

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. WITOLD HORODYŃSKI. Przyczynek do chirurgicznego leczenia przedziurawienia żołądka. Str. 689. II. Dr Med. MARYA DUNIN-KARWICKA. O tak zwanej bronchiolitis obliterans. (Dalszy ciąg). Str. 693. *Dział sprawozdawczy.* 77. C. KLIENEBERGER. Rozpoznanie raka żołądka. Str. 698. 78. R. EHLMANN (Berlin). Badania fizjologiczne i kliniczne nad wydzielaniem soku żołądkowego. Str. 702. 79. S. RUBASCHOW (Charków). Przyczynek do nauki o następstwach przecięcia nerwu błędnego. Str. 703. 80. L. MEUNIER. Objaw kliniczny wrzodu dwunastnicy-odźwiernikowego. Str. 704. 81. STIERLIN. Badania rentgenologiczne skurezów żołądka. Str. 821. E. FULEL i K. HIDAYAMA. O wydzielaniu się fermentów żołądkowych przez mocz. Str. 705. 83. A. LINDEMAN. O znaczeniu rozpoznawczym zawartości diastazy w kale i w moczu. Str. 705. 84. KRÖGIUS. Wyjaśnienie w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego. Str. 706. *Odcinek.* Dr JÓZEF JAWORSKI. Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy—Polaków w minionym stuleciu. (Dalszy ciąg). Str. 706. *Wiadomości bieżące.* Str. 711. Nadesłano do Redakcyi. Str. 713. *Ogłoszenia.*

I. Przyczynek do chirurgicznego leczenia przedziurawienia żołądka ¹⁾.

Podał

Witold Horodyński.

Powikłanie peptycznego wrzodu żołądka przez przedziurawienie nie jest rzeczą rzadką. MAYO ROBSON określa częstość tego powikłania na 12%—28% wszystkich przypadków wrzodu, MOYNIHAN na 6,5%—28,5%; FENWICK na zasadzie 112 swoich spostrzeżeń odsetkę przedziurawień podaje na 28,5%, a w liczbie 678 przypadków wrzodu, znalezione przy badaniu pośmiertnym, w 22,8% było przedziurawienie żołądka.

Przedziurawienie najczęściej zdarza się na przedniej ścianie żołądka, następne miejsce pod względem częstości zajmuje mała krzywizna, najrzadziej, bo według RIEGEL'a w 2%, przedziurawienie umiejscawia się na tylnej ścianie.

Wiek i płeć, zdaje się, nie wpływają na częstość przedziurawień, których liczba jest w prostym stosunku do liczby wrzodów peptycznych.

Wielkość otworu waha się od łebka szpilki do monety miedzianej 2-kopiejkowej. Jednocześnie może przedziurawieniu ulegnąć kilka wrzodów,

¹⁾ Artykuł niniejszy jest streszczeniem obszerniejszej pracy, podanej do „Przeglądu Chirurgicznego i Ginekologicznego“.

lub też jeden i ten sam chory może kilkakrotnie w ciągu życia podlegać temu zachorzeniu (AITKEN).

Przedziurawienie może wystąpić pod postacią ostrą lub przewlekłą. W tym ostatnim przypadku, podczas kiedy wrzód zwolna draży ścianę żołądka, wokoło rozwija się zlepne zapalenie otrzewnej, izolujące sprawę samą i zabezpieczające wolną jamę otrzewnej od występującego zazwyczaj ropnego zapalenia przyżołądkowego (*perigastritis purulenta*).

W ostrych przypadkach wybuch zachorzenia jest nagły, przebieg szybki, i jeśli wcześniej pomoc chirurgiczna nie będzie podana, to najczęściej zejście jest niepomysłne.

Angielscy autorowie ze względów praktycznych przyjmują jeszcze trzeci rodzaj przedziurawienia, mianowicie postać podostrą. W przypadkach tych przedziurawienie występuje również nagle, ale, że otwór jest mały, przebite wystąpiło na czczo, lub też otwór zaraz został zalepiony przez sieć lub inny sąsiedni narząd, zapalenie otrzewnej występuje łagodniej, niż w formie ostrej, i przypadki te lepsze dają rokowanie.

Rozpoznanie w pierwszej linii powinno opierać się na wcześnie występującem, i początkowo umiejscowionem do okolicy przedziurawienia, napięciu mięśni brzusznych — *défense musculaire*. Istnienie lub podejrzenie na uprzednie istnienie wrzodu peptycznego łącznie z nagłym wybuchem cierpienia, jest drugim ważnym objawem. Inne zaś opisywane objawy, jak wymioty lub zniknięcie tępości wątroby, są niestale i zdarzają się i przy innych zachorzeniach wewnątrzotrzewnych.

Przy różniczkowaniu cierpienia należy mieć na uwadze: przedziurawienie wyrostka robaczkowego i wrzodu dwunastnicy, pęknięcie ciąży zewnątrzmacicznej, zakrzep górnych żył krezkowych, *pancreatitis haemorrhagica*, wreszcie (M. ROBSON i MOYNIHAN) rozpoczynające się zapalenie płuc z silnymi bólami opłucnymi, ostre otrucia, ostre zapalenia pęcherzyka żółciowego i przydatków u kobiet.

Leczenie chirurgiczne przedziurawień o typie przewlekłym, gdzie zdążyły wytworzyć się odgraniczające od wolnej jamy otrzewnej zrosty, lub wskutek tychże zrostów wystąpiły zaburzenia w czynności sąsiednich narządów, polega właściwie na otwieraniu ropni, np. podprzeponowych, lędźwiowych, lub też na leczeniu wtórnie wciągniętych w sprawę chorobową narządów sąsiednich. Pewnego jakiegoś typu leczenia wskazać tutaj nie można, postępowanie zależeć będzie od każdego poszczególnego przypadku.

Leczenie zaś przedziurawień, przebiegających pod postacią ostrą, dzieli się na leczenie samego przedziurawienia i na leczenie następczego zapalenia otrzewnej.

Zważywszy, że o ile nie wykonano operacji, to w 95% ostrych przedziurawień następuje zejście śmiertelne (M. ROBSON), w operowanych zaś przypadkach odsetka wyzdrowień waha się między 70%—15%. zdaje się nie powinno być żadnej wątpliwości co do konieczności interwencji chirurgicznej. Jednak, jednym z najważniejszych warunków jej po-

wodzenia jest operowanie możliwie wczesne. MAYO ROBSON i MOYNIHAN podają następującą tablicę, opartą na 133-ch przypadkach:

Operacja	Liczba przypadków	Wyzdrowiało	Zmarło	% śmiert.
przed 12 godz.	49	35	14	28,5
między 12—24 godz.	33	12	21	63,6
„ 24—36 „	16	2	14	87,5
„ 36—48 „	2	—	2	100,0
poza 48 godz.	33	16	17	51,5

PETREN na zasadzie 100 przypadków przedziurawienia żołądka i dwunastnicy podaje śmiertelność pooperacyjną na 69%, jeśli zaś brać pod uwagę operacje, wykonane w pierwszych 12-u godzinach, to śmiertelność spada do 34%.

Na dowód zaś, że wczesne operowanie w połączeniu z udoskonaleniem techniki może dać jeszcze lepsze rezultaty, przytoczę statystykę SINCLAIR-KIRKA, który na 11 przypadków, operowanych w kilka godzin po wybuchu, nie stracił ani jednego chorego.

Pierwszą operację w przedziurawieniu żołądka wykonał w r. 1880 MIKULICZ.

Technika operacyjna jest zwykła. Cięcie w smudze ponad pępkiem, chociaż niektórzy autorowie radzą prowadzić je na miejscu najbardziej bolesnem. Po otwarciu jamy brzusznej należy dokładnie obejrzeć żołądek cały, pamiętając, że przedziurawienia mogą być wielorakie, lub też istniejący drugi wrzód może być blizkim przebicia. Dla obejrzenia tylnej powierzchni żołądka, należy przebić kreskę okrężnicy poprzecznej i przez ten otwór wyciągnąć żołądek.

Po odnalezieniu otworu, małe zaszywamy szwem kaptuchowym, większe dwupiętrowym zwykłym. W przypadkach zaś, gdzie z jakichkolwiek powodów szwu wykonać nie podobna, otwór należy załatać przez wszycie sieci, lub przez przyszycie sąsiedniej pętli kiszki, albo wreszcie gdzie ani jedno ani drugie wykonać się nie da — wyłożyć jamę do samego otworu paskami gazy, jak to np. czynimy w operacjach na przewodach żółciowych. Większość autorów nie radzi wycinać owrzodzenia, uważając to za zbyt szkodliwe, gdyż z powodu dużych otrzymanych tutaj braków może później łatwo rozwinąć się bliznowate zniekształcenie żołądka.

W przypadkach, gdzie stan chorego pozwala na przedłużenie (dość znaczne) operacji, należy wykonać dodatkowe zespolenie żołądka z kisz-

ką (*gastroenterostomia*), w przeciwnym razie operację tę należy odłożyć do czasu poprawienia się chorego. Wskazaniem do wykonania tego zabiegu jest, że zespolenie przy istnieniu wielorakich wrzodów dodatnio wpływa na gojenie się innych owrzodzeń i zeszytego przedziurawienia, zapobiega przedziurawieniu tych owrzodzeń, zmniejsza możliwość wymiotów krwawych. Wreszcie pozwala na wcześniejsze odżywianie zazwyczaj wycieńczonych chorych.

Po zeszyciu przedziurawienia żołądka, pozostaje do rozpatrzenia, co czynić należy w celu usunięcia zawartości żołądkowej, która przedostała się do jamy otrzewnej, i co robić w celu zwalczania poczynającego się lub rozwiniętego już zapalenia otrzewnej.

W Niemczech przeważnie stosują przemywania jamy otrzewnej dużą ilością fizyologicznego roztworu soli; we Francji przemywania zarzucano prawie zupełnie, zawartość zaś żołądkową usuwają z pomiędzy jelit zapomocą delikatnego wybierania tamponikami z gazy. Sądzę jednak, że najwłaściwszem jest postępowanie stosowane w Anglii, gdzie indywidualizują poszczególne przypadki. Tam, gdzie przedziurawienie nastąpiło na czczo lub otwór był albo niewielki, albo zaraz zakleił się siecią, tam stosują tylko wybieranie tamponami. W przypadkach zaś, gdzie otwór jest duży, przedziurawienie nastąpiło przy pełnym żołądku, lub były wymioty, które wtłoczyć mogły miazgę pokarmową między pętle kiszek, tam stosują przemywanie, jako najdelikatniejszy sposób usunięcia z jamy otrzewnej ciał obcych. Natomiast wszyscy wypowiadają się za dokładnem drenowaniem jamy otrzewnej, zwłaszcza małej miednicy, a w razie potrzeby i obu okolic lędźwiowych.

Co się tyczy leczenia zapalenia otrzewnej, to obowiązują tutaj ogólne przepisy, stosowane przy tem cierpieniu i innego pochodzenia. A więc środki podniecające z jednej strony, przetwory makowca z drugiej, wlewania soli kuchennej podskórne, lub wewnątrzżylnie z dodatkiem adrenaliny, dla zwalczania toksycznego rozszerzenia naczyń. Wreszcie proktoliza, pozycya FOWLER'a i t. p.

Przytoczę obecnie w krótkości historję choroby spostrzeganych przeze mnie osobiście, lub też wspólnie z innymi kolegami przypadków przedziurawienia żołądka.

P r z y p a d e k I (sposzczezenie z kol. J. CZARKOWSKIM).

F. P., lat 46, przybył do kliniki chir. z objawami rozlanego zapalenia otrzewnej. Od dłuższego czasu cierpiał na zaburzenia żołądkowe, objawiające się częstymi napadami bólów brzucha, bez określonego umiejscowienia. Obecny napad zaczął się trzy dni temu nagle bólami około pępka. Chory zażył oleju, po którym wystąpiły wymioty. Badanie wykazuje: stan bezgorączkowy, tętno nitkowate, sinica twarzy i kończyn, oczy zapadnięte, kończyny zimne, brzuch wzdęty, twardy, bolesny. Napięcie mięśniowe większe po prawej stronie. Zaparcie stolca od 3-ech dni. Wymioty, bezmocz (*anuria*).

Sub Schleycho laparotomia (kol. CZARKOWSKI). Znalaziono rozlane zapalenie otrzewnej, w prawym dole biodrowym więcej nieco ropiastego płynu. Wrostek bez zmian szczególnych. Jamę otrzewnej drenowano. Śmierć po kilku godzinach. Badanie pośmiertne wykazało: *Ulcus ventriculi rotundum. Perforatio sub hepar. Peritonitis ichorosa.* W okolicy odźwiernika stare przewężające blizny. [D. n.].

II. O tak zwanej bronchiolitis obliterans.

Podąła

Dr Med. Marya Dunin-Karwicka.

Asystentka przy katedrze Anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 22).

Warstwą, wykazującą jednak najdalej idące zmiany, jest niezaprzeczenie tkanka okołoskrzelikowa, przyczem zmiany te w przeciwieństwie np. do zmian warstwy mięśniowej oraz sprężystej noszą, że się tak wyrazimy, charakter czynny. Nóżki, zamykających mniej lub więcej światło oskrzelików, polipów ziarninowych, pozostają, jak to już zaznaczyliśmy, w ścisłej łączności z tkanką okołoskrzelikową. Otóż ta tkanka jest w miejscach tych nie tylko w wysokim stopniu drobno-komórkowo nacieczona, ale co więcej, jest ona tutaj przeobrażona w typową tkankę ziarninową z tak charakterystycznymi dla tejże jasnymi jądrami pęcherzykowatymi. Jak przedstawia się tkanka okołoskrzelikowa w oskrzelikach z zaczynającą się organizacją wysięku, jak wątle pasemko komórek włóknotwórczych dąży od warstwy tej ku światłu oskrzelika, przerywając jego pierścień mięśniowo-sprężysty, o tem już mówiliśmy. Tutaj chcemy jeszcze tylko zaznaczyć i to zaznaczyć z naciskiem, że tkanka okołoskrzelikowa w miejscach bujania swego rozrasta się nie tylko w kierunku dośrodkowym, t. j. nie tylko ku światłu oskrzelika, gdzie organizuje wypełniający je wysięk, lecz także w kierunku odśrodkowym, t. zn. w kierunku do pęcherzyków płucnych, przechodząc bez wyraźnej granicy w zgrubiałe przegrrody pęcherzyków (rysunek 1). Gdzieniegdzie pęcherzyki płucne o niezgrubiałych prawdopodobnie jeszcze ścianach zostają przytem uciśnięte, czego dowodem są wązkie szczeliny, leżące wśród bujającej tkanki okołoskrzelikowej i wysłane charakterystycznym dla pęcherzyków płucnych nabłonkiem, który niejednokrotnie obserwowaliśmy (rysunek 2). W początkowych okresach rozrost odśrodkowy i ziarninowe przekształcenie tkanki naokołoskrzelikowej ogranicza się tylko do miejsc, gdzie buja ona także i dośrodkowo w celu organizacyi wysięku we-

wnątrz-oskrzelikowego, później jednak pojawiają się często komórki włknotwórcze także i w innych jej odcinkach. W pewnej liczbie oskrzelików z daleko posuniętą organizacją widzieliśmy, jak ziarninowo przeobrażona tkanka okołoskrzelikowa wpuklała ku światłu oskrzelika odcinki jego ściany, powleczone nabłonkiem i wolne od organizacyi, położone po przeciwległej stronie tej ściany, przyczem pierścień mięśniowo-sprężysty bądź był jeszcze nietkniętym, bądź też mniej lub więcej w miejscach tych zanikłym. Droga ta powstaje szereg drobnych tworów polipowatych, obciągniętych nabłonkiem, które z organizacją wysięku i z będącymi jej wynikiem wyżej opisanymi polipami ziarninowymi nic wspólnego nie mają i które w przeciwieństwie do tych polipów posiadają zazwyczaj nie wąską nóżkę, ale przeciwnie szeroką podstawę.

Tkanka okołoskrzelikowa, jak to już zresztą zaznaczaliśmy, wykazuje, w przeciwieństwie do śluzówki oskrzelików, nader liczne nacieki drobnokomórkowe, które bądź przedstawiają się pod postacią oddzielnych ognisk, bądź też zlewają się z sobą, otaczając nieraz szczerlnie cały oskrzelik dokoła. Okrągłe, ciemno barwiące się jądra tych nacieków, zawierających mniej lub więcej obfite cząsteczki węgla, dają się z łatwością odróżnić od komórek włknotwórczych, często im towarzyszących. Gdzieniegdzie nacieki drobnokomórkowe zachowują się podobnie do ziarninowo przekształconych odcinków warstwy okołoskrzelikowej, wpuklając również do światła oskrzelika pokrytą nabłonkiem i wolną od organizacyi śluzówkę jego wraz z całkowicie zachowanym pierścieniem mięśniowo-sprężystym. Tak jest w większości oskrzelików, ale bynajmniej nie we wszystkich, gdyż w wielu z nich pod naporem nacieków pierścień ten zostaje przerwany, a obok limfocytów pojawiać się zaczynają pojedyncze komórki włknotwórcze. Te miejsca tworzą prawdopodobnie przejście do wyżej opisanych, nie w celach organizacyi dośrodkowo bujących odcinków warstwy okołoskrzelikowej. Musimy mimochodem zaznaczyć, iż przerwania nabłonka przez nacieki drobnokomórkowe nigdyśmy nie stwierdzili.

Co się tyczy rozciągliwości wogóle opisywanych tutaj zmian chorobowych, to powiedzieć musimy, iż siedliskiem organizacyi wysięku jest przeważająca większość oskrzelików, wolną zaś od niej jest tylko nader mała ich liczba. Światło tych ostatnich oskrzelików, choć prawidłowo ukształtowane, rzadko bywa zupełnie wolne, zawierając jużto grubowłknistą, lub jednolicie bryłowatą masę wysiękową, jużto złuszczone nabłonki, jużto śluz, leukocyty, lub wreszcie krew. Nabłonek jest tu częścią zachowany, częścią mniej lub więcej złuszczonej. Warstwa własna śluzówki (*stratum proprium*) wykazuje nieznaczne tylko nacieczenie drobnokomórkowe, którego zresztą często nawet jest brak zupełny. Pierścień mięśniowo-sprężysty nie przedstawia nic szczególnego. Wyjątek pod tym względem stanowią jedynie te oskrzeliki, których warstwa okołoskrzelikowa uległa bujaniu, w przeciwieństwie bowiem do prawie niezmienionej śluzówki oskrzelików wolnych od organizacyi, ich warstwa

okołoskrzelikowa jest w wielu z nich nie tylko nader obficie drobno-komórkowo nacieczona, ale co więcej, zawiera miejscami całe masy komórek włóknotwórczych, przekształcających ją w mniej lub więcej typową ziarninę. Otóż oskrzeliki te nie posiadają już jednolitej warstwy mięśniowo-sprężystej, lecz tylko krótsze i dłuższe jej odcinki, porozrzucane wśród tkanki granulacyjnej, okalającej oskrzelik i wciskającej się między poblizkie pęcherzyki płucne (rysunek 2).

Przechodząc z kolei do opisu oskrzeli, wysłanych nabłonkiem wielowarstwowym, stwierdzamy, iż organizacja wysięku i zawartość grubowłóknista lub jednolicie bryłowata, która jest, zdaniem naszym, zwyrodniałym włóknikiem, spotyka się tu, w przeciwieństwie do oskrzelików, nader rzadko i to wyłącznie tylko w oskrzelikach z nabłonkiem dwuwarstwowym, prawidłowo zaś ukształtowane światło oskrzeli, wysłanych nabłonkiem wielowarstwowym, zawiera jedynie nieco złuszczonych nabłonków, leukocytów, czerwonych ciałek oraz mniejszą lub większą ilość detrytu drobnoziarnistego ze zmienną domieszką śluzu. Co się tyczy nabłonka wielowarstwowego tych oskrzeli, to podczas gdy w jednych z nich jest on całkowicie zachowany, w innych jest on mniej lub więcej złuszczony, wykazując przytem często takie samo skrócenie w całości oddzielonego pasemka nabłonkowego, o jakim mówiliśmy w oskrzelikach. Warstwa własna śluzówki jest niekiedy obrzękniętą, ale zato zazwyczaj wolną od nacieków drobno-komórkowych. Tkanka okołoskrzelowa natomiast jest mniej lub więcej nacieczona, a miejscami nawet ziarninowo przekształcona, przyczem dochodzi już czasami do przerwania naogół dobrze tu zachowanego pierścienia mięśniowo-sprężystego. Zaznaczyć jednak musimy, iż w oskrzelach, posiadających cząstkę takiego bujania, tkanki okołoskrzelowej nie spotkaliśmy.

Wszystkie naczynia towarzyszące tak oskrzelom, jak i oskrzelikom są przepelnione krwią.

Co się tyczy teraz samego mięszu płucnego, to najważniejsze spostrzeżenia nasze nad tymże są następujące: pęcherzyki płucne są naogół wolne od wysięku i tylko nieznaczna ich liczba zawiera leukocyty w większej liczbie lub zawartość jednolicie bryłowatą, robiącą wrażenie zwyrodniałego włóknika. Natomiast w wielu z nich stwierdziliśmy obecność płynu surowiczego oraz mniejszej lub większej ilości krwi, spotykającej się szczególnie często w bezpośrednim sąsiedztwie ognisk ziarninowych, chociaż nie tylko wyłącznie w ich bliskości. Gdziegdzie trafiają się pęcherzyki wypełnione złuszczonymi nabłonkami płucnymi. Z bujaniem nabłonków spotykaliśmy się rzadko, wyściółka nabłonkowa pęcherzyków była w tych przypadkach nadmiernie wysoka i niezwykle wyraźna, zbliżając się wyglądem swym do nabłonka zarodkowego, przyczem w świetle pęcherzyka znajdowała się niekiedy komórka olbrzymia. Ściany pęcherzyków są w wielu z nich mocno zgrubiałe i to nie tylko wskutek przekrwienia oraz przepojenia płynem surowiczym przegród, ale, co ważniejsza, wskutek pojawienia się w nich wielkiej liczby limfocy-

tów, komórek wrzecionowatych oraz włóknistej substancji międzykomórkowej. Ma to głównie miejsce w pośrednim sąsiedztwie ognisk ziarninowych, które, jak to już zaznaczyliśmy, swymi częściami obwodowymi promieniują, że się tak wyrazimy, pomiędzy sąsiednie pęcherzyki płucne, od zewnątrz zwążając i uciskając ich światła. Światła te przedstawiają się skutkiem tego bądź jako szczeliny drobniutkie, okrągławe lub wrzecionowate, bądź też jako wązkie szpary, wysłane nawet jeszcze niekiedy nabłonkiem. Zmiany te przedstawione są na rysunkach 2 i 3. Na rysunku 3. widzimy duże ognisko ziarninowe z wyraźnym pęczkiem mięśni gładkich (jedyna pozostałość ze ściany zniszczonego oskrzelika), w którego obwodowych odcinkach pojawiają się początkowo drobne, a potem coraz większe okrągłe, owalne albo mniej lub więcej nieregularne światła, które nie są niczem innym, jak tylko od zewnątrz dośrodkowo zwążonymi pęcherzykami płucnymi. Na rysunku 2. mamy oskrzele z bujającą i ziarninowo przekształconą tkanką okołoskrzelową, wśród której pod postacią podłużnych szczelin leżą uciśnięte przez tkankę pęcherzyki płucne. Większość tych uciśniętych pęcherzyków wysłana jest nabłonkiem, który wyglądem swym, zbliżającym się do nabłonka zarodkowego, nasuwa podejrzenie, iż mamy tu może do czynienia z regeneracją uprzednio złuszczonego nabłonka.

Odcinki obwodowe ognisk ziarninowych promieniują pomiędzy pęcherzyki płucne w sposób nierównomierny, skutkiem czego tuż obok pęcherzyków o prawidłowej wielkości światła znajdujemy pęcherzyki o zredukowanych rozmiarach, a obok przegród cienkich spotykamy przegrody zgrubiałe. Także i w sąsiedztwie wielkich naczyń krwionośnych z bujającą błoną zewnętrzną, o czym zaraz będziemy mówić, oraz w bliskości wolnych od organizacyi oskrzeli z ziarninowo przekształconą tkanką okołoskrzelową, o czym już wspominaliśmy, stwierdzić się daje dość często pewne zgrubienie ścian pęcherzyków. Również i w pozostałych pęcherzykach, które naogół mają cienkie ściany, ściany te tu i owdzie ulegają już lekkiemu zgrubieniu. Spotyka się to szczególnie tam, gdzie w miejscu zetknięcia się z sobą kilku pęcherzyków znajduje się małe naczynie krwionośne. W zgrubiałych ścianach pęcherzyków trafiają się często wybroczyny oraz ogniskowo usadowione cząsteczki węgla. Barwienie na włókna sprężyste wykazuje, iż w zgrubiałych przegrodach włókna te przedstawiają się prawidłowo. Naczynia włoskowate tak zgrubiałych, jak i niezgrubiałych pęcherzyków płucnych przepelnione są krwią.

Pamiętając o spostrzeżeniach innych badaczy, opisujących masy łącznotkankowe, wewnątrzpęcherzykowe, polipy wewnątrzpęcherzykowe, pilnie szukaliśmy tychże, ale spotkaliśmy się z nimi zaledwie parę razy. Były to małe twory łącznotkankowe o kształcie gruszkowatym, obciążone nabłonkiem jednowarstwowym i leżące swobodnie w świetle pęcherzyków bez jakiegokolwiek łączności ze ścianami ich, przyczem ściany te wysłane były po części nabłonkiem. Twory te

znajdowały się pojedynczo w kilku sąsiadujących z sobą pęcherzykach płucnych, a więc obsługiwanych prawdopodobnie przez jeden i ten sam oskrzelik.

Pewna część mięszu płucnego znajduje się w stanie niedodmy i to nie tylko w bezpośredniem sąsiedztwie ognisk ziarninowych, gdzie powstała ona przypuszczalnie wskutek ucisku, wywieranego przez te ogniska na przylegające doń pęcherzyki płucne, ale także i niezależnie od nich, jako następstwo zamknięcia oskrzelika, obsługującego dane pęcherzyki. Inna część mięszu wykazuje zato rozedmę zastępczą.

Oplucna, o ile widoczna jest na preparatach, jest mniej lub więcej zgrubiała; przylegające do niej pęcherzyki przedstawiają się bądź prawidłowo, bądź też mają ściany zgrubiałe. Ognisk ziarninowych pod oplucną nie spotyka się.

Zanim przejdziemy do streszczenia naszych spostrzeżeń, musimy powiedzieć jeszcze słów kilka o zachowaniu się naczyń krwionośnych. Zwraca tu przedewszystkiem na siebie uwagę błona zewnętrzna obfitością zawartego w niej węgla, oraz licznymi naciekami drobnokomórkowymi. Nacieki te, dochodzące nieraz do warstwy mięśniowej, znajdują się głównie w naczyniach, towarzyszących oskrzelikom i będących siedliskiem organizacyi wysięku. Noszą one zazwyczaj charakter ogniskowy, sadowiąc się najobficiej po stronie naczynia, przylegającej do oskrzelika, gdzie przechodzą bez wyraźnej granicy w nacieki tkanki okołoskrzelikowej. Tylko gdzieniegdzie nacieki te zatracają swoją ogniskowość, otaczając w sposób rozlany całe naczynie dokoła, przyczem obok limfocytów pojawiają się zazwyczaj także i komórki włóknotwórcze. W ten sposób powstaje tu niekiedy typowa ziarnina, przerywająca miejscami warstwę mięśniową i wdzierająca się do światła naczynia. To bujanie błony zewnętrznej naczyń zdaje się jednak nie osiągać znaczniejszego stopnia, gdyż obrazów podobnych do tych, jakie na każdym kroku spotykaliśmy w oskrzelikach, tutaj nie stwierdziliśmy nigdy. Także i pozostałe naczynia, t. j. tak większe naczynia, towarzyszące oskrzelom, wolnym od mas ziarninowych, jak i mniejsze, przebiegające w zgrubiałych przegrodach pęcherzyków płucnych, wykazują w swej błonie zewnętrznej nacieki drobnokomórkowe, ale w znacznie mniejszej już mierze. Błona zewnętrzna większych naczyń jest często znacznie zgrubiała bez bujania komórkowego, przedstawiając się pod postacią włóknistej, gdzieśgdzie obrzęklej warstwy łącznotkankowej, obejmującej szerokim pasem naczynie dokoła. Gdzieniegdzie, zazwyczaj w bezpośredniem sąsiedztwie ognisk ziarninowych, trafiają się naczynia zamknięte przez zakrzepy mieszane, wykazujące tu i ówdzie początki organizacyi. Światła przylegających pęcherzyków płucnych są po części wypełnione krwią, po części zaś wolne od niej. Ściany pęcherzyków tych są przekrwione *ad maximum*, ale jądra ich barwią się bez zarzutu, tak że o zawale mowy być nie może.

[D. c. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

77. C. Klieneberger. Rozpoznanie raka żołądka.

W monografii tej autor korzysta nie tylko z piśmiennictwa, lecz posługuje się również materiałem klinicznym (od r. 1904—1911) z królewieckiej kliniki prof. LICHTHEIM'a, materiałem bardzo bogatym i, jak zaznacza K., sumiennie opracowywanym. Na 421 przypadków (39 mężczyzn i 92 kobiety) przeciętna wieku, kiedy rak występuje, u mężczyzn wynosi 51,5 l., u kobiet—49,75 l. Pomijamy szczegóły, dotyczące dziedziczności, wpływu różnych chorób i t. d., natomiast podkreślić musimy, iż w 69-u przypadkach (16%) poprzedzały raka ciężkie dolegliwości żołądkowe, a więc, jak zauważa KLIENEBERGER, w wywiadach o raku żołądka przewlekłe choroby tegoż, a zwłaszcza wrzód, odgrywają o wiele donioślejszą rolę od tej, jaką się im naogół przypisuje. Tylko w 50-u przypadkach zabieg chirurgiczny dał wynik dodatni, chociaż laparotomię próbną stosowano częściej; gastroenterostomii dokonano w 22-u przypadkach raka odźwiernika i tylko w 7-u przypadkach raka krzywizny.

W przebiegu samej choroby występują przeważnie dwa okresy: pierwszy, prawie bez objawów, oraz drugi, w którym objawy szybko potęgują się i zmuszają chorego do korzystania z porady lekarskiej. Objawy te są powszechnie znane, niema więc potrzeby przytaczać ich tu, należy tylko pamiętać, iż szybki spadek wagi ciała pomimo dobrego odżywiania jest zawsze podejrzany; charakterystyczne są również bole w nocy, a niekiedy — bole pleców. Natomiast w 55-u przypadkach (a więc 12%) nie było w wywiadach żadnych objawów, przemawiających za rakiem żołądka, mianowicie: w 5 u przypadkach żółtaczka; w 10-u przypadkach — puchlina brzuszna i t. p.; przeważnie spotykają się w przypadkach raka dna lub krzywizny, inne zaś objawy żołądkowe (mdłości, uczucie nasycenia, ściskanie i t. p.) występują w przypadkach raka odźwiernika, często zupełnie niezależnie od jedzenia, niekiedy — niezależnie też od umiejscowienia guza. Bole występują bądź natychmiast po jedzeniu, bądź w kilka godzin, niekiedy tylko w nocy, niekiedy umiejscowione są tylko w okolicy mostka lub pewnej części brzucha, często promieniują w plecy lub w okolicę kości krzyżowej. Wymioty mogą następować dość późno (zwłaszcza w przypadkach raka odźwiernika); w wymiocinach, często kwaśnych, mogą się znajdować, nawet po kilku dniach, części pokarmu niestrawione, niekiedy wykryć można w nich krew, przyczem KLIENEBERGER podkreśla, iż obfite krwawienie (silne jasne zabarwienie wymiocin) jest bez porównania częstszym objawem, niż to ogólnie przypuszcza się: w 16-u przypadkach krwawienie tego rodzaju było pierwszym objawem, który wskazywał na raka. Często więc wywiady i dokładne zbadanie chorego (stan sił, zachowanie skóry i śluzówek, przerzuty w gruczołach, oraz w innych narządach, (jak w wątrobie i in.) wycamanie jamy brzusznej (guzy, ruchy robaczkowe)] pozwolą rozpoznać właściwe cierpienie; zwykle jednak trzeba też korzystać z badań pomocniczych. A więc przede wszystkim należy zbadać zawartość żołądkową; o ile wprowadza się zglębnik na czezo i nic nie wydobyto, wtedy bada się odczyn i zapach okienka sondy — cuchnący zapach występuje prawie zawsze w przypadkach raka wpustu lub dna żołądka. Następnie na czezo należy żołądek przepłukiwać i zobaczyć,

czy w wodzie po przepłukiwaniu nie znajdują się po odwirowaniu komórki nowotworowe (MARINI nadaje temu wielką wagę i twierdzi, iż można na podstawie pojedynczych komórek rozpoznać guz, KLIENEBERGER utrzymuje jednak, iż nigdy nie udało mu się na pewno wykryć kamórek nowotworowych) oraz białko. Badanie wody, użytej do przemywania, na obecność w niej białka (zapomocą odczynnika ESBACHA) nosi nazwę próby SALOMONA i w razie wyniku dodatniego (zmętnienie i osad) dowodzi, iż w żołądku rozpada się jakiś nowotwór; według jednych autorów próba ta sama przez się ma niezwykle doniosłe znaczenie, według innych — li tylko w związku z innymi objawami. K. jest zdania, iż we wszystkich przypadkach, gdzie zachodzą jakiegokolwiek wątpliwości w rozpoznaniu, zwłaszcza gdy chodzi o rozpoznanie różniczkowe między rakiem, wrzodem, achylją i t. p., próba SALOMONA może obok innych danych okazać dużą pomoc, a niekiedy pozwala nawet na wczesne rozpoznanie raka żołądka.

Po badaniu na czczo następuje badanie zawartości żołądkowej po próbnym śniadaniu lub też z wymiotami mas zastoinowych, o ile wymioty wogóle występują. Zależnie od odczynu znajduje się różnorodną florę pod drobnowidem: koki i małe pałeczki wraz z drożdżami i długimi pałeczkami znaleźć można przy bardzo słabo kwaśnym (od kwasu mlecznego) lub bezkwaśnym odczynie, drożdże i sarcynę — przy odczynie kwaśnym (od kwasu solnego); wzmożona ilość drożdży dowodzi tylko obecności mas zastoinowych (zastoina w przebiegu raka żołądka jest zjawiskiem bardzo pospolitym — na 139 przypadków raka odźwiernika K. spostrzegają ją 118 razy), sarcyna spotyka się przy najrozmaitszym odczynie zawartości żołądkowej i również dowodzi tylko sprawy zastoinowej, nie pomaga jednak w rozpoznaniu różniczkowym; długie t. zw. BOAS-OPPLER'owskie pałeczki, które dawniej uważano za swoiste dla raka żołądka, występują przy znacznej ilości kwasu mlecznego, lecz niezawsze tylko podczas raka żołądka. Dalej zbadać należy zawartość żołądkową na obecność w niej świeżej lub starej krwi oraz ropy, którą spotyka się dość często podczas raka żołądka; w przypadkach, gdzie znaleziono ciała ropne, występują obficie wiciowce (w odczynie bezkwaśnym).

Chemiczne badanie zawartości żołądkowej polega przedewszystkiem na zbadaniu ilości kwasu solnego oraz mlecznego. Co się tyczy kwasu mlecznego, to przynajmniej w połowie przypadków raka żołądka (a w $\frac{3}{4}$ przypadków raka odźwiernika) występuje on w znacznie zwiększonej ilości, lecz nie może być uważany za wczesny objaw — przeciwnie dowodzi, że sprawa chorobna jest już posunięta daleko i dlatego stanowi signum mali ominis; zwrócić należy uwagę, iż, według v. TABORA, raki powstające z wrzodu przeważnie wcale nie wykazują kwasu mlecznego lub bardzo późno. Brak kwasu solnego, dawniej uważany za specyficzny dla raka żołądka, a jak dziś wiadomo, często będący w ścisłym związku z ogólnym stanem zdrowia, występuje w $\frac{3}{4}$ przypadków raka żołądka i zależy, według najnowszych poglądów, od nieżytu prowadzącego do zaniku gruczołów, również być może od wiązania chloru przez substancje nowotworowe, od działania przeciwważynowego nowotworu i t. p. zwykle wraz z brakiem kwasu solnego zauważyć można brak pepsyny. Brak kwasu solnego zależy do pewnego stopnia od umiejscowienia guza — statystyka KLIENEBERGER'a i innych autorów wykazuje, że w przypadkach raka *corporis et curvat. majoris ventric.* wolnego kwasu solnego nigdy prawie niema, natomiast w przypadkach raka odźwiernika i małej krzywizny — brak go tylko w 80-u — 85%.

Badanie z aczynów w zawartości żołądkowej nie posiada znaczenia rozpoznawczego; wykazywanie pepsyny w soku żołądkowym może mieć tylko wtedy wartość, gdy określa się ilość wydzielanej w moczu pepsyny. Co się tyczy próby z zaczynem proteolitycznym, który ma się znajdować w zawartości żołądkowej osobników chorych na raka i którzy, rozszczepiając według NEUBAUER-FISCHER'a polipeptydy, rozszczepia glicyltryptofan, pozwalając w ten sposób na wczesne rozpoznanie raka, to próba ta praktycznego znaczenia, zdaniem K., nie posiada; autor przerobił ją w 15-u przypadkach raka, gdzie rozpoznanie nie ulegało żadnym wątpliwościom, i otrzymał wynik dodatni zaledwie w 9-u przyp. (i to w 4-ch przyp. bardzo słaby), wobec tego odczyn glicyltryptofanowy nie posiada tej wartości, jaką mu niektórzy autorzy (OPPENHEIMER, ROSE, KAYSER i inn.) przypisują. Badano wreszcie zawartości żołądkowe zapomocą różnych metod serologicznych—wstrzykiwano trujący sok żołądkowy chorych na raka, wyciągi z guzów, określano właściwości precypitacyjne, stosując przeciwserowice białkowe, badano wreszcie działanie hemolityczne wyciągów eterowych śniadania próbnego od osobników, cierpiących na raka; wszystkie te doświadczenia serologiczne praktycznie jednak pod względem rozpoznawczym tymczasowo jeszcze żadnego znaczenia nie posiadają.

Badanie kału polega na wykryciu krwi. Metoda wykazania krwi, opracowana przez WEBERA (1893), a wprowadzona po raz pierwszy przez BOASA, polega na katalitycznym działaniu pochodnych krwi (obecność żelaza), wymaga pewnych odczynników (benzydyna daje odczyn bardzo czuły, gwajak—zbyt mało czuły) i może być tylko wtedy stanowcza, gdy chory przez 3 dni przedtem nie dostał żadnego pokarmu, któryby mógł również dać odpowiedni odczyn. Zdania co do obecności w kale krwi są podzielone: STRAUSS nadaje doniosłe znaczenie wynikowi ujemnemu, BOAS — wielokrotnie otrzymywanym wynikiem dodatnim. Według statystyki K. w 10% przypadków raka, a zwłaszcza we wszystkich prawie przypadkach raka wpustu, nie można wykazać krwi w kale; natomiast można ją wykryć w całym szeregu różnych innych cierpień, a więc w sprawach zastoinowych w wadach serca lub krwioobiegu żyły wrotnej, podczas owrządzeń kiszkowych, niekiedy podczas achylii, przy silnej miażdżycy tętnic i t. p., pomijając już, naturalnie, tak pospolite przyczyny, jak połknięta krew z górnych dróg oddechowych, z krwawnic i t. p. Zdaniem K. wykrycie krwi w kale lub jej brak po uwzględnieniu innych danych stanowi ważny objaw rozpoznawczy, z którego w każdym przypadku należy korzystać.

Co się tyczy zmian krwi, to zauważono, iż podczas raka wzmagają się odporność czerwonych krwinek oraz zmieniają się fagocytowe własności ciałek białych, mianowicie wyciągi z guzów potęgują działalność tychże, w przeciwieństwie do leukocytów normalnych. Dalej zwracano również uwagę na własności morfotyczne krwi, na zmniejszenie ilości hemoglobiny i liczby czerwonych ciałek; badacze francuscy zaznaczają, iż podczas raka narządów trawiennych występuje mononukleozą. KLIENBERGER na podstawie swego materiału zaprzecza temu ostatniemu spostrzeżeniu i stwierdza, że występują przeważnie objawy niedokrwistości, niekiedy zaś wykryć można eozynofilię lub myelocyty, utrzymuje jednak, że pod względem rozpoznawczym obraz krwi nie przedstawia dla badacza żadnych danych rozstrzygających.

Pod względem serologicznym dokonano już bardzo wielu badań. W pojedynczych przypadkach raka obserwowano autolizę, dość często—izolizę, czemu niektórzy autorzy przypisywali dość ważne znaczenie pod

względem rozpoznawczym; GRAFE i GRAHAM wykazali, że obecność izolizyn pod względem praktycznym nie posiada żadnego znaczenia. Bez wartości jest również, wbrew przypuszczenin KELLINGA, badanie na heterolizyny lub precypityny, oraz spostrzegane przez niektórych autorów (ENGEL) zmniejszenie ilości dopełniacza w surowicy chorych na raka lub związanie dopełniacza z jakimś przeciwciałem; nawet odczynowi FREUND-KAMINERA (surowice osobników chorych na raka nie działają na zawieszinę komórek rakowatych, podczas gdy surowica normalna niszczy te komórki) według ostatnich badań MONAKOWA nie można przypisywać jakiegoś znaczenia z praktycznego punktu widzenia. Objawu anafilaksyi nie udało się jeszcze otrzymać w przebiegu raka, odczyn meiotagminowy (patrz referat zbiorowy kol. SASKIEGO w „Gaz. Lek.”, r. 1910, № 45), któremu autorzy włoscy nadają doniosłe znaczenie pod względem rozpoznawczym, wymaga, zdaniem K. i innych autorów niemieckich, obszerniejszych uzupełnień i dalszych badań. Wreszcie wspomnieć tu należy, że i wskaźnik antytryptyczny (zwiększenie własności hamujących surowicy, metoda z kazeiną FULD-GROSS'a) nie może się przyczynić do ustalenia raka.

Co się tyczy badania promieniami RÖNTGEN'a, należy tu podkreślić, iż radyoskopia, a zwłaszcza radyografia stanowią metodę, której w żadnym wątpliwym przypadku nie można pominąć; w niektórych przypadkach radyogram wykazuje dokładniej od wszystkich innych metod badania wielkość i położenie guza i w ten sposób zastępuje poniekąd próbą laparotomię. Według FANEHABER'a w 56-u przypadkach klinicznie stwierdzonego raka zawsze otrzymano zapomocą RÖNTGEN'a obraz dodatni, potwierdzający rozpoznanie, a HANSEN utrzymuje, iż można radyologicznie odróżnić nawet rodzaj guza. Na radyogramie, zdjętym natychmiast po zbadaniu bizmutowem, jako oznaki nowotworu służą: brak cienia (*Schattenausfall*) w obrazie zapełnienia, nienapełnienie niektórych części żołądkowych, wreszcie wypukliny i zmiany konturów miejsc zacienionych. W przypadkach zatem nie ulegających żadnej wątpliwości pod względem rozpoznawczym badanie RÖNTGEN'em jest zbyt cenne, gdzie jednak jeszcze rozpoznania nie ustalono, należy stosować je zawsze.

Co się tyczy badania produktów przemiany materii, to po dziś dzień nie wykazano dla raka żadnego produktu swoistego. Według SALOMON-SAXL-FALKA i SALKOWSKIEGO zwiększa się podczas raka ilość wydzielanego w moczu koloidalnego N; wymaga to jednak dalszych badań; zmiana w wydzielaniu innych produktów (demineralizacja, zatrzymanie chloru, wydzielanie fosforu i t. p.) nie są bynajmniej objawami swoistymi dla raka. Laktozurya (po podaniu choremu 120—150 grm. laktozy), albumozurya, acetonurya, urobilinurya i indykanurya nie stanowią objawów charakterystycznych i pomocnych w rozpoznaniu raka.

Gastroskopia i gastrodiafania (metoda dość niebezpieczna) nie posiadają dziś jeszcze żadnego praktycznego znaczenia.

Wczesne zatem rozpoznanie nowotworu (ALBU rozumie pod czasem wczesnego rozpoznania, czas, gdy guza nie wyczuwa się jeszcze) jest w dzisiejszym stanie wiedzy bardzo trudne i albo lekarz stawia mylne rozpoznanie (guzy trzustki, dwunastnicy, *col. transversi*, otrzewnej, *ulcus callosum*, dobrętliwe wżęzenie odźwiernika), albo też chory zjawia się po długim okresie utajenia choroby w tym stanie zdrowia, iż dane z wywiadów i badanie kliniczne pozwalają na rozpoznanie cierpienia.

Stefan Sterling.

(Volkmann's *Klinische Vorträge, Inn. Mediz.* 1912, Nr. 209—10).

78. R. Ehrmann (Berlin). Badania fizyologiczne i kliniczne nad wydzieleniem soku żołądkowego.

Badania nad wydzieleniem soku żołądkowego pod wpływem różnych leków wykonywane były w ostatnich czasach przeważnie na psach, operowanych metodą PAWŁOWA, t. j. przy zachowaniu łączności żołądka z ośrodkowym układem nerwowym.

Autor zastosował do swych badań odmienną metodykę, mianowicie operował psy metodą BICKEL'a, która zupełnie izoluje żołądek od wpływu nerwowego ośrodkowego, a zachowuje tylko ośrodek obwodowo-nerwowy w samym żołądku.

Przy tej ostatniej metodyce badań otrzymujemy bezpośredni wpływ leków na błonę śluzową żołądka, gdy przy metodzie PAWŁOWA wpływ ten warunkuje się działaniem psychicznym i oddalonym ze strony układu nerwowego ośrodkowego. Porównując zaś wyniki badań przy obydwu metodach, łatwo dochodzimy do wniosku, które z działań danego środka jest następstwem bezpośredniego wpływu leku na sam żołądek, a które natomiast jest spowodowane pośrednim działaniem różnych innych czynników.

Tak więc atropina przy metodzie PAWŁOWA hamuje wydzielenie soku żołądkowego do tego stopnia, że sok ten staje się w końcu alkalicznym. Przy metodzie BICKEL'a czasem nawet największe dawki atropiny nie są zdolne usunąć kwaśnego odczynu soku żołądkowego. Naogół zaś atropina w odpowiednich dawkach i tu hamuje wydzielenie soku, ale uprzednio powoduje wzmożone wydzielenie tegoż soku w żołądku.

Pilokarpina silnie pobudza sekrecję soku żołądkowego i zwiększa ilość zacynow.

Z pośród badanych przez autora leków: kofeiny, nikotyny i wysokoku, tylko wyskok okazał się silnie pobudzającym wydzielenie soku żołądkowego.

Strychnina nie wywiera żadnego wpływu w tym kierunku.

Morfina powoduje silne wzmożenie sekrecji soku żołądkowego bez poprzedzającego zahamowania jej, jak to ma miejsce przy badaniach metodą PAWŁOWA.

Kodeina i makowiec nieznacznie tylko pobudzają sekrecję żołądka, ale sama kodeina u ludzi z nadkwaśnością dość znacznie zwiększa wydzielenie tego soku i nawet może wywoływać bole i skurcz odźwiernika. Zatem w nadkwaśności kodeina jest przeciwwskazana.

Apokodeina naprzód pobudza, potem silnie hamuje sekrecję soku żołądkowego, tak że nawet pilokarpina nie może jej potem napowrót ożywić.

Metale wpływu nie wywierają, brom i dwuwęglan sodu nie tylko nie hamują w tych warunkach wydzielenia soku żołądkowego, ale soda owszem jeszcze je potęguje. A zatem działanie tych leków w żołądku normalnym jest czysto odruchowe.

Tłuszcze, mydła, jak również roztwory stężone cukru i soli kuchennej także działają na sekrecję soku żołądkowego, tylko drogą odruchową, nie bezpośrednio.

W warunkach doświadczeń autora znikł zupełnie wpływ ciężki i okresu przekwitania na błonę śluzową żołądka, — wpływ ten jest zatem także odruchowy.

Produkty rozkładu białka nie okazują wpływu bezpośredniego na sekrecję żołądkową. Działanie pobudzające ekstraktu mięsnego LIEBIG'a

zależne jest prawdopodobnie od zawartego w nim ciała, podobnego do muskaryny.

Wreszcie autor wykonał ciekawe doświadczenie z żołądkiem zupełnie izolowanym, aby przekonać się, czy pewne leki zdolne są w tych warunkach sprowadzać wydzielanie soku żołądkowego. Żołądek wyjęty przepłukiwano krwią, zawierającą tlen, z domieszką pilokarpiny. Otoż okazało się, że żołądek taki może wydzielać pod wpływem pilokarpiny, ekstraktu mięsnego i t. p. czysty sok żołądkowy z wyraźnym odczynem na wolny HCl, t. j. że sok żołądkowy wydziela się w takich razach z samej błony śluzowej żołądka, niezależnie od wpływów ogólnych.

(*Int. Beitr. zur Path. u. Ther. d. Ernährungstör. t. 3, zeszyt 4*).

W. Röbin.

79. S. Rubaschow (Charków). Przyczynę do nauki o następstwach przecięcia nerwu błędnego.

Po przecięciu nerwu błędnego występuje szereg interesujących objawów, co do których jednak niema dotąd zgody pomiędzy badaczami. Wynika to z jednej strony stąd, że nerw błędny jest zbyt ściśle związany z narządami piersiowymi i brzuszными, z drugiej strony technika badań u różnych autorów była różna, — jak również wysokość, na której nerw błędny przecinali. Najczęściej czyniono to w części szyjnej nerwu, gdyż tu najłatwiej jest rękoczyn ten wykonać.

Autor w swych doświadczeniach nad 16-u psami przecinał nerw błędny w klatce piersiowej tuż nad przeponą i obserwował wyłącznie wpływ przecięcia nerwu błędnego na żołądek.

Główne wnioski autora są następujące:

1) Przecięcie nerwu błędnego tuż ponad przeponą nie sprowadza wymiotów i psy mogą długo pozostawać przy życiu po tym rękoczynie, gdy tymczasem przecięcie nerwu błędnego w górnej części klatki piersiowej wywołuje porażenie dolnej części przelyku, wymioty, zapalenie płuc i często śmierć psa.

2) Przecięcie nerwu błędnego na każdej wysokości pociąga za sobą porażenie żołądka, najsilniej wyrażone w pierwszych dniach po operacji, potem jednak stopniowo zmniejszające się.

3) Rozszerzenie żołądka rozwija się tylko wtedy, gdy psy zaraz po operacji są karmione pokarmami stałymi.

4) Owrzodzenia żołądka, jako następstwa li tylko przecięcia nerwu błędnego, nie dały się obserwować.

5) Praktyczny wniosek z doświadczeń autora jest ten, że przecięcie nerwu błędnego u ludzi tuż ponad przeponą (np. przy operacji raka przelyku lub t. p.) nie wywołuje żadnych ujemnych następstw, z wyjątkiem przemijającego niedowładu żołądka, który wymaga tylko zastosowania lekkiej diety w ciągu pierwszych dni po operacji.

Ostatni wniosek autora został w ostatnich czasach potwierdzony na kongresie chirurgicznym w Berlinie doniesieniem o 2-u chorych z *crises gastriques*, u których dokonano obustronnego przecięcia nerwów błędnych bez żadnych szkodliwych następstw lub powikłań.

(*Intern. Beitr. zur Path. u. Ther. d. Ernährungstör. tom 3, zeszyt 4*).

W. Röbin.

80. L. Meunier. Objaw kliniczny wrzodu dwunastnicy odźwiernikowej.

Anglosaksońscy chirurgowie w ostatnich latach dowiedli, że wrzód dwunastnicy należy do cierpienia stosunkowo częstych (mniej więcej na równi z zapaleniem wyrostka robaczkowego), że w znakomitej większości przypadków (95%) umiejscowiony jest w odległości 15 mm. od żyły odźwiernikowej, że jedynie leczenie chirurgiczne (*gastroenterostomia*) jest w tem cierpieniu wskazane. Najwybitniejszym objawem są bole w okolicy żołądka, występujące w kilka godzin po jedzeniu okresami, przerywanymi przez mniej lub bardziej długie przerwy pozornego wyzdrowienia. Autor objaw ten obserwował nie tylko u ludzi z wrzodem dwunastnicy, ale i u drugiej kategorii chorych, a mianowicie z wrzodem samego żołądka, u chorych z hipersekrecją, a szczególnie z nadwrażliwością błony śluzowej.

Toteż dla różniczkowego rozpoznania M. podaje objaw następujący; gdy choremu podczas ataku bolowego podamy mniej więcej $\frac{1}{2}$ litra mleka, to chory drugiej kategorii zaraz odczuwa zmianę w swym stanie i ból stopniowo maleje, choć czasem w pierwszej chwili (w przypadkach świeżego owrzodzenia w żołądku) nawet się wzmacnia; dotknięty wrzodem dwunastnicy nie odczuwa z początku różnicy i dopiero po 5, 10, 15-u minutach następuje odbijanie się gazami i napad od razu przechodzi. Autor podając mleko z bizmutem, zapomocą radyografii przekonał się, iż póki trwa ból, istnieje skurcz odźwiernika, nie przepuszczający mleka do dwunastnicy, a zależny od owrzodzenia dwunastnicy-odźwiernikowego; po pewnym czasie następuje silniejszy skurcz żołądka, który wywołuje po pierwsze owo odbijanie się gazami i po drugie—przejście płynnej zawartości do dwunastnicy: oczywiście skurcz znika i ból natychmiast ustaje.

A więc ból występujący we wrzodzie dwunastnicy musi mieć cechy następujące: 1) przychodzi atakowo okresami z okresami pozornego wyzdrowienia, 2) zjawia się w kilka godzin po jedzeniu, 3) znika raptownie po odbijaniu się gazami pod wpływem przyjęcia $\frac{1}{2}$ litra mleka.

(*La Presse Medic.* 1912, Nr. 11).

A. Lande.

81. Stierlin. Badania rentgenologiczne skurczów żołądka.

Prześwietlanie żołądka promieniami ROENTGEN'a jest ważnym czynnikiem w rozpoznawaniu skurczu tego narządu. Czy kurcz ten zależy od istnienia wrzodu, czy od przyczyny nerwowej, decyduje autor na podstawie następujących danych: 1) uwzględnia objawy kliniczne, 2) robi szereg zdjęć rentgenologicznych w różnych porach, aby się przekonać, czy wciągnięcie ściany żołądka jest stałe i umiejscowione, czy też znajduje się w coraz innym miejscu (objaw nerwowy we władze rdzenia, hysterii i t. p.), 3) w przypadkach wrzodu żołądka, spostrzeganych przez autora, wciągnięcie miało brzegi strome i dzieliło żołądek na 2 połowy. Przy skurczu nerwowym wciągnięcie wygląda tak, jakby żołądek był przewiązany nitką. Przy robieniu zdjęć z żołądków, operowanych z powodu wrzodu, przekonał się autor o dwu rzeczach: 1) blizna po wycięciu wrzodu może drażnić ścianę żołądka i wywołać lekki skurcz, 2) po rezekcji przedniej żołądka pożywienie, a więc i bizmut, przechodzi tak szybko do kiszki, że nie można wcale otrzymać zdjęć żołądka. Jest to fakt bardzo ważny do zanotowania, gdyż tacy chorzy czują się mimo to dobrze, nie mają zaburzeń w trawieniu, i może im przybywać na wadze.

(*Münch med. Wochenschrift.* 1912, Nr. 16—17).

Marta Erlichówna.

82. E. Fulel i K. Hidayama. O wydzielaniu się fermentów żołądkowych przez mocz.

Autorowie dowiedli, że w moczu znajdują się dwa ciała: jedno, którego własności odpowiadają zupełnie własnościom pepsynogenu, i drugie, mające cechy zymogenu labfermentu.

Stwierdzone w moczu zymogen i pepsynogen pochodzenia żołądkowego dostają się do niego drogą sekrecyi wewnętrznej, która tem się różni od zewnętrznej, że jest niezależną od podrażnienia pokarmami. We krwi pepsynogen wcale się nie wykrywa. Czynną pepsynę w moczu znajdują autorowie dopiero po zastrzyknięciu jej do otrzewnej. Stopniowy zanik pepsynogenu, aż do zupełnego jego braku w moczu spotykali autorowie w raku żołądka, zmniejszoną jego ilość w achylji.

(*Zeitschrift für Exper. Pathologie und Therapie* t. X, z. 2).

Marta Erlichówna.

83. A. Lindeman. O znaczeniu rozpoznawczem zawartości diastazy w kale i w moczu.

Przy rozpoczynającym się cierpieniu trzustki powiększa się ilość diastazy w moczu i zmniejsza się w kale. W ostrych i podostrych cierpieniach tego organu jest to ważny moment rozpoznawczy. Autor opisuje między innymi przypadek, w którym były objawy kolki żółciowej, ale pewnych danych analitycznych i klinicznych dla tego rozpoznania nie było. Wobec tego, że ilość diastazy w moczu zwiększyła się, a w kale zmniejszyła się, uważa autor za możliwe przypuszczać tu kamienie trzustkowe i rzuca pytanie, czy w przyszłości będzie można cierpienie to rozpoznawać. Autor badał prócz tego stosunek między czynnością trzustki a zaburzeniami w wydzielaniu żołądka i doszedł do następujących wyników: 1) przy normalnej sekrecyi żołądka, a także przy nadkwaśności znajduje się w moczu około 15-u — 45-u, w kale około 200-u jednostek diastazy (na czczo liczby są nieco wyższe); 2) przy niedokwaśności powiększa się nieco ilość diastazy; 3) w kale i w moczu, zdaniem WOHLGEMUTH'a, że w braku kwasu solnego wydziela się niezmienną diastazą śliny; 4) hipersekrecya (z powiększeniem ilości kwasu solnego, lub bez tegoż) powiększa ilość diastazy w moczu aż do 800, w kale aż do 2000, zależnie od ciężkości przypadku. Fakty te są ważne z tego względu, że uczą nie zadowalać się badaniem jedynie moczu, jak to czynią niektórzy autorzy, ale badać jednocześnie i kał na diastazę, chcąc uniknąć pomyłki w stawianiu rozpoznania, wobec tego, że przy hipersekrecyi żołądka powiększa się ilość diastazy zarówno w moczu, jak w kale, w cierpieniach trzustki zaś jedynie w moczu, w kale zaś znikła. Przyczyna powiększenia się ilości fermentu trzustki przy hipersekrecyi żołądka jest niewyjaśniona: zwiększona ilość soku mogłaby drażnić błonę śluzową dwunastnicy, wywołać wydzielenie większej ilości prosekretyny, a zatem i diastazy. Można też przypuszczać, że działa tu czynnik trzeci, np. wydzielina gruczołu tarczowego może drażnić nerw błędny, który pobudza większe wydzielanie się soku żołądkowego i tłuszczowego.

Marta Erlichówna.

(*Zeitschrift für klinische Medicin*, t. 75, z. 1—2).

84. Krögius. Wyjaśnienie w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Autor dowodzi na podstawie długoletnich badań klinicznych, że nie jest wcale trudnem zdecydować, które przypadki powinny być leczone przez terapeutę, a które przez chirurga.

Do pierwszego należą przypadki, w których niema *défense musculaire*, ani żadnych innych objawów ze strony otrzewnej, przytem krzywa choroby wznosi się do pewnego stopnia na początku i następnie stale opada. Do zakresu chirurga odnoszą się przypadki, w których mamy do czynienia z *défense musculaire*, pozatem objawy nie muszą koniecznien być ciężkie, ale krzywa choroby nie spada, lecz wznosi się ciągle falisto, przytem nasuwają się albo wszystkie objawy, albo niektóre z nich, np.: ból, wymioty, albo gorączka. Oczywiście, że przypadki z wybitnem zapaleniem otrzewnej powinny być tem bardziej chirurgicznie leczone.

(*Münchener medic. Wochenschrift.* r. 1912, Nr. 12.).

Marta Erlichówna.

ODCINEK.

Cechy charakterystyczne działalności społecznej lekarzy Polaków w minionem stuleciu.

Według przemówienia w d. 4/v 1912 w Warsz. Stow. Lekarzy,

Podał

Dr Józef Jaworski.

(Dalszy ciąg. — Patrz № 22).

Dalej, jako cel i podstawę stawia sobie związek: jedność, przyjaźń, braterską pomoc wzajemną. Z innych związków wymienił jeszcze: „Towarzystwo Patryotyczne“, „Towarzystwo, oznaczone dwiema zgłoskami: T. K.“, które o ile wnosić można ze szczupłych źródeł, które nas doszły, było sprzysiężeniem wojskowem, właściwiej odłamem niezależnym, do którego należeli akademicy, przez członków tego sprzysiężenia T. K. kierowani.

To wewnętrzne życie akademików warszawskich, skupiające się w towarzystwach i związkach, z których jedno tylko „Towarzystwo Patryotyczne“ liczyło 8,000 członków, było bacznie śledzone, jak zaświadcza zasłużony dziejopis Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego i związków akademickich polskich JÓZEF BIELIŃSKI.

Szkolę więc twardą młodzież przechodziła, a przeżyte chwile nadawały jej hartu i dzielności, wykazywanej następnie w pracy dla dobra publicznego.

Po roku 1831 wraz z innymi objawami życia narodowego i publicznego ustał i wszelki ruch naukowy. Uniwersytet został zamknięty, fakt jednakże założenia w r. 1832 w Wilnie Akademii Medyko-Chirur-

gicznej był powodem, że powzięto zamiar otwarcia podobnego zakładu i u nas.

Jakoż istotnie, lecz dopiero w 25 lat (t. j. w r. 1857), po zamknięciu Królewskiego Uniwersytetu utworzono Akademię Medyko-Chirurgiczną w Warszawie. Rychło wspomnienia Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego odżyły z całą siłą w szeregach byłych jego wychowanców, oraz może jeszcze silniej w pozostałej garstce byłych profesorów, stanowiących żywy łącznik pomiędzy temi obu instytucjami, t. j. pomiędzy zamkniętym Uniwersytetem a nowopowstałą Akademią. Akademia lubo nie mogła zastąpić Uniwersytetu ze wszystkimi jego urządzeniami, powitana została jako zapowiedź lepszej przyszłości. Prawdziwy rozwój jednakże Akademii tamowały z jednej strony kłopoty finansowe, z drugiej strony stanowisko młodzieży. Stosunki studenckie z punktu widzenia naukowego nie były zadowalające.

Olbrzymia większość wstępujących do Akademii nie była dostatecznie przygotowaną do słuchania nauk lekarskich. Stosunki ówczesne, panujące wśród młodzieży lekarskiej, charakteryzowano jako chwilę przed burzą, coś wisiało w powietrzu, coś się robiło, a wśród młodzieży szerzyła się agitacja polityczna i propaganda tajemna. Wpływ MIĘROSLAWSKIEGO i wypadków włoskich podniecał do tego stopnia młodzież, że wybuch był nieunikniony, bo też studenci Akademii brali żywy udział w ruchu politycznym. Świadczy o tem Archiwum Akademii, w którym, jak mówi J. BIELIŃSKI, spotykamy się stale z korespondencją pomiędzy Komisją śledczą a konferencją Akademii.

Dowodem tego jest fakże list A. hr. WIEŁOPOLSKIEGO, jako prezydującego w Komisji rządowej wyznań religijnych i oświecenia publicznego, do prezydenta Akademii CYCURYNA, w którym nalega, aby profesorowie i inspektor zwalczali wśród studentów brak uległości dla władzy, a przeszkadzali gromadnemu uczęszczaniu studentów do niektórych kościołów podczas śpiewów, przez władze duchowne nieuprawnionych.

Zamknięciem szkół, a właściwie nieograniczonym przedłużeniem wakacji, WIEŁOPOLSKI chciał ograniczyć napływ młodzieży do Warszawy, zatrzymać ją na prowincyi, i w ten sposób uniknąć demonstracji politycznych. Wyrachowanie to było bardzo mylne: młodzież rozjechawszy się po prowincyi, rozniosła tam zarzewie ognia, który wkrótce ogarnął kraj cały.

Tak więc studenci Akademii brali znaczny udział w ruchach politycznych r. 1861 i 1862.

Ruch 1863 r., jak wiemy, oddziałal silnie i na Szkołę Główną.

Na tydzień przed wybuchem powstania odbyło się pamiętne zebranie w teatrze anatomicznym przy ulicy Zgoda. O nadchodzących wypadkach zawiadomił kolegów BIERNAWSKI.

AL. KRAUSHAR w swej książce, p. n. „Siedmioletnie Szkoły Głównej”, między innymi o zebraniu tem pisze, co następuje:

„Stawili się na nie wszyscy, wychowawcy wszystkich fakultetów. Stawili się, aby drogą publicznej narady wyjaśnić przed sobą i przed własnym sumieniem brzemienne w następstwa pytanie: czy poświęcić na ołtarzu podnieconej opinii tak mozolnie zdobytą instytucję, czy też rzucić ze siebie brzemie odpowiedzialności przed przyszłością Kraju i byt Szkoły Głównej ocalić?”

Była to chwila stanowcza.

Z powagą i przekonaniem przemawiali do późnej nocy młodzi mowcy. Z rozwagą, doświadczonym jedynie umysłem właściwą, przed-

stawiali następstwa stanowczego kroku. Pytali, co uzyskać może kraj na gwałtownem zerwaniu tamy spokojnej, organicznej pracy, na poświęceniu krwi setek tysięcy młodzieży na ołtarzu honorowej wyprowadzkiej, ale bezskutecznej rozprawy z armatami, na utracie jedynej w kraju naukowej instytucji, która powrócić miała przyszłym pokoleniom blask i świetność zamierzonych czasów polskiej przyszłości.

Odpowiedź wypadła przecząca.

Powodowani uczuciem honoru, a nie tego obowiązku, którego znakomita większość podówczas jedynie na polu nauki szukała, poszli oni przebojem na wywalczenie ideału i... nie powrócili więcej, ale ci, którzy zostali, a została ich przemagająca większość, podali sobie w milczeniu dłoń, ślubując wierność nauce, której kraj tak gorąco pożądał.

Przeważnie i najjawniej rozbiegli się po kraju studenci wydziału lekarskiego, motywując swe postępowanie potrzebą niesienia pomocy rannym. Obejmowali oni rzeczywiście stanowiska t. zw. lekarzy posyłkowych, będących na usługach lekarzy wojewódzkich i brali czynny udział w służbie sanitarnej. Po ukończeniu powstania wielu nie wróciło już do kraju. Wielu z nich znalazło się na dalekim Wschodzie, na Syberji, krzewili tam kulturę, a w każdym razie, dzięki znośniejszej pozycji, dokładali wszelkich starań, aby ulżyć doli nad wyraz ciężkiej innych braci wygnańców.

Jest to jedna z najszczytniejszych kart życia naszych kolegów, niestety mało znana.

Tłumne opuszczenie Szkoły Głównej w r. 1863 i 1864 przez studentów, głównie wydziału lekarskiego, zwróciło uwagę władz i zmusiło do rozciągnięcia bacznego dozoru nad studentami.

Z profesorów Szkoły Głównej wielu ucierpiało z powodu wypadków: PRAŻMOWSKI zmuszony był emigrować potajemnie za granicę, DYBKA wywieziono do Ufy, DYBOWSKIEGO na Kamczatkę.

Następny okres czasów popowstaniowych Szkoły Głównej odznaczał się już bezwzględny spokojem.

Rok 1868/9. był ostatnim rokiem istnienia Szkoły Głównej Warszawskiej.

Akademia wraz ze Szkołą Główną istniały wprawdzie tylko lat 12, wychowały ośm seryi lekarzy i po cztery serye pracowników z każdego z pozostałych 3-ch wydziałów, lecz pomimo tak krótkiego czasu wywarły wpływ nadzwyczaj dodatni na całokształt bytu społecznego wpływ ten przetrwał, przeżył zyciodajną instytucję, a odbił się nie tylko na piśmiennictwie, lecz na wszystkich dziedzinach pracy publicznej, na ukształtowaniu pojęć o życiu zbiorowym, do którego jest powołany cały ogół, a tem samem oddziałal i na stan lekarski, na jego uspołecznienie w stopniu wysokim.

Pragnąc odtwarzać indywidualność społeczną lekarzy Polaków, rzecz naturalna, nie można pominąć i cech właściwych działalności czysto zawodowej, która zresztą stanowi integralną część pracy społecznej i niejako uzupełnia pierwszą. Otóż, zarówno wydarzenia dziejowe, jakie naród nasz w ostatnich stuleciach przechodził, jak i bieg życia i losy najważniejszych instytucji naszych oświatowych i kulturalnych, jak to powyżej wykazałem, wpływały na to, że każde pokolenie i lekarzy płynąć z tą falą musiało, jaka je unosiła. Raz więc wzbierała fala uczu-

cia, wiary w ideały najwyższe ludzkości, to znów ogarniało zwątpienie, wyczerpanie, zmieniane, na szczęście, na świadomość konieczności energii życiowej, pracy u podstaw bytu narodowego.

Jedną z najbardziej charakterystycznych cech oblicza duchowego lekarzy Polaków było i jest pielegnowanie i rozwijanie strony humanitarnej w sobie. To współczucie dla cierpienia—owo godło cnót, według słów mędrca indyjskiego—ma najobszerniejsze zastosowanie w praktycznym życiu lekarzy naszych. Współczucie to wyraża się w gorliwości w pełnieniu obowiązków, staranności opieki, gotowości niesienia usług, w wyrozumiałości i pobłażaniu doznawanych przykrości. Nadto, podnieść trzeba, że dzięki wielkiej demokratyzacji stanu naszego, w tej mianowicie części kraju, uczucie humanitarności nie znało żadnych stopni, ani różnic, ani granic.

Powtórę, przestrzeganie godności zawodowej było zawsze udziałem lekarzy naszych.

Pod tym względem, na szczęście, dotychczas uchroniliśmy się od powstania u nas typu zdolnego fachowego procederyzysty, który frymarczy wiedzą i sztuką wyłącznie dla celów ekonomicznych.

Pod tym względem różnimy się bardzo od pewnych grup, niestety bardzo licznych, lekarzy innych narodów, a zwłaszcza niemieckich i francuskich, którzy w łonie swoim, obok ludzi wielkich zasług naukowych i społecznych, mogących służyć za przykład do naśladowania, posiadają bardzo liczne zastępy fachowych procederyzystów, szarlatanów, w osobach przeróżnych nazw specjalistów, lekarzy natury i t. p.

Toteż wobec tego obniżenia godności stanu lekarskiego, prawa niemieckie już od dawna zrównały lekarzy z wyrobnikami, przemysłowcami i nie uznając różnicy pomiędzy lekarzem naukowym a szarlatanem, wyznaczając tylko na pierwszego daleko większe kary wrazie przekroczenia prawa, aniżeli na drugich.

Wprawdzie niezawsze poszczycić się możemy każdorazowo co do czasu tym poziomem naukowym, co sąsiedzi nasi, lecz jesteśmy, na szczęście dalecy od organizowania się w specjalne związki w celu eksploataowania chorych, korzystania z ich nieznajomości stosunków i warunków miejscowych, jak się to działo, a co ujawnione zostało, odnośnie nawet lekarzy wysokie stanowisko zajmujących, w Berlinie.

Wogóle nie mogę nie stwierdzić, że izby lekarskie w Poznańskim i Galicyi, w których zakres wchodzi interesy stanu lekarskiego i stosunek jego do współobywateli, bardzo rzadko w ciągu ostatniego 25-lecia wydały wyroki, świadczące o wykroczeniach natury karnej. Toż samo powiedzieć muszę, że Sąd Koleżeński, istniejący przy Stowarzyszeniu Lekarzy Polskich, od połowy 1906 roku do połowy 1910 r. wśród mnóstwa spraw nie tylko z Warszawy, lecz i z prowincyi napływających, dotyczących nie tylko stosunków pomiędzy lekarzami, lecz i lekarzy do chorych, na ogół nie miał za przedmiot rozpatrywania i wyrokowania spraw, wkraczających w dziedzinę karną.

Do cech charakterystycznych lekarzy naszych należy także bezinteresowność, warunkowana współczuciem dla cierpiącego, łącząca się z uznaniem jego niedoli.

Jako źródło cech tej, wśród naszych lekarzy wybitniej, wyraźniej występującej, a może i wielu innych przymiotów lekarzy naszych, gotów jestem uważać pierwiastek uczuciowy, tak właściwy narodowi naszemu, na którego wyrobienie złożyły się znów momenty historyczne.

Następnie, lekarze Polacy w rzeczach, w sprawach publicznych, stali i stoją na stanowisku sług społeczeństwa.

Pod względem gotowości do pracy bezinteresownej na różnych polach działalności społecznej, do ofiar z swojej wiedzy i talentu, a co ważniejsza do ofiar wprost pieniężnych, lekarze nasi po wsze czasy, wyróżniali się nadzwyczaj dodatnio.

Rozglądając się w tej sferze działalności lekarzy Polaków, przyznać musimy, że zasługi ich są wprost wielkie. Powiem więcej, zasługi te są niepomierne, w stosunku do strat, na jakie narażeni byli przez uszczuplanie dochodów swoich, warunkowanych czynnościami zawodowymi, które na rzecz pracy publicznej ograniczać nieraz byli i są zmuszeni, powtóre, ofiarność ich pieniężna, czerpana niejednokrotnie z ograniczenia własnych i rodziny potrzeb, była niepomierna w stosunku do ich zasobów pieniężnych.

Przytem podnieść trzeba, że legaty czynione na cele publiczne przez lekarzy naszych często zawierają cały majątek zapisodawców w myśl zasady, że dobro publiczne wyżej stać winno, niż interes jednostek; świadczą o tem historye życia i zapisy między innymi: J. BĄCEWICZA, W. KOCZOROWSKIEGO, skromnego lekarza praktyka prowincjonalnego, wreszcie niedawno zmarłego T. ŻŁOBIKOWSKIEGO.

Miłość ziemi ojczystej, duchowy związek z ludem na tej ziemi osiadłym bez różnicy stanu i urodzenia, przywiązanie do języka, uważanie go za obraz i myśl narodu, jako głosu ojczyzny z jej serca i ducha wydobytego, przywiązanie do literatury, do oświaty narodowej, do ustaw, praw i swobód politycznych, poświęcenie sprawom publicznym własnych interesów, akcja solidarna, gdy chodzi o krzywdę wyrządzoną ludności, np. z powodu pogromu ludności spokojnej przez wojsko podczas ostatnich ruchów rewolucyjnych, solidarna odmowa uczestniczenia przy egzekucjach przestępców politycznych, rezygnacja z osobistych względów, z majątku, nawet z utracenia wolności osobistej, niezachwiana odwaga cywilna, gdy chodzi o dobro Kraju—oto szereg cech charakterystycznych lekarzy Polaków, ujawnionych w najrozmaitszych, a zmiennych kolejach losu, jakim Kraj nasz w stuleciu minionem ulegał.

Cechą charakterystyczną stanu lekarskiego polskiego jest także i to, że nie zasklepia się on wyłącznie w kole interesów i spraw tylko zawodowych, że nie zapatruje się i nie oświeśla spraw tych wyłącznie ze stanowiska zawodowego, lecz przeciwnie myślą i czynem bardzo często wybiega poza nie, na szeroką arenę życia publicznego; a co również godne uznania, niejednokrotnie pracuje, trzodzi się nad sprawami ogólnemi, bądź natury politycznej, bądź oświatowej, kulturalnej, a nawet dotyczącymi innych, bardzo odrębnych, bo rzemieślniczych zawodów.

Nie staje to jednakże na przeszkodzie i akcji czysto zawodowej, której wyrazem są liczne nasze Towarzystwa lekarskie, liczne czasopisma lekarskie, a także różne instytucje społeczno-lekarskie oraz zrzeszenia na gruncie samopomocy i gromadna ofiarność wraze potrzeby, np. zebranie dużego funduszu na zapomogi rodzin lekarskich kolegów, przebywających na wojnie japońskiej i t. d. [D. n.].

Wiadomości bieżące.

— W dniu 29. maja święcił uroczyste Uniwersytet Lwowski 250-tą rocznicę swego założenia. Półtrzecia wieku temu, 20-go stycznia 1661 r. przywilejem króla JANA KAZIMIERZA nadane zostały Kollegium Jezuitów we Lwowie godność akademii i tytuł

uniwersytetu. W dyplomie fundacyjnym poleca król „...aby w temże *Collegium* studyum generalne w każdym dozwolonym fakultecie ustanowione było, t. j. teologii scholastycznej i moralnej, filozofii, matematyki, obojga prawa, medycyny, sztuk wyzwolonych, i nauk zgola wszystkich, według przyjętego akademii i uniwersytetów zwyczajów i praktyki;... ażeby ta akademia i uniwersytet cieszył się i używał tych samych praw, przywilejów i prerogatyw, wolności, tytułów, odznaczeń, godności i urzędów i jakiejbądź nazwy faworów, beneficjów, odpustów, jakimi cieszą się akademia krakowska i wileńska“. Nadto przyrzeka król „...że tenże Uniwersytet lwowski w tem wszystkim, co do całości jego należy i ważności, w mocy i świetności zachować i bronić będziemy. Co też i najjaśniejsi następcy nasi zawsze uczynią...“

Losy powołanej do życia Wszechnicy we Lwowie związane były ściśle z losami Rzeczypospolitej i nieszczęścia dziejowe kraju naszego odbijały się tragicznie na rozwoju i istnieniu tego ogniska oświaty. Dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia, po usunięciu pozostałości germanizacyjnych i przywróceniu językowi polskiemu należnych praw, rozwój Uniwersytetu wielkimi krokami zaczął posuwać się naprzód. Uzupełnienie zaś uczelni lwowskiej przez otwarcie w ostatnim dziesięcioleciu zeszłego wieku wydziału lekarskiego ze wszystkimi katedrami, dało możność Wszechnicy tej zajęcia nadzwyczajnie ważnego i świetnego stanowiska we współczesnym rozwoju umysłowości polskiej. Dziś stanowi ona obok starszej swej siostrzycy Jagiellońskiej, której jubileusz 500-lecia święciliśmy przed 12-u laty, chlubę kultury naszej i jej ostoję, na którą z ufnością i nadzieją skierowane są oczy całego narodu.

Śluszna przeto i ze wszech miar godną uznania była myśl przypomnienia ogółowi tej ważnej w dziejach naszych chwili i za tak świetne tej myśli wykonanie należy się Senatowi Wszechnicy Lwowskiej i całemu jej gronu profesorskiemu głęboka wdzięczność i podzięką całego społeczeństwa polskiego.

Uroczystości jubileuszowe rozpoczęło nabożeństwo w starej katedrze lwowskiej, które celebrował ks. Arcybiskup BILCZEWSKI, były profesor i rektor Wszechnicy, i które zakończył on świetnym przemówieniem, pełnem pięknych i głębokich myśli. Z kościoła ruszono w uroczystym pochodzie przez ulice miasta, zapelnione publicznością, na „Akademię“, która odbyła się w wielkiej sali muzycznej, wspaniale przybranej. Przedstawiciele władz autonomicznych i rządowych, dostojnicy kościoła, profesorowie obydwu uniwersytetów, posłowie do sejmu i parlamentu, delegaci z różnych stron kraju i z zagranicy, wreszcie wielki zastęp gości i tłumy młodzieży uniwersyteckiej—(która w Uniwersytecie Lwowskim w roku bieżącym przekracza liczbę 5000)—stanowili to barwne audytorium, wobec którego rozpoczął mowę powitalną tegoroczny rektor uniwersytetu, profesor FANKIEL, skreślając dzieje Wszechnicy Lwowskiej. Po nim z wielką swadą przemówił prezydent miasta NEUMAN, który imieniem reprezentacji polskiego Lwowa złożył hołd Uniwersytetowi i gorące życzenia „aby w tym naszym uniwersytecie rosła nauka polska, rozkwitała kultura polska i promieniowała myśl polska, zdążająca w przyszłość jaśniejszą“. Imieniem rządu przemówił przedstawiciel ministerjum oświaty prof. ÓWIKLIŃSKI. Dalej przemawiali: rektor Wszechnicy Jagiellońskiej SZAJNOCNA, wiceprezes Akademii Umiejętności ZOLL, przedstawiciele wyższych uczelni polskich i delegaci uniwersytetów zagranicznych. W imieniu Towarzystw naukowych polskich mówił prof. KOSTANECKI. W ich liczbie reprezentowanych było 11 instytucji naukowych warszawskich. Towarzystwo Naukowe Warszawskie i Towarzystwo Lekarskie przez delegatów swoich złożyły odpowiednie adresy. W końcu dziekani Uniwersytetu Lwowskiego odczytali listy mianowanych doktorów honorowych wszystkich czterech fakultetów. Na wydziale lekarskim doktorat honorowy otrzymali: dr BABIŃSKI z Paryża, prof. BARANOWSKI z Warszawy, prof. NEUSSER z Wiednia, nadto trzej dygnitarze państwowi: namiestnik BOBRZYŃSKI, marszałek krajowy BADENI i b. minister skarbu KORYTOWSKI.

Poza przyjęciem i bankietami oficjalnymi miłe zakończenie stanowił wieczorny komers młodzieży akademickiej, urządony przez słuchaczy Uniwersytetu dla profesorów, poprzedzony efektownym pochodem z pochodniami.

Taki w krótkich wyrazach przebieg miał ów uroczysty dzień 29-go maja we Lwowie, ów dzień, przeznaczony „ojcom na chwałę—wnukom na otuchę“. (K).

— Oprócz naszego pisma, wydały specjalne numery, poświęcone jubileuszowi Wszechnicy Lwowskiej, z pism lekarskich: „Tygodnik Lwowski“ i „Zdrowie“.

— W dniu 9. czerwca (w niedzielę) odbędzie się poświęcenie kamienia węgielnego pod nowy pawilon w Drewnicy. Wyjazd pociągiem D. Ż. Petersburskiej o g. 12 m. 20 w południe.

— Choroby zakaźne w Warszawie. W ciągu tygodnia od dnia 28-go kwietnia do 4-go maja r. b. do szpitali warszawskich przybyło 131 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 8, płonicą 8, błonicą 3, różą 13, tyfusem brzusznym 16, tyfusem plamistym 17, grypą 7, zapaleniem płuc 58 i biegunką krwawą 1.

W tymże tygodniu zmarło na choroby zakaźne w szpitalach 16 osób, mianowicie: na płonicę 1, tyfus brzuszny 2, tyfus plamisty 2 i na zapalenie płuc 11; w całym zaś mieście na choroby zakaźne (nie licząc w to zapalenia płuc), zmarło 14 osób, mianowicie: na ospę 1, płonicę 5, błonicę 1, różę 1, tyfus plamisty 3 i na koklusz 3.

W następnym tygodniu od dnia 5-go do 11-go maja przybyło do szpitali miejskich 105 chorych, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 6, odrą 1, płonicą 5, błonicą 4, różą 6, tyfusem brzusznym 16, tyfusem plamistym 16, grypą 7 i zapaleniem płuc 44.

W tymże czasie zmarło w szpitalach 17 chorych zakaźnych, mianowicie: na ospę 3, tyfus brzuszny 2, tyfus plamisty 2 i na zapalenie płuc 8. W całym zaś mieście na choroby zakaźne, (prócz zapalenia płuc), zmarło 19 osób, mianowicie: na ospę 5, odrę 1, płonicę 4, błonicę 2, różę 1, tyfus brzuszny 1, tyfus plamisty 4 i na koklusz 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach miejskich wynosiła 28-go kwietnia—3051, 4-go maja—3070 i 11-go maja—3026.

— Od Komitetu, zarządzającego obchód jubileuszowy BRONISŁAWA ZNATOWICZA, otrzymaliśmy następującą odezwę:

BRONISŁAW ZNATOWICZ trzydzieści lat temu stanął na czele redakcyi „Wszechświata“, następnie był jednym z inicjatorów „Pamiętnika Fizyograficznego“, wreszcie został pierwszym redaktorem „Chemika Polskiego“.

Prócz tego pracował, uczył i popularyzował wiedzę przyrodniczą w szkole i na mównicy publicznej, brał też żywy udział w każdej sprawie kulturalnej i społecznej.

We wszystkie te prace włożył On całą swoją wiedzę, talent i wytrwałość.

Gorącym sercem Polaka odczuwał potrzebę zrzeszania się na polu pracy naukowej, gromadził przy redagowanych przez siebie czasopismach przyrodników całej Polski i w ten sposób stworzył korporację o wielkiej sile moralnej.

Działalność BRONISŁAWA ZNATOWICZA przypadła na okres bardzo trudny i jałowy. Tylko ogromna jego wytrwałość mogła pokonać przeciwności, wyrastające na podłożu trudnych warunków politycznych, społecznych i naukowych życia naszego.

„Wszechświat“ pod umiejętnym kierunkiem BRONISŁAWA ZNATOWICZA szerzył wiedzę przyrodniczą, niósł wysoko sztandar nauki czystej, kroczył zawsze naprzód. Na łamach tego pisma niemal wszyscy przyrodnicy polscy pomieszczali pierwociny swych prac, uczyli się tam doskonałej polszczyzny naukowej, łączącej ścisłość określeń z wykwintem stylu.

Nie mniejszej, a pod względem naukowym może większej wagi jest „Pamiętnik Fizyograficzny“, który w swych dwudziestu rocznikach zawarł mnóstwo rozpraw, badań i omówień kraju poświęconych.

„Chemik Polski“ zjednoczył badaczy teoretycznych i pracowników przemysłu, a pierwsze swe sześć lat istnienia zawdzięcza również BRONISŁAWOWI ZNATOWICZOWI.

Dziś w całej pełni korzystamy od lat tylu z owoców trzydziestoletniej pracy BRONISŁAWA ZNATOWICZA, a więc winniśmy się zebrać, aby wyrazić Mu hołd i uznanie za Jego siłę moralną, za Jego pracę i myśl znaczną, popartą wolą granitową i sercem żarliwym.

Komitet spodziewa się, że wezwanie to spotka szeroki odzew w społeczeństwie naszym.

Komitet zainicjował uczczenie BRONISŁAWA ZNATOWICZA obchodem jubileuszowym, uczną i wydaniem książki pamiątkowej.

Obchód odbędzie się dnia 15-go czerwca r. b. w Muzeum Przemysłu i Rolnictwa w Warszawie, Krakowskie Przedmieście 66, o godzinie 7-ej wieczorem.

Składkę na wydawnictwo jubileuszowe rb. 5 i na ucztę wieczorną rb. 5, przyjmuje Kancelarya Muzeum Przemysłu i Rolnictwa (Krakowskie Przedmieście 66) od godz. 9-ej do 7-ej, codziennie prócz świąt, do dnia 12-go czerwca r. b.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) Dr JÓZEF ZAWADZKI. Piętnaście lat Pogotowia Ratunkowego w Warszawie. 1897—1912. Warszawa 1912.

2) Dr W. PUŁAWSKI. Leczenie błonicy surowicą swoistą. Odb. z Przegl. Lekarskiego 1912.

3) Dr ANTONI BLUMENFELD. Nowoczesne badania w celu poznania i leczenia choroby syfilitycznej. Lwów 1912.

4) JÓZEF HORNOWSKI. O śmierci nagłej w związku z zaburzeniami w czynności gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu. Os. odb. z Lwow. Tyg. Lek. 1912, Nr. 17, 18.

5) JÓZEF HORNOWSKI. Układ chromochłonny a złośliwe nowotwory. Odb. z Lwow. Tyg. Lek. 1912, Nr. 22.

O G Ł O S Z E N I E.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z początkiem roku akad. 1912/13 wakować będą stypendya i zapomogi w rozporządzeniu Towarzystwa zostające, a mianowicie:

1) sześć stypendyów, każde po rb. 300, z funduszu zapisanego przez Dra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, zmarłego w roku 1878 w Piotrkowie, dla niezamożnej młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko katolickiego, z pierwszeństwem dla studentów: a) imienia KOCZOROWSKICH; b) CHILEWSKICH, z linii prostej STANISŁAWA CHILEWSKIEGO; c) STROJECKICH, synów po ADOLFIE STROJECKIM i ich następców; d) LECHOWSKICH synów i ich następców po KACPRZE LECHOWSKIM;

2) jedno stypendyum, w kwocie rb. 200, z zapisu dra IGNACEGO GOŁĘBIOWSKIEGO, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce powiecie Olgopolskim, dla niezamożnego studenta Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, z pierwszeństwem dla krewnych zapisodawcy;

3) trzy stypendya, po rb. 300 każde, imienia dra KONSTANTEGO MARCINKIEWICZA, dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, katolików, pochodzenia polskiego, niezamożnych, z pierwszeństwem a) dla krewnych dra KONSTANTEGO MARCINKOWSKIEGO; b) dla urodzonych w powiecie Nowogródzkim gub. Mińskiej; c) urodzonych w innych powiatach gub. Mińskiej; d) dla urodzonych w guberniach Grodzieńskiej, Kowieńskiej, Mohyłowskiej, Wileńskiej i Witebskiej, bez wszelkiego między wymienionemi guberniami pierwszeństwa;

4) jedno stypendyum w sumie rb. 310, imienia prof. dra POLIKARPA GIRSZTOWTA, dla studenta kursu V-go Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego, odznaczającego się szczególnem zamiłowaniem do chirurgii.

Ubiegający się o stypendya wyżej wymienione złożyć winni przed 15-ym września (n. st. r. b. podanie do Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie ul. Niecała № 7) i załączyć: a) świadectwo władzy Uniwersyteckiej z ostatniego egzaminu przejściowego; b) metrykę urodzenia; c) opis biegu życia; d) wiarogodny dowód niezamożności. Pragnący korzystać z praw pierwszeństwa składają, oprócz wymienionych dowodów, nadto

akty stanu cywilnego lub też inne urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z rodzin uprzywilejowanych przez zapisodawców.

5) zapomoga w sumie rb. 400, z funduszu imienia Dra Med. ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, na pokrycie kosztów leczenia sanatoryjnego (przedewszystkiem w Sanatorium w Rudce) młodemu lekarzowi, polakowi, bez różnicy płci i wyznania, dotkniętemu poczynającymi się okresami gruźlicy. Pierwszeństwo do zapomogi mają asystenci szpitali cywilnych w Warszawie. Podania wraz z załączeniem *curriculum vitae* składać należy na imię Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, w Kancelaryi Towarzystwa (ul. Niecała № 7). Termin podania do 1-go października r. b.;

6) zapomogi z zapisu dra TADEUSZA ŻŁOBIKOWSKIEGO, mające być udzielonemi we wrześniu r. b. na kształcenie dzieci płci obojga. Pierwszeństwo do zapomóg mają, zgodnie z wolą zapisodawcy, zupełne sieroty, niezamożne, po lekarzach polakach pozostałe; następnie także półsieroty, a po nich do zapomóg mają pierwszeństwo uczniowie niezamożni, pochodzący z rodziny ŻŁOBIKOWSKICH, po MACIEJU FIŁONOWICZU, LUDWIKU CZŁONKOWSKIM i FELIKSIE MARCZEWSKIM. Podania o zapomogi, składać można w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Niecała Nr. 7) do d. 15-go września r. b.

Podania z dołączeniem metryki, świadectwa szkolnego i polecenie 2-u wiarygodnych osób oraz wiadomości osobiste o kandydatach składać tamże mają ich prawni opiekunowie ze wskazaniem dokładnego adresu.

Sekretarz Stały, *Dr Med. A. Sokolowski.*

SPROSTOWANIE.

W № 21 „Gazety Lekarskiej“ na str. 557 w 24. wierszu od góry zamiast: *materiam*, powinno być *materia*. Na str. 558 w. 28, od góry zamiast: ZALEWSKIEGO ma być: ZALESKIEGO. Na str. 559 w w. 13, od góry zamiast: AUGUST ma być: AGENOR. Na str. 561 w w. 10 z dołu zamiast: BARGER ma być: BARĄCZ. Na str. 562 w w. 21, od góry zamiast: WIERZBOWSKI ma być WICZKOWSKI.

Redaktorzy: **Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.** Wydawca: **Dr W. Szumlański.**

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek.

WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ“, „PRZEGLĄDU PEDIATRYCZNEGO“ i „ODCZYTÓW KLINICZNYCH“

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie rub. 7, półrocznie rub. 3.50; na prowincyi, w Cesarstwie i za granicą: rocznie rub. 8, półrocznie rub. 4, kwartalnie rub. 2.

Cena numeru pojedynczego kop. 20.

Przegląd Pedyatryczny rocznie rub. 4. Numer pojedynczy rub. 1.

Odczyty Kliniczne rocznie (12 zeszytów) rub. 4. Zeszyt pojedynczy kop. 40.

Oplacający Gazetę rocznie bezpośrednio w Administracyi otrzymują Przegląd Pedyatryczny za rub. 2 rocznie w Warszawie i za rub. 2.40 z przesyłką. Tygodnik Lekarski Lwowski dla prenumeratorów Gazety kosztuje rub. 4 rocznie.

CENA OGŁOSZEŃ: w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej kop. 30, na stronach przylegających do tekstu kop. 25, na pozostałych przed tekstem kop. 20, za tekstem kop. 16. Opłata za wiersz jednoszpaltowy wynosi połowę

W Przeglądzie Pedyatrycznym: na okładce (str. 2, 3, 4) cała strona rub. 20, $\frac{1}{2}$ str. rub. 11 $\frac{1}{4}$ str. rub. 6; za tekstem: cała strona rub. 15, $\frac{1}{2}$ str. rub. 8, $\frac{1}{4}$ str. rub. 4.50.

Ogłoszenia przyjmują: Administracya Gazety Lekarskiej, Dom handlowy L. i E. Metzl-Ska Marszałkowska 130 i Biuro Ungra, Wierzbowa 8. W Krakowie H. Fallek, Sw. Gertrudy 2; w Berlinie Rudolf Mosse, Jerusalemstrasse 46/49 i K. Lohner, Grossbeerenstr. 92; w Paryżu M-r Gray de Gourcy, 46. Boulevard Barbés.

Administracya (Zielna 11) otwarta w dni powszednie od 10-ej do 2-ej.

Druk K. Kowalewskiego Warszawa, Piękna 15.