

GAZETA LEKARSKA

I. Z KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH RADCY DWORU PROF. DRA EDWARDA KORCZYŃSKIEGO
W KRAKOWIE.

O niezwyklej postaci influenzy, która pojawiła się epidemicznie w Krakowie w ostatnich miesiącach.

Przez

Dra Józefa Łatkowskiego,

I. asystenta teŝe kliniki.

— * * * —

W maju b. r. pojawiła się w Krakowie choroba zakaźna, której objawy na pierwszy rzut oka nie odpowiadały żadnej ogólnie znanej chorobie infekcyjnej, a tła jej początkowo wykazać nie można było. Lekarze, obserwujący pierwsze przypadki tej choroby, nie stawiali rozpoznania, a w przypuszczeniach swych wahali się między zatruciem mięsem (*botulismus*) a trichinozą, lub teŝ podejrzewali jakąś odmianę influenzy, a nawet nową i dotąd nieznaną chorobę infekcyjną. Dzienniki, chciwie sensacyi, zaniepokoiły publiczność doniesieniami o tych przypuszczeniach i z troskliwością o zdrowie mieszkańców Krakowa zrobiły alarm, nawołując tak lekarzy, jak i organa władzy sanitarnej do jak najszybszego wyjaśnienia przyczyny tej choroby i obmyślenia środków ochrony przed nią.

Do kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie dopiero w drugiej połowie maja zgłosili się pierwsi chorzy na tak zwaną już wówczas „nową chorobę”. Nazwę tę przytaczam, ponieważ używano jej w dziennikach politycznych, a nawet w jednym z pism lekarskich. Choroba ta, jak to z dzienników i od kolegów, leczących pierwsze przypadki, dowiedzieć się mogłem, zaczynała się nagle, wśród objawów dreszczów, gorączki i obrzęku powiek. Obok tego chorzy skarżyli się na silne bóle mięśniowe, uczucie ogromnego osłabienia; u wielu chorych występowały zaburzenia psychiczne, u niektórych zaś chorych w początku choroby, lub przed wybuchem—zaburzenia w narządzie trawienia pod postacią

biegunki. Szczególną uwagę zwracały obrzęki powiek, bóle mięśni i w pierwszych dniach choroby pojawiająca się biegunka, które to objawy nasuwały na myśl trichinozę. Brak jednak innych objawów, dla trichinozy charakterystycznych, względnie lekki przebieg choroby u większości chorych, zmiany psychiczne i wiadomości z literatury, iż obrzęk powiek może pojawić się w przebiegu influenzy doprowadziły i mnie do przypuszczenia, iż epidemia tak zwanej „nowej choroby“ może być epidemią influenzy.

Dlatego w przypadku, który właśnie wówczas miałem sposobność obserwować, przedsięwziąłem badanie wydzielin spojówkowej na prątki influenzowe i wkrótce przekonałem się, iż z wydzielin spojówkowej tego chorego mogłem wyhodować prątki, zupełnie do prątków influenzowych podobne, którą to wiadomość zamieszczono w dzienniku dla uspokojenia zaniepokojonej publiczności. Na podstawie zaś tychże badań, wprawdzie wówczas jeszcze nie wykończonych, szef mój JWPan Radca Dworu prof. dr EDWARD KORCZYŃSKI przedstawił komunikat pisemny na posiedzeniu komisji sanitarnej Rady miejskiej, obradującej właśnie nad sprawą nowej choroby, w którym zawiadomił o wyniku moich badań i wyraził opinię, iż ze strony klinicznej można chorobę tę pojmować jako influenzę. Po ukończeniu badania wydzielin spojówkowej i wyosobnieniu hodowli influenzy, przedstawiłem rzecz tę na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego, gdzie wszyscy koledzy podzielili me zapatrywanie na etyologię i objawy kliniczne tej nowej w Krakowie epidemii. Obecnie chcę tylko powtórzyć dowody, na podstawie których przyszedłem do przekonania, iż tak zwana „nowa krakowska choroba“ jest influenżą i omówić objawy rzadziej spostrzegane przy influenzy, lub odmienne cechy naszej epidemii.

W klinice chorób wewnętrznych spostrzegaliśmy tylko trzy przypadki nowej choroby: jeden w klinice stałej, drugi w ambulatoryum, trzeci początkowo obserwowałem w ambulatoryum, chory zaś później został przyjęty do kliniki stałej.

Przypadek pierwszy tyczył się chorego J. B., słuchacza filozofii, lat 24 liczącego, który został przyjęty do kliniki wewnętrznej dnia 16 go maja b. r.

Dnia 10. V. b. r. stwierdził u chorego docent dr MAJEWSKI obrzęk powiek wraz z zaczerwienieniem spojówek i z wybroczynami. Obrzęk ten w ciągu następnych dni ustąpił, a chory czuł się jeszcze zupełnie zdrowy. Dopiero 14. V. rozchorował się nagle wśród dreszczów, gorączki, dochodzącej do 39,9° C., nudności, wymiotów, obfitych potów i pragnienia, przyczem kończyny dolne były niestosunkowo chłodne do podwyższonej ciepłoty całego ciała. Tętno przyspieszone, miękkie, 15. V. zdradzał chory niewytłomaczoną i nadmierną wesołość [gwizdał i śpiewał rzekomo dla wypełnienia nudów]; 16-go maja przy ciepłocie 40° C. opuścił mieszkanie i w zamiarze samobójczym wypił około 200 gr. 5%-go roztworu kwasu karbolowego. Przywieziony przez Towarzystwo ratunkowe do kliniki wewnętrznej w stanie napół przytomnym, okazywał objawy zatrucia karbolowego, obok objawów choroby infekcyjnej. Choroba ta cechowała się gorączką ciągłą, tydzień trwającą, dochodzącą do 40° C.; w drugim tygodniu gorączka była remitująca, w 9-y m dniu dochodziła do 39,2° C., później wahała się powyżej 38° C. i do 21-go dnia choroby nie przekroczyła 38° C.; od 30-go

dnia choroby stan bezgorączkowy. Tętno wahało się między 90—110 [raz 120]. Liczba oddechów 22—32 przy najwyższym stanie gorączkowym. Poty bardzo obfite; na skórze brzucha plamki i grudki, kilkakrotnie stwierdzone, mające wygląd rozeoli i bardzo nieliczne wybroczyny; w moczu wskutek podrażnienia kwasem karbolowym ślad białka, wałeczki i przybłonki nerkowe; w 8-ym dniu choroby diazoreakcja wybitna; leukocytoza w dniu przyjęcia 3000, w następnych dniach od 9000—16000. Reakcja WIDAL'a, od chwili przyjęcia chorego badana, dawała wynik ujemny. Brzuch wzdęty w pierwszych dniach choroby; obrzęk wątroby i śledziony utrzymujący się przez tydzień; w płucach w 4-ym dniu choroby ogniska zapalne, które po kilku dniach ustąpiły. Plwocina rdzawa, zastrzyknięta myszom, spowodowała śmierć zwierzęcia, a badanie wykazało obecność diplokoków. Stolce z początku barwy brunatnej z domieszką krwi [wynik podrażnienia przewodnika pokarmowego kwasem karbolowym], później jeden stolec zbliżony do grochowego. Badanie stolców na trichiny dało wynik ujemny. W 7-ym dniu choroby ostre zapalenie spojówek powiekowych i galkowych, zmętnienie przybłonka rogówki z następowem złuszczeniem jego.

Chory od początku pobytu w klinice miał ciągle zwidywania, lecz przy wysokiej ciepłocie 40° C. był zupełnie przytomny. Dopiero 6-go dnia choroby zaczął majaczyć, zrywał się z łóżka i pomimo spadku ciepłoty był całkiem nieprzytomny aż do 12-go dnia choroby; miał halucynacje wzrokowe, częste drgawki mięśniowe i kurcze toniczne; nie poznawał otoczenia. Bóle mięśniowe były wybitne, nacieków jednak mięśniowych i charakterystycznego dla trichinozy ustawienia kończyn nie było; osłabienie mięśniowe po ustąpieniu gorączki bardzo znaczne. Badanie krwi na drobnoustroje, tak w preparatach mikroskopowych, jak na pożywkach sztucznych i na zwierzętach dało wynik ujemny.

Dodać należy, iż w rodzinie chorego zachorowały dwie inne osoby wśród takich samych objawów, z których podnieść wypada obrzęk powiek, zapalenie spojówek z wybroczynami i zaburzenia psychiczne.

W tym wypadku obraz kliniczny choroby był mocno zatarty objawami zatrucia karbolowego, a rozpoznanie z tego powodu w pierwszych dniach pobytu chorego na klinice było trudne. Na podstawie wysokiej gorączki, odurzenia, wzdęcia w 2-ch pierwszych dniach choroby, powiększenia śledziony, bolesności mięśni łydkowych i rozeoli można było przypuszczać jakąś sprawę tyfoidalną (*paratyphus*), lub jakąś swoistą chorobę o przebiegu durowym. W dalszym przebiegu nie zgadzały się z obrazem sprawy durowej następujące objawy: późne występowanie reakcji diazowej [w 8-ym dniu choroby], obfite poty, przypadki psychiczne, najsilniejsze przy spadku ciepłoty i zmniejszaniu się śledziony, obrzęk powiek i *conjunctivitis*. Gdy zaś w drugim przypadku badanie bakteriologiczne wykazało influencję, a objawy kliniczne były podobne, trzeba było postawić rozpoznanie influenzy, która tłumaczyła wszystkie nietypowe objawy swoim nieprawidłowym i od zwykłych postaci odbiegającym przebiegiem.

Przypadek ten o tak niezwykłym przebiegu zachęcił mię, aby przy nadarzonej następnie sposobności badać bakteriologicznie w kierunku influenzy

i zebrać dowody, że tak powyższy przypadek, jak i inne były niczem innym, jak tylko epidemią influenzy.

Przypadek drugi. Chory W. B., lat 42 liczący, urzędnik policyi. Z powodu obrzęku powiek, 4 dni trwającego, zgłosił się dnia 23. V. b. r. do kliniki okulistycznej, skąd został łaskawie do kliniki wewnętrznej przysłany z rozpoznaniem: *oedema palpebrarum. Haemosis. Exophthalmus levis oculi utriusque subacutus*. Chory skarżył się na łzawienie, światłowstręt i lekki ból w kościach. Badanie wykazywało obrzęk powiek i hemozę, lekkie zaczerwienienie spojówek powiekowych i nieco wydzieliny śluzowej w kącikach wewnętrznych. W narządach wewnętrznych zmian nie znaleziono, chory zaś pomimo dokładnego mierzenia ciepłoty, wzniesienia jej nie okazywał; czuł się, oprócz objawów ocznych, zupełnie zdrowy. W pięć dni obrzmienie powiek ustąpiło pod wpływem ciepłych okładów. Badania wydzieliny na prątki influenzy nie przeprowadzono, ponieważ chory nie zgłosił się powtórnie do kliniki.

Przypadek trzeci. Chory A. K., lat 20 liczący, uczeń gimnazjalny z Krakowa, przysłany również z kliniki okulistycznej dnia 22. V. b. r. do kliniki wewnętrznej.

Na wstępie nadmieniam, iż chory w ostatnich czasach mięsa surowego, ani wędlin wcale nie jadł.

Dnia 18-go maja był senny, zauważył ciężkość powiek i bolesność przy otwieraniu oczu; 19. V. pojawił się obrzęk powiek obok bólu oczu i bólu głowy. Do tych objawów w ciągu następnych 3-ch dni przyłączyły się bóle mięśniowe, szczególnie w mięśniach pośladkowych i pragnienie. Dnia 22-go maja obrzęku powiek nie okazywał; ciepłota zrana $37,5^{\circ}$ C., wieczorem $39,7^{\circ}$ C.; spojówki powiekowe zaczerwienione, wydzielina skąpa. Dnia 23-go maja przyjęty do kliniki stałej; zaczerwienienie spojówek większe, niż dnia poprzedniego, wydzielina śluzowo-ropna skąpa w kącikach wewnętrznych oczu; wydzielinę tę zaszczerpiono na agarze z dodatkiem krwi ludzkiej. Badanie przedmiotowe, w klinice wewnętrznej przeprowadzone, nie wykazywało ważniejszych zбоcezeń, oprócz małej bolesności mięśni kapturowych i łydkowych; chory gorączkował w pierwszym tygodniu do $39,2^{\circ}$ C., później zaś ciągle okazywał stan podgorączkowy do 38° C. aż do 17-go lipca. Dnia 29. V. wystąpił zator prawej tętnicy podkolanowej, który spowodował zgorzel podudzia poniżej stawu kolanowego, z powodu której odjęto choremu przed kilku dniami prawe podudzie. Szczepienie krwi na inne drobnoustroje dało wynik ujemny, próba WIDAL'a ujemna. W stolcach, pomimo skrzętnych poszukiwań, trichin nie znaleziono; również w wyciętym prawym mięśniu łydkowym zmian patologicznych, ani trichin nie było. Z wydzieliny spojówkowej wyhodowałem prątki influenzy obok prątków kserozy i nielicznych kolonii gronkowca. W preparatach mikroskopowych z wydzieliny spojówkowej w nielicznych ciałkach wypocinowych liczne drobne prątki, odpowiadające swym kształtem prątkom influenzy. Poza ciałkami również bardzo liczne prątki tego samego kształtu i dość liczne prątki kserozy. W moczu ślad białka. Reakcyi diazowej nie było. Lenkocytoza od 9000—19900.

Jak już wspomniałem, z opowiadania innych kolegów wiem, że inne przypadki tej epidemii, obserwowane w praktyce prywatnej, a było ich około 50-ciu, przedstawiały podobny przebieg kliniczny, a cechowały się obrzękiem powiek, zaburzeniami psychicznymi, nagłym początkiem choroby, wysoką gorączką, bardzo znacznym osłabieniem mięśniowym, potami i długą rekonwalescencją.

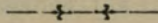
II. Z PRACOWNI PROF. HOYERA PRZY WARSZ. TOW. LEKARSKIM I Z AMBULATORYUM CHORÓB GARDEŁA W SZPITALU WOLSKIM W WARSZAWIE.

PRZYCZYNEK DO HISTOGENEZY KOMÓREK OLBRZYMICH.

Podał

Dr Juliusz Szleifstein,

lekarz tegoż ambulatoryum.



W marcu r. b. przyszła do mnie na ambulans F. K., żona robotnika, 30 lat licząca, ze skargami na chrypkę, zatykanie i duszenie. Źle mówi już od 2-cho lat, lecz po położeniu, który miał miejsce 4 miesiące temu, jakoś się pogorszyło.

Chora niezłej budowy, dość blada, nie doznaje żadnych dolegliwości, nie kaszle, nie pluje, nie gorączkuje; wprawdzie się po nocach poci, lecz nie stale i to dopiero, jak zauważyła, po porodzie. Od tego też czasu trochę schudła. Karmi sama. Gruźlicy w rodzinie niema.

Znaleziono lekkie stłumienie u szczytu lewego płuca, oddech zaostrozony i niezbyt wyraźną bronchofonię. Wziernikowanie wykazało obecność zgrubienia na tylnej wewnętrznej ścianie krtani, prawie zupełnie gładkiego, wielkości przeciętego na pół orzecha laskowego. Wypuklenie to zajmowało połowę głosi i, nic dziwnego, przeszkadzało chorej przy oddychaniu. Struny prawdziwe, nieco zgrubiałe i zaczerwienione, wcale się przy fonacji z powodu guza ze sobą nie schodziły.

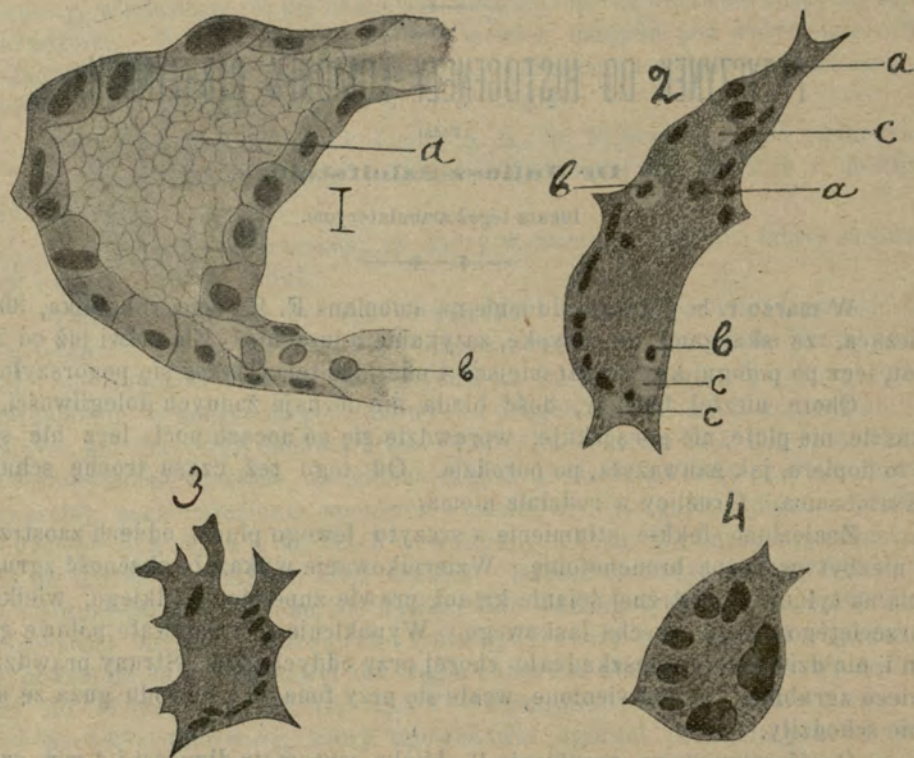
Część usuniętego zgrubienia ¹⁾, blisko centymetr długości i 4 mm szerokości, utrwaliłem w sublimacie i odwodziwszy alkoholem, sposobem zwykłym w parafinie zatopiłem. Skrawki [0,01 mm grubości], białkiem do miki przyklejone, barwiłem hematoksyliną i eozyną, sposobem VAN GIESON'a, HEIDENHEIN'a i płynem EHRlich'a.

Preparat ²⁾, jak się okazało, składał się z 2-cho części: nabłonkowej i łącznotkankowej. W pierwszej, mniej nas w danym razie interesującej, odróżnić

¹⁾ Guz wyskrobałem. Chora po operacji odzyskała zupełnie czysty głos i obecnie ma się dobrze.

²⁾ Demonstrowany d. 29-go kwietnia r. b. w Tow. Lekarskim na posiedzeniu sekcji laryngologicznej.

było łatwo warstwy: walcowatą, kolczastą ¹⁾ i warstwę z komórek płaskich, o mocno barwiących się płynem VAN GIESON'a na „lila“ jądrach. W podściółce z krzyżujących się i przebiegających w rozmaitych kierunkach włókien, ²⁾ oraz różnego rodzaju komórek zbudowanej, warstwa brodawkowata była dość dobrze rozwinięta. Wśród masy komórek płaskich i wrzecionowatych [zwykłych komórek tkanki łącznej], oraz wędrujących, których jądra barwiły się roztworem VAN GIESON'a na brunatno, wyróżniały się kolorem „lila“ jąder mniej więcej pęcherzykowatych komórki okrągławe lub wrzecionowate, o zarodki przejrzystej. Komórki te przeważnie leżały kupkami: po dwie, trzy, cztery i więcej, przy czem najczęściej tworzyły pośrodku przestrzeń pustą, ledwo dostrzegalną,



niekiedy znów wyraźniejszą i często krążki krwi czerwone i leukocyty zawierającą. Łatwo było się przekonać, że są to świeżo uformowane naczynia włosowate, wężykowato się wijące, w różnych kierunkach poprzecinane, światła jeszcze nie mające lub w nie zaopatrzone. Krążki krwi w tych naczyniach barwiły się powyższymi metodami bardzo dobrze [rys. 1—b]. Miejscami atoli spotkań można było naczynie włosowate, jakby niezwykle rozszerzone [rys. 1], w którym

1) We wszystkich, dotychczas przeze mnie badanych tkankach patologicznych, z krtani usuniętych a nabłonkiem warstwowatym, płaskim pokrytych, warstwa kolczasta, jak wiadomo składająca się z komórek wielobocznych, kolcami *resp.* mostkami ze sobą połączonych, była zawsze nadzwyczaj dobrze wyrażona.

krażki krwi czerwone barwiły się słabo, a niekiedy wcale się nie barwiły: widać więc było tylko cienie tych ciałek [rys 1—a]. Gdzieniedzie znów miejsce krążków krwi czerwonych w naczyniu zajmowała prawie bezbarwna masa ziarnista, w której niekiedy dojrzeć jeszcze można było 1—2 cienie [rys. 2—a]. W naczyniach takich, gdy jądra komórek śródbłonkowych występowały wyraźnie, konturów zarodź dojrzeć było nie sposób [rys. 2, 3 i 4]. W niektórych jednak miejscach naokoło takiego jądra uwydatniała się o wiele przejrzystsza od wewnątrz naczyniowej bezbarwnej masy jednolita obwódka [rys. 2—b], czyli przezroczysta zarodź komórki śródbłonkowej naczynia. Obok tych śladów zarodź w jądra zaopatrzonych, dawały się niekiedy spostrzegać pęcherzykowate, przejrzyste, lecz bezjądrowe przestrzenie [rys. 2—c]. Wygląd tak zmienionego naczynia w zależności od kierunku cięcia, rozumie się, był niejednakowy: raz mocno wydłużony [rys. 2], to znów jajowaty [rys. 4], okrągławy, wreszcie widłowaty [rys. 3] i t. d.; powierzchnia przeważnie nie była gładka, gdyż brzegi, rzecz prosta, w postaci krótszych lub dłuższych wyrostków ginęły na przekroju pośród masy komórek sąsiednich, t. zw. nabłonkowatych ¹⁾ i wędrujących. Jądra, jako pozostałość poprzecinanych komórek śródbłonkowych, miały formę pęcherzykowatą, jajowatą, owalną, albo cienką-laskowatą. Twory takie już na pierwszy rzut oka jak ciałem ziarnistym, tak i mnogością jąder, jako też jakby pustymi pęcherzykami przypominały w zupełności młode, *resp.* małe komórki olbrzymie z t. zw. przestrzeniami pustymi VIRCHOW'a ²⁾. Na potwierdzenie tego, prócz powyższych tworów, na skrawkach sąsiednich spotykamy już typowe duże komórki olbrzymie z zarodźią ziarnistą i mnóstwem też na „lila“ zabarwionych [sposobem VAN GIESON'a] jąder na obwodzie.

Z powyższego wyprowadzić się daje, jak powstają ciała i jądra niektórych komórek olbrzymich: komórki śródbłonkowe naczyń włosowatych pod wpływem toksyn [w danym przypadku gruźliczych] podlegają pewnym przemianom wstecznym, przyczem jądra jako trwalsze dłużej się opierają, zarodź zaś szybko zamienia się w masę ziarnistą. Dzięki tym zmianom śródbłonka naczyń, znajdujące się w nich krażki krwi czerwone, a także i ciała białe podlegają degeneracji, *resp.* rozpadowi, którego produkta zlewają się z powyższą masą ziarnistą; jądra ostatniej, do pewnego czasu niezmienione, pozostają, jak dawniej, na obwodzie.

O związku komórek olbrzymich z naczyniami krwionośnymi pouczają nas od dawien dawna prace wielu autorów. Uznając jedno źródło, nie wszyscy jednak mechanizm powstawania tych komórek tłómaczą w sposób jednaki. SCHUEPPEL ³⁾ np. przypuszczał, że część obwodowa komórki olbrzymiej wraz z jądrami pochodzi z rozrostu komórek śródbłonkowych naczyń, środkowa zaś z włóknika krwi. THAON ⁴⁾ był zdania, że przecięcia naczyń pozatykanych przyjmowane są za komórki olbrzymie. WEGNER ⁵⁾ uważał, że komórki olbrzymie szpiku kostnego, t. zw. osteoklasty tworzą się przez proliferację komórek

¹⁾ Komórki te na skrawkach moich tak zarodźią, jak i kolorem jąder najwięcej przypominały komórki śródbłonkowe naczyń.

²⁾ VIRCHOW. Die Krankhaften Geschwülste. 1864 i 1865. T. II.

³⁾ SCHUEPPEL. Untersuchungen über Lympdrüsentuberculose. Str. 92—94.

⁴⁾ Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose. Paris. 1873.

⁵⁾ Myeloplaxen und Knochenresorption. Arch. VIRCHOW'a, T. 56, str. 531—532.

naczyń krwionośnych. Prof. BRODOWSKI ¹⁾ w dość obszernej pracy zaznacza, że „głównem źródłem komórek olbrzymich są naczynia krwionośne, lecz tylko ich śródbłonek i głównie śródbłonek naczyń włosowatych“. Nadto, według prof. BRODOWSKIEGO, „komórki olbrzymie powstają przedewszystkiem z naczyń nowopowstających i najczęściej z protoplazmatycznych zawiązków tych naczyń“, jako patologiczny rezultat bujania protoplazmy tych zawiązków i mnożenie się w niej jąder; czyli że komórki olbrzymie są to angioblasty albo angioplasty wielojądrowe. OBRZUT ²⁾ twierdzi, że komórki olbrzymie mięsakowe przedstawiają tylko przecięcie naczyń krwionośnych i przestworów, w których krążą soki odżywcze. Badając bliźnę w wątrobie, autor ten znajdował wewnątrz komórek olbrzymich, prócz zwyczajnych jąder, jądra leukocytów i krążki krwi czerwone. Komórki olbrzymie jednak nie są, według OBRZUTA, zarodkami naczyń, lecz tylko ich przemianą wsteczną. Na uderzające podobieństwo naczyń włosowatych do komórek olbrzymich [zwłaszcza w gruzelkach] zwracają też uwagę: CORNIL ³⁾, MALASSEZ-MONOD ⁴⁾, THIN ⁵⁾, BROSCHE ⁶⁾, DROBA ⁷⁾, BIRCH-HIRSCHFELD i GARTEN ⁸⁾ i wielu innych. Nawet niektórzy zwolennicy wprost odmiennych poglądów ⁹⁾, jak JUSTI ¹⁰⁾, BECKER ¹¹⁾ i inni nie odmawiają śródbłonkowi naczyń pewnego udziału w powstawaniu komórek olbrzymich.

Wracając do pracy BROSCHE'a (l. c.), zauważę że autor ten, stosując do barwienia preparatów nieco zmienioną metodę VAN GIESON'a, przekonał się, że w nowo wykształconych naczyniach krążki krwi czerwone podlegają rozpadowi, który zdaniem BROSCHE'a, zależy od tworzących się w tkance gruzliczo-nacieczonej

¹⁾ Przyczynek do wyjaśnienia powstawania t. zw. komórek olbrzymich w wytworach chorobnych wogóle, oraz kilka słów z tego powodu o gruzelkach. Pam. Tow. Lek. 1874 r., str. 62 i Arch. VIRCHOW'a. T. 63, str. 113 [Ueber den Ursprung sogenannter Riesenzellen und über Tuberkeln in Allgemeinem].

²⁾ O komórkach olbrzymich w naciekach zapalnych i w niektórych nowotworach. Przegląd Lekarski, 1887. Nr. 26, 27 i 28.

³⁾ Sur les tubercules des séreuses et ce qu'on appelle les cellules géantes. Gaz. méd. de Paris. 1878. Nr. 14.

⁴⁾ MALASSEZ-MONOD. Sur les tumeurs à myeloplques [sercome angioplastiques]. Arch. de physiol. norm. et path. 1878. Nr. 4.

⁵⁾ THIN GEORGE. On the pathology of lupus with special reference to the appearances described as „giant cells“. The Brit. med. Journal. June 7. 1870.

⁶⁾ Zur Frage der Entstehung der Riesenzellen aus Endothelien. Arch. VIRCHOW'a. T. 144 str. 289.

⁷⁾ DROBA S. O tworach olbrzymich w tkankach gruzliczych. Kraków. 1901.

⁸⁾ Ueber das Verhalten implantierter embryonaler Zellen in erwachsenen Thierkörper. ZIEGLER's Beiträge. 1899. T. 26.

⁹⁾ Komórki olbrzymie wyprowadzane są z różnych tkanek ustroju (z komórek łącznotkankowych, nabłonkowych, włókien nerwowych, mięśniowych i t. d.—por. prace VIRCHOW'a (Reizung und Reizbarkeit. Arch. Vir. T. XIV, str. 51), prof. BRODOWSKIEGO (l. c.), JUSTI'ego (c. niżej), BECKER'a (c. niżej), HERINGA (O stosunku gruzlicy i suchot płuc, do zapalenia. Warszawa 1873), KLJEWSKIEGO (O rezekeji płuc. Pam. Tow. Lek. 1903) i innych; rozpatrywanie jednak tych teorii w zakres pracy niniejszej nie wchodzi.

¹⁰⁾ Ueber die UNNA'schen Plasmazellen in den normalen und tuberculösen Granulationen. Arch. VIRCHOW'a. T. 150 str. 197.

¹¹⁾ BECKER A. Ueber Riesenzellen-Bildung in Canceroiden. Arch. VIRCHOW'a. T. 156 str. 81.

rozstrzeni naczyń włosowatych ¹⁾); prócz tego rozpadowi sprzyja obliteracya naczyń, która powstaje wskutek pęcznienia komórek śródbłonkowych. Wewnętrzna warstwa tych ostatnich, według BROSCH'a, niekiedy się nawet od reszty komórek ściany naczynia oddziela i w postaci pierścienia nadal pośród wytwarzającej się ze krwi masy ziarnistej pozostaje. W tem położeniu niezwykle ciało komórek pierścienia podlega też zmianom wstecznym, tak, że zostają w nim same tylko jądra. BROSCH tym sposobem, nie negując innych źródeł powstawania komórek olbrzymich, część ich wyprowadza ze zwykłych naczyń włosowatych, które w pewnem stadyum zwyrodnienia na przekroju niczem się od powyższych tworów nie różnią. Wypustki takich komórek, jak BROSCH uważa, stanowią ślady dawnej komunikacyi z naczyniem, od którego powstały.

Preparaty moje, prawie w zupełności pogląd BROSCH'a potwierdzające, rzucają też pewne światło na t. z. przestrzenie puste VIRCHOW'a. VIRCHOW ²⁾ uważał je za próżnie, powstałe po wypadnięciu jąder z komórki olbrzymiej, wskutek stłuszczenia jej ciała. Pr. BRODOWSKI ³⁾ jednak bardzo często spotykał stłuszczone komórki olbrzymie bez śladu przestrzeni pustych i co do ich powstawania z VIRCHOW'em się nie zgadza; natomiast, kładąc widoczny nacisk na pochodzenie komórek olbrzymich z wyrostków angioplastycznych naczyń włosowatych, pr. BRODOWSKI próżnie te poczytuje za masy klejowate, jako skutek przemiany klejowatej, zwykle w angioplastach zachodzącej. Według OBRZUTA ⁴⁾, wakuole, o których mowa, „nie są niczem innem, jak tylko przemianą istot krzepnących w naczyniu“.

Jak widać z rysunku drugiego, do pracy niniejszej załączonego, przestrzenie puste (c) leżą najczęściej na obwodzie komórki olbrzymiej, pośród jąder; dalej dość często okrażają jądra komórki olbrzymiej (b); w końcu, jeżeli wziąć na uwagę, że komórka olbrzymia jest to masa ziarnista, w środku z rozpadu krwi, na obwodzie z rozpadu komórek śródbłonkowych ściany naczynia powstała, widocznem będzie, że komórka śródbłonkowa, zanim jej przejrzyste ciało rozpadowi ulegnie i zleje się w jedno z ciemniejszą śródkową masą ziarnistą komórki olbrzymiej, symulować może przestrzeń pustą z jądrem w środku; tam zaś, gdzie cięcie przeszło pod jądrem niezmienionej jeszcze komórki śródbłonkowej lub nad niem — przestrzeń pustą bez jądra. Próżnie, na obwodzie nie leżące, tak samo jak i jądra, które się niekiedy bliżej środka komórki olbrzymiej znajdują, są to też niezwyrodniałe jeszcze ciała komórek śródbłonkowych górnej lub dolnej [nie bocznych] ściany naczynia zmienionego ⁵⁾.

¹⁾ Co i w moich preparatach dało się widzieć (patrz rys. 1).

²⁾ Die Krankh. Geschwülste (I. c.).

³⁾ I. c.

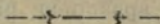
⁴⁾ I. c.

⁵⁾ Z powyższego wynika, że t. zw. komórki olbrzymie tkanek patologicznych nie są komórkami w ścisłym biologicznym znaczeniu tego słowa; są to tylko produkta zmian wstecznych, w tkance łącznej, resp. naczyniach odżywczych zachodzących. Stąd nazwa „komórka olbrzymia“ nie jest ścisła; o wiele odpowiedniejsza byłaby — „twór olbrzymi“.

III. SYFILIS NEREK.

Opracował

Wacław Sterling.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 31].

Chcąc przedstawić przebieg i objawy zajmującego nas tu cierpienia, napotyamy na poważne trudności wobec bardzo wybitnie zarysowujących się różnic w poglądach poszczególnych autorów. Różnorodność zdań łatwo się daje objaśnić wobec tego, że wnioski, wyprowadzane przez tych autorów, opierały się na bardzo skąpym materiale klinicznym. Na ogół jednak badacze ci dają się podzielić na dwie szkoły: francuską i niemiecką. Według szkoły francuskiej *nephritis syphil. acuta* zaczyna się ostro, przebiega gwałtownie, z towarzyszeniem wczesnego, przeważnie bardzo znacznego białkomoczu, szybko rozszerzającymi się objawami obrzękowymi i wczesną mocznicą. Bez wątpienia mają oni zupełną słuszność, o ile dotyczy się to przypadków bardzo ciężkich. Wręcz przeciwnie szkoła niemiecka utrzymuje, że cierpienie to zaczyna się łagodnie, nieznacznie, przebieg zaś ma tak spokojny, że zapewne często wymyka się z pod kontroli lekarza. Zdaje się, że tak krańcowo sprzeczne poglądy można wytłómaczyć tem, że francuzi, o których rzecz można, że prawie stworzyli naukę o syfilitycznych cierpieniach nerek, a przynajmniej dali jej podwalinę, pierwsi te cierpienia obserwując, z natury rzeczy zajmowali się w początkach przypadkami, bardzo wybitnie przebiegającymi. Szkoła niemiecka, która zaczęła pracę ich prowadzić dalej i ją pogłębiać, coraz częściej szukała objawów nerkowych, i, rzecz prosta, znajdowała je w przypadkach o rozmaitem natężeniu przebiegu. Czynnikiem, warunkującym łagodny lub ostry przebieg cierpienia jest jego postać anatomo-patologiczna. Mamy tu bowiem do czynienia z dwiema postaciami:

Postać pierwsza — jest to łżejsze, powoli zaczynające się zapalenie nerek *ś r ó d m i ą ż s z o w e*. W moczu znajdujemy wtedy nieznaczne ilości białka, dużo względnie leukocytów, nieliczne wałeczki ziarniste i szkliste, i czasami oddzielne czerwone krążki krwi. Na ilość białka i osadu nie wpływają nawet daleko posunięte zmiany *ś r ó d m i ą ż s z o w e*. O ile zapalenie to nie jest zbyt silnem, i o ile jest ono *ś r ó d m i ą ż s z o w e*, nie daje żadnych objawów ogólnych.

Wręcz przeciwnie ma się rzecz z postacią drugą, przedstawiającą typowe zapalenie nerek natury degeneracyjno-zapalnej. Przypadki tego właśnie zapalenia nerek, *m i ą ż s z o w e g o*, przeważnie opisywane były przez starszych autorów francuskich. Ponieważ i przebieg kliniczny i następstwa w tej postaci znacznie są poważniejsze, poświęćmy jej nieco więcej miejsca.

Cierpienie — mówi MAURIAĆ — występuje niespodziewanie, nie poprzedzane przez jakiegokolwiek objawy zwiastunowe. Chory spostrzega, że niektóre czę-

ści ciała — jak np. powieki, twarz, kończyny dolne — stają się większe, zjawia się obrzęk; obrzęk ten zmniejsza się, znika i występuje na nowo. Objawy te, zarówno jak i zmiany moczu, zwracają na siebie uwagę chorego i lekarza. Zmiany w moczu czasami wcześniejsze są, niż obrzęk, zawsze mu jednak towarzyszą i po jego ustąpieniu jeszcze trwają. Mocz, odczynu kwaśnego, wydziela ze siebie obfity osad, miewa wysoki ciężar właściwy, bywa zabarwiony różowo, a nawet krwawo, czasami bywa blade. Ilość dobową podlega znacznym wahanom, na ogół jednak mało jest zwiększoną, czasami zmniejszoną; *polyuria* występuje tu rzadko. Badanie wykrywa dość znaczny białkomocz; pod mikroskopem widzimy czerwone krążki krwi w rozmaitej liczbie, komórki nabłonkowe i liczne walczki ziarniste.

Zwiastuny — o ile występują — polegają na podwyższeniu ciepłoty, objawach ogólnych i bólach w okolicach lędźwiowych. W tych razach możemy stwierdzić różowe lub czerwone zabarwienie moczu przed zjawieniem się obrzęku.

Chory staje się bladym i anemicznym, traci swą siłę mięśniową i znacznie chudnie. Zaburzenia te w odżywianiu trudno położyć na karb białkomoczu; powodowane są one raczej powikłaniami ze strony czynności odżywczych, występującymi zawsze w stopniu słabszym lub silniejszym. Prawie wszyscy chorzy w końcu cierpią na brak łaknienia, wymioty, kurcze żołądka, biegunkę z zatwardzeniem na przemian. Ze strony układu nerwowego albo nie występują w początkach żadne objawy, albo ograniczają się one do bólów głowy, mniej lub więcej silnych, przejściowych. Jeżeli bóle te są stałe, należy obawiać się możliwości objawów mocznicy. Wszystkie postaci zakażenia mocznicowego są tu możliwe, nie odróżniają się jednak niczem od spraw tych przy zwykłych zapaleniach miąższowych nerek.

Bardzo często występują silne zaburzenia żołądkowe i kiszkowe; pomijając niebezpieczeństwo, jakie zaburzenia te stanowią *per se*, są one tem mniej pożądane, że nie pozwalają na stosowanie środków leczniczych. Najwięcej należy się obawiać tych właśnie zaburzeń, zapalenia oskrzeli, obrzęku płuc i przesięku do opłucnej (*hydrothorax*).

Rzecz prosta, że prócz tych przypadków zdarzają się i inne, o znacznie mniejszem natężeniu, przebiegające bez objawów ogólnych i bez powikłań. Przebiegają one tak, jak inne tego rodzaju sprawy, powstałe na tle nieswoistym. Wreszcie zauważyć należy, iż to schematyczne przeciwstawienie zapalenia śródmiąższowego zapaleniu miąższowemu daje się rzadko sprawdzić w rzeczywistości. Za sprawą czysto śródmiąższową może nastąpić sprawa miąższowa, zarówno jak i sprawa miąższowa może przejść w rozlaną.

Rozpoznanie omawialiśmy obszernie w jednym z rozdziałów poprzednich. Przewagę zajęcia elementów miąższowych lub śródmiąższowych wykaże nam zawartość białka w moczu i charakter osadu.

Leczenie swoiste jest tu wskazano tak dalece, że stanowi ono jeden z czynników rozpoznawczych, aczkolwiek pojedyncze głosy — jak np. wyżej wspomniane zdanie SENATOR'a — wartości mu odmawiają. Aczkolwiek omawiane tu cierpienie — jak wiele innych objawów okresu wtórnego — może usta-

pięć i bez leczenia, jednak byłoby niesłusznem pozostawić je samemu sobie, gdyż wtedy ciągnęłoby się dłużej i groziłoby możliwymi powikłaniami. Pamiętać należy, że stosowanie rtęci ma w przypadkach, powikłanych zaburzeniami żołądkowemi, bardzo poważną ujemną stronę: wywołuje silny i długotrwały ślinotok. Powstanie tego ślinotoku tłómaczy się zajęciem nerek, wskutek którego rtęć, nie mogąc wydzielić się dostatecznie przez nerki, szuka drogi wolniejszej i znajduje ją w śliniankach. Co do wyboru środka swoistego, zdaniem MAURIAC'a „*Iodure de potassium est le médicament qui répond le mieux aux indications*“; radzi też stosować jodek potasu w dużych dawkach, o ile nie przeszkadza temu stan dróg pokarmowych.

Uwagę przytoczoną tu co do rtęci, mybyśmy stosowali i do jodku potasu, który to z jeszcze większą oględnością podawać chorym należy. Dlatego też w każdym poszczególnym przypadku należy zbadać sprawność nerek, gdyż niedostateczne wydzielenie się jodu może spowodować ciężkie zatrucie ustroju.

Większość autorów przemawia za rtęcią, co zgodnem jest z teoretycznem zapatrywaniem się na ostre zapalenie nerek. Tegoż samego dowodzą nam przytoczone KARVONEN'a historye chorób, a jeżeli w jednym przypadku LESTER'a rtęć stan pogorszyła, a jodek potasu poprawił, należy położyć to — jak słusznie zauważył KARVONEN — na karb złośliwości syfilisu, cechującej ten przypadek. Wobec tego, że duże jednorazowe dawki rtęci mogą szkodliwie działać na nerki, roztropniej byłoby zaniechać podskórnego stosowania soli trudno rozpuszczalnych, a stosować natomiast zastrzykiwania podskórne codzienne soli rozpuszczalnych, wcierania, noszenie WELANDER'owskich woreczków, wreszcie wewnętrzne stosowanie rtęci, o ile stan żołądka i kiszek na to pozwala. Przy znacznych obrzękach i mocznicy wskazane są duże dawki kalomelu. Dłuższe stosowanie środków rtęciowych winno być bardzo oględne, tem oględniejsze, im więcej dotknięte są nerki. To samo stosuje się do jodu, ponieważ chorzy nerkowi łatwo zatruciu jodowemu podlegają.

Oczywiście, prócz leczenia swoistego, stosujemy tu ten całokształt zabiegów, jakim się posługujemy przy każdym cierpieniu nerek.

Rokowanie w postaciach lżejszych jest dobre, lepsze nawet, niż przy sprawach zapalnych nieswoistych, a to dzięki rtęci. Inaczej jest natomiast z przypadkami cięższymi, gdyż gotują nam one zawsze niespodzianki. Zwłaszcza należy obawiać się zaburzeń mózgowych, które podwójnie są zdradliwe, gdyż równie dobrze mogą zależeć od mocznicy, jak i od syfilisu mózgu, a nawet od obu tych spraw jednocześnie. Dane prognostyczne mamy w rozmiarach obrzęku, w ilości białka w moczu, ilości moczu, charakterze osadu, powikłaniach i t. d.

Dane anatomiczne przypadków lżejszych są nam, rzecz prosta, niedostępne. Wyniki sekcyjne przypadków cięższych, aczkolwiek figurują w podręcznikach, nie mogą być dla nas miarodajnymi, o ile będziemy opierali się na materyale faktycznym, prawdziwym. Przypadek ENGEL-REIMES'a przedstawia nam zmiany, jakie zwykle spotykamy przy miąższowem zapaleniu nerek podostrem, z wtórnymi zmianami śródmiąższowemi; przypadek

zaś DÖDERLEIN'a dowodzi nam niezbicie istnienia ostrego śródmiaższowego zapalenia nerek na tle syfilitycznym. Obie te postaci, jak widzimy z tych przypadków, mogą powstać już w pierwszym roku syfilisu.

VII. Zapalenie nerek rozlane przewlekłe.

Postać ta stanowi pośrednie ogniwo pomiędzy ostrem, miaższowym zapaleniem nerek z jednej a marskością nerek z drugiej strony. Zaliczymy do grupy tej przypadki przewlekłe, w których zarówno elementy miaższowe, jak i śródmiaższowe dotknięte zostały sprawą chorobową, w których jednak marskość jeszcze nie jest tak wyrażoną, żeby omawianej tu grupie imię swe nadać mogła. Dla ilustracji przytoczymy tu przypadek ELZENBERGA w krótkich zarysach. 35-letnia chora, zamężna od lat 12, w 9 miesięcy po ślubie urodziła chłopca, który w 4-m roku życia zmarł z niewiadomej choroby. Drugie dziecko urodziła w 3 lata po pierwszym, ale przedwcześnie, bo w 7-ym miesiącu ciąży; dziecko zmarło po upływie 24-ch godzin. Trzecie dziecko przyszło na świat przed 5-ma miesiącami i po dziś dzień żyje, zdrowe. Leczenia swoistego nigdy nie przebywało. Chora wątłej budowy, apatyczna. Dolne kończyny do kolan dosyć znacznie obrzękłe, słabiej — powieki. Na wielu miejscach skóry widzimy syfilityczne owrzodzenia i blizny, podniebienie miękkie uległo przedziurawieniu. Mocz bardzo mętny, daje umiarkowany osad, ilość dzienna = 800 ctm. sz., odczyn słabo-kwaśny, c. wł. 1012. Mocz ten zawiera dość znaczną ilość białka, a w osadzie wiele wałeczków komórkowych lub szklistych, dużo ciałek limfoidalnych i trochę czerwonych krążków krwi. Z objawów klinicznych na pierwszy plan występowały objawy, znamionujące daleko posunięte zmiany nerek, mianowicie obrzęki, objawy już rozwiniętej mocznicy. Zaraz po przybyciu do szpitala chora miała przeznaczone leczenie jodowo-rtęciowe, ale skoro objawy nietylko nie słabły, ale wzmagały się, gdy objawy mocznicy stały się zatrwajającymi, trzeba było stosować zamiast leczenia swoistego środki moczopędne, a w końcu i pobudzające. W 5 dni po zapisaniu się chorej na oddział obrzęk kończyn się powiększył, pod wieczór wystąpiły napady drgawek: następnego dnia zupełne śpienie, prawie nieprzytomność, w 12 dni później chora zmarła.

Autopsya wykazała: w płucach żadnych ognisk, obrzęk ostry. Serce znacznie powiększone, przeważnie w wymiarze podłużnym... Wątroba niepowiększona, na przekroju muszkatołowa. Śledziona dość duża, twarda, bez oznak zwyrodnienia mączkowatego. Nerki dosyć duże, otoczkę ich zdziera się dosyć trudno, na powierzchni przekroju istota korowa grubości 7—9 mm, blado-żółta, dość twarda; piramidy na granicy istoty korowej dosyć mocno przekrwione. Większe naczynia nerkowe niezmięnione. Miedniczki i pęcherz moczowy normalne.

Dotychczas ogłoszono 38 przypadków, dających się podciągnąć pod omawianą tu kategorię; z liczby tej 25 uważa KARVONEN za przypadki prawdopodobne.

[C. d. n.]

ODCINEK.

Jędrzeja Śniadeckiego traktat „O gorączce“ w świetle pojęć dzisiejszych.

Napisał

Stanisław Łagowski.

— + — + —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 31].

Działanie tego rodzaju jądów na nasz ustrój tłómaczył sobie w ten sposób: „Wszystkie istoty, dostające się w ciało nasze, czyli wchodzące w obręb czynności naszych narządów, albo mogą być przyswojone, czyli w krew i powstające z niej części przarobione, albo nie mogą. Pierwsze nazwałem odżywniemi, drugie nieodżywniemi; wszystkie zaś pierwiastki i kombinacye organiczne są odżywniemi, uważane w całym ogóle organicznych jestestw, ale w indywidualnych lub organach, owszem w rodzajach i gatunkach mogą nie być takimi. Drugie nigdy odżywniemi stać się nie mogą. Te ostatnie są zawsze trucizną albo lekarstwem. Pierwsze zaś, jeżeli mogą być przyswojone, stają się albo pokarmem, albo niekiedy i lekarstwem; ale te z pomiędzy nich, które się w nas odradzają, a zatem przyswajają sobie i przeistaczają krew i istotność naszą, są zawsze najokropniejszym jadem i jeżeli zniszczone lub z ciała wyrzucone nie będą, nieuchronną śmierć ciągną za sobą. Owe zaś, które się wprawdzie przyswoić nie dają, ale ani nas przyswajając mogą, zachowują się względem nas zupełnie tak, jak nieodzywne; to jest podług stanu naszego ciała albo są trucizną, albo lekarstwem. Mówię: podług stanu naszego ciała, bo ten stan, mogąc się odmieniać, odmieniają się tem samem i nasze stosunki do istot działających na nas; a zatem istoty te mogą coraz inne sprawiać skutki, albo nie sprawiać żadnych. Stąd jady i zarazy nie tylko w różnych czasach mogą działać na nas z różną mocą, ale nawet wcale nie działać. Mamy tego oczywisty i niemal codzienny dowód na pokarmach i roślinnych napojach, które jednym szkodzą, innych niekiedy trują; kiedy w innych żadnej widocznej nie sprawują odmiany; mamy dowód w czasie panującej jakiegokolwiek zarazy lub epidemii, które z pomiędzy osób razem żyjących jedne napadają gwałtownie, inne lekko tylko dotykają, kiedy na inne bynajmniej nie działają“.

Czyż tego sposobu tłómaczenia działania pierwiastków zaraźliwych na ustrój nie dałoby się w zupełności zastosować i do naszych pojęć obecnych? Wszak zapewne najwięcej zabójczymi dla nas są te drobnoustroje, które się w nas odradzają, — „a zatem przyswajają sobie i przeistaczają krew i istotność naszą“. Inne znowu, które również przyswoić się nie dają, ale i nas sobie przyswajając nie mogą, — mogą „podług stanu naszego ciała coraz inne sprawiać skutki, [być trucizną albo lekarstwem], albo nie sprawiać żadnych“. W rozwinięciu wyrażenia „podług stanu naszego ciała“ mamy zupełną prawie analogię z dzisiejszem naszym pojęciem t. zw. usposobienia, *resp.* większej lub mniejszej odporności ustroju na dany zarazek.

Objawy gorączki, spowodowanej wniknięciem do ustroju jądów organicznych, zdaniem ŚNIADECKIEGO, nie tylko mogą być różne zależnie od tej lub innej konstytucji indywidualnej, ale mogą być różne i w zależności od miejsca, klimatu, pory roku, stanu atmosfery, pokarmów i napojów. Że jednak najistotniejszymi objawami gorączki są tylko „przyspieszone pulsy i powiększone ciepło zwierzęce“, przeto niesłusznie lekarze, zwracający uwagę i na inne jeszcze, mniej istotne objawy gorączki, potworzyli wiele gorączek, podzielili je na rodzaje i gatunki i stworzyli całą obszerną o nich naukę, nazwaną pyratologią, która ogromem swoim przeraża ucznia, a bynajmniej do leczenia gorączek nie jest potrzebna: „Zarówno poprzedzające rozumowanie powiada—jako też i długie doświadczenie i pilna uwaga przekonały mnie, iż prawdziwa gorączka tylko jest jedna, choć pod rozmaitą występująca postacią; tak jak jedna tylko jest febra, choć także dzielona na rozliczne rodzaje i gatunki“.

Jeżeli jednak gorączka jest jedna, to wszystkie choroby gorączkowe ująć można w dwa działy. W jednej grupie przypadków gorączki są przywiązane do cierpienia miejscowego jakiegobądź organu i te gorączki nazywamy symptomatycznymi, nieistotnymi; w innej grupie zależności takiej niema i te gorączki nazywamy pierwiaszkowymi, właściwymi, albo istotnymi (*febres essentielles*).

W tem miejscu ŚNIADECKI polemizuje ze szkołą BROUSSAIS'ego. BROUSSAIS, twórca „medycyny fizyologicznej“ utrzymywał, że każda czynność patologiczna nie jest niczem innem, jak tylko czynnością fizyologiczną podniesioną lub zniżoną. Źródło choroby upatrywał w zapaleniu, a źródło każdej gorączki w zapaleniu głównie żołądka i kiszek tak, że gorączka była u niego niemal synonimem *gastro-enteritidis*. A chociaż bywały przykłady, że na sekcyach trupów, zmarłych z chorób gorączkowych, nie znajdowano nic podobnego do zapalenia, to zapal szkoły BROUSSAIS'ego doszedł do tego stopnia, że przypuszczała zapalenie nawet tam, gdzie go po śmierci znaleźć nie mogła. twierdząc, że jeżeli przy zapaleniu bywa przekrwienie danego narządu, to przekrwienie to w momencie samej śmierci musi się stopniowo zmniejszać.

Dosadnie zbija ŚNIADECKI owe poglądy. Według niego każda czynność organiczna jest zamianą pewnej części materji odżywej na istotę organizowaną, inaczej jest wyrobieniem organicznem, czyli organizacją, a że takie wyrobienie organiczne może być co do rodzaju i gatunku rozliczne, niemal nieskończone, więc i cała choroba zależy od odmiennej patologicznej przemiany materji bez *plus* lub *minus*, lub z niemi razem. „Bo, pytam się, mówi dalej, kto może pojąć i przypuścić, że rak, ospa, odra i tyle innych tym podobnych chorób są tylko podniesionym stanem fizyologicznym? Nakoniec za cóż wszystkie choroby mają być miejscowymi i zależeć od zaognienia? Jeżeli mogą chorować organy i części, zacóżby nie mogła chorować całość? Jeżeli mogą chorować części stałe, zacóżby nie miały podlegać właściwym chorowitym odmianom i rozcieki nasze? Ograniczenie przeto wszystkich chorób do części czyli ich lokalizacya jest solidizmem do najwyższego posuniętych stopnia, jest najwyższym i wyrafinowanym Brow niz mem“. Przyjmując, że przyczyna właściwej gorączki tkwi we krwi, zarażonej jakąś niepoznaną kombinacją organiczną, że krew, *resp.* wszystkie soki ustroju, będąc równie organicznymi częściami, jak części stałe, równie, jak te, żyć, chorować i umierać muszą, ŚNIADECKI staje w roli obrońcy potępionej przez BROUSSAIS'ego patologii humoralnej, chociaż natychmiast zaznacza, że nie należy do obozu tych lekarzy, którzy wszystkie choroby chcieliby wprowadzać jedynie tylko z odmiany soków ustroju; wreszcie, zwraca jeszcze uwagę i na to, że częstokroć cierpienia miejscowe nie są przyczyną, lecz skutkiem gorączki, lub też — skutkiem tej samej przyczyny, która gorączkę sprawuje.

Ze ŚNIADÉCKI w wielu ze swoich doświadczeń miał najzupełniejszą rację, twierdzić to dzisiaj możemy na pewno. I tak, z jednej strony nie tylko napotykałyśmy istotne i niewątpliwe, a przytem bardzo ciężkie zapalenia, jak np. zapalenia nerek, przebiegające bez gorączki, ale nie znajdujemy jej nawet w niektórych przypadkach ostrych zapaleń ropnych. Z drugiej znów strony w gorączkowych chorobach zakaźnych takich, jak: w tyfusie wysypkowym, powrotnym, w zimnicy [w czystych niepowikłanych jej przypadkach], niema ani śladu zapalenia, a chociaż w tyfusie brzuszny i ospie występują ogniska zgorzelinowe i ropnie, to najczęściej bez żadnego związku z gorączką i dopiero naówczas, gdy ta ostatnia dawno już doszła do swego szczytu. Jeżeli zaś w płonicy i odrze mamy nie ciężkie, ale za to rozległe zapalenie skóry, to nie ono jest przyczyną wysokiej gorączki, lecz raczej gorączka poprzedza zawsze cierpienie skóry. I w zapaleniu płuc i opłucnej związek pomiędzy niemi a gorączką nie jest dowiedziony; choroba rozpoczyna się dreszczem, zapalenie jednak nie tylko, że trwa po przesileniu choroby, ale w tym ostatnim razie może się nawet jeszcze rozszerzać. Z tych danych prosty wniosek, że nie można każdej gorączki poczytywać za skutek cierpienia miejscowego, za skutek zapalenia.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

42. Kiwull. Przyczynę do rozpoznania skręcenia zgięcia esowatego jelita grubego.

Wskazanie do zabiegu operacyjnego przy niedrożności kiszki zależy wyłącznie od dokładnego rozpoznania tego cierpienia: jeżeli posiadamy pewność istnienia przeszkody, trzeba niezwłocznie przystąpić do operacji. WAHL stwierdził, że przy wszystkich postaciach niedrożności kiszki pętla kiszki w miejscu zwężenia ulega wzdęciu z powodu zaburzeń cyrkulacyjnych i nierównomiernego rozmieszczenia zawartości. Inni autorowie [ZOEGE v. MANTEUFFEL, SAMSON, KADER] dalej rozwinęli ważność powyższego spostrzeżenia. Z. v. MANTEUFFEL, łącząc objaw miejscowego wzdęcia z brakiem lub obecnością ruchów robaczkowych we wzdętej pętli kiszki, ułożył schemat, który wszystkie przypadki niedrożności kiszki dzieli na dwie wielkie grupy: 1) niedrożność zaciskowa (*Strangulationsileus*), kiedy mamy do czynienia z rozdętą i porażoną pętlą z powodu ucisku na naczynia krezkowe, powstałego wskutek zrostów, skręcenia lub wytworzenia się węzła i 2) niedrożność zasłonowa (*Obturationsileus*), kiedy istniejąca przeszkoda nie łączy się z uciskiem naczyń krezkowych, t. j. kiedy odżywianie kiszki nie jest upośledzonym.

W pracy swojej autor wskazuje na niektóre objawy, mające ważne znaczenie przy rozpoznaniu zaciskowej niedrożności kiszki, w szczególności zaś przy skręceniu zgięcia esowatego jelita grubego.

Przejrzyjmy znane dotychczas objawy ogólne skręcenia zgięcia esowatego: cierpienie spotyka się częściej u mężczyzn i występuje po uprzednim parodniowym zaparciu stolca, lub urazie [podnoszenie ciężaru]. Zjawia się silny ból, najczęściej umiejscowiony w okolicy pępka, lub pęcherza, rzadziej w okolicy lewego dołu biodrowego, wymioty, odbijanie, pewien rodzaj zapaści duszność, tętno małe, szybkie. Ciężota nie ulega znacznym wahaniom chory nie może oddać wypróżnień, ani gazów, chociaż w pojedynczych przypadkach na począt-

ku choroby może odejść nieco zbitego kału, znajdującego się w prostnicy poniżej miejsca skręcenia. Środki czyszczące pozostają bez rezultatu, wzmagając tylko bóle i powodując wymioty. Chory wydziela w niewielkiej ilości nasycony moc z wyraźnymi śladami indykanu. Wyszczególnione objawy ogólne nie są jednak dostateczne do należytego rozpoznania skręcenia zgięcia esowatego jelita grubego; niezbędną jest jeszcze obecność objawów miejscowych. W początkach cierpienia przy ogólnem wzdęciu dostrzedz się daje pewna asymetria brzucha, nie zawsze jednak odpowiadająca anatomicznemu położeniu zgięcia esowatego; zależną ona jest od rozdęcia gazami skręconego i porażonego zgięcia esowatego. Ruchów robaczkowych w tej okolicy zazwyczaj niema; w niektórych przypadkach daje się stwierdzić wzdęcie całego jelita grubego, w innych — części jelita cienkiego ponad miejscem przewężenia — z wyraźnymi jednak ruchami robaczkowymi (SCHLANGE). Przy obmacywaniu brzucha można wyczuć rozdęte zgięcie esowate pod postacią elastycznego z niewyraźnymi granicami guza; ucisk na to miejsce powoduje często napad silniejszego bólu. Przy dłuższem jednak trwaniu cierpienia, lub wobec powstałego następczo zapalenia otrzewnej, ani oględziny, ani omacywanie nie dają żadnych stanowczych wskazówek co do istoty i umiejscowienia sprawy chorobowej. Opukiwanie brzucha daje ton bębniasty, czasem ze stłumieniem na bokach [obecność przesięku]; wysłuchiwanie stwierdza brak burczenia i przelewania — następstwo porażenia kiszki. Możliwość wprowadzenia zapomocą lawatywy niewielkiej zaledwie ilości wody do prostnicy wskazuje na istnienie przeszkody w dolnym odcinku jelita grubego. Na tem kończą się wszystkie dotychczasowe dane, jakimi rozporządzamy w celu rozpoznania skręcenia zgięcia esowatego; stwierdzone jednak podczas zabiegów operacyjnych pomyłki rozpoznawcze są dowodem ich niedostateczności.

Autor w całym szeregu przypadków skręcenia zgięcia esowatego jelita grubego przekonał się o istnieniu bardzo dokładnego objawu rozpoznawczego, spotykanego przez niego stale we wszystkich przypadkach i pozwalającego dosyć dokładnie określić miejsce i rozległość uwięźniętej pętli jelita. Mianowicie, przy równoczesnem opukiwaniu i wysłuchiwaniu przez stetoskop jamy brzusznej można w pewnem określonym miejscu stwierdzić obecność metalicznego oddźwięku, podobnego do tego, jaki otrzymujemy przy uderzaniu w ścianki mocno wydętego balonu gumowego. Poza granicami pewnego określonego odcinka jamy brzusznej oddźwięk ten przepada. Tylko skręcona i rozdęta pętla jelita może dać powyższy objaw balonowy („Ballonsymptom”). W literaturze istnieją tylko ogólnikowe wzmianki o istnieniu takiego objawu, jednak nie tyczą się one skręcenia jelit. Zresztą można śmiało twierdzić, że w skręconej pętli jelita, gdzie ciśnienie zawartych w niej gazów jest stałe lub tylko wzmagające się, musi być wybitna różnica wysokości tonu w porównaniu z tonem rozdętych jelit powyżej miejsca przeszkody, gdzie ciśnienie gazów jest wogóle mniejsze i podlega znacznym wahaniom, zależnie od wymiotów i odbijania się. Autor spostrzegł taki dźwięk metaliczny w jednym przypadku *peritonitidis e perforatione*, był on jednak rozlanym na znacznej przestrzeni i zmienił natężenie przy zmianie położenia chorego.

Autor wreszcie zwraca uwagę, że dobre wyniki daje omacywanie brzucha w ciepłej kąpieli; wtedy, jak w uspianiu chloroformowem, często można wyczuć miejscowe ograniczone wzdęcie jelita, a nawet w głębi — podstawę rozdętej pętli.

Autor przytacza opis 8-iu spostrzeganych przez siebie przypadków skręcenia zgięcia esowatego jelita grubego: w 6-iu cierpienie wystąpiło po przekroczeniach dyetetycznych, w 1 — po nagłem podniesieniu ciężaru i w 1 — bez żadnej określonej przyczyny. Skręcenie wynosiło w 5-iu przypadkach — 180°, w 2-ch — 270°, nakoniec w jednym — 360°. Cierpienie 5 razy wystąpiło nagle,

3 razy przewlekłe. Wiek chorych wynosił 41—71 lat; w tej liczbie było 7-iu mężczyzn i jedna kobieta. Do zabiegu operacyjnego przystąpiono 6 razy po 12—48-iu godzinach trwania skręcenia, jeden raz na 3-ci dzień i raz na 8-my. We wszystkich przypadkach stwierdzono: asymetryczne wzdęcie brzucha, obecność rozdętej pętli jelita, które jednak nie zawsze było zgięciem esowatym, lecz wyżej leżącymi odcinkami jelita z zachowanymi ruchami robaczkowymi, brak wypróżnień i odchodzenia gazów, silne bóle, najczęściej w okolicy pępka lub pęcherza, nakoniec w 6-iu ostatnich przypadkach [dwa pierwsze były ogłoszone w 1893 r.] zawsze znajdowano objaw balonowy. Jeden przypadek [71 lat] zakończył się śmiercią na 11-ty dzień, wskutek zapalenia płuc, pozostałe—wyzdrowieniem. Pomimo, iż zabieg zawsze ograniczał się tylko do odprowadzenia skręconego jelita [bez kolopeksyi] nigdy nie spostrzegano nawrotu cierpienia. W żadnym przypadku nie znaleziono zgorzeli jelita, a więc nie było potrzeby stosowania rezekcyi. Nie stosowano również nacięcia skręconego jelita; w celu opróżnienia go z gazów i zawartości, natomiast po odprowadzeniu jelita wprowadzano do zgięcia esowatego przez prostnicę grubą rurkę gumową i tą drogą usuwano zawartość.

Należy operować zaraz po ustaleniu rozpoznania, gdyż zbyt długie trwanie skręcenia może znacznie pogorszyć rokowanie i zejście.

(*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* T. 1 . Z. I—II).

Aleksander Kopczyński.

43. Cahier. Ostra niedrożność jelita cienkiego i odróżnienie jej od zapalenia wyrostka robaczkowego.

Rozpoznanie różniczkowe ostrej niedrożności jelit i pewnych postaci zapalenia wyrostka robaczkowego niezawsze daje się łatwo przeprowadzić; omyłki w obydwóch kierunkach nie należą bynajmniej do rzadkości. Rzadziej spostrzegano współistnienie obydwóch powyższych stanów chorobowych. Trudność rozpoznawcza wynika z podobieństwa objawów odczynowych kiszkiwo-trzewnowych w obydwóch tych cierpieniach. Ból w okolicy prawego dołu biodrowego, uważany niemal za swoisty objaw zapalenia wyrostka robaczkowego, spotyka się również przy niedrożności, wywołanej przez powrót zapalny, uchyłek MECKEL'a i t. p. nie tylko w pobliżu prawego dołu biodrowego, lecz nawet w miejscu od niego odległym. Kwestya staje się niemożliwą do rozwiązania, kiedy wyrostek, nie znajdując się na swoim właściwym miejscu i sięgając swoim końcem nieraz bardzo odległych okolic jamy brzusznej, przechodzi w stan zapalny i wywołuje objawy ostrej niedrożności jelit. Na podstawie operowanego przez siebie przypadku, w którym ściśle rozpoznanie nasuwało pewne wątpliwości, autor zastanawia się nad rozpoznaniem różniczkowym ostrej niedrożności i zapalenia wyrostka robaczkowego, pewnymi objawami, oraz leczeniem ostrej niedrożności prawdziwej i rzekomej.

Spostrzeżenie odnosi się do 23-letniego mężczyzny, który zachorował nagle przy następujących objawach: bóle w prawym dole biodrowym, promieniujące na prawą okolicę lędźwiową, wzmagające się przy ucisku i badaniu przez odbytnicę, wielokrotne wymioty żółciowe, lekkie wzdęcie brzucha, od 36-ju godzin brak stolca i gazów, tętno 85, ciepłota 38,2°, język obłożony. W przeciągu ostatnich trzech lat chory miał trzy podobne napady, chociaż w nieco słabszym stopniu, które jednak po 2—3 dniach przy stosowaniu zwykłych środków dyetetycznych przechodziły bez dalszych następstw. Chorego pomieszczono na oddziale wewnętrznym i rozpoznano *appendicitis*. Kiedy po upływie 5-ju dni stan chorego nie uległ zmianie na lepsze, natomiast bóle, zachowując swoje poprzednie umiejscowienie, stały się nieco silniejsze, stolca zaś i gazów wywołać nie było można, pomimo środków czyszczących i ławatyw, przeniesiono chorego na oddział chirurgiczny. Autor ze względu na brak wyraźnego nacieczenia

w prawym dole biodrowym, pewną elastyczność powłok brzusznych, przypuszczał prawdopodobne istnienie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powodującego czynnościową niedrożność jelit i wobec długiego trwania ciężkich objawów niezwłocznie przystąpił do operacji. Otworzywszy ukośnem cięciem w okolicy prawego dołu biodrowego jamę brzuszną, znaleziono wyrostek robaczkowy, kiszkę ślepą oraz sąsiednie pętle jelit cienkich w stanie zupełnie normalnym; wprowadzona tą drogą do jamy brzusznej ręka, nie mogła natrafić na żadną przeszkodę. Wobec takiego ujemnego wyniku ranę boczną zaszyto i szeroko otworzono jamę otrzewnej w smudze białej. Wydobyte na zewnątrz pętle jelit cienkich również nie przedstawiały żadnych zmian. Dopiero po długich bezowocnych poszukiwaniach w górnym kącie rany brzusznej natrafiono w okolicy okrężnicy na pętlę jelita, którą można było z trudnością wydobyć na zewnątrz, a którą autor przyjmuje za pierwszy odcinek jelita czczego. Pętla wspomniana była rozdęta do grubości stawu napiętkowego i nieco zaczerwieniona, zresztą bez żadnych zmian nadzwyczajnych; odprowadzenie jej na poprzednie miejsce było połączone ze znacznymi trudnościami. Ranę brzuszną zaszyto szwem trzypiętrowym. W parę godzin po zabiegu zaczęły odchodzić przez odbytnicę gazy, na trzeci dzień po ławatywie nastąpiły obfite wypróżnienia; po 10-iu dniach usunięto szwy skórne: rychłozrost na całej linii. Wyzdrowienie zupełne.

BÉRARD i DELORE uważają następujące objawy za znamienne dla zapalenia wyrostka robaczkowego i zupełnie wystarczające do odróżnienia tego cierpienia od ostrej niedrożności jelit: nagły początek, szybkie podniesienie się ciepłoty, zaburzenia trawienia, zaparcia, zmieniające się biegunką, mniejsza lub większa bolesność w okolicy prawego dołu biodrowego, obecność mniej lub więcej wyraźnego nacieczenia w tem miejscu, lekki obrzęk powłok brzusznych, mało wyraźne odznaczanie się pęteli jelit, pojawianie lub wzmaganie się bólu w prawym dole biodrowym przy badaniu przez odbytnicę.

W wielu atoli przypadkach, jak tego dowodzi wyżej przytoczony, objawy powyższe nie wystarczają do przeprowadzenia ścisłego rozpoznania różniczkowego, albowiem każdy wymieniony objaw może istnieć dzięki szczególnym warunkom i przy ostrej niedrożności jelit.

Wobec tego w wątpliwych przypadkach należy uciec się do innych sposobów badania, a w ich szereg na pierwszym miejscu postawić badanie krwi. Mianowicie stwierdzono, że przy ostrych ropieniach liczba białych ciałek krwi ze zwykłej 6000 — 8000 w milimetrze sześciennym krwi podnosi się szybko do 40000 a nawet 50000. Takie powiększenie się leukocytozy przy istnieniu innych miejscowych objawów przemawia za ropieniem w okolicy wyrostka robaczkowego, wyklucza zaś ostrą niedrożność, naturalnie przed powstaniem zapalenia otrzewnej. Nie uskuteczniano dotąd badania krwi przy ostrej niedrożności jelit, jednak istnieje spostrzeżenie BLOODGOOD'a, dotyczące się uwięźniętej przepukliny, w którym po 12—24-ch godzinach trwania uwięźnięcia liczba białych ciałek krwi podniosła się do 20—30000, co nasuwało obawę zgorzeli i zapalenia otrzewnej. W innym podobnym przypadku wzmozona w ten sposób leukocytoza zmniejszyła się nagle do 10000, przy ogólnych objawach ciężkiego zatrucia, stanowiąc przeciwskazanie do zabiegu operacyjnego.

Pomimo swojej prostoty sposób powyższy w praktyce z wielu względów jest trudny do zastosowania. O wiele łatwiejszem jest zużytkowanie spostrzeżenia LEWIN'a, że okład gorący, zastosowany na ognisko ropne [ostre], zwiększa uczucie bólu. W 10-iu przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, stosując na okolicę prawego dołu biodrowego gorący okład przez dwie godziny, autor w 8-iu spowodował ulgę w cierpieniach chorych—przypadki te zakończyły się samodzielnem wyleczeniem; w 2-ch zaś—znaczne zwiększenie bólów i tu miał do czynienia z ropieniem, które zmusiło go do wykonania operacji.

Nie należy również zaniedbywać jeszcze jednego sposobu rozpoznawczego a mianowicie: różnicy ciepłoty pod pachą i w odbytnicy. Różnica ta u zdrowych wynosi około 0,6°, u gorączkujących 0,4°, przy zapaleniu ropnem w pobliżu małej miednicy, a więc i przy ropieniu około wyrostkowem = 0,9°—1,4°. MADELUNG, LENNANDER i in. stwierdzili to przy ropnem zapaleniu otrzewnej.

Drobiazgowość rozpoznania różniczkowego w przypadkach niecierpiących zwłoki nie może być uwzględniana, jednak, kiedy stan ogólny chorego pozwala na to nie należy lekceważyć dokładnego różniczkowania, gdyż cięcie boczne przedstawia mniej niebezpieczeństwa dla chorego, niż otworzenie jamy brzusznej w linii środkowej.

Autor uważa, iż w jego przypadku uwięźnięcie jelita którego nastąpiło w jednym z tych zagłębień otrzewnowych, jakie szczegółowo opisał JOANNESCO, a które mieszczą się pomiędzy otrzewną ścienną a tylną ścianą jamy brzusznej. Znajdują się więc one na zewnątrz wielkiej jamy otrzewnej, z którą łączą się otworem lub szczeliną rozmaitej wielkości. Spotykają się najczęściej w okolicy dwunastnicy i są powodem uwięźnięć jelit cienkich. Przepukliny wewnętrzne, uważane wogóle za bardzo rzadkie [do 1890 r.—64 spostrzeżeń], są o wiele częstsze, niż mniemano dotychczas: do nich należy zaliczyć te przypadki, w których po daremnie poszukiwaniu przyczyny niedrożności jelit, zamyka się jamę brzuszną z rozpoznaniem niedrożności rzekomej, a w następstwie chory przychodzi do zdrowia. Należy przypuszczać, że w wielu podobnych przypadkach, przy przeszukiwaniu jamy brzusznej i pociąganiu jelit następuje bezwiednie uwolnienie uwięźniętej w takim wgłębieniu pętli. Pomimo widocznych śladów uwięźnięcia na pętli jelita, nie podobna odnaleźć otworu wgłębienia z powodu jego głębokiego położenia i niewielkich rozmiarów [SCHWARTZ].

Wobec stwierdzonej ostrej niedrożności jelit nie należy do ostatecznych granic wyczekiwać z przystąpieniem do operacji, a to z obawy ujemnych następstw zmian, zachodzących w uwięźniętym jelicie. TRELAT pozwala tylko przez 5 godzin stosować środki ogólne i lawatwy. LEJARS nie radzi wyczekiwać na pojawienie się wymiotów kałowych, chociaż zyskujemy w nich wskazówkę rozpoznawczą. Przy niedrożności rzekomej [skurczowej lub niedowładowej] można zabiegi ogólne znacznie przedłużyć, lecz koniecznym jest należyte rozpoznanie tych stanów chorobowych; dopiero wystąpienie groźnych objawów powinno skłonić do operacji. Czasem przy tych cierpieniach znakomite usługi oddaje elektryzacja.

Przy wyborze sposobu operowania należy stosować się do okoliczności: czasem wystarczy założenie przetoki kałowej, następnie zaś, po ustąpieniu burzliwych objawów, można przystąpić do otworzenia szerokiej jamy brzusznej i usunięcia istotnej przyczyny niedrożności, jak to niejednokrotnie wykonywano. Jednak postępowanie takie nie zawsze prowadzi do pożądanego wyniku, gdyż można przetokę kałową wytworzyć na pętli jelita poniżej miejsca przeszkody [NIMIER]. Wobec tego najodpowiedniejszym jest otworzenie jamy brzusznej w smudze białej: przy ostrej niedrożności pozwala ono na uwolnienie jelita, jeżeli zaś w końcu okaże się potrzeba założenia przetoki kałowej, to skutecznia się to w odpowiednim, właściwym miejscu, na co w zupełności pozwala obszerność terenu operacyjnego.

(*Revue de Chir.* 1903. Z. I).

Aleksander Kopczyński.

Prof. dr Rudolf Trzebieky.

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Ostatnie dziesięciolecie liczne poczyniło szczyby w szeregach chirurgów polskich. Dziś przybywa do nich nowa strata, spowodowana śmiercią RUDOLFA

TRZEBICKIEGO, profesora nadzwyczajnego chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim i prymariusza szpitala św. Łazarza, zmarłego w 44-m roku życia, dnia 23 lipca w Krakowie. Jeżeli ocena wartości pracy każdego prawie człowieka o szerszym zakresie działalności trudną zazwyczaj bywa do skryształowania w chwili jego zgonu, to tembardziej czuć się to daje wówczas, kiedy śmierć uderza niespodzianie i w samym rozkwicie przecina bezpowrotnie nić trudów i dążeń człowieka, od którego społeczeństwo jeszcze więcej spodziewać się mogło. A działalność ś. p. prof. TRZEBICKIEGO szerokie zatoczyła koło w Krakowie. Jako zdolny lekarz ceniony był wysoko przez licznych swych pacjentów, jako kierownik jednego z największych i najlepiej urządzonych oddziałów chirurgicznych w kraju wiele poświęcał pracy dla dobra powierzonych mu chorych a starań i czasu dla pożytku i nauki młodszych kolegów, których liczne grono pracowało pod jego kierunkiem w szpitalu.

Poza tem znajdował w sobie jeszcze dużo zapału i dobrych chęci dla spraw obchodzących ogół lekarzy; brał czynny udział w pracach Izby Lekarskiej od początku istnienia tej instytucji, przyczynił się do stworzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy, mającego na celu organizację stanu lekarskiego dla obrony jego interesów w coraz cięższej walce o byt. Wyrazem uznania i ufności ze strony kolegów był jego wybór przed paru laty na prezidenta zachodnio-galicyskiej Izby Lekarskiej. Choć z urodzenia nie Polak, zmarły żył się ze społeczeństwem naszym, wśród którego całe spędził życie, zrosł licznymi węzłami z miastem i krajem, które dały mu wiedzę, chleb, stanowisko i uznanie współobywateli.

Po ukończeniu studiów lekarskich w Uniwersytecie Jagiellońskim wstąpił ś. p. TRZEBICKI do krakowskiej kliniki chirurgicznej, kierowanej wówczas przez profesora MIKULICZA i po szeregu lat asystentury habilitował się w roku 1886 na docenta chirurgii. Po ustąpieniu z Krakowa profesora MIKULICZA prowadził chwilowo tę klinikę aż do objęcia jej w roku 1887 przez profesora RYDYGIERA.

W roku 1895 mianowany został profesorem nadzwyczajnym, w r. 1897-ym zaś po przejściu prof. ORALIŃSKIEGO na katedrę kliniki chirurgicznej, objął TRZEBICKI po nim kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu krajowym S-go Łazarza w Krakowie, który prowadził do ostatniej chwili.

Nie wyczerpuje to jednak całego zakresu działalności tej czynnej natury, która znajdowała ponadto ujście czy to w pracach Krakowskiej Rady miejskiej, czy to w zebraniach redakcji Przeglądu Lekarskiego, czy w posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego lub lekarzy szpitalnych, gdzie wszędzie pilnym i czynnym był członkiem. Działalność naukowo-literacka ś. p. TRZEBICKIEGO przedstawia pokaźny dorobek, którego ślad pozostanie na zawsze w rocznikach literatury chirurgicznej. Poczynając od pierwszych prac asystenckich, aż do ostatnich artykułów doświadczonego chirurga, opierającego się na wielkim materiale klinicznym, wszędzie widnieje w nich praktyczny umysł autora, daleki od dociekań teoretycznych, lecz mający na widoku potrzeby codziennej praktyki chirurga. Treścią swą prace te obejmują różne działy chirurgii, ze szczególnem jednak upodobaniem powracał w nich autor do spraw, tyjących chirurgii przewodu pokarmowego i otrzewnej. Do tych należy jedna z lepszych prac jego: „O operacyjnem leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej” (1886), w której na podstawie dużego szeregu doświadczeń na psach (67) i obserwacji klinicznych śmiało wypowiada zdanie o konieczności wczesnej interwencji chirurgicznej w przypadkach ropnego zapalenia otrzewnej. Z pomiędzy innych prac, jedne omawiają ulepszenie techniki operacyjnej w różnych zabiegach chirurgicznych lub nowe do nich wskazania [„W sprawie techniki operacyjnej przy herniotomii“, „Przyczynę do osteoplastycznej rezekcyi stopy podług WŁADIMIROWA—MIKULICZA“, „O doświadczonej operacji przepuklin pachwinowych“], — inne dzielą się z czytelnikiem wynikami spostrzeżeń klinicznych z różnych działów terapii chirurgicznej [„O wstrzykiwaniach teukryny“, „O zastosowaniu jodku skrobi w chirurgii“, „W sprawie leczenia zgorzeli kończyn“, „O znieczuleniu miejscowem sposobem SCHLEICH'a“, „O znieczuleniu sposobem BIER'a“ i inne).

Zasługują też na uwagę wyniki badań, przedsięwziętych przez autora w celu rozstrzygnięcia kwestyi, „ile jelita cienkiego wolno rezekować?“ Na podstawie do-

świadczeń na psach przychodzi do przekonania, że „rezekcyę połowy jelita cienkiego [nie wliczając dwunastnicy] ustrój znosi jeszcze całkiem dobrze“. Wycięcie $\frac{2}{3}$ jelita cienkiego w doświadczeniach tych zawsze pociągało za sobą śmierć zwierzęcia. Przenosząc dane te na ustrój ludzki, oblicza autor, iż wycięcie 280 ctm. jelita cienkiego [przyjmując najmniejszą długość przewodu jelitowego] jest zupełnie dopuszczalnem u człowieka.

Do tego bardzo pobieżnego przeglądu prac naukowych, które na razie miałem pod ręką, dodać należy działalność literacką ś. p. TRZEBICKIEGO nie ściśle naukową, lecz niemniej przeto bardzo pożyteczną—jako sprawozdawcy naszej literatury lekarskiej do pism niemieckich. Przez szereg lat był on przewodniczącym komisji sprawozdawczej Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego i jego staranności zawdzięczać należy referaty z prac polskich w rocznikach VIRCHOW'a-HIRSON'a. Zamieszczał również sprawozdania zbiorowe z naszych prac chirurgicznych w wiedeńskim czasopiśmie „Die Heilkunde“.

Prace swe polskie pomieszczał we wszystkich chyba czasopismach lekarskich, wychodzących w Polsce. I nasza Gazeta korzystała z jego współpracownictwa, drukując różnymi czasy kilka rozpraw jego pióra.

Do owoców jego działalności naukowo-pedagogicznej zaliczyć także należy szereg poważnych prac młodszych kolegów, pracujących w szpitalu pod jego kierunkiem. Są to spostrzeżenia, zebrane sumiennie z różnych dziedzin bogatego materyału szpitalnego i umiejętnie opracowane, reprezentujące godnie praktyczną szkołę chirurgii, z której wyszły.

Nie można wreszcie pominąć milczeniem i stałego udziału, jaki brał ś. p. TRZEBICKI w corocznych pracach Zjazdów chirurgów polskich od samego początku powołania tej instytucji do życia przez prof. RYDZIĘRA. Na każdym Zjeździe widzieliśmy go czynnym zawsze w podwójnej roli: raz jako stałego skarbnika Zjazdów, skrzętnie dbającego o powiększenie funduszów zjazdowych, powtórę, jako pilnego prelegenta, któremu członkowie Zjazdów zawdzięczają niejedną korzyść z jego wykładów czy demonstracji. Dopiero przed kilku tygodniami na ostatnim Zjeździe w Krakowie poraz pierwszy skarbnik był nieobecny, złożony ciężką chorobą,—i w tydzień potem już nie żył.

Pogrzeb ś. p. TRZEBICKIEGO był dowodem tego uznania i ogólnej sympatii, jaką zdobyć sobie potrafił w szerokich warstwach mieszkańców Krakowa. Ogromny udział publiczności w pogrzebie i szereg przemówień przedstawicieli instytucji, których zmarły był członkiem, dały żywe świadectwo poczucia głębokiego żalu, jaki śmierć ta wywołała.

I Redakcyja Gazety Lekarskiej dołącza swój głos szczeremu uznaniu dla pamięci zacnego kolegi i dzielnego pracownika.

L. K.

Wiadomości bieżące.

— Grono higienistów różnych narodowości, w którym znajdujemy i prof. BUJWIDĄ z Krakowa, postanowiło urządzać co 3-y lata międzynarodowe kongresy dla narad nad kwestyą higieny szkół. 1-y taki kongres odbędzie się w Norymberdze r. 1904 w tygodniu po Wielkiejnocy.

— Bogacz amerykański ROEKFELLER, zwany królem naftowym, ofiarował uniwersytetowi w Chicago sumę 35,500,000 franków na nowe budowle, co z poprzednimi darami jego, uczynionymi dla tegoż uniwersytetu, wynosi ogromną sumę 112,500,000 franków.

— Międzynarodowy 7-y Kongres otologiczny odbędzie się w Bordeaux w r. 1904 między 1—4 sierpnia. Na porządku dziennym jego będą kwestye: 1) *Choix d'une formule acoumétrique simple et pratique.* 2) *Diagnostic et traitement des supurations du labyrinthe.* 3) *Technique de l'ouverture des abcès encéphaliques otogènes et des soins consécutifs.*

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.