

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU D-RA T. DUNINA W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

I. PRZYPADEK ZWĘŻENIA DOLNEGO ODCINKA DWUNASTNICY.

Podał

Witosław Dąbrowski,
asystent oddziału.

Przypadek, który zamierzam opisać, zasługuje na uwagę już to ze względu na rzadkość wogóle zwężeń w dolnym odcinku dwunastnicy, już też ze względu na anatomo-patologiczny charakter zwężenia, będący jedynym w swoim rodzaju.

Anatomiczne stosunki, jakie istnieją w dwunastnicy, i fizjologiczne sprawy, jakie się tam odbywają, nadają zwężeniu dolnej części dwunastnicy całkiem odrębne cechy, dzięki którym mamy możność dokładnego określenia, gdzie mianowicie znajduje się zwężenie, co niezawsze jest możliwe dla innych odcinków kiszek, osobliwie górnej części dwunastnicy, której zwężenie niczem się nie różni od zwężenia odźwiernika. Dzięki też tym lokalnym warunkom przypadki zwężenia dwunastnicy poniżej ujścia przewodu żółciowego, dają możność obserwowania przebiegu trawienia w szczególnych warunkach, mianowicie przy jednoczesnem działaniu soku żołądkowego i tych wydzielin, które prawidłowo działają na miazgę pokarmową dopiero w kiszkaach cienkich. Powstałe ztąd zaburzenia w trawieniu są przedmiotem sporów dla tych, którzy mieli możność obserwować podobne przypadki.

Ogółem przypadków, w których uwzględniono badanie zawartości żołądka naliczyłem 10 i sądzę, że nie będzie od rzeczy w krótkich słowach je streścić.

Pierwszy LEICHTENSTERN ¹⁾, opisując przypadek, w którym za życia rozpoznawano raka żołądka, a po śmierci okazało się zwężenie *flexurae duodeno-jejunalis*, wywołane rakiem gruczołów pozaotrzewnowych, rzucił myśl, czy na zasadzie znacznej domieszki żółci do mas wymiotnych nie można by odróżniać zwężenia dwunastnicy pod ujściem przewodu żółciowego od zwężenia ponad niem.

Pastępnie RIEGEL ²⁾ opisał przypadek, w którym przyczyną stałego odpływu żółci do żołądka były zrosty pomiędzy *duodenum* i odźwiernikiem a sąsiednimi narządami, oraz duży kamień uwięziony w ujściu przewodu żółciowego, który

¹⁾ Verengerungen, Verschlösungen und Lageveränderungen des Darmes. v. ZIEMSEN'S Handbuch d. Speciellen Pat. und Ter. 2 Aufl., Bd. VII, 2, p. 411 i 418.

²⁾ Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XI. 1886 r..

unosił tylne ściany kiszki ku górze, tak, że żółć, o ile mogła precyzyjnie się je-
szcze obok kamienia, spływała do żołądka zamiast do kiszek. W tym więc przy-
padku obecność żółci w żołądku właściwie nie zależała od zwężenia dwunastnicy,
gdyż nie było ani wymiotów, ani rozszerzenia żołądka, który, przeciwnie, oka-
zał się na sekcji uderzająco małym. Jednakże przypadek ten zasługuje na
szczególną uwagę ze względu na dokładne badanie zawartości żołądka i wnioski,
jakie ztąd RIEGEL wyprowadził. Przepłukiwano 7 razy żołądek i za każdym ra-
zem wydobywano obfitą ilość żółciowego płynu z domieszką resztek pokarmo-
wych. Przesącz zawierał kwasy organiczne, ani razu nie było w nim wolnego
HCl i nie trawił białka nawet po dodaniu HCl. W przypadku CAHN'a, w któ-
rym przyczyną rozpoznanego za życia zwężenia dolnego odcinka dwunastnicy
okazał się sarkomat gruczołów pozaotrzewnowych, zasługiwało na uwagę to, że
przez długi czas w wymiotach nie było żółci; dopiero po dokładnym przepłukaniu,
w zawartości żołądka stale zaczęła się pokazywać żółć. Prócz tego CAHN zau-
ważył, że gdy żołądek był już dokładnie wypłukany, nagle przez lejek wypływa-
ła znaczna ilość zupełnie czystej żółci, jak gdyby naraz otworzył się do żołądka
rezerwoar z żółcią. CAHN ¹⁾ objaśnił to sobie w taki sposób, że dopóki żołądek
jest wypełniony kwaśną zawartością, dopóty odźwiernik znajduje się w stanie
ciągłego napięcia i dopiero po opróżnieniu żołądka z kwaśnej zawartości, rozluź-
niony mięsień ustępuje wysokiemu ciśnieniu, pod jakim znajduje się żółć w dwu-
nastnicy. Dokładniejszego badania zawartości żołądka CAHN nie przytacza,
wspomina tylko, że oddziaływanie jej było kwaśne, zawierała dużo drożdży,
a nigdy sarcyny.

