkach reakcję z wynikiem ujemnym, w 2-u z dodatnim, wszakże jedna z tych dwu osób była po świeżem cierpieniu kiszkiwem.

Na zasadzie swych badań autor nie podziela zbyt optymistycznych opinii WATSON'a i M. ROBSON'a i sądzi, że sprawa reakcji CAMMIDGE'a wymaga jeszcze dalszych studyów.

Obecnie dyagnostyka cierpienia trzustki musi w dalszym ciągu opierać się na danych badania fizykalnego, oraz zaburzeń czynności.

(*Zeitschr. f. klin. Medicin*, 1909, z. I.).

J. Zabuska.

43. Labbé. Reakcja Cammidge'a

Podając szczegółowy opis tej reakcji, autor wreszcie zadaje pytanie, jakie zaszyły postępy w badaniu istotnego składu strącanej substancji w próbie CAMMIDGE'a? Wynalazca, zarzucając całkowicie hipotezę przechodzenia gliceryny moczowej, przypuszcza obecnie, jak się zdaje, że strąć przedstawia połączenie fenylohydrazyny i kwasu glikuronowego z osazonem cukru, którego natura chemiczna jest dotychczas nieznaną. Taką ma być „formuła strącania” w przypadkach zapalenia trzustki. Przeciwnie, w przypadkach, gdzie otrzymuje się strąć po leczeniu rtęciowem, mamy do czynienia z czystym połączeniem kwasu glikuronowego + fenylohydrazyna. Z tego wypada, że w przypadkach istotnego zapalenia trzustki udział w reakcji przyjmowałoby inne ciało, niż kwas glikuronowy. Jednym słowem — widzimy, że istnieją poważne luki w nauce o składzie chemicznym i wartości klinicznej reakcji CAMMIDGE'a.

Zgodność ściśle wykonanej reakcji CAMMIDGE'a z cierpieniami trzustki wydaje się dosyć prawdziwą, lecz nie jest jeszcze opartą na dużej liczbie przypadków, tak iż obecnie nie można mówić o wyłącznej jej zależności od schorzeń trzustki. Pozatem, należałoby wykonanie jej uprościć, aby stała się przeto dostępniejszą dla szerszego koła lekarzy-praktyków.

(*La Presse méd.*, 1909. Nr 11).

W. D.

44. Otto Hess. Martwica i przewlekłe zapalenie trzustki.

Kliniczne objawy martwicy trzustki są zazwyczaj bardzo znamienne. Dobrze odżywione osobniki średniego lub starszego wieku, nieraz tacy, co przed-

tem już cierpieli na kamice żółciową, również alkoholicy, albo z miażdżycą tętnic, naraz po spożyciu obfitego posiłku, na szczycie trawienia dostają silnych kolek w nadbrzeżu, wymiotów, i po kilku godzinach mogą zemrzeć w stanie zapaści. Przy tak ostrym przebiegu sprawy na pierwszy plan często występują objawy wysoko umiejscowionej [w dwunastnicy] niedrożności jelit; jeżeli sprawa trwa przez czas dłuższy, to mogą istnieć objawy podprzeponowej podostrej sprawy zapalnej z wymiotami, czkawką, żółtaczką i objawami podrażnienia otrzewnej i opłucnej. Autopsya wykazuje mniej lub więcej znekrotyzowaną, usianą wybroczynami i żółtawymi ogniskami trzustkę; przy dłuższym trwaniu choroby oznaki martwicy są o wiele rozleglejsze: komunikacja wskutek przedziurawienia z żołądkiem, jelitem, lub pozaotrzewna z lewą okolicą łędźwiową; jednocześnie mamy do czynienia z *ascites haemorrhagica*, rzadziej—z rozlanem zapaleniem otrzewnej. Najbardziej zmienną cechą przy badaniu pośmiertnym jest zwykle martwica tkanki tłuszczowej: w tłuszczu śródtrzustkowym, a najobficiej w okołotrzustkowym, a nawet po całej jamie brzusznej, i dalej—w osierdziu, w opłucnej, w tłuszczu ścian brzusznych znajdujemy charakterystyczne białe, nieraz błyszczące na wzór stearyny, podotrzewne plamy i smugi, wewnątrz których znajduje się zmartwiała komórka tłuszczowa, a jej treść rozłożona i zmydlona.

Martwica trzustki jest martwicą pochodzenia fermentacyjnego z objawami demarkacji wokół ognisk zmartwiałych; nie jest ona bynajmniej wynikiem zapalenia bakteryjnego—bakterye mogą się dostać dopiero wtórnie i szerzyć swe zniszczenie. Również i martwica tkanki tłuszczowej ma pochodzenie fermentacyjne, t. j. zależne od rozszczepiającego tłuszczu fermentu soku trzustkowego (*steapsin*), który w pewnych warunkach może przedostawać się z komórek lub przewodów trzustki do tkanek otaczających—ferment ów rozszczepia tłuszcze i powoduje zmydlanie. Według poglądów doby obecnej, nie może być żadnej martwicy tłuszczowej bez pierwotnego schorzenia trzustki.

Ostatnie 5-lecie przyniosło szereg metod, dzięki którym można u psów wywołać martwicę trzustki i tkanki tłuszczowej w takich warunkach, które znajdują analogię w patologii ludzi:

1) Wstrzykiwanie tłuszczu (*Ol. olivarum*) do kanałów odprowadzających trzustki.

2) Podwiązanie wszystkich przewodów na wysokości trawienia.

3) Wstrzykiwanie żółci.

4) Wstrzykiwanie zawartości dwunastnicy do przewodów.

Trzy momenty etyologiczne stale się zjawiają w obrazie tej choroby u ludzi: jako moment powodujący—szczyt trawienia po obfitym posiłku; jako momenty usposabiające—otyłość i kamica żółciowa. Zwłaszcza ten ostatni czynnik odgrywa rolę pierwszorzędną, dlatego też leczenie operacyjne każdej choroby trzustki wymaga obecnie oględzin dróg żółciowych i odwrotnie. Szereg doświadczeń, wykonanych przez autora według pierwszej z wymienionych metod, upoważnia do przypuszczenia, że martwica trzustki u ludzi może powstawać wskutek przenikania tłuszczu do przewodów odprowadzających tego narządu. Współrzędnie z tłuszczem mogą przedostawać się sok dwunastnicy i żółć, które również mogą powodować martwicę. Podwiązanie wszystkich przewodów odprowadzających trzustki na szczycie trawienia spowodowało ostrą jej martwicę i rozlaną daleko poza jamę otrzewnej martwicę tkanki tłuszczowej. U zwierzęcia głodnego nie może nastąpić zastój wydzieliny z racyi próżnego gruczołu; stąd też jasnym jest fakt, iż podwiązanie wszystkich przewodów u zwierzęcia głodnego jest nieszkodliwe. Nagłe zatamowanie całego odpływu wydzieliny ze swemi następstwami w postaci martwicy lub martwicy tłuszczowej musi nastąpić wtedy, jeżeli uwiązał kamień żółciowy w końcowym odcinku przewodu żółciowego na szczycie trawienia, a jednocześnie niemożli-

wym jest odpływ wydzieliny przez *d. Santorini* wskutek sklerozy główki lub jakichbądź innych przyczyn. Znaczenie trypsyny, jako czynnika etyologicznego martwicy trzustki u ludzi, jest wysoce przesadzone; właściwym czynnikiem jest steapsyna, która ujawnia swoje zabójcze działanie, skoro tylko zetknie się z tłuszczem, i jest w stanie bez wszelkiego udziału trypsyny wywołać obraz chorobny martwicy trzustki i tkanki tłuszczowej.

Ostra martwica trzustki zazwyczaj w krótkim czasie sprowadza zejście śmiertelne. Rzadko tylko widzimy wyzdrowienie samoistne, częściej zabieg operacyjny prowadzi do wyzdrowienia lub przewlekłego zapalenia trzustki. Rozpoznać ostrą martwicę trzustki można na zasadzie objawów klinicznych; przy różniczkowaniu należy mieć na względzie zapalenie otrzewnej z przedziurawienia i wysoko umiejscowioną niedrożność jelit. Niestety, brak dotychczas jakiegoś objawu lub metody badania, któreby rozstrzygały w przypadkach wątpliwych i przeto umożliwiały dokonanie zabiegu operacyjnego w czasie właściwym, co stanowi nieraz o uratowaniu życia. Cukromocz, leukocytoza nie stanowią tu objawu znamiennego; wielkie nadzieje pokładano w reakcyi CAMMIDGE'a. Autor wykonywał tę próbę wielokrotnie u psów badanych i okazało się, że reakcja równie często wypada dodatnio, jak i ujemnie przy całkowitej i przy częściowej martwicy trzustki. Reakcja wypadła ujemnie u 9-u dyabetyków, w 2-u torbielach trzustki, w cukromoczu i żółtaczce. Jednym słowem, autor przypisuje reakcyi CAMMIDGE'a „tylko bardzo ograniczoną wartość rozpoznawczą.“

Przewlekłe zapalenie trzustki może być wynikiem wyleczenia ostrej martwicy trzustki lub następstwem dłuższej trwającego zastoju wydzieliny, którego przyczyną są kamienie trzustkowe, a głównie—żółciowe, zwłaszcza gdy taki kamień mocno zatka dolny koniec *duct. choledochi*. Rozpoznanie kliniczne przewlekłego zapalenia trzustki może być tylko prawdopodobne gdy mamy do czynienia z przewlekłym, prowadzącym do charłactwa cierpieniem bez wszelkiej wyraźnej przyczyny, gdy w nadpępczu trwają bole, wzmagające się przy trawieniu, przejściowa żółtaczka i cukromocz, w wywiadach kamica żółciowa, w kale—zwiększona zawartość tłuszczu, azotu, a zmniejszenie mydeł i brak trypsyny.

(*Mitteil. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. t. 19, z. 4.*) W. Dobrowolski.

45. Kostlivý. Związek pomiędzy chorobami wątroby i trzustki a układem chromochłonnym (chromaffine).

Badania ostatnich czasów wykazały, że pomiędzy trzustką a nadnerczem, wzgl. układem chromochłonnym, istnieje wyraźny antagonizm. Praca autora miała na celu bliższe zbadanie, czy podobny stosunek zachodzi istotnie pomiędzy wątrobą a tymże układem.

Z pośród prac poprzednich, SCHUR i WIESEL przytoczyli niewątpliwe dowody, że wzmoczony rozpad glikogenu w organizmie sprowadza *adrenalinaemiam*, czyli że zachodzi ścisły związek pomiędzy przygotowaniem ew. rozpadem glikogenu a występowaniem wolnej, niezużytkowanej adrenaliny w surowicy krwi, że zatem brak glikogenu powoduje *adrenalinaemiam*.

To mając na względzie, można było już z góry oczekiwać, że zaburzenie czynności wątroby, ew. pewnej określonej jej części, może w następstwie wywołać zaburzenia w czynności tkanki chromochłonnej, zwłaszcza, gdy będziemy mieli do czynienia z zaburzeniem regulującej czynności wątroby odnośnie do węglowodanów [t. zn. z jednej strony tworzenie, z drugiej zaś— zużywanie wytworzonego glikogenu]; dalej, nasuwało się przypuszczenie, że

wskutek niedostatecznego wytwarzania lub niedostatecznego rozpadu glikogenu przy normalnej czynności tkanki chromochłonnej może dojść do wydalenia niezużytkowanej adrenaliny do krwi, czyli do adrenalinemii, również jak adrenalinemia jest nieodzownem następstwem hipersekrecyi tkanki chromochłonnej wskutek następczego przerostu tej ostatniej w przebiegu innych, zupełnie określonych grup chorobnych [choroba Basedow'a], przy zupełnie normalnej czynności wątroby.

W szeregu przypadków, gdzie autor podejrzewał niewydolność mięszu wątroby, dokonywał poszukiwań wolnej adrenaliny i prawie zawsze znajdował ją w surowicy krwi.

Metodyka badań była następująca: probowano najpierw działania 1 ctm. sz. badanej surowicy na wyluszczone oko żaby, a następnie określano w przybliżeniu stężenie zawartej w surowicy adrenaliny.

Autor badał na zawartości adrenaliny surowicę 19-u chorych, gdzie było prawdopodobieństwo czynnościowego zaburzenia pracy wątroby, lub gdzie, co najmniej, nie można tego było wykluczyć; a zatem: 3 przypadki ostrego i 3 przewlekłego zwykłego zatkania kamieniem przewodu żółciowego i dwa także przypadki z jednoczesnem przewlekłym śródmięszowem zapaleniem trzustki; 1 przypadek raka pęcherzyka żółciowego; 1 przypadek raka żołądka, który przeszedł już na wnękę wątroby i dał przerzuty w całym narządzie; dwa przypadki uszkodzenia wątroby [rana postrzałowa, pęknięcie podskórne]; trzy przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, zgorzelinowego z żółtaczką; trzy przypadki żółtaczki białaczkowej.

Ostre zatkanie przewodu żółciowego przez kamień nie może, jak się zdaje, wywołać żadnej adrenalinemii; przewlekłe zaś, długotrwałe zatkanie przewodu żółciowego zawsze powoduje adrenalinemię, która jednak w krótkim czasie może zniknąć zupełnie, jeżeli uda się przyprócić drożność dróg żółciowych.

Z całokształtu swoich obserwacji autor wyprowadza stanowczy wniosek, że związek pomiędzy zaburzeniami czynności wątroby a anomaliami wydzielania układu chromochłonnego nie może podlegać najmniejszej wątpliwości. Jednakże dla wyjaśnienia tej anomalii wydzielania nie wystarcza zastój żółci, ponieważ krążące we krwi substancje rozszerzające źrenicę udaje się wykryć tylko wtedy, gdy po długotrwałym natężonym zastojem żółci już mięszowe komórki wątrobowe uległy zwyrodnieniu, lub cierpiały przez jakąś chorobę samoistną [pierwotna marskość, białaczka i t. d.]. Autor uważa tę anomalię wydzielniczą za wzmożoną niestalość (*Labilität*), która znajduje swój wyraz z jednej strony w przechodzeniu wolnej adrenaliny do krwi, z drugiej zaś—w przyśpieszonym wyczerpywaniu się układu chromochłonnego. Czy owo przechodzenie wolnej adrenaliny do krwi jest następstwem istotnej hipersekrecyi, czy też tylko niedostatecznego związywania adrenaliny, trudno dziś orzec.

Przeciw hipersekrecyi przemawia brak jakichkolwiek objawów przerostu kory nadnerczy, a przy dłuższem trwaniu choroby—i przyśpieszone wyczerpywanie tych narządów pod wpływem uspienia chloroformowego. Jaką jednak rolę przytem odgrywa trzustka? Pytanie to pozostaje bez wyraźnej odpowiedzi, choć, wobec ścisłego związku między trzustką a układem chromochłonnym, nie można przypuszczać w danym razie obojętnego zachowania się samej trzustki. Nawet gdybyśmy przypuścili, że *punctum movens* stanowi zaburzenie czynnościowe wątroby, t. j., że zaburzenie w przeróbce i oddawaniu węglowodanów jest czynnikiem, powodującym niezupełne związywanie adrenaliny, nawet wtedy byłoby niewiarogodnem bierne zachowanie się trzustki. Odkrycie i wyjaśnienie tego stosunku jest zadaniem najbliższych badań. Nie jest też dostatecznie wyjaśnionem i znaczenie dla organizmu prze-

wlekłego zatrucia adrenaliną, bo tak nazwać należy trwale krążenie tej substancji we krwi, i to w stanie niezwiązanym. Bądź co bądź, ciąży na niej wina zmniejszonej odporności mięśnia sercowego i skłonności tegoż do ciężkich zapaści, których nieraz nie można zwalczyć żadnymi środkami; powyższa teza znajduje swe potwierdzenie w analogii z istotną chorobą BASEDOW'a, której towarzyszy również przewlekła *adrenalinaemia*. W mniej czy więcej bezpośrednim związku z krążącą we krwi wolną adrenaliną znajduje się, zdaniem autora, i opóźnione krzepnięcie krwi. Być może, do tej samej przyczyny należy odnieść krwawienia cholemiczne, które słusznie wzbudzają poważne obawy. Wreszcie, należy wspomnieć o oddziaływaniu wolnej adrenaliny na nerki, zwłaszcza na naczynia nerkowe.

Wszystko to są pytania, które oczekują bliższych wyjaśnień. Dopiero przyszłe badania mogą ustalić, jakie znaczenie posiada stwierdzona *adrenalinaemia* dla określenia czynnościowej całości (*Integrität*) organizmu w schorzeniach wątroby i dróg żółciowych, oraz jej znaczenie przy rozpoznawaniu i rokowaniu w tych cierpieniach, a wreszcie—czy i jak dalece dopuszcza ona wykonanie ewentualnych zabiegów chirurgicznych.

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

46. Albert Niemann. O wylwie braku soku trzustkowego na wchłanianie kiszkowe.

Autor przewiązywał psom przewody trzustki [zwierzęta te posiadają 2—3 przewody], a z ilości podawanych im w pokarmie oraz wydzielanych z kałem azotu i tłuszczu obliczał odsetkę tych substancji, przyswajaną w kiszkach. Okazało się, że pomimo zupełnego braku soku pankreatycznego w jelitach, co stwierdzano po zabicu odnośnych zwierząt, wchłanianie, poza drobnymi wahaniami, powodowanymi przez rodzaj pokarmu, nie ulegało żadnemu upośledzeniu. Stwierdzono w ten sposób wyniki otrzymane przez BRUGSCH'a w badaniach zupełnie analogicznych. Przy podwiązaniu przewodów po kilku tygodniach następuje nekroza tkanki, obejmująca przedewszystkiem części środkowe gruczołu, postępująca stopniowo ku obwodowi z towarzyszącym tej sprawie silnym wzrostem tkanki łącznej. Nekroza zależy wyłącznie od przewiązania przewodów, gdyż wszelkie naczynia krwionośne w doświadczeniach wspomnianych starannie były chronione od uszkodzeń.

(*Zeitschr. f. experimen. Pathol. u. Ther.* 1909, t. 5, z. 3). A. Lande.

47. Chalmers Watson. Rozpoznawanie i leczenie zapalenia trzustki.

WATSON, który posiada ogromne doświadczenie w zakresie reakcy CAMMIDGE'a, albowiem wykonał ją u 500 chorych i przypisuje jej wielkie znaczenie, podkreśla z naciskiem wskazówki, jakie można wyciągnąć z analizy moczu dla rozpoznawania chorób trzustki.

Autor odróżnia kilka postaci klinicznych.

W pewnej liczbie przypadków, które początkowo symulują zwykłą niestrawność i stopniowo rozwijają się ze wszelkimi objawami niedokrwistości złośliwej, powstaje przypuszczenie o raku trzustki: obecność cukru w moczu zawsze winna naprowadzać na myśl o zapaleniu trzustki, jakto już zauważył MAYO ROBSON. Cukromocz o wiele częściej zjawia się w zapaleniach trzustki, niż przy raku tejże, jakkolwiek bywa niekiedy i w tym ostatnim przypadku. WATSON np. widział cukromocz przy 4 ch rakach trzustki; było to zwykle na krótko przed śmiercią, a prztem nie można zapominać, że rak może się wikać stanem nieżytywym lub przewlekłym zapaleniem trzustki.

Przy żółtaczkach pochodzenia niejasnego, analiza moczu stanowi cenny środek pomocniczy: brak reakcji CAMMIDGE'a wyraźnie mówi przeciw zapaleniu trzustki. W kamicy żółciowej obecność reakcji wskazuje na zapalenie trzustki; jest to niemal pewna wskazówka, że kamień uwiązał w odcinku dwunastnicowym przewodu żółciowego. Przeciwnie, gdy wszelka myśl o kamicy może być wykluczona i całokształt objawów klinicznych wskazuje na cierpienie organiczne trzustki, brak reakcji trzustki przemawia za nowotworem.

Watson zaznacza ważność bólów przy głębokim macaniu okolicy główki trzustki. Istnieje w dobie obecnej wielka skłonność do przypuszczania, że przypadki żółtaczki nieżytowej stanowią przejaw ostrego zapalenia trzustki, i że żółtaczka zależy od zatkania przewodu żółciowego, uciśniętego przez główkę trzustki, zwiększoną w swych rozmiarach.

Autor zwraca uwagę na częstość zapalenia trzustki w przebiegu dny, gościca i przy chronicznym alkoholizmie. Przy zapaleniu trzustki ból umiejscowia się w nadpępczym i promieniuje na lewo, gdy w chorobach pęcherzyka i kanałów żółciowych odpowiada prawemu podżebrzu i promieniuje w stronę prawą. Napady ostrych bólów z towarzyszeniem gorączki zazwyczaj zależą od zapalenia trzustki.

Ogólne wyniszczenie, niedokrwistość i astenia mogą w *pancreatitis* osiągnąć tegoż natężenia, co i przy późniejszych okresach raka.

W znacznej liczbie przypadków niestrawności, której towarzyszy wzdęcie brzucha, bole brzuszne bez ścisłego związku z pokarmami, zaparcia stolca z kałem bładym i smrodliwym—pierwotne cierpienie tkwi w trzustce.

Istnieją wreszcie przypadki neurastenii, gdzie otrzymujemy pozytywną reakcję CAMMIDGE'a, lecz gdzie nie można jeszcze powiedzieć, czy zaburzenia trzustki stanowią przyczynę, czy też rezultat stanu neuropatycznego.

Leczenie w przypadkach lekkich w początku winno być czysto dyetetyczne. Ewentualny zabieg chirurgiczny może być trojakiego rodzaju: *laparotomia probatoria*, *cholecystostomia* i *cholecystenterostomia*.

Pierwsza z nich daje często wyśmienite wyniki: działa ona zapewne niszcząc zrosty i zmniejszając przeto napięcie gruczołu, a być może, i przepędzając dalej jaki kamyczek, zamykający kanał. *Cholecystenterostomiam* stosowano przeważnie wówczas, gdy istniało podejrzenie na raka trzustki.

Wreszcie WATSON rozważa, kiedy należy przystępować do zabiegu chirurgicznego: w przypadkach żółtaczki przewlekłej, zależnej od kamienia w przewodzie żółciowym, wyczekiwanie jest niebezpieczne — w ten sposób dajemy czas, aby zapalenie objęło trzustkę. W przypadkach zapalenia trzustki bez żółtaczki, których cechą znamioną stanowią zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, autor nie radzi śpieszyć się z operacją, ponieważ tu często wystarcza leczenie środkami wewnętrznymi.

(*The Lancet*, 1908, 21 list.)

W. Dobr.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 3-go lutego 1909 r.

FR. KIJEWSKI odczytał rzecz p. t. „O torbielach trzustki”. Praca ta znajduje się w dzisiejszym numerze *Gazety Lekarskiej* w całości.

W dyskusji prof. KRYŃSKI zaznacza, że w sprawie torbieli trzustki trudno obecnie powiedzieć coś nowego po szeregu prac z ostatniego dziesiątku lat, wyświetlających dokładnie tę kwestyę. Dość wspomnieć o monografii KOERTE'go, referacie ROBSON'a, wreszcie polskich pracach HERMANA i JASIŃSKIEGO z kliniki RYDYGIERA. Z pomiędzy 3-ch przypadków prelegenta w 2-u stwierdzono, jako czynnik przyczynowy, uraz brzucha. Nasuwa to wątpliwość, czy w przypadkach tych miano istotnie do czynienia z torbielami rzeczywistymi, czy też były to t. zw. torbiele wrzekome, powstałe wskutek wylewu krwi do rozdartego mięszu gruczołu lub też pod otoczkę surowiczą przedniej jego powierzchni. Wyświecić kwestyę tę mogłoby tylko badanie mikroskopowe ściany torbieli.

Przekłucie próbne przez powłoki brzuszne, stosowane w celu rozpoznawczym, i KRYŃSKI, zgodnie ze zdaniem prelegenta, stanowczo potępia, zresztą zarówno w torbielach trzustki, jak w przypadkach guzów jamy brzusznej, ze względu na poważne niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej. Co się tyczy strony operacyjnej, uważa, że dążyć zawsze należy do wycięcia całej ściany torbieli. Wycięcie częściowe z wszyciem w ścianę brzuszną ma niewątpliwie zaletę zabiegu o wiele krótszego i łatwiejszego, lecz wadą jego jest to, że nie zabezpiecza od nawrotu, a daje przetoki częstokroć gojące się bardzo długo.

Prof. PRZEWOSKI z powodu przemówienia prof. KRYŃSKIEGO szczegółowo wyjaśnia pojęcie torbieli wrzekomej i istotnej w tłumaczeniu anatomicznem.

KRAUZE spostrzegał i operował dwa przypadki torbieli trzustki, z tych jeden na tle kamicy żółciowej. W przypadku tym, po okresie dwuletnim bólów żółciowych, chora zauważyła wypuklenie w dołku. Guz był okrągły, o ścianach napiętych, chełbocący, mało bolesny przy ucisku. Przez wzdęcie sztuczne żołądka stwierdzono, że guz znajduje się poza żołądkiem. Przy operacji, w uspieniu chloroformowem, ujawniła się przynależność guza do trzustki. Dostęp do guza, z powodu silnych zrostów dookoła, osiągnięto z wielką trudnością i tylko na nieznacznej przestrzeni. Zapomocą trójgrzańca wypuszczono zeń płyn ciemno-brunatny w ilości około litra; otwór z przekłucia rozszerzono i brzegi przszyto do otrzewnej ściennej. Równocześnie stwierdzono w pęcherzyku żółciowym znaczną ilość kamieni i wykonano z tego powodu cholecystotomię. Po kilku tygodniach obie rany zagoiły się bez przetok. W drugim przypadku chory zgłosił się do szpitala z powodu bólów napadowych w lewym podżebrzu. Zabieg operacyjny wykonano jak powyżej [przekłucie i wszycie brzegów torbieli do otrzewnej ściennej]. Płyn wypuszczony w ilości 1125 ctm. sz., barwy słomkowo-żółtej, o c. wł. 1005, zawierał białko, włóknik, liczne czerwone krążki krwi; żadnych fermentów. Na zasadzie swoich przypadków KRAUZE jest zdania, że zwłaszcza tam, gdzie są mocne zrosty, nie należy kusić się o wycięcie torbieli doszczętne, tem bardziej, że przez wszycie ściany torbieli do otrzewnej ściennej, można osiągnąć wynik pomysłny.

MALINIAK spostrzegał w oddziale JANOWSKIEGO przypadek po urazowej torbieli trzustki, w którym guz chełbocący stwierdzono w prawem podżebrzu. Przypuszczano początkowo bąblowic wątroby, jednakże badanie płynu, otrzymanego przez nakłucie guza, przypuszczenia tego nie potwierdziło. Operację wykonał LEŚNIEWSKI. Analiza płynu z przetoki wykazała c. wł. 1008, niewielką zawartość białka, zaczyny—trypsynogenu, lipazy i diastazy, słabe hemolizyny. Przetoka zagoiła całkowicie w przeciągu 11-u tygodni po zastosowaniu, w myśl zaleceń WOHLGEMUTH'a, diety antydiabetycznej [tłuszcze i białko, z wyłączeniem węglowodanów] z dodatkiem wdwęglanu sodu. Wpływ diety na wydzielanie trzustkowe był w tym przypadku wydatny: gły po śniadaniu z dwu kubków heroaty i bułki wydzieliło się z przetoki w prze-

ciągu 5-u godzin 70 ctm. sz. płynu, to po śniadaniu z dwu szklanek mleka w tym samym przeciągu czasu zdołano otrzymać zeledwie 12 ctm. sz. płynu.

STARKIEWICZ zaznacza, że, omawiając dyagnostykę swoich przypadków, prelegent ogólnikowo tylko wspominał o ujemnym wyniku badania moczu i kału. O ile przypadki te spostrzegane były w ostatnich latach, dodatkową wskazówkę uzyskać można było z t. zw. odczynu trzustkowego, zaproponowanego w r. 1904 przez CAMMIDGE'a. Wprawdzie dla odczynu tego w ostatnim czasie spotyka się dość liczne zastrzeżenia, notowany jest, prócz trzustki, również w cierpieniach innych narządów, jednakże podnieść należy, że według badań FIORRO'a, ROBSON'a i VALSON'a, odczyn ten właśnie w ostrych cierpieniach trzustki i mianowicie w torbielach krwawych, znajdowano zawsze dodatni. Oczywiście, odczynu CAMMIDGE'a nie należy jeszcze uważać za obowiązujący ze względu na nieustaloną dotąd ostatecznie jego wartość dyagnostyczną, lecz właśnie dla ustalenia tej jego wartości wykonywanie próby w przypadkach odnośnych jest pożądane.

RZĘTKOWSKI przypisuje próbie CAMMIDGE'a poważne znaczenie rozpoznawcze, omawia w krótkości jej technikę i zasadę i zaznacza, że w jego badaniach, wykonywanych od lat kilku, odczyn ten bywał dodatni we wszystkich autopsyjnie stwierdzonych przypadkach spraw trzustkowych. Pospolite badanie moczu i kału w torbielach trzustki rzadko daje wskazówki dyagnostyczne; wykonywanie odczynu CAMMIDGE'a R. uważa tu za niezbędne.

PRUSZYŃSKI podnosi, że w rozpoznaniu cierpień trzustki częstokroć zawodzi i badanie fizykalne i chemiczne. Odczyn CAMMIDGE'a opiera się na poszukiwaniu ciała dotąd nieznanego i również często zawodzi.

Sok trzustkowy ludzki pierwszy rozbiierał u nas J. ZAWADZKI w pracowni L. NENCKIEGO. P. dokonał rozbioru tego w dwu przypadkach. W jednym c. g. płynu wynosił 1,0098, ilość części stałych 2,5^o%; z fermentów stwierdzono tylko dyastatyczny. W drugim przypadku [operowanym przez F. KIJEWSKIEGO], który P. zbadał wspólnie z panną EHRLICH z Bernu, sok ten zawierał wszystkie fermenty. P. sądzi, że zakres działania chirurga w chorobach trzustki jest bardzo ograniczony. Rozpoznanie wzmózonej lub upośledzonej czynności tego narządu jeszcze nie weszło na drogę praktyczną; leczenie niewątpliwie polegać będzie na wprowadzeniu ciał czynnych, któreby mogły wywrzeć wpływ na upośledzone funkcje tego narządu.

ANASTAZY LANDAU podnosi fakt, że w jednym z przypadków PRUSZYŃSKIEGO w soku trzustkowym stwierdzono tylko ferment amylolityczny, a nie znaleziono fermentu proteolitycznego. Tłómaczy się to tem, że sok trzustkowy nie zawiera czynnego fermentu trawiącego białko, a tylko jego zymogen, który i zechodzi w postać czynną dopiero po dodaniu enterokinazy, wydzielonej przez błonę śluzową dwunastnicy. Tak właśnie było w przypadku MALINIAKA. Co się tyczy odczynu CAMMIDGE'a, to L. jest zdania, że nie podobna uważać go za swoisty i ze względu na niezajomość zupełną ciała, stanowiącego o istocie odczynu, i ze względu na to, że próba ta, jak świadczą ostatnie prace, oparte na obfitym materiale klinicznym, bywa dodatnią w przypadkach ze zdrową trzustką i odwrotnie—ujemną w przypadkach z wybitnem schorzeniem tego narządu. Wreszcie L. podkreśla znaczenie diety bezwęglowodanowej dla gojenia się przetok trzustkowych. Dodawanie do tej diety wielkich dawek alkali [do 30-u gram. na dobę] ma na celu zmniejszenie kwaśności soku żołądkowego, która silnie pobudza wydzielanie trzustkowe.

RZĘTKOWSKI zaznacza, że badany przezeń szczegółowo w jednym przypadku płyn z torbieni trzustki zawierał również wyłącznie zaczyn dyastatyczny. Zdaniem R., wystarcza to zupełnie dla rozpoznania pochodzenia płynu, obecność w nim bowiem zaczynów proteolitycznego lub rozkładających tłuszcze, mogłaby naprowadzać na myśl, że mamy do czynienia z sokiem trzu-

stkowym. R. zastrzega się, że nie uważa odczynu CAMMIDGE'a za jedyny pewny objaw cierpienia trzustki, lecz sądzi, że posiada on znaczenie wydatne, jako jedno z danych klinicznych w całościobiorze objawów.

FR. KIJEWSKI odpowiada, że rozpoznawanie w swoich przypadkach ustalał po dokładnej, parotygodniowej obserwacji chorych; opierał je zaś na danych badania fizykalnego. Próby CAMMIDGE'a nie wykonywał. Nie wykonano jej też ani w jednym przypadku z pośród 200-u przezeń zebranych. Szczegółowe badanie płynu z przetoki w jednym z jego przypadków wykonał PRUSZYŃSKI i dane te obiecał ogłosić.

W. Starkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— W sprawie epidemii tyfusu plamistego.

Z całego szeregu panujących u nas obecnie chorób zakaźnych, najpoważniejsze refleksje budzi tyfus wysypkowy. Choroba ta od dłuższego już czasu stale grasuje u nas i właściwie należy ją uważać za panującą nagminnie, jakkolwiek nasilenia jej, przypadające przeważnie w miesiącach zimowych, czynią wrażenie nagłego wybuchu epidemii, których natężenie jest tem większe, im warunki zdrowotne są gorsze, im bardziej wzrasta nędza, spowodowana brakiem pracy i droższymi niezbędnymi potrzebami życia. Ponieważ żadnego z tych warunków, sprzyjających szerzeniu się epidemii, nie brak w obecnej chwili, przeto z obawą musimy spoglądać na cyfry, wskazujące na zwiększanie się z tygodnia na tydzień liczby zachorowań na tyfus wysypkowy. Szczególniej groźnie przedstawia się wzrost epidemii w ostatnim tygodniu ubiegłego miesiąca, liczba bowiem chorych na tyfus wysypkowy, przybywających do szpitali, tak się zwiększyła, że szpital Żydowski nie posiada już dla nich miejsc wolnych, a szpital Św. Stanisława, z wyjątkiem jednego pawilonu, został przeznaczony wyłącznie tylko dla chorych tyfusowych. Dość powiedzieć, że w ciągu ostatniego tygodnia ubiegłego miesiąca do szpitala Św. Stanisława przybyło 45-u chorych, dotkniętych tyfusem wysypkowym, t. j. tyle ile w ciągu całego miesiąca stycznia i że bywały dnie w których od razu przybywało po kilkunastu chorych.

Obawa, że wzrost epidemii tyfusu wysypkowego może stać się groźnym, znajduje usprawiedliwienie także w niepokojących wieściach, jakie nadchodzą z innych miejscowości. Nie posiadamy w tej chwili wiadomości odnośnych co do Królestwa, niestety bowiem koledzy z prowincyi nie zasilają nas korespondencyami na ten temat, natomiast co do Cesarstwa nie brak w prasie lekarskiej bardzo alarmujących wieści. Leży oto przed nami ostatni numer tygodnika „Bolnicznaja Gazeta“, z którego przytaczamy co następuje: „epidemia tyfusu rozwinęła się w Rosyi w stopniu nader groźnym; napływające o tem wieści z dnia na dzień stają się coraz bardziej niepokojącymi; teren, zajęty przez epidemię, rozszerza się coraz więcej. Szczególniej na południu szerzy się ona w sposób groźny“. Dalej następuje wykaz całego szeregu miast, jak oto: Kijów, Charków, Jekaterinburg, Nowogród, Moskwa i t. d., z których przytoczono korespondencye, dosadnie malujące rozmiary klęski. Wreszcie „Bolnicznaja Gazeta“ rzuca pytanie, jakie są przyczyny szerzenia się epidemii, i z całą stanowczością odpowiada, że kraj zawdzięcza szerzenie się tyfusu plamistego więzieniom, których przepełnienie i złe warunki higieniczne wysoce sprzyjają temu. Na dowód zaś przytacza cały szereg danych z różnych miejscowości, w których epidemia grasuje wśród więźniów i stąd szerzy się na mieszkańców.

Ponieważ warunki wymienione przez gazetę są wspólne wszystkim miejscowościom na całym obszarze państwa, i u nas nie brak ich z pewnością, przeto z gó-

ry można się było spodziewać powtórzenia się tego samego w Warszawie, a może i w całym kraju. Istotnie, w ostatnich czasach do szpitali warszawskich napływa coraz większa liczba chorych tyfusowych z więzień i aresztów policyjnych, a świeżo wydany okólnik naczelnika głównego Zarządu więziennego w sprawie rozporządzeń, dotyczących walki z epidemiami w więzieniach, dowodzi, że stan zdrowotny tych instytucji wymaga specjalnych zarządzeń. Jednocześnie z tem, liczba chorych tyfusowych, przybywających do szpitali z miasta, jak to wyżej nadmieniliśmy, wzrasta znacznie, szczególnie w ostatnim tygodniu i gdyby szło tak dalej, to wkrótce zabrakłoby miejsc wolnych i trzeba by myśleć o otwarciu tymczasowych szpitali dla chorych na tyfus plamisty. Czy jednakże magistrat nasz, któremu zwykle, gdy chodzi o sprawy szpitalnictwa, brak jest środków, pomyśli zawczasu o tem, żeby wrazie rozszerzenia się epidemii tyfusu plamistego przygotować dla ofiar jej miejsca w szpitalach bez uszczuplenia oczywiście liczby miejsc dla innych chorych, o tem przesądzać nie śmiemy.

Należałoby pamiętać, że możliwość szerzenia się epidemii tyfusu plamistego już od dłuższego czasu była przewidywana przez władze odnośne i że rezultatem tych przewidywań było wydanie jeszcze w lipcu roku ubiegłego przez Komisję do zapobiegania i zwalczania dżumy przepisów i środków, jakie powinny być przedsiębrane do zwalczania tyfusu plamistego.

— **Choroby zakaźne w Warszawie.** W ciągu tygodnia od dnia 14-go do 20-go lutego do szpitali warszawskich przybyło 104-ch chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 8, szkarlatynę 7, odrę 4, tyfus plamisty 38, tyfus brzuszny 15, gorączkę powrotną 4, błonicę i krup 4, dyzenteryę 1, influencę 8, różę 15. Jednocześnie w tymże tygodniu zmarło: na ospę 1, tyfus wysypkowy 5, tyfus brzuszny 1.

— Koledzy, którzy stale zdają sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych, proszą autorów o nadsyłanie im odbitek. Stałymi sprawozdawcami są:

Z e w s z y s t k i c h d z i a ł ó w: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes prof. dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift), dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieckij prospek 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny t e o r e t y c z n e j: prof. dr S. Bądryński, Lwów, Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.). Prof. dr H. Hoyer, Kraków, Św. Anny 6 („Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte“, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny w e w n ę t r z n e j: (w zakresie gruźlicy) dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z c h i r u r g i i: dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie); z n e u r o l o g i i: dr K. Orzechowski, Wiedeń, XVII/2, Zwerngasse 18 („Folia neurobiologica“ i Groningen „Epilepsia“ Budapeszt); z p e d y a t r y i: prym. dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch f. Kinderheilkunde), dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift f. Kinderheilkunde), z g i n e k o l o g i i: dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), dr Ehrlich, Przemyśl (Monatshefte f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z l a r y n g o l o g i i i o t y a t r y i: dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschrift f. Ohrenheilkunde [Berlin], Journal of Laryng. etc. [Londyn], Annals of Otolaryng. etc. [St. Louis]), dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv f. Ohrenheilkunde); z d e r m a t o l o g i i: dr Leon Feuerstein, Lwów, Św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatschrift f. praktische Dermatologie); z h y d r o t e r a p i i: doc. dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschrift f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z e l e k t r o l o g i i: dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschrift f. Elek-

trologie, Annales d'electrol., Archiv f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Więstnik Oftalmologii); z historyi medycyny: dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcja „Przeglądu Lekarskiego“ uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

[Przegl. Lek. Nr. 8].

— Drugi Zjazd balneologiczny polski odbędzie się w Krakowie dnia 23-go i 24-go kwietnia [piątek i sobota] 1909 r. W sprawach Zjazdu zgłaszać się można do Sekretarza Tow. Balneologicznego dra ZANIETOWSKIEGO [Kraków, Batorego 1]. Udział w Zjeździe wynosi 10 koron, które również należy nadsyłać pod wskazanym adresem.

— Do polskiego Komitetu XIV międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Budapeszcie Towarzystwo Lekarskie Warszawskie wybrało kol. JÓZEFA JAWORSKIEGO, prof. KRZYŃSKIEGO i kol. L. LUBLINERA; wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu wybrał: T. DEMBIŃSKIEGO, P. GNATKOWSKIEGO i ST. ŁAZAREWICZA.

— Drugi międzynarodowy Zjazd w sprawie nieszczęśliwych wypadków odbędzie się w Rzymie 23-go maja r. b. pod honorowem przewodnictwem prof. BACCALI'ego i DURANTE'go. Prezesem Zjazdu jest profesor medycyny sądowej ORTOLENGHI. Tematy do rozpraw są następujące: 1. Organizacja lekarska w przypadkach nieszczęśliwych. 2. Organizacja służby sądowo-lekarskiej i zasady orzeczeń. 3. Stwierdzenie i rokowanie nerwic urazowych. 4. Ocena zdolności do pracy przed wypadkiem i po wypadku. 5. Wpływ rodzaju odszkodowania na przebieg nerwic urazowych. 6. Statystyka lekarska i prawodawstwo. 7. Czynnosiowe dopasowanie uszkodzonych kończyn. 8. Choroby serca a urazy. 9. Udawanie. 10. W jakich zakładach najlepiej leczy się uszkodzonych wskutek wypadków. Udział w Zjeździe wynosi 20 franków; na kolejach i statkach włoskich uczestnicy otrzymują znaczne zniżki.

— Towarzystwo Lekarskie Łódzkie zajęło się zorganizowaniem statystyki gruźlicy w Łodzi i jej okolicach na XI Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich.

— O przepełnieniu szpitali dają wyobrażenie stosunki w Piotrkowie, gdzie w dwu szpitalach miejskich na 60-u łózkach etatowych znajduje się 140-u chorych.

— W jednym z powiatów guberni Kostromskiej wszyscy lekarze ziemscy porzucili służbę, motywując swe postanowienie stałem ignorowaniem przez Urząd powiatowy wszystkiego tego, co dotyczy spraw lekarskich i lekarzy. Wskutek tego Urząd w „Głosie Moskwy“ zachęca lekarzy do objęcia wakujących posad, lecz żąda od kandydatów, aby byli „umiarkowanego sposobu myślenia, nie więcej lewi niż październikowcy i zdolni do wypełniania przepisów i warunków służby ziemskiej“ (Ście!).

[Wraciz 1909, Nr. 6.].

— Zmarł w Sobotach dr STANISŁAW TREPIŃSKI, który stale wśród Kaszubów mieszkając, przez lat 15 pracował nad ich uświadomieniem narodowem, i który wogóle duże położył zasługi jako działacz społeczny. Jako lekarz cieszył się dużem uznaniem nie tylko wśród przyjezdnej ludności polskiej, lecz i wśród stale mieszkających tam niemców.