

GAZETA LEKARSKA.

Ś. P.

D-r EDMUND MODRZEJEWSKI.

EDMUND MODRZEJEWSKI umarł w Warszawie 14 kwietnia w 44 roku życia. Człowiek wielkiej biegłości w swoim zawodzie, wielkiej pracy, wielkiej zacności; wysoko ceniony przez wszystkich, którzy go bliżej znali, szerokiego rozgłosu nie szukał, nie pragnął, życie prowadził ciche i zamknięte, a los nie pozwolił mu zdolności i przymiotów rozwinąć w pełni. Jak wszyscy najlepsi, rozpoczął zawód, poświęciwszy lat kilka badaniom i pracom naukowym; w tej epoce swego życia ogłosił cały szereg prac z dziedziny chemii. Jak każdy prawie, musiał po niedługim czasie tę niwę porzucić dla zajęć praktycznych. Oddał się leczeniu chorób uszu i zyskał sławę jednego z najbłęglejszych i najbardziej wykształconych specjalistów. Oprócz ogólnych warunków, niesprzyjających zupełnemu rozwojowi, częste i ciężkie choroby przerywały na czas długi jego zajęcia. MODRZEJEWSKI posiadał więcej siły, niż ujawnić zdołał; zasługi, jakie położył, są tylko częścią tego, co mógłby zdziałać, gdyby okoliczności bezustanku tamy mu nie stawiały. Ocenić go słusznie mogą ci tylko, którzy go bliżej znali, którzy nietylko na ogłoszonych pracach naukowych i głośnych czynnościach swój sąd opierać mogą.

Od początku zawiązania redakcyi naszej, od lat 13, należał do naszego grona; w pracach zarówno redakcyjnych, jak wydawniczych bardzo czynny brał udział; niejedno ulepszenie Gazeta nasza Jego inicjatywie, Jego radom zawdzięcza.

Spółceństwo traci w nim doskonałego, sumiennego lekarza i bardzo zacnego człowieka, a my tracimy jednego z najgorliwszych współpracowników, kochanego, szczerego przyjaciela.

EDMUND MODRZEJEWSKI urodził się w Kaliszu 29 października 1849 r. Dyplom lekarza uzyskał w Warszawie w r. 1872 i tu stałe przebywał od r. 1875, t. j. od powrotu z wycieczki naukowej za granicę. Mając zamiar poświęcić się chirurgii, został asystentem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dz. Jezus, w którym lat kilka pracował, bądź w charakterze asystenta, bądź w charakterze czasowego ordynatora. Niestety, brak zdrowia nie pozwalał MODRZEJEWSKIEMU wytrwać w obranym zawodzie. Wówczas poświęcił się chorobom usznym i w tej specjalności stanął najzupełniej na wysokości zadania. Od r. 1883 do końca życia pełnił obowiązki lekarza ambulatoryjnego dla chorych usznych w szpitalu Dz. Jezus.

- Wymieniamy prace jego, drukiem ogłoszone.
Poszukiwania na drodze chemicznej amyloidu zwierzęcego i jego produktów rozkładu. [Pam. Tow. Lek. Warsz. 1873].
Zur Kenntniss der Amyloiden Substanz. [Archiv für Experimentelle Pathologie. 1873].
Sur la décomposition des matières albuminoïdes dans le vide. [Comptes rendues. 1873].
O rozkładzie ciał białkowych, umieszczonych w próżni. Praca dokonana w pracowni Kl. BERNARD'a w Paryżu. [Medycyna. 1874 i Pam. Tow. Lek. Warsz.].
Torbielak jajnika, Spotrzeżenie z kliniki ginekologicznej Berneńskiej. [Medycyna. 1873].
Przypadek zupełnego zamknięcia otworów nosowych tylnych, operacja, wyzdrowienie. [Medycyna. 1874].
Opatrunek watowy prof. GUÉRIN'a. [Medycyna. 1874].
Przypadek zwężenia cewki moczowej traumatycznego pochodzenia. Uretrotomia wewnętrzna, śmierć. [Medycyna. 1874].
Rzadki przypadek wypadnięcia jelita cienkiego przez odbytnicę. [Medycyna. 1877].
Nowy przyrząd J. ROUSSEL'a do bezpośredniego przetaczania krwi. [Medycyna. 1878].
Sprawozdanie ze szpitala czasowego Warszawskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża w Nowo-Mińsku. [Medycyna. 1878].
O sposobie SAYRE'a leczenia skrzywień i złamań kręgosłupa. [Medycyna. 1880].
Życiorys H. KORZENIOWSKIEGO. [Medycyna. 1879].
Życiorys W. PLACZKOWSKIEGO. [Gazeta Lekarska. 1882].
Wieloliczne wrodzone włókniaki miękkie. [Gaz. Lek. 1882].
Multiple angeborene Fibromata mollusca. [Berl. klin. Wochenschr. 1882].
Korespondencya z Wiednia. [Gaz. Lek. 1882].
O sztucznej błonie bębnekowej i jej zastosowaniu. [Gaz. Lek. 1884].
Wyniki badań narządów słuchowych u 234 głuchoniemych. [Księga Pamiątkowa prof. HOYERA].
O zapaleniu ucha wewnętrznego. [Gaz. Lek. 1885].
Sprawozdanie o chorych usznych, leczonych w ambulatoryum szpitala Dz. Jezus w r. 1884. [Gaz. Lek. 1885].
O leczeniu długotrwałych ropnych zapaleń ucha średniego. [Gaz. Lek. 1887].
Referat w kwestyi higieny szkolnej. [Zdrowie. 1887].
Zupełne zarośnięcie przewodów nosowych; utworzenie sztucznego przewodu na drodze operacyjnej. [Gaz. Lek. 1889].
O ostrych ropnych zapaleniach ucha średniego, powikłanych ziarninowym rozrostem błony bębnekowej. [Gaz. Lek. 1892].
Ostatni zeszyt Pam. Tow. Lek., który wyszedł z druku już po śmierci MODRZEJEWSKIEGO, zawiera początek obszerniejszej jego pracy p. t.
O głuchoniemocie. Rys statystyczno-lekarski głuchoniemoty w Królestwie Polskiem, oraz wyniki badań narządów słuchowych u 400 głuchoniemych.

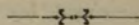
Portret Ś. p. EDMUNDA MODRZEJEWSKIEGO dołączony będzie do N-ru 17 Gazety Lekarskiej.

Z ODDZIAŁU CHIRURG. KOBIECEGO D-RA MATLAKOWSKIEGO W SZP. DZ. JEZUS.

I. PRZYPADEK RAKA PIERWOTNEGO POPRZECZNICY.

Podał

Andrzej Ciechomski.



Nowotwory złośliwe kiszek grubej należą do zjawisk rzadszych. Od czasów REYBARD'a ¹⁾, który w r. 1843 po raz pierwszy wykonał wycięcie czę-

¹⁾ R. WEIR. Annales of Surgery. 1886.

ściowe kiszki zgiętej (*flex. sigmoidea*), liczba operowanych przypadków urosła zaledwie do stu, wzmagając się szczególnie w ostatnim dziesiątku lat.

MATLAKOWSKI ¹⁾ w nader sumiennej i wyczerpującej swej pracy o kątnicy (*coecum*) podał zestawienie raków całego przewodu pokarmowego, ogłoszone przez LEICHTENSTERN'a; pokazuje się z tego, że nie wszystkie odcinki kiszki grubej jednakowo bywają nawiedzane przez nowotwór.

Dla dokładności zestawienie to powtarzam całkowicie.

Kiszka zgięta (<i>flex. sigm.</i>)	42 razy
Kątnica (<i>coecum</i>) wraz z wyrostkiem glistowatym i zastawką okrężniczą	32 „
Poprzecznicza (<i>col. transversum</i>) z obu zgięćiami (<i>flex. hepatica et lienalis</i>)	30 „
Okrężnica zstępująca (<i>c. descendens</i>)	11 „
Okrężnica wstępująca (<i>c. ascendens</i>)	6 „

Razem 121 obok 33 przypadków raka kiszki cienkiej i 616 prostnicy (*rectum*). Mówiąc o poprzecznicy, zaznaczyć przedewszystkiem muszę, że lwia część jej nowotworów sadowi się na obu zgięciach, z których prawe (*flex. hepatica*) właściwie należy do okrężnicy wstępującej. Jeżeli więc wykluczmy oba zgięcia, to na pozostałej części poprzecznicy raki, jak to ujrzymy poniżej, powstają nadzwyczaj rzadko. Okoliczność ta zasługuje na bliższą uwagę już choćby dlatego, że częstokroć guzy żołądka, np. odźwiernika, nie nacechowane wyraźnymi zaburzeniami w czynności narządu, chętniej pocztytywamy za nowotwór sąsiedniej zaraz poprzecznicy. Tymczasem rzadkość pierwotnych guzów okrężnicy poprzecznej wobec olbrzymiej częstości raków żołądka zniewala przypuszczenia nasze kierować raczej na stronę tego ostatniego, rozumie się w tych razach, w których rozpoznanie trudniejszym być może. Takimi mniej więcej kierowałem się myślami, podając niniejszy przypadek, który skądinąd nie przedstawia żadnych osobliwości, wyróżniających go w szeregu podobnych opisów.

Dnia 17 Lipca 1888 zgłosiła się do mnie Fajga S., lat 29, żona kupca ze Swisłoczy. Średniego wzrostu, dosyć szczupła i niedokrwista, z ciemno-oliwkową cerą, brunetka, takie co do swej choroby opowiedziała mi szczegóły.

Do ostatniej ciąży cieszyła się jak najlepszym zdrowiem. Przed 1½ rokiem powiła czwarte dziecko również szczęśliwie jak i poprzednie. Od tej chwili zaczęła niedomagać, skarżąc się na ból w krzyżu i brzuchu, na brak sił i łaknienia; wreszcie miesięczkowanie w kilka miesięcy po porodzie stało się częstszym i obfitszym. Stan chorej pogorszył się znacznie w początku 1888 r.. Bóle w lewej połowie brzucha, dotąd nieznaczne, teraz rzadziej ją opuszczały, a chora wobec mniejszego łaknienia wyraźnie chudnąć zaczęła. Przypadkowo w tym czasie namała w brzuchu pod pępkiem twardy guz wielkości pomarańczy. Wkrótce miesięczkowanie ustało zupełnie, a dożyć szybki wzrost guza zmusił chorą do szukania pomocy.

¹⁾ O wycięciu kiszki ślepej. Przegląd Lekarski. Nr. 14—27. 1892.

Dodać należy, że wypróżnienia stolcowe, podczas całej choroby nieco opieszale, przychodziły jednak do skutku po upływie 2-ej lub 3-ej doby bez pomocy środków przeczyszczających.

Przy badaniu chorej znalazłem brzuch mały, w okolicy pępka trochę wydatny i pokryty skórą gładką, nie napiętą. Obmacywanie pozwala wykryć w jamie brzusznej ograniczony, twardy guz, wielkości głowy kilkoletniego dziecka. W poziomem ułożeniu ciała guz znajduje się w okolicy pępka; górna trzecia część jego znajduje się powyżej pępka i wyraźnie zsuwa się ku dołowi, skoro chora wstanie. Kształt guza przypomina sześcian o powierzchni nierównej, jakby zrazikowej. Ruchomość jest bardzo znaczna; łatwo bowiem posuwać go można we wszystkich kierunkach, a nawet wyczuć w okolicy lędźwiowej podczas uciskania przez ścianę brzuszną. Przy badaniu przez pochwę wyczułem wśród pustych sklepień twardą, ruchomą i nieco powiększoną macicę. Spychając guz ku jamie miednicy, namacałem go łatwo przez sklepienie tylne, jak również przez odbytnicę. Skoro uciskać guz przestałem, powrócił natychmiast na zwykłe swoje siedlisko w okolicy pępka. Inne narządy—bez wyraźnej zmiany, z wyjątkiem chyba płuc, gdzie znaleziono trochę rzężeń wilgotnych.

Chora skarży się na ból w środku brzucha, przeszywający ją w kierunku lewego poobrzeża, obok tego na brak sił i łaknienia.

Gdy następnego dnia zapisała się do szpitala, zauważono bardzo umiarkowane łaknienie, niezbyt uporczywe zaparcie stolca i obfite wydzielanie moczu [1500—1800 ctm. sześc. na dobę], który żadnych godnych zaznaczenia zbroczeń nie posiadał.

Mając na uwadze położenie, kształt i ruchomość guza, rozpoznałem nowotwór złośliwy sieci z prawdopodobnymi zrostami kiszek cienkich. W tem też mniemaniu d. 24 lipca 1888 r. przystąpiłem do laparotomii przy łaskawej pomocy kolegów KRAJEWSKIEGO, SAWICKIEGO, KRÓLIKOWSKIEGO i w obecności kilku innych jeszcze.

Cięcie powłok brzusznych w smudze białej od pępka do spojenia łonowego należało przedłużyć jeszcze ponad pępek, a to w celu przedostania się do górnej granicy guza, *resp.* jego przyczepu. Naówczas ujrzałem płaski, sześciennego kształtu nowotwór, całkowicie pokryty siecią, jakby fartuchem, a poczynający się na 1 ctm. poniżej krzywizny wielkiej żołądka. Pod tylną powierzchnią guza łatwo wprowadziłem rękę od dołu, a uchwyciwszy dolną, zupełnie wolną część nowotworu, wywróciłem go ku górze tak, że tylna powierzchnia stała się teraz przednią; wtedy na tej powierzchni guza, na granicy górnej trzeciej części ze środkową, dostrzegłem poprzecznie przebiegającą tylną ścianę poprzeczniczy z jej taśmą wolną i wypukleniami; owa ściana кишки, rozpostarta na całej szerokości guza, węższą była niż zazwyczaj; trzy czwarte bowiem obwodu poprzeczniczy wtopione zostały w masę guza i stanowiły nierozdzielną z nim całość. Co się tyczy krezki poprzeczniczej, to tylko górna jej część należała do nowotworu, reszta zaś aż do samego kręgosłupa zupełnie była wolna; gruczoły krezkowe nie powiększone. Zrostu z innymi kiszkami, jak również rozsiania się nowotworu w jamie brzusznej nie znaleziono.

Przywróciwszy guz na dawne miejsce, przekonałem się dalej, że sieć przyrośnięta jest na całej przedniej jego powierzchni, po obu zaś bokach jest wolna, zarówno jak i w przestrzeni między żołądkiem i górną ścianą nowotworu. Przestrzeń ta jest węższą niż w zwykłych warunkach, a to z powodu wzniesienia się ponad kiszki górnej granicy guza.

Na zasadzie powyższych objawów można było wnosić, że mamy do czynienia z pierwotnym nowotworem poprzecznicy, poczynającym się na przedniej i dolnej powierzchni środkowej trzeciej części kiszki, a zawieszonym na niej jakby na sznurze i całkowicie pokrytym siecią.

W celu usunięcia guza przedewszystkiem obklulem podwójnie i między podwiązkami przeciąłem górną, bardzo unaczynioną część sieci, znajdującą się między żołądkiem i guzem *resp.* poprzecznicą; obklucie to przekraczało po obu stronach granice guza aż do miejsca, w którym należało później przeciąć kiszki; górne podwiązki z powodu braku miejsca wypadły tuż pod krzywizną wielką żołądka. Po oswobodzeniu żołądka, mając wolny przystęp do jelita z góry, lekko zawiązałem poprzecznicę w dwóch miejscach z każdej strony guza, jak można, najdalej od niego, za pomocą czterech grubych jedwabnych nitek, i kiszki tak zabezpieczoną przeciąłem.

Wówczas otwartą miałem drogę do krezki poprzeczniczej. Wywróciwszy więc guz ku górze, oklulem ją pojedynczo w kształcie klina z wierzchołkiem sięgającym prawie kręgosłupa, a po przecięciu tejże ponad podwiązkami całkowicie usunąłem guz z jamy brzusznej. Odcinki kiszki można było zbliżyć ku sobie zaledwie po pewnem naciągnięciu końców. Podczas przymierzania okrwawionych powierzchni dostrzegłem żwawy krwotok w głębi jamy brzusznej. Odsunąwszy kiszki cienkie ku dołowi, przekonałem się, że krwawi pozostały wierzchołek krezki poprzeczniczej, rozdarty do samego kręgosłupa prawdopodobnie w chwili pociągania odcinków poprzecznicy. Natychmiastowe obklucie położyło tamę krwawieniu.

Kiszki zeszyłem jedwabiem za pomocą szwu trzypiętrowego; najprzód spoilem błonę śluzową szwem kuśnierskim, podobnież błonę mięsną wraz z surowiczą w 2-em piętrze, wreszcie samą surowiczą szwem węzłkowym LEMBERT'a. O ile napięte były odcinki jelita, wnosić można z licznych wynaczyń, jakie tworzyły się podczas zszywania wszystkich warstw kiszki, a szczególnie jej powłoki zewnętrznej. Naostatek spoilem ścianę brzuszną całkowicie za pomocą szwu węzłkowego i nałożyłem opatrunek przeciwgnilny.

Operacja trwała około 3-ch godzin; nadzwyczaj częste podczas niej wymioty stanowiły niemałą przeszkodę. Po przeniesieniu chorej do łóżka, ze względu na jej bladłość i ledwie wyczuwalne tętno, wstrzyknięto pod skórę szpryczkę eteru siarczanego i zastosowano ogrzewanie kończyn dolnych.

Wieczorem tegoż dnia ciepłota 38,5° C., tętno 106, oddech 44, nogi ciepłe, tętno wyraźniejsze. W nocy 3 razy wymioty i kaszel suchy, którego do ąd prawie nie było.

W ciągu pierwszych 3 dni ciepłota 38° C., tętno 120, oddech 40, kaszel dość częsty, nieraz z wymiotami, język wilgotny, brzuch niebolesny; mocz, wypuszczany za pomocą cewnika, zawiera wielką ilość moczanów. Chora pije wino z wodą,

a wobec znacznego pragnienia polyka kawałki lodu. Poczynając od 4-ej doby, stan bezgorączkowy, tętno 80—90, oddech 20—24, kaszel mniejszy, wiatry dość częste, brzuch wklęsły i niebolesny, pragnienie mniejsze, zato łaknienie wyraźniejsze; chora dostaje wino, mleko, później rosół; moczu zupełnie czysty oddaje sama.

7-go dnia kaszel znowu powiększył się, stan bezgorączkowy i wogóle dobry; do pożywienia dodano jajko, a po 2-ch dniach mięso białe, gotowane.

12-go dnia po operacyi pierwsze obfite wypróżnienie bez wszelkiej pomocy, stan ogólny świetny.

13-go dnia usunięto szwy, rychłozrost zupełny [1-szy opatrunek].

14-go dnia znowu 2 obfite wypróżnienia.

15-go dnia skarży się na ból w okolicy pępka, stan bezgorączkowy.

16-go dnia trzy wypróżnienia, ból w okolicy pępka trwa dalej, wieczorem dreszcze. Ciepłota 40° C., tętno 130.

Następnego dnia po zdjęciu opatrunku znalazłem w górnym odcinku rany ponad pępkiem ropień pod skórą brzucha z ropą nie cuchnącą; sklejoną skórę rozprułem do pępka, a jamę ropnia przepłukałem 4% roztworem kwasu bornego. Już po upływie doby stan bezgorączkowy, ból i nacieczenie zapalne mniejsze, ropienie małe.

Ze względu na kilkodniowe zaparcie stolca 19-go dnia po operacyi dałem po raz pierwszy łyżkę olejku rycynowego, poczem nastąpiło kilka płynnych wypróżnień. Chora zaczęła szybko poprawiać się, w 4-tym tygodniu wstała z łóżka, ropień po 11-tu dniach zagoił się zupełnie. Jako uzdrowiona opuściła szpital w 28 dni po operacyi.

Wycięta część poprzecznicy miała 13 ctm. długości, z których 14 należało do guza. Bliższe oglądanie upewniło mię, że nowotwór począł się na błonie śluzowej kiszki i rozpadając się, wytworzył w głębi guza obszerną jamę, do której łatwo przedostawała się zawartość jelita. Badanie drobnowidzowe przez prof. PRZEWOSKIEGO wykazało raka cylindrycznego.

CZERNY.	1880	Kobieta, lat 47.	<i>Carcinoma coli trans- versi et flexurae sigm.</i>	<i>Resectio 11½ ctm. coli et 7 ctm. flexurae.</i>	<i>Consutio intestini et sanatio.</i>
BILLROTH.	1883	Kobieta, lat 56.	<i>Carcinoma coli transversi</i>	<i>Resectio 15 ctm. coli.</i>	<i>Consutio coli. Sana- tio.</i>
CIECHOMSKI.	1888	Kobieta, lat 29.	<i>Carcinoma coli transversi.</i>	<i>Resectio 18 ctm. coli transversi.</i>	<i>Sutura coli. Sanatio.</i>
BUKOWSKI.	1889 m.VIII	Kobieta, lat 54.	<i>Carcinoma coli transversi.</i>	<i>Resectio 12 ctm coli.</i>	<i>Sutura int. transv. Sanatio.</i>
KENDAL FRANKS.	1889 m. X.	Mężczy- zna l. 58.	<i>Carcinoma coli transversi.</i>	<i>Resectio coli.</i>	<i>Consutio. Sanatio.</i>

Przeglądając całą, o ile mogłem, w tym przedmiocie literaturę, znalazłem tylko trzy ogłoszone przypadki raka poprzecznicy; czwarty zawdzięczam kol. R. BUKOWSKIEMU, który chętnie udzielił mi szczegółów dotyczące jego operowanej.

Mówię tu tylko o pierwotnych rakach właściwej poprzecznicy, wyłączając oba zgięcia.

Wobec tak niepokącej liczby pozwolę sobie przytoczyć wszystkie przypadki poszczególnie, pragnąc wyciągnąć stąd jakiegokolwiek wnioski.

Wyżej załączona tabliczka ułatwi do pewnego stopnia zapamiętanie ważniejszych okoliczności.

CZERNY ¹⁾, kobieta, lat 47, po ciężkiej pracy podczas prania bielizny spostrzegła w lewej połowie brzucha bolesne obrzmienie i wyczuła wkrótce w okolicy dołu biodrowego lewego guz wielkości włoskiego orzecha, dolegliwy przy dotykaniu i powoli wzrastający. Po pewnym czasie bóle w brzuchu zupełnie ustały, natomiast wystąpiły zaburzenia w trawieniu, jako to: brak łaknienia, nudności, odbijania i biegunka, co z niewielkimi przerwami zmuszało chorą do leżenia w łóżku. Po upływie pół roku blada, z charłaczym wyglądem, przybyła na poradę. Znaleziono wówczas w lewej połowie brzucha, na odległość dłoni od smugi białej i na 2 ctm. poniżej łuku żebrowego lewego, guz wielkości kurzego jaja, zrazikowaty, bolesny przy obmacywaniu i dość ruchomy. Powłoki brzuszne ponad nim wolne, odgłos wypukowy w obrębie guza bębnowy, stłumiony. Mocz bez białka, zawiera jednak znaczną ilość moczanów. Badanie przez pochwę i odbytnicę nie pozwala dosięgnąć nowotworu. Rozpoznano raka na zgięciu lewym okrężnicy i przystąpiono do operacji w d. 27. IV. 1880.

Cięcie powłok brzusznych równoległe włóknom mięśnia skośnego zewnętrznego, 12 ctm. długości. Część sieci pomiędzy żołądkiem i okrężnicą poprzeczną obkluto i podwiązano za pomocą 7-u podwiązek. Wówczas stało się widocznym, że guz siedzi na obwisłej ku dołowi poprzecznicy, dolna zaś jego powierzchnia jest mocno zrosnięta z kiszka zgiętą (*flex. sigmoidea*) ku górze i pod kątem ostrym wyciągniętą. CZERNY początkowo zamierzał wyciąć całą okrężnicę zstępującą, aby następnie zeszyć poprzecznicę z kiszka zgiętą; gdy jednak przez ranę nie mógł zobaczyć, ani nawet dosięgnąć tego jelita, postanowił wykonać 2 wycięcia: na zgięciu biodrowem okrężnicy (*flex. sigmoidea*) 7 ctm. długości i na poprzecznicy 11½ ctm.. Pierwsze z nich zeszył za pomocą 33 szwów jedwabnych w 2 piętra, drugie spoił 26-ma, obkluwszy kreskę poprzecznicą 12 podwiązkami. Dla zamknięcia światła kiszek podczas operacji zastosował 4 elastyczne pętlice, co wycisnęło głęboką bródzję na jelicie i spowodowało obrzęk jego ściany. Naostatek włożono dren i zeszyto ścianę brzuszną w 2 piętra: pierwsze dolne przez otrzewną, mięsień poprzeczny i skośny wewnętrzny, drugie górne przez mięsień skośny zewnętrzny i skórę. Dodać należy, że gruczoly kreskowe były wyraźnie powiększone.

Przebieg dobry; przez pierwsze 2 dni wymioty, raz ciepota 38,9° C.; 5-go dnia usunięto 3 szwy i dren; w ciągu następnej doby w ranie i na opatrunku pokazał się kał, co trwało do 26-go dnia, stopniowo zmniejszając się; brzegi rany brzusznej wskutek tego rozkleiły się na przestrzeni 2½ ctm.. Pożywienie chorej przez pierwsze 8 dni — mleko i mięta, 9-go dnia polewka, bulion i wino, od 14-go dnia białe mięso; 43-go dnia po operacji chora opuściła łóżko.

¹⁾ Berlin. klin. Woch. 1880. str. 639.

W końcu sierpnia, t. j. po upływie 4 miesięcy, stan ogólny bardzo dobry, chociaż w głębi brzucha wyczuwało się stwardnienie; w październiku guz powiększał się i pociągnął za sobą wypróżnienia krwawe i charłactwo dość szybko postępujące.

Badanie wyciętych kawałków jelita wykazało, że nowotwór objął pierścieniowato poprzecznice na przestrzeni 6 ctm., przerwał ku dołowi otrzewną kiszki i przyrósł do zgięcia biodrowego okrężnicy, drażąc przez wszystkie jej warstwy aż do błony śluzowej. Guz, na powierzchni swej twardy, w środku rozmiękł i sposoczał zupełnie; drobnowidz upewnił o poczęciu się jego z gruczołków kiszkowych i przeistoczeniu śluzowem tkanki łącznej następczem.

BILLROTH ¹⁾. Kobieta lat 56, miewała już od 12 lat częste kolki w okolicy pępka. Przed 10 laty lekarz znalazł u niej guz, który wkrótce stał się widocznym i namacalnym dla chorej, zwłaszcza gdy kładła się na boku. Bóle w brzuchu i częsta biegunka zmusiły ją w styczniu 1882 r. do wstąpienia na klinikę. Obok niezłego stanu ogólnego znaleziono twardy, na dotyk bolesny i nierówny na powierzchni guz, wypełniający przestrzeń między prawym łukiem żebrowym, pępkiem i prawym dołem biodrowym. Nowotwór widocznie zrosnięty jest ze ścianą brzuszną i zdaje się, że leży zaraz pod nią, nie unosząc jej wcale. Wypróżnienia wyraźnie zmieszane z krwią. Badanie przez pochwę i odbytnicę nie wykazało nic szczególnego.