Następne dwa przypadki pochodzą z kliniki RIEGEL'a.

W pierwszym z nich, opisanym przez HONIGMANN'a ²⁾, żółć znajdowała się
stale zarówno w masach wymiotnych jak i w zawartości otrzymywanej przez
wodę, a także pod koniec przepłukiwania ukazywała się czysta żółć. Zawartość
była słabo kwaśną lub obojętną, nigdy nie zawierała HCl i nie peptonizowała
białka nawet po 24 godzinach. Po pewnym czasie trwania, przy częstych prze-
płukiwaniach żołądka, objawy zwężenia znikły i zawartość żołądka przybrała
cechy normalnej, a nawet był pewien nadmiar wolnego HCl [0,3—0,4% HCl].

W drugim przypadku RIEGEL'a ³⁾ przyczyną zwężenia był rak górnej czę-
ści *jejunum*. I tu również w wymiotowanych masach i w zawartości, wydobywa-
nej przez zgłębnik, stale znajdowała się duża ilość żółci, przesącz był słabo-
kwaśny, nie zawierał HCl i nie trawił białka. Gdy jednakże, dzięki częstym
przepłukiwaniom, stan chorego się poprawił, wymioty ustały, a żołądek się zmniej-
szył, wydobyto 2 razy zawartość z wyraźnym odczynem na HCl, a nawet raz
w takiej ilości, że białko ulegało strawieniu w ciągu 30 minut.

W roku bieżącym wyszły dwie nowe prace.

¹⁾ CAHN. Ueber die Diagnose der Verengerung des unteren Theiles des Duodenum nebst Bemerkungen über das Zurücktreten von Darminhalt in den Magen und den Nutzen der Magen-
ansspielungen beim Ileus. Berlin klin. Wochenschr. 1886. Nr. 22.

²⁾ Ein Fall von geheilter chronischer Darmverengerung. Berlin. klin. 1887. Nr. 18.

³⁾ Zur Casuistik und Symptomatologie der Dünndarmcarcinome. Deutsch. med. Wochenschr.
1890. Nr. 39.

HOCHHAUS ¹⁾ opisał dwa przypadki, które cechowały się bardzo obfitemi wymiotami [3—4 litrów] z dużą ilością żółci, na rozpoznawcze znaczenie której nie zwracano jednak wówczas uwagi. Kolosalne rozszerzenie żołądka, odźwiernika i dwunastnicy zależało w pierwszym przypadku od zatkania światła kiszki przez duży kamień, który utkwił w przejściu *duodenum* w *jejunum*. Prócz tego istniała bezpośrednia komunikacja między żołądkiem i pęcherzykiem żółciowym. Masy wymiotowane przy pierwszym badaniu, prócz wielkiej ilości żółci, zawierały resztki pokarmowe, sarcyny zaś i drożdży nie było. Przesącz dawał odczyn na HCl i trawił białko. Przy następnym badaniu wymiocin o silnie kwaśnym odczynie nie znaleziono już HCl i białko nie ulegało strawieniu pomimo dodania HCl.

W drugim przypadku, gdzie przypuszczano zwężenie odźwiernika z powodu raka, okazało się zwężenie dolnego odcinka dwunastnicy, spowodowane przez zrosty z sąsiednimi narządami. Prócz tego istniała też niedomykalność i zwężenie odźwiernika, spowodowana przez zrosty, przerost mięśnia zwieracza i rozpoczynającego się raka błony śluzowej. W wymiocinach, zarówno jak i w zawartości poobiednej, znajdowano dużą ilość HCl i białko w niej ulegało strawieniu, łatwiej nawet niż po dodaniu HCl. Znajdowała się też często sarcyna, kwasów zaś organicznych nigdy nie było. I tu jednak kilka razy zawartość żołądka nie dawała odczynu na wolny HCl i nie trawiła białka.

BOAS ²⁾ nareszcie opisał trzy przypadki zwężenia dwunastnicy, z których jeden tylko zakończył się śmiercią, choć i tu badania pośmiertnego nie dