Nr. 32. Warszawa, d. 27 Lipca / 8 Sierpnia 1896 r. Serya II.
Tom XVI. Rok XXXI.

GAZETA LEKARSKA.

I. O ELEKTRYCZNEM PRZEŚWIETLANIU ŻOŁĄDKA W CELACH ROZPOZNAWCZYCH.

Przez

Mikołaja Rejchmana.

Dziwić się nie można, iż od czasu, gdy zastosowano elektryczność do otrzymywania światła, powstała wśród lekarzy dążność do zużytkowania tego wynalazku w celach rozpoznawczych; rozpoznawanie bowiem odnosi wielkie korzyści ze światła bez względu na źródło, z jakiego to światło pochodzi: pozwala nam ono obejrzeć nie tylko powierzchnię ciała, ale nawet niektóre kanały i jamy, do których za pomocą odpowiednich przyrządów wpuścić promienie światła możemy. Tutaj korzystamy z tych promieni, które na daną powierzchnię padają i od niej się odbijają, czyli, które ją oświetlają. Prócz tego korzystać też w celach rozpoznawczych możemy z promieni, przenikających rozmaite tkanki i płyny ustroju, t. j. z prześwietlania tych tworów. Za pomocą tego ostatniego jesteśmy w możności wyrobić sobie pojęcie o stanie kości, o składzie niektórych guzów, jakoteż o wielkości, położeniu i zawartości pewnych jam ciała. W tym celu musimy źródło, wydające promienie światła, umieścić w bliskości odpowiedniej jamy, albo też, o ile to jest możliwe, wprowadzić je do wnętrza tej jamy. Stało się to ostatnie właściwie możliwem do wykonania dopiero wówczas, gdy, jako źródła światła, zaczęto używać elektryczności; wynalazek ten bowiem dał nam możność otrzymywania światła w przestrzeniach, tlenu nie zawierających, za pomocą małych stosunkowo i dogodnych przyrządów, łatwych do wprowadzenia wewnątrz jam ciała. Już w roku 1867 Milliot zdołał prześwietlić pęcherz moczowy i żołądek u zwierząt i na trupach ludzkich promieniami światła, pochodzącego z rozżarzonego za pomocą elektryczności i ukrytego w rurce szklanej drutu platynowego. Był to zbyt niedogodny przyrząd, który do prześwietlania jam ciała u chorych nie nadawał się. Dopiero we dwadzieścia dwa lata później, dzięki Eddisson'owi, który zbudował taką lampkę elektryczną, jakiej obecnie używamy, mógł Einhorn [1]) prześwietlić żołądek u osoby żywej. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w New-Yorku 4 listopada 1889 r. Einhorn

[1]) New-Yorkes Medicinische Monathschrift. November 1889.

przedstawił przyrząd do prześwietlania żołądka, jakoteż zdemonstrował tę manipulacyę na chorym, dotkniętym rozszerzeniem żołądka. Przyrząd Einhorn'a składał się z Nelaton'owskiego zgłębnika żołądkowego, do którego dolnego końca wsuniętą była mała żarowa lampka elektryczna. Promienie światła przedostawały się przez okienka zgłębnika. Większa część powierzchni lampki zużytkowaną być nie mogła, będąc pokrytą gutaperkową ścianą zgłębnika. Przyrząd ten był wprowadzony do żołądka, napełnionego jedną lub dwiema szklankami wody. Einhorn sądził, że za pomocą prześwietlania będzie można oznaczyć postać i położenie żołądka, a może i rozpoznać pewne anatomiczne zmiany przedniej ściany tego narządu. U chorego, którego demonstrował, można było przez ścianę brzuszną zobaczyć położenie dolnej granicy żołądka w okolicy pępka. W r. 1892 Heryng i Rejchman [1]) zajęli się oceną rozpoznawczego znaczenia prześwietlania żołądka za pomocą udoskonalonego przez nich przyrządu. Przyrząd taki powinien zadość czynić następującym warunkom:

1) musi tak być zbudowany, żeby mógł być łatwo do żołądka wprowadzonym;

2) nie powinien szkody badanej osobie przynosić;

3) powinien dawać światło potrzebnego natężenia.

Warunkom tym w zupełności zadość uczynił przyrząd, składający się ze zwykłego Nelaton'owskiego zgłębnika żołądkowego z obciętym, ponad okienkiem, dolnym końcem, z wprawionej w ten koniec wydłużonej lampki Eddison'a, otoczonej szklanym pancerzem o mocnych, grubych ścianach. Przewodniki od lampki idą w tym przyrządzie przez zgłębnik do otworu górnego dla połączenia się z maszyną elektryczną lub z akumulatorem. Pomiędzy pancerzem szklanym a lampką znajduje się warstwa powietrza, która chroni pancerz od zbyt silnego rozgrzania. Pierwsze doświadczenie robiliśmy za pomocą przyrządu pomysłu Heryngа; pomiędzy szklanym pancerzem a lampką przepływał strumień wody zimnej. Wkrótce się przekonałem, że to ochłodzenie lampki przy zwykłych badaniach, niezbyt długo trwających, jest niepotrzebne. W mniej złożonym przyrządzie bez przepływu wody, jakiego do badań moich używam, sam szklany pancerz i warstwa powietrza dostatecznie chronią żołądek od oparzenia. Muszę jednakże przyznać, że przy zbyt długiem działaniu lampki pancerz się zbyt silnie ogrzewa tak, że w tych razach, w których badanie za pomocą prześwietlania musi trwać dłużej, naprzykład 5 lub więcej minut, bezpieczniej jest używać lampki z przyrządem ochładzającym.

Przy badaniach naszych, w 1892 r. wykonanych, przekonaliśmy się o następujących faktach:

1) najlepiej daje się żołądek prześwietlać w stojącem położeniu osoby badanej;

---

[1]) Gazeta Lekarska. 1892 r. str. 193. Terapeut. Monatshefte. März. 1892.

2) żołądek czczy lub powietrzem napełniony daje się na nieznacznej tylko przestrzeni prześwietlić, t. j. w tych tylko częściach, obok których znajduje się wprowadzona do żołądka lampka;

3) żołądek, napełniony pokarmem, *resp.* mlekiem, daje się prześwietlić też tylko na małej przestrzeni, na mniejszej nawet, niż żołądek czczy lub powietrzem napełniony;

4) największą plamę świetlną daje żołądek, napełniony wodą w ilości 500—2000 ctm. sześć.;

5) prześwietlić się daje nie tylko średnia i dolna część żołądka, t. j. te części, które się stykają ze ścianą brzuszną, ale przy wyciąganiu lampki można też prześwietlić i górną część żołądka, t. j. tę część, która się znajduje we wklęsłości przepony w przestrzeni półksiężycowej Traube'go poza dolnemi lewemi żebrami;

6) nie tylko więc położenie dolnej, ale i górnej granicy żołądka za pomocą prześwietlania może być oznaczone;

7) przy wprowadzaniu lampki świecącej do żołądka ani wątroba, ani śledziona prześwietlić się nie dają;

8) granica plamy świetlnej od góry przy głębokiem wprowadzeniu lampki odpowiada dolnemu brzegowi wątroby, a granice boczne plamy świetlnej, na lewej stronie klatki piersiowej u dołu przy wyciąganiu lampki zjawiającej się, odpowiadają brzegowi lewemu wątroby i brzegowi przedniemu śledziony;

9) za pomocą prześwietlania żołądka można zatem określić nie tylko wielkość i położenie żołądka, ale w pewnej mierze wielkość oraz położenie wątroby i śledziony;

10) na odpowiadającej żołądkowi plamie świetlnej znajdują się ciemniejsze, podłużne, grubsze i cieńsze pasma, które widocznie odpowiadają prostym mięśniom brzucha, jakoteż żyłom podbrzusznym dolnym.

W tymże roku 1892 Renvers w Berlinie prześwietlał żołądek za pomocą udoskonalonego przez nas przyrządu i przekonał się, że przy głębokiem wprowadzeniu lampki do czczego żołądka powstaje plama świetlna na linii pępkowej lub pod nią, co uważał za skutek zepchnięcia ku dołowi wielkiej krzywizny żołądka przez napierającą od góry lampkę.

W roku 1893 Kuttner i Jacobson [1]) wykonali liczne badania nad prześwietlaniem żołądka u trupów i u osób żyjących; używali oni takiego przyrządu, jak nasz, z tą modyfikacyą, że wewnątrz szła rurka aż do otworu, znajdującego się u dolnego końca przyrządu tuż nad lampką, przez którą to rurkę mogli do żołądka wlewać lub wypuszczać taką ilość wody, jaką za stosowne uważali. Robiąc bardzo liczne doświadczenia, badacze ci przyszli do przekonania, że powstała po wprowadzeniu świecącej lampki do żołądka plama świetlna odpowiada mniej więcej postaci, położeniu i wielkości żołądka. Jakkolwiek leżące obok żołądka kiszki przeświecają również i przyczyniają się w ten sposób do zwiększenia plamy świetlnej, to jednakże łatwo tę część pla-

[1]) Berliner klin. Woch. Nr. 39 i 40.

my odróżnić z powodu mniejszego natężenia światła w porównaniu z plamą świetlną żołądka. Według Kuttner'a i Jacobson'a, jeżeli dolna granica plamy świetlnej znajduje się poniżej pępka, to jest to dowodem zniżenia albo opuszczenia żołądka. Rozszerzenie żołądka (*dilatatio*) od opuszczenia (*gastroptosis*) daje się przy prześwietlaniu odróżnić w ten sposób, że przy głębokich ruchach oddechowych w pierwszej ze wzmiankowanych chorób plama świetlna wyraźnie posuwa się ku górze i ku dołowi, przy opuszczeniu się żołądka porusza się ta plama bardzo mało lub wcale się nie porusza. Kuttner i Jacobson przekonali się też, że za pomocą prześwietlania dają się wykryć takie nowotworowe zgrubienia w przedniej ścianie żołądka, których wymacać jeszcze nie można i że o rozmiarach i umiejscowieniu większych guzów żołądka można sobie dobre za pomocą prześwietlania wyrobić pojęcie.

Rok 1895 przyniósł nam dwie prace, mające dla nas wielką praktyczną doniosłość: jedną jest praca Meltzing'a pod tytułem „*Magendurchleuchtungen, Untersuchungen ueber Grösse, Lage und Beweglichkeit des gesunden und kranken menschlichen Magens*“ [1]); druga praca, nagrodzona w Rostoku, napisaną została przez Schwartz'a p. t. „*Ueber den diagnostischen Werth der elektrischen Durchleuchtung menschlicher Körperhöhlen* [2]).

Z bardzo licznych badań Meltzing'a, wykonanych na osobach zdrowych i chorych, okazało się, co następuje: czczy żołądek zajmuje w okolicy nadbrzusznej daleko większą przestrzeń, niż dotychczas sądzono. Wyniki prześwietlania czczego żołądka okazały się bardzo zależnymi od położenia osoby badanej: w położeniu stojącem przeświecała najczęściej na brzuchu wielka krzywizna, w położeniu zaś leżącem najczęściej dno żołądka na przedniej i bocznej powierzchni lewej połowy klatki piersiowej. W stanach fizyologicznych przy stopniowem napełnianiu żołądka wodą w ilości 400 do 1500 ctm. sześc. plama świetlna posuwa się nie ku dołowi, lecz na prawo od linii środkowej, to znaczy, iż przy stopniowem, coraz większem napełnianiu wodą żołądka nie rozciąga się on ku dołowi, lecz ulega rozszerzeniu ta część żołądka, która się znajduje na prawo od linii pośrodkowej ciała, t. j. tak zwana część przedodźwiernikowa (*pars praepylorica*). Plama świetlna napełnionego wodą żołądka sięga niżej w położeniu stojącem badanej osoby, niż w położeniu leżącem; zresztą wielkość i postać tej plamy w obu razach niczem się od siebie nie różnią. To nizkie położenie plamy świetlnej w pozycyi stojącej zależy, według Meltzing'a, od opuszczania się wątroby i żołądka. Skora badana osoba stoi i wykonywa głębokie ruchy oddechowe, to obraz świetlny żołądka wcale swego położenia nie zmienia; skoro zaś ta osoba się położy i również głęboko oddecha, to plama świetlna robi znaczne ekskursye ku dołowi przy wdechaniu, a ku górze przy wydechaniu. Fakt ten zupełnie nie zależy od nienormalnego położenia żołądka, lecz daje się zauważyć u wszystkich badanych w położeniu leżącem osób. Na uwagę zasługuje stosunkowo częste napoty-

[1]) Zeitschr. für klin. Medicin. Band 27. 1895.
[2]) Beiträge z. klin. Chirurgie. B. 14. 1895.

kanie przez Meltzing'a wielkich fizyologicznych żołądków (*physiologische Megalogastrie*).

W przypadkach chorobowych zauważył Meltzing następujące przy prześwietlaniu szczegóły.

U osób, dotkniętych rozszerzeniem żołądka wskutek zwężenia odźwiernika, rozszerzoną okazała się ta część żołądka, która się znajduje na lewo od części odźwiernikowej. Dno żołądka i odźwiernik pozostają w położeniu prawidłowem. Rozpoznanie tych zmian jedynie tylko za pomocą prześwietlania uskutecznionem być może, gdyż i prawidłowe żołądki mogą dawać, według Meltzing'a, takież same duże plamy świetlne.

U osób, dotkniętych rozszerzeniem żołądka wskutek niedomogi ruchowej, napełniony wodą żołądek w niezwykły sposób rozszerza się daleko ku stronie prawej, a dolna granica jego pozostaje w miejscu prawidłowem; mamy więc tutaj rozszerzenie przeważnie części przedodźwiernikowej (*pars praepylorica*). Plamy świetlne czczego żołądka znajdują się w tych przypadkach dość wysoko na linii pępkowej lub też nad nią.

U osób, dotkniętych niedomogą ruchową żołądka [bez rozszerzenia], otrzymuje się na czczo dużą plamę świetlną, taką samą, jak przy umiarkowanem napełnieniu wodą prawidłowego żołądka, a obraz świetlny tak czczego, jak i napełnionego wodą żołądka, rozprzestrzenia się bardziej na prawo, niż w stanach prawidłowych.

Według Meltzing'a, można za pomocą prześwietlania wykryć nieprzyrosłe raki odźwiernika, które przy napełnianiu żołądka wodą posuwają się od strony lewej ku prawej, rozszerzając w tym kierunku obraz świetlny żołądka.

Opuszczenie żołądka (*gastroptosis*), według zdania Meltzing'a, wbrew twierdzeniu Kutner'a i Jacobson'a, nie może być rozpoznanem z ruchów plamy świetlnej przy oddechaniu, lecz tylko z jej postaci i położenia.

Schwartz wykonał bardzo systematyczne badania nad przeświecaniem nie tylko jam ciała, lecz i rozmaitych tkanek, nowotworów i produktów chorobowych. Badania te mają dla naszego przedmiotu bardzo ważne znaczenie, ponieważ promienie świetlne, zanim dojdą do naszego oka z lampki, umieszczonej w żołądku, muszą przejść przez ścianę żołądka, otrzewną, mięśnie brzucha, przez tkankę łączną podskórną, przez kości [żebra] i nakoniec przez skórę. Otóż, w pracy Schwartz'a znajdujemy szczegółowy opis wyników, jakie daje prześwietlanie tych wszystkich tkanek. Skóra, według Schwartz'a, głównie przepuszcza promienie świetlne, znaczną ich część odbija, niewiele promieni pochłania, a bardzo mało załamuje. Z tego powodu, jeżeli po jednej stronie skóry umieścimy lampkę elektryczną, otoczoną rurą gumową, szczelnie przystającą do skóry, to na drugiej powierzchni skóry ujrzymy plamę świetlną takiej postaci i wielkości, jakie posiada otwór rury gumowej, przystającej do przeciwległej powierzchni skóry; skóra więc jest tkanką, łatwo przepuszczającą promienie świetlne. Im skóra jest gładszą, tem łatwiej promienie świetlne przez nią przenikają, im zaś więcej posiada zmarszczek i fałd, tem więcej promieni załamuje, a mniej przepuszcza.

Inaczej rzecz się ma z tkanką tłuszczową. Przez nią przenikają również promienie światła, ale znaczna część tychże przedtem ulega w niej załamaniu i rozproszeniu. Prócz tego znaczna część promieni świetlnych od tkanki tłuszczowej się odbija. Wskutek tego załamywania się i rozpraszenia promieni świetlnych tkanka tłuszczowa prześwieca na daleko większej przestrzeni od tej, jaka została oświetloną, o czem doskonale przekonywa doświadczenie z lampką elektryczną, ukrytą w rurze gumowej, szczelnie przystającej do tkanki tłuszczowej, albo do fałdy skóry, zawierającej tkankę tłuszczową: plama świetlna na drugiej stronie tkanki tłuszczowej, albo takiej fałdy skórnej jest daleko większą, niż przestrzeń, przez lampkę oświecona.

Mięśnie w wysokim stopniu pochłaniają promienie światła tak, że grubsze warstwy mięśniowe zupełnie światła nie przepuszczają. Z doświadczeń Schwartz'a wynika, że przez mięśnie grubości 1,6 ctm. mogą jeszcze promienie świetlne przenikać [przy sile światła = 2½ normalnej świecy], cieńsze zaś mięśnie dobrze przeświecają. Mięśnie, pokryte skórą, przeświecają tak samo, jak odpowiednie mięśnie i skóra oddzielnie wzięte. Tkanka mięśniowa osłabia w znacznym stopniu przeświecanie tkanki tłuszczowej, jeżeli od razu przez te obie tkanki od strony mięśniowej światło przepuszczać będziemy.

Tkanka kostna przy sile światła = 1½ normalnej świecy prześwieca w warstwie grubości 1½ ctm.. Zbita tkanka kostna łatwiej prześwieca, niż gąbczasta. Gruczoły przeświecają z wielką trudnością. Również trudno przeświecają naczynia krwionośne.

Z nowotworów dobrze przeświecają tłuszczaki, włókniaki, śluzaki. Raki silnie pochłaniają promienie światła tak, iż w warstwie na 1 ctm. grubej, przy sile światła równej 1 normalnej świecy, nie przeświecają. Niektóre torbiele [np. bąblowcowe] przeświecają dobrze, inne źle, co zależy od anatomicznej budowy i od zawartości torbieli.

Co się tyczy przeświecania pojedynczych jam ciała, to kwestyą tą bardzo drobiazgowo Schwartz się zajmuje, szczególniej przeświecaniem zatok czołowych i jam Higmor'a. Kwestyę tę, jako mniej nas obchodzącą, możemy tutaj pominąć, co się zaś specyalnie tyczy przeświecania żołądka, to autor powołuje się głównie na streszczoną powyżej pracę Meltzing'a, sam zaś niewiele pod tym względem robił doświadczeń. Jedno tylko starał się rozstrzygnąć pytanie, mianowicie: o ile granice obrazu świetlnego odpowiadają rzeczywistym granicom żołądka. Tutaj, według Schwartz'a, mogą się wydarzyć dwojakiego rodzaju pomyłki. Obraz świetlny może mianowicie być większy lub mniejszy niż żołądek. Mniejszym obraz świetlny jest z tego powodu, że pewna część żołądka jest pokryta przez wątrobę i śledzionę, t. j. narządy, nie przepuszczające promieni świetlnych. Inne warstwy, oddzielające żołądek od oka obserwatora, mianowicie otrzewna, powięzie, mięśnie i żebra, niezbyt przenikaniu na zewnątrz światła przeszkadzają. Tylko u osób bardzo muskularnych przeświecaniu może stać na zawadzie gruba warstwa mięśniowa. Schwartz się przekonał, że kiszki nie przyczyniają się do zwiększenia obrazu świetlnego; pokazało się bowiem, że promienie światła bardzo źle przenikają przez kiszki, nie tylko wypełnione zawartością pokarmową lub kałową, ale na-

wet i przez kiszki puste, nie przepłukane czystą wodą. Ponieważ zaś u człowieka błona śluzowa kiszek, nawet tylko gazem wypełnionych, stale pokrytą jest przez warstwę mleczka albo kału, przeto przenikanie światła przez kiszki nie może nigdy być tak znaczne, żeby zdołało przeświecić leżącą przed kiszką część powłok brzusznych. W zupełnie innych, t. j. daleko lepszych pod tym względem warunkach, znajduje się ludzki żołądek, który bywa często zupełnie pusty i który wedle woli możemy opróżnić, dokładnie wypłukać i wodą czystą napełnić. Jeżeli sieć zawiera dużo tłuszczu, to przy użyciu silnego światła może dolna granica plamy świetlnej wypaść nieco niżej od dolnej krzywizny żołądka. Promienie światła, wychodząc z żołądka przez ścianę brzuszną, załamują się i rozpraszają znowu w tkance tłuszczowej podskórnej tembardziej, im grubszą przedstawia ona warstwę. Schwartz przekonał się na trupach, że to załamanie światła nie wielki wpływ na wielkość plamy świetlnej wywiera, jednakże czyni uwagę, że przy badaniu ludzi otyłych należy to rozpoznanie i załamanie promieni świetlnych mieć na względzie.

[D. n.]

II. O STOSUNKU NIEDOKRWISTOŚCI ZŁOŚLIWEJ DO ZANIKU BŁONY ŚLUZOWEJ ŻOŁĄDKA.

Podał

Franciszek Białokur [z Warszawy].

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 32].

Po rozpatrzeniu zebranych dotąd w nauce danych, przejdę do materyału własnego.

Miałem sposobność obserwowania czterech przypadków nieżytu zanikowego żołądka. Z nich trzy pierwsze miały przebieg tak podobny, że dość będzie, jeżeli jeden z nich opiszę, jako prototyp. Czwarty przypadek różni się od pierwszych 3-ch i nadaje się najbardziej do wyświetlenia kwestyi, jaki stosunek zachodzi pomiędzy niedokrwistością złośliwą, a zanikiem gruczołów trawiennych żołądka.

Przypadek I. Chory w wieku lat 71, murarz, przyszedł do polikliniki Boas'a w Berlinie ze skargą na ciśnienie w dołku, powstające zaraz po jedzeniu, na nieznaczne bóle, występujące napadami, na odbijanie puste. Zgagi nigdy nie było. Stan ten trwa już od 1½ roku. Pomimo tak długiego trwania choroby, wychudzenia chory nie zauważył. Pijał dość dużo [10 kufli piwa dziennie]. Przytem chory jeszcze opowiada, że po przyjęciu pokarmów doznaje uczucia zatrzymywania się tychże w przełyku. Wymiotów nigdy nie miewał. Zaparcie stolca w lekkim stopniu [raz na 3 dni stolec]. Oddaje niewiele moczu, koloru czerwonego. Łaknienie dobre. Znosi jednakowo wszystkie pokarmy. Badanie narządów wewnętrznych, za wyjątkiem języka obłożonego i braku zę-

bów, dało rezultat ujemny. Stan ogólny dobry. Znaczne pokłady warstwy tłuszczowej podskórnej.

Po wydobyciu zawartości żołądkowej, w godzinę po próbnem śniadaniu, okazało się, że zawartość ta jest wcale nie strawiona, bez żadnego zapachu i nie zawiera zupełnie śluzu. Miazga pokarmowa miała wygląd okruchów, rozmieszanych w wodzie. Kwaśność ogólna była nadzwyczaj mała (4). Ani wolnego, ani też związanego kwasu solnego nie było. Ani pepsyny, ani fermentu podpuszczkowego nie było wcale.

W danym przypadku o złośliwem cierpieniu mowy być nie mogło, a to dlatego, że chory doskonale wyglądał, nie miał nigdy wymiotów, zawartość jego żołądkowa nie miała żadnego zapachu cuchnącego, łaknienie było doskonałe i chory znosił jednakowo wszystkie pokarmy.

Ani zwężenia, ani nowotworu przełyku również nie było, ponieważ zgłębnik przechodził bardzo łatwo, nie było różnicy w przechodzeniu stałych i płynnych pokarmów, a wreszcie nie było zwracania dużych ilości śluzu, co się stale spotyka przy zwężeniach z powodu nieżytu i wytwarzania się uchyłków (*diverticuli*) powyżej zwężenia. Niedomogę ruchową także wykluczyć łatwo, dla braku wymiotów i nienormalnej fermentacyi. Mamy więc do czynienia z cierpieniem: *gastritis chronica atrophicans*, spowodowanem już to wiekiem, już też alkoholizmem.

Przypadek II. Katarzyna P., lat 36, panna, prasowaczka, wstąpiła do szpitala Dz. J. na oddział D-ra Karwowskiego 8-go grudnia 1895 roku.

Poprzednio zupełnie zdrowa, nigdy na nic nie chorowała; miesiączkowała prawidłowo; pierwszą miesiączkę dostała w 16 roku życia. Naraz we wrześniu tego samego roku zaczęła bez żadnej ważniejszej przyczyny wymiotować zaraz po jedzeniu i uczuwać bóle w dołku. W wymiocinach podobno widziała stale żółć. Wymioty te nie zależały od jakości spożytych pokarmów, prędzej ilość tych ostatnich wpływała na nie. Zgagi i odbijania nie było. Stolce przez cały czas trwania wymiotów oddawała po 2 —3 razy na dzień. W wymiotach i w stolcu krwi nigdy nie zauważyła. Mocz oddawała zaledwie dwa razy na dobę i to w małej ilości. W miarę, jak wymioty zaczęły trapić chorą, siły zaczęły ją stopniowo opuszczać, chora bladła coraz bardziej, przestała pracować [prasować] i nareszcie w początku listopada zmuszoną była położyć się do łóżka, w którem przeleżała aż do chwili wstąpienia do szpitala. W ostatnim miesiącu pobytu swego w domu zaczęła doznawać dreszczów w południe i zawrotów głowy przy każdej zmianie położenia poziomego na pionowe. Miesiączkowanie ustało od początku choroby. W ostatnich dniach pobytu w domu ustały też zupełnie wymioty, osłabienie zaś zwiększało się w dalszym ciągu, pomimo że chora znosiła już wszystkie pokarmy i trawiła je dobrze. Gdy żadne leki domowe nic nie pomagały, chora postanowiła wstąpić do szpitala.

Status praesens. Chora dobrze zbudowana, tkanka podskórna zawiera dużo tłuszczu, skóra woskowo-blada, z wyraźnym żółtawym odcieniem, błony śluzowe bardzo blade, białkówki żółtawe, na skórze niema żadnej wysypki, tylko w okolicy lędźwiowej niewielki obrzęk, gruczoły nigdzie nie powiększo-

ne. Źrenice reagują na światło i akomodacyę. Na szyi nic nienormalnego zauważyć się nie daje. Granice płuc normalne, oddech wszędzie pęcherzykowy. Serce rozszerzone w rozmiarze poprzecznym. Na miejscu *ictus cordis, art. pulmonalis* i nad tętnicą główną słychać wyraźne szmery skurczowe, a nad żyłą szyjową *bruit du diable* [bez skręcania głowy!].

Wątroba powiększona ku dołowi na dwa poprzeczne palce i wyczuwa się ją przy ruchach oddechowych. Śledziona także powiększona i wyraźnie wyczuwalna [1]).

Zmian żadnych w układzie nerwowym nie znalazłem [2]).

Brzuch nigdzie nie bolesny. Tylko przy wymacywaniu śledziony chora uskarża się na ból.

Okolica żołądka nie bolesna przy ucisku, a przy wymacywaniu uczuwa się wzmożoną odporność, spowodowaną powiększeniem wymiarów wątroby. W 3 godziny po spożyciu herbaty z bułką można jeszcze wywołać pluskanie, dochodzące aż do pępka. Po wstąpieniu chorej do szpitala wymiotów nie było wcale. Na czczo można było wypompować z żołądka zaledwie kilkanaście ctm. sz. zawartości, zabarwionej na żółto, nie zawierającej resztek spożytej kolacyi [dostateczna sprawność ruchowa]. Rozdymanie żołądka kwasem węglanym uwydatnia dolną granicę, dochodzącą do pępka; tu też wyczuwa się koniec zgłębnika. Pokarmów spożywać chora naraz może bardzo dużo i to jej nie sprawia dolegliwości, co także może dowodzić, że istnieje niewielkie rozszerzenie żołądka oraz dostateczna sprawność ruchowa.

W godzinę po spożyciu śniadania próbnego można wypompować z żołądka około 120 ctm. sz. zawartości. Zawartość ta przedstawia się makroskopowo bardzo charakterystycznie i bułka wcale nie strawiona płynie w wodzie zupełnie tak, jak gdyby mechanicznie do wody była nakruszona. Domieszki śluzu wcale niema, z solą i z kwasem octowym zawartość ta nie daje mętnienia, zależnego od mucyny. Zapachu żadnego zawartość żołądkowa wcale nie posiada.

Badanie chemiczne: Congo O. Lakmus O. Guenzburg O.

Kwaśność ogólna, określona za pomocą fenolftaleiny = 3. [Taką samą kwaśność miała nasza bułka, rozmieszana w wodzie po godzinie stania]. Kwas mleczny O.

Reakcya na pepton O.

Akroodekstryny, erytrodekstryny niema wcale; zato reakcya na cukier bardzo wyraźna.

Przesącz nie trawi w termostacie białka, ani sam przez się, ani też po dodaniu kwasu solnego. Mleka też nie ścina, ani zneutralizowany, ani alkaliczny z dodatkiem $CaCl_2$. Podane do wewnątrz mleko wypompowuje się po

---

[1]) Objaśniałem sobie to powiększenie śledziony i wątroby wzmożoną działalnością tych narządów, skierowaną ku zamianie przypuszczalnie rozpuszczonej we krwi hemoglobiny na barwniki żółciowe. Ale rozpuszczonej hemoglobiny we krwi wykryć nie mogłem, gdyż surowica krwi po 24 godzinach stania na zimnie nie zabarwiała się na różowy kolor, jak to zwykle bywa przy *haemomoglobinaemii.* [Leukarth].

[2]) Lichtheim obserwował przy *anaemia perniciosa* brak odruchu kolanowego.

godzinie nie zmienione. Pod drobnowidzem widzimy bardzo mało ciałek krochmalu, tylko jednostajną masę bezkształtną, która jedynie miejscami barwi się na kolor fioletowy. Ciałek drożdżowych bardzo mało. Długich laseczników, wytwarzających kwas mleczny, wcale nie widać.

Badań zawartości żołądkowej do 1-go marca 1896 r. wykonałem 5 i zawsze otrzymywałem te same rezultaty.

Kał zupełnie prawidłowy i makroskopowo i pod drobnowidzem.

Ilość dobowa moczu dochodzi do litra, jest on ciemny, odczyn jego jest kwaśny. Ciężar właściwy 1018. Czasem zawiera ślady białka. Cukru nie zawiera. Indykanu nigdy nie było. Fosforany osiadają po dodaniu ługu gryzącego nie zabarwione. Pod drobnowidzem nic nienormalnego w osadzie nie daje się zauważyć.

Badanie krwi: świeżo wypuszczona krew już makroskopowo wygląda bardzo blada, z czekoladowym odcieniem. Pod drobnowidzem niezabarwiona krew w rulony się nie układa i żadnej do tego nie ma skłonności. Ciałka czerwone są przeróżnej postaci i wielkości; postacie gruszkowe spotyka się często; wyraźna mikrocytoza. Po utrwaleniu i zabarwieniu eozyną, a następnie błękitem metylenowym, pojkilocytoza występuje jeszcze wyraźniej. Plazmodye malaryczne wykazać się nie dają. Ilość białych ciałek nie zwiększona; stosunek komórek eozynofilowych do innych zdaje się być normalnym, tylko wielkość ich znacznie mniejsza od wielkości naturalnej: spotkać można eozynofile 2—3 razy mniejsze od zwykłych. Czerwone ciałka barwią się nie wszystkie w jednakowym stopniu eozyną. Niektóre ciałka czerwone zawierają wakuole wcale nie zabarwione, a niektóre barwią się eozyną na czekoladowy kolor. Obok niejednakowo barwiących się erytrocytów widać też erytroblasty w umiarkowanej ilości. Miejscowo spotykałem i megaloblasty.

Ilość ciałek czerwonych w 1 ctm. sześc. wahała się pomiędzy 800000 i 1000000. Ilość białych 1500—1000. Hemoglobinometr Fleischl'a wskazywał 35%—40% hemoglobiny.

Wartość hemoglobinową pojedynczego krążka krwi, t. j. stosunek procentu całkowitej ilości hemoglobiny do procentu ilości czerwonych ciałek krwi, określałem w przybliżeniu jako 2 ($\frac{40\%}{20\%}$).

Ciepłota ciała przez grudzień i styczeń co dzień o godzinie 12-ej podnosiła się do 38,5, a czasem do 39,3.

25-go stycznia zauważyliśmy pierwszy raz małe petocie na rękach i nogach. W kale i moczu żadnych zmian. Na siatkówce oka badanie oftalmoskopowe, dokonane przez D-ra Kamockiego, wykazało obecność starych i świeżych wybroczyn.

Na całem ciele wystąpiły obrzęki. Chora ciągle prawie śpi, przyjmuje mało pokarmów, uczuwa ciągły szum w uszach oraz zawroty głowy przy każdej zmianie położenia. O godzinie 12 w dzień miewa dreszcze, poczem ciepłota ciała podnosi się do 39° C..

10-go Lutego. Kiedy ani żelazo w dużych dawkach, ani arszenik nic chorej nie pomagały, zastosowaliśmy chininę w dawkach 0,4 trzy razy dzien-

nie. Chora od tego czasu zaczyna się bardzo szybko poprawiać. Łaknienie znacznie się wzmogło. Wszystkie pokarmy jednakowo dobrze znosiła.

Chora ważyła wtedy 45,0 kilo.
18-go lutego 45,0 kilo.
21-go lutego 47,0 kilo.

1-go marca. Chora czuje się dobrze. Łaknienie ma doskonałe. Wszakże uczuwa w dołku, niezależnie od przyjmowania pokarmów, bóle, które się wzmagają przy naciskaniu na *epigastrium*. Wszystkie pokarmy znosi jednakowo [pije tran]. Tkanka tłuszczowa podskórna zupełnie znikła. Obrzęków wcale nie widać. Ciepłota ciągle prawidłowa. Wątroba znacznie się zmniejszyła. Śledzionę ciągle się wyraźnie wyczuwa. Rozszerzenie poprzeczne tępości serca nie daje się stwierdzić. Szmery skurczowe znikły. *Bruit du diable* nie daje się zauważyć. Zawrotów głowy chora już nie doznaje wcale. Błony śluzowe są prawie różowe.

Pojkilocytoza znikła. Układanie się krążków krwi w rulony wyraźne. Ilość ciałek czerwonych w 1 ctm. sz. = 3800000. Ilość białych = 4000. Przyrząd Fleischl'a wykrywa = 40% hemoglobiny. Kolor krwi jasno-różowy. Wartość hemoglobinowa pojedynczego krążka krwi w przybliżeniu = $\frac{20}{40} = \frac{1}{2}$.

Badanie zawartości żołądkowej po próbnem śniadaniu daje te same rezultaty, jak i poprzednio, z tą tylko różnicą, że zakwaszony za pomocą HCl przesącz trawi w ciągu 24 godzin krążek białka i daje wyraźną reakcyę biuretową po skończonem trawieniu [1]). Badanie zawartości żołądkowej, dokonane 8-go i 12-go marca, dały rezultaty takie same. Kwaśność ogólna = 6. Zupełny brak kwasu solnego. Przesącz, zakwaszony za pomocą HCl, trawi w ciągu 18 godzin krążek białka i daje wyraźną reakcyę biuretową [2]).

Ani fermentu podpuszczkowego, ani też zymogenu wykazać nie można było [3]).

18-go marca. Krew jasno-różowa. Pojkilocytozy nie widać. Ciałka czerwone układają się w rulony. Ilość ciałek czerwonych = 4000000. Ilość białych = 4000. Przyrząd Fleischl'a wykazuje 5[illegible]% hemoglobiny. Chora czuje się dobrze. Bóle napadowe w dołku nieznaczne.

Policzki i błony śluzowe różowe. Chora przyjmuje kwas solny 10,0—180,0 sześć razy dziennie po łyżce.

---

[1]) Martius, Lüttke, Noorden i inni nie przypuszczają, ażeby przy *atrophia mucosae ventriculi* mogło nie być wcale propepsyny w soku żołądkowym.

[2]) W przypadku zaniku błony śluzowej żołądka, obserwowanym pozez Litten'a i Rosenhart'a, wydzielanie pepsyny nastąpiło dopiero po wprowadzeniu do żołądka 2% roztworu HCl przez pół godziny. Wydobyta przy takich okolicznościach zawartość żołądkowa trawiła białko i dawała odczyn biuretowy.

[3]) Ponieważ gruczoły pepsynowe przeważnie się znajdują przy odźwierniku, a podpuszczkowe na dnie, więc Litten przypuszcza, że z tego rozmieszczenia gruczołów można wyprowadzać wnioski o częściowym zaniku błony śluzowej żołądka z braku jednego lub też drugiego fermentu. W naszym przypadku trzebaby było w takim razie przypuścić zanik przeważnie w okolicy dna żołądka.—Brücke, Munk i Kühne znajdywali pepsynę [w małych ilościach] we wszystkich wydzielinach i wydalinach ustroju ludzkiego; a więc do wydzielania pepsyny może niekoniecznie potrzebną jest specyalnie błona śluzowa żołądka, lecz raczej jej gruczoły.

Waga stopniowo podniosła się do 50,5 kilo. Badanie zawartości żołądkowej daje te same rezultaty.

24 marca chora się wypisała do przytułku, ażeby poszukać sobie stosownego zajęcia.

Jeżeli chorej uda się znaleźć łatwe zajęcie, to i rokowanie, zdaniem mojem, będzie dobre.

Na zasadzie powyższych objawów klinicznych postawiliśmy rozpoznanie u naszej chorej: *anaemia perniciosa cum atrophia mucosae ventriculi.*

Jeżeli mam wyprowadzać wnioski z przypadków, które miałem sposobność obserwować, to chyba te, że zależność bezpośrednia pomiędzy nieżytem zanikowym żołądka a niedokrwistością złośliwą wcale nie istnieje i że wogóle pierwotna [idyopatyczna] niedokrwistość złośliwa także nie istnieje, a istnieją tylko stany niedokrwiste, wywołane wtórnie przez jakiekolwiek inne zasadnicze cierpienie. Czy niedokrwistość przybierze przebieg złośliwy, to znaczy, że się skończy śmiercią, czy też łagodny—zależy to całkowicie od cierpienia pierwotnego.

Pierwotną niedokrwistością złośliwą nazywamy takie stany niedokrwiste, które prowadzą zawsze do śmierci i dla których nie można wykryć przy badaniu pośmiertnem żadnej organicznej przyczyny. Ale ilość tych przypadków niedokrwistości pierwotnej z każdym rokiem się zmniejsza i pierwotna złośliwa niedokrwistość coraz więcej staje się tylko objawem jakiejkolwiek innej choroby organicznej. Od czasów Biermer'a, który pierwszy naszkicował dokładny obraz *anaemiae perniciosae progressivae*, zdania co do pochodzenia tego cierpienia ciągle się zmieniały i jeszcze w najnowszych czasach Hunter wypowiedział zdanie, potwierdzające zupełnie poglądy Biermer'a.

[D. n.].

III. O FLAGELLATACH

(wiciowcach)

W WYPRÓŻNIENIACH LUDZKICH I O ICH ZNACZENIU W PATOLOGII PRZEWODU POKARMOWEGO

Podał

Władysław Janowski,

asystent oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 31].

II.

Przypadki, w których znajdywaliśmy w wypróżnieniach trychomonady, podajemy tu w krótkości, bez szczegółowego opisu tych pasożytów według robionych przy każdym przypadku notatek poszczególnych, gdyż notatki te z kilku przypadków dopełniają się wzajemnie, a nadto w wielu miejscach się powtarzają. Dla uniknięcia więc tych powtórzeń podamy sumę notatek, dotyczą-

cych kształtu i niektórych własności trychomonad, dopiero po tym spisie klinicznie spostrzeganych przypadków.

Przypadek I. *Pleuritis serosa. Enteritis catarrhalis.* Chory, Adam S., lat 39, przybył na oddział 27. VI. 1892 r., skarżąc się na osłabienie, ból głowy, suchy kaszel i gorączkę. Powyższe dolegliwości trwają już 3 tygodnie. Tętno 78. Ciepłota. r. 37,2, w. 39,0. Dokładne zbadanie chorego wykrywa wysięk surowiczy w lewej opłucnej, który też nazajutrz 28. VI. został wypuszczony w ilości 1800 ctm. sześc.. Po tem przekłuciu chory przeleżał do 10. VII, skarżąc się tylko na umiarkowaną duszność. Stępienie u dołu lewego płuca utrzymywało się, wskutek czego postawiono mu 4. VII pryszczydło na lewy bok.

11. VII. Chory skarży się, że w nocy dostał biegunki; oddał w ciągu nocy 10 stolców, zupełnie płynnych. Badany drobnowidzowo ostatni z nich zawierał, obok zwykłych części składowych, bardzo umiarkowaną ilość ciałek ropnych oraz dużo żywo ruszających się trychomonad. Chory dostał 2 proszki makowca po $^1/_4$ grana.

12. VII i 13. VII było po 6 wypróżnień. W zachowanych z nocy stolcach żywych trychomonad niema; są tylko liczne ich trupy w postaci okrągłych, błyszczących, szklistych tworów, zupełnie prawie jednolitych. Otrzymany po podaniu lawatywy z letniej wody stolec zawierał jeszcze liczne, żywe trychomonady.

14. VII. Były 4 wypróżnienia; chory ma jednak bóle w brzuchu. Wypróżnienia, badane zaświeża, zawierają bardzo nieznaczną ilość trychomonad żywych i umiarkowaną ilość nie ruszających się wcale. Odstawiono makowiec.

15. VII. Były 2 wypróżnienia papkowate. Nie znaleziono w nich wcale trychomonad.

W ciągu następnych 5-ciu dni chory biegunki nie miał zupełnie. Normalne stolce trychomonad nie zawierały. Nadto objawy *pleuritidis* znikły zupełnie. Chory wypisał się 20. VII do domu.

Przypadek 2-gi. *Dysenteria chronica.* Tomasz P., lat 62, przybył na oddział 1. X. 1892, chory od 3 tygodni na biegunkę i ból w brzuchu. Przez cały ten czas miewa po 20—30 stolców dziennie. Są one zupełnie płynne, ale krwi jakoby nigdy nie zawierały i nie zawierają. Wydymań niema i od samego początku nie było. Dokładne zbadanie chorego nie wykrywa w narządach oddechania i krążenia nic nieprawidłowego. Brzuch nieco zapadnięty; uciskanie jego *in fossa iliaca sinistra* oraz *in epigastrio* bolesne. Oddawaniu stolców towarzyszą bóle. Zbadany świeżo oddany stolec zawierał dużo komórek ropnych i niewiele czerwonych ciałek krwi. Monad w nim nie znaleziono. Ciepłota prawidłowa. Tętno 80. Choremu zalecono proszki makowca po $^1/_4$ gr. 3 razy dziennie.

2. X. Chory miał z górą 20 wypróżnień zupełnie płynnych, o składzie drobnowidzowym takim samym, jak dnia poprzedniego. Brzuch bolesny, szczególniej bolesne jest uciskanie go w lewej *fossa iliaca.* Chory jest bardzo osłabiony. Ciepłota ciała prawidłowa. Tętno 78, małe.

3. X.—5. X. Stan bez zmiany, pomimo ciągłego stosowania makowca, jak wyżej zaznaczono. Laseczników Koch'a w stolcu nie znaleziono. 5. X. dodano do makowca *plumbum aceticum.*

6. X. Było z górą 15 wypróżnień. Są one płynne i przy zbadaniu drobnowidzowem zaświeża zawierają, oprócz białych ciałek kwi, dość znaczną ilość żywo poruszających się trychomonad. Chory bardzo osłabiony; tętno 78, małe. Brzuch nieco wzdęty, *in fossa iliaca* na ucisk wrażliwy.

7. X. i 8. X. Chory miał po 7 wypróżnień dziennie. W nich znaleźliśmy znowu trychomonady oraz dużo ropy i nieco krwi. Tętno 90, małe. Bolesność stała *in fossa iliaca sinistra*.

9. X. Tętno 72, bardzo małe. Ból w brzuchu zmniejszył się, ale chory oddaje od 2 do 3 stolców na godzinę. Stolce zawierają ropę i mnóstwo trychomonad.

10. X. Stan zupełnie taki sam. Odstawiono poprzednie środki lecznicze i zaordynowano lawatywy z 1%-go roztworu taniny.

11. X. Wypróżnienia jeszcze tak samo częste, ale zawierają nierównie mniej trychomonad.

12. X. Chory miał już tylko 8 wypróżnień; w nich ropa oraz niewielka ilość trychomonad.

13. X i 14. X. Chory miał po 6 wypróżnień dziennie. Świeże wypróżnienia zawierają niewiele trychomonad. Tętno 78, ale bardzo słabe. Chory nie ma zupełnie apetytu i jest bardzo osłabiony.

15. X. Bóle i przelewanie w brzuchu większe. Było 12 stolców w ciągu doby. Zawierały one pod drobnowidzem dużo ropy i niewielką ilość trychomonad. Tętno bardzo słabe, 96. Odstawiono taninę.

16. X. Stan taki sam. Zastosowano ponownie makowiec i *plumbum aceticum*.

17. X. Tętno bardzo małe, 108; chory nic nie je, ma głos bezdźwięczny. Bóle w brzuchu znaczne. Było około 20-u wypróżnień, zawierających dużą ilość ropy i trochę trychomonad żywych oraz dużo egzemplarzy umierających lub umarłych.

18. X. Stan zupełnie taki sam; chory oddaje stolce pod siebie. Brzuch wszędzie przy ucisku bolesny. Około 4-ej po południu chory zmarł.

Z badania pośmiertnego podajemy tu tylko dane, dotyczące kiszek, gdyż w innych narządach nic osobliwego nie znaleziono. Żołądek i kiszki cienkie blade. Błona śluzowa kiszek cienkich blada, pokryta niewielką ilością stolca. W kiszkach grubych, poczynając od górnej części *colonis ascendentis* aż do *rectum* włącznie, znajduje się szereg owrzodzeń rozmaitej wielkości — od wielkości małej dziesiątki prawie do wielkości dłoni. Owrzodzenia te pokryte są grubą warstwą ropy; dno ich, po obmyciu ropy, jest zielone, kłaczkowate, brzegi nierówne, zielone, miejscami podminowane. Rozpoznanie anatomiczne: *dysenteria chronica*.

Przypadek 3 ci. *Typhus abdominalis*. Jan J., lat 30. Przybył na oddział 15. IX. 1893. Skracając anamnezę i historyę choroby, zaznaczymy, że chory ten miał wszystkie objawy tyfusu brzusznego o umiarkowanem natężeniu, z biegunką, trwającą razem około 2-ch tygodni. Badanie stolców w dniu 15. IX, 16 i 17. IX. nie wykryło w nich ani ropy, ani obecności jakichkolwiek pierwotniaków. Dopiero 18. IX. w ostatnim z pomiędzy 4-ch oddanych stolców, zbadanym

zupełnie zaświeża, znaleźliśmy gdzieniegdzie poruszające się powoli trychomonady, a obok tego wielką ilość umarłych już egzemplarzy tego wiciowca. Ropy stolec ten nie zawierał.

19. IX. Chory miał 2 wypróżnienia. W drugiem z pomiędzy nich znaleźliśmy kilkanaście poruszających się trychomonad i dość znaczną ilość zamarłych egzemplarzy tego pasożyta.

Od 20. IX. Chory nie miał już biegunki. W badanych kilkakrotnie sformowanych stolcach nie znajdywaliśmy już ani żywych, ani zamarłych trychomonad. Rekonwalescencya chorego posuwała się normalnie naprzód i chory 30. IX. został wypisany, jako wyleczony, do domu.

Przypadek 4-y. *Dysenteria chronica.* Józef R., lat 35, przybył na oddział 18. X. 1893; chory od 3-ch miesięcy. Zachorował nagle na biegunkę z gorączką, wydymaniami i krwawymi stolcami, oddawanymi w bardzo niewielkiej ilości naraz, słowem na ostrą dysenteryę, która panowała naówczas w mieście. Od tamtego czasu biegunka nie ustępowała aż do zapisania się chorego na oddział. Chory miewa ciągle po 3—4 stolce dziennie. Ciepłota normalna, tętno 78, małe; odżywianie liche.

W narządach oddechowych i w sercu nic osobliwego. Wątroba twarda, o ostrym, łatwo wyczuwalnym brzegu. Brzuch nieco zapadnięty, nigdzie na ucisk wyraźnie nie bolesny. Stolce zabarwione trochę na kolor krwi, z licznymi kłaczkami śluzu. Zawierają pod drobnowidzem, oprócz licznych resztek pokarmowych, dużo śluzu, dużo ciałek ropnych, dość znaczną domieszkę krwi oraz dużo żywo poruszających się trychomonad. Choremu zaordynowano $^1/_4$ gr. makowca 3 razy dziennie.

29. X. Były 3 wypróżnienia, w których badanie drobnowidzowe wykryło, oprócz ropy i krwi, olbrzymią ilość trychomonad; niezmiernie żywo się poruszających. Bywały pola drobnowidza, na których prawie nic, oprócz trychomonad, widać nie było. Stan ogólny chorego ciężki. Tętno 72, małe. Chory nie ma żadnego łaknienia. Mocz białka nie zawiera.

20. X i 21. X. Stan chorego i ilość ropy oraz tychomonad w stolcach bez zmiany.

22. X. Chory miał 2 wypróżnienia. W nich dużo ropy oraz trychomonad w najróżniejszych okresach swego życiowego rozwoju. Tętno 80, słabe. Chory brał dalej makowiec.

23. X. Stan ogólny bez zmiany. Było 5 wypróżnień, zawierających przy badaniu drobnowidzowem dużo ropy oraz bardzo niewiele trychomonad. Bólów w brzuchu niema.

24. X. Były 2 wypróżnienia, które różniły się od poprzednich większą domieszką krwi. Zawierały pod drobnowidzem tyle ropy, co i poprzednie wypróżnienia. Trychomonad żywych znaleźć w nich już się nie udało; znaleźliśmy tylko niewielką ilość form zmarłych i otorbionych.

25. X. i 26. X. Było po 5 stolców dziennie. Nie znaleziono w nich wcale trychomonad.

Przez następnych 10 dni stan chorego pozostawał bez zmiany. Chory miał ciągle łaknienie bardzo umiarkowane oraz kilka razy napady bólów

w brzuchu. Po tych bólach oddawał zwykle płynne, mniej lub więcej krwią zabarwione stolce, których ilość dzienna wahała się stale między 3-ma a 4-ma, pomimo stale branego makowca oraz lawatyw z taniny. Nagle 4. XI. choremu zrobiło się znacznie gorzej, tak, że zastaliśmy go przy wizycie w stanie prawie zapaści. Ilość wypróżnień podniosła się do 10 dziennie. Towarzyszyły im wydymania. Zawierały one pod drobnowidzem dużo ropy i krwi, ale trychomonad w nich nie znajdywaliśmy. Pomimo podawania kamfory oraz makowca, stan chorego pogarszał się coraz bardziej, tak, że 10. XI znajdował się on w stanie już rozpaczliwym: tętno 60, nitkowate, stolec oddaje pod siebie, na pytania nie odpowiada. Tegoż dnia o godzinie 7-ej wieczorem zmarł. Rozpoznanie kliniczne: *dysenteria chronica* zostało przy badaniu pośmiertnem, dokonanem przez prof. Przewoskiego, potwierdzonem. Znaleziono w kiszkach grubych szereg owrzodzeń rozmaitej wielkości i głębokości. Kilka kawałków kiszek z owrzodzeniami poddałem zbadaniu drobnowidzowemu. Okazało się przytem, iż mniejsze wrzody sięgały tylko do błony podśluzowej kiszki, większe zaś były jednocześnie i głębsze, obnażając błonę mięsną na znacznej przestrzeni. Nacieczenie drobnokomórkowe dokoła owrzodzeń było bardzo silne. Miejscami zwracała na siebie uwagę znaczna ilość komórek eozynofilowych. Nigdzie w skrawkach ani ameb, ani wiciowców nie znalazłem.

Przypadek 5. *Phthisis pulmonum. Enteritis catarrhalis.* Dominik P., lat 33. Przybył na oddział 30. IV. 1894 r. z ciepłotą 39°, skarżąc się na kaszel i duszność, męczące go od 8 tygodni. Znacznie wychudł. Od 4-ch dni ma biegunkę. Badanie płuc wykrywa zmiany gruźlicze w prawym szczycie z przodu i z tyłu [lekkie stłumienie z tyłu, wyraźne z przodu nad obojczykiem i pod obojczykiem; wydech wydłużony; głos wzmożony; z przodu nad obojczykiem rzężenia]. W sercu nic osobliwego. Brzuch przy obmacywaniu bolesny.

1. X. Były 4 wypróżnienia, zupełnie płynne ze znaczną domieszką śluzu. Badanie drobnowidzowe plwociny wykryło w niej laseczniki Koch'a. Na barwionych preparatach ze stolców laseczników Koch'a nie znaleziono. Za to na preparatach świeżych z tylko co oddanego stolca znaleziono niezliczone mnóstwo trychomonad. Można powiedzieć, że, oprócz śluzu i trychomonad, na niektórych preparatach drobnowidzowych prawie nic innego widać nie było — tak mało stolec zawierał resztek pokarmowych.

2. V. Ciepłota 37°, tętno 90. Było 6 płynnych wypróżnień o składzie drobnowidzowym, zupełnie do powyższego analogicznym [chory zostawiony umyślnie bez leczenia].

3. V. Było 20 wypróżnień, nie zawierających przy ponownem badaniu laseczników Koch'a, a zawierających mnóstwo trychomonad. Ropy, ani krwi stolce nie zawierały. Chory znacznie osłabiony. Zaordynowaliśmy mu 3 proszki kalomelu, dziennie po 2 grany.

4. V. Chory miał tylko 3 wypróżnienia; skład ich pozostał jednak bez zmiany.

5. V. Były znowu 2 płynne wypróżnienia. Ilość trychomonad w nich nierównie mniejsza: zaledwie po 2—3 żywe na polu drobnowidzowem i po kilka-

naście egzemplarzy umarłych lub otorbionych. Nadto stolce zawierają już dużo resztek pokarmowych.

6. V. Było jedno wypróżnienie papkowate. Drugie wywołano za pomocą lawatywy z letniej wody. Ani jedno, ani drugie trychomonad nie zawierało.

7. V. Było jedno płynne wypróżnienie. Trychomonad w niem nie znaleźliśmy. Odstawiono kalomel.

Od 8. V. chory nasz miał stolce zupełnie prawidłowe, po 1 dziennie. Przy codziennem ich badaniu drobnowidzem nie znaleźliśmy w nich już ani razu trychomonad. Chory, pomimo zmian gruźliczych w prawym wierzchołku, zyskał w ciągu czasu od 5. V. do 22. V. 8 funtów [około 3,5 kilo] na wadze. 23. V. na własne żądanie, jako zdrów, z oddziału wypisany.

Przypadek 6-y. *Arteriosclerosis. Enteritis chronica.* Przypadek ten, dotyczący 57-letniego Mac. W., musimy podać w skróceniu, gdyż inaczej opis tej dłuższej obserwacyi zająłby zbyt wiele miejsca. Chory ten przybył na oddział 20. III. 1896 r. skarżąc się na obrzęki nóg, umiarkowaną duszność, oraz biegunkę, trwającą od 2 tygodni. Bliższe zbadanie chorego wykazało, że mamy do czynienia z arteryosklerozą i następczem zmęczeniem serca, prowadzącem do niewielkiej dyskompensacyi, której objawy w ciągu 5 dni, przez podawanie nalewki strofantu, usunąć się udało. Biegunka utrzymywała się stale. Chory oddawał po 5—6 papkowatych stolców dziennie. Wypróżnieniom nie towarzyszyły ani bóle, ani wydymania. Badanie mikroskopowe wypróżnień wykrywało w nich stale nieznaczną ilość jajek *trichocephali disparis*, oraz znaczną ilość kulistych, szklistych tworów, które rozpoznaliśmy od razu jako umarłe lub otorbione formy wiciowców. Ponieważ żywych wiciowców w prawidłowo oddawanych stolcach znaleźć nie mogliśmy, a ilość stolców dochodziła po 6 dniach do 8 na dobę, daliśmy więc choremu lawatywkę glicerynową. W otrzymanym w ten sposób zupełnie świeżym stolcu znaleźliśmy mnóstwo wyżej wymienionych tworów szklistych i po 2—3 egzemplarze żywo poruszających się trychomonad na jednym preparacie, oraz po kilkanaście do 20—30 trychomonad w fazie ruchów ameboidalnych. Ruchy trychomonad zupełnie rozwiniętych już po 15—30 minutach stawały się znacznie wolniejszymi, przyczem mogliśmy obserwować wiele szczegółów budowy tych pasożytów, jak również stwierdzić wielokrotnie przeście ich w formy ameboidalne, oraz zaokrąglanie się ich razem z ustaniem ruchów i następowaniem śmierci. Chorego pozostawiliśmy bez leczenia w celu właśnie przeprowadzenia bliższych obserwacyi nad trychomonadami w jego stolcach, które badaliśmy zawsze zaświeża, po podaniu choremu lawatywki z gliceryny. Chory oddawał od 26. III. do 15. IV. włącznie po 4—6 stolców dziennie, oprócz tego, który wywoływaliśmy sztucznie. 16. IV. Oddał tylko 2 stolce papkowate. 17. IV.—jeden zupełnie sformowany. 18. IV.—znowu 2 papkowate stolce, a od 19. IV. do 26. IV. nie miał wcale biegunki i oddawał codzień po jednym dobrze sformowanym, twardym stolcu, w którym można było znaleźć tylko nie wielką ilość umarłych trychomonad. Gdy jednak daliśmy choremu 27. IV. znowu lawatywkę glicerynową, znaleźliś-

my znowu w otrzymanym w ten sposób stolcu po kilka żywych trychomonad na każdym preparacie ze stolca. Taki sam był wynik badania i w ciągu następnych 4-ch dni. Spodziewaliśmy się więc ewentualnie możliwego powrotu biegunki. Rzeczywiście od 3. V. chory zaczął znowu oddawać po 4—6 zupełnie papkowatych stolców, z których stare zawierały dużo postaci obumarłych trychomonad, a świeże—umiarkowaną ilość postaci żywych. Trwało to do 12. V. włącznie. Tego dnia zaordynowaliśmy choremu na próbę chininę do wewnątrz i obfite lawatywy z chininy [1,5 na 1500 wody], po uprzedniem przemyciu kiszki wodą. 13. V. Chory miał jeszcze 6 wypróżnień o składzie takim, jak poprzednie. 14. V. Toż samo. Od 15. V. Niema ani jednego stolca, oprócz wywoływanego za pomocą lawatywy, przyczem w tych ostatnich widać tylko bardzo niewiele postaci obumarłych trychomonad.

Od 20. V. Chory zaczął miewać znowu po 2—3 stolce dziennie. Zaordynowaliśmy mu makowiec. Po 3-dniowem stosowaniu tego ostatniego biegunka zupełnie ustała i przez następne 3 tygodnie [do 16. VI] pobytu chorego w szpitalu nie powracała. Stolce nigdy już wiciowców nie zawierały.

[C. d. n.]

SPRAWOZDANIE

z VIII Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie d. 13, 14 i 15 Lipca 1896.

—⸗—⸗—

[Dokończenie. — Patrz Nr. 31].

D-r Rutkowski: Uwagi nad przypadkami ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanymi w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego.

Uwzględniając podział anatomiczny, podany przez Sonnenburg'a, klasyfikuje R. swoje przypadki w następujące grupy: 1) *appendicitis obliterans*—raz, 2) *appendicitis perforativa purulenta* z ropieniem ograniczonem—17 razy, 3) *append. perfor. purulenta subsequente peritonitide fibrinoso-purulenta progressiva*—3 razy, 4) *append. perfor. purulenta subs. peritonitide septica universali*—6 razy, 5) piątą grupę stanowią 4 przypadki, w których zrosty, spowodowane przez *appendicitis*, wywołały zwężenie, względnie niedrożność jelit. Te doświadczenia pouczają R., że: *a*) operacya w *appendicitis obliterans* wskazaną jest, jeżeli cierpienie często powtarza się, a natężenie objawów się wzmaga, *b*) w *appendicitis* zaś *perforativa* wskazaną jest bezwzględnie i natychmiastowo operacya. Tak w jednym, jak i drugim przypadku jądrem operacyi jest amputacya wyrostka robaczkowego.

W ożywionej dyskusyi za operacyjnem postępowaniem oświadczają się Rydygier, Kryński i Kader. Ziembicki radzi zachowywać się bardziej wyczekująco i przestrzega przed zbyt pochopnem operowaniem w przypadkach *appendicitidis* u dzieci; u tych bowiem częste, gwałtowne i groźne objawy kończyć się mogą zupełnem wyzdrowieniem bez interwencyi chirurgicznej.

Bossowski znowu operować radzi tylko tam, gdzie jest już ropienie.

Prof. Obaliński. Pogląd na obecny stan chirurgii nerek z uwzględnieniem własnych przypadków.

W wykładzie systematycznym uwzględnia O. historyę chirurgii nerek, sposób badania dotkniętych cierpieniem nerkowem, wspomina o objawach główniejszych cierpień, a szczegółowo omawia leczenie chirurgiczne chorób nerek. Krwotoki nerkowe, występujące po silnych uderzeniach, kiedy zagrażają życiu chorego, podobnie jak i *hydronephrosis*, przebiegająca z gorączką, dają wskazania do nefretkomii. W każdym innym przypadku zachowywać się należy wyczekująco. W *nephrolithiasis* typową operacyą byłaby *pyelotomia*, względnie *nephrotomia*. Gdzie jednak obok tego cierpienia istnieje już *hydronephrosis* lub, co gorzej, *pyonephrosis*, tem oczywiście racyonalniejszą będzie *nephrectomia*. W każdym innym przypadku *pyonephrosis* lub *hydronephrosis*, jeżeli tylko tłem ich nie będzie tryper, powinno się wykonać, jako operacyę wstępną, nefrotomię i przekonać się, jak się zachowuje moczowód. Jeżeli ten okaże się niedrożnym—wyjąć nerkę. Nefrektomię wykonywać należy bez względu na stan drugiej nerki w przypadkach gruźlicy lub nowotworów złośliwych. Nerkę wędrującą starać się będziemy oczywiście ustalić w miejscu prawidłowem.

Doc. D-r L. Kryński. Przyczynek do chirurgii moczowodów.

K. przedstawia chorego, u którego przed $1^1/_2$ rokiem z powodu wynicowania pęcherza wszczepił sposobem Maydl'a moczowody do odbytnicy. Chory czuje się zupełnie dobrze, możność zatrzymywania moczu niemal zupełna, bo tylko podczas oddawania wiatrów oddaje chory równocześnie kilka kropel moczu. K. zwraca uwagę, aby przed wykonaniem tej operacyi przekonać się dokładnie o stanie nerek.

D-r Majewski. O przepuklinie pęcherza moczowego.

W klinice ginekologicznej zdarzyło się, że w przepuklinie wargowo-sieciowej znaleziono pęcherz moczowy. Nie rozpoznano go w pierwszej chwili, a spostrzeżono się dopiero wówczas, kiedy podczas oddzielania tego zagadkowego tworu od ścian worka przepuklinowego przedarto go. Zaszyto go; chora wyzdrowiała.

D-r Ciechanowski. O przeroście gruczołu krokowego i anatomicznych podstawach niedomogi pęcherza u starców.

Na podstawie obfitego materyału sekcyjnego, zbadanego także mikroskopowo, wysuwa C. następujące wnioski: 1) zmiany miażdżycowe tętnic nie mogą być uważane za przyczynę zmian anatomicznych pęcherza i gruczołu krokowego, stanowiące, według szkoły Guyon'a, równorzędne i współrzędne podstawy objawów, przy przeroście gruczołu krokowego spostrzeganych; 2) podstawą anatomiczną niedomogi pęcherza, z tem cierpieniem występującej, jest ilościowa zmiana stosunku tkanki łącznej do mięśniowej; zmiana ta nie jest ani analogiczną, ani współrzędną, ani równoznaczną ze zmianami nerek i gruczołu krokowego, jeżeli one w dotyczących przypadkach istnieją; 3) zmiana ta występuje zazwyczaj z postępem lat, pozostając w pewnym stosunku do wieku badanych osobników. Potęguje się, jeżeli dołącza się działanie przeszkody mechanicznej, np. w następstwie przerostu gruczołu krokowego, dochodzi zaś do

najwyższych stopni, jeżeli do tych 2 czynników dołącza się, jako powikłanie, zapalenie przewlekłe pęcherza. Zdolność ścian pęcherza do przerostu modyfikuje do pewnego stopnia szkodliwy wpływ tych czynników.

Na podstawie zaś badań mikroskopowych przerosłych gruczołów krokowych wnosi C., że tak zwany przerost tego gruczołu nie zdaje się mieć nic wspólnego ze sprawą nowotworową. Zdaniem C., przerost gruczołu krokowego, który we wszystkich prawie przypadkach t. zw. prostatyzmu stanowi sprawę pierwotną, polega zawsze na nader przewlekłych sprawach zapalnych, toczących się w samym miąższu gruczołowym, lub w łączno-tkankowo-mięsnem podścielisku, a najczęściej w obu razem. Ostateczny wynik tych spraw zapalnych nie zawsze prowadzi do powiększenia tego narządu, co zależy od ich natężenia, rozległości i przedewszystkiem od umiejscowienia.

Im więcej dośrodkowo usadawiają się przewlekłe sprawy zapalne w podścielisku, a im bardziej obwodowe są zmiany w samych gruczołach, tem prawdopodobniejszem staje się zejście ich w t. zw. przerost. Odwrotny stosunek w rozmieszczeniu tych spraw może zupełnie tak zw. przerostu nie wywołać.

Doc. D-r L. Kryński. O leczeniu przerostu gruczołu krokowego za pomocą trzebienia i przecinania przewodu nasiennego.

Doświadczenie kliniczne poucza K., że ani trzebienie, jak to proponował Raum, ani przecinanie przewodów nasiennych, jak to zalecał Helferich, nie jest środkiem pewnie do celu prowadzącym w przypadkach przerostu gruczołu krokowego. U jednego chorego wykonał obustronne wytrzebienie i w rezultacie osiągnął znaczne zmniejszenie gruczołu krokowego oraz poprawę w oddawaniu moczu. U dwóch innych wykonał po jednej stronie wytrzebienie, po drugiej zaś przeciął przewód nasienny. Jeden z tych chorych umarł skutkiem opadowego zapalenia płuc, u drugiego zaś nie widział żadnej poprawy. Podobnież i w 4-ym przypadku, w którym, ściśle trzymając się przepisów Helferich'a, obustronnie przeciął przewody nasienne, zdołał zaledwie osiągnąć przemijającą poprawę.

Tak samo Trzebicky i Kader nie widzieli trwałego skutku po tym sposobie leczenia prostatyzmu. Przeciwnie w jednym przypadku wystąpiło nawet znaczne pogorszenie.

D-r Kader. Przyczynek do kazuistyki nowotworów wątroby i techniki operacyi tych nowotworów.

Po zdemonstrowaniu preparatu wątroby z olbrzymim gruczolakiem, pokazywał K., w jaki sposób, używając igieł, podanych przez Kuzniecowa i Pęskiego, nowotwory takie można wycinać z wątroby, nie wywołując krwawienia. Wspomniane igły są to łukowato zgięte grube druty o tępym końcu, którymi z łatwością, postępując łagodnie, obejść można pęczki tkanki łącznej z przebiegającemi w nich naczyniami, a potem przez silne zawiązanie nitek, za igłą przeprowadzonych, przerzyna się miąższ gruczołowy, zaciskając naczynia. Tak idąc krok za krokiem, podwiązuje się wszystkie naczynia w obwodzie nowotworu, który potem wyciąć możemy na drodze zupełnie bezkrwawej.

Prof. Rydygier. Leczenie zwichnięcia wrodzonego stawu biodrowego.

Przedstawiwszy w zarysie wszystkie znane metody, dążące do wyleczenia cierpienia w mowie będącego, R. odprowadził na drodze bezkrwawej sposobem Paci'ego takie zwichnięcie u dziecka 4-letniego, u dziewczynki zaś 10-letniej, wykonał repozycyę krwawą.

Prof. Trzebicky. W sprawie leczenia zgorzeli kończyn.

T. jest zdecydowanym zwolennikiem konserwatywnego leczenia zgorzeli kończyn, a zmuszony tylko okolicznościami zewnętrznemi, lub grożącą posocznicą, ucieka się do amputacyi. W dyskusyi Wehr i Obaliński oświadczają się również za leczeniem wyczekującem. Pierwszy radzi nadto pilnie baczyć na zachowanie się serca i czynność jego pobudzać naprzykład strychniną, stosowaną podskórnie; drugi zaś ściśle indywidualizuje i szczegółowo uwzględnia etyologię cierpienia i doradza, aby w zgorzeli kończyn, zależnej od arteryosklerozy, postępować radykalnie.

D-r B. Kozłowski. O krwawem odprowadzaniu zastarzałych zwichnięć w stawie barkowym.

W czterech przypadkach zastarzałej *luxationis subcoracoideae* usiłowania odprowadzenia zwichnięcia na drodze bezkrwawej spełzły na niczem. Repozycyę krwawą podjęto w 8 dni później, gdyż prof. Rydygier przestrzega przed wcześniejszem operowaniem po takich bezskutecznych usiłowaniach repozycyi; wcześniejszemu bowiem operowaniu towarzyszy zwykle obfite ropienie.

W tych przypadkach użyto cięcia Hueter-Ollier'a, a następująca artrotomia z częściową artrektomią wystarczała do odprowadzenia główki na właściwe miejsce. Niepożądanych powikłań, jak np. zgorzeli główki, nigdy nie było. O wynikach czynnościowych na razie prelegent nie wspomina; za mało bowiem jeszcze czasu od chwili operacyi upłynęło.

Prof. Jordan. Spostrzeżenia nad przypadkami ciąży zamacicznej, operowanymi w klinice ginekologicznej w r. 1895/6.

Dla krótkości czasu ograniczył się J. do opisania jednego tylko przypadku ze wszech miar ciekawego. Z niewiadomych przyczyn pękła macica w 6 miesiącu księżycowym ciąży, a płód wypadł do jamy brzusznej. Matka po tym przypadku czuła się zupełnie dobrze, a jak dokładna anamneza inteligentnej kobiety wskazuje, płód żył do końca 9 miesiąca. W tym czasie obumarł Z zabiegiem operacyjnym, ponieważ nic nie nagliło, wstrzymał się J. aż do 10 tygodnia, licząc od chwili śmierci płodu, a powodowała nim głównie obawa krwotoku, gdyby trzeba było łożysko odklejać. W tym czasie wykonana laparotomia wykazała płód, swobodnie między jelitami leżący, tu i ówdzie błonami wrzekomemi z narządami jamy brzusznej pozlepiany. W miednicy zaś małej spostrzeżono guz, o którego przyrodzie trudno było cośkolwiek pewnego powiedzieć. Widziano tylko, że płód jest połączony z tym guzem za pośrednictwem pępowiny. Ponieważ zaś operowana liczyła już 42 lat, rodziła 14 razy, zdecydowano się na *amputatio uteri supravaginalis*, przeto z łatwością wyjęto i ów guz. Chora wkrótce wyzdrowiała, a dokładne badanie anatomiczne preparatu wykazało jajniki i trąbki zupełnie prawidłowe, w dnie macicy bliznę, pochodzącą od pęknięcia w ten sposób wygojonego, że jedna ściana wraz z łożyskiem została wynicowaną na zewnątrz i przyrosła do otrzewnej w okolicy ujścia we-

wnętrznego szyjki, drugi zaś brzeg dawnej rany przyrósł do stojącej na przeciw niego wewnętrznej powierzchni macicy, zamykając w ten sposób szczelnie jamę tej ostatniej.

Prof. A. Mars. O leczeniu operacyjnem *pruritus vulvae*.

M. zauważył, że włosy wzgórka łonowego i warg sromnych dużych, wyrastające ku dołowi i wewnątrz w kierunku do przedsionka pochwowego, mogą stanowić moment etyologiczny dla świądu sromu. Ogolenie włosów w tych przypadkach usuwało czasowo cierpienie. Aby zaś efekt leczniczy utrwalić, wyciął M. w jednym przypadku z wewnętrznej powierzchni warg dużych półksiężycowaty płatek skóry, a po zaszyciu rany osiągnął *ectropion* warg, a tem samem i włosy zwróciły się na zewnątrz.

Doc. D-r A. Rosner. O leczeniu operacyjnem włókniako-mięśniaków u nas, we Francyi, Anglii i Niemczech na podstawie własnych spostrzeżeń, zebranych w klinikach francuskich, angielskich i niemieckich.

Anglicy z wrodzonego im poszanowania dla życia płciowego kobiety, a i z innych ubocznych względów bardzo późno przystępują do operacyjnego leczenia włókniako-mięśniaka macicy i wtedy ograniczają się albo do kastracyi, albo też do nadpochwowej amputacyi macicy, wykonanej odgniataczem; obawiają się bowiem bardzo groźnej rzeczywiście w tak późnym okresie najmniejszej utraty krwi.

Wręcz przeciwnemi zasadami kierują się francuscy operatorowie: operują oni jak najwcześniej, aby módz *per morcellement* wydobyć macicę w całości przez pochwę. Przy większych włókniakach operują *per laparatomiam*. I tu mają cały szereg własnych sposobów i zawsze dążą do wydobycia macicy w całości wraz z włókniakami.

Zasady niemieckie są znane powszechnie, gdyż niemi my się kierujemy. R. radzi, aby przy włókniako-mięśniakach macicy operować, mając tylko istotne wskazania po temu, a nie być zbyt pochopnym, by przedwcześnie nie pozbawiać kobiety życia płciowego. Kiedy zaś już raz zdecydujemy się na operacyę, operować radykalnie, wyjąć całą macicę, nie pozostawiając niepotrzebnej, a niebezpiecznej szyjki.

D-r Ziembicki. Uproszczenie w postępowaniu przy wycinaniu wielkich włókniaków z macicy.

Zamiast rąk asystenta, używa prof. Reverdin z Genewy przyrządu, składającego się z 2 dwukończystych haków łańcucha i bloczka, przymocowanego do sufitu. Haki wbija się w guz, a łańcuchem i bloczkiem podtrzymuje się go na żądanej wysokości.

D-r Ziembicki. Metoda Le Beca wycinania włókniaków macicy.

Operacyę tę wykonywa się w 8 aktach: I. Laparotomia i wydobycie guza. II. Podwiązanie górnej części więzadła szerokiego wraz z tętnicą jajnikową. III. Od jamy brzusznej idąc, oddziela się pęcherz od macicy. IV. Po założeniu silnej, elastycznej podwiązki na macicę ponad sklepieniami amputuje się ją. V. Od pochwy przebija się sklepienie przednie i tylne. VI. Przez otwór w tyl-

nem sklepieniu z jamy brzusznej wprowadza się nitkę do pochwy, z pochwy znów wprowadza się ją napowrót do jamy brzusznej i podwiązuje się w ten sposób po obu stronach resztę więzadeł szerokich z przebiegającą w nich *arteria uterina*. VII. Zdejmuje się podwiązkę elastyczną i wycina się do reszty część pochwową. VIII. Pozostałe kikuty wraz z nitkami odprowadza się do pochwy.

D-r W. Maleszewski demonstrował dwa olbrzymie włókniaki torbielowe macicy, wyjęte przez prof. Rydygiera.

Prof. Jordan: O wynikach trwałych operacyjnego leczenia opadania jajników.

Oophoropexia, polegająca, jak wiadomo, na skracaniu więzadeł, jajnik podtrzymujących, przez założenie na nie szwu kapciuchowego, odpowiada wszelkim wymogom, stawianym przy leczeniu samoistnego opadania jajnika; przywraca bowiem stosunki fizyologiczne, nie sprawia następnie żadnych zaburzeń i daje efekt trwały.

Przy opadaniu zaś jajników, połączonem z tyłozgięciem lub tyłopochyleniem macicy wolnem, nieustalonem zrostami, najodpowiedniejszą zdaje się być operacya Alexander-Adams'a.

Kiedy zaś tyłozgięcie macicy ustalone jest silnymi zrostami, radzi J. kombinować zabieg Matlakowskiego, t. j. skrócenie więzadeł okrągłych, po otwarciu jamy brzusznej i po rozerwaniu zrostów, z ooforopeksyą.

Prof. A. Mars. Przyrząd do badania *per rectum*.

Jest to palec gumowy, cieniutki, podobny do kondomu, którym okrywa się palec przy badaniu odbytnicy. Przez to ochrania się nie tylko siebie od zakażenia, ale wyklucza się możność przeniesienia zakażenia na inną osobę. Palec okryty jest dostatecznie czułym, a badanie ma być mniej bolesne.

D-r Świtalski. Uwagi, dotyczące raka szyi macicznej, na podstawie spostrzeżeń kliniki ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Jest to praca statystyczna z ostatnich 13 lat, obejmująca 363 przypadki raka szyi macicy. Jest to cierpienie, zdarzające się u 3,94% chorych, do kliniki się zgłaszających. Radykalną operacyę możnaby było wykonać zaledwie u 71 chorych, ale tylko 34 zgodziło się na nią.

U tych wykonano:

1 raz odcięcie wargi tylnej,

4 razy *amputatio portionis vaginalis*,

30 razy *exstirpatio uteri totalis*,

a) *per vaginam* 28 razy,

b) *method.* Herzfeld-Rydygier raz,

c) *method.* Rydygier-Freund raz.

Umarły 3 skutkiem operacyi. Z operowanych tylko 6 po 14 miesiącach, względnie po 5 latach, licząc od czasu operacyi, jest zupełnie zdrowych.

D-r Wł. Mikucki demonstrował preparat dużego włókniaka tylnej wargi macicy, który sam urodził się przez pochwę.

D-r M. Doliński objaśnił użycie przyrządu Crede'go do biernego gimnastykowania stawów. Przyrząd zaleca się prostotą swej konstrukcyi, względną dokładnością i niewysoką ceną [około 350 marek].

D-r A. Gabryszewski. W sprawie leczenia wrzodów goleniowych.

U chorych swoich, prócz zwykłego znanego leczenia, używa opasek elastycznych, trykotowych. Opaski gumowe Martin'a są o tyle nieodpowiednie, że upośledzają przeziew skórny i macerują naskórek.

D r A. Gabryszewski. Uwagi nad leczeniem wola.

Tyroidyna, tyrojodyna i tyraden, znane przetwory gruczołu tarczowego, nie okazały w doświadczeniach G. wcale swoistego działania na wole. Lepsze wyniki osiągał, stosując jod zewnętrznie i wewnętrznie.

D-r Wehr. O opatrunkach srebrnych Crede'go.

Doświadczenia i spostrzeżenia na chorych pouczyły W., że ani biały materyał opatrunkowy srebrny, ani szary, nie odpowiadają choćby najskromniejszym wymogom, na zalecenie zaś zasługuje itrol [cytrynian srebra] i jedwab, jakoteż katgut, srebrem [względnie aktolem] spreparowane.

W dyskusyi zabierali głos Kryński, Trzebicky i inni, godząc się zupełnie z Wehrem.

Doc. D-r Bosowski. *Meningocele traumatica s. spuria.*

Do znanych z literatury 30 przypadków tego cierpienia dodaje B. jeden własny. Za życia rozpoznanie było niemożliwe, dopiero po śmierci, która nastąpiła skutkiem ostrego zapalenia opon mózgowych, rzecz wyjaśniono. Skóra, *galea aponeurotica* i okostna uniesione od kości czaszki. Okostna w obwodzie i u podstawy guza wytworzyła liczne osteofyty. Dno jamy kostne, a w dnie otworek, przez który wypadają opony miękkie. Chodziło tu o 4-letnie dziecię.

J. Wróblewski. Przyrząd do obliczania oksyhemoglobiny we krwi.

Ponieważ hemometr Fleischl'a jest przyrządem, którym tylko w przybliżeniu oznaczać możemy ilość hemoglobiny utlenionej we krwi, proponuje W. używanie, zamiast tego przyrządu, spektrofotometru Glan'a, którym w sposób bardziej naukowy i nieporównanie ściślejszy ilość oksyhemoglobiny obliczyć możemy.

D-r Zoll, zamiast znanej ekstensyi Volkmann'a, wyciąga kończynę dolną za pomocą kamaszków płóciennych, przywiązywanych do łóżka, a kontrekstensyę wykonywa pasem rzemiennym.

Na tem trzeciego dnia, t. j. 15 lipca, zakończono czynności VIII zjazdu chirurgów polskich, nie wyczerpawszy wszystkich zapowiedzianych tematów.

D-r H..

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

57. H. Lüthje. Dna ołowiana i wpływ zatrucia ołowiem na wydzielanie kwasu moczowego.

Na przewlekłe zatrucie, jako moment etyologiczny w powstawaniu podagry, zwrócono w ostatnich czasach baczniejszą uwagę. Już niektórzy starsi autorowie opisywali przypadki podagry u osobników, poddanych dłuższemu działaniu ołowiu; uważali oni jednak taką kombinacyę za przypadkowy zbieg okoliczności. Garrod pierwszy zaznaczył związek przyczynowy między zatruciem ołowianem a podagrą. Zarówno w swojej praktyce szpitalnej, jak i prywatnej, mógł on stwierdzić, że około 25—30% podagryków składa się z malarzy lub robotników, mających do czynienia z ołowiem. Na szczególną uwagę zasługują dane statystyczne, ogłoszone przez lekarzy, obsługujących kopalnie ołowiu i huty ołowiane; dane te wykazują, że stosunek podagryków do chorujących na przewlekłe zatrucie ołowiem ma się, jak 1:11. Dyce Duckworth na 136 przypadków podagry znalazł w 25 przypadkach wyraźne objawy przewlekłego zatrucia ołowiem.

Na zasadzie skrzętnie zebranego materyału klinicznego wysnuwa autor wniosek, że w szeregu szkodliwych czynników, prowadzących do podagry, przewlekłe zatrucie ołowiem ma pierwszorzędne znaczenie; nadto może ono bez udziału innych momentów etyologicznych spowodować podagrę [jak tego dowodzą 4 cytowane przez autora przypadki], z tego więc względu możemy mówić o „dnie ołowianej“.

Cierpienie to, podług Garrod'a, zależy od tego, że pod wpływem przewlekłego zatrucia ołowiem czynność wydzielnicza nerek zostaje upośledzoną, kwas moczowy nie może być całkowicie wydalonym i zbiera się we krwi w nadmiernej ilości. Pogląd Garrod'a na patogenezę dny ołowianej podzielają Charcot, Ollivier, Senator i wielu innych, natomiast Klemperer, przyjmując fakt przeładowania krwi kwasem moczowym przy podagrze i zatruciu ołowianem, przypuszcza, że zależy to nie od upośledzonej czynności wydzielniczej nerek, lecz od wzmożonego wytwarzania się kwasu moczowego w ustroju. Jakie przyczyny wywołują hyperprodukcyę kwasu moczowego i gdzie się ten ostatni wytwarza, na te pytania zadawalającej odpowiedzi dać nie możemy. Nie wyjaśnia bowiem tej kwestyi hypoteza Horbaczewskiego, że kwas moczowy powstaje wskutek wzmożonego rozpadu białka organicznego [nukleina], gdyż nie wiemy, co powoduje tak znaczny rozpad nukleiny. Co się zaś tyczy wydzielania kwasu moczowego ze krwi, to nie zależy ono, zdaniem Klemperer'a, ani od zmniejszonego odczynu alkalicznego krwi, ani od mniejszej rozpuszczalności kwasu moczowego we krwi artrytyków.

Doświadczenia Ebstein'a wykazały, że zgorzel tkanek przy podagrze należy uważać za sprawę pierwotną; następnie zaś w tkance znekrotyzowanej odkładają się kryształy kwasu moczowego i tworzą się złogi artrytyczne. Z tego Klemperer wyprowadza wniosek, że prawdopodobnie istnieje jakieś wewnętrzne powinowactwo chemiczne między nekrozą podagryczną i kwasem

moczowym, zawartym we krwi. Nekroza taka powstaje pod wpływem nieznanych nam bliżej związków trujących [Klemperer określa je jako „*Gichtstoff*“]. Dla wyjaśnienia zatem istoty podagry, należałoby określić, jakie to związki trujące wywołują przy podagrze zmiany zapalne i nekrobiotyczne w tkankach. Autor sądzi, że w przypadku dny ołowianej ołów sam przez się jest w stanie wywołać zmiany nekrotyczne. Mniemanie to autor opiera na teoryi Dyce Duckworth'a i Lancereaux, którzy czynią zależnymi wszystkie objawy przewlekłego zatrucia ołowiem od porażenia układu nerwowego, szczególniej zaś nerwów troficznych. Gombault stwierdził przy zatruciu ołowianem wysoki stopień zwyrodnienia włókien nerwowych, zanik ich, obecność w nich znacznej ilości kropel tłuszczowych i tkanki łącznej. Remak wykazał, że w przypadkach *paralysis saturninae* znajdujemy zwykle ograniczone zmiany w szarej substancyi przednich rogów rdzenia. Jeżeli więc dla rozwoju zwykłej podagry wystarczają, jak to przypuszcza Lancereaux, zaburzenia troficzne, tembardziej, wobec powyższych spostrzeżeń, są one wystarczające, aby wywołać dnę ołowianą. Na tych danych opiera się pogląd autora na patogenezę dny ołowianej: zaburzenia troficzne, powstające pod wpływem zatrucia ołowiem, wywołują miejscową nekrozę tkanek, tkanki zaś znekrotyzowane przyciągają ze krwi kwas moczowy i w ten sposób tworzą się złogi artrytyczne. Nierozstrzygniętą jest jednak dotąd kwestya, jaki związek zachodzi między otruciem ołowianem a nadmiernem wytwarzaniem się kwasu moczowego.

Przebieg kliniczny dny ołowianej różni się znacznie od przebiegu zwykłej podagry. Pierwszy napad podagryczny przy dnie ołowianej zjawia się w stosunkowo młodym wieku [w większości przypadków przed 35 rokiem życia]. Napady często się powtarzają i w krótkim czasie większa część stawów jest zajęta sprawą chorobową. Charakterystyczną cechą dny ołowianej jest dążność do zajęcia takich stawów, które nader rzadko ulegają porażeniu przy zwykłej podagrze. Staw śródstopowo-palcowy palucha, który prawie zawsze bywa zajęty przy zwykłej podagrze, w wielu przypadkach dny ołowianej pozostaje nietkniętym. Natomiast często cierpią na dnę ołowianą takie stawy, jak: kolanowy, biodrowy, łokciowy, kręgów szyjowych i inne. Tworzenie się złogów artrytycznych przy dnie ołowianej spotyka się częściej, niż przy zwykłej podagrze. Gdy w tej ostatniej Scudamore znalazł złogi w 10% wszystkich przypadków, a Garrod w 6%, autor znalazł dla dny ołowianej odsetkę znacznie wyższą, bo około 62%. Jeżeli dodamy jeszcze, że napady dny ołowianej zjawiają się nagle, bez objawów prodromalnych, że stawy ulegają większej deformacyi, niż przy zwykłej podagrze, będziemy niewątpliwie mieli pewne wytyczne punkty dla różniczkowania tych na pozór podobnych cierpień.

Rozpoznanie dny ołowianej tylko wtedy będzie pewnem, jeżeli oprócz wyżej wymienionych objawów stwierdzimy u chorego objawy przewlekłego zatrucia ołowiem i brak wszelkich innych momentów etyologicznych, usposabiających do rozwoju podagry.

Rokowanie przy dnie ołowianej jest bardzo niepomyślne. Jakkolwiek i w zwykłej podagrze nie możemy liczyć na zupełną *restitutionem ad integrum*, jednak przy zachowaniu odpowiednich przepisów dyetetycznych możemy zmniejszyć częstość napadów i odroczyć zejście śmiertelne na dłuższy przeciąg czasu. Przy dnie ołowianej, wobec charłactwa ołowianego, zmian miażdżycowych w tętnicach, a szczególniej śródmiąższowego zapalenia nerek, terapia nasza nic nie wskóra i napad mocznicowy zazwyczaj kładzie kres cierpieniom chorego.

Druga część pracy autora zawiera opis doświadczeń, mających na celu wykazanie wpływu zatrucia ołowiem na wydzielanie kwasu moczowego. Autor dawał psu w ciągu 2 miesięcy coraz większe dawki octanu ołowiu [od 0,0025 do 0,4] przy jednakowem pożywieniu i następnie określał codzień ilość kwasu moczowego i ogólną ilość azotu, wydzielanego z moczem.

Doświadczenie to stwierdziło przypuszczenie autora, że intoksykacya ołowiem: 1) nie ma zgoła najmniejszego wpływu na wydzielanie się kwasu moczowego przez nerki, 2) wywołuje zapalenie nerek i białkomocz. Nadto wykazał autor, że karmienie psa grasicą (*thymus*) cielęcą znacznie zwiększa ilość wydzielanego kwasu moczowego. Aby określić wpływ zatrucia ołowiem na stopień sprawności [pod względem wydzielania kwasu moczowego] nerek, autor dawał psu w ciągu 74 dni po 0,3 *plumbi acetici pro die*, następnie, zwiększywszy sztucznie [przy pomocy karmienia grasicą] ilość wytwarzającego się w ustroju kwasu moczowego, znalazł, że nerki po tak długim okresie intoksykacyjnym były jeszcze w stanie wydzielić 3½ więcej kwasu moczowego, aniżeli w warunkach prawidłowych.

Oprócz tego przy rozbiorze chemicznym moczu zwrócił autor uwagę na ilość zawartych w nim ciał alloksurowych [kwas moczowy i zasady nukleiny]. Badania Krueger'a i Wulff'a wykazały, że w moczu zdrowego człowieka stosunek azotu, zawartego w kwasie moczowym, do azotu zasad alloksurowych (*Alloxurbasen*) ma się, jak 38,2 : 1, czyli, że azot ciał alloksurowych przeważnie wydziela się w postaci kwasu moczowego. W stanach patologicznych stosunek ten, podług Kolisch'a, zmienia się o tyle, że ilość zasad alloksurowych niepomiernie wzrasta, gdy kwas moczowy stanowi tylko małą część ich. Nieco odmiennie przedstawia się stosunek kwasu moczowego do zasad alloksurowych w moczu psa. W porównaniu z człowiekiem znalazł autor w moczu psa nieznaczną tylko ilość kwasu moczowego i bardzo dużo zasad alloksurowych. U człowieka zatem derywaty nukleiny po większej części przechodzą do moczu w postaci kwasu moczowego, u psa zaś kwas moczowy i zasady alloksurowe przyjmują ilościowo jednakowy udział w wytwarzaniu ciał alloksurowych. Badanie krwi psa, karmionego uprzednio grasicą, stwierdziło tenże stosunek: krew nie zawierała wcale kwasu moczowego, natomiast zawierała ogromną ilość zasad alloksurowych. Nie przesądzając kwestyi toksycznych własności zasad alloksurowych, autor zaznacza na razie sprzeczność powyższych rezultatów z ogólnie przyjętą teoryą Kolisch'a.

(*Zeitschrift f. klin. Medicin. Band 29, Heft 3 u. 4. 1896*). *Z. Rom.*

Wiadomości drobne.

— Groedel. Ostry gościec stawowy, przyłączający się do zapalenia gardła. Na początku 1880 angielscy lekarze zauważyli, iż często gościec stawowy poprzedzają różnorodne sprawy zapalne gardła. Spostrzeżenia te potwierdzili: Buss i Roos w 1894 r. i Suchanek w 1895 r.. I autor też, lekarz zdrojowy w Nauheim, miał sposobność obserwowania takich chorych, którzy przed wystąpieniem gośćca stawowego cierpieli na zapalenie gardła, mianowicie na *tonsillitis lacunaris*. Zdarza się to, według autora, mniej więcej w 5%, według innych w 8%, a nawet w 80%. Możnaby mniemać, że pasożyty, znajdywane przy *angina follicularis* (*streptococcus* i *staphylococcus pyogenes* oraz *diplococcus pneum.*), u osobników usposobionych dostawać się mogą do stawów i sprowadzać tam zapalenie. W taki sam sposób u innych toż samo cierpienie miejscowe doprowadzić może do zapalenia nerek, gruczołów chłonnych i t. p.. Tak rozumiejąc wzajemną zależność obu omawianych spraw, wypadnie ów gościec uważać nie za sprawę pierwotną, lecz za pseudogościec, czyli *reumatoid*, t. j. za wtórne cierpienie stawów, podobne do tego, jakie widujemy po szkarlatynie, dyfterycie i t. p.. Taki *reumatoid* odróżniać się ma od zwykłego gośćca: 1) słabą reakcyą na przetwory salicylowe, 2) niejaką skłonnością do wysypek skórnych; 3) długotrwałym przebiegiem. Na zasadzie długoletniego doświadczenia autor wyż wymienionych cech nie uważa za stałe i sądzi, że na nich rozpoznania opierać nie można.

(*Deutsch. med. Wochenschr. 1896. Nr. 17*). *A. Ch.*

— Bernheim i Folger z Wiednia obserwowali w laseczkach błonicy liczne i rozmaite rozgałęzienia. Dostrzegli je początkowo przy badaniu błon z gardła osób chorych na błonicę, potem jednak znajdowali je w hodowlach, a raz nawet widzieli je w nacieku, wywołanym u świnki przez zaszczepienie jej omawianych pasożytów.

(*Centrblt. f. Bact. Bd. 20. Nr. 1*). *W. J.*

— Eberlein przekonał się, że pierwszy żołądek zwierząt przeżuwających, tak domowych, jak i dzikich, zawiera niezliczone mnóstwo najrozmaitszego rodzaju wymoczków rzęskowatych (*infusoria ciliata*). Twory te dostają się do żołądka wraz z pokarmami i wodą. Bundle znalazł to samo w kiszce ślepej u koni. Sądzi on, że wymoczki mają u zwierząt przeżuwających i koni ważne znaczenie w sprawie trawienia, gdyż swoim niezmiernie ożywionym ruchem wprawiają w ruch płynną zawartość żołądka, *resp.* kiszki ślepej i przez to sprzyjają dokładniejszej maceracyi pokarmów, tak ważnej dla ich strawienia. Nadto mają one własność trawienia samej cellulozy, co także nie może nie mieć znaczenia przy jej przyswajaniu przez zwierzęta trawożerne. Obaj wymienieni autorowie powiadają, że hodowanie sztuczne wymoczków im się nie udawało.

(*Centrblt. f. Bact. Bd. XX. Nr. 1*). *Wł. J.*

— Ciekawe dane o komórkach eozynofilowych w przewodzie pokarmowym ogłosił Stutz z Bonn. Błona śluzowa normalnego żołądka zawiera bardzo mało komórek eozynofilowych; zjawia ich się tu więcej przy wszelkich zapaleniach, głównie przy *gastritis proliferans*. Przy raku jest ich bardzo dużo. Normalna błona śluzowa kiszek zawiera sporo komórek eozynofilowych. Przy stanach jej chorobowych ilość ich jest zmienną. Przy sprawach swoistych jest ich mało, szczególniej przy gruźlicy. Autor sądzi, że komórki eozynofilowe powstają na miejscu w kiszkach ze zwykłych białych ciałek krwi.

(*Centrblt. f. allg. Path. 1896. Nr .14*). *Wł. J.*

Z powodu niewykończenia na czas tablicy do pracy prof. Hołowińskiego, będzie ona dołączoną do jednego z najbliższych N-rów Gazety Lekarskiej.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz. **Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.**

Дозв. Цензурою, Варшава, 26 Іюля 1896 г. **Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8**