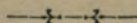


GAZETA LEKARSKA.

I. KILKA UWAG O RAKU ŻOŁĄDKA.

Podał

K. Chelchowski.



Względna częstość u nas raka żołądka i wrzodu żołądka.

W podręcznikach patologii i terapii szczegółowej ze zdziwieniem czytałem, że wrzód żołądka jest chorobą znacznie częstszą od raka. Pomijając już dane kliniczne, wiemy, że statystyki sekcyjne wykazują w Zachodniej Europie około 2% raków żołądka, 5% zaś wrzodów żołądka, lub blizn po nich pozostałych.

Będąc asystentem klinik wewnętrznych w szpitalu Dz. Jezus, corocznie widywałem po kilka raków żołądka; natomiast wrzód żołądka zdarzał się tam bardzo rzadko, bo ledwie raz na parę lat. Potwierdzali to i inni koledzy szpitalni, z którymi o tem mówiłem. Potwierdzają to i ogólne sprawozdania statystyczne, ogłaszane przez szpital Dz. Jezus [za lata 1883—1887].

Wrzód żołądka, jako osobną rubrykę, podano tam tylko w dwóch rocznikach [1883 i 1884]: w jednym zaznaczono go dwa, w drugim cztery razy [przy rocznej liczbie chorych przeszło 6600]. Raków zaś żołądka corocznie rozpoznawano przeciętnie 10 ¹⁾. Bardzo podobne dane otrzymałem i ze szpitala Św. Ducha od Naczelnego Lekarza D-ra ZALESKIEGO: w ciągu lat trzech [1887—1889] rozpoznawano tam corocznie raka żołądka 12 razy, wrzód żołądka 2—3 razy [przy rocznej liczbie chorych 2550]. Wspomnę tu wreszcie i o tem, że w wykazach ogólnej śmiertelności całej Warszawy wrzód żołądka, jako przyczyna śmierci, podawany bywa corocznie zaledwie około 8 razy ²⁾.

Oczywiście, dane takie nie mogą być rozstrzygającymi. Wnosić z nich można tyle tylko, że lekarze w szpitalach u nas rzadko rozpoznają wrzód żołądka i że przy oznaczaniu przyczyn śmierci na kartach myśl o wrzodzie żołądka bardzo rzadko przechodzi do głowy i pod pióro.

Fakty jednak powyższe skłoniły mnie do przekonania się, jak się ta kwestya przedstawia na sekcjach. Jakoż, otrzymawszy pozwolenie kierowników na-

¹⁾ Medycinsko-statysticz. otezet po Bolnice Ml. Isusa. Warszawa. 1885. 1886. 1887. 1888.

²⁾ B. DANIEŁWICZ. Zdrowie. 1888, str. 117. 1888, str. 773, 1890, str. 276. 2891, str. 391. 1892, str. 344.

szego prosektoryum, przejrzałem protokoły sekcyjne z ostatnich 17 lat [około 4 tysięcy—3791]. Otóż, raka żołądka zaznaczono w nich w 4% sekcji [152 razy] wrzód żołądka lub blizny po nim w niespełna 1% [33 razy, więc 1 na 114]—rezultat zgodny z powyższymi danymi klinicznymi. I kierownicy naszego prosektoryum już nie z cyfr, ale wprost z codziennego doświadczenia, zaliczają raka żołądka do rzeczy u nich pospolitszych, wrzód zaś do rzadszych.

Możnaby zarzucić powyższemu, że do protokółów sekcyjnych wciągane bywają nie wszystkie zrobione sekcye, ale część ich tylko. Wyosobniając jednak te lata [sześć], w których liczba zapisanych protokółów była największą [od 250 do 400], i tu otrzymałem zupełnie te same cyfry [1 rak na 26 sekcji, 1 wrzód na 122].

Wiadomo, że i rak i wrzód żołądka nie wszędzie się powtarzają równie często. Rak żołądka np. poza Europą ma się zdarzać daleko rzadziej, a u murzynów jakoby nie bywa go prawie wcale. O wrzodzie znowu żołądka SOHLERN ¹⁾ twierdzi, że w Petersburgu ma się trafiać niezmiernie rzadko [zaledwie raz na kilka tysięcy sekcji]. I w Niemczech jedno lub drugie cierpienie w jednych okolicach daleko częściej spostrzegano, niż w innych. Można więc postawić pytanie, czy u nas wrzód żołądka nie jest chorobą stosunkowo rzadszą, rak zaś — częstszą, niż gdzieindziej. Oczywiście, stawiam to jako pytanie tylko, nie zaś twierdzenie; może bowiem przecież zachodzić całkiem inny stosunek w praktyce prywatnej i szpitalnej, a i różne szpitale mogą się różnić od siebie w tym względzie ²⁾.

Wiek chorych na raka żołądka.

Przy etyologii każdego cierpienia zwykliśmy zawsze zwracać uwagę na usposobienie różnego wieku. To też stale widzujemy wykazy i tabelki częstości danej choroby w różnym wieku, różnych dziesiątkach lat; zawsze jednak powtarza się tu ten sam błąd. O częstości jakiejś choroby w różnym wieku wnioskuje się z bezwzględnej cyfry zachorowań; np. ponieważ najwięcej chorych liczyło 20 do 40 lat, a więc ten wiek właśnie najbardziej usposabia do danego cierpienia. Błądność takiego postępowania jest widoczna. Jeżeli chodzi o usposobienie pewnego wieku, pewnego dziesiątka lat życia, trzeba jeszcze i to brać w rachubę, ile jest osób żyjących w tym wieku. Im więcej pewien wiek ma żyjących przedstawicieli, tem więcej powinienby dostarczyć chorych na dane cierpienie. Inaczej — późniejsze dziesiątki lat, mające z natury rzeczy mniej żyjących przedstawicieli, zawsze na pozór będą okazywały usposobienie słabsze od rzeczywistego.

Chcąc więc wyrazić cyframi usposobienie różnego wieku do raka żołądka np., nie dość jest rozłożyć daną liczbę przypadków raka żołądka na różne dzie-

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1889. Nr. 13 i 14.

²⁾ Sądząc ze sprawozdań klinicznych, w Krakowie zachodziłyby odmienne od Warszawy stosunki [BOSSOWSKI w sprawozd. z klinik KORCZYŃSKIEGO, KADYI. Przegl. Lek. 1886, str. 489, 501. Spraw. ze szp. św. Łazarza, KORCZYŃSKI i JAWORSKI. [Deut. med. Woch. 1886. Nr. 50].

siątki lat. Trzeba jeszcze dodać, ile z takiej samej liczby osób żyjących przypadnie na każdy dziesiątek lat. Dopiero stosunek liczby chorych do liczby żyjących w tym samym wieku wyrazi nam rzeczywiste usposobienie danego wieku. Jeżeli liczby te będą całkiem lub prawie równe, stosunek ich więc = 1, to usposobienie danego wieku wcale lub prawie nie różni się od ogólnego usposobienia do owej choroby. Gdzie liczba chorych okaże się większą od liczby żyjących tego samego wieku dwa, trzy, cztery razy, tam i usposobienie owego wieku wyrazi się cyframi: 2, 3, 4. Gdzie liczba chorych wypadnie mniejsza od liczby żyjących, tam i owo usposobienie wyrazi się ułamkiem.

Dla Warszawy liczbę osób żyjących w każdym wieku oznaczał przez kilka lat p. DANIELEWICZ, biorąc za punkt wyjścia rezultaty spisu jednodniowego ¹⁾.

Korzystając z tego, rozłożyłem 148 przypadków raka żołądka, wynotowanych z protokółów sekcyjnych, na pojedyncze dziesiątki lat. Tak samo na pojedyncze dziesiątki lat rozłożyłem, według DANIELEWICZA, taką samą liczbę — 148 żyjących. Dzieląc dla każdego dziesiątka lat liczbę chorych przez liczbę żyjących, otrzymałem cyfry, wyrażające usposobienie każdego wieku:

W wieku od lat.	0—20	21—30		31—40		41—50		51—60		51—70		71 i wyżej.	
		21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70	71—80	81
Na 148 żyjących przypada.	66	30		20		15		10		5		2	
Na 148 przypad. raka żołądka.	0	0	3	3	12	10	29	21	21	15	17	16	11
		3		15		39		42		32		17	
Usposobienie do raka żołądka.	$\frac{0}{66}=0$	$\frac{3}{30}=0,1$		$\frac{15}{20}=0,75$		$\frac{39}{15}=2,6$		$\frac{42}{10}=4,2$		$\frac{32}{5}=6,4$		$\frac{17}{2}=8,5$	

Według tego rachunku, usposobienie do raka żołądka z wiekiem wciąż wzrasta, i to od 40 roku życia bardzo szybko, niemal jak postęp arytmetyczny. W dwóch pierwszych dziesiątkach lat = 0, w 3-im wynosi ono 0,1, w dalszych 0,75, 2,6, 4,2, 6,4, wreszcie 8,5.

Wypadałoby więc stąd, że szanse zachorowania na raka żołądka, nawet w późniejszym wieku, z każdym dziesiątkiem lat wciąż bardzo szybko wzrastają. Zapewne—materiał użyty do tego rachunku jest za szczupły, bo ograniczony do jednego prosektoryum, a może i nie dość pewny. Można by mieć wątpliwości, czy w kartach szpitalnych i protokołach sekcyjnych zapisano wiek chorych całkiem zgodnie z prawdą. Wreszcie, co najważniejsze, liczyć się trzeba i ze zwyczajami ludności, która chętniej może oddaje starców do szpitala, niż ludzi w średnim wieku.

¹⁾ L. c.

Nie podaję bynajmniej powyższych wniosków za coś nowego. Oddawna zwracano uwagę na konieczność zestawiania liczby chorych w danym wieku z liczbą żyjących, i zestawienia takie można znaleźć w wielu pracach statystycznych, nie wyłączając wspomnianych już prac DANIELEWICZA. Co się tyczy specjalnie raka żołądka, takie samo obliczenie, jak ja, zrobił dawno już temu, bo jeszcze w 1857 r. BRINTON ¹⁾, i doszedł do bardzo podobnych rezultatów. I według niego, usposobienie do raka żołądka z każdym dziesiątkiem lat także szybko wzrasta, dosięga swego *maximum* w 7-ym dziesiątku lat życia, poczem zmniejsza się, jakkolwiek jeszcze pozostaje wysokiem ²⁾.

Rzecz dziwna, że odnośny ustęp pracy BRINTON'a, powszechnie zresztą bardzo cenionej, nie przedostał się do podręczników patologii i terapii. Wzmiankę o nim znalazłem tylko u LEUBE'go. Zapomnienie to tłómaczyć trzeba chyba tylko uprzedzeniem lekarzy do statystyki. Może zresztą wpłynęła na to jeszcze ogłoszona przez LEBERT'a statystyka wieku chorych na raka żołądka ³⁾, w której cyfry dla późniejszych dziesiątków lat znacznie były niższe od BRINTON'owskich.

Praca LEBERT'a, jakkolwiek wielokrotnie cytowana ze względu na użyty do niej materiał, mało może budzić zaufania; zestawia on w niej bowiem nietylko sekcyjne, ale i kliniczne rozpoznania raka żołądka, i to wzięte zarówno z kliniki, jak i z polikliniki oraz z praktyki prywatnej.

W ostatnich czasach ogłoszono kilka wykazów według wieku chorych na raka żołądka ⁴⁾. Żeby oznaczyć z nich usposobienie każdego wieku, trzeba mieć na to liczby żyjących z każdego miejsca i to za czas odpowiadający zebranym spostrzeżeniom. Cyfr takich nie mogłem znaleźć. Jednakże niektóre z tych wykazów podają *maximum* raków żołądka nie tylko już względnie do liczby żyjących, ale i bezwzględnie na ostatnie dziesiątki lat [HAHN, EISENHART, ogólna statystyka śmiertelności w Szwajcaryi] ⁵⁾.

	W w i e k u o d l a t .									
	0—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80	80—90	
BRINTON	—	3	32	80	140	162	133	38	13	
LEBERT	—	—	3	55	96	95	51	13	1	
Warszawskie prosektoryum	—	—	3	15	39	42	32	16	1	
HAHN	—	—	2	18	26	42	76	—	—	
HÄBERLIN	—	—	5	6	36	55	33	3	—	
BRÄUTIGAM	—	—	3	8	26	39	36	8	—	
Szwajcarska statystyka śmiertelności za 10 lat	—	—	65	383	1522	3568	4411	2560	272	

¹⁾ The British and foreign medico-chirurg. Review. 1857. T. 19, str. 214. BRINTON. Krankheit. des Magens. Würzburg. 1862, str. 185.

²⁾ Przyjmując względną do liczby żyjących częstość raka w 7-ym dziesiątku życia za równą 100, BRINTON otrzymał dla innych dziesiątków lat życia następujące cyfry: dla 2-go 0,23, dla 3-go—11,6, dla dalszych 31,6; 63,88; 100; 52; 60. (l. c.).

³⁾ Deutsch. Arch. f. klin. Med. Tom 19, str. 515.

⁴⁾ HAHN. Berl. klin. Woch. 1885. Nr. 50 i 51. HÄBERLIN. Deut. Arch. f. kl. Med. Tom 41.

⁵⁾ HAHN, EISENHART twierdzą np., że połowa raków żołądka przypada na wiek po 60 roku życia.

Z państwowych ogólnych statystyk śmiertelności ¹⁾ zdawałoby się wynikać, że to, co powiedziano wyżej o raku żołądka, stosuje się i do raków w ogólności i to w wyższym jeszcze stopniu.

Nawiasowo wspomnę tu jeszcze o innej chorobie, do której zastosowałem powyższy rachunek, mianowicie o suchotach płucnych. W ostatnich czasach mniej już może słyhać o tem, niż dawniej, że suchoty płucne mają być chorobą właściwą przeważnie młodemu wiekowi. Rachunek taki sam, jak powyższy, ułożony dla suchotników ze szpitali Dz. Jezus i Św. Ducha za lat kilka, wykazuje, że usposobienie do suchot z wiekiem wciąż wzrasta, jakkolwiek już nie tak rażąco, jak do raka. Wynosi ono w pojedynczych dziesiątkach lat 0,01, 0,32, 1,36, 1,75, 1,84, 1,83, 2,1, 2,1. Dodać muszę, że rachunek ten opiera się nie na sekcjach, ale na dyagnozach szpitalnych. Zdaje mi się zaś z własnego doświadczenia szpitalnego, że przy uwzględnieniu sekcji przyrost ten z wiekiem usposobienia do suchot okazałby się znacznie jeszcze większym.

Prawdopodobnie i w innych chorobach przy zastosowaniu takiego rachunku usposobienie późniejszych dziesiątków lat wyraźniej zarysowałoby się, niż to ma miejsce obecnie. Straciłoby zaś może na sile tak często powtarzane twierdzenie: choroba ta napastuje przeważnie ludzi w sile wieku, a więc w okresie najbardziej wytężonej walki o byt.

Na ową mniemaną większą chorobliwość wieku średniego wpływa bowiem i ta okoliczność, że wielkie miasta, skąd przeważnie takie statystyki pochodzą, odznaczają się właśnie przewagą ludności w wieku zdolnym do pracy nad dziećmi i starcami.

Mówiąc o etyologii raka żołądka, chciałbym wspomnieć jeszcze o stosunku raka do polipów żołądka. Przejście niewinnych polipów w złośliwe nowotwory w innych narządach dobrze jest znane. I co do żołądka niejednokrotnie już nastawano na to, że i tu polip, powstały na tle przewlekłego kataru, może się stać punktem wyjścia dla raka żołądka. W zestawionym przez siebie materiale 9 razy znalazłem zanotowaną obecność polipów żołądka obok raka. Zapewne, możnaby przypuszczać, że polipy te powstały dopiero następnie wskutek kataru żołądka, wywołanego obecnością raka. W większości jednak tych przypadków nie były to znane drobne polipowate rozrosty błony śluzowej, ale większe guzy, wielkości orzecha laskowego, włoskiego, nawet jaja kurzego. Do tej samej kategorii — raków żołądka przypuszczalnie powstałych z polipów — zaliczyłbym inny jeszcze przypadek: rak żołądka, osadzony na szypułce. I odwrotnie: pamiętam dobrze własną chorobę, u której znaleziony przypadkowo na sekcji owrzodzony polip żołądka nastęrczał na razie trudności dla rozpoznania anatomicznego. Wreszcie podejrzenie w tym kierunku budzą jeszcze 4 przypadki, w których w żołądku znaleziono po dwa pierwotne raki obok siebie.

Dodam jeszcze, że *gastritis polyposa* w protokółach naszego prosektoryum powtarza się wcale często, częściej np., niż wrzód żołądka.

¹⁾ Real. Encykl. Morbilitäts- und Mortalitätsstatistik.

Z kolei chciałbym zwrócić uwagę na niektóre powikłania raka żołądka. Owrzodzenie rakowe żołądka, pokryte masami zgorzelinowemi, stykające się z pokarmami długo zalegającymi w żołądku, *a priori* możnaby uważać za sprawę bardzo sprzyjającą zakażeniom wtórnym. Już samo przechodzenie takich mas przez kiszki nie powinny być dla nich obojętnem. Pomijając biegunki, niezbyt rzadkie u chorych na raka żołądka, oraz niezbyt kiszek, notowany w każdym niemal protokóle sekcyjnym, zatrzymam się jedynie na cięższych cierpieniach kiszek.

Pamiętam żywo jeden przypadek raka żołądka z kliniki z ogromnym guzem doskonale wyczuwalnym. Chora ta była dla studentów pożądanym przedmiotem badania, zwłaszcza wymacywania palcem. Nie wiem, czy pod wpływem częstego badania, czy też niezależnie od niego, ów wielki guz w ciągu kilku dni zmalał tak, że ledwie go już można było wyczuć. Jednocześnie chora, która dotąd cierpiała na zaparcie stolca, dostała biegunki, z początku zwyczajnej, a po kilku dniach — dyzenterycznej z częstymi [po 20 razy dziennie], nieobfitymi, śluzowemi wypróżnieniami, z wydymaniami, bólami, ale bez krwi. Biegunka ta trwała dwa tygodnie, aż do śmierci. Na sekcyi obok wrzodu rakowego, zajmującego całą połowę żołądka, znaleziono bardzo silny katar kiszek grubych z obrzmieniem gruczołów solitarnych.

W innym analogicznym przypadku, w którym jednocześnie z szybkim, rażącem zmniejszeniem się wielkiego guza zjawiała się biegunka z wypróżnieniami czekoladowemi, zakończona wkrótce śmiercią, znaleziono na sekcyi *ileitis diphteritica* obok bardzo rozległego wrzodu rakowego w żołądku.

Pamiętając oba te przypadki, zwracałem uwagę w protokółach sekcyjnych na stan kiszek. Jakoż znalazłem jeszcze następujące przypadki: *enteritis diphteritica* kiszek cienkich, *enteritis intensa* kiszek cienkich z owrzodzeniami follikularnemi, dwa razy zaznaczano dyzenterję, raz błony krupowe w kiszce ślepej, raz owrzodzenia follikularne kiszek grubych ¹⁾. Nadto nieraz jeszcze notowano silniejsze stopnie kataru kiszek z obrzmieniem gruczołów solitarnych i kępek Peyer'a, ze śluzem krwawym. Prawie we wszystkich tych przypadkach wrzody rakowe w żołądku były bardzo rozległe.

Na powikłania te zwracano dotąd bardzo mało uwagi. Z powyższego jednak dość jasno, zdaje się, wynika, że takie cierpienia kiszek powtarzają się przy raku żołądka niezbyt rzadko i że związek ich przyczynowy z rozpadem raka jest prawdopodobny. Uważać je za przypadkowy tylko zbieg raka żołądka i dyzenteryi — trudno, choćby już ze względu na to, że zmiany te często ograniczały się jedynie do kiszek cienkich.

Co się tyczy zakażeń wtórnych, to dawniejsi i nowsi autorowie przyznają ich możliwość, ale raczej *a priori*, niż na podstawie faktów. Byli jednak i tacy, którzy przypisywali wydzielinie żołądkowej nawet przy raku żołądka antyseptyczne własności.

W materyale z naszego prosektoryum nie wiele dało się znaleźć cierpień, które możnaby odnieść do zakażenia wtórnego przez owrzodzony żołądek. Typo-

¹⁾ Oczywiście wszystko to były przypadki bez zmian gruźliczych w płucach.

wego obrazu ropnicy nie znalazłem ani razu. Posocznicę z protokółów trudno byłoby rozpoznać. Z kliniki jednak wiemy, że w przebiegu raka żołądka wyjątkowo tylko zdarza się gorączka, nie dająca się wytłómaczyć jakimś innym miejscowem cierpieniem.

Najczęściej jeszcze stosunkowo przy raku żołądka powtarzają się zapalenia błon surowiczych: otrzewnej i opłucnych. Oczywiście mówię tu o zapaleniach niezależnych od przedziurawienia żołądka, gruźlicy płuc, przerzutów raka na te błony, przynajmniej widocznych dla oka; wyłączam też i przesięki do jam surowiczych. Otóż, ropne zapalenie otrzewnej zaznaczono 4 razy, opłucnej 2 razy. Zapalenie surowicze lub surowiczo-włóknikowe otrzewnej 6 razy, opłucnej aż 10 razy.

Dalej zaznaczę tu jeszcze pojedyncze przypadki miejscowego ropienia: *parotitis purulenta*, *gastritis phlegmonosa*, *endocarditis ulcerosa*, *ramollitio*, *thrombi cordis puriformes*, *parametritis purulenta*, ropień przepony spostrzegany przezemnie.

Ten ostatni przypadek przytaczam tu pokrótce. 46-letni T. M. przybył do szpitala 26. II. 1888. Od września roku zeszłego stopniowo wzrastające bóle w dołku, brak łaknienia, zaparcie stolca, wychudnienie i osłabienie. W ostatnich tygodniach bóle się wzmogły, częsta czkawka. Wymiotów nigdy nie było. Charłactwo. Guz *in epigastrio* twardy, nierówny, przy ucisku bolesny, sięgający prawie do pępka i do obu linii sutkowych. Żołądek naczcho zawiera dużo czekoladowego, gęstego płynu, dość silnie alkalicznego, w którym tu i ówdzie trafiają się żółtawe i brunatne grudki, okazujące pod mikroskopem wyraźne ślady budowy rakowej. Ten sam charakter zawartości i te same cząsteczki, dochodzące wielkości grochu, znajdowano i po uprzednim wypłókanu żołądka i po kilkudniowej dyecie wyłącznie mlecznej. Obrzmienie i stwardnienie gruczołów nad lewym obojczykiem.

W pierwszych trzech dniach marca bóle i czkawka znacznie się wzmogły; bez codziennych wstrzyknień morfiny nie można już było się obejść. Jednocześnie chory niezmiernie zesłabł. Następných dwóch dni stan jego znowu się nieco poprawił.

6. III. chory dostał gwałtownego klucia w lewej piersi u samej brodawki piersiowej. Ani dreszczów, ani podniesienia ciepłoty nie było. Przy badaniu znaleziono: przyspieszony, powierzchowny oddech, osłabienie szmerów oddechowych i znaczne podniesienie ku górze granic płucnych, wyraźne zwłaszcza po prawej [nie bolącej] stronie (*in lin. mamm. dextr.* na 5 żebrze, *in axillari* na 6, z tyłu o 2 ctm. wyżej, niż po lewej stronie). Owo silne klucie w lewej piersi trwało aż do śmierci [17. III]; dawne bóle w dołku zeszły na drugi plan wobec nowego cierpienia. Czkawka w ostatnich dniach życia zmalała. Duszności nie było.

Na sekyi znaleziono: przepona sięga ku górze do górnego brzegu 4 żebra. Dolna jej powierzchnia gładka i lśniąca. W okolicy wpustu żołądka, mianowicie ku przodowi i na lewo od niego, zgrubiała i nacieczona przepona zawiera ropień owalny z największym wymiarem przednio-tylnym. W ropie liczne streptokoki. W sąsiednich częściach przepony drobnowidz wykazał nacieczenie ropne; ani śladu zaś ognisk rakowych (*pherinitis suppurativa*). Owrzodzenie rakowe żołąd-

ka zajmuje całą niemal małą jego krzywizną od wpustu do odźwiernika prawie. Reszta błony śluzowej szaro-sztyfowa. Pojemność żołądka zwykła. *Enteritis catarrh.* Wątroba usiana guzami rakowymi. Takież guziki na błonie otrzewnej żołądka. Gruczoły chłonne za krzywizną małą zwyrodniałe, niektóre z nich zrosły się z przeponą. Zwyrodnienie gruczołów nadobojczykowych lewych i jednego z okołoskrzelowych prawych. Otrzewna gładka, lśniąca, pokryta licznymi, czerwonymi i brunatnymi plamami; w jamie jej 3 fnt. krwawego płynu. *Peritonitis fibrosa. Perisplenitis.*

Ropień przepony, nie podejrzrywany zresztą za życia, przebywał tu więc bez dreszczów i gorączki, powodując czkawkę i silne klucie w lewej piersi u samej brodawki piersiowej. Porażenie przepony [wysokie jej położenie] uwydatniło się głównie po zdrowej stronie. Brak porażenia po stronie chorej zgadzałby się ze znanym faktem, że mięśnie uległe zapaleniu widzujemy zwykle w stanie przykurczenia (*psosis, torticollis*).

Wreszcie znalazłem zanotowaną 4 razy zgorzel płuc. Właściwie jednak może ona tu mieć inną jeszcze przyczynę, a mianowicie: spływanie do płuc mas wymiotnych. W jednym moim przypadku zgorzel płuc najprawdopodobniej była takiego pochodzenia.

Dużo pisano o stosunku suchot płucnych do raka żołądka. Według dawniejszych autorów, cierpienia te miały się poniekąd wykluczać wzajemnie. Zaprzeczono jednak temu z różnych stron, a nawet twierdzono, że przeciwnie rak żołądka usposabia do gruźlicy. Nasze protokoły wykazują zmiany gruźlicze w płucach niezbyt często [32 razy, czyli w 21% przypadków], a i to przeważnie włókniste [z 32 przypadków w 20], bardzo często pod postacią nielicznych jedynie i drobnych stwardnień [14 przyp.]. Uogólnienie gruźlicy na inne organy zaznaczano nader rzadko [raz jeden na krtań, raz na pęcherz moczowy, i cztery razy na kiszki]. Zdaje mi się, że ów włóknisty charakter zmian gruźliczych mógłby poniekąd tłumaczyć sprzeczność pomiędzy dawniejszymi pisarzami [ROKITANSKY, GUÉNEAU de MUSSY] a nowszymi. Pierwsi zapewne nie zaliczali do suchot płucnych nielicznych małych stwardnień, jak to robili późniejsi pisarze. Wogóle trzeba przyznać, że trudno o ludzi bardziej narażonych na gruźlicę od chorych na raka żołądka: i długi pobyt w szpitalu ułatwia zakażenie; odporność wyniszczonego organizmu powinnyby spaść do *minimum*; prawdopodobne spływanie mas wymiotnych do dróg oddechowych także nie jest bez znaczenia. Jeżeli pomimo to uwzględnimy, że jakieś *peribronchitis fibrosa*, nieliczne małe stwardnienia świadczą raczej o pokonanej gruźlicy, że gruźlica postępująca, daleko posunięta lub uogólniona zdarza się tu wcale rzadko [około 12% przypadków], to musimy przyjść do wniosku, że jednak chorzy na raka żołądka posiadają jakąś odporność na jad gruźliczy.

O innych powikłaniach mało mam do nadmienienia. Częste zapalenia płuc kachektyczne [13], bardzo częsta skleroza aorty, są całkiem zrozumiałe.

Niezmiernie często, stale niemal powtarzają się zmiany w nerkach: nie próbowałem jednak rozstrzygać z protokółów, o ile zmiany te mogłyby być niezależnymi od starości i arteriosklerozy.

Dodać trzeba, że i pomyłki dyagnostyczne w tym kierunku [rozpoznanie *nephritis* zamiast *carc. ventric.*] powtarzają się bardzo często, co i mnie się dwa razy trafiło.

Dość często powtarzają się wady serca [10], *myocarditis* [6], *hepatitis interstitialis* [5 razy], zakrzep w żyłach większych [4], zator tętnicy płucnej [3 razy]; rzadko natomiast: tętniaki [1], wylewy krwawe [0] i rozmięczenia mózgu [2], kamienie moczowe [1] i żółciowe.

Co się tyczy przerzutów raka, to wyniki z naszych protokółów zgodne są z innemi sprawozdaniami. Zwróciłbym tylko uwagę na jeden punkt. Przy poczynającym się uogólnieniu raka na otrzewną stosunkowo często guziczki rakowe przedewszystkiem lub przeważnie występują na jaw *in fossa Douglasii*. Znajduję to zaznaczone 5 razy. Nadto 2 razy w tem samym miejscu i jedynie w niem znaleziono większe guzy, przechodzące na tylną ścianę macicy i przednią kiszki prostej.

Takie niejako uprzywilejowanie *fossae Douglasii* mogłoby być w związku z tem, że jest to najniższa część jamy brzusznej, w której ewentualnie zbierają się złuszczone komórki otrzewnej.

W dwóch przypadkach obok nielicznych przerzutów w narządach wewnętrznych [ograniczonych raz do wątroby, raz do nadnerczy] znalazło się ich mnóstwo w układzie kostnym [raz jeden niemal we wszystkich kościach ciała]. O przypadkach takich donoszono i skądinąd. Niepodobna tu przypuścić, żeby przy generalizacyi raka zawiązki jego dostawały się jedynie do układu kostnego. Dostawały się one zapewne wszędzie, do wszystkich narządów, ale tylko w kościach znalazły przyjazne dla rozwoju warunki. STRUEPPELL takie uogólnienie raka przeważnie lub wyłącznie na układ kostny stawia w związku ze zmianami w szpiku kostnym, zależnemi od ciężkiej niedokrwistości, towarzyszącej rakowi żołądka.

Jeszcze kilka słów w sprawie przebiegu i rozpoznawania raka żołądka u ludzi młodych. Przedmiotowi temu poświęcił osobną pracę M. MATHIEU ¹⁾, w której twierdzi, że u takich ludzi [przed 30 rokiem życia] rak żołądka najczęściej nie daje się rozpoznać, że zwykle nie wywołuje u nich żadnych przypadłości gastrycznych, guza zazwyczaj wyczuć nie można, częstokroć brak i wyglądu charłaczego, że wreszcie przebieg zwykle bywa bardzo szybki. Na pierwszy plan natomiast występują tu z objawów wczesne obrzęki i bladeść.

Raków żołądka u tak młodych ludzi obserwowałem w szpitalu 3 przypadki i we wszystkich obraz chorobowy był całkiem odmienny od tego, co podaje MATHIEU: a więc choroba trwała długo [1—2 lat], przypadłości żołądkowe były bardzo silne, chorzy cierpieli bardzo, na długo już przed śmiercią niepodobna było obyć się bez morfiny, stanowczą dyagnozę można było postawić stosunkowo

¹⁾ Du cancer précoce de l'estomac. Paris. 1884.

wcześniej¹⁾. Czwartym taki przypadek widziałem tylko na sekcji: i tu objawy żołądkowe musiały być silne, bo na dość długo przed śmiercią dokonał na chorym laparotomii kol. MATLAKOWSKI.

Przeglądając pracę MATHIEU, doszedłem do wniosku, że materiały, na którym oparł on swe twierdzenia, nie upoważniał go do nich. Zebrane spostrzeżenia, przeważnie dawniejsze, były niedbale i niedokładne, przypadłości żołądkowych właściwie bynajmniej nie brakowało. Wysuwanie się z pomiędzy objawów raka na pierwszy plan obrzęków i bladeści zdarza się dość często i w późniejszym wieku. Że guz żołądka u ludzi młodszych przez jędrniejsze ściany brzuszne trudniej może daje się wyczuć, temu nie będę przeczył. Że młody wiek chorych może się stać źródłem pomyłek wskutek bardziej złożonego bogatego w objawy obrazu klinicznego, albo np. jednoczesnego zbiegu ciąży i raka żołądka [czego kilka przykładów zebrał MATHIEU], chętnie to przyznaję. Za główne jednak źródło błędów dyagnostycznych u takich młodych ludzi uważałbym to, że przywykliśmy tu liczyć się z wiekiem chorych jako pierwszorzędnym momentem rozpoznawczym; więc już ze względu na wiek u młodych ludzi odrzucamy myśl o raku żołądka. Bardzo jaskrawo można się o tem przekonać, przeglądając błędy dyagnostyczne w naszych protokołach sekcyjnych. Pomiędzy 46 a 60 rokiem życia rak żołądka pozostał nierozpoznany tylko u 30% chorych. Natomiast przed 46 i po 60 roku życia pomyłek dyagnostycznych było dwa razy tyle: 58%²⁾.

Z materiału naszego zdaje się wynikać fakt, że u ludzi młodszych częściej, niż w późniejszym wieku, spotykamy odmianę raka włóknistą (*scirrhus*), rzadziej zaś rdzeniową. Coś podobnego musiało zachodzić i w przypadkach zebranych przez MATHIEU; twierdzi on bowiem, że rak żołądka u osób młodych przebiega tak szybko, że najczęściej sprawa nie dochodzi nawet do owrzodzenia.

Co do błędów dyagnostycznych, najczęściej rozpoznawano u nas zamiast raka żołądka — suchoty płucne [16 razy], *nephritis* [16 razy], *gastro-enteritis chron.* [11 razy], *cirrhosis hepatis* [7 razy], nie mówiąc już o takich rozpoznaniach, jak: *neoplasma v. carcinoma hepatis, abdominis, oesophagi, peritonei* [18 razy], czego już nie zaliczałem do mylnych rozpoznań.

Liczba raków żołądka, zapisanych w naszych protokołach sekcyjnych, wyrównywa liczbie raków wszystkich innych narządów. [Na 1543 sekcji z 9 lat raków żołądka było 74, raków innych narządów 67, pomiędzy tymi ostatnimi najczęstsze jeszcze raki przełyku]. Oczywiście, nie odpowiada to prawdziwym stosunkom. W sprawozdaniach ze szpitala Dz. Jezus raki żołądka na równi z rakiem warg ustnych stanowią tylko po 16% wszystkich raków, raki sutki i przełyku zdarzają się dwa razy rzadziej [8% i 8,8%], raki zaś macicy przeszło dwa razy częściej [36,7%]. Niezgodność pomiędzy danymi z prosektoryum i ze

¹⁾ W jednym z tych przypadków, obserwowanym przeze mnie w klinice prof. THUMASA, chora na kilka lat przed objawami raka żołądka zapadła na blednicę, a nadto cierpiała na tasiemca. Pomimo tego rozpoznanie raka żołądka nie nastąpiło tu wielkich trudności.

²⁾ Nierozpoznanych raków żołądka wogóle było 45%. Najwięcej pomyłek [66%] przypada na wiek od 36 do 45 roku życia.

szpitala zależy zapewne od tego, że nieuleczalnych chorych z rakami zewnętrznymi odsyła się do szpitala Ś-go Łazarza.

Najczęstszą postacią raka żołądka u nas jest *carcinoma vulgare*. *Scirrhus v. carc. fibrosum* zaznaczono 25 razy; rzadziej nieco *carc. medullare* [18 razy], najrzadziej *carc. colloideum* [5 razy].

Jako o kuryozach anatomicznych w swoim rodzaju wspomnę o przypadkach, w których obok pierwotnego raka żołądka znaleziono inne nowotwory: przede wszystkim więc drugiego raka także pierwotnego w innych narządach [raz w macicy i pochwie, raz w przelyku, raz w pęcherzyku żółciowym], dalej zaś — *struma*, *ureteritis polyposa*, torbiel skórzastą jajnika, *fibromyoma uteri*, *fibriolipoma colli*.

Raka u wpustu żołądka lub w pobliżu znaleziono 26 razy [częściej niż w innych wykazach], w tej liczbie 11 razy rak przechodził i na dolną część przelyku.

Przejście raka z odźwiernika na dwunastnicę zaznaczono dwa razy.

Rak wtórny żołądka znaleziono 6 razy: trzy razy były to przerzuty raka z innych odległych narządów [sutka, pęcherzyk żółciowy, macica], trzy razy zaś — bezpośrednie przejście raka z sąsiednich narządów [raz z wątroby, dwa razy zaś ze zwyrodniałych gruczołów około-przelykowych przy pierwotnym raku przelyku na wysokości rozdziału tchawicy].

Przedziurawienie żołądka powtórzyło się sześć razy [nie licząc 3 przypadki bezpośredniego przejścia raka z żołądka na trzustkę, śledzionę, sieć i otrzewną]. Wskutek przedziurawienia raz powstało rozlane zapalenie ropne otrzewnej, trzy razy ograniczone jamy ropno-posokowe obok rozlanego zapalenia otrzewnej surowiczowo-włóknikowego, dwa razy zaś przetoki pomiędzy żołądkiem a *flexura lienalis*.

Jeden z tych ostatnich przypadków obserwowałem sam.

57-letni emeryt przybył do szpitala w ostatnich już dniach życia, wymiotował żółtymi masami, wyraźnie kałowemi i dla nosa i dla oka, płynnemi i sfornowanemi. Jak mówił, wymioty takie trwały już całe cztery tygodnie, początkowo nawet były częstsze i obfitsze, niż później.

Dopełnienie. Już po napisaniu niniejszego artykułu, kol. EDWARD ZIELIŃSKI zakomunikował mi łaskawie dane z sekcji [około 400], robionych przez niego w szpitalu Ś-go Ducha w ciągu ostatnich lat pięciu. Raków żołądka znalazł kol. ZIELIŃSKI 13 [w tem *scirrhus* 7, *carc. medullare* 5 razy; przypadków nie rozpoznanych za życia było 5]. Wrzodem żołądka i bliznami po nim pozostałymi interesował się kol. ZIELIŃSKI specjalnie; zwracając w tym kierunku uwagę przy każdej sekcji, znalazł je [blizny jedynie, ani razu wrzodu nie zagonęgo] 11 razy.

Stosunek ten znacznie się różni od znalezionego w prosektoryum Dz. Jezus. I tak jednak, porównyując względną częstość wrzodu i raka żołądka, otrzymamy: według podręczników 5:2; w szpitalu Ś-go Ducha 5:6; w szpitalu Dz. Jezus 5:20. Trzeba przypomnieć i to, że szpitale Dz. Jezus i Ś-go Ducha znacznie się różnią pod względem stanowiska socyjalnego swych chorych. W szpitalu Ś-go Ducha do pewnego stopnia mieści się jakby wybór chorych szpitalnych, w szpitalu Dz. Jezus przeważnie proletaryat.

Kol. ZIELIŃSKI zwraca jeszcze uwagę, że raki włókniste, zajmujące cały żołądek [takich przypadków widział 4], nie dawały za życia wyraźnych przy padłości żołądkowych i pozostały nie rozpoznane.

II. Z DZIEDZINY CHIRURGII DRÓG ŻÓLCIOWYCH.

Podał

Ryszard Bukowski.

— 3 —

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 27].

II.

Niedawno stworzona chirurgia dróg żółciowych, przeszedłszy szybko szereg zmian i udoskonaleń w zastosowaniu, znalazła skuteczny środek przeciw licznym cierpieniom, bądź usuwając je doszczętnie, bądź też znaczną przynosząc ulgę choremu. Mimo to ani różnorodność zalecanych rękoczynów, ani dokładna znajomość wskazań nie przechyliła jeszcze zupełnie szali na stronę chirurga, któremu i dziś dwa słuszne zarzuty uczynić by można. Trzymając pewną broń w ręku, nie wie często, kiedy jej użyć, lub, gdy rozważywszy szczegóły, zdecydował się na krok stanowczy, nie jest w stanie naprzód określić, co mu uczynić wypadnie i jak daleko swoje zabiegi posunie! Lecz to „kiedy“ pozostanie, niestety, tak długo słabą stroną całej chirurgii jamy brzusznej, póki trzeźwa kliniczna obserwacya nie wyprze z medycyny hipotez i nie sformuje niezbitych wskazań co do rodzaju cierpienia i odpowiedniego czasu operacji. Jeżeli jednak przeciwnicy na swoją obronę mają zupełnie uprawniony środek—całą wyczekującą metodę, której przecie uda się czasem ocalić chorego bez narażenia na ciężki rękoczyn, to my śmiało twierdzić możemy, że te pojedyncze pomysły przypadki nie wynagrodzą straty nieoperowanych, lub tych, którzy, uważając lek taki za *ultimum remedium*, szukali w nim ratunku, będąc w stanie zupełnego wycieńczenia. Te głośno cytowane przypadki, że chory wyzdrowiał tuż przed operacją lub po kilku miesiącach ciężkiego cierpienia bez możności wytłómaczenia przyczyny tego zjawiska, to nietylko dowód, jak mało i niedokładnie znamy prawa natury, lecz również wskazówka, że na tak kruchej i niepewnej dziś podstawie opierać się nie należy. Leczenie chorób pęcherzyka i dróg żółciowych za pomocą wczesnego rękoczynu tyle wyjaśniło nam ciemnych zagadek, tylu chorych ocaliło od niechybnej śmierci, że najmniejsza zwłoka wobec niepewnych, a tem więcej ciemnych objawów, niczem usprawiedliwić się nie daje. Chirurgiczny zabieg zyskał dziś nietylko zupełne prawo obywatelstwa, lecz pozostanie nazawsze najpotężniejszym środkiem radykalnym, a często rozpoznawczym i o tyle mniej niebezpiecznym, o ile wcześniej stosować go będziemy. Zdania LAWSON TAIT'a, TERRIER'a, LANGENBUCH'a, TERRILLON'a, którzy w praktyce swojej już setki przypadków naliczyć mogą, są najwymowniejszym dowodem, usprawiedliwiającym nasze postępowanie.

Równie ważnem jest drugie pytanie: co robić będziemy? Różnorodne przyczyny cierpień dróg żółciowych i zależne od nich zmiany niemal w każdym poszczególnym przypadku są niezwalczoną przeszkodą do określenia naprzód metody, jaką zastosować wypadnie. Wykonanie stosownego rękoczynu zależy nie tylko od dokładnej znajomości przyczyny i charakteru danego cierpienia, lecz przede wszystkim od anatomicznych stosunków i patologicznego stanu chorego narządu. Nieprzewidziane choćby zrosty pęcherzyka mogą zniszczyć zupełnie z góry ułożony plan naszych zabiegów i zmienić pomyślnie przedtem rokowanie na złe lub niepewne. Te jednak anatomo-patologiczne warunki, tak nieprzychylne dla nas w danej chwili, z biegiem czasu zwykle gorzej wikłają sprawę chorobową i dlatego najwłaściwszej drogi chirurgicznego rękoczynu nigdy tamować nie powinny. Niekiedy znów dokładna znajomość szczegółów danego przypadku da nam wskazówki absolutnie pewne, które bez najmniejszej zmiany w wykonaniu tylko wprowadzić należy.

W zakresie mej pracy nie leży szczegółowy rozbiór spraw patologicznych pęcherzyka i dróg żółciowych; wybaczą mi przecież Szanowni Panowie, jeżeli, przedstawiając Im obraz wskazań, któremi chirurg kierować się powinien przy badaniu pewnych grup chorych, szukających jego pomocy, wspomnę niekiedy dobrze Im znane formy chorobowe i towarzyszące objawy; nie mogę ich bowiem pominąć milczeniem, chcąc uwydatnić niektóre poglądy, mające bezpośredni związek z rękoczynem, który w danym przypadku wykonać będzie potrzeba.

I. Pierwszą i najliczniejszą grupę stanowią tutaj chorzy z guzami pęcherzyka żółciowego.

Kwestyę nowotworów jamy brzusznej zostawiam na uboczu, a mając na uwadze wyłącznie pęcherzyk żółciowy, przystępuję wprost do rozbioru tych cierpień, które, wywołując bezpośrednio powiększenie jego objętości, manifestują się obecnością guza, wyczuwalnego przez ściany brzuszne.

Guzy pęcherzyka przedstawiać się mogą bądź jako nierówne, mniej więcej twarde, bądź jako wyraźnie chleboczące i elastyczne. Do pierwszej kategorii zaliczamy zwykle: 1) nowotwory, biorące początek w samym pęcherzyku i 2) zbiorowisko kamieni, wypełniających jego wnętrze — guzy kamienne (*tumores calculosi*); do drugiej: 3) wodną puchlinę (*hydrops v. f.*) i ropny otok (*empyema v. f.*) i 4) guzy żółciowe (*tumores biliares*).

Pierwszym zatem warunkiem rozpoznawczym będzie określenie spójności (*consistentio*) wyczuwalnego guza.

1) Guzy od początku swego istnienia twarde, nierówne, niezmiernie czułe na dotyk, z objawami częstych strzelających bólów, należą, pomimo braku specjalnej charakterystyki, już w pierwszej chwili do bardzo podejrzanych. Spotykane zawsze u osób starszych, a przeważnie kobiet, odznaczają się nadzwyczaj szybkim wzrostem i początkowo małe, trudno nawet wyczuwalne, są już ściśle związane z wątrobą, z którą tylko wyłącznie wspólne odbywają ruchy [przy oddechaniu, kaszlu i t. d.]. Niekiedy bywają półmiękkie, jakby ciastowate (*angioma, sarcoma, myxoma, papilloma, carcinoma colloideum, tuberculosis v. fel.*)¹⁾; w innych

¹⁾ Vide DENUCÉ. str. 12.—LANCÉRAUX. An. pat. T. I. str. 70.

zaś wyraźniejsza twardość i nierówność zależeć mogą od obecności kamieni, które nieodstępnie towarzyszą wszystkim nowotworom. W tym okresie ich rozwoju najzupełniej jest usprawiedliwioną próbna laparotomia, której konieczność wykonania podzielają wszyscy bez wyjątku. Jeżeli wówczas guz ogranicza się ściśle do samego pęcherzyka, wskazanem jest całkowite jego wycięcie (*cholecystectomy*), w razie zaś przejścia nowotworu na sąsiednie narządy—tylko zaszycie jamy brzusznej [TAIT, COURVOISIER, SOCIN]. Nieracjonalnem, zdaje się, jest otwieranie pęcherzyka, jak to czynią RIEDEL i CZERNY. Określenie cierpienia bez rozcięcia ścian brzusznych jest niezmiernie trudne i zawsze niepewne; we wczesnym, na przykład, przypadku HOCHBENEGG'a ¹⁾ zrobiono laparotomię z powodu guza okrężnicy, a znaleziono rakowaty pęcherzyk z nacieczeniem nowotworowem wątroby. Tutaj usunięto cały organ i klin z mięszu wątroby, a chorą jeszcze w 1½ roku widziano bez żadnych objawów powrotu choroby.

Gdy w dalszym przebiegu nowotwór zatka wszystkie przewody żółciowe, przejdzie na sąsiednie narządy, ścianę brzuszną, wywoła żółtaczkę, wodną puchlinę (*ascites*), gorączkę (*fièvre hépatique*) i wszystkie objawy cierpienia wątroby i rakowatego charłactwa, choć łatwo go poznamy, żadnym jednak rękoczynem nawet najmniejszej ulgi nie zapewnimy choremu. W tych więc przypadkach możliwość dokonania operacji (*cholecystectomy*) pozostaje w ścisłym związku z wielkością nowotworu, *respective* z najwcześniejszem jego rozpoznaniem.

2) Guzy kamienne (*tumores calculosi, lithiasis biliaris stricte sic dicta*) powstają wskutek nagromadzenia się pewnej, dość znacznej ilości kamieni w pęcherzyku żółciowym. NAUNYN twierdzi, że kamienie stosunkowo bardzo często spotykamy w pęcherzyku; posiada je przeciętnie każdy 10-ty trup starego człowieka i 4 razy częściej kobiety. W większości jednak przypadków o istnieniu ich wcale nie wiemy, póki ilością lub też wielkością swoją nie wywołają objawów, wskazujących bezpośrednio na cierpienie dróg żółciowych ²⁾. Nie zajmując się wcale ich formą, pochodzeniem, składem chemicznym, skłonnością organizmu (*diathesis*) ³⁾, powiemy tylko, że mogą one wypełniać cały pęcherzyk żółciowy, a ilość ich dochodzi niekiedy do 2000 sztuk [CRUVEILHIER ⁴⁾]. Guzy takie przedstawiają się wówczas jako twarde, nieregularne, mało bolesne na ucisk, niekiedy dające uczucie tarcia, a co najważniejsze stale jednej wielkości [stacyonarne]. Chorzy opowiadają czasami o przewracaniu się kamieni przy zmianie pozycji ciała [PETIT], skarżą się więcej na rodzaj uczucia ciężaru, a nie bólu, cierpią na zawroty głowy [POTAIN], zaburzenia w trawieniu i t. d.. Przechodzenie kamieni do kiszki wywołuje u nich przypadłości miejscowe i zaburzenie ogólne refleksyjnego charakteru; sam guz i wątroba zwykle czasowo się powiększają, zjawiają się napady kolki, czasami żółtaczką, napady epileptyczne i t. d.. Nie zawsze przecież obserwować się daje tak wyraźny obraz sprawy chorobowej; niekiedy, prócz guza,

¹⁾ Wiener kl. Woch. 1890. 2.

²⁾ 10 Congr. de med. interne. 1891.

³⁾ Dokładne opisanie objawów znajdziemy w pracy kol. REJCHMANA: „Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamiey żółciowej“. Odczyty klin. Gaz. Lek. Zesz. X. 1891.

⁴⁾ Vide DENUCÉ, str. 25.

nie mamy żadnych innych objawów, niekiedy znów obecność jego powikłaną jest zapaleniem ścian pęcherzyka i otaczającej otrzewnej (*cholecystitis catarrhalis — pericholecystitis peritonealis*). Wówczas rozpoznanie jest trudniejsze i wymaga bardzo subtelnego badania dla odróżnienia cierpień pęcherzyka od różnorodnych guzów jamy brzusznej. Bądź co bądź, sprawa chorobowa jest jedną z najłatwiejszych do rozpoznania, a w razie decyzji chirurgicznego rękoczynu—do zakreślenia sposobu postępowania. Rodzi się wówczas tylko pytanie: czy chorych tego rodzaju należy operować i jakie korzyści przez operację zapewnić im możemy? *Quo ad primum*, wykluczmy naturalnie całą grupę tych przypadków, w których napady przejścia kamieni żółciowych powtarzają się niezmiernie rzadko, czasami raz w życiu i gdzie przy pomocy racjonalnie użytych środków terapeutycznych możemy osiągnąć, jeżeli nie zupełne wyleczenie, to znaczną przynajmniej poprawę. Jeżeli mówimy o stosowaniu jakiegoś rękoczynu, to tylko w tych razach, w których cierpienie opiera się wszelkim lekom wewnętrznym, w których różne przypadłości trwają prawie ciągle, nasilenia bólów są częste i długie, wreszcie cała sprawa chorobowa połączona jest z pewnym upadkiem sił i odżywiania. Wziąwszy tu na uwagę nie tylko subiektywne objawy, lecz i te patologiczne zmiany i ich następstwa, jakie powstać mogą wskutek długotrwałej obecności kamieni w pęcherzyku żółciowym [zgrubienia zapalne i owrzodzenia ścian, zrosty, częściowe ropne zapalenie otrzewnej, połączone z przedziurawieniem ścian pęcherzyka i utworzeniem się przetoki, cierpienia wątroby i przewodów, zapalenie wsierdzia ¹⁾], powinniśmy stanowczo uznać postępowanie chirurgiczne jako jedynie racjonalne i bezwarunkowo wskazane. Że nie mamy pewności zupełnego uleczenia chorego; że po zagojeniu się przetoki pęcherzyka żółciowego kamienie w nim z biegiem czasu tworzyć się mogą: jest to kwestya odrębna, w osnowie bowiem procesu powstawania kamieni leży nie tylko pęcherzyk, lecz wiele innych warunków miejscowych, jak również stan ogólny i usposobienie organizmu. [BOUCHARD, NIEMAYER, ROUX, FRERICHS i t. d.]. W każdym razie chory pozbywa się od razu przyczyny cierpienia i wszystkich uciążliwych przypadłości, umożliwia poprawę stanu pęcherzyka, a przez to samo unika na długo, jeżeli nie na zawsze, powrotu choroby. Do tego środka radzi uciekać się dzisiaj wielu terapeutów [EICHHORST, SCHUEPPEL, STRUEMPEL], widząc w nim jedyną rękojmnię poprawy. WINIWARTER ²⁾ w ostatniej swej pracy powiada, że już objawy istnienia kamieni i napady kolki upoważniają nas najzupełniej do operacji, którą przedsięwzięć należy wcześniej, póki ścianki pęcherzyka i przewodów są zdrowe i drogi żółciowe przepuszczalne. Rozstrzygnąwszy zatem i drugie pytanie na korzyść operacji, pozostaje nam tylko zdać sprawę z chirurgicznego rękoczynu, jaki w tym razie stosować powinniśmy. We wszystkich przypadkach, odnoszących się do tej grupy, operacja odbywa się w najprzyjaźniejszych warunkach co do czasu i stanu chorego, a zupełna przepuszczalność przewodów żółciowych nie tylko

¹⁾ NETTER et MARTHA „de l'endocardite ulcéreuse dans les affections de voies biliaires“. Arch. de Phys. 1886, a także AUBERT „de l'endocardite ulcéreuse végétante dans les affect. biliaires. Thèse de doct. Paris. 1891.

²⁾ Zur Chir. der Gallenwege. Beitr. zur chir. BILLROTH's Festsch. 1892. str. 497.

zabezpiecza nas od spiesznej chirurgicznej interwencji, lecz jednocześnie wskazuje jedyny racjonalny rękoczyn — cholecystostomię. Jeżeli po otwarciu jamy brzusznej znajdziemy pęcherzyk prawie niezmieniony, wówczas według rad TERRIÉ'a, ROSÉ'go ¹⁾, KROENLEIN'a ²⁾, ROUX ³⁾ próbować możemy idealnej cholecystotomii, w przeciwnym razie wskazaną będzie *cholecystostomia normalis*. Ponieważ nie tu nas nie zmusza do natychmiastowego rozcięcia pęcherzyka, WINI-WARTER (*l. c.*) dla tych przypadków uważa za najodpowiedniejszą cholecystostomię, dokonaną w dwa tempa. *Cholecystectomy*, radykalna metoda LANGENBUCHA, zalecana przedtem przez THIRIAR'a ⁴⁾, a ostatnio jeszcze przez CALOT'a ⁵⁾ stosowaną być może chyba w tych wyjątkowych przypadkach, w których zmiany patologiczne pęcherzyka nie pozwalają na jego zatrzymanie.

Do tejże grupy należą guzy chęłboczące, powstałe wskutek nieprzepuszczalności bądź przewodności pęcherzykowego [wodna puchlina lub otok ropny pęcherzyka], bądź żółciowodu [właściwe guzy żółciowe, *tumores biliares*].

3) W pierwszym przypadku pęcherzyk i jego zawartość, nie przyjmując udziału w czynności dróg żółciowych, może podlegać tylko zmianom wstecznym, wywołanym po części wskutek zastoju żółci, po części wskutek drażnienia kamieniami, i dawać obraz wyłącznie objawów miejscowych [wodna puchlina pęcherzyka (*hydrops. v. f.*)]. Wyczuwamy wówczas na miejscu pęcherzyka guz gruszkowatej formy, gładki, chęłboczący, elastyczny, bez zrostów, ściślej połączony tylko z wątrobą, z którą podnosi się i opada przy ruchach oddechowych, kaszlu i t. d.. Wielkość jego bywa różną: czasem ledwie wyczuwalny, to znów większy, dający się obserwować bez dotyku, lub wreszcie zajmując znaczną część jamy otrzewnej, może sięgać aż do kości biodrowych [TERRIER, ERDMANN i t. d.]. Niekiedy podlega peryodycznym zmianom, to powiększając swoją objętość, to niksając nawet zupełnie [PETIT, BESIÉ, ANDRAL, BARIH]. Wątroba zwykle bywa normalna, guz niebolesny, a z objawów ogólnych ani gorączki, ani żółtaczki nie spostrzegamy nigdy. Podobne guzy opisują TAYLOR, TERRILLON, RENDU, TERRIER i t. d.. Zwracam tu jeszcze uwagę na jeden objaw rozpoznawczy, podany przez RIEDEL'a ⁶⁾, a zauważony także przez TERRIER'a ⁷⁾. RIEDEL mówi, że przy przewlekłych cierpieniach pęcherzyka żółciowego brzeg prawego zrazu wątroby wydłuża się w postaci języka, który pokrywa rozdęty pęcherzyk. Ten jednak językowaty wyrostek, spostrzegany również i przy zrostach wątroby i często u kobiet od sznurówek, ma rozpoznawcze znaczenie tylko przy jednoczesnem powięk-

1) Deut. Zeitsch. f. Chir. u. 31. 1891.

2) Berl. klin. Woch. u. 43. 1888.

3) Méd. moderne. janv. str. 25. 1891. et Rev. med. de la Suisse romande du 20 oct. 1891.

4) Bul. de Congr. fran. de chir. Séance du 10 avr. 1885.

5) De la cholecystectomy. Th Paris. 1891.

6) Ueber den zungenförmigen Fortsatz des rechten Leberlappens und seine pathognostische Bedeutung für die Erkrankung der Gallenblase, nebst Bemerkungen über Gallensteinoperationen. Berl. kl. Woch. u. 29. 1888.

7) Lobe du foie flottant. Calculs de la v. bil. Lap. exp. Cholecystotomy — Le Progrés Med. Nr. 33. 1888.

szeniu pęcherzyka. Takim jest mniej więcej klasyczny obraz wodnej puchliny, która albo pozostaje przez cały czas trwania choroby niezmienną, lub też, jak twierdzi PERRIER ¹⁾, stanowi tylko pierwszy stopień ropnego otoku. Bakteriologia nie określa nam jeszcze dokładnie ani warunków zakażenia dróg żółciowych, ani tych pasożytów, które ropny otok spowodować mogą. Z prac jednak LINDBERGER'a ²⁾, BUFALINI'ego ³⁾, CHARRIN'a, ROGER'a ⁴⁾, COPEMAN'a i WISTON'a ⁵⁾, (jak również i z najnowszych doświadczeń HANOT'a i LÉTIENNE'a ⁶⁾, samego LÉTIENNE'a ⁷⁾ i CORRADO ⁸⁾ wynika, że antyseptyczne działanie żółci przyjmować należy ze znacznym ograniczeniem, ponieważ hodowle różnych drobnoustrojów [*bacterium coli*, FINKLER-PRIOR'a, FRIEDLENDER'a, posocznicy, *staphylococcus aureus* i t. d.], rozwijają się z wielką łatwością nawet w normalnej żółci, która tym sposobem nie przedstawia wcale dostatecznej przeszkody dla zarazków, znajdujących się w dwunastnicy.

Pomijając przyczyny ropnego otoku pęcherzyka, zauważyć tutaj muszę, że objawy tego cierpienia, choć identyczne z objawami wodnej puchliny, w pewnym stopniu jednak upoważniają nas do rozpoznania ropnej sprawy. Guz przy otoku nigdy nie dochodzi do znacznych rozmiarów, jest nieco bolesny, twardszy, mniej ruchomy i przy przewlekłym przebiegu za wsze prawie zrośnięty z otrzewną. To ostatnie zjawisko wspólnie z dreszczami i nieznaczną gorączką, zjawiającą się niekiedy u chorych, wprost wskazuje na ropne zapalenie pęcherzyka. W dwóch tylko przypadkach dokładne rozpoznanie jest niemożliwe: *primo*, gdy jednocześnie z wodną puchliną lub ropnym otokiem występuje niedrożność żółciowodu, zjawiający się guz przyjmujemy zawsze za guz żółciowy; *secundo*, ropny otok w początkach swego rozwoju ma niezmiernie podobieństwo do wrzodu wątroby. Nierównie ważniejsze są dla nas przyczyny, leżące w osnowie niedrożności przewodu pęcherzykowego; te rozdzielić możemy na trzy grupy: a) Zatkanie światła przewodu przez ciała obce. Do najpospolitszych należą kamienie, rzadko spotykamy nowotwory pęcherzyka [MURCHISON ⁹⁾], a wyjątkowo tylko pasożyty — wodunki [COLLEY, MECKEL ¹⁰⁾], glisty [KIRKLAND ¹¹⁾]. Kamienie duże, równe, kuliste wywołują zatkanie zupełne, przy innych jest ono częściowe, lecz wkrótce wskutek zapalenia błony śluzowej światło przewodu zamyka się całkowicie.

¹⁾ Bul. de l'Ac. de méd. 10 oct. 1890.

²⁾ Om Gallans bety elelse for foruttnelsen i termo darmen. Upsala lekare forenings ferhandl. vol. XIX.

³⁾ Action antiseptique des principes biliaires Archiv. italiennes de biologie. IV. fase 3. 1884.

⁴⁾ Note sur l'action antiseptique de la bile. Sociét. de biol. 7. aout. 1886.

⁵⁾ Observations on human bile obtained from a case of biliary fistula. The Jour. of Physiol. by MICHAEL FORSTER vol. X.

⁶⁾ De la bile à l'état patologique Thèse. 1891.

⁷⁾ De l'action antiseptique de la bile. Archiv. gén. de Med. 1892.

⁸⁾ Sul passaggio dei germi patogeni nella bile e nel contenuto enterico e sull'azione che ne isentono. Annali del Instit. d'Igiene. exper. del prof. ANGELOCELLI. 1890. vol. II.

⁹⁾ Vide DENUÉ. str. 50.

¹⁰⁾ Ibidem.

¹¹⁾ Ibidem.

b) Przyczyna leży w samych ściankach przewodu. Już samo zapalenie pęcherzyka (*cholecystitis*) wywołać może nabrzmienie błony śluzowej i tem samym zatkanie czasowe, które następnie wskutek sklejenia się ścianek zmienia się na stałe; to samo spowodować mogą owrzodzenia bądź zapalnego pochodzenia, bądź powstałe po przejściu kamieni. c) Bardzo rzadkie są przyczyny, leżące zewnątrz przewodu: miejscowe zrosty otrzewnej (*peritonitis localis*), nowotwory sąsiednich narządów lub, jak w przypadku TÉRRILLON'a¹⁾, bąblowiec wątroby, który wywołał ucisk przewodu i po zrobionej cholecystostomii otworzył się do pęcherzyka.

Rozpoznanie przyczyny niedrożności nie da się oprzeć na trwałych podstawach; zatkanie kamieniem należy do najczęstszych i z wielkiem prawdopodobieństwem sądzić o niem możemy wówczas, jeżeli nastąpiło od razu i wspólnie z objawami, jakie spotykamy przy kolce wątrobowej. Zatkanie bliznowate lub spowodowane przez przyczyny zewnętrzne rozwijają się zwykle zwolna, bez wyraźniejszych bólów i często nawet bez wiedzy chorego.

Wskazania chirurgiczne. Przy tego rodzaju sprawach chorobowych pęcherzyka żółciowego na uwagę zasługują głównie dwa rękoczyny: rozcięcie ścian pęcherzyka (*cholecystostomia*), lub wycięcie narządu (*cholecystectomy*). Jakkolwiek wybór między nimi dokładnie zrobić możemy dopiero po otworzeniu jamy brzusznej, to jednak pewne rozpoznanie wodnej puchliny lub też ropnego otoku, lecz bez znacznych przyrostów pęcherzyka stanowczo przemawiać powinno za zwyczajną cholecystostomią, wszelkie zaś inne objawy, a szczególnie podejrzenie na zmiany w ścianach i zupełne bliznowate zatkanie przewodu za całkowitem wycięciem. Plan z góry powzięty zależnie od okoliczności zmienić możemy i stosować rękoczyn w następujący sposób: 1) Wodna puchlina lub otok ropny pęcherzyka, ściany zdrowe, po usunięciu przeszkody przewód zupełnie przepuszczalny, przy pewności antyseptyki idealna cholecystostomia. Należy jednak w tym razie być bardzo ostrożnym i uciec się lepiej do zwyczajnego rozcięcia, które, chociaż pozostawia na czas pewien przetokę, daje dużo więcej pewności pomyślnego przebiegu. Przy znacznem rozszerzeniu pęcherzyka można, idąc za radą TERRIER'a²⁾, częściowo rezekować ściany, jeżeli inne okoliczności nie staną temu na przeszkodzie. 2) Wszystkie inne warunki identyczne, przewód tylko po usunięciu kamienia nieprzepuszczalny. Wyrzekać o charakterze niedrożności w tym razie nigdy nie mamy prawa; pomimo niemożności przeprowadzenia świeczki lub sondy zatkanie może być tylko czasowe i zależeć będzie od stanu zapalnego ścianek, bądź tylko od bliznowatego zwężenia. Takie zwężenie wreszcie bez śladu blizn, a jednak dochodzące do zupełnej niedrożności, rozwija się zwykle w przewodzie poniżej miejsca rozszerzonego i zajętego przez zatykający kamień. W tych więc przypadkach wskazaną będzie *cholecystostomia* z następczem, regularnem sondowaniem; wycięcie zaś pęcherzyka (*cholecystectomy*) tylko przy jednocześnie istniejących zmianach ścian lub też całego narządu

¹⁾ Interventions chirurgicales sur la vésic. bil. Bul. gén. de Ther. LXI. 22. 1892.

²⁾ Bul. de l'Acad. de méd. 1890. str. 831.

[HARTMANN et PILLET ¹⁾]. GUILLEMAIN ²⁾ twierdzi, że do *cholecystectomiæ* upoważnia nas tylko „*l'altération des parois avec obstacle au cathétérisme*“. 3) Warunki również te same, lecz usunięcie kamienia z przewodu pęcherzykowego niemożliwe — *cholecystectomia* [TERRIER ³⁾]. 4) Zmiany w ścianach pęcherzyka, zgrubienia, owrzodzenia i t. d. — *cholecystectomia*, w razie zaś nieprzezwyjęzonych zrostów tylko rozcięcie lub częściowa rezekcja metodą ZIELEWICZA (*l. c.*). 5) Jest jeszcze jedna modyfikacja, którą tu wyjątkowo zastosować możemy, a mianowicie — *cholecystoenterostomia*. Jeżeli ścianki pęcherzyka względnie są zdrowe, a niedrożność przewodu stwierdzona jako pewna i stała, wówczas, unikając śluzopropnej przetoki zewnętrznej, a jednocześnie nie chcąc wycinać całego narządu, możemy się zadowolić nałożeniem przetoki pęcherzykowo-kiszkowej.

4) Ważniejsze od poprzednich są guzy żółciowe (*tumores biliares*), spowodowane niedrożnością żółciowodu (*d. chol.*). Powstawaniu tych guzów towarzyszą przedewszystkiem objawy miejscowe, a następnie zaburzenia ogólne, niezmiernie wyraźne i znacznie ułatwiające rozpoznanie. Zupełne zatrzymanie odpływu żółci i gromadzenie się jej powyżej miejsca zatoru wpłynie na powiększenie objętości wątroby i rozszerzy wszystkie przewody i pęcherzyk żółciowy, który wówczas w pierwszej chwili przedstawiać się będzie jako guz mocno naprężony, chęłboczący, bolesny przy dotyku i prawie widoczenie rosnący. Wkrótce jednak następuje zmniejszenie wydzielania się żółci wskutek spraw patologicznych wątroby (*angio-et periangio-cholitis, hepatitis interstitialis atrophica*), pęcherzyk staje się mniej odpornym, mniej elastycznym (*paresis*), powiększa się znacznie wolniej i wskutek tego rzadko dosięga większej objętości, a tem rzadziej rozrywa się pod wpływem wewnętrznego ciśnienia. Powiększenie, opisane przez BARLOW'a ⁴⁾ [8 litr.] i WINIWARTER'a ⁵⁾ [6 litr.], należą do wyjątków. W szeregu objawów ogólnych na uwagę zasługują: 1) Zaburzenia w trawieniu: nudności, zgaga, rozdęcie i t. d.. Do najważniejszych należą tutaj już od pierwszej chwili zjawiające się wypróżnienia biało-gliniastej barwy, wskazujące wprost na zupełny brak żółci w przewodzie pokarmowym. 2) Bezwarunkowo zawsze występująca żółtaczka, a z nią świerzbiczka. 3) Mocz ciemny, zawierający barwniki i kwasy żółciowe; w następstwie zapalenie nerek ⁶⁾. 4) Zaburzenia ze strony płuc i serca [GAN-GOLPHE ⁷⁾]. 5) Przy dłuższej trwającej niedrożności rozwija się usposobienie do bróczeń [krwotoki „*en nappe*“] z nosa, dziąseł, błon surowicznych i t. d.; w razie obfitszych krwawień do kanału pokarmowego wypróżnienia mogą być ciemno zabarwione (*melaena*). 6) Później od innych objawów występuje gorączka (*fièvre inintermittente hépatique*—CHARCOT), która różni się znacznie od spostrzeganej przy przejściu kamieni żółciowych i zależy prawdopodobnie nie tyle od zakażenia krwi składnikami żółci, ile od swoistego zarazka, powstającego przy patologicznym stanie

¹⁾ Bul. de la Soc. anatomique. juilt. 1891.

²⁾ Gazet. hebd. de méd. et de chir. 1891. str. 461.

³⁾ Bul. de l'Ac. de méd. 1891. str. 831.

⁴⁾ Vide DENUCE. str. 66.

⁵⁾ Ibidem.

⁶⁾ DECAUDIN. Thèse. Paris. 1887.

⁷⁾ Du souffle mitral dans l'ictère. Th. Paris. 1876.

dróg żółciowych. Poczyna się zwykle silnym dreszczem z następczem podniesieniem ciepłoty, a kończy obfitym potem; w prawidłowych odstępach między napadami stan chorego jest albo bezgorączkowy, lub też jeżeli zauważyć się daje podniesienie ciepłoty, to stopień jej natężenia nigdy nie dochodzi do wysokości, stwierdzonej podczas napadu. Obserwowane przypadki zapadu (*collapsus*) po dokonanej operacyi, zdaje się, zależą od następującego paroksyzmu i dlatego LANGENBUCH ¹⁾ chorych tego rodzaju radzi operować w przerwach bezgorączkowych (*in stadio apyrexiae*). 7) Tym wreszcie objawom towarzyszy pod koniec upadek sił, gwałtowne chudnięcie, stan tyfoidalny, napady epileptyczne, mocznica, śpiączka. Śmierć następuje zwykle po 4—5 tygodniach, czasami jednak zaledwie po 6—9 miesiącach, u chorych zaś obserwowanych przez BUDD'a i MURCHISON'a ²⁾ po 4 i 6 latach. BARTH i BESNIER ³⁾ wspominają o dziecku, które po sześciolatniem zupełnem zatrzymaniu żółci powróciło zupełnie do zdrowia. Wszystkie wyżej przytoczone przypadłości rzadko, niestety, w tej formie obserwowane możemy; historye operowanych przypadków dają nam zupełnie inny obraz przebiegu, poprzedzanego zwykle całym szeregiem znanych spraw chorobowych wątroby i pęcherzyka. Od chorych tego rodzaju usłyszeć możemy, że cierpią nieraz całe lata, że początkowo miewali bóle, lub tylko słabe napady kolki, że przerwy z czasem stawały się coraz krótsze, a napady silniejsze, że po mocnym ataku lub nawet bez żadnej wyraźnej przyczyny występowała żółtaczka bądź na dni kilka, bądź na całe miesiące, że pod wątrobą zjawiały się różnej wielkości guzy, które wkrótce znikają zupełnie, że w wypróbnieniach znajdowano kamienie i że teraz nakoniec wychudli, stracili siły, łaknienie, często gorączkują; guz, chociaż mały, nie znika wcale, a żółtaczka z dniem każdym staje się silniejszą. U takich pacjentów, noszących ślady wszystkich przebytych spraw chorobowych, napróżno szukać będziemy chęłboczącego guza lub powiększenia wątroby; na miejscu pęcherzyka wyczuwamy wówczas guz twardy, mały, nierówny, otoczony licznymi zrostami, dający obraz nowotworu sąsiednich narządów; wątrobę znajdziemy zawsze zmniejszoną, a w jej okolicy niekiedy przetoki żółciowe.

Przyczyny niedrożności żółciowodu, ze względu na objawy ogólne, występujące szybko przy zatkanui ciałami obcemi, z większem prawdopodobieństwem rozpoznać się dają. I tu również najczęściej bywa kamień żółciowy, który zwykle zatrzymuje się bądź przy wyjściu z przewodu pęcherzykowego, bądź w bliskości dwunastnicy; inne zaś jak: *distoma hepaticum* [DAVAINE], *dist. lanceolatum*, *Bilharzia haematobia* [FRERICHS], *ascaris lumbricoides* [BROUSSAIS, LIEUTAUD, MURCHISON], pestki owocowe [SOUDERS] należą do rzadkości. Przewlekłe występująca nieprzepuszczalność zależy może albo od bliznowatego zwężenia, rozwijającego się w samym kanale, lub, co przeważnie ma miejsce, od nowotworów sąsiednich narządów. Pierwsze są zwykle wynikiem bądź spraw zapalnych (*angiocholitis*), bądź owrzodzeń ścianek przewodu, lub samej nawet dwunastnicy w bliskości brodawki VATER'a [MURCHISON]; drugie spostrzegamy przeważnie przy rakach trzustki, żołądka, dwunastnicy, wątroby, sieci i t. d.. Obecność guza

¹⁾ Berl. klin. Woch. 1886.

²⁾ Vide DENUCÉ, str. 70.

³⁾ Ibidem.

i objawy rakowatego charłactwa w znacznym stopniu ułatwią nam w tym razie rozpoznanie. Do kazuistycznych osobliwości odnieść można przypadki ucisku przewodu przez tętniaki aorty [HOUTON], tętnicy wątrobowej [FRERICHS], przez powiększone gruczoły limfatyczne, torbiele jajników, ciężarną macicę, rozszerzony przewód WIRSUNGIANA, twarżiel trzustki [HAYEM¹⁾], uwięźnięty kamień w przewodzie pęcherzykowym [COURVOISIER], wreszcie przez zgięcie samego przewodu przy częściowem zapaleniu otrzewnej.

Aby nakreślić zabiegi chirurgiczne, zwrócić winniśmy główną uwagę na charakter przeszkody, od której przedewszystkiem zależy zastosowanie najodpowiedniejszego rękoczynu. 1) Przy niedrożności, wywołanej kamieniem lub w ogóle ciałami obcemi, najprostszą operacją było pierwotnie rozcięcie pęcherzyka i przepchnięcie bądź całej, bądź uprzednio zmiażdżonej przeszkody (*choledocholithotripsis*) do dwunastnicy palcami lub też za pomocą różnorodnych świeczek. Ten zabieg jednakże okazywał się najmniej odpowiednim; nie zwracając już bowiem uwagi na trudności sondowania, nigdy nie będziemy pewni, czy resztki kamienia nie posunęły się tylko niżej, czy w tych warunkach niedrożność wraz z objawami nie pozostanie nadal, czy wreszcie uszkodzenie ścianek nie wywoła zgorzeli, pęknięcia lub w najlepszym razie bliznowatego zwężenia. To też w tych razach najracjonalniejszym rękoczynem będzie bezpośrednie usunięcie przeszkody przez cięcie w ścianach przewodu—*choledochotomia*. W przypadkach, w których przeszkoda leży zbyt nisko, w których dostęp do niej jest niezmiernie trudny i jednocześnie pęcherzyk jest mało zmieniony, stworzyć należy nową drogę dla przebiegu żółci, czyli wykonać cholecystoenterostomię. Wskazaną ona będzie i wówczas, gdy, pomimo usunięcia kamienia przez choledochotomię, nie mamy jeszcze zupełnej pewności, że drożność żółciowodu całkowicie przywróconą została [WINIWARTER²⁾]. Zwyczajną wreszcie cholecystostomię lub też jedynie rozcięcie tam tylko stosować będziemy, gdzie silne dokoła zrosty i zmiany w samym pęcherzyku nie pozwalają na inny rękoczyn, a gdzie objawy zatrucia (*cholœmia*) wymagają stanowczo pomocy. 2) Przy zwężeniach bliznowatych w samych ściankach przewodu klasyczną operacją jest tylko zwyczajna cholecystostomia, połączona z następczem sondowaniem. Tą drogą WINIWARTER³⁾ otrzymał zupełne wyleczenie w przypadku, w którym nie mógł odkryć przyczyny wydzielania się całej masy żółci na zewnątrz. Słuszne są tutaj uwagi TERRIER'a, że bliznowate zwężenia żółciowodu, choć rozwijają się zwykle powoli, ze względu jednak na ogólne objawy zmuszają nas wcześniej do wykonania rękoczynu, nim doprowadzą przewód do zupełnego zamknięcia. We wszystkich jednak tego rodzaju przypadkach, bacząc na wątpliwy charakter zwężenia, lepiej wykonać cholecystoenterostomię, gwarantującą choremu pewniejsze wyleczenie. 3) Przy zwężeniach wreszcie, zależnych od zewnętrznego ucisku przewodu przez nowotwory, pozostaje albo utworzenie przetoki pęcherzykowo-kiszkowej (*cholecystoenterostomia*), lub też, gdy to jest niemożliwe, rozcięcie pęcherzyka *cholecystosto-*

1) Cité par TERRIER. Rev. de Chir. 1889. str. 981.

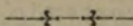
2) Centralbl. f. Chir. Congr. 1891.

3) Berl. klin. Woch. 1888. u. 43.

nia. KAPPELER ¹⁾, który swoją chorą z nowotworem trzustki widział jeszcze po roku w dobrym względnie stanie, doradza przedewszystkiem pierwszy z tych rękoczynów. 4) Pozostają nam wreszcie do rozpatrzenia te rzadkie przypadki, w których przy zupełnej niedrożności przewodu pęcherzykowego występuje jednocześnie zatkanie żółciowodu. Nie ulega wątpliwości, że kwestyą pierwszorzędnej wagi staje się wówczas usunięcie przeszkody z żółciowodu, co osiągnąć możemy jedynie tylko przez dokonanie choledochotomii. Przypadki JORDAN LLOYD'a (l. c.), FRANKA (l. c.), THORNTON'a ²⁾, którzy znaleźli pęcherzyk skurczony, mały, wielkości zaledwie orzecha laskowego, a przewód jego zupełnie zarosnięty, są dla nas w tym razie jedyną wskazówką postępowania. Położenie wówczas jest niezmiernie ciężkie, nie tylko ze względu trudności odszukania przewodu, otoczonego zwykle masą zrostów, lecz i dlatego, że nigdy zupełnie pewni nie jesteśmy, czy po usunięciu widocznej przeszkody nie pozostała jeszcze inna, która prawidłowy bieg żółci i nadal powstrzyma. W tym ostatnim razie mamy przed sobą dwie drogi niepewnej ucieczki: albo pozostawić przewód niezsztywnym i skierować bieg żółci na zewnątrz, jak to zrobili HOCHENEGG, BLAND-SUTTON (l. c.) (*choledochotomia sine sutura*), lub też, jeżeli kanał byłby dość szeroki i ścianki jego podatne, dokonać jedynie dotąd znanej w literaturze operacji SPRENGL'a *choledochoduodenostomiae*, t. j. utworzenia przetoki między żółciowodem i dwunastnicą.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



89. A. Blachstein i J. Cumft. Przyczynek do etyologii cholery.

Autorzy nie wątpią, że lasecznik przecinkowy jest przyczyną cholery i dlatego zajmowali się tylko zbadaniem warunków, wśród których może wywołać cholere; w tym celu zarażali bulion sterylizowany stolcami ryżowatymi; zostawiwszy go w ciepłocie 30°—35° C., po upływie 24—36 godzin otrzymywali w większości przypadków laseczniki przecinkowe, lecz zawsze w obecności innych drobnoustrojów. Każdy lasecznik z hodowli bulionowej został izolowany, czyste hodowle na bulionie każdego z laseczników pojedynczo wstrzykiwano królikom podskórnie; zwierzęta nigdy nie padały; natomiast hodowla pierwotna, zawierająca mieszaninę wszystkich laseczników, okazała się nader zabójczą; zwierzęta ginęły, a przy badaniu pośmiertnem stwierdzano typowe zmiany, spotykane przy cholere [w tych samych dawkach wstrzykiwany podskórnie bulion zarażony normalnemi ludzkiemi wypróbnieniami działania zabójczego na zwierzęta nie posiadał]; tak więc, śmierć zwierząt mogła być wywołaną tylko przez współczesne działanie wszystkich odosobnionych drobnoustrojów. Są one następujące: 1) *Bacillus* β_1 , przedstawiający się w postaci pałeczki, trochę szerszej i dłuższej od „przecinka“; w wiszącej kropli porusza się swobodnie, łatwo się barwi wycieczajnymi barwnikami anilinowymi, rozrzedza żelatynę, ginie po jednorazowym zagotowaniu hodowli bulionowej; znajdował się w dużych ilościach w ryżowatych stolcach [zwłaszcza przy „tyfoidzie cholery“, czasami i przy bieguncie cholerycznej], w bulionie zarażonym tymi stolcami i w obręku podskórnym zarażonych zwierząt. 2) *Bacillus* β_2 , wyosobniony z zawartości kiszek cienkich przy badaniu pośmiertnem chorego, zmarłego *in studio algido*, jest nieco krótszym i grubszym

¹⁾ Corresp. bl. f. Schweitz. Aertz. 17. 1887.

²⁾ Observations on additional cases illustrating hepatic surgery. Lancet. 1891. str. 463.

od poprzedniego, zresztą całkiem przypomina lasecznika β_1 , i być może, że jest z nim identyczny. 3) *Bacillus* α , izolowany z typowych wypróżnień ryżowatych, zwłaszcza wówczas, gdy spotykano mało laseczników przecinkowych; również wyhodowano go z zarażonych zwierząt. Lasecznik ten nie rozpuszcza żelatyny, jest nader ruchliwym w wiszącej kropli, bardzo łatwo barwi się anilinowymi barwnikami, odbarwia się metodą Gram'a; postacią swoją przypomina *bacterium coli commune*, lub też lasecznik tyfusu, jednakże nie jest z nimi identyczny, gdyż, rozkładając cukier, tworzy nie kwas mleczny, lecz bursztynowy. 4) Daleko rzadziej w wypróżnieniach chorych cholerycznych spotykano streptokoki; w jednym przypadku „tyfoidu cholerycznego“ na płycie żelatynowej, oprócz lasecznika β_1 , wyrosły liczne kolonie bakteryi, nie rozpuszczających żelatyny i posiadających fluorescencyę; przy badaniu drobnowidzowym okazało się, że były to koki o średnicy 2 razy większej, niż średnica *staphylococci aurei*. Przeprowadzając doświadczenia nad temi, autorzy przekonali się, że myszy białe znoszą bez szkody $\frac{1}{10}$ centym. sześcienn., czystej hodowli lasecznika przecinkowego β_1 i β_2 i $\frac{1}{20}$ centymetra sześciennego czystej dwudniowej hodowli lasecznika α [w 2% roztworze peptonu]; przy większych dawkach zwierzęta ginęły, lecz dopiero po upływie dłuższego przeciągu czasu; natomiast padały myszy po wstrzyknięciu podskórnem $\frac{1}{10}$ ctm. sześć. kombinacyi lasecznika przecinkowego z β_1 i $\frac{1}{20}$ ctm. sześć. lasecznika przecinkowego z α ; przy badaniu pośmiertnem stwierdzono charakterystyczne zmiany; również zabójczo działało podskórne wstrzyknięcie $\frac{1}{10}$ ctm. sześć. kombinacyi lasecznika przecinkowego z β_2 . Mieszaninę bakteryi β_1 i β_2 z lasecznikiem przecinkowym znosiły króliki [w dawkach do 2 ctm. sześć. pod skórę] i gołębie [1 ctm. sześć. wstrzyknięty w mięsień piersiowy] bez szkody; zwierzęta, chociaż zachorowywały, lecz zwykle prędko przychodziły do siebie i pozostawały żywymi; w tych samych dawkach mieszanina lasecznika przecinkowego z lasecznikiem α posiadała własności bardziej toksyczne, ta sama zaś mieszanina przy wśródzylnej iniekcji posiada jeszcze bardziej jadowite własności; zwierzęta, którym dla kontroli wstrzykiwano pojedyncze hodowle wzmiankowanych laseczników, pozostawały zdrowymi przy dawkach 2 ctm. sześć.. Przy sekcji zwierząt, które padły, stwierdzano: nieżyt cienkich kiszek w wysokim stopniu, zmnętnienie nerek, zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, śledzionę niepowiększoną; laseczniki przecinkowe rzadko udawało się wykryć, z czego autorzy wnioskują, że giną one w ludzkim ustroju stosunkowo nader prędko.

Następnie hodowali autorzy bakterye w jajach kurzych podług metody HUEPPE'go: zaszczipiano jednodniowe hodowle lasecznika przecinkowego, lasecznika β_2 i oba razem. Po dwu miesiącach białko tych jajek wstrzyknięto do otrzewnej królikom i morskim świnkom; rezultaty takie same: czyste hodowle lasecznika przecinkowego okazały się całkiem nieszkodliwymi, lasecznika β_2 zabójczymi w słabym stopniu, mieszanina zaś hodowli tych 2-ch laseczników była nader zabójczą. W dalszym ciągu wprowadzali autorzy małpom, królikom i gołębiom *per os* mieszaniny, które wykazały toksyczne działanie przy podskórnem i wśródzylnem wstrzyknięciu; wyniki zawsze były ujemne. Następnie, wyhodowawszy z normalnego ludzkiego kału pojedyncze rodzaje bakteryi, mieszały je autorzy z lasecznikiem przecinkowym i wstrzykiwali zwierzętom: mieszaniny zawsze okazały się nieszkodliwymi; stąd wniosek, że laseczniki β_1 , β_2 i α nie znajdują się przy normalnych warunkach w kiszce, lecz że są to bardzo rozpowszechnione zarodki gnilne, które podczas epidemii cholery dostają się do przewodu pokarmowego wraz z lasecznikiem przecinkowym. Mieszanina tegoż lasecznika z *bacterium coli commune*, izolowanym z kału krowiego [prawdopodobnie nie jest on identyczny z *bacterium coli commune* człowieka], okazała się dla zwierząt nader zabójczą.

Opierając się na tych wszystkich danych, uważają autorzy opisane laseczniki za wtórne bakterye cholery, tak jak np. przy błonicy streptokoki i la-

secznik HOFFMANN'a obok lasecznika LOEFFLER'a; pogląd swój na cholereę wyopwiadają autorzy w następujących słowach: „zarażenie zależy od mieszaniny bakteryi, pomiędzy któremi lasecznik przecinkowy Koch'a, być może, gra najważniejszą rolę, lecz ten bez współdziałania wtórnych bakteryi nie jest w stanie wywołać cholery“. Za tem przemawiają, zdaniem autorów, z jednej strony doświadczenia syntetyczne, z drugiej zaś obecność wtórnych bakteryi w kiszkach chorych na cholereę; słusznem jest twierdzenie PETTENKOFER'a, że usposobienie miejscowości ważną przy cholereze odgrywa rolę; następujące czynniki wchodzą przytem w grę: 1) anaerobioza, 2) skład gruntu odżywczego, 3) obecność wtórnych bakteryi i 4) żywotność laseczników przecinkowych. W przypisku do pracy autorów dodaje prof. M. NENCKI o rezultacie badania hodowli cholery z Massowy (*Massachusetts*); hodowle te, nadesłane przez D-ra GAMALEJĘ, zbadala D-ka N. SIEBER: hodowle te nie posiadają ani pod względem biologicznym, ani morfologicznym tych samych własności, co lasecznik przecinkowy; własnościami swemi najwięcej się zbliżają do *Vibrio Metschnikowi*.

(*Arch. de sciences biologiques*, T. II, Nr. 1, str. 94—119). Józef Winiarski.

90. Israel. Bardzo wczesne usunięcie nerki z powodu mięsaka.

Sześcioletnia dziewczynka dostała krwawego moczu bez widocznego powodu, co powtarzało się od czasu do czasu przez cały rok. Nawet wówczas, gdy mocz zdawał się być zupełnie prawidłowym, drobnowidz wykazywał obecność w nim licznych ciałek krwi czerwonych. Przy badaniu pęcherza moczowego za pomocą cystoskopu znaleziono, iż krwawy mocz wypływał z wylotu lewego powiękmoczowodu. Autor, do którego chorą skierowano, nie więcej, prócz nieco szwanej ruchomości lewej nerki, nie spostrzegł. Po upływie 2 miesięcy badał chorą powtórnie i wtedy za pomocą nader starannego obmacywania stwierdził, że lewa nerka jest dłuższa, niż prawa, że na środku przedniej powierzchni tej nerki bliżej brzegu zewnętrznego daje się wyczuć rozlana guzowatość; w tem miejscu wymiar nerki przednio-tylny powiększony, a sam narząd jakby twardszy, niż zwykle. Po upływie pewnego czasu można było wymacać obok tego jeszcze guz stożkowaty w okolicy wnęki.

Przypuszczając nowotwór nerki, autor przystąpił do operacji. Po przecięciu otoczki nerkowej przez mięszsz narządu można było wyczuć stwardnienie wielkości orzecha, odpowiadające owej wspomnianej wyżej guzowatości. Nacięcie warstwy korowej pozwoliło przedostać się do guza rdzeniowatego, rozpadającego się. Wobec tego należało wyciąć całą nerkę. Wówczas przekonano się, że drugi guz znajduje się w warstwie rdzeniowej i wrasta w jedną z miedniczek. Guz ten przed operacją wymacywano jako stożek we wnęce nerki. Badanie guzów drobnowidzowe wykazało nadzwyczaj miękiego mięsaka.

Przypadek ten niewymownie świadczy, że cystoskopowanie i staranne obmacywanie dają możliwość wczesnego rozpoznawania, a więc i wczesnego usuwania nerek, dotkniętych złośliwymi nowotworami, co znów znakomicie wpływa na długotrwałość pomyślnego wyniku tej operacji.

A. Leśniowski.

(*Deut. med. Woch.* Nr. 22. *Frühzeitige Exstirpation eines Nierensarkoms*).

91. Prof. Hermann Eichhorst. Słoniowaczna syfilityczna warg (*elephantiasis syphilitica*).

Słoniowaczna na twarzy należy do bardzo rzadkich objawów chorobowych, dowodem czego są statystyki szpitalne i ambulatoryjne. Poczynając się na twarzy, sprawa ta obiera sobie zwykle jako siedlisko skórę policzków, powiek, nosa lub muszli usznych, a pomija wargi. Przypadek, spostrzegany i opisany przez Eichhorst'a, zasługuje na wzmiankę nie tylko z powyższych względów, lecz i z uwagi na swe pochodzenie.

43-letni pacjent zapisał się na oddział dla syfilityków. Przed 5-ciu laty miał owrzodzenie na wewnętrznej blaszce napletka, które zablizniło się nieba-

wem po zastosowaniu odpowiedniego leczenia zewnętrznego i wewnętrznego; w kilka tygodni potem dostał chrypki, która trwała kilkanaście miesięcy. Od roku niespełna chory zauważył zaczerwienienie skóry nosa i policzków, jak również obrzmienie warg; po upływie pewnego czasu obrzmienie to doszło do rozmiarów szpecących, a wszelkie leczenie pozostawało bez skutku. W szpitalu stwierdzono stan następujący: wywinięte na zewnątrz wargi wznoszą się na podobieństwo dwóch grubych, czerwonych poduszczyków, z których każda objętością swą przewyższa dwakroć grubość palucha. Błona śluzowa warg pokryta jest gdzieśgdzie cienkimi, żółtawymi strupkami; konsystencja warg równomiernie miękka i jakby gąbczasta; ciepłota ich niezmieniona, ucisk niebolesny; wszelkie rodzaje czucia [na dotyk, ból, ciepłotę] zachowane. Niektóre gruczoły chłonne, wzdłuż szczęki dolnej—nieco powiększone; skóra policzków i dolnej połowy nosa zaczerwieniona; tamże widać sieci powstałe z rozszerzonych naczyń; zgrubień i nacieczeń na twarzy nie znaleziono.

Choremu stosowano wcierania szaruchy [pierwsza serja 30 wcierań po 5 grm., druga—78] i przyżeganie galwanokauterem; zabiegi te sprawiały tylko czasowe polepszenie, poczem wargi puchły i wracały do pierwotnych rozmiarów.

Syfilis niejednokrotnie prowadzi do przewlekłych owrzodzeń skóry, które następnie stanowią punkt wyjścia dla sioniowacizny; w danym zaś przypadku owrzodzeń pierwotnych na wargach nie było i dlatego też autor przypuszcza tutaj bardziej ścisły, bezpośredni związek pomiędzy obu sprawami chorobowymi. Podobny pogląd na zależność sioniowacizny od chorób zakaźnych, jako to: szkarlatyny i zimnicy, wypowiadali już dawniej BRYANT i LE DENTU.

(*Virchow's Arch. T. 131. Z. 3. 1893.*)

W. Żurakowski.

92. Paul Philip. O narkozie pentalowej w chirurgii.

D-r PAUL PHILIP, powołując się na 266 spostrzeżeń GURLT'a, dotyczących usypiania za pomocą pentalu, podaje wynik 200 własnych obserwacji, dokonanych w berlińskim szpitalu dla dzieci, w którym ostatnimi czasy pental zupełnie wyrzucił chloroform. Autor, posługując się tym środkiem, nie zauważył nigdy szkodliwego wpływu na działalność serca, chociaż uspienie niekiedy trwało godzinę, jak również nie widział po uspieniu pentalem ubocznych nieprzyjemnych objawów, jakie towarzyszą chloroformowi. Omówiwszy krótko własności chemiczne i fizyczne [C_5H_{10} , punkt wrzenia 38° , ciężar wł. 0,65, pod wpływem światła nie rozkłada się], zwraca szczególną uwagę na umiejętność stosowania środka podczas usypiania. Zupełne uspienie następowało zazwyczaj po $\frac{3}{4}$ —1 minuty. Przez dolewanie 60—80 kropeł w przerwach 2—3 minut można uspienie dłużej podtrzymywać. W większości przypadków objawów pobudzenia podczas usypiania nie spostrzegano. Żrenice zwykle nie ulegają zmianie, czasem są rozszerzone, rzadziej bywają zwężone. Przebudzenie się następuje dość szybko; w kilka minut po usunięciu maski przytomność wraca zupełna. Nudności, wymiotów, ogólnego niedomagania nie zauważono nigdy. Usypiano za pomocą pentalu nawet bardzo niedokrzwiste dzieci bez szkodliwego jednak wpływu. Raz przez nieuwagę podano dziecku środka tego za wiele, poczem nastąpiła sinica, lecz bez zaburzeń w tętnie; sztuczne oddechanie i mechaniczne podrażnienie przywróciły dziecię wkrótce do przytomności. Profesor GLUCK stosował pental u dorosłych również z bardzo pomyślnym wynikiem, tylko nieco większe były dawki. W przypisku autor dodaje jeszcze 100 przypadków takiego uspienia i przytacza jeden z nich, w którym zupełnie zatrzymanie oddechu zaraz na początku uspienia pokonano za pomocą prądu elektrycznego.

Na zasadzie wszystkich tych obserwacji D-r PHILIP przychodzi do wniosku, że niebezpieczeństwo przy stosowaniu pentalu jest o wiele mniejsze, aniżeli przy usypianiu za pomocą chloroformu.

(*Archiv für klin. Chir. Bd. XXV. H. 1.*)

Kozicki.

Wiadomości terapeutyczne.

— 2 — 3 —

12. Ulepszone przyrządy do wykonywania przekłucia. Przyrządy POTAIN'a i DIEULAFOY powoli zaczynają ustępować miejsca przyrządom, wynalezionym przez UNVERRICHT'a i FÜRBRINGER'a. Jednakże i te przyrządy posiadają pewne niedogodności; celem ich usunięcia, zmodyfikował C. ALEXANDER przyrząd UNVERRICHT'a: balon gumowy znajduje się nie w pośrodku, lecz na końcu aparatu, do którego dodano oprócz tego butelkę do zbierania płynu. W ten sposób zmodyfikowany przyrząd UNVERRICHT'a przedstawia załączona przy tem rysina. W *A* i w *E* znajduje się po jednym wentylu; wentyl *A* otwiera się przy aspiracji, wentyl zaś *E* przy ekspiracji. W razie potrzeby może przyrząd ten służyć też do wstrzykiwań płynów do jakiegokolwiek jamy, należy jednak wtedy połączyć balon z rurkami w odwrotnym kierunku. Pukęć za pomocą tego przyrządu może wykonywać jedna osoba, bez udziału asystencyi.

Fig. 1.

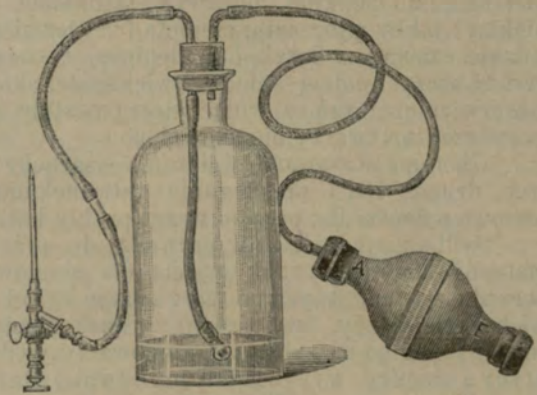
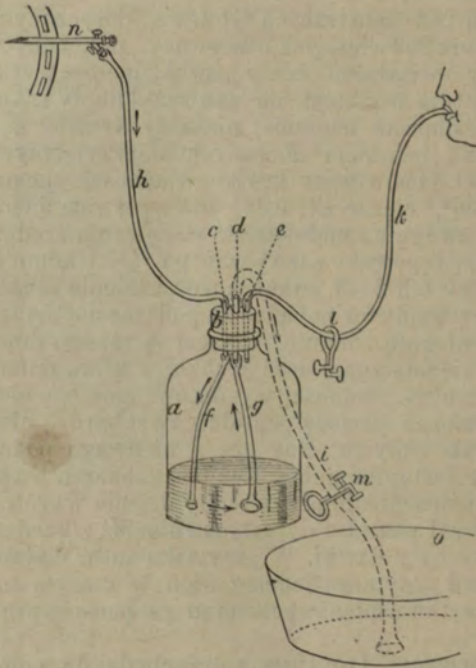


Fig. 2.



W przyrządzie zaś FÜRBRINGER'a poczynione zostały przez M. MORITZ'a następujące modyfikacje: dodano drugą rurkę kauczukową, zmniejszono objętość butelki od $\frac{1}{2}$ do $\frac{1}{3}$ litra, zaniechano podziałek na niej i nareszcie, rurki szklane, sięgające dna butelki, zamieniono na rurki kauczukowe, do których przyczepiono ciężarki.

Rurka, dodana przez MORITZ'a, oznaczona jest na rysunku linią kropkowaną. Na początku operacji *k* i *i* są za pomocą ściskaczy *l* i *m* zamknięte. Po włożeniu igły *n* i po połączeniu jej z rurką *h*, zaczyna wsiąkć cieć po drodze *n h c f* do naczynia *a*; czasami okazuje się potrzeba aspirowania za pomocą rurki *k*; ściskacz *l* musi być naturalnie wówczas otwartym. Z chwilą napełnienia butelki *a* płynem, kran przy igle *n* zostaje zamkniętym, ściskacz zaś *m* rurki *i* otwartym i przez dmuchanie w rurkę *k* zawartość butelki *a* drogą *g d i* odprowadzoną do podstawionego naczynia *o*. Ma przytem miejsce działanie dźwigni jeżeli mianowicie, po opróżnieniu butelki do $\frac{1}{2}$ lub do $\frac{2}{3}$, zamknąć ściskacz *l*, a otworzyć kran igły *n*, to wtedy lewar *g d i*, odprowadzając płyn z *a*, rozcieńcza powietrze w butelce i tym sposobem potęguje działanie połączenia *n h c f*.

Przyrząd ten z trudnością ulega stłuczeniu, jest nadzwyczaj prosty i zasługuje na rozpoznanie. (*Deutsche med. Woch.* 1893, Nr. 10).

Józef Winiarski.

Wiadomości bieżące.

— We wrześniu r. b. nakładem „Wydawnictwa Gazety Lekarskiej“ wyjdzie z druku dzieło D-ra ROMANA JASIŃSKIEGO p. t.: „Dyagnostyka chirurgiczna“. Będzie to rodzaj podręcznika, mającego służyć za pomoc dla studentów i lekarzy, nie zajmujących się specjalnie chirurgią, pomoc, która przydać się może na każdym kroku, w celu orientowania się w zawiłanych, a nawet prostych, ale specjalnie chirurgicznej pomocy wymagających przypadkach. Będzie to 9-to-letnie dzieło, a 7-me z oryginalnych, wydanych nakładem naszego czasopisma. Wypełni ono lukę w piśmiennictwie chirurgiczem polskiem i niewątpliwie znajdzie jak najlepsze przyjęcie u czytelników.

— W lipcu r. b. wyszedł zeszyt I zapowiedzianego już dawniej „Przeglądu chirurgicznego“, pisma poświęconego „chirurgii, oftalmologii, otyatrii, laryngologii, akuszeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii“, założonego i redagowanego przez kol. W. H. KRAJEWSKIEGO. Zeszyt ten dedykowany kol. W. MATLAKOWSKIEMU, „jednemu z najpłodniejszych i najzasłużeńszych popularyzatorów chirurgii nowoczesnej w naszej literaturze medycznej“, zawiera 8 prac oryginalnych [DUNINA, JAWDYŃSKIEGO, KARCZEWSKIEGO, CICHOMSKIEGO, JASIŃSKIEGO, KORZENIOWSKIEGO, KAMOCKIEGO, KRAJEWSKIEGO] i streszczenia po francusku tychże prac, jakoteż 38 prac w polskich czasopismach z r. b. pomieszczonych. Zeszyt ten, prócz bogactwa treści, przedstawia się i zewnętrznie bardzo korzystnie i ozdobiony jest 2 tablicami i 7 drzeworytami w tekście. Jeśli kol. KRAJEWSKI potrafi „uruchomić“ 29 współpracowników na karcie tytułowej wymienionych, czego mu serdecznie życzymy, to był literacki „Przegląd chirurgiczny“ będzie zabezpieczonym, gdyż o poparcie go materialnem przez lekarzy polskich na chwilę nie wątpimy.

— Na skutek porozumienia się Towarzystwa lekarzy galicyjskich z wydziałem lekarskim Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu, VII zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który pierwotnie miał się odbyć w Poznaniu, odbędzie się we Lwowie w dnach od 18 do 21 lipca 1894 roku, co pozwoli uczestnikom zjazdu jednocześnie zwiedzić wystawę we Lwowie.

— Kol. HERYNG zaproszony został przez fakultet „Post-Graduate Medical School and Hospital“ w Chicago o przyjęcie udziału w wykładach dla lekarzy z dziedziny laryngologii, a specjalnie o technice leczenia chirurgicznego suchot krtani.

— Kol. HERYNG wraz z GOUGENHEIM'em z Paryża i LENOX BROWN'em z Londynu został wybrany na referenta w kwestyi leczenia suchot krtani w sekcji laryngologicznej XI międzynarodowego kongresu lekarskiego, który we wrześniu r. b. odbędzie się w Rzymie.

— Kol. ŁAPOWSKI, były asystent oddziału kol. ELZENBERGA, został prywat. docentem dermatologii w „Post-Graduate Medical School and Hospital“ w New-Yorku.

— Zmarł w Upsali jeden z najwybitniejszych psychiatrów szwedzkich D-r KJELLBERG, prof. psychiatryi.

OGŁOSZENIE.

Komitet Kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, stosując się do warunku, zastrzeżonego w testamentcie ś. p. D-ra JANA BĄCEWICZA, podaje do wiadomości, że w dniu 24 czerwea r. b., jako w dniu imienia testatora, przyznane zostały wsparcia z jego legatu za rok 1893, 5-ciu wdowom po lekarzach, każdej po rs. 90, a mianowicie: PP. Bystrzyckiej Annie, Lubelskiej Walentynie, Robaczowskiej Franciszce, Wierzbickiej Maryi, w Warszawie zamieszkałym, oraz P. Czerwińskiej Feliksie, w Lublinie zamieszkałej.

Z upoważnienia Komitetu,

Członek Zarządzający Kasą Wsparcia D-r J. Rogowicz.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorem: „Ogłoszenie o wydawnictwie Dzieł lekarskich polskich w Krakowie“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 1 Юля 1893 г.

Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr 29.

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

Zdrowo i malowniczo położona miejscowość lecznicza posiada obszerny, wygodnie i zupełnie urządzony **zakład kąpielowo-leczniczy**.

Leczenie bezlekarstwowe w najobszerniejszym zakresie.

Internat, eksternat, hydroterapia racjonalna, kąpiele rzeczne, wody i kąpiele mineralne; mleko, kefir, serwatka; gimnastyka, masaż, ortopedia, elektryczność; praca i zajęcia fizyczne systematyczne (rolnictwo, ogrodnictwo, rybołówstwo, warsztaty); dyetetyczny stół; kilku lekarzy, Konsultanci z Warszawy.

Piękne i rozległe spacery w ogrodach zakładowych, własnym mostem przez Pilicę połączonych z wielkimi lasami; dobra orkiestra. Letnie mieszkania: Telegraf na miejscu. Poczta codzienna.

Przejazd osób Drog. Warsz. Wied. o godzinie 6-ej z rana przez **Koluszki** do **Opoczna**, zkąd powozem do Zakładu. Z Łodzi podobnież.

Bliższe objaśnienia w aptece H. Kucharzewskiego Miodowa № 4 lub w Zarządzie Zakładu w Nowem mieście.

10—9

W OTWOCKU

znanej pod Warszawą zdrowotnej miejscowości otwarty został

Zakład kumysowy i kąpielowo-leczniczy

ze specjalnym oddziałem dla hydroterapii. Lekarz i właściciel Zakładu D-r Geisler. Konsultanci z Warszawy.

3—2

DOM ZDROWIA D^{ra} K. DOBRSKIEGO.

Warszawa. Aleja Róż. 10.

Zakład leczniczy, przeznaczony dla stałego pomieszczenia chorych wszelkiego rodzaju (z wyjątkiem chorych obłąkanych), mieści się w osobnym, odpowiednio do celu urządzonym domu.

O warunkach pobytu wiadomość u K. Dobrskiego, Królewska 10. 0—7

WIELKI WYBÓR NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH

najnowszych wynalazków we wszystkich działach chirurgii
najtaniej w składach fabrycznych

J. JODŁOWSKIEGO

Białańska 5 i Marszałkowska 137.

Zamówienia listowne są załatwiane odwrotną pocztą.

52—43

La BOURBOULE

źródła Choussy i Perrière.

Anemia, Skrofuley, Choroby skórne i Organów oddechowych, Diabetes, Reumatyzmy, Peryodyczne gorączki. Od 1-ej do 3-ch szklanek dziennie. Sezon od 25-go maja do 1-go Października.

12—9