Dnia 28 stycznia otworzono jamę brzuszną w smudze białej. Guz otulony siecią przyrósł do powłok brzusznych z przodu, do żołądka ku górze i do pojedynczych pętlic jelita cienkiego po bokach. Przez zmarszczoną i przyrośniętą sieć niepodobna było przedostać się do właściwej powierzchni guza. Dopiero po przecięciu grubych skórzastych zrostów ze ścianą brzuszną i odluszczeniu lub podwiązaniu zrostów z żołądkiem i kiszki oswobodzono guz, wiszący na poprzecznicy i ściśle z nią spojony.

W celu usunięcia guza przecięto kiszki po obu stronach nowotworu w odległości odeń na 2 ctm. i odcinki spojono za pomocą 9 szwów wewnętrznych. Klin na krezce zeszyto szwem ciągłym. Po starannem oczyszczeniu jamy brzusznej wprowadzono dren. Zabieg operacyjny trwał 2 godziny.

Galaretowaty nowotwór, wielkości główki dziecka, ogarnął cały obwód poprzecznicy i uległ owrzodzeniu na błonie śluzowej tejże. Wycięta część kiszki miała 15 ctm. długości, przy niej pozostał znaczny kawał sieci. Drobnowidz wykazał raka koloidalnego, który wziął początek na błonie śluzowej.

Przebieg był nader pomyślny; 7-go dnia wytworzyła się mała przetoka kałowa i istniała tylko przez 14 dni. Chora wkrótce opuściła szpital, a po 10 miesiącach widziano ją jeszcze zupełnie zdrową.

Bukowski R. Małka Z., wdowa po felczerze, lat 54, w początkach 1889 r. uczuła nagle bóle w brzuchu wraz z mocnem wzdęciem, co trwało przez 10 godzin i po pewnej niedługiej przerwie powtórzyło się znowu. Z biegiem czasu napady takie stały się częstsze i mocniejsze, a towarzyszyły im nieraz wymioty i biegunka. W maju, idąc za radą lekarza, który wyczuł u niej guz w brzuchu, wstą-

¹⁾ Zeitschrift für Heilkunde, 1884. II, III Heft. str. 102.

piła do szpitala Ś-go Ducha w Warszawie. Tu przy pierwszym badaniu znaleziono w głębi brzucha guz twardy i nierówny wielkości pięści, a usadowiony na 3 palce powyżej pępka; ruchomość jego dość obszerna, szczególnie na lewo. Stan ogólny dość dobry. Obecność kwasu solnego w zawartości żołądka pozwałała do pewnego stopnia wykluczyć nowotwór tegoż, częste zaś napady bólu brzucha i uporczywa biegunka przemawiały więcej za cierpieniem kiszek. W tem też mniemaniu dnia 15 sierpnia 1889 r. Bukowski otworzył jamę brzuszną w smudze białej ponad pępkiem. Guz powstał na poprzecznicy i całkowicie otaczał ją w postaci pierścienia. Po wycięciu 12 ctm. кишки, odcinki jelita spojono szwem 3-piętrowym i jamę brzuszną całkowicie zaszyto. Przebieg bezgorączkowy i nader pomyślny. Po 3 dniach pierwsze wypróżnienie samo przez się; 7-go dnia usunięto szwy na ścianie brzusznej; rychłozrost zupełny. 24-go września pojechała ona do domu zdrowa. Po upływie 1½ roku widziano ją powtórnie w kwitjącym stanie zdrowia.

Badanie guza drobnowidzowe wykazało raka cylindrycznego, który począł się na błonie śluzowej poprzecznicy i pierścieniowato ogarnął całą jej powierzchnię.

KENDAL FRANKS ¹⁾ na posiedzeniu Królewskiego Towarzystwa lekarzy i chirurgów w Londynie w d. 26 lutego 1889 opowiedział przypadek następujący. S. M., lat 58, przybył do szpitala w d. 19 października 1888 r. z powodu biegunki i niestrawności. Podczas badania znaleziono w głębi brzucha, na linii pośredkowej i poniżej pępka, uderzająco ruchomy, twardy guz. 30 października po otwarciu brzucha w smudze białej przekonano się, że nowotwór obejmuje poprzecznicę w pobliżu zgięcia prawego okrężnicy wstępującej. Wycięto część jelita wraz z nowotworem i wyluszczone kilka gruczolów krezkowych, powiększonych. Odcinki кишки zeszyto za pomocą szwu GÉLY'ego i jamę brzuszną całkowicie zamknięto. Przebieg bardzo dobry. 6-go dnia pierwsze obfite wypróżnienie; po kilku tygodniach wyzdrowienie zupełne. W lutym następnego roku były operowany czuł się znakomicie.

Badanie guza stwierdziło przypuszczenie raka cylindrycznego, który pierwotnie powstał na błonie śluzowej poprzecznicy.

Zestawiając powyżej przytoczone przypadki, spostrzegamy pewne wspólne im cechy, które mogą poniekąd ułatwić rozpoznanie cierpienia. Przedewszystkiem pierwotne guzy poprzecznicy wyczuwa się najczęściej w smudze białej w okolicy pępka; są one twarde, nierówne, jakby zrazikowate i mogą być bardzo ruchome, zwłaszcza ku dołowi, chyba że przyrosną do ściany brzusznej, jak to widzieliśmy w przypadku BILLROTH'a. Na dotyk niebolesne, same jednak sprawiają bóle przeszywające od pępka ku tyłowi. Dość wczesnie towarzyszą im zaburzenia w trawieniu, szczególnie zaś biegunka, jako wynik szybkiego owrzodzenia się nowotworu, zwykle poczynającego się na błonie śluzowej jelita. Charłactwo wyraźne występuje prawdopodobnie wówczas dopiero, gdy nowotwór ogarnia gruczolę krezkową.

¹⁾ The British Medical Journal. 1889, March. 2. pag. 473.

Daleko większe trudności następuje rozpoznanie różniczkowe. Na pierwszym miejscu postawić należy raka odźwiernika, który wszystkie nieomal wyżej wspomniane cechy posiadać może, sam zaś wykryć się nieraz nie daje, choćby za pomocą badania zawartości żołądka. Na poparcie tego nie od rzeczy będzie przytoczyć 2-gi przypadek wycięcia odźwiernika, dokonany przez kol. MATLAKOWSKIEGO, gdzie guz żołądka po przemyciu tegoż przeniósł się z dołu biodrowego prawego w okolicę pępka i dzięki swej ruchomości obok pozornej niedrożności kiszek naśladował bardzo nowotwór jelita; z drugiej zaś strony wielce pouczający jest przypadek raka żołądka, spostrzegany niedawno przez kol. DĄBROWSKIEGO i DUNINA, a operowany przez kol. JAWDYŃSKIEGO, gdzie cierpienie to całkowicie przypominało nowotwór poprzecznicy, lędząc obfitością kwasu solnego w żołądku i brakiem wybitnych zaburzeń w trawieniu obok dziwnych skądinąd przypadków gorączkowych.

Zdaje się, że pośród innych objawów za nowotworem okrężnicy najwięcej przemawia obecność ciał rakowych w wypróżnieniach stolcowych, zwłaszcza częstszych i krwawych. Rak pierwotny pępka odznacza się ściśle umiejscowieniem, zupełną nieruchomością i wciągnięciem samego pępka; możliwe jest jednak przejście nowotworu poprzecznicy na pępek i zupełne zrośnięcie się z nim jelita, np. w przypadku BILLROTH'a. Guzy pierwotne sieci należą do tak wielkich rzadkości, że prawie możemy nie rachować się z nimi podczas rozpoznawania nowotworu кишки grubej.

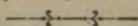
Daleko więcej trudności następuje guz poprzecznicy, skoro usadowi się bliżej którejś z krzywizn (*flex. hepatica et lienalis*); wówczas, nie mówiąc już o żołądku, musimy mieć na względzie wątrobę, pęcherzyk żółciowy i śledzionę. Na tem miejscu nie mogę zapomnieć przypadku, operowanego przez kol. MATLAKOWSKIEGO, gdzie podczas laparotomii próbnej znaleziono guz zlepiający w jedną całość odźwiernik, krzywiznę prawą okrężnicy i pęcherzyk żółciowy. Na razie żadną miarą nie można było orzec, skąd począł się nowotwór. Pytanie to rozstrzygnął drobnowidz na korzyść żołądka dopiero po pewnym czasie, gdy chora zmarła wskutek zapalenia płuc charłaczego. Rozumie się, że i tutaj najwięcej decydować może, obok zaburzeń kiszkowych, badanie kału. [D. n.]

II. O WYNIKACH GASTROENTEROSTOMII, DOKONYWANEJ Z POWODU BLIZNOWEGO ZWĘŻENIA ODŹWIERNIKA.

Podał

Dr Teodor Dunin,

lekarz ordynujący w szpitalu Dzieciątka Jezus.



[Dokończenie.—Patrz Nr. 15]

Spostrzeżenie II. Pogorzelski Wiktor, lat 24, włościanin, przybył do szpitala po raz pierwszy w sierpniu 1891 r.. Chory twierdzi, że już od lat 10 wciąż chory jest na żołądek, przyczem czasami bywają znaczne polepszenia, to znowu pogorszenia. W ogóle doznaje silnych bólów w 1—2 godzin po jedzeniu, a czasami i na czczo, a prócz tego odbijań. Wymiotów nie było nigdy. Łaknienie liche, a siły tak małe, że chory weale już nie pracuje. W chwilach nadto pogorszenia chory staje się rozdrażnionym, płacze i t. p..

Badanie płuc, serca i wątroby nie wykazuje nic nieprawidłowego.

Badanie żołądka okazuje, co następuje: Żołądek znacznie rozszerzony, dolna jego granica na wysokości pępka. Na czczo około 156 ctm. sześc. zawartości, której kwaśność ogólna = 30. Pod drobnowidzem wiele jąderek wypocinowych. Po śniadaniu próbnym w 1½ godziny wydobyto 200 ctm. sześc. płynu o kwaśności 64, wolnego ClH—38; płyn zawiera dużo kwasu mlecznego i tłuszczowych, a w osadzie prócz jąder — sareynę i drożdże.

Po 3-tygodniowej diecie mlecznej subiektywny stan chorego znacznie się polepszył, obiektywnie jednak nie można było stwierdzić wielkiej poprawy. Na czczo żołądek zawierał zawsze około 150 ctm. sześc. płynu; badanie po śniadaniu próbnym dawało ten sam rezultat co wyżej, a dolna granica żołądka stała nawet niżej niż poprzednio. Waga chorego wynosiła 118 kg . W takim stanie chory, czując się znacznie lepiej, wypisał się ze szpitala w końcu września 1891 r. Już jednak w połowie grudnia tegoż roku napowrót się zgłosił do oddziału. Przez kilka tygodni po wyjściu ze szpitala chory czuł się niezłe, potem jednak bóle w okolicy żołądka znowu zaczęły się pokazywać, a w ostatnich czasach, pomimo iż chory żył samem mlekiem, stały się nie do zniesienia. Miały też pokazywać się czarne stolce.

Badanie, wykonane tym razem, wykazało 100 kg wagi. W żołądku na czczo, po przepłukaniu wieczorem dnia poprzedniego, 300 ctm. sześc. zawartości, koloru zielonego, o kwaśności ogólnej 48, w czem ClH wolnego 36. Pod drobnowidzem jąderka wypocinowe, drożdże i sarcyna. W godzinę po śniadaniu [50 gr. bulki, 250 ctm. sześc. herbaty], zawartości 200 ctm., kwaśność 64, wolnego ClH 38, kwasu mlecznego i tłuszczowych mało.

Granica żołądka poniżej pępka na dwa palce, nadto w okolicy żołądka bardzo wyraźne ruchy perystaltyczne.

Gdy, pomimo dwu tygodniowego przemywania żołądka, stan chorego się nie poprawił, zakwalifikowaliśmy go do operacji, jako cierpiącego na zwężenie odźwiernika wskutek blizny po wrzodzie okrągłym, z następczym rozszerzeniem żołądka. Jakoż 7 stycznia 1892 r. kol. KRAJEWSKI wykonał gastro-enterostomię. Przy operacji okazało się, że żołądek opuszczał się bardzo nisko, odźwiernik pozrastany był z sąsiednimi organami, a nadto był twardy, jakby chrząstkowaty. Po rozcięciu okazało się, że koniec palca wskazującego tylko z wielkim trudem wsunąć można było w otwór odźwiernika.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy, jednak rana w ściankach brzusznych się rozeszła, co opóźniło nieco gojenie. Dnia 20 lutego chory, jako zupełnie już wyleczony, przepisany został napowrót na mój oddział, celem dalszej obserwacji. Waga jego ciała wynosiła wtedy 106 kg . Badanie żołądka na czczo wykazało tylko 50 ctm. sześc. zawartości słabo kwaśnej, dającej słaby odczyn na wolny ClH. W godzinę po śniadaniu [50 gr. bulki, 250 ctm. sześc. herbaty] zawartości 150 ctm. sześc., kwaśność ogólna 56, wolnego ClH—20, nieprawidłowych fermentacji niema. Pod drobnowidzem jąderka i drożdże; sareyny niema.

Chory przeleżał jeszcze około 3-ch tygodni na oddziale. Subiektywny stan wyborny, waga w chwili wypisania 120 kg . Badanie żołądka daje rezultat, jak wyżej przytoczony. Granica dolna żołądka stoi o wiele wyżej, mianowicie nad pępkiem.

Chory jako zupełnie zdrow opuścił szpital; wiadomości o nim żadnej nie mam, sądzę jednak że jest zdrow, inaczej bowiem byłby na pewno zgłosił się znowu do szpitala.

Spostrzeżenie III. B. . . . , lat 49, przybył do oddziału mego po raz pierwszy w maju 1889 r., skarżąc się na bóle w okolicy żołądka, istniejące od lat 10; z początku bóle te przychodziły rzadko, raz na kilka tygodni, teraz zrobiły się coraz częstsze i dłuższe tak, że trwają niekiedy całą dobę. Ból nie ma wyraźnego związku z jedzeniem. Wymioty zdarzają się tylko bardzo rzadko i wtedy masy wymiotne składają się ze śluzu.

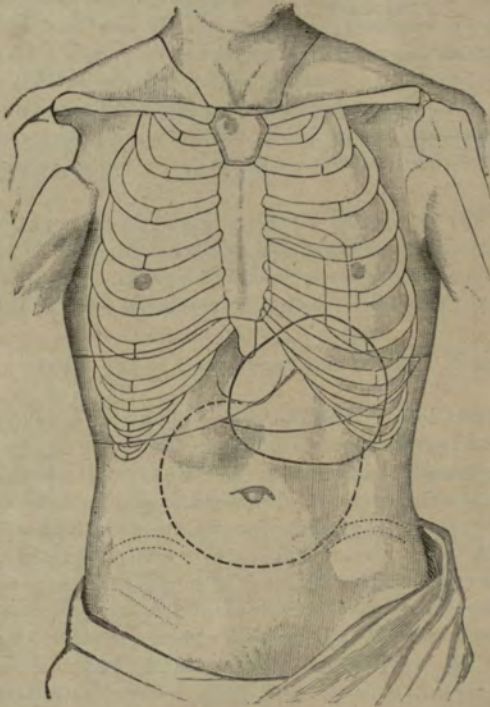
Badanie narządów wewnętrznych nie wykrywa nic szczególnego. Dolna granica żołądka powyżej pępka. Badanie żołądka w 1½ godziny po próbnem śniadaniu [bulka, 250 ctm. herbaty] daje rezultat: 100 ctm. zawartości, kwaśność ogólna 72, ClH wolnego 30, nieprawidłowych fermentacji, drożdży, sareyny niema. Wobec braku wyraźniejszych danych ze strony żołądka, wobec ogólnego stanu nerwowego w wysokim stanie, byliśmy skłonni uważać wtedy chorobę jako niestrawność nerwową.

Od tego czasu chory kilka razy odwiedzał mój oddział. Zawsze narzekał na silne bóle w żołądku, był mocno zdenerwowany, nadużywał morfiny. W czasie jednego z pobytów nieco gorącz-

kował, a badanie płwociny wykryło obecność laseczników Koch'a, te jednak objawy się nie powiększały i na dalsze losy chorego wpływu nie wywarły.

Ostatnim razem, po dłuższej przerwie, chory przybył do oddziału w końcu marca 1892 r. w bardzo złym stanie. Wychudł znacznie, skarży się na nieznośne bóle w dołku, idące do krzyża, na palenie w dołku i odbijanie cuchnącymi gazami.

Fig. 3.



--- Granice przed operacją. - Granice po operacji.

Przebieg pooperacyjny był wyborny i niezem zamącony, tak, że chory 2 maja już mógł być napowrót przeniesiony do mego oddziału. Subiektywny stan chorego wyborny. Czasami tylko przychodziło chwilowe rozwolnienie, które, po użyciu kilku proszków mاکowca, ustawało; stolec badany pod drobnowidzem nie szczególnego nie przedstawiał. Badanie żołądka, pierwsze po operacji, wykazuje: Zawartości na czczo 70 ctm. sz. koloru żółtawego, kwaśność ogólna 20, wolnego CIH niema. Pod drobnowidzem nieco jąderek JAWORSKIEGO. Po śniadaniu próbnym w godzinę wydobyto 200 ctm. sześć. płynu o kwaśności ogólnej 40, CIH wolnego 20. Nieprawidłowych fermentacji niema.

W chwili wypisywania się chorego badanie żołądka wykazuje: Na czczo 25 ctm. sześć. płynu. W godzinę po próbnym śniadaniu 200 ctm. sześć. zawartości, o kwaśności ogólnej 56, CIH wolnego 20, kwasu młecznego niema. Pod drobnowidzem resztki pokarmów i drożdże.

Zresztą subiektywny i obiektywny stan chorego wylmieniuty: łaknienie dobre, bólów niema, waga wzrosła do 148 *℥*, żołądek się znacznie zmniejszył, jak to widać z załączonego rysunku. W stanie zupełnego zdrowia chory opuścił szpital w czerwcu 1892 r.; od tego czasu upłynęło blisko rok; pacjent jest zdrów, pracuje i tylko czasami doświadcza nieznacznego gnieceńia w dołku. Powiada, że po 10 latach męczarni ożył nareszeie.

Czwarty chory przedstawiał również wszystkie objawy wrzodu żołądka. Operacji dokonał kol. KRAJEWSKI. Gojenie się rany postępowało zupełnie prawidłowo, chory nie gorączkował,

Badanie wykazuje, co następuje: stan bezgorączkowy, waga 133 *℥*. W wierzchołkach płuc oddech lekko zaostrozony. Dolna granica żołądka, przy rozcięciu go kwasem węglanym, stoi poniżej pępka. Toż samo okazuje badanie przy leżeniu i staniu naprzemian. Poraz pierwszy obecnie, szczególnie, po rozcięciu żołądka kwasem węglanym, widać bardzo wyraźnie, choć słabe ruchy perystaltyczne żołądka.

Badanie żołądka wykazuje: na czczo 250 ctm. sześć. zawartości mocno cuchnącej, mającej zapach sfermentowanego piwa. Kwaśność ogólna 62, CIH wolnego 38, dużo kwasu młecznego. Pod drobnowidzem resztki pokarmów, igły tłuszczowe, drożdże, sarcyna i bacylle. W godzinę po śniadaniu próbnym [250 ctm. herbaty i 50 gr bulki], 180 ctm. zawartości, kwaśność ogólna 48, CIH wolnego 25.

Wobec niewątpliwych tym razem oznak zwężenia odźwiernika, chorego zakwalifikowaliśmy do operacji w końcu marca. Operację, mianowicie gastro-entrostomię, wykonał kol. CIECHOMSKI 29 marca 1892 r.. Po rozcięciu żołądka okazało się, że zwężenie odźwiernika nie było tak znaczne, jak w poprzednich dwóch przypadkach, tak, że palec wskazujący przechodził przez cały odźwiernik.

w kilka jednak dni po operacji dostał rozwolnienia, które coraz to więcej się wzmagalo, tak, iż chory oddawał stolec do 20 razy na dobę. Oddany stolec był zupełnie rzadki, jednostajny, żółtawy, a badanie drobnowidzowe wykazało, iż składał się z samej prawie ropy. Ten charakter ropy był tak wyraźny, iż sądziłem, że mamy do czynienia z jakimś ograniczonym ropniem w okolo rany, którego zawartość wylewa się do kiszki; to też namawiałem nawet kol. KRAJEWSKIEGO do powtórnego otwarcia jamy brzusznej. Kol. KRAJEWSKI jednak, opierając się na braku wszelkich objawów w okolo rany, jako to bólu, infiltracyi, na to się nie zgodził i, jak się okazało, słusznie. Chory przy objawach coraz to wzmagającego się wyniszczenia umarł, a sekcyja wykazała, obok zwężenia odźwiernika i drugiego niezagojonego wrzodu na tylnej ścianie żołądka, drażącego aż do trzustki, zupełnie prawidłowy zrost sztucznie utworzony żołądka z kiszka cienka; natomiast na całej przestrzeni kiszki cienkiej znaleziono ropne ich zapalenie (*enteritis purulenta*), które warunkowało zarówno ropne stolce, jak i śmierć chorego. Z powodu złego stanu chorego badania żołądka po operacyi skutecznie nie byliśmy w stanie.

Jeżeli teraz zreasumujemy wyniki otrzymane u 3-ch pierwszych naszych chorych, to się okaże, co następuje: objawy subiektywne znikaly zupełnie; chorzy nie doświadczyli żadnych bólów, ani dolegliwości, mogli wszystko jeść i poprawa ta była stała; u jednego bowiem z chorych trwa już przeszło 1½ roku. Razem z tem szła i poprawa ogólnego zdrowia: chorzy nabierali sił i ciała [przyrost wagi wynosił w przypadku pierwszym 22 ctm , w drugim 20 ctm , w trzecim 15 ctm pomimo istniejącej gruźlicy płuc], mogli się oddawać ciężkiej nawet pracy. Co się tyczy stanu żołądka, to uderza najpierw ogromne zmniejszenie się jego wymiarów. Żołądek, kolosalnie rozszerzony wracał po operacyi niemal do prawidłowych wymiarów, jak to jaskrawie ilustrują załączone rysunki przypadków 1-go i 3-go. Jakkolwiek dziwnym by się fakt ten mógł wydawać, nie jest on zupełnie nowym. Toż samo znalazł ROSENHEIM ¹⁾ w przypadku wycięcia odźwiernika wskutek raka [operowany przez HAHN'a], gdzie w ½ roku po operacyi chora była jeszcze zdrową, a żołądek przedtem rozszerzony wrócił do prawidłowych wymiarów. Jeszcze dawniej, bo w 1889 r. opisał KLEMPERER ²⁾ przypadek, w którym po zażyciu kwasu solnego nastąpiło zwężenie odźwiernika w wysokim stopniu, a co zatem idzie — rozszerzenie żołądka, którego dolna granica sięgała na 2 palce niżej pępka. Po operacyi, wykonanej sposobem HEINECKE-MIKULICZA przez BARDELEBEN'a, chory wyzdrowiał, w kilka miesięcy później jednak zmarł z powodu suchot płucnych. Badanie pośmiertne wykazało zupełnie prawidłowe wymiary żołądka. Jednocześnie ze zmniejszeniem się wymiarów żołądka i otwarciem nowej drogi dla jego zawartości, poprawiała się ruchowa działalność, aczkolwiek powrotu do zupełnie normalnego stanu nie otrzymaliśmy u naszych chorych. I tak, u pierwszego chorego w 1½ godziny po próbnym śniadaniu [250 ctm . herbaty i 60 gr. bułki] wydobywano jeszcze okolo 250 ctm . sześć. zawartości, co już stanowi jest zjawiskiem patologicznem. U dwóch drugich w godzinę po takim samem śniadaniu otrzymywano 150—200 ctm . sześć., co także jeszcze zupełnie normalne nie jest. Zdziwiał przytem, że u pierwszego chorego właśnie ogólna poprawa zdrowia była najjaskrawszą. W każdym razie i w tym jednak przypadku wydalanie zawartości, acz powoli, dokony-

¹⁾ Deutsche med. Woch. Nr. 49. 1892.

²⁾ Deutsche med. Woch. 1889. Nr. 9.

wało się doszczętnie; w wydobywanym bowiem na czczo płynie nie bywało nigdy żadnych resztek pokarmowych.

Co się tyczy chemizmu, to wydzielanie soku żołądkowego zmniejszało się. Najjaskrawiej widocznem to było w zmniejszaniu się ilości wydobywanego płynu na czczo; i tak, u pierwszego chorego jeszcze w pierwszych tygodniach po operacyi znajdowano w czczym żołądku 150—250 ctm. zawartości, kiedy po kilku miesiącach bywało jej tylko 30—50 ctm.. W drugim przypadku, po przepłukaniu wieczorem, wydobywano naczczo przed operacją 300 ctm., a po 50 ctm.; w trzecim wreszcie przed operacją 250, a po niej 25 ctm.. Zupełnego jednak ustawiania wydzielania soku na czczo nie osiągnęliśmy. Równolegle z tem zmniejszała się i kwaśność zawartości żołądkowej. W dwóch pierwszych przypadkach ogólna kwaśność z 65 zeszła do 55 w pierwszym, a z 64 do 56 w drugim, a wolnego ClH z 38 do 20; w trzecim przypadku kwaśność nie była tak znaczną przed operacją i różnica więc nie jest wielką. Znikały też nieprawidłowe fermentacje, a więc kwas mleczny i tłuszczowe, pomimo że drożdże, a w pierwszym przypadku nawet sarcyna, choć w niewielkiej ilości, wciąż jednak w zawartości się znajdowały. Również i jąderka JAWORSKIEGO pozostawały, co dowodzi, że błona śluzowa do zupełnie normalnego stanu nie powróciła. Prób nad zdolnością wchłaniania, niestety, nie robiliśmy.

Zwrócić wreszcie winniem jeszcze uwagę na następujące punkty: 1) ani razu nie zauważono obecności większej ilości żółci w zawartości żołądka, 2) w żadnym przypadku nie wystąpiły uporczywe zaparcia i 3) po rozcięciu żołądka kwasem węglanym gaz wydymał żołądek i nie przechodził natychmiast do kiszek, tak, iż, przyjęć należy, że sztuczny otwór odgrywał rolę prawdziwego odźwiernika.

Jak już mówiliśmy, dotychczas mało mamy badań, odnoszących się do stanu żołądka po operacjach w celu usunięcia przeszkód dla wydalania zawartości, a nadto wszystkie odnoszą się wyłącznie do raka, a więc mniej nas tu interesują. JAWORSKI¹⁾ w przypadku operowanym przez OBALIŃSKIEGO nie znalazł żadnej poprawy ani w chemizmie, ani w mechanizmie. ROSENHEIM w cytowanym wyżej przypadku znalazł mechanizm prawie normalny, gdy tymczasem chemizm pozostał bez zmiany. Toż samo, co ROSENHEIM, znalazł i KAENSCHÉ²⁾ w dwóch przypadkach operowanych przez MIKULICZA. We wszystkich tych czterech przypadkach dokonano wycięcia odźwiernika. Co do gastroenterostomii, to mamy o niej tylko dwa doniesienia: JAWORSKIEGO³⁾ w przypadku operowanym przez RYDYGIERA i KAENSCHÉ'go z kliniki MIKULICZA. W żadnym z nich chemizm nie uległ żadnej zmianie, co zaś do mechanizmu, to w przypadku JAWORSKIEGO wrócił on prawie do normalnego stanu, u chorego zaś KAENSCHÉ'go poprawa była mniej wyraźna, i to wiele mniejszą aniżeli w przypadkach wycięcia odźwiernika, podanych przez tegoż autora.

1) Nowiny Lekarskie. Nr. 1. 1889 r..

2) Deutsch. med. Woch. Nr. 49. 1892.

3) Przegląd Lekarski Nr. 8 i 9. 1889 r..

Od czasu, kiedy RYDYGIER w 1882 r. poraz pierwszy wykonał wycięcie odźwiernika z powodu wrzodu żołądka, choroba ta bywała niejednokrotnie wskazanem do operacyi. Pomimo tego po dziś dzień nie udało mi się znaleźć nigdzie jakiej takiej statystyki wszystkich rodzajów dokonywanych operacyi, jakoteż każdej z nich po szczególe. To też z pośród ogólnych statystyk i opisów, podawanych przez chirurgów, starałem się wyodrębnić to, co odnosiło się do wrzodu okrągłego żołądka. Tym sposobem znalazłem w literaturze wzmiankę o 62 operacyach, z których 43, t. j. 69,3, skończyło się zupełnem wyzdrowieniem. Operacje te rozpadają się, jak to na str. 428 przedstawiono.

Statystyka pyloroplastyki HEINCKE—MIKULICZA zebrana została do 1890 r. w pracy KOEHLER'a ¹⁾, który zestawił 16 przypadków, między nimi kilka nie opisanych, a mianowicie: HEINECKE'go [2], MIKULICZA [2], NOVARO [6], BARDELEBEN'a [2], van der HOEVEN [1], CARLE [1], LAUENSTEIN'a [1], R. KOEHLER'a [1], z nich 12 skończyło się wyzdrowieniem.

Od tego czasu opisał SENN ²⁾ 2 podobne przypadki, które skończyły się wyzdrowieniem, dalej DOYEN ³⁾ trzy, z których jeden skończył się pomyślnie, a dwa śmiercią, raz z powodu objawów mózgowych na trzeci dzień po operacyi, a raz z powodu upadku sił 15 dnia po operacyi. Wreszcie odszukałem pobieżną wzmiankę, iż ROUX ⁴⁾ [z Lozanny] wykonał też operację raz z pomyślnem zejściem. Mamy więc 22 operacyi, z których 16 skończyło się pomyślnie, a 6 śmiertelnie, a więc procent wyzdrowień wynosi 72,7%.

Co się tyczy rozszerzenia odźwiernika palcem, czyli t. zw. operacyi LORETTA'y, to żadnych w tym względzie cyfr podać nie jestem w stanie; albowiem operacja ta wykonywana była wyłącznie we Włoszech i Ameryce, gdy tymczasem chirurgowie niemieccy i francuzcy bardzo niedobrze względem niej są usposobieni. Z zestawienia, jakie w 1891 r. podał o tej operacyi JALAGUIER ⁵⁾, widać, jak różne są na nią poglądy operatorów; kiedy bowiem LORETTA, który miał ją wykonać około 30 razy, bardzo ją chwali i jakoby nie widział złych następstw [statystyki ściślej nie podaje], inni, jak np. KINNICUT i BULL, na 18 operacyi rachują 12 wyzdrowień, a 6 śmierci, a BARTON na 25 operacyi—15 wyzdrowień, a 10 śmierci, co by dało tylko 60% wyzdrowień, a więc nawet mniej niż inne operacje.

Wskazaniem we wszystkich niemal wykonanych operacyach było zwężenie bliznowate odźwiernika. Dziś już, wobec tak pomyślniej i względnie obfitej statystyki, powyższe wskazanie nie może ulegać żadnej wątpliwości. To, co w 1883 r. EWALD uważał jeszcze za rzecz przyszłości, dziś jest już faktem dokonanym. Wiemy już, że chorych ze zwężeniem bliznowatym, których, gdyby byli zostawieni samym sobie, niechybna śmierć by czekała, operacja zbawić i prawie

¹⁾ Deutsche med. Woch. Nr. 35. 1890.

²⁾ Medical Record, 7 i 14 listopad 1891 r..

³⁾ L. c..

⁴⁾ Correspondenzblatt f. sch. Aertzte. 1 luty 1892 r..

⁵⁾ Gazette hebdomadaire de médecine Nr. 41. 1892 r..

(do str. 427).

Wycięcie odźwiernika.

Operator.	Ilość przypadków.	Ilość wyzdrowień.	Ilość śmiertelności przypadków.	Przyczyna śmierci.
RYDYGER ¹⁾	2	2	—	—
BILLROTH [całkowite] ²⁾ . .	7	4	3	<i>Peritonitis.</i>
BILLROTH [częściowe] ²⁾ . .	3	1	2	<i>Peritonitis.</i>
LAUENSTEIN ³⁾	1	—	1	<i>Gangraena col. transv.</i>
van KLEEF ⁴⁾	1	1	—	—
CZERNY [całkowite] ⁵⁾ . .	3	2	1	—
CZERNY [częściowe] ⁵⁾ . .	2	2	—	—
KOLATSCHESKY ⁶⁾	1	1	—	—
MIKULICZ ⁷⁾	2	2	—	—
Razem .	22	15	7	—

Procent wyzdrowień = 68%.

Gastro-enterostomia.

Operator.	Ilość przypadków.	Ilość wyzdrowień.	Ilość śmiertelności przypadków.	Przyczyna śmierci.
BILLROTH ⁸⁾	2	1	1	<i>Peritonitis.</i>
RYDYGIER ⁹⁾	2	2	—	—
MIKULICZ ¹⁰⁾	1	1	—	—
MONASTYRSKI ¹¹⁾	1	—	1	W kilka godzin.
LÜCKE-ROCKWITZ ¹²⁾	2	2	—	—
FRICTHE ¹³⁾	1	1	—	—
KRÖNLEIN ¹⁴⁾	1	—	1	<i>Collapsus.</i>
SKLIFASOWSKI ¹⁵⁾	1	—	1	<i>Collapsus.</i>
BOVREMAN ¹⁶⁾	1	—	1	Niedające się powstrzymać wymioty.
DOYEN ¹⁷⁾	1	1	—	—
ALBERT ¹⁸⁾	1	1	—	—
CIECHOMSKI—DUNIN	2	2	—	—
KRAJEWSKI—DUNIN	2	1	1	Śmierć w kilka tygodni wskutek <i>enteritis purulenta.</i>
Razem .	18	12	6	—

Procent wyzdrowień = 66,3%.

- 1) Deutsche Zeitsch. f. Chirurgie T. 21; także Przegląd Lekarski. Nr. 32—35 i 37—42. 1882, oraz Przegląd Lekarski. Nr. 1—4. 1885. 2) EISELSBERG. Arch. f. klin. Chirurgie. T. 39.
 3) Cytowany u RYDYGIER'a. 4) Toż samo. 5) Deutsche med. Woch. Nr. 45. 1889.
 6) Cytowany u SCHMITZ'a. Zur Casuistik der Operationen der Pylorusstenose. Berlin. 1889.
 7) Jeden przypadek opisany przez ORTMANN'a. Deutsche med. Woch. Nr. 9. 1889, drugi przez KAENSCH'go. Deutsche med. Woch. Nr. 49. 1892.
 8) EISELSBERG l. c. 9) L. c. oraz Przegląd Lekarski. Nr. 19. 1884 i Nr. 6. 1885.
 10) Archiv f. klin. Chirurgie T. 37; również u TRZEBICKIEGO, Medycyna. Nr. 31—33. 1887.
 11) Cent. f. Chir. Nr. 21. 1884.
 12) Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. T. 25.
 13) Cytowany u MEHLER'a. Ein Beitrag zur Kenntniss der Gastroenterostomie. Würzburg. 1890.
 14) 15) i 16) Tak samo. 17) Archives provinciales de chirurgie. Nr. 1. 1892.
 18) Wiener med. Woch. Nr. 1. 1893.

zupełnie wyleczyć może. Rozumie się, że operacya nie może uchronić od tworzenia się nowych wrzodów ze wszystkimi jego następstwami, jak to ilustruje przypadek BILLROTH'a, w którym chory kilka lat żył po operacyi i był zupełnie zdrow, aż wreszcie umarł z powodu krwotoku żołądkowego, zależnego, jak to sekcyja wykazała, od zupełnie nowego wrzodu. To jednak na wartość operacyi nie wpływa wcale. Co do wartości rozmaitych operacyi w przypadkach zwężenia bliźnowego odźwiernika, to ostatnie słowo w tym względzie jeszcze wyrzeczonym nie zostało. Jak widzimy z podanych wyżej cyfr, dziś procent śmiertelności w rozmaitych operacyach mało się różni; byłoby jednak bardzo pożądanem, abyśmy o dalszych losach chorych mieli dokładniejsze wiadomości, abyśmy mogli ocenić, czy poprawa po wszystkich rodzajach operacyi jest jednako dokładna i długotrwała, czy np. pyloroplastyka chroni w całości od powrotów zwężenia ¹⁾. Jedynym szkopułem do rozpowszechnienia operacyjnego leczenia zwężeń po wrzodach żołądka, wszakże szkopułem więcej pozornym niż istotnym, byłby fakt, iż niekiedy zwężenie odźwiernika może nie być organicznem, lecz zależne od skurczu. Opisują mianowicie angielscy autorowie, iż wrzody siedzące na krzywiznie malej, albo nawet w samym odźwierniku, mogą drogą zwrotną wywoływać kurcz mięśni odźwiernika i jego zamknięcie, tak np. jak pęknięcia błony śluzowej kiszki prostej wywołują kurcz mięśni odbytu. Tu należą spostrzeżenia SANCTUARY'ego ²⁾ i BOUD'a ³⁾. Pomimo że EICHHORST uważa takie zwężenia wprost za niemożliwe, jabym był w tym względzie ostrożniejszym; nie idzie tu bowiem o stałe zamknięcie odźwiernika, co istotnie trudno by się dało pojąć, ale jedynie o zaciśnięcie w tej właśnie chwili, kiedy pokarm dostaje się do odźwiernika i drażni istniejący tam, a jeszcze nie zablizniony wrzód. Także peryodyczne kurczenie się odźwiernika nie jest rzeczą niemożliwą. W każdym razie, podobne zjawisko zdarzać się musi bardzo rzadko, jeżeli w żadnym z operowanych przypadków na nie nie natrafiono. Gdyby jednak zdarzało się częściej, to podobne zwężenie byłoby równie dobrem wskazaniem do operacyi, jak i zwężenie bliźnowe. Po za tem rozpoznanie zwężenia odźwiernika nie może przedstawiać istotnych trudności.

Wreszcie sędzę, że nie od rzeczy będzie zastanowić się nad tem, czy interwencya chirurgiczna wobec wrzodu żołądka ma prawo bytu jedynie tam, gdzie wrzód doprowadził do zwężenia odźwiernika. Wyniszczenie, spowodowane zwężeniem odźwiernika, nie jest jedyną przyczyną śmierci w tej chorobie; musimy tu jeszcze rachować się z przedziurawieniem żołądka i krwotokami. Ze statystyki, jaką podają w swej pracy DEBOVE i RENAULT ⁴⁾, wypada, że na 100 przypadków wrzodu 13 kończy się śmiercią wskutek przedziurawienia, a 5 wskutek krwotoków. Nie ulega wątpliwości, że tak jedna jak i druga z tych przyczyn śmierci wystę-

¹⁾ Sędząc z komunikatu O. KÖHLER'a, uczynionego na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich, *pyloroplastica* nie stoi pod tym względem niżej od innych operacyi. Autor ten przedstawiał chorą, u której BARDELEBEN przed dwoma laty wykonał pyloroplastykę; chora do dziś dnia cieszy się wybornem zdrowiem.

²⁾ Cytowany u EWALD'a, *Klinik der Verdauungs-Krankheiten*. 1888.

³⁾ *Britisch med. Journal*, referowany w *Jahresberichten HIRSCH'a i VIRCHOW'a*.

⁴⁾ *Ulcère de l'estomac*. 1892.

puje nieraz nagle wśród jak najlepszego stanu zdrowia, lub też u chorych, u których objawy pod wpływem leczenia znacznie złagodniały lub nawet ustąpiły. Zdarzają się jednak i takie przypadki, w których krwotoki powtarzają się stale i ostatecznie, albo prowadzą do wysokiego stopnia życia grożącej bezkrwistości, albo wreszcie nagle wywołują śmierć. Dobrze mam w pamięci chorego, który długi czas leżał w moim oddziale z powodu uporczywych i często powtarzających się krwotoków; pod wpływem odpowiedniego leczenia stan o tyle się poprawił, iż można było być do pewnego stopnia o życie chorego spokojnym. Chory wypisał się ze szpitala i w kilka miesięcy po tem na stacyi kolejowej dostał krwotoku, z powodu którego życie zakończył. Kilka lat temu kol. PUŁAWSKI opisał z mego oddziału przypadek, w którym chory wskutek wciąż powtarzających się krwotoków wpadł w stan ciężkiej bezkrwistości; chorego tego zakwalifikowałem wówczas do operacji, która, niestety, skutkiem zbiegu nieszczęśliwych okoliczności, dokończoną nie została. Chory ten zmarł z bezkrwistości.

Dotychczas, o ile wiem, jeden ¹⁾ tylko MIKULICZ przystąpił do operacji li tylko z powodu krwotoku żołądkowego, choć, jak się pokazało, w przypadku tym i odźwiernik był zwężony. Zdaje się, że podobna kombinacja nie jest rzadką; nieraz bowiem widzimy obok zwężenia wskutek zablźnienia starego wrzodu i krwotoki ze świeżych. Przypadek MIKULICZA zakończył się śmiercią, co wszakże rzeczy przesądzać nie powinno. Autor ten radzi w podobnych przypadkach pyloroplastykę połączyć z kauteryzacją dna wrzodu. O ile krwotoki powikłane są zwężeniem odźwiernika, o tyle operacje dążące do usunięcia przeszkody mogłyby być wskazane (*pyloroectomy, pyloroplastica*); jeżeli wszakże mamy do czynienia z samymi krwotokami, wtedy operacje te nie mają celu. Również i przypalenie żegadłem może trafić nieraz na wielkie przeszkody z powodu, że nigdy nie wiemy, gdzie szukać krwawiącego wrzodu; tak było np. w przypadku operowanym na klinice BILLROTH'a ²⁾, z powodu gwałtownego krwotoku żołądkowego, gdzie po przecięciu ścian żołądka nie zdołano odszukać krwawiącego miejsca. Dopiero sekcya wykazała niewielki wrzód, a na jego dnie otwartą gałązkę tętniczą.

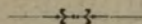
To też sędzę, że w przypadkach uporczywie powtarzających się krwotoków, nie powikłanych zwężeniem odźwiernika, a w których wrzodu odszukać nie można, gastro-enterostomia oddać może jeszcze istotne usługi. Opieram zaś to swe twierdzenie na faktach zdobytych przez dotychczasowe doświadczenie. I tak, w obu przypadkach gastro-enterostomii, dokonanej przez RYDYGIERA, chorzy, oprócz zwężenia odźwiernika, musieli mieć i świeże wrzody; albowiem wymioty krwawe zdarzały się tuż jeszcze przed samą operacją; a jednak chorzy ci powrócili zupełnie do zdrowia i krwotoki bez żadnej innej interwencji same ustały, kiedy poprzednio nie ustępowały pomimo leczenia. Należy przyjąć w tych razach, że wskutek otworzenia nowej drogi, pokarm nie kieruje się potem ku odźwiernikowi, głównemu siedlisku wrzodów, wskutek czego te ostatnie mniej są drażnione i łatwiej ulegają zablźnieniu. Prawdopodobnie nie pozostaje tu bez

¹⁾ RYDYGIER w odczycie swym o chirurgii żołądka, wspomina o krwotokach jako wskazaniu do operacji, o ile jednak wiem, nie operował nigdy li tylko z tego powodu.

²⁾ Patrz EISELSBERG l. c..

wplywu i poprawa chemizmu, jaka następuje po gastro-enterostomii, a więc zmniejszanie się kwaśności zawartości, ustanie nieprawidłowych fermentacji i t. d. Za takim przypuszczeniem przemawiają i spostrzeżenia Rockwitz'a, poczynione na klinice LUECKE'go. Autor ten znalazł, że przebieg raka żołądka u chorych, którym dokonano gastro-enterostomii, stawał się o wiele powolniejszym i sądzi również, że przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że po otwarciu nowej drogi dla miazgi pokarmowej sok żołądkowy mniej drażni raki usadowione w odźwierniku i nie pobudza ich do szybkiego wzrostu.

NOTATKI LEKARSKIE.



9. Rzadki przypadek zbyt niskiej ciepłoty ciała [33,5° C.] przy tyfusie brzuszny, zakończony wyzdrowieniem.

Przypadek powyższy spostrzeganym był w Kaliszu w m. październiku i listopadzie roku zeszłego przez niżej podpisanego i kolegów: CYTWICA, RYMARKIEWICZA, BEATUSA i ZUCKERA. Dotyczył on syna mojego 13-letniego, ucznia szkoły realnej, który w ostatnich dniach września zachorował na tyfus brzuszny. Dość silny dreszcz i ból głowy zapoczątkowały chorobę. Już 5 dnia ciepłota doszła do 40° C., a 6-go doszła do 40,8° C., wtedy *ex consilio* wypadło zamiast środków przeciwgorączkowych wewnętrznych robić choremu kąpiele ochładzające od 26° C. do 22° R., ile razy ciepłota przekroczy 40° C. Tegoż dnia w przeciągu 8 godzin potrzeba było kąpiel robić 3 razy, gdyż obniżenie ciepłoty stosunkowo otrzymano niewielkie 1—1,5° C., a i to osłabienie już po trzech minutach występowało znacznie. Na drugi dzień przy ciepłocie 40,5° C. robiono dwie kąpiele w przerwach dwugodzinnych, lecz i teraz przy obniżeniu ciepłoty o 1° C. nastąpił prawie *collapsus*. Zaprzestano tedy kąpeli, a robiono zimne wycierania grubym ręcznikiem całego ciała, krótkotrwałe [minuta], bez obcierania i otrzymano zwykle obniżenie o 0,5° C. Odtąd przy silnych objawach mózgowych i znacznem rozwolnieniu ciepłota utrzymywała się mniej więcej odpowiednio natężeniu choroby; 21 zaś dnia choroby po obfitych potach spadła do 36° C., wieczorem podniosła się do 40° C., rano następnego dnia spadła do 35° C., wieczorem podniosła się do 39,6° C., a 23 rano 34° C., wieczorem 39,9° C., 24 rano 33,5° C., wieczorem 39,1° C. i t. d., jak to załączona tablica wskazuje. Stare wino, koniak, piżmo i *coffeinum natrio-benzoicum* hojnie podawano. 40 dnia mniej więcej choroby nastąpił okres wyzdrowienia.

Z opisu powyższego, choć nazbyt krótkiego, osądzić łatwo, że przebieg choroby w tym razie nie był zwykłym, lecz rzadko wogóle się przytrafiającym. Żaden z powyższych kolegów, a także i innych w Kaliszu zamieszkałych tak niskiej ciepłoty nigdy nie widział, żaden nawet z obserwujących nie miał ciepłomierza rozpoczynającego się od tak niskiej skali; miał go tylko właśnie niżej podpisany—ojciec chorego. Ten stopień ciepłoty odpowiada temu, jaki WUNDERLICH i EICHHORST zaliczają do tak zwanego kolapsu algidnego, a którego granice oznaczają na 35° C.—33,5° C.. Wahania ciepłoty są także nie mniej rzadkie tak co do swej liczby, jak i wielkości. Wielkich wahań o 4—6° C., raz nawet 6,4° C. było aż 9, gdy, jak wiemy z praktyki, jest ich zwykle mniej, są niższe, a i te często bywają zapowiedzią śmierci. Jeżeli zaś w danym razie nastąpiło wyzdrowienie, to przyznać trzeba, że i pod względem zakończenia choroby przypadek tu podany słusznie nazwać można rzadkim. Jest on zaś wiernie podany, niskie stopnie ciepłoty po kilkakroć kontrolowane i obserwację śmiało uważać można za kliniczną, gdyż bez względu na dwukrotne dzienne narady koledzy raczyli od-

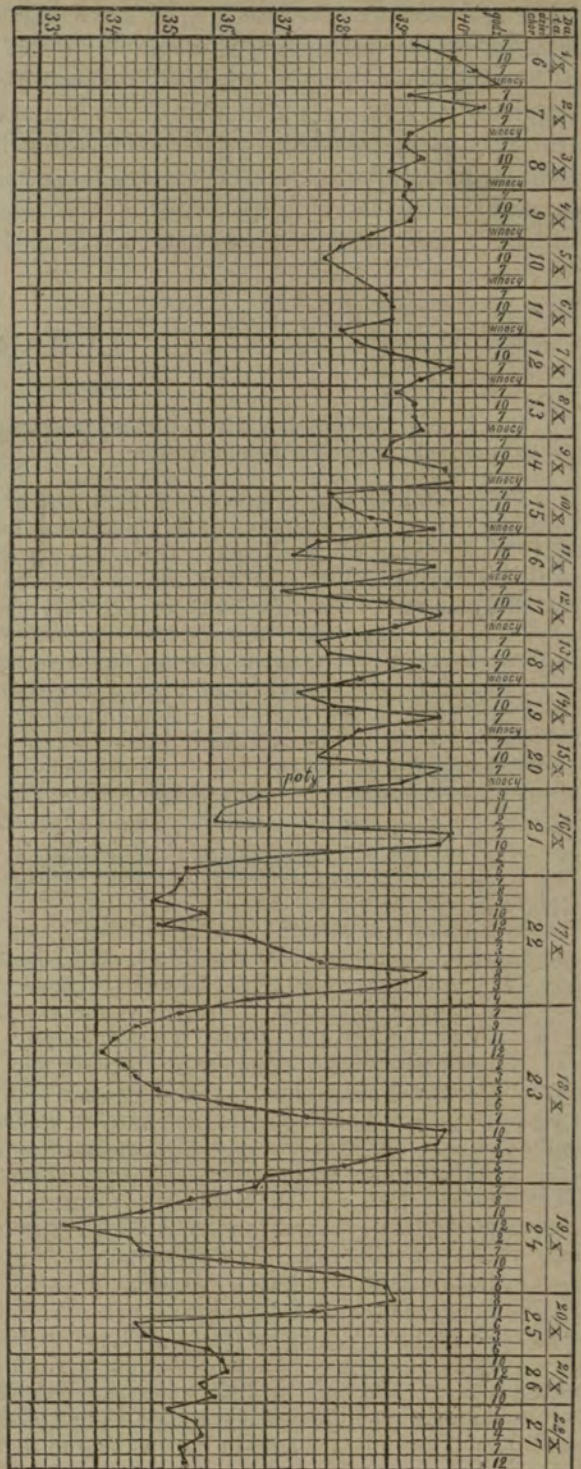
wiedzać chorego częściej i to we dnie i w nocy właśnie dla obserwacji. Podać więc ten przypadek do wiadomości szerszego koła lekarzy nie jest, sądząc, rzeczą zbytęzną. Obliczenia tętna i oddechu prawie zawsze przy mierzeniu ciepłoty były dokonywane i nie wykazywały zboczeń, zasługujących na uwagę i dlatego tu nie są podane. Nadmienić tylko wypada, że nawet przy największem obniżeniu się ciepłoty stan tętna pod względem jakości i ilości uderzeń był zadawalający. *Feliks Drecki.*

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



56. Eug. Burchardt. O kokcydii w raku śluzowym u człowieka i o jej torebce zarodnikowej.

Pominąwszy całkiem część historyczną, *resp.* literaturę danego przedmiotu, autor przystępuje wprost do opisu wyników własnych badań, jakie podjął w pracowni v. RECKLINGHAUSEN'a. Przedmiotem badań był wtórny rak jajnika, pochodzący od pacjentki, u której przed dwunastu miesiącami dokonano wycięcia odźwiernika z powodu raka śluzowego. Część powyższego guza była utrwalana w przeciągu sześciu tygodni w zmienionym płynie MUELLER'a [dwuchromianu amonu 2 grm. + siarczanu magnezyi 1 grm. + wody destylowanej 100 ctm. sześć.], następnie wypłukana dokładnie w wodzie i stwardzana w alkoholu; skrawki barwiono hematoksyliną.



Przy badaniu drobnowidzowym autor spostrzegł, co następuje: wszędzie typowa budowa raka — bezładne skupienia rakowych komórek pośród łączno-tkanowego podścieliska; tu i ówdzie przekrój gruczołów, wystanych cylindrycznym nabłonkiem; znaczna ilość komórek, będących we wcześniejszym lub późniejszym okresie przemiany wstecznej — śluzowej, figury karyokinetyczne, świadczące o szybkim bujaniu komórek rakowych; wreszcie prawdziwa kopalnia komórek, mieszczących w sobie twory, ochrzczone przez wielu poprzednich badaczy kokcydami.

Natrafiliśmy na tak cenny materiał, BURCHARDT spożytkował go w celu poszukiwań nad torebkami dla trwałych zarodników, inaczej torebkami zarodnikowymi (*Dauersporencysten*), których istnienia już to domyślano się dawniej, już też powątpiewano o nich, czyniąc np. zarzut, iż kokcydy wraz ich torebkami nie są niczem innym jak otorbionymi leukocytami.

Twór, jaki autor przedstawił na jednym ze swoich rysunków, ma świadczyć o naturze spotykanych wielokrotnie kokcydy: w dużej komórce rakowej jądro, mocno zabarwione hematoksyliną, zepchnięte jest ku obwodowi przez okrągłą, o grubych ściankach, torebkę (*Cyste*); w torebce znajduje się podługowato-owalny pęcherzyk, którego ścianki są bardzo delikatne; autor nazywa ów pęcherzyk zarodnikiem (*Spore*). Wewnątrz zarodnika leży tak zwana „*Keimkapsel*“, również w postaci pęcherzyka, o grubych stosunkowo ściankach, mieszcząca w sobie gronkowaty twór, składający się z pięciu okrągłych ciałek — zarodków (*Keime*). Cały ten wewnątrz-komórkowy i posiadający tak skomplikowaną budowę twór, „*l'organisme figuré*“ według



FABRE-DOMERGUE'a, autor poczynił za zarodnikową torebkę kokcydy, kładąc szczególny nacisk na t. zw. „*Keimkapsel*“, której nikt dotychczas nie spostrzegł; być może, iż ów zarodkowy pęcherzyk stanowi niejako właściwość kokcydy, znalezionej w badanym raku.

Autor przytacza również wymiary oddzielnych części składowych zarodnikowej torebki, oto one: średnica torebki (*Cyste*) = 16 μ , długość zarodnika = 12 μ , szerokość jego = 10 μ , średnica zarodkowego pęcherzyka = 7 μ , zarodki 1—1.5 μ .

Względem hematoksyliny zachują się torebki kokcydy i zawartość obojętnie, t. j. wcale się nie barwią.

Opisane powyżej odkrycie upoważnia autora do wypowiedzenia zdania, że znajduwane tak często dawniejszymi czasy, np. przez SOUDAKEWITCH'a w 95 rakach, wewnątrz-komórkowe torebki są torebkami kokcydy (*Coccidiencysten*).

Na zakończenie autor przytacza niektóre szczegóły, uważane przez niego za cechy charakterystyczne dla danego pasożyta. Komórki, mieszczące w sobie opisane wyżej torebki, sięgają olbrzymich rozmiarów; jądro komórkowe wskutek ucisku przybiera kształt baldaszkowaty, łukowo zgięty; często znajduje się ono w stanie karyokinetycznym; czy jednakże mnożenie się komórek jest w bezpośredniej zależności od pasożyta, tego autor stanowczo nie orzeka, aczkolwiek bardzo skłania się ku temu pogładowi. Wyjątkowo tylko spotykał autor torebki zarodnikowe w komórkach, które podległy przemianie śluzowej, na zasadzie czego robi przypuszczenie, że sprawa przemiany wstecznej odbywa się niezależnie od istnienia pasożyta. Spotykały się komórki z kilkoma naraz torebkami i wówczas jedna [torebka] przewyższała inne wielkością. Nigdy torebka nie mieściła się w jądrze, lecz zawsze w substancji ciała komórkowego, stąd wniosek, że dana kokcyda nie jest „*caryophagus*“¹⁾.

(*Virchow's Archiv*, T. 131. Zesz. 1. 1893).

Witold Żurkowski.

¹⁾ Załączony rysunek zdjęty został przez autora z obrazu drobnowidzowego, otrzymanego przy użyciu oleju-immersyjnego systemu $\frac{1}{12}$ HARTNACK'a.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 7. II. 1893 r.

OLTUSZEWSKI przedstawił przypadek długotrwałego [lat 14] jankania, dotyczący 16 letniego chłopca, uleczonego po 2-miesięcznym ćwiczeniu odpowiednich mięśni artykulacyjnych.

KLEJN odczytał obszerny referat p. t.: Kilka słów o klinicznym badaniu krwi. Opisawszy w krótkości, według EHRLICH'a, rozmaite postacie leukocytów, napotykanane we krwi normalnej, a więc limfocyty małe, duże, przejściowe, neutrofilowe i eozynofilowe; oraz w patologicznej myelocyty neutrofilowe i eozynofilowe, przypomina KL., iż już dawniej zauważono leukocytozę w wielu cierpieniach gorączkowych, oraz przy nowotworach. Leukocytoza bywa nieraz tak wyraźna, że może stać się źródłem błędnego rozpoznania i leczenia. Zdarzają się cierpienia, przebiegające bez leukocytozy, a także i takie, w których ilość leukocytów krwi jest zmniejszona (*leukopenia*). Przytoczone 3 typy wahań ilościowych leukocytów mogą być bardzo pomocne przy rozpoznaniu niektórych cierpień o podobnym obrazie klinicznym. U dzieci małych istnieje fizyologiczna leukocytoza; to samo bywa podczas trawienia, ciąży, karmienia i po niektórych lekach. Daleko ważniejszym jest określenie stosunku ilościowego rozmaitych form leukocytów. Zdarza się mianowicie, iż nieraz leukocytoza zależy od przewagi elementów neutrofilowych [jest to leukocytoza najczęstsza przy wielu gorączkowych cierpieniach, przy nowotworach]; niekiedy znów od przewagi limfocytów [ostra niedokrwistość, krzywica, syfilis], niekiedy znów od przewagi obu tych rodzajów, albo bez ich przewagi, ale za to od przewagi elementów eozynofilowych. Rozmaitość ta pozwala nieraz przy uwzględnieniu przebiegu klinicznego postawić dokładną dyagnozę. Zdarza się uier z w nowotworach, że przy leukocytozie istnieje przewaga komórek neutrofilowych, w anemii zaś złośliwej przy zmniejszeniu ogólnej ilości leukocytów istnieje przewaga limfocytów. Dla niektórych cierpień istnieją bardzo szczegółowe dane hematologiczne cechujące tę chorobę. Dla zapalenia płuc dał takie dane KIKODZE, dla szkarlatyny KOCZETKOW, dla tyfusu CHELAGUROW, dla ciąży i porodu OSTROGORSKI, dla syfilisu BIEGAŃSKI, RILLE, AUE; dane te potwierdzone zostały wielokrotnie między innymi przez RIEDER'a, FELSENTHAL'a i prelegenta. KL. przytacza także w krótkości obraz zmian przy zapaleniu nerek na zasadzie własnych 60 przypadków, obserwowanych u NEUSSER'a w Wiedniu i w tutejszej klinice terapeutycznej. Przy zapaleniu nerek z początku zawsze istnieje leukocytoza, zwykle neutrofilowa. Skoro sprawa przechodzi w chroniczną, wtedy z biegiem czasu, albo już bardzo wcześnie, zjawia się limfocytoza. Komórki eozynofilowe są tu zwykle trochę zmniejszone. Przy *nephritis interstitialis* bardzo częstą jest leukopenia, przy *nephritis scarlatinosa* widział KL. ogromną eozynofilię; bywa to zawsze, jeżeli przypadek kończy się wyzdrowieniem. W przeciwnym razie eozynofilii niema. Przytoczywszy badania LÖWITT'a, wyjaśniające leukocytozę jako następstwo leukopenii powstałej wskutek zniszczenia leukocytów neutrofilowych przez toksyny chorobotwórcze, albo substancje chemiczne wprowadzone do krwi, podaje KL. swoje badania potwierdzające po części wyniki LÖWITT'a. Po pilokarpinie znalazł KL. leukopenię z następującą leukocytozą, to samo znalazł także przy rozmaitego rodzaju idyosynkrazjach. Zdaniem prelegenta, fakt ten przemawia za intoksykacyjnym, a nie odruchowym pochodzeniem objawów idyosynkrazji. Przechodząc do znaczenia komórek eozynofilowych, KL. cytuje teorię NEUSSER'a i podaje wyniki własnych potwierdzających ją obserwacji. Eozynofilia w ten sposób zjawiać się ma jako produkt już to skóry, już to innych narządów, jak: szpiku kostnego, narządów płciowych i serca. Przy podrażnieniu nerwu sympatycznego jednego z tych narządów może nastąpić eozynofilia jako skutek odruchowego podrażnienia innych. KL. podaje próby wyłomaczenia eozynofilii przy rozmaitych cierpieniach na zasadzie teorii NEUSSER'a. Eozynofilię napotykaną przy guzach śledziony objaśnia KL. badaniami KARŁOWA, który otrzymywał po wycięciu śledziony z początku limfocytozę, później zaś eozynofilię; pierwsze było wynikiem powiększenia się gruczołów chłonnych, drugie zaś następstwem zmniejszenia się ich, wskutek wyczerpania się ich czynności. Substancje toksyczne, nie zniszczone przez śledzionę, drażniły gruczoły; gdy te zaś nie mogły podoleć swemu zadaniu, zastępuje je szpik kostny: wynika stąd eozynofilia. Następnie KL. przechodzi do znaczenia myelocytów. Znajdowano je w niewielkiej bardzo ilości przy osteomalacji, przy anemii. KL. znalazł je przy cukrzycy i przy otruciu tlenkiem węgla. Najwięcej zdarzają się przy białaczce szpikowej, przy gruczołowej są zawsze, ale w małej ilości, tak, że łatwo bardzo ich nie wy-

kryć. Dla rozpoznania białaczki ważnem jest określenie absolutnej ilości leukocytów w 1 mil. sześć. krwi, nie zaś stosunek leukocytów do czerwonych krążków, który może być bardzo wielkim i w innych cierpieniach, nie z białaczką wspólnego nie mających. Prócz tego ważną dla białaczki szpikowej jest polimorfia leukocytów; z oddzielnych zaś postaci myelocyty neutrofilowe i eozynofilowe, małe ciała eozynofilowe z jednym jądrem, oraz małe komórki neutrofilowe z jednym jądrem. Białaczka gruczolowa cechuje się ogromną ilością leukocytów i bardzo małą myelocytów i innych komórek normalnej krwi. W końcu K. podaje sposoby zdobywania danych hematologicznych, przyczem daje wskazówki, jak otrzymywać barwnik EHRlich'a, demonstruje hemoglobinometr GOWERS'a hematobril i centryfugę GÄRTNER'a, służące do oznaczenia objętości ciałek krwi czerwonych w odsetkach. Wreszcie wyraża nadzieję, iż badanie krwi szerzej obecnie będzie stosowanem niż dotychczas, gdyż już teraz daje często dokładne dane, pozwalające korzystać z nich przy rozpoznaniu. [Antoreferat].

MAYZEL, stwierdzając ważność przedmiotu obszernie opracowywanego w Niemczech i we Francji, zwraca uwagę na różnice w otrzymywanych wynikach przy badaniach hematologicznych w zależności od miejsca i sposobu dobywania krwi. Z dotychczasowych badań nie wiele da się wyprowadzić wniosków klinicznych, a liczne spostrzeżenia stanowią tylko cenny materiał, który, nagromadziwszy się w miarę udoskonalenia metod, może mieć z czasem doniosłe znaczenie dla celów medycyny praktycznej.

DUNIN zaznacza, że hematologia nie jest nauką nową; z początku ograniczała się do obliczania ciałek krwi i oznaczania ilości hemoglobiny. Pomimo udoskonalen z ostatnich czasów wszystkie przyrządy są zbyt grube i w klinice większych oddać nie mogą usług, gdyż nieraz w jednym i tym samym przypadku w zależności od przyrządu można różne otrzymać wyniki. Metoda EHRlich'a daje wprawdzie pewne wskazówki, wszelako i z jej pomocą praktycznych nie można wniosków wyprowadzać. Co się zaś tyczy pracy NEUSSER'a, to D. znajduje w niej wiele hipotez, opartych na niedokładnych danych. NEUSSER wykrywał komórki eozynofilowe przy rozmaitych chorobach, nie dających się pod jedną kategorię podciągnąć; na podstawie badań nad morfologicznymi składnikami krwi tworzy nową klasyfikację chorób, nowe wykrywa dane terapeutyczne, nową proponuje terapię, przyczem opiera nieraz swoje wnioski na najmniej dokładnych danych. Do narządów wytwarzających komórki eozynofilowe, według twierdzenia NEUSSER'a, ma należeć skóra, szpik kostny, gruczoł krokowy i nerki, a przyczyną ich wydzielania się ma być podrażnienie nerwu sympatycznego. Opierając się wyłącznie na obecności komórek eozynofilowych, i histeryę, i neurastenię, i padaczkę NEUSSER zalicza do cierpień nerwu sympatycznego. Niektóre dane dyagnostyczne, według twierdzenia DUNINA, nie wytrzymują krytyki: np. rozpoznanie psychozy, a wykluczenie zakażenia na podstawie badania krwi, pomimo obecności gorączki. Co się zaś tyczy terapii, to i tutaj napotykamy wskazania już pogrzebane, np. kastracya przy hysteryi. Wogóle praca NEUSSER'a, jakkolwiek zawiera w sobie wiele materiału pobudzającego do dalszych badań, nie jest ani tak skończoną, ani tak doniosłą, aby z niej praktyczne wskazania wyprowadzać.

KRYSIŃSKI zapytuje się KLEJNA, czy praca jego jest tylko streszczeniem prac NEUSSER'a, czy też wynikiem własnych badań; w tym ostatnim razie prosi o wskazanie ilości i cech klinicznych tych przypadków, na których prelegent wnioski swe opiera.

BIERNACKI zajmował się badaniem krwi przy ostrych sprawach ropnych; w 18 przypadkach nie zawsze wykrywał leukocytozę [ilość białych ciałek krwi nie zawsze bywa większą od 10000 w 1 mm. sześć.]; przy badaniu zaś krwi metodą EHRlich'a najrozmaitsze otrzymywał wyniki.

JANOWSKI, zgadzając się z poglądami poprzednio przez DUNINA wypowiedzianymi, dodaje, że, aby pewien objaw mógł mieć znaczenie rozpoznawcze, powinien być dla danej choroby stałym, powinien sprawę chorobową objaśniać, a nie dawać sprzecznych założeń i wyników. Dotychczasowe wyniki badań hematologicznych wymaganiom tym bynajmniej nie odpowiadają: komórki eozynofilowe udaje się wykryć przy chorobach wszystkich narządów, badanie zaś krwi na ziarnistości eozynofilowe w myśl pracy NEUSSER'a nie przyczynia się do rozjaśnienia sprawy, natomiast często wytwarza nowe trudności; mając np. do czynienia z cierpieniami układu nerwowego, a nie znalazłszy przy badaniu krwi komórek eozynofilowych, możnaby na podstawie dotychczasowych w tej kwestyi wiadomości to tylko powiedzieć, że chory nie jest dotkniętym zapaleniem płuc, gruźlicą i t. p. chorobami, a w razie wykrycia tych komórek możnaby myśleć o wszystkich tych chorobach. Podejrzewając ukryty nowotwór lub białaczkę, a nie wykrywszy w świeżej krwi

chorego zwiększonej ilości białych ciałek krwi, dawniej z wielkim prawdopodobieństwem wykluczony białaczkę, u młodych kobiet wahałoby się rozpoznanie pomiędzy blednicą a niedokrwistością od nowotworu zależną, a rozpoznanie polegałoby na uwzględnieniu innych danych klinicznych. Stojąc zaś na stanowisku wiadomości zapożyczonych od NEUSSER'a, wykrywszy dużo komórek eozynofilowych, moglibyśmy tylko wykluczyć cierpienia narządów krwionośnych i wahać się między blednicą, niedokrwistością i białaczką. W razie braku komórek eozynofilowych wątpliwość nie byłaby rozstrzygnięta, gdyż według NEUSSER'a niema ich w ciężkich postaciach niedokrwistości i blednicy; co się zaś tyczy białaczki, to znanym jest przypadek SOKOŁOWSKIEGO, w którym pomimo znacznego natężenia sprawy nie było komórek eozynofilowych. Przy badaniu ropy tryprowej w kilkudziesięciu przypadkach J. sprzeczne otrzymywał wyniki, gdy tymczasem według NEUSSER'a powinien był wykryć dużo komórek eozynofilowych, pochodzących według tego autora z gruczołu krokowego, z drugiej zaś strony MARKUSFELD wykrywał dużo tych komórek w ropie tryprowej u kobiet. Gdy MARKUSFELD spotykał komórki te w przypadkach ostrego ropienia, J. faktu tego stwierdzić nie mógł, i również nie wykrywał tych komórek przy sztucznem ropieniu, wywołanem przez działanie środków chemicznych, choć nie ma zamiaru twierdzić, aby komórki eozynofile w ogóle przy sztucznem ropieniu nigdy się nie zjawiały.

W odpowiedzi KRYSIŃSKIEMU KLEJN zaznacza, że celem jego odczytu było przedstawienie stanu hematologii w chwili obecnej na podstawie danych zdobytych przez różnych autorów i swoje własne doświadczenie; zbyt szczegółowo nad zdaniem różnych badaczy zastanawiać się nie mógł z obawy przedłużenia i tak dość długiego odczytu, tam zaś, gdzie była mowa o jego własnych spostrzeżeniach, wyraźnie starał się to zaznaczyć. DUNINOWI zarzuca niedokładności w opisywaniu wyników pracy NEUSSER'a; fakty przez tego ostatniego badacza już wielokrotnie były przez innych stwierdzane, co się zaś tyczy terapii, zalecanej przez NEUSSER'a, to na korzyść jej, według zdania KLEJNA, przemawiają dodatnie wyniki z jej zastosowania przy niektórych chorobach. Co się zaś tyczy zarzutów BIERNACKIEGO, to prelegent różnorodność wyników otrzymanych objaśnia badaniem krwi wtedy, kiedy sprawa ropna już dojrzała, a wówczas według zdania wszystkich badaczy leukocytozy nie ma. W odpowiedzi JANOWSKIEMU KLEJN twierdzi, że dla odróżnienia anemii od raka posiadamy pewne dane dyagnostyczne. Przy raku napotykamy leukocytozę neutrofilową, przy anemii leukopenię z przewagą leukocytów; przy białaczce zaś posiadają znaczenie dyagnostyczne myelocyty neutrofilowe. Wreszcie wyników badania ropy metodą EHRlich'a nie daje się porównać z wynikami badań krwi.

Po KRYSIŃSKIM, który zaznaczył niesystematyczność w dyskusji zależną od tego, że prelegent nie oddzielił wyraźnie swoich spostrzeżeń od badań NEUSSER'a, zabrał głos DUNIN, który zastrzegł się przeciwko zarzutowi, jakoby lekceważył pracę NEUSSER'a; stwierdza jednak w nich przesadę i zbyt pochopne wyprowadzanie wniosków.

JANOWSKI dodaje, że nie widział stałych zmian opisywanych przez KLEJNA i sądzi, że dopiero w dalekiej przyszłości będzie mogła mieć rację bytu pewna cząstka tych wniosków, jakie przedwześnie dziś NEUSSER wyprowadza.

Wreszcie BIERNACKI zaznacza, że badał krew zawsze przy ropniach dojrzałych i otrzymywał różne wyniki, wskutek czego na zdanie KLEJNA zgodzić się nie może, aby przy skończonej sprawie ropnej nie mogło być leukocytozy.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE PROWINCYONALNE.

Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Lekarskiego m. Łodzi za 1892 rok.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie w ubiegłym roku liczyło 41 członków czynnych oraz 2 członków korespondentów. Z liczby członków czynnych było 34 lekarzy, 2 lekarzy weterynaryi i 5 farmaceutów.

W ciągu roku sprawozdawczego odbyło się w Towarzystwie 20 posiedzeń, z tych 5 poświęcono sprawie zdrowotności miasta oraz środków zapobiegawczych na wypadek zjawienia się cholery, 2 — sprawom medycyny fabrycznej; pozostałe 13 posiedzeń miały charakter sprawozdań oraz demonstracji klinicznych. Na posiedzeniach tych wygłaszane były między innymi następujące od-

czyty. „Drobnoustroje mleka“ przez kol. M. SILBERSTROMA; „O mechanicznem leczeniu neuralgii lędźwiowej i kulszowej (*lumbago et ischias*)“ p. kol. H. RUNDO; „O porażeniach przymiotowych krtani“, kol. PRZEDBORSKIEGO; „Rezultaty badania mikroskopowego wody studzien łódzkich oraz rzeczki Łódki“ M. SILBESTROMA; „Wypadek *Bronchitidis fibrinosae*“ p. kol. HENRYKA KOHNA; „O sterylizacji mleka“ kol. M. SILBERSTROMA; „O zachowaniu się lekarza wobec drażliwych kwestyi małżeńskich przy chorobach wenerycznych“ p. kol. J. BIRENWEIGA; „O technice frykcyi“ p. kol. M. SILBERSTROMA; „O nowych sposobach leczenia jaglicy“ p. J. KOLIŃSKIEGO; „Patologia włosów“ przez kol. W. MESZYNGA.

Finansowa strona Towarzystwa tak się przedstawia:

Remanent z roku 1891-go	316 rs. 84 kop.
Dochód w roku 1892	353 „ — „
Razem	671 rs 84 kop.
Wydatki w ciągu roku	261 rs 45 kop.
Pozostało na rok bieżący	410 rs. 39 kop.

Główną rubrykę wydatków stanowi czynsz za lokal w sumie 150 rs.; książki i czasopisma kosztowały 106 rs. 45 kop.. Biblioteka posiada 245 dzieł, oprócz broszur i czasopism. W ciągu roku sprawozdawczego przybyło 3 nowych członków czynnych; z dawniejszych nikt nie ubył. Do zarządu na rok bieżący powołani zostali ciż sami koledzy: J. LOHRER [prezes], K. JONSCHEK [wiceprezes], J. KOLIŃSKI [sekretarz], M. LIKIERNIK [kasyer] i H. RUNDO [bibliotekarz].

Wiadomości bieżące.

— W Nrze 3 „Nowin Lekarskich“ D-r MIZERSKI podał praktyczny sposób oznaczenia kwasu moczowego w moczu za pomocą AgNO_3 . 1) Do 50 ctm. sześć. moczu odparowanych do suchości dodaje się 8—10 ctm. sz. HCl z dodatkiem 1—2 ctm. sz. alkoholu w celu wydzielenia kwasu moczowego w stanie wolnym. 2) Wydzielony osad kwasu moczowego, po odciedzeniu i przemyciu alkoholem, aż do zniknięcia odczynu na chlor w przesączu, rozpuszcza się w 5—10 ctm. sz. roztworu węglanu litynu i otrzymany stąd roztwór po przesączeniu dodaje się do 10—15 ctm. sz. mianowanego roztworu AgNO_3 [ażeby 1 ctm. sześć. odpowiadał 0,010₃ Ag], zadanego uprzednio taką ilością amoniaku, jaka jest potrzebna do związku $\text{AgNO}_3 + 2\text{NH}_3$. 3) W tych warunkach kwas moczowy strąca Ag już na zimno w postaci czarnego osadu, który po zagotowaniu płynu zbiera się na filtrze i po dokładnem przemyciu i rozpuszczeniu w kwasie azotnym oznacza się Ag sposobem miarowym VOLHAR'a przy użyciu roztworu rodanku amonu. 4) Według obliczeń, 1 część strąconego Ag odpowiada 0,389 częściom kwasu moczowego, zatem mnożąc przez 3,89 liczbę zużytych przez kwas moczowy centymetrów sześciennych roztworu AgNO_3 , otrzymuje się iloczyn, który wyraża w miligramach ilość kwasu moczowego w 50 ctm. sześć. moczu. Biało i cukier przed oznaczeniem należy usunąć z moczu.

T. St.

— Działanie eurofenu na hodowle laseczników gruźliczych, według CHRISTMANN'a, jest następujące: a) proszek eurofenu zabija je w ciągu 21 dni, b) pary eurofenu — w 27 dni; c) w postaci zawiesiny w oliwie nie wywiera wyraźnego wpływu nawet po 25 dniach, d) płwocina gruźlicza zmieszana z proszkiem eurofenu traci własności zakaźne po 37 dniach. Wnioski te autor wyprowadza z doświadczeń nad wstrzykiwaniami do otrzewnej świnkom morskim zmieszanych z eurofenem hodowli i płwociny gruźliczej. Eurofen (*isobutylorthokresoljodid*) wywiera swój wpływ przez wydzielający się żel żod i różni się od jodoformu tem, że ostatni podług TROJE i TANGL'a zabija laseczники gruźlicze a) suchy w 3 tygodnie, b) w postaci pary w 50 dni, c) zawieszony w oliwie w 3 dni (*Centralblatt f. Bact. u. Parasitenk. Nr. 13. 1893*).

A. B.

— TETTENHAMER, badając jądra salamandry podczas spermatogenezy, przekonał się, iż chromatyna w podlegających zwyrodnieniu jądrach spermatocytów daje początek ziarenkom istoty acydofilowej, które w miarę powstawania uwalniają się z komórki i zostają pochłonięte przez leukocyty. Fakt ten naprowadził TETTENHAMER'a na myśl, iż ziarnistości cozynoflowe, czyli α -granulacye powstają zawsze w podobny sposób i są ziarenkami istoty acydofilowej, które przedostały się do leukocytów drogą fagocytozy. (*Anat. Anzeiger. 1893. Nr. 6 i 7*).

A. K.

— W ubiegły poniedziałek [11. IV] odbył się pogrzeb współwłaściciela naszej Gazety E. MODRZEJEWSKIEGO. O sympatii, jaką się cieszył nieboszczyk, świadczy liczne zgromadzenie nie tylko kolegów, lecz i publiczności dla oddania ostatniej posługi zmarłemu. Prócz licznych wieńców prywatnych, trumnę zdobiły wieńce od „Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ i od „Gazety Lekarskiej“.

— Z powodu przypadającego w czerwcu r. b. 50-letniej rocznicy otrzymania dyplomu doktorskiego D-ra LUDWIKA NATANSONA Towarzystwo Lekarskie Warszawskie na ostatniem swem posiedzeniu wybrało go na członka honorowego.

— Koledzy FEILCHENFELD, KLEINADEL i ZWEIGBAUM zostali mianowani przez Warszawską Radę miejską Dodroczyźności publicznej lekarzami ambulatoryum w szpitalu żydowskim, 1-szy chorób wewnętrznych, 2 gi chorób skórnych, 3-ci chorób kobiecych.

— Na konkursie międzynarodowym, ogłoszonym przez Towarzystwo Lekarskie w Tuluzie za pracę p. t.: O nowotworach złośliwych krtani, drugą nagrodę w ilości 1000 fr. i medal otrzymał kol. SĘDZIAK z Warszawy. Pierwszej nagrody nie przyznano nikomu.

— 30 kwietnia r. b. nastąpiło uroczyste otwarcie w S-t Cloud [pod Paryżem] zbiornika de Montretout, mającego zaopatrywać w wodę źródlaną zachodnią część Paryża. Wodę tę, pochodzącą z kilku źródeł, które, łącząc się, tworzą rzeczkę La Vigne, wpadającą do rzeki Arve [departament Eure i Eure et Loir] doprowadza do zbiornika kanał długości 102 kilometrów, którego robota trwała około 2 lat, a koszt dosięgnął 32 milionów franków. Tym sposobem Paryż posiada wody obecnie 710,000 metrów sześciennych, czyli 290 litrów na mieszkańca dziennie [Londyn ma 155, Edyburg 180, Wiedeń i Bruksella 100, Berlin 75, Lipsk 150]. Z ilości tej wypada na wodę źródlaną 230,000 metrów sześciennych, której dostarcza Arve 110,000, Vanne 100,000 i Dhuis 20,000.

— Liczba suchotników przebywających w szpitalach Paryskich zwiększa się corocznie. W roku zeszłym było ich w szpitalu St. Antoine 1960, w Charité 1056, w Beaujon 574. Umarło z nich 896, przebywali oni w szpitalu 101,967 dni, a kosztowali 310,752 fr.. Z tych powodów „Société de médecine et d'hygiène professionnelle de Paris“ wyraziło życzenie, aby miasto Paryż zbudowało w okolicach miasta specjalny szpital dla suchotników.

— W Paryżu zawiązał się klub lekarzy welocypedystów, którego celem jest połączenie się licznych lekarzy jeżdżących na welocypedzie i danie sankeyi moralnej lekarzom na prowincyi, posługującym się welocypedem w wykonywaniu praktyki lekarskiej.

— W Algierze założono specjalny zakład dla leczenia pokąsanych przez wściekle zwierzęta.

— W Londynie pod przewodnictwem lorda majora zawiązało się towarzystwo, celem wybudowania w bliskości miasta wielkiego zakładu leczniczego dla epileptyków.

— Kolegium profesorów w Wiedniu przedstawiło *unico voce* profesora ERB'a z Heidelberga na kandydata kliniki chorób wewnętrznych, wakującej po śmierci KÄHLER'a.

— W wojsku austriackim jest 980 lekarzy wojskowych.

— „Deutsche Anatomische Gesellschaft“ tegoroczne posiedzenie doroczne odbędzie w Getyndze między 21 a 24 maja, pod przewodnictwem prof. WALDEYER'a.

— W Würzburgu między 25—28 maja r. b. odbędzie się XVIII zjazd niemieckiego towarzystwa dla ochrony zdrowia publicznego.

— Prof. WERNICKE z Wrocławia otrzymał zaproszenie na profesora II-ej kliniki psychiatrycznej w Wiedniu.

— W Monachium obchodzono uroczyście wykonanie przez Ks. D-ra KAROLA TEODORA 2000-ej operacyi katarakty.

— Liczba słuchaczy medycyny w niemieckich uniwersytetach wynosiła w ubiegłym półroczu zimowem 7988, a więc o 318 mniej niż w poprzedniem.

Zmarli: w Genewie w 87 r. życia ALFONS DE CANDOLLE [syn słynnego botanika AUGUSTA], jeden z twórców geografii botanicznej; w Nancy FELTZ, profesor anatomii patologicznej, autor wielu cennych prac naukowych.