

GAZETA LEKARSKA.

I. Z KLINIKI LEKARSKIEJ UNIWERSYTETU LWOWSKIEGO.

O WCZESNEM ROZPOZNAWANIU RAKA ŻOŁĄDKA.

Podał

Prof. Antoni Gluziński.

O ile pomoc chirurgiczna przy dobrotliwych cierpieniach żołądka zdobyła sobie szerokie pole działania i niewątpliwe uznanie, o tyle w cierpieniach raka żołądka, w miarę doświadczenia, coraz więcej traci na znaczeniu, nie mogąc się poszczycić, z wyjątkiem nielicznych przypadków, trwalszymi wynikami.

O operacji paliatywnej (gastro-enterostomii) przy zwężeniach rakowatych odźwiernika (*stenosis pylori carcinomatosa*) prawie nie mówię. Kto patrzył na przebieg dalszy operowanych paliatywnie wskutek raka żołądka, czego raczej w dalszym przebiegu świadkami są interniści, a nie chirurdzy, zwolennikiem wielkim tego zabiegu nie będzie i musi coraz bardziej przychodzić do przekonania, że w przypadkach raka żołądka albo operować radykalnie, doszczętnie jeżeli można, albo raczej wcale nie operować.

Operacja paliatywna (*gastro-enterostomia*) może mieć usprawiedliwienie w wyjątkowych tylko okolicznościach, w poszczególnych przypadkach, gdy środkami zwykłymi [przeplukiwanie etc.] nie jesteśmy w stanie usunąć lub znacznie złagodzić ciężkich objawów, pochodzących od zwężenia odźwiernika.

Możność operowania doszczętnie rozbija się o trudności rozpoznawcze wczesnych okresów raka i usprawiedliwia stałe poszukiwanie od lat dwudziestu objawu lub grupy objawów, któreby ułatwiły nam to wczesne rozpoznanie.

W tomie V „*Mittheil. aus d. Grenzgebieten der Medicin u. Chirurgie*“ w artykule CRONER'a p. t. „*die Frühdiagnose des Magencarcinoms und ihre Bedeutung für die Therapie*“ mamy zestawione nasze sposoby dotychczasowe rozpoznawania raka żołądka.

Praca ta nie zawiera nic nowego. CRONER rozbiera w niej momenta, na których się opieramy przy rozpoznawaniu raka żołądka, jak: wywiady, wiek,

wymioty, rodzaj krwotoków, zachowanie się odżywienia, guz etc., a wreszcie znaczenie braku wolnego HCl, a obecności kwasu mlecznego, zachowanie się flory mikroskopowej żołądka i dochodzi do wniosków, do których dojść każdy musiał, t. j.:

1) że nie posiadamy ani jednego objawu, cechującego raka żołądka, a tylko polegać możemy na kombinacji objawów;

2) że brak HCl, jak i obecność w treści żołądkowej kwasu mlecznego nie stanowią właściwej cechy raka żołądka;

3) że więc nie mamy możliwości wczesnego rozpoznania raka, a „bez wy-czuwalnego guza, nacięcie próbne jest dozwolone tylko w wyjątkowych przy-padkach“.

Jako wzór takiego wyjątkowego przypadku podaje CRONER idealnie po-myślany przypadek w słowach następujących:

Np. weźmiemy chorego, liczącego najmniej 35—40 lat, który przedtem cie-szył się dobrem zdrowiem a od pewnego czasu uskarża się na brak łaknienia, nudności i wymioty od czasu do czasu występujące, przyczem doznaje większych lub mniejszych bólów w okolicy żołądka i w czasie tym znacznie zeszcupłał. Stwierdzam u tego chorego znaczne upośledzenie czynności ruchowej żołądka a w treści żołądkowej przy kilkakrotnem badaniu brak HCl, a zato wyraźny kwas mleczny; przypadłości te mimo kilkotygodniowego leczenia, zwłaszcza mimo przepłukiwań, wcale nie ustępują; wtedy nie waham się chorego tego skierować do leczenia chirurgicznego, nawet bez wymacalnego guza“.

Rychło wczas—można powiedzieć—i że w tych warunkach o radykalnem leczeniu nie można będzie najczęściej mówić, to dla mnie jest pewnem—nie tyle już z powodu rozmiarów nowotworu w ścianie samego żołądka, ile z powodu przerzutów w ścianie żołądka, w gruczołach sąsiednich, w wątrobie i t. d.

Mając sposobność w ostatnich czasach widzieć podczas operacji nowo-twory początkowe żołądka, nadzwyczaj małe, bo wielkości np. małego orzecha laskowego, a równoczesne już małe, wielkości główki od szpilki przerzuty w wątrobie, które w dwa lata po operacji przedstawiały poważne guzy, jestem tego zdania, że w przeważnej liczbie przypadków nie rozmiar guza, nie jego ruchomość decyduje o radykalnem usunięciu choroby, lecz ta pewność, że ope-rowało się w samych początkach. Tam, gdzie guz jest wymacalny, lub gdzie go niema, a obraz i przebieg jest taki, jaki opisuje CRONER w swym idealnym przypadku,— tam *de regula* o radykalnem leczeniu mowy niema, jak to niżej wykażę.

W ostatnich czasach na podstawie kombinacji objawów przy równoczes-nem uwzględnieniu pewnego zachowania się wolnego HCl, o którym niżej wspomnę, byłem w stanie rozpoznać raka żołądka w początko-wych jego okresach. Początkowe te stany sięgały do tego kresu, że w jednym przypadku dopiero mikroskop wykazał ogniska nowotworu rakowego.

Wszystkie przypadki odnoszą się do raka odźwiernika (*carcinoma pylori*) i tylko o tych mówić będę.

Na podstawie statystyki wiemy, że rak odźwiernika i części odźwierniko-wej stanowi lwią część wszystkich przypadków raka żołądka; wiemy również,

że pewna część rozwija się na tle wrzodu żołądkowego. Jaki stosunek liczebnie w tym kierunku zachodzi, trudne bardzo do ocenienia. Anatomia patologiczna podaje około 10% raków, rozwijających się na tle dawnego wrzodu (HAEBERLIN 8,7%, ROSENHEIM 8%, ja na materiale sekcyjnym znalazłem na 95 przypadków starych owrzodzeń i blizn 8 przypadków rozwijającego się raka, a więc 8,4%). Anatomia patologiczna jednak, mając do czynienia zwykle z późnymi okresami nowotworu, nie może nieraz rozstrzygnąć rzeczy, nie jest w stanie wykluczyć nieraz, czy w miejscu, w którym stwierdzamy wybitny nowotwór, nie było poprzednio wrzodu żołądka, lub blizny po wrzodzie. Pouczający w tym kierunku jest przypadek PUŁAWSKIEGO¹⁾:

U kobiety, lat 50 liczącej, od dwóch lat przypadłości żołądkowe. Obok objawów rozszerzenia żołądka wskutek zwężenia odźwiernika, w treści na czczo i po próbnym śniadaniu to wyraźny, to w śladach wolny HCl, to znowu brak HCl. Przy operacji [gastro-enterostomii — operujący KRAJEWSKI] okazało się, że „cała tylna ściana części przedodźwiernikowej zajęta jest przez wielkie, jak dłoń, owrzodzenie o dnie twardem, gładkiem, o twardych wyniosłych brzegach, równo obciętych“. Wycięty kawałek brzegu twardego wykazał pod mikroskopem budowę rakową (*adeno-carcinoma*). Rozpoznano, i to słusznie, na podstawie wyglądu całego owrzodzenia i badania mikroskopowego, wyglądu dobrego chorej, dość długiego trwania sprawy chorobowej, — wrzód okrągły, rozległy, zbliżający się, przechodzący na brzegach w raka. Po poprawie kilka miesięcy trwającej — naturalnie pogorszenie i chora wśród rosnącego osłabienia i charłactwa zmarła w rok po dokonanej operacji. Przy sekcji stwierdzono: „na *curvatura minor in parte pylorica* znajduje się owrzodzenie, wielkości dłoni. Brzegi tegoż podniesione, galaretowate, dno równe, gładkie, choć w wielu miejscach nacieczone. Brzeg nowotworu sięga do samej zastawki *pylori*, który przepuszcza zaledwie koniec małego palca. Gruczoły krezkowe nieznacznie powiększone.“

Sekcja wykazała zatem obszerne owrzodzenie rakowe. Czy sprawa nowotworowa powstała na bliźnie po wrzodzie okrągłym, tego badanie anatomo-patologiczne dowieść, ani też, jak twierdził anatom (prof. PRZEWOSKI), temu zaprzeczyć nie mogło, wobec tego, że śladów blizny nie było i że nacieczenie rakowe znajdowało się na całej przestrzeni wrzodu. Rak jakby pochłoniął wrzód, jak się wyraża ROSENHEIM, który twierdzi, że przeistoczenie wrzodu okrągłego w raka częściej się zdarza spostrzegać klinicytom, niż to stwierdzić mogą anatomo-patologowie na stole sekcyjnym dla rozmaitych powodów. I to jest prawda.

Dowodem na to twierdzenie, do którego w całej pełni się przyłączam, może być i lwowska statystyka sekcyjna wrzodów i raków żołądka w porównaniu do materiału klinicznego, z którym od lat czterech, prowadząc tutaj klinikę, miałem sposobność się zapoznać.

¹⁾ PUŁAWSKI. Rak żołądka na tle wrzodu okrągłego. Gaz. Lek. 1898.

Gdy KROKIEWICZ ¹⁾, stwierdzając li tylko z materiału sekcyjnego lwowskiego, na 2,713 sekcyi (materiał trzyletni) tylko 7 przypadków wrzodu a raków żołądka 59, a nigdy wrzodu przechodzącego w raka, dochodzi do wniosku, że wrzód żołądkowy jest u nas 4—8 razy rzadszy, niż rak żołądkowy, a „rak żołądka na podstawie wrzodu okrągłego należy u nas do rzadkości klinicznych i anatomicznych“ — to ja, opierając się na materiale klinicznym, z tej samej okolicy pochodzącym, muszę powiedzieć, że wrzód żołądkowy jest klinicznie nieporównanie częstszym zjawiskiem, niż to przypuszczać można z materiału anatomicznego, jak tego dowodzą choćby przypadki z mej kliniki operowane ²⁾, a przechodzenie w raka też tutaj nie należy do rzadkości, jeżeli mogłem zebrać takich przypadków kilkanaście w ciągu 4-ech lat i poddać je operacyi. Statystyka sekcyjna musiała wypaść pomniejszającą dla wrzodu, a z korzyścią dla raka żołądka, bo niejedyn z tych raków rozwijał się na tle wrzodu lub blizny po nim, anatomo - patolog jednak nie mógł tego wykazać, podobnie jak w przypadku PUŁAWSKIEGO. PUŁAWSKI ³⁾ też, jako klinicysta, uwzględniając materiał sekcyjny Warszawy, zestawiony przez CHEŁCHOWSKIEGO ⁴⁾, dochodzi do tych samych, co i ja, wniosków.

Gdy zatem do przypadków podobnych, jak opisany przez PUŁAWSKIEGO, dodamy doświadczenie kliniczne, można śmiało twierdzić, że toczący się wrzód przewlekły, lub blizna po nim, dają częściej podstawę do rozwoju nowotworu rakowego, niż to przyjmujemy i niż to anatomia patologiczna jest w stanie wykazać. Przeważna część wrzodów usadowiona jest w odźwierniku, lub w jego sąsiedztwie, przeważna też część raków żołądka tutaj się usadawia.

Gdybyśmy zatem mogli choć tę część przypadków raka, zdaniem mojem nie rzadką i nie małą, wcześniej rozpoznać, gdybyśmy byli w stanie oznaczyć, że tu, w tym przypadku rozpoczyna się rozwój raka, na tle poprzedniego wrzodu, lub blizny po nim — zdobyłoby się ważna bo dawałaby wskazówkę, że np. gastro-enterostomia, będąca przy wrzodzie operacją nie tylko paliatywną, lecz często radykalną, już nie jest na miejscu, że tu koniecznie trzeba przystąpić do operacyi rzeczywiście radykalnej, t. j. wycięcia odźwiernika (*resectio pylori*).

Rozpoznanie takie przed operacją ma tem większe znaczenie, że z jednej strony daje bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego, z drugiej strony wskazuje od razu rodzaj operacyi, dla którego przez samo oglądanie żołądka po otwarciu jamy brzusznej nieraz wskazówki nie znajdujemy, jeżeli, jak wspominałem, dopiero mikroskop rozstrzyga, czy mamy z czystym przewlekłym wrzodem do czynienia, czy też już z rozpoczynającą się sprawą nowotworową.

Przypadki o których mówić będę, będą to zatem te, przy których rozpoznaniu zwykle wahamy

1) KROKIEWICZ. Gaz. Lek. 1901.

2) Patrz pracę moją „O leczeniu wrzodu żołądka“ l. c.

3) PUŁAWSKI l. c.

4) CHEŁCHOWSKI. Kilka uwag o raku żołądka. Gaz. Lek. 1893.

się między wrzodem odźwiernika a rakiem odźwiernika, a więc w których obok innych objawów, jak bólów mniejszych lub większych, wymiotów lub braku ich, poprzednich krwotoków lub braku ich, braku guza, znajdujemy rano zwykle zaległą treść pokarmową, z mniej lub więcej obfitą florą żołądkową, treść kwaśną, nieraz bardzo silnie kwaśną przy braku kwasu mlecznego, a mniej lub więcej obfitej ilości wolnego HCl.

Znaną nam jest powszechnie sprawa zachowania się HCl przy raku żołądka, jaka się rozpoczęła z chwilą doniesienia VAN DER VELDEN'a o braku HCl przy tem cierpieniu, a która dzisiaj o tyle jest rozjaśniona, iż wiemy, że jakkolwiek w przeważnej liczbie przypadków raków żołądka brakuje w okresie, w którym zwykle badamy tych chorych, rzeczywiście wolnego HCl, — to jednak są przypadki, w których ten HCl do końca sprawy chorobowej prawie wykazać można, nieraz nawet w nadmiernej ilości. O przypadkach tych wyraził się pierwszy STRICKER ¹⁾ na kongresie med. wewn. w Wiesbaden w 1887 r. przy dyskusji nad podobnym przypadkiem COHN'a, że są to prawdopodobnie przypadki, w których rozwija się rak na tle wrzodu żołądkowego. Myśl tę rozwinięli dalej ROSENHEIM, PUŁAWSKI etc. i stwierdzili jej prawdziwość.

Dziś wszyscy to wiemy; wiemy, że są przypadki raka, w których jest wolny HCl, że są to rzeczywiście najczęściej [choć nie zawsze] przypadki przechodzenia wrzodu w raka, a spostrzeżenie to dla rozpoznania z jednej strony stanowi w niejednym przypadku przeszkodę nie do zwalczania, z drugiej przyniosło, jak dotąd, ten niewiele dla chorego znaczący dodatek rozpoznawczy, że „*bestehen, jak mówi ROSENHEIM ²⁾, unzweifelhafte Krebs Symptome (Tumor, progressive Macies etc.), so spricht das Vorhandensein freier Salzsäure auf der Höhe der Verdauung resp. Hyperacidität für die Entstehung dieses Neoplasma malignum aus einem Ulcus*“.

Trzeba zatem wybitnych objawów, a więc okresu posuniętego nowotworu, trzeba obok innych objawów stwierdzenia guza, charłactwa i t. d., by przy obecności wolnego HCl rozpoznać raka żołądka. Jest to rozpoznanie raczej sekcyjne (*Leichendiagnose*) a nie kliniczne dla ratowania życia chorego.

Obserwacya dłuższa tych przypadków wykazała, że w jednych z nich HCl prawie do końca życia się utrzymuje, w drugich powoli ginie a wtedy zjawia się *achylia gastrica*, zjawia się kwas mleczny—czyli to charakterystyczne zachowanie się zawartości żołądkowej dla przeważnej części przypadków raka żołądka, odpowiadające nieżyłowi śluzowemu żołądka. „Spostrzegalem cały szereg przypadków, mówi RIEGEL ³⁾, w których nadmierna kwasota treści żołądkowej,

¹⁾ Verhandlungen des VI Congresses f. innere Medicin, Str. 371.

²⁾ ROSENHEIM. Zur Kenntniss des mit Krebs complicirten runden Magengeschwürs. Zeit. f. kl. Med. T. XVII. str. 116. również Berl. klin. Woch. 1889.

³⁾ RIEGEL. Die Erkrankungen des Magens. Nothnagel's Handbuch der spec. Pathologie u. Therapie. T. XVI. str. 690.

stojąca w związku z wrzodem, powoli malała, by w końcu przejść w niedomogę wydzielniczą i zupełny brak HCl przy równoczesnej obecności kwasu mlecznego. W tych przypadkach, wobec równoczesnego wykazania powoli rosnącego guza, stwierdzenia rozwijającego się charaactwa i uwzględnienia dawniej już istniejących objawów wrzodu, udawało się napewno rozpoznać raka żołądka, rozwijającego się na tle wrzodu; słuszność tego rozpoznania stwierdziła sekcyja⁷.

Dotychczasowa obserwacyja tych przypadków pouczyła nas zatem, że w miarę rozwoju nowotworu coraz wybitniej występują objawy nieżytu śluzowego żołądka z coraz większym zanikaniem wydzielania HCl, że można mieć „rozpoznanie“, które sekcyja potwierdzi; dla wczesnego rozpoznania jednak tych przypadków, by chorego ratować, wskazówki pewnej nie mamy.

Nim przejdę do moich spostrzeżeń, które mają zadanie podać właśnie wskazówki, ułatwiające to wczesne rozpoznanie, słów kilka jeszcze chciałbym wspomnieć o stosunku, jaki zachodzi między rozwojem nowotworu a brakiem wolnego HCl. Dawniejsze zapatrywanie, że sam nowotwór, względnie jego produkta, niszczą kwas solny, okazało się niewłaściwe. Dzisiaj zyskało ogólne uznanie zapatrywanie szkoły krakowskiej od 1886 r. z KORCZYŃSKIM i JAWORSKIM na czele, że powodem braku kwasu solnego jest rozwijająca się *gastritis chronica (achylia gastrica)*, która nie jest następstwem rozwijania się nowotworu w żołądku, lecz stanem poprzedzającym lub równocześnie rozwijającym się, a ułatwiającym powstanie nowotworu. Badania histologiczne MATHIEU'go, HAYEM'a, SCHMIDT'a, HAMMERSCHLAG'a i t. d. wykazały nam te poważne zmiany w błonie śluzowej żołądka, świadczące o zwyrodnieniu śluzowem gruczołów trawiennych, przy równoczesnej zmianie w tkance międzygruczołowej, czyli przedstawiające nam obraz śluzowego nieżytu żołądka.

Nieżyt ten przewlekły śluzowy żołądka, po poprzednim istnieniu i trwaniu nieżytu kwaśnego, powstaje wtedy, gdy wrzód przechodzi w raka jak również i wtedy, jak to wiemy dzięki pracom KORCZYŃSKIEGO i JAWORSKIEGO, gdy wrzód przewlekły ulega wygojeniu.

Gdybyśmy zatem byli w stanie rozpoznać pierwsze początki tego przechodzenia nieżytu kwaśnego w śluzowy, a równocześnie, gdybyśmy byli w stanie rozróżnić, że w danych przypadkach przejściu temu odpowiada powstawanie nowotworu a nie gojenie się wrzodu—mielibyśmy podstawę do wczesnego rozpoznania, a co zatem idzie wskazanie do bezwarunkowego, radykalnego zabiegu operacyjnego.

Otóż na podstawie moich obserwacyi klinicznych, sprawa ta przy pewnym sposobie badania czynności żołądkowych, przy równoczesnem naturalnie uwzględnieniu i innych objawów, da się nieraz rozstrzygnąć. Rzecz donośnego praktycznego znaczenia!

Nim podam szczegóły, słów kilka wspomnieć muszę o sposobach badania, jakich używam w mojej klinice.

Do badania czynności żołądkowej używam, podanej przeze mnie i JAWORSKIEGO¹⁾ metody białkowej [po 3-ch kwadr.], metody befstykowej [po 4-ch godz.] i badam na czczo.

Wszystkie te badania dokonywam w tym samym dniu t. j. rano badam, czy na czczo [po nocy] żołądek nie zawiera zalegającej zawartości, a w razie dodatnim poddaję ją chemicznemu i mikroskopowemu badaniu. Po przepłukaniu następnie do czystości żołądka, przeprowadzam próbę białkową, wyciągając zawartość w 3 kwadransy, a w południe zjada chory próbny obiad, by po 4-ch godzinach próby dokonać.

To przeprowadzenie tych 3-ch prób w jednym i tym samym dniu uważam za konieczność i za wyższość nad innym sposobem badania, jak się to niżej pokaże.

Do wykazania wolnego HCl używam zmodyfikowanego przez JAWORSKIEGO odczynnika GÜNSBURG'a (*Vanilin* 6,10 *Phloroglucin*. 0,20, *Alkohol* 10,0). Jeżeli zabarwienie wystąpi szybko i silnie—oznaczam HCl wolny jako „wyróżniony” lub „bardzo wyróżniony”, jeżeli bladoróżowo—„dość wyróżniony” lub przy słabszym jeszcze zabarwieniu—„w śladach”. Przeprowadzając wymienione trzy próby w tym samym dniu, porównywać można nasilenie otrzymanych zabarwień. Jest to do celów klinicznych najprostszy i zupełnie wystarczający sposób dla zorientowania się i porównawczego ocenienia ilości wolnego HCl—zwłaszcza przy pewnym wyćwiczeniu oka. O szczególe tym badania nadmieniam dla tego, bo będzie potrzebny do zrozumienia przytoczonych później w tej pracy tablic rozbiórów treści żołądkowej i wniosków, które z nich wyciągnę.

Badania te powtarzam [zależnie od przypadku] 2 do 3-ch razy w odstępach kilkodniowych. Jeżeli znajduję upośledzenie funkcji mechanicznej [zalegająca rano zawartość pokarmowa], staram się rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia tylko z niedowładem ścian żołądkowych, czy też z mechaniczną przeszkodą w odźwierniku. Dodać tu muszę, że o ile wybitne zmiany zwężenia odźwiernika nie przedstawiają trudności rozpoznawczej, o tyle mniejsze stopnie wymagają skrupulatnego badania i cierpliwości w badaniu.

Chcąc stwierdzić np. ruchy wzmożone żołądka, jeżeli one są zaledwie zaznaczone, nie wystarcza rzucić okiem na powłoki brzuszne; trzeba nieraz wpatrywać się czas pewien z rozmaitych stron, trzeba obserwować w rozmaitych pozach; czasem występują one tylko w nocy.

Obok zaledwie zaznaczonych ruchów żołądka lub w razie braku ich, zasługuje na uwagę pewien kształt żołądka, zarysowujący się na powłokach brzusznych, widoczny szczególnie przy patrzeniu na poziomie powłok brzusznych [przy leżeniu chorego na wznak] t. j. że dołek podsercowy nie jest jednostajnie wzdęty, leż jedna strona [np. po lewej stronie mięśnia prostego] jest nieco wyższa, druga [po prawej stronie] niższa. Wpatrując się cierpliwie, do-

¹⁾ GLUZIŃSKI-JAWORSKI. Methode für die klinische Prüfung und Diagnose der Störungen in der Verdauungsfunktion das Magens. Berl. klin. Woch. 1884. str. 33.

czekać się możemy chwili, że bez widocznego dla oka ruchu żołądka, nastąpi zmiana w tym obrazie t. j., że strona prawa staje się wyższą a lewa niższą. Sprawia to wrażenie, jak gdyby żołądek był na granicy *partis pyloricae* przewężony [klepsydrowaty] i jak gdyby raz napięta była więcej *pars fundi* żołądka, to znów *pars pylori*. Przewężenie to musiałyby być czysto funkcyjne, w operowanych bowiem z tym objawem przypadkach zmiany anatomicznej w żołądku nie było—jedynie zmiana zwężająca odźwiernik.

Ważnym objawem dalej jest pewne uczucie, jakiego doznaje ręka położona na okolicy żołądka, które pochodzi od pewnego napinania się i zwalniania, niewidocznego dla oka, ścian żołądkowych—uczucie, podobne do tego, jakiego doznajemy, trzymając rękę nad pętlicą jelita, będącą ponad zwężeniem miejscem.

Do tych objawów przybywa jeden mniejszego może znaczenia, ale nie do pogardzenia.

Gdy opukujemy żołądek, którego kontury w sposób opisany wyżej są zaznaczone na powłokach brzusznych, stwierdzamy, że wysokość odgłosu bębnowego nad temi nieznacznie zarysowanymi wyniosłościami nie jest jednakowa, lecz nad jedną odgłos bębnowy jest wyższy nad drugą niższy i że ta różnica w wysokości odwrotnie się przedstawi, gdy nastąpi przemiana wyniosłości.

Przy wydęciu żołądka [powietrzem], co dokonywam w każdym z tych przypadków, by przekonać się o położeniu żołądka, jego wielkości, umiejscowieniu górnej i dolnej krzywizny, te opisane objawy zwężenia odźwiernika tem wybitniej występują i dodać muszę, że gdy ich nie można było stwierdzić przedtem, nieraz występują dopiero w czasie wydęcia żołądka. W przypadkach wątpliwych badania te należy kilkakrotnie powtarzać w odstępach kilkodniowych.

Zwracanie uwagi na te wszystkie szczegóły pozwala rozpoznać nieznaczne stopnia zwężenie odźwiernika, pozwala stwierdzić, że upośledzenie funkcji mechanicznej ma swoją podstawę nie w samym niedowładzie [atonii] warstwy mięsnej żołądka, lecz równocześnie w przeszkodzie mechanicznej, w jakiejś zmianie w odźwierniku lub jego sąsiedztwie¹⁾.

Tą drogą idąc, byłem w stanie rozpoznać i zwężenia odźwiernika małego stopnia i przekonać się, że niejedynym przypadkiem, który przy mniej ściśle badaniu byłby rozpoznany jako *catarrhus acidus ventriculi*, *gastro-succorrhoea*, *catarrhus mucosus etc. cum atonia*, w zmianie odźwiernika miał swoją podstawę dla sprawy chorobowej (*ulcus, carcinoma*).

Podczas operacji takich przypadków przekonać się mogłem, jak małe zmiany w odźwierniku stanowią już przeszkodę mechaniczną dla posuwania się zawartości, przeszkodę, która samą zmianą w odźwierniku wytłómaczyć się nie da, lecz świadcząca o słuszności zapatrywania JAWORSKIEGO²⁾, że „nieprzedostawanie się miazgi pokarmowej przez zwężony, lecz zazwyczaj jeszcze drożny

¹⁾ O rozróżnianiu przeszkody czynnościowej (*spasmus pylori*) od przeszkody mechanicznej patrz moją pracę p. t.: „O leczeniu wrzodu żołądka“. Odczyty kliniczne. Warszawa, 1900.

²⁾ JAWORSKI. Podręcznik chorób żołądka. Kraków, Wydanie II. 1899.

odźwiernik, pochodzi więcej od osłabienia kurczliwości części odźwiernikowej wskutek zmian anatomicznych, aniżeli od zwężenia samego“.

Jeżeli w takich przypadkach wykluczmy (wywiady, przebieg dotychczasowy, badanie całego organizmu, etc.) rzadkie zmiany ze sąsiedztwa, mogące nam zwężać odźwiernik, pozostają najczęściej dwie zmiany, które z upodobaniem usadowiają się w odźwierniku t. j. wrzód lub rak, lub jedno i drugie¹⁾.

Przystępując do rozbioru zachowania się w takich przypadkach funkcji chemicznej, z góry zaznaczam, że stwierdziwszy w tych warunkach, t. j. stwierdziwszy zwężenie odźwiernika, chociażby nie można było wymacać najmniejszego guza, brak zupełny kwasu solnego, a obecność kwasu mlecznego, znalazłszy pod mikroskopem w wyciągniętej zawartości obok resztek pokarmowych [nienadtrawione włókna mięsne etc.], drożdże i kolankowo zagięte prątki, uwzględniając objawy podmiotowe chorego i wywiady, chociażby ten chory liczył 35 lat i nie przedstawiał charłactwa, rozpoznać mamy prawo raka odźwiernika.

Nie o te przypadki mi jednak chodzi; zwykle są to przypadki względnie łatwe do rozpoznania, jeżeli się tylko bada dokładnie i szuka przyczyny upośledzenia funkcji mechanicznej; wtedy nie potrzeba tygodnie czekać, aż do wystąpienia charłactwa nowotworowego, jak w idealnym przypadku CRONER'a, lub zjawienia się guza, lecz po kilku badaniach, a więc bez porównania wcześniej, można sprawę chorobową rozpoznać; często mimoto już zapóźno dla radykalnego leczenia. Przypadków takich mógłbym cały szereg przytoczyć.

Głównie chodzi mi tu jednak o przypadki, jak to wyżej wspomniałem, w których obok opisanego zachowania się funkcji mechanicznej, znajdujemy w zawartości wybitny wolny HCl, gdy pod mikroskopem znajdujemy nadtrawione silnie włókna mięsne, sarcynę etc., gdy więc mamy cechy funkcji chemicznej, odpowiadające wrzodowi żołądka, a mimoto jest to przecież rak, lub wrzód, przechodzący w raka *in parte pylorica*, w których to przypadkach zatem nie wolno nam tracić czasu na leczenie, wskazane dla wrzodu żołądka, lecz przystąpić jaknajwcześniej do operacji i to nie do gastro-enterostomii, lecz jeżeli tylko możliwe, do operacji radykalnej, t. j. *resectio pylori*.

Na podstawie obserwacji, która, im więcej materiału zbieram, tem więcej staje się ugruntowaną, — twierdzić mam prawo, że rozpoznać przypadki te można, postępując temi metodami badania, których w klinice mojej używam i zwracając uwagę na pewne zachowanie się w tych razach HCl.

Cheąc stać się zrozumiałym nadmieniam, że badając przypadek wrzodu przewlekłego żołądka, usadowionego *in parte pylorica*, stwierdzamy przy wszystkich próbach, używanych w mojej klinice, w tym samym dniu dokonanych, a więc na czczo, po próbie białkowej i befsztykowej, zawartość żołądkową silnie kwaśną od wydzielającego się w nadmiarze HCl z bardzo wybitną reakcją na wolny HCl.

¹⁾ Zwężenia odźwiernika z innych powodów, np. wrodzone, należą do rzadkości.

Powtarzając te próby, zawsze te stosunki stwierdzamy ¹⁾.

Jeżeli zaś przypadłości żołądkowe trwają, a obraz zmienia się w ten sposób, że po którejs z tych prób, w tym samym dniu dokonywanych, np. po próbie białkowej braknie wolnego HCl, lub próba wypadnie słabo mimo wybitnej jego obecności w zawartości, wyciągniętej na czczo lub po próbie befsztykowej, jeżeli równocześnie, co często się zdarza, ale niekoniecznie, obok sarcyny i drożdży znajdują się pod mikroskopem prątki, spostrzegane przez JAWORSKIEGO jeszcze w r. 1889, a opisane później przez BOAS'a, KAUFMANN'a, to jest to znamię, jak niżej udowodnię, że katar kwaśny żołądka przechodzi w śluzowy, co dzieje się, jak wiemy, albo przy wygajaniu się wrzodu, albo przy przechodzeniu wrzodu w raka. Rozróżnienie tych dwóch stanów o tyle łatwe, że nie widziałem prawie takiego, samoistnego wygojenia wrzodu, *in parte pylorica*, sprawiającego zwężenie odźwiernika, mimo dużego doświadczenia, które-muby towarzyszyły objawy śluzowego kataru żołądka i to tak długo, jak długo nie jest usunięta przeszkoda mechaniczna. Zjawiają się objawy kataru śluzowego i to zwykle powoli, ale dopiero wtedy, gdy przeszkoda w odźwierniku jest usunięta, już to samoistnie, gdy np. była tylko funkcyjalną (*spasmus pylori*), już to sztucznie np. po gastro-enterostomii. Jeżeli przeszkoda trwa, trwają również objawy kwaśnego kataru żołądka, przy którym „w y r a ż n y” wolny kwas solny przy wszystkich wzmiankowanych próbach zwykle wykazać można.

Podtrzymuje to wydzielanie w nadmiarze HCl stagnacja pokarmów i ich produktów trawienia — najlepszym tego dowodem, że po zniesieniu przeszkody (po gastro-enterostomii) wydzielanie to powoli się zmniejsza, a nawet z biegiem czasu ustaje — podtrzymuje również i sam wrzód, jeżeli mimo usunięcia przeszkody *hypersecretio* HCl trwa przez długie czasy niewzruszenie dalej ²⁾.

Może być, że gdyby przypadki te ze zwężeniem dobrotliwym odźwiernika (blizna) długo bardzo trwały, gdyby wcześniej nie kończyły życia przez powikłania, inanciey, przejście w raka, gruźlicę etc. ³⁾, — to mimo to w końcu zjawiłby się i tu katar śluzowy; zwykle dzieje się inaczej. Każdemu czystemu wrzodowi okrągłemu *in parte pylorica*, sprawiającemu przeszkodę mechaniczną, towarzyszy katar kwaśny, przy którym stale przy wszystkich próbach podanych można otrzymać wyraźną próbę na wolny kwas solny. Brak przy którejkolwiek z tych prób wolnego HCl, lub mały jego ślad, mimo jego obecności przy innych próbach w tym samym dniu podjętych, stanowi zapowiedź roz-

¹⁾ Vide rozbiory przytoczone w pracy z kliniki mojej RENCKIEGO p. t.: „O czynności żołądka przy wrzodzie i zwężeniu dobrotliwym po zabiegach operacyjnych. Pamiętnik Tow. Lek. warsz. T. XCVII. Z. II.

²⁾ Patrz pracę dra RENCKIEGO z kliniki mojej p. t. wyżej podanym.

³⁾ Patrz statystykę moją w pracy p. t.: „O leczeniu wrzodu żołądka“. Odczyty kliniczne. Warszawa. 1900.

wijającego się kataru śluzowego żołądka, którego znaczenie wśród okoliczności przytoczonych [wśród trwania objawów] jest nader ważne dla rozpoznania rozwijającego się raka.

Dlaczego twierdzą, że podobne zachowanie się HCl w danych warunkach jest objawem nieżyty śluzowego (okresem wcześniejszym *achyliae gastricae*), wytłumaczą po przytoczeniu odpowiednich przypadków, które lepiej przedstawia rzecz, niż wszelkie opisy.

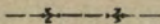
Przypadków tych nie będę opisywał chronologicznie, jak do obserwacji mojej się zgłaszały, lecz zacznę od tego, który stanowi ideał, do którego dążyć należy. [C. d. n.]

II. ZNIECZULANIE 25^o%-OWYM ROZTWOREM WYSOKOWYM KOKAINY

PRZY OPERACYACH W NOSIE, GARZIELI I KRTANI.

Podał

Władysław Wróblewski.



Kokaina od lat kilkunastu znalazła zastosowanie we wszystkich gałęziach sztuki lekarskiej i wszędzie, a zwłaszcza w chirurgii ryno-laryngologicznej oddaje niepospolite usługi. W ostatnich latach zaczęto używać środka tego z powodzeniem przy większych zabiegach chirurgicznych, posługując się metodą SCHLEICH'a, do znieczulań powierzchniowych i metodą BIER-TUFFIER'a do operacji większych na dolnych częściach tułowia [kończyny dolne, jama brzuszna].

Na błonach śluzowych stosowaliśmy 5—10%-owe roztwory wodne kokainy najczęściej w postaci penzlowań, rzadziej rozpyłań, a jeszcze rzadziej miąższowych wstrzykiwań. Rozczyny bardziej stężone dawały zbyt często objawy mniej lub więcej wyrażonego zatrucia.

Gdy więc wyczytałem ponownie w dziele prof. PIENIAŻKA: ¹⁾ „*Die Verengerungen der Luftwege*“ na str. 333, że autor używa do znieczulania błony śluzowej krtani po jej rozszczepieniu rozczyń wysokowego kokainy (*cocaini muriatici 1,0, spiritus vini rectificati 4,0*), zacząłem stosować ten sposób znieczulania miejscowego i na mocy własnego doświadczenia mogę go gorąco zalecić przy wszystkich operacjach ryno- i laryngologicznych. Wszelkie zabie-

¹⁾ Prof. PIENIAŻEK opisywał już sposób ten w dziele: „Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. Laryngoskopia“ w 1887 roku wydanem, który nie został jednak dotąd tak rozpowszechnionym, jak na to zasługuje.

gi operacyjne na błonach śluzowych odbywają się absolutnie bez bólu. Stosowałem sposób ten w wielu dziesiątkach przypadków przy najróżniejszych operacjach u dzieci, u dorosłych i u osób wyjątkowo wrażliwych i zawsze otrzymywałem odpowiedź, że najmniejszego bólu nie odczuwali. Podnieść tu muszę i tę okoliczność, że ani jednego razu nie spostrzegłem po tem omdlenia, ani najmniejszego objawu, wskazującego na zatrucie kokainą, co szczególnie często bywa po stosowaniu tego środka w nosie. Przypuszczam, że wyskok stanowi tu jednocześnie w pewnym stopniu odtrutkę.

Kokainy w powyższym stężeniu używa się w bardzo małej ilości. Trzykrotne penzlowanie małym tamponikiem z waty w odstępach 1—2-ch minut wystarcza do osiągnięcia zupełnego znieczulenia.

Ponieważ kokaina rozpuszcza się trudno w wysokoku, dodawałem pierwotnie kilka kropel wody przekroplonej, poczem dopiero po rozpuszczeniu dolewałem spiritusu do 4,0. Obecnie biorę tylko wyskok, mieszam z proszkiem kokainy i nagrzewam taką bełtankę mlecznego koloru nad lampką spirytusową w probówce. Kilkakrotne przeciągnięcie nad płomieniem wystarcza do zgotowania spiritusu, którego temperatura wrzenia jest 78,3° C. W gorącym wysokoku kokaina rozpuszcza się momentalnie i roztwór ten nawet po oziębieniu zachowuje stale zupełną przezroczystość.

Przy pierwszym dotykaniu błony śluzowej penzelkiem zmoczonym w tym roztworze uczuwa się małe pieczenie, zwłaszcza w nosie; przemija ono jednak bardzo prędko. U osób wyjątkowo wrażliwych można uprzednio rozpylić nieco 5%-ego wodnego roztworu kokainy, aby nawet i lekkiego pieczenia uniknąć.

Z operacji w nosie dokonywałem przy takim znieczuleniu wielokrotnie wycięcia muszel nożyczkami ¹⁾ i pętlicą, usuwania polipów, wycięcia listew na przegrodzie i t. p. W jamie nosogardzielowej kilkanaście przypadków, wycinania wyrosły adenoidalnych. W gardzieli—wypalania granulacyj, wycinania migdałków, a conajważniejsze *morcellement* migdałków t. j. usuwania ich częściowego podwójnymi ostreimi łyżeczkami w razach, gdy są one poprzyrastane do łuków, gdy nie są zbyt powiększone, a operowanie jest jednak z różnych powodów wskazanem [np. przy *tonsillitis desquamativa chronica*, lub *tonsillitis follicularis saepe recidivans etc.*]. Ta ostatnia operacja należy, jak wiadomo, do bardzo bolesnych a jednak przy omawianym sposobie znieczulania zawsze udawało mi się ból absolutnie usuwać i przez to mogłem operować z matematyczną niemal dokładnością.

Do bardzo bolesnych zazwyczaj operacji w gardzieli należy wypalanie galwano-kaustyczne wałów przy *pharyngitis lateralis*, zwłaszcza gdy te są bardzo grube. W celu zupełnego ich znieczulenia zmuszeni byliśmy niekiedy ucie-

¹⁾ W pracy mojej „Rezekeya muszli dolnej“. Gazeta Lekarska 1901 r. Nr. 49 opierałem się na przypadkach dawniej operowanych i dla tego podaję tam do znieczulania 10%-wy wodny roztwór kokainy.

kać się do miąższowych wstrzykiwań kokainy z antypyriną [jak to dawniej opisywałem w Gazecie Lekarskiej 1893 roku], omawiany zaś roztwór kokainy wystarcza najzupełniej do uzyskania zupełnej bezbolesności.

Toż samo mogę powiedzieć i o operacjach w krtani. W dwóch przypadkach licznych brodawczaków (*papillomata*) operowałem jak na fantomach i byłem w możności usunięcia wszystkich guziczków ze strun i z pod nich aż do przywrócenia zupełnie normalnego wyglądu tychże.

W jednym przypadku *curettement* krtani, gdzie na jednym posiedzeniu usunąłem podwójną ostrą łyżką HERINGA cały wiąz nagłośnio-nalewkowy prawy, nacieki w okolicy chrząstki nalewkowej prawej i duże guzowate nacieki struny fałszywej prawej, chory po skończonym zabiegu orzekł, że nie tylko bólu, lecz w ogóle nic nie czuł, co się robi.

W innym przypadku tonsilotomii przy wielkich migdałach, po dokładnem znieczuleniu, operowany, mężczyzna dorosły i inteligentny, nie był w stanie określić, który mianowicie migdał został już wycięty, a który będzie następnie usunięty.

Do takich samych wniosków pod względem tego sposobu znieczulania doszli i koledzy: ZIĘCIAKIEWICZ, MAURZYCY HERTZ i SINOŁĘCKI, pracujący w mojem ambulatoryum w szpitalu Ewangelickim, którzy mieli sposobność wypróbowania go na bardzo wielkim materiale szpitalnym.

W prywatnej praktyce miałem możność demonstrowania tego sposobu koledze IWANIŃKIEMU, który asystował mi łaskawie przy wycinaniu wyrosli adenoidalnych u chłopczyka, 8 lat wieku mającego, a w kilka dni później u tegoż samego chłopca przy rezekcyi nożyczkami przerostów muszel dolnych z obu stron nosa na jednym posiedzeniu. W przypadku tym zrobiłem wyjątek, operując obie strony na raz z powodu zupełnego braku jakiegokolwiek odczynu ogólnego po kokainie, [małego krwawienia i absolutnej bezbolesności; chłopczyk w ciągu całej operacyi rozmawiał z nami i zupełnie nie był trzymanym, poddając się chętnie zabiegom chirurgicznym.

W innym znowu przypadku, przy którym asystowała mi łaskawie dr med. TEOFILA COHN, chłopiec 12 lat wieku mający, nadzwyczaj wrażliwy, wprowadzony do [mego] gabinetu siłą z wielkim oporem i głośnym płaczem, trzymany do penzlowania kokainą, gdy po pierwszym wprowadzeniu kleszczy i wycięciu kawałka wyrosli przekonał się, że go to nic nie boli, siedział jak najspokojniej do końca operacyi, pomimo trzykrotnego wprowadzania narzędzi ostrych do jamy noso-gardzielowej, rozmawiał z nami uprzejmie i twierdził, że gdyby wiedział naprzód, że to nie boli, byłby bez krzyku i oporu od razu poddał się operacyi.

Z tych paru przykładów musimy przyjść do wniosku, że roztwór wyskokowy kokainy ma niezaprzeczoną wyższość nad wodnym i przeto polecam [najogromniej] Szanownym Kolegom sposób ten do dalszego stosowania. Nie obojętnem tu jest zapewne i działanie samego wyskoku, który sam przez się posiada w pewnym stopniu własności znieczulające i antyseptyczne.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



I. H. Kümmell. Badania doświadczalne nad rozpoznawaniem i leczeniem chorób nerek.

Z pomiędzy sposobów stwierdzania stopnia sprawności fizyologicznej nerek na pierwszym miejscu należy postawić określanie punktu zamarzania krwi oraz moczu, otrzymanego z każdej nerki oddzielnie za pomocą cewnikowania moczowodów. Wszelkie bowiem stosowane dotychczas badania nerek w celu przekonania się o ich sprawności wydzielniczej, okazały się niewystarczającymi. Nawet nefrotomia próbna nie może dać dostatecznego pojęcia o stanie fizyologicznej działalności narządu, ponieważ o stanie tym nie jesteśmy w możności wyrokować na zasadzie jedynie wyglądu przekroju nerki.

Określanie punktu zamarzania krwi daje pojęcie o sprawności nerek wogóle; temczasem to samo badanie zastosowanie do moczu, otrzymanego z każdej nerki oddzielnie, wskazuje nie tylko na stan działalności nerek, lecz również która z nich podlega sprawie chorobowej lub która i w jakim stopniu odznacza się upośledzoną sprawnością wydzielniczą. Mocz, otrzymany z każdej nerki przez cewnik, może być prócz tego poddany badaniom nad ilością zawartego w nim: 1) m o c z n i k a i 2) c u k r u po podskórnem zastosowaniu florydzyiny. Samo cewnikowanie moczowodów nie należy, zdaniem autora, do zabiegów niebezpiecznych; dla odkażania cewników najlepiej jest posilkować się 10—15-o minutowem ich gotowaniem w roztynie nasyconym *ammonii sulfurici*.

Określanie punktu zamarzania krwi i moczu polega na prawie fizycznym, głoszącem, że im więcej płyn zawiera cząsteczek rozpuszczonych, tem niżej znajduje się jego punkt zamarzania. Krew i mocz posiadają przy prawidłowych warunkach fizyologicznych pewien stały punkt zamarzania: dla krwi znajduje się on pomiędzy 0,55—0,57° poniżej punktu zamarzania wody przekroplonej, dla moczu punkt ten waha się w granicach pomiędzy—0,9° i—2,0°. A zatem obniżenie się punktu zamarzania krwi np. do — 0,58 i więcej lub zmniejszenie się punktu zamarzania moczu np. do—0,8 i mniej dowodzi upośledzenia czynności wydzielniczej nerek.

W dalszym ciągu autor przytacza w ogólnych zarysach opis przyrządu do zamrażania krwi i moczu pomysłu BECKMANN'a oraz opis techniki postępowania. Co się tyczy punktu zamarzania krwi, to KORÁNYI spostrzegł, że punkt ten podlega pewnym znaczniejszym wahaniom również przy wielkich guzach nerki i brzucha, a także przy wyrównanych wadach zastawkowych serca, kiedy tymczasem sprawność wydzielnicza nerek może być zupełnie prawidłową. W takich przypadkach należy uciec się do cewnikowania moczowodów i wszechstronnego zbadania moczu, wziętego z każdej nerki oddzielnie. Prace autora ilustrują liczne tablice, przedstawiające wyniki odnośnych badań klinicznych.

(Arch. f. klin. Chir. T. 64. Z. 3).

L. Zembrzuski.

2. K. Pel. Zapalenie nerek [m. Brighthii] przed forum chirurgów.

W r. 1899 chirurg berliński JAMES ISRAEL i prawie jednocześnie z nim chirurg francuzki ALFRED POUSSAN wystąpili z nader śmiałą propozycją leczenia zapalenia nerek nacinaniem otoczki nerkowej lub nawet za pomocą nefrotomii. Obaj ci chirurgowie powoływali się na pomyslnie wyniki w przypadkach własnych oraz na trzy przypadki HARRISON'a, zakończone również wy-

zdrowieniem zupełnem. HARRISON pierwszy wykonał nefrotomię u 3-ch chorych na zapalenie nerek i to przypadkowo, ponieważ rozpoznanie przedoperacyjne, jak się okazało, było mylne i dopiero przy cięciu nerki przekonano się, że we wszystkich przypadkach miano do czynienia z *m. Brighii*. Wyniki pomyślnie w tych przypadkach przypisać należy działaniu przeciwzapalnemu samego cięcia, jako to: wpływowi tego ostatniego na zmniejszenie napięcia naciecznej tkanki nerkowej, oraz na wydalenie z chorego narządu produktów zapalnych. Autor powstaje przeciw chirurgicznemu leczeniu zapalenia nerek w ogólności i podaje w wątpliwość do pewnego stopnia, czy w wielu przypadkach przez chirurgów operowanych i pomyślnie zakończonych istniało w samej rzeczy zapalenie nerek? Rozpatrując krytycznie wszystkie odnośne przypadki, autor dochodzi do wniosków następujących: 1) w wielu razach występowały objawy kliniczne na tyle poważne i niezwykle, że na zasadzie ich należałoby przypuszczać daleko głębsze zmiany w nerkach, aniżeli zwykłe zapalenie. Z objawów takich spostrzegano: jednostronne kolki nerkowe, powiększenie jednej nerki, podniesienia ciepłoty i t. p.; 2) w innych przypadkach miano znów do czynienia z obfitymi krwotokami nerkowymi lub z bezmoczem (*anuria*). Zwykłemu zapaleniu nerek, nawet w okresie ostrym nie towarzyszą wogóle tak dalece silne krwawienia, ażeby wypadało uciekać się aż do zabiegu chirurgicznego. Krwawienia te zresztą same przez się stanowią do pewnego stopnia *vis medicatrix naturae*. Co się tyczy bezmoczu, to jeśli tylko stanowi on wynik zaburzeń cyrkulacyjnych w samej nerce, to rozcięcie otoczki nerkowej lub nefrotomia bez wątpienia z korzyścią wykonane być mogą. Pamiętać jednak należy, że zapalenie nerek bywa nie tylko cierpieniem miejscowem, lecz może ono być wyrazem zmian w całym układzie krwionośnym, słowem—zmian w ustroju nader subtelnym i nawet niedostatecznie jeszcze zbadanych. W takich razach komplikują się i przyczyny bezmoczu, co utrudnia niezmiernie postawienie wskazań do zabiegu chirurgicznego.

Nie obojętnem też jest zastosowanie u nefrytyków ogólnej narkozy chloroformowej, bez której wykonanie tak poważnego zabiegu, jak nefrotomia, wydaje się nieprawdopodobnem, a znieczulenie miejscowe jest niewystarczającym. Autor zastanawia się wreszcie nad trudnościami, które się następują przy wyborze nerki do wykonania nefrotomii w przypadkach typowych *m. Brighii* oraz nad niebezpieczeństwami zabiegów chirurgicznych w przypadkach cięższych. Co się tyczy wyników leczenia chirurgicznego zapalenia nerek, to na 14 przypadków ISRAEL'a, w 3-ch nastąpiła śmierć wkrótce po operacji, w 3-ch nawroty cierpienia, w 8-iu zaś nastąpiło wyzdrowienie. Zdaniem autora, w 3-ch przypadkach, zakończonych śmiercią, zmiany zapalne w nerkach były nieznaczne i wogóle nie przedstawiały wskazań do operacji.

(*Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Medic. u. Chir. T. VIII. Z. 4 i 5*).

L. Zembrzusi.

3. O. Simon. Gruźlica nerek i jej leczenie chirurgiczne.

Prawdziwy postęp w badaniach nad istotą i pochodzeniem gruźlicy nerek datuje się dopiero od 7-go dziesiątka lat zeszłego stulecia; od tej chwili rozpoczyna się również racjonalne leczenie chirurgiczne omawianego cierpienia. Dawniej sądzono, że gruźlica nerek stanowi sprawę wtórną w ustroju, że punktem jej wyjścia bywa zawsze gruźlica innych narządów, albo że jest zjawiskiem częściowem gruźlicy ogólnej—prosówkowej. Tymczasem BARDENHEUER, GOLDING, BIRD i inni, opisali przypadki, w których gruźlica nerki wystąpiła pierwotnie; nawet b. dokładne badania pośmiertne nie wykazały istnienia ognisk gruźliczych w innych narządach. Gruźlicę nerek spostrzegano częściej u kobiet, niż u mężczyzn (w stosunku przeciętnym jak 5 : 2), a zdaniem ALBARRAN'a

największa liczba zachorowań wypada pomiędzy 30-ym a 40-ym rokiem życia. Przyczyną bezpośrednią sprawy powyższej jest oczywiście lasecznik KOCH'a; z pomiędzy okoliczności, sprzyjających wybuchowi cierpienia, wskazać wypada na dziedziczność, gruźlicę innych narządów, rzeźączkę przewlekłą, ciężę, wreszcie na uraz.

Gruźlica nerki powstawać może drogą dwojaką, t. j. przedstawia się albo jako sprawa krwio-pochodna, albo jako sprawa moczno-pochodna, czyli rozwijająca się z gruźlicy układu moczopłciowego. Gruźelki w nerkach powstają wokoło kanalików nerkowych i kłębków MALPIGHE'go, komórki limfoidne skupiają się najliczniej w tkance, otaczającej naczynia, same zaś kanaliki wypełnione bywają masą szklaną, droбноziarnistą lub komórkami pochodzenia nabłonkowego. Gruźelki podlegają albo zserowaceni, albo przemianie włóknistej; spostrzegane w nich komórki olbrzymie powstają przez podział jąder. Nerka jest zazwyczaj powiększona, części jej, nie zajęte przez sprawę gruźliczą, znajdują się w stanie zapalnym. ISRAEL odróżnia 3 postaci gruźlicy nerek: 1) dla pierwszej znamienne jest wytwarzanie się ognisk rozpadowych w postaci jam, wypełnionych masami serowatymi i ropą; 2) druga postać przedstawia t. zw. „pierwotne ówrodzenie gruźlicze“, rozpoczynające się na brodawkach nerkowych (*papillae renales*); 3) w postaci trzeciej występują w nerce liczne rozsiane guziki prosówkowe. Postać pierwsza jest najczęstsza. Otoczka nerki bywa zgrubiała i silnie unaczyniona; moczowody nie przedstawiają wogóle zmian swoistych, lecz i one podlegać mogą sprawie gruźliczej. Gruczoły chłonne w okolicy wnęki nerkowej bywają niejednokrotnie powiększone, przedstawiając zmiany, właściwe gruźlicy tych narządów.

Objawy początkowe gruźlicy nerek mogą być bardzo nieznaczne, zwykle jednak chorzy uskarżają się na lekkie bóle w okolicy nerki, na częste oddawanie moczu, przytem ten ostatni bywa nieco mętny, lub z przymieszką krwi; w miarę postępu choroby objawy powyższe potęgują się. Mocz przy gruźlicy nerek przedstawia ilość zmienną, jest zawsze mętny, zawiera białko w ilości 1—2‰; cylindry spostrzegano w nim niezmiernie rzadko, natomiast czerwone ciała krwi i nabłonki stanowią niemal stałe jego części składowe. Najważniejszym czynnikiem rozpoznawczym jest odnalezienie w osadzie moczu laseczników gruźliczych; niestety, niezawsze się ono udaje. Gorączka w gruźlicy nerek podlega wahaniom najrozmaitszym i zwykle bywa niewielką; nagle podniesienia się ciepłoty do 39°—40° dowodzić mogą zatkania moczowodów ropą lub masą serowatą. Przy rozpoznaniu należy mieć na względzie odróżnienie gruźlicy nerek od nowotworów złośliwych, od kamicy nerkowej i od ropo-nercza. W przypadkach wątpliwych należy w celach rozpoznawczych uciec się do wstrzykiwań t u b e r k u l i n y KOCH'a [1—2 wstrzyknięć podskórnych w ilości 0,005, poczem powinien wystąpić silny odczyn gorączkowy w razie istnienia sprawy swoistej]. W tym samym celu zaczęto posiłkować się w ostatnich czasach tuberkulocidną KLEBS'a, która wywołuje odczyn ogólny w stopniu jeszcze silniejszym, aniżeli tuberkulina. Jednakże i te próby niejednokrotnie zawieść mogą.

Za pomocą cystoskopowania i cewnikowania moczowodów rozstrzygnąć można, która nerka uległa sprawie gruźliczej. Co się tyczy metody kryoskopijnej KORANY'go i wstrzykiwań błękitu metylenowego, to autor pod tym względem spostrzeżeń osobistych nie posiada. KÜSTER kilkakrotnie zastosował obustronne cięcia nefrotomiczne na jednym i tem samym posiedzeniu w celu odsłonięcia obu nerek i przekonania się, który z dwu narządów dotknięty jest gruźlicą.

Pomimo, że leczeniu ogólnemu gruźlicy nerek środkami wewnętrznymi przypisać należy znaczenie bardzo doniosłe, to jednakże najracjonalniejszym jest leczenie, chirurgiczne, z wyjątkiem postaci prosówkowej. Zabiegi opera-

cyjne, wykonywane na nerkach są następujące: 1) *Nephrotomia resp. Nephrostomia*. Cięcie nerki ma na celu zapewnienie swobodnego wypływu ropii i moczowi. Przyszywanie nerki do mięśni i powłok skórnych jest zbyt ciężkie; przetokę nerkową należy starannie sączkować albo też szeroko wykladać muslinem jodoformowym. Przetoka nerkowa posiada bardzo słabą tendencję do zabliznienia się zupełnego, pomimo to w większości przypadków stan ogólny chorych poprawia się widocznie. W klinice CZERNY'go otrzymano po nefrostomii w gruźlicy nerek wyniki następujące: śmiertelność wyniosła 57,1^o/_o; wyzdrowień spostrzegano 4,5^o/_o; polepszeń—13,6^o/_o.

2) *Rezekcja nerek*. Zabieg ten rzadko chyba może mieć zastosowanie w gruźlicy nerek z powodu licznych ropni, doprowadzających prawie zawsze do zniszczenia znacznej części tkanki nerkowej. MORRIS i ISRAEL spostrzegali jednak przypadki wyzdrowień po rezekcji nerki.

3) *Nephrectomia*— wycięcie nerki — jest zabiegiem najradykałniejszym w gruźlicy nerek. Operacja ta wykonana być może pierwotnie lub wtórnie: w tym drugim wypadku bywa następstwem nefrostomii. Ta ostatnia zaś w podobnych przypadkach stanowi niejako akt przygotowawczy, mający na celu podniesienie najpierw ogólnego stanu pacyenta przed przystąpieniem do całkowitego usunięcia nerki. Wycinać należy nerkę o ile możności razem z otoczką tłuszczową, kikut najlepiej jest podwiązywać mocną nitką jedwabną. Pożyteczną okazuje się przytem rezekcja moczowodu, wykonana możliwie najniżej. REYNIER, POUSSON i RAMSEY polecają wycięcie zupełne moczowodu aż do samego pęcherza, a KELLY w jednym przypadku usunął z moczowodem część ściany pęcherza. Sposobu operowania autor nie przytacza; w klinice CZERNY'go operacji powyższej nie wykonano ani razu.

Wycięcie nerki wtórnie daje wyniki lepsze, niż pierwotne. Wogóle autor przytacza statystykę następującą: wyzdrowień, trwających dłużej niż rok jeden, otrzymano w klinice Heidelbergkiej w 59,2^o/_o, polepszeń zaś w 28^o/_o wszystkich przypadków. Pomimo stosunkowo dodatnich wyników po wycięciu nerki w porównaniu z nefrostomią, ta ostatnia wskazana jest w tych przypadkach, w których mamy do czynienia z ciężkim stanem ogólnym chorego, w razie braku drugiej nerki i gdy rozpoznanie jest niepewne. W takich razach wykonanie nefrectomii wtórnej może mieć miejsce w następstwie w miarę potrzeby i w razie sprzyjających ku temu warunków.

(*Beitr. z. klin. Chir. T. 30, Z. I*)

L. Zembrzusk.

4. W. Brunn. O zmianach w nerce po operacjach w jamie brzusznej.

Autor miał możność stwierdzenia zmian patologicznych, zachodzących w nerkach po operacjach brzusznych, w 18-tu przypadkach u ludzi i w 3-ich przypadkach u psów. Zmiany te polegały zawsze na nekrozie lub zmetnieniu (*trübe Schwellung*) komórek nabłonkowych kanalików nerkowych; naczynia krwionośne i tkanka łączna zmian patologicznych w ogólności nie przedstawiały. Z dokładnych spostrzeżeń klinicznych oraz z badań pośmiertnych wynika, że przyczyną zmetnienia lub nekrozy nabłonka bywa różlane zapalenie otrzewnej, które wystąpiło w 12-u przypadkach autora. Samo otwieranie jamy brzusznej, dalej zabiegi operacyjne na kiszki i nawet ograniczone zapalenie otrzewnej zmian powyższych nie powodują. Co się tyczy długotrwałej narkozy chloroformowej lub chloroformowo-eterowej, to niejednokrotnie wywołany przez nią białkomocz jest przemijającym i nie świadczy o głębszych zmianach w tkance nerkowej.

Obraz anatomo-patologiczny nerek, towarzyszący zapaleniu otrzewnej po laparotomiach, nie jest właściwy jedynie tej postaci chorobowej; spostrzegano go również po zatruciach ustroju środkami lekarskimi oraz w przypadkach samozatrucia w przebiegu ciężkich chorób narządów wewnętrznych.

(*Arch. f. klin. Chir. T. 65 Z. 1.*)

L. Zembrzusk.

5. Sackur. Żelatyna i krzepnięcie krwi.

S. zajął się sprawdzeniem doświadczeń DASTRE'a i FLORESCO, jakoby udowodniających, iż żelatyna, wstrzyknięta do żył, jest środkiem przyspieszającym wybitnie krzepnięcie krwi. Doświadczenia S. miały na celu: 1) określenie wpływu żelatyny na krew *in vitro*; 2) określenie zmian w krzepliwości krwi po zastrzyknięciu żelatyny pod skórę, lub wewnątrz żył; 3) toż samo przy działaniu miejscowem (polewanie rany roztworem żelatyny); 4) wreszcie rozwiązanie pytania, czy zastrzykiwanie żelatyny do organizmu jest zabiegiem niewinnym.

W metodyce doświadczeń S. różni się nieco od poprzedników. Wszystkie doświadczenia polegają na zebraniu niewielkiej ilości krwi (10—12 kropli) do porcelanowej miseczki i na określeniu na oko początku i końca krzepnięcia. Za początek krzepnięcia S. uważa chwilę, gdy przy lekkim poruszeniu miseczki można na jej dnie zauważyć stałe masy; koniec — wtedy, gdy można miseczkę odwrócić bez wylania się krwi. Spostrzeżenia autor robił przy 38° C., także i przy zwykłej pokojowej temperaturze, używając wyjałowionego 5—10%-ego roztworu żelatyny w wodzie z dodatkiem 0,7% NaCl, neutralizowanego przez NaCO₃ lub nie.

Przy działaniu żelatyny, dodanej do krwi *in vitro*, zmian wybitnych w krzepliwości nie można było dostrzedz. Po zastrzyknięciu do żyły 0,8 5%-ego roztworu żelatyny na kilogram zwierzęcia (DASTRE i FLORESCO), S. również nie widział prawie nigdy (z wyjątkiem jednego doświadczenia) przyspieszenia krzepliwości krwi. Po zastosowaniu takiej samej dawki pod skórę w trzech doświadczeniach na pięć u królików można było dostrzedz przyspieszenie krzepnięcia krwi. Przeciwnie, z pięciu psów tylko u jednego otrzymano dodatni wynik. S. potwierdza spostrzeżenie DASTRE'a i FLORESCO o wzmoczeniu się ciśnienia wewnątrz-tętniczego po wstrzyknięciu żelatyny. U zwierząt padłych, lub zabitych po wstrzyknięciu żelatyny autor widział w płucach, sercu i nerkach wylewy krwawe i zatkania drobnych naczyń, przyczem zmiany te u psów niezależne były od sposobu wstrzykiwania. U królików po iniekcjach podskórnych zmian takich nie było.

Przy bezpośrednim badaniu pod mikroskopem działania kropli żelatyny na kroplę krwi rozcieńczonej okazało się, że krążki czerwone krwi łączą się szybko ze sobą w rolki i zlewają się. Białe ciała nie uczestniczą w procesie. Stąd S. wyprowadza wniosek, iż żelatyna nie jest niewinnym środkiem: wstrzykiwania jej roztworów mogą wywołać zatkanie drobnych naczyń w narządach mięszzowych. Dlatego też leczenie żelatyną należy ograniczyć tylko do przypadków, przy których inna terapia jest bezsilną (*haemophilia*).

Przy polewaniu rany roztworem żelatyny S. nie widział wyraźnego wpływu na zatamowanie krwotoku.

(Doświadczeniom S. można zarzucić wadliwą metodę, która mogła być źródłem wielu omyłek. Teoretycznie już możnaby oczekiwać, że różnica w krzepliwości krwi po zastosowaniu żelatyny nie może być tak znaczna, aby ją można na oko oceniać. Z drugiej strony warunki krzepnięcia krwi w żyjącym organizmie są inne, niż przy wylaniu kilkunastu kropli na miseczkę. *Przyp. Spraw.*)

(*Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Med. u. Chir.* 1901. T. I i II).

Bartkiewicz.

6. Zibell. Przyczyny działania hemostatycznego żelatyny.

Podług LANCERAUX żelatyna, wstrzyknięta pod skórę, dostaje się do obiegu krwionośnego przez pośrednictwo naczyń limfatycznych, jako roztwór rzeczywiście. Działanie jej, bliżej nie wytłómaczone, ogranicza się tylko do

tych okolic naczyń, w których *intima* uległa sprawie chorobowej. Wręcz przeciwnego zdania jest LABORDE, który wyłącza możliwość wessania się żelatyny z tkanki podskórnej. Wstrzyknięta zaś do naczyń, działa jak ciało obce i może wywołać w wielu miejscach skrzepę. Inna teoria, również postawiona przez LABORDE'a, głosi, że przyczyną własności hemostatycznych żelatyny jest jej peptonizacja wewnątrz naczyń. CANNIS i GLEY nadawali w tym względzie znaczenie kwasom. Według nich przy neutralizacji sodą żelatyna miała tracić swe własności hemostatyczne. Wreszcie podług BAUERMEISTER'a żelatyna rozpuszcza białe ciała krwi, z których wywiązujący się ferment powiększa krzepliwość krwi.

Autor, biorąc za punkt wyjścia to, że od czasów GALENA, PARACELSA związki wapnia były wielokrotnie rekomendowane jako *haemostaticum*, stawia hipotezę, że czynnym składnikiem żelatyny jest Ca O. Dokonawszy całego szeregu analiz, Z. przekonał się, że biała żelatyna zawiera 0,6% wapna. Przy wstrzyknięciu 100 ctm. 5%-ej żelatyny pacjent otrzymuje 0,03 łatwego do przyswojenia wapna, co z punktu widzenia leczniczego nie jest zbyt małą dawką.

(*Münchener med. Wochenschr.* 1901, № 42).

Bartkiewicz.

7. Karol Helbich. Żelatyna jako haemostaticum.

H. stosował w swej praktyce żelatynę trzy razy: dwa razy przy uporczywym krwotoku nosowym, który ustał po założeniu tamponu, zmoczonego w 2½%-owej ciepłej żelatynie; raz przy krwotoku żołądkowym. W tym ostatnim przypadku 18-letnia chora straciła b. dużą ilość krwi, którą autor ocenia na 4½ litra (kilka krwotoków w ciągu tygodnia). Wobec groźnego stanu i bezsilności terapii, H. dał *per os* 1,0 żelatyny, rozpuszczonej w wodzie. Tegoż dnia wieczorem chora wymiotowała, jednak w zawartości żołądka krwi nie było. W parę dni później wskutek ponownych krwotoków autor zastosował żelatynę, w ogólnej sumie 8,0, znów z dobrym skutkiem. Chora wyzdrowiała.

(*Die Heilkunde. Wrzesień, 1901*).

Bartkiewicz.

8. Leser. O mało znanym, a często spotykanym przy raku objawie.

Pomimo znacznych postępów, jakie nasza wiedza poczyniła w ostatnim dziesięcioleciu, brak nam wciąż jeszcze objawu, któryby pozwolił rozpoznać raka wcześniej i z zupełną pewnością. Prof. LESER zwraca uwagę ogółu lekarzy na objaw, który bardzo często towarzyszy rakom rozmaitych narządów i który może w przyszłości odegra wybitną rolę we wczesnym rozpoznawaniu raka. Rzecz polega mianowicie na występowaniu na skórze chorych, dotkniętych rakiem, bardzo licznych małych naczynek.

Do roku 1899 autor nie znalazł w literaturze żadnej wzmianki o powyższym objawie. W roku 1899 FREUND pierwszy ogłosił, że bardzo często spostrzegł na skórze kobiet, cierpiących na nowotwory narządów płciowych, małe naczyńki, brodawki ciemno-brązowe, rzadziej większe fibromaty i tłuszczaki. Następnie HOLLAENDER w artykule p. t. „Przyczynki do wczesnego rozpoznawania raka kiszki“ potwierdził powyższe spostrzeżenie FREUND'a. Autor spostrzegł już od roku 1898 częste występowanie naczynek na skórze chorych, dotkniętych rakiem; od tego czasu widział 60 przypadków raka rozmaitych narządów; prócz tego asystent jego, MÜLLER, za namową autora przedsięwziął szczegółowsze badania w tym kierunku na dużym materiale klinicznym.

MÜLLER badał 50-iu chorych rakowatych i 300 chorych, u których obecność raka można było wykluczyć. Z pośród 50-iu przypadków raka było 10 przypadków raka odźwiernika wzgl. żołądka, 3 przypadki raka przelyku, 3 przypadki raka prostaty, 1—raka wątroby, 11—raka sutki, 16 przyp. raka macicy, 1—raka jajnika i 5 przypadków raka skóry. Otóż we wszystkich po wyższych przypadkach, za wyjątkiem tylko jednego, można było stwierdzić obecność na skórze naczynek, przyczem u 17-u mężczyzn znaleziono 310 guzików (1:18), u 33-ch kobiet—444 naczynek [1:13]; w jednym przypadku raka wątroby u mężczyzny stwierdzono na skórze aż 76 naczynek.

Z badań nad 300 chorymi, nie cierpiącymi na raka, okazuje się, że podobne naczynek występują wprawdzie nieraz na skórze ludzi nie dotkniętych rakiem, lecz tylko w małej ilości i u osobników starych. Wobec tego autor stawia wniosek, że stwierdzanie naczynek na skórze u ludzi niestarych i w ilości znacznej posiada dużą wartość dyagnostyczną przy rozpoznawaniu raka.

Naczynek te przedstawiają się pod postacią plam jasno lub niebiesko—czerwonych, wielkości główki szpilki do wielkości grochu, wznoszą się nieco nad powierzchnią skóry, przy nacisku palcem nie giną, wyraźnie są odgraniczone od sąsiedniej skóry i najczęściej występują na skórze tułowia, rzadziej kończyn, prawie nigdy na skórze rąk i nóg.

Autor zachęca szerokie koła lekarzy do zajęcia się powyższą kwestyą i przeprowadzenia badań na jak największym materiale, uznając zarazem, że wiele jeszcze stron tej kwesty pozostaje nierozstrzygniętych, np. czy plamy te występują jeszcze przed pierwszymi objawami raka i stopniowo stają się coraz liczniejsze, czy są one raczej następstwem raka, czy wreszcie stanowią tylko towarzyszący temu cierpieniu objaw? Należałoby również wyjaśnić w przyszłości, czy obecność naczynek na skórze chorego, dotkniętego rakiem lub nagle zniknięcie tychże nie da nam możliwości ściślejszego rokowania; autor przynajmniej spostrzegł u 3-ch chorych, że po doszczętnem usunięciu raka na drodze operacyjnej naczynek zawsze zniknęły.

(*Munch. med. Woch.* 1901. Nr. 51).

W. Rubin.

9. Lauffs. „Rhinitis gonorrhoeica u dorosłych”.

Autor opisuje dwa obserwowane przez siebie przypadki trypra nosa u dorosłych. Pierwszy przypadek dotyczy 25-letniego oficera, który zjawił się ze skargą na wypływ ropny z prawego nozdrza, trwający od 3-ch tygodni, zaczerwienienie i bolesność nosa. Przy badaniu nosa znaleziono w nosie dużo gęstej żółtej ropy, w niektórych miejscach z domieszką krwi. Na przegrodzie nosa prawie tuż przy wejściu małe nacieczenie, krwawiące przy dotykaniu zgłębnikiem.

Autor, nie podejrzewając żadnego swoistego cierpienia, zbadał wydzielinę ropną z nosa pod mikroskopem i ku swemu zdziwieniu znalazł genokoki w komórkach ropnych. Pacjent miał wprawdzie przed kilkoma tygodniami trypra, ale obecnie żadnego wypływu z cewki już nie było. Podczas ostrego okresu trypra miał katar silny i prawdopodobnie wtedy, biorąc do ręki chustkę bezpośrednio po przestrzykiwaniach cewki, przeniósł zakażenie na nos.

Drugi przypadek dotyczy również wojskowego, u którego nagle zjawił się wypływ z prawego nozdrza wraz z silnymi bólami nosa. Pacjent sam przypuszcza, że zachodzi jakiś związek pomiędzy tryprem cewki, na jaki obecnie cierpi a chorobą nosa. Badanie ropy wykryło obecność gonokoków.

Kwestya możliwości trypra nosa przez długi czas była sporną. Wielu doświadczonych dermatologów, jak RICORD, RAKET, DIDAY i ZEISSEL powątpiewali o możliwości *rhinítidis gonorrhóicae*, ponieważ niektóre błony śluzowe, a pomiędzy innymi i błona śluzowa nosa, nie poddają się infekcyi gonokokowej. Badania FINGER'a, GHON'a i SCHLAGENHAUFER'a obalily zdanie powyższe, gdyż stwierdzili oni, że gonokoki rozwijają się na każdej błonie śluzowej i że zachowanie się ich zależy tylko od nabłonka: w błonie śluzowej, pokrytej nabłonkiem płaskim, gonokoki zostają w powierzchownych warstwach, w błonie zaś z nabłonkiem walcowatym przenikają w głąb w tkankę łączną. Wobec tego możliwość infekcyi gonokokowej nosa staje się zupełnie zrozumiałą. Względna rzadkość tego cierpienia zależy z jednej strony od naturalnej przeszkody dla infekcyi, jaką tworzy skóra, wyścielająca przedśionek nosa, z drugiej zaś strony nie badano szczegółowo wpływu ropnego nosa i stąd mała liczba obserwacyi klinicznych. Rozpoznanie tego cierpienia możliwe jest jedynie no zasadzie badania mikroskopowego wydzieliny z nosa: obecność gonokoków w ropie o typowej postaci, a szczególnie obecność ich w samych komórkach ropnych, decyduje o dyagnozie.

Co się tyczy leczenia *rhinítidis gonorrhóicae* to najlepsze są środki, mające własności bakteryobójcze, a jednocześnie nie drażniące. Autor stosował argonin [1%]—zakładał tampony zmoczone w argoninie. W miarę zmniejszania się ilości gonokoków objawy kataralne ustępują—wprawdzie pozostają one jeszcze przez pewien czas po zupełnem zniknięciu gonokoków.

(*Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen- Ohr- und Halskrankheiten. T. V. Nr. 11.* Maurycy Hertz.)

Nowa nomenklatura chemiczna polska.



Na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w sekcyi chemicznej przedstawiony został przez prof. ZNATOWICZA referat w imieniu chemików warszawskich p. t. „Polskie słownictwo chemiczne“. Za podstawę do dyskusyi posłużyła praca p. ANTONIEGO GRABOWSKIEGO „O terminologii naszej chemicznej“, która uległa wszechstronnej ocenie tak ze strony chemików w Sekcyi chemicznej, jako też ze strony lingwistów: prof. A. MALECKIEGO, H. ŁOPACIŃSKIEGO, J. ŁOSIA, J. KALLENBACHA, A. KRYŃSKIEGO, dra J. KARŁOWICZA i FR. KREZKA. Kwestya ustalenia nomenklatury chemicznej rozumie się, że na Zjeździe nie mogła być załatwioną i na wniosek sekcyi chemicznej przekazaną została Akademii Umiejętności, która zwołała ankietę z delegatów Uniwersytetu Krakowskiego i Lwowskiego, Politechniki Lwowskiej, Wyższej szkoły przemysłowej w Krakowie, Sekcyi chemicznej warszawskiej, reprezentanta delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, Redakcyi Wszechświata w Warszawie, Szkół rolniczych krajowych, Towarzystwa Naukowego w Poznaniu i Rady szkolnej krajowej. Delegaci szczegółowo rozebrali referaty w sprawie słownictwa chemicznego prof. RADZISZEWSKIEGO i BAUDOUIN'a de COURTENAY ze strony chemicznej i językowej i złożyli sprawozdanie i postulaty, których większość Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii zatwier-

dził. Nową nomenklaturę wprowadził u nas Wszechświat i Chemik Polski począwszy od kwietnia r. b.

Uznając w sprawie nomenklatury Akademię jako instytucję jedynie miarodajną, od 1-go stycznia r. 1902 stale posługiwać się będziemy terminami chemicznymi przez Akademię zaleconymi, nie wdając się w krytyczną ich ocenę.

Aby dać czytelnikom naszym pojęcie o zasadach tej nomenklatury, podajemy poniżej uchwałę Akademii w tej sprawie na mocy posiedzeń 14. 21. 28. stycznia 1901 roku według Nr. 1 Chemika Polskiego.

Wydział matematyczno-przyrodniczy Akademii postanowił, że, spolszczając nazwy pierwiastków pochodzenia łacińskiego, należy przestrzegać ogólnie używanego sposobu skrócenia ich przez odrzucanie końcówek *ium* lub *um*. Nazwą więc Mg ma być magnez, Li—lit, Ur—uran, Ge—german. Za uchwaleniem nazwy „magnez“ na Mg, w miejsce dawniej używanej „magn“, przemawia jeszcze okoliczność, że wyraz ostatni ma zbyt wielkie podobieństwo do nazwy innego pierwiastku, mianowicie manganu.

Wydział postanowił zachować dotychczas używaną nazwę „wapń“ pierwiastku Ca, uważając, że proponowana skądinąd nazwa „wapień“ jest nieodpowiednia ze względu na określone znaczenie tego wyrazu w naukach pokrewnych i ze względu na zbyt blizkie pokrewieństwo pojęć oznaczonych przez wyraz „wapień“ w geologii np. i w chemii, w przypadku, gdyby wyrazem tym chciało nazywać pierwiastek.

Przeciwno wyrazowi „germ“ zamiast „german“, przemawia, oprócz nieprawidłowości uformowania pierwszego, w myśl powyżej wspomnianej zasady spolszczania nazw łacińskich, jeszcze okoliczność, że wyraz „germ“ mógłby nasuwać pojęcia, nie mające nic wspólnego z chemią.

Wydział polecił pisownię pierwiastków pallad i tellur przez dwa l, a pisanie amonu przez jedno m, ze względu na powszechne używanie nawet w potocznej mowie nazwy amoniak.

Grupę CN Wydział postanowił nazywać cyanem, podobnie SCN rodanem, pragnąc w ten sposób zbliżyć się do nomenklatury innych języków i uwzględniając, że w znakowaniu chemicznym używa się często „Cy“ zamiast „CN“, który to pierwszy symbol jest po prostu skróceniem wyrazu „cyan“.

W sprawie końcówek „owy“ i „awy“ kwasów wyższego i niższego utlenienia, Wydział matematyczno-przyrodniczy przychylił się do uchwał Ankiety, pomimo, że w zasadzie przyznawał słuszność żądaniu odróżniania tego rodzaju kwasów końcówkami, bardziej różniącymi się od siebie. Za zachowaniem tych końcówek, używanych przez chemików galicyjskich, przemawiały jednak poważne względy praktyczne. Zmiana końcówek w nazwach tak ważnych związków, jakimi są kwasy tlenowe, oznaczałaby bardzo doniosłą zmianę w słownictwie chemicznym, której przeprowadzenie mogłoby utrudnić zrozumienie literatury chemicznej licznym byłym słuchaczom zakładów naukowych kraju. Oprócz tego Wydział miał tu na względzie okoliczność, że końcówka „awy“ była dawniej w użyciu w obu słownictwach polskich chemicznych. Co do kwasu H_2SO_4 Wydział postanowił równouprawnienie nazwy „kwas siarczany“ z nazwą normalną „kwas siarkowy“. Przy tej sposobności orzekł, że należy też używać nazw „kwas mleczny i mleczany“.

W sprawie formowania nazw soli kwasów tlenowych przez zmianę końcówek „owy“ na „an“ i „awy“ na „yn“, Wydział przychylił się do odpowiedniej uchwały Ankiety, uchwalając zasadę, że poprzednie końcówki mają być zmiekczone w wyrazach czysto polskich, a oprócz tego w przypadkach pochodnych pierwiastków, których nazwy kończą się na m lub n.

W sprawie nazw związków w rodzaju HCl , H_2S , i PH_3 , tlenków metalicznych i soli kwasów beztlenowych, podobnie jak nazw połączeń haloidów z metaloidami, Wydział przychylił się do uchwał Ankiety w zupełności. Odrzucając sposób formowania nazw tlenków metalicznych i soli kwasów beztlenowych metali wielowartościowych, używany w Królestwie Polskiem, a polegający na odmiennej konstrukcyi określeń pierwiastków połączonych z metalem, Wydział kierował się wyłącznie wymaganiami nowoczesnej nauki, zaznaczając, że charakter chemiczny związków metali z wartościowością zmienną zależy przede wszystkim od charakteru jonu metalicznego, wchodzącego w skład takich związków, a nie od jonów haloidów, istniejących obok jonów metalicznych.

Grupę OH Wydział postanowił nazywać, zgodnie z uchwałą Ankiety, wodorotlenem, a pochodne ogólnego typu $\text{Me} [\text{OH}]_n$ wodorotlenkami lub wodzianami. Oprócz tego wydział zalecił używanie w mowie potocznej określeń: potaż żrący, soda żrąca, woda wapienna i woda barytowa. Na oznaczenie związków, zawierających wodę krystalizacyjną, Wydział przyjął nazwę proponowaną przez Ankiety.

Co do nazw kwasów H_2SO_2 i $\text{H}_2\text{S}_2\text{O}_3$, podobnie jak nazw połączeń tlenu z azotem, Wydział przychylił się do uchwał Ankiety, pomimo, że dotychczas nieznanne są fakty, wykazujące różnice w chemicznym zachowaniu się związków NO_2 i N_2O_4 . Wydział uważał jednak za stosowne zatwierdzić nazwy: dwutlenek azotu i bezwodnik azotawo-azotowy, chcąc tym sposobem wskazać samodzielne istnienie obu tych związków w odpowiednich warunkach.

Produkt techniczny, otrzymany przez działanie chloru na wapno, Wydział zalecił nazywać chlorkiem białym. Zamiast dotychczas używanego w Galicyi terminu „drobina“, Wydział uchwalił używanie „cząsteczka“, a zamiast proponowanego przez Ankiety *m o l u*, zalecił zachowanie określenia *c z ą s t e c z k a g r a m o w a*, zaznaczając jednak gotowość zaakceptowania wyrazu *m o l*, jeżeli wyraz ten będzie powszechniej używany w literaturach chemicznych obcych. Co do równouprawnienia wyrażen „połączenie“ i „związek“, podobnie jak spolszczania przystawek bi, tri, etc., Wydział podzielił uchwały Ankiety.

Przykłady nazw najprostszycch związków:

<i>Wodór</i> , dwutlenek wodoru, H_2O_2	<i>Chlor</i> , chlorowódor
nadtlenek wodoru, H_2O_2	chlorek cynku lub cynkowy
siarczek wodoru, siarkowódor, H_2S	chlorek cynawy SnCl_2
<i>Chlor</i> , chlorek glinu lub glinowy	chlorek cynowy SnCl_4
chlorek amonu lub amonowy	kwas podchloraowy HClO
chlorek baru lub barowy	podchloryny
chlorek ołowiu PbCl_2	kwas chlorawy
chlorek ołowiowy PbCl_4	chloryny
chlorek wapnia lub wapniowy	kwas chlorowy
chlorek potasu lub potasowy	chlorany
chlorek węglowy	kwas nadchlorowy
chlorek magnezu lub magnezowy	nadchlorany
bezwodnik podchloraowy Cl_2O	<i>Brom</i> , bromowódor
bezwodnik chlorawo-chlorowy Cl_2O_4	bromek sodu lub sodowy
chlorek srebrowy	bromek wapnia lub wapniowy
chlorek azotawy NCl_3	bromek srebrowy

Jod, jodek ołowiawy PbJ_2
 jodek sodu lub sodowy
 bezwodnik jodowy J_2O_5
 kwas jodowy HJO_3
 kwas podjodawy HJO
 kwas nadjodowy HJO_4
 jodowodór
 jodany
 nadjodany
 podjodyny

Siarka, siarkowodór H_2S
 siarczek wodoru
 siarczek amonu lub amonowy
 siarczek sodu lub sodowy
 siarczek wapnia lub wapniowy
 siarczek żelazawy FeS
 siarczek żelazowy Fe_2S_3
 chlorek siarki S_2Cl_2
 dwuchlorek siarki SCl_2 ; chlorek siarkawy
 czterochlorek siarki SCl_4 , chlorek siarkowy
 bezwodnik siarkawy lub dwutlenek siarki SO_2
 bezwodnik siarkowy lub trójtlenek siarki SO_3
 półtlenek siarki S_2O_3
 kwas siarkawy H_2SO_3
 " siarczany lub siarkowy H_2SO_4
 " podsiarkawy H_2SO_2
 " tiosiarkowy $H_2S_2O_3$
 " pyrosiarkowy $H_2S_2O_7$
 " dwutlenkowy $H_2S_2O_6$
 " trójtlenkowy $H_2S_3O_6$
 " czterotlenkowy $H_2S_4O_6$
 " pięcioletniowy $H_2S_5O_6$
 " siarczany
 " siarczyny
 " podsiarczyny
 " tiosiarczyny
 " tioniany
 " nadsiarczany

Azot, trójwoderek azotu, amoniak NH_3
 amon NH_4
 chlorek amonu lub amonowy
 trójchlorek azotu NCl_3
 bezwodnik podazotawy N_2O
 podazotyny
 tlenek azotu NO
 dwutlenek azotu NO_2
 bezwodnik azotawy N_2O_3
 kwas azotawy HNO_2
 azotyny
 bezwodnik azotawo-azotowy N_2O_4

Azot, kwas azotowy
 azotany
 kwas azotowodorowy

Fosfor, trójwoderek fosforu, fosforyak PH_3
 fosfon PH_4
 trójchlorek fosforu lub fosforawy PCl_3
 pięciochlorek fosforu lub fosforowy PCl_5
 bezwodnik fosforowy P_2O_5
 kwas fosforowy (orto) H_3PO_4
 kwas pyrofosforowy $H_4P_2O_7$
 kwas metafosforowy HPO_3
 fosforany
 kwas fosforawy H_3PO_3
 fosforyny
 kwas podfosforowy $H_4P_2O_3$
 kwas podfosforawy H_3PO_2
 bezwodnik fosforawo-fosforowy P_2O_4

Arsen, arsenowodór, arseniak AsH_3
 trójchlorek arsenu $AsCl_3$
 bezwodnik arsenawy As_2O_5
 kwas arsenawy H_3AsO_3
 arseniny
 bezwodnik arsenowy As_2O_3
 kwas arsenowy H_3AsO_4
 arseniany

Bizmut, tlenek bizmutawy Bi_2O_3
 sole bizmutawe
 bezwodnik bizmutowy Bi_2O_3
 kwas bizmutowy $HBiO_3$
 trójsiarczek bizmutu, siarczek bizmutawy

Węgiel, czterowoderek węgla, metan CH_4
 bezwodnik węglowy CO_2
 kwas węglowy H_2CO_3
 węglany Me_2CO_3
 czterochlorek węgla CCl_4
 tlenek węgla CO
 cyan CN
 cyanowodór HCN
 żelazocyanek potasu lub potasowy K_4FeCy_6
 żelazicyanek potasu lub potasowy K_3FeCy_6

Ołów, tlenek ołowiawy PbO
 tlenek ołowiowy PbO_2
 chlorek ołowiawy $PbCl_2$
 siarczan ołowiawy $PbSO_4$
 azotan ołowiawy $Pb(NO_3)_2$
 wodorotlenek ołowiawy $Pb_2O(OH)_2$
 chlorek ołowiaowy $PbCl_4$
 siarczek ołowiawy PbS
 selenek ołowiawy $PbSe$

Cynk, tlenek cynkowy lub cynku ZnO

<i>Cynk</i> , wodorotlenek cynku lub cynkowy sole cynkowe chlorek cynku lub cynkowy siarczan cynku lub cynkowy	<i>Mangan, żelazo kobalt, nikiel</i> chlorek manganawy $MnCl_2$ sole manganawe dwutlenek manganu MnO_2 sole manganowe chlorek manganowy $MnCl_4$ kwas manganawy manganiny tlenek manganawo-manganowy Mn_3O_4 tlenek manganowy Mn_2O_3 sole manganowe bezwodnik manganowy bezwodnik nadmanganowy manganiany nadmanganiany tlenek żelazawy FeO sole żelazawe chlorek żelazawy $FeCl_2$ tlenek żelazowy Fe_2O_3 sole żelazowe chlorek żelazowy $FeCl_3$ siarczek żelazawy FeS siarczek żelazowy Fe_2S_3 tlenek kobaltawy CoO sole kobaltawe chlorek kobaltawy $CoCl_2$ tlenek kobaltowy Co_2O_3 sole kobaltowe dwutlenek kobaltu CoO_2 tlenek niklawy NiO chlorek niklawy $NiCl_2$ siarczek niklawy NiS siarczek dwuniklawy Ni_2S
<i>Rtęć</i> , tlenek rtęciowy HgO tlenek rtęciawy Hg_2O chlorek rtęciowy $HgCl_2$ chlorek rtęciawy Hg_2Cl_2 sole rtęciowe sole rtęciawe	
<i>Wapń, stront, bar</i> , tlenek wapnia albo wapniowy tlenek strontu albo strontowy tlenek baru albo barowy wodorotlenki wapnia, baru, strontu wodorotlenki wapniowy, barowy, strontowy chlorek wapnia, strontu, baru chlorek wapniowy, strontowy, barowy i t. d.	
<i>Miedź</i> , tlenek miedziowy CuO sole miedzjowe chlorek miedziowy tlenek miedziawy Cu_2O sole miedziawe chlorek miedziawy Cu_2Cl_2	
<i>Srebro</i> , tlenek srebrowy Ag_2O sole srebrowe chlorek srebrowy $AgCl$	
<i>Złoto</i> , tlenek złotowy Au_2O_3 tlenek złotawy Au_2O chlorek złotawy $AuCl$	
<i>Mangan, żelazo, kobalt, nikiel</i> tlenek manganawy MnO	

W ten sposób załatwiona została nomenklatura, dotycząca związków nieorganicznych; nad związkami organicznymi dotychczas jeszcze praca w tym kierunku nie rozpoczęta. Wobec tego, że w kwestyi tej Akademia zdania swego nie wypowiedziała, związkom organicznym nadawać będziemy nazwy według tłumaczenia. Chemii organicznej BERTSEŃ'a, dokonanego pod kierunkiem prof. ZNATOWICZA, jako dzieła najnowszego.

Wiadomości bieżące.

W Nr. 52 z r. z. „Przeglądu Lekarskiego” czytamy: „Prof. PEŠINA [Praga], sekretarz generalny Słowiańskiego Komitetu lekarskiego, otrzymał urzędowe zawiadomienie, że na rosyjskich Zjazdach lekarskich i przyrodniczych wszystkie języki słowiańskie zostały ukazem ministra spraw wewnętrznych równouprawnione“.

— W Krakowskim Towarzystwie Lekarskim zostali wybrani na r. 1902: prezesem prof. KOSTANECKI, wiceprezesem prof. NOWAK, sekretarzem dorocznym JAN LANDAU.

— W 25-ą rocznicę istnienia Towarzystwa Politechnicznego odbędzie się we Lwowie w r. b. od 17 maja do 30 czerwca wystawa jubileuszowa, która składać się będzie z 3 oddziałów, a mianowicie: a) wystawy wynalazków polskich, b) prac członków Towarzystwa politechnicznego, c) wyrobów krajowego przemysłu artystycznego.

— Warszawskie Towarzystwo Lekarskie nagrodę imienia CHAŁUBIŃSKIEGO przyznało drowi fil. HOŁOWIŃSKIEMU za pracę o fotografowaniu tonów serca.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1902 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1902 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rb. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego Nr. Gazety dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „Katalog nowych dzieł“ księgarni E. Wende i S-ka za m. listopad 1901 r.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава, 21 Декабря 1901. Друк К. Ковалевського Warszawa, Mazowiecka 8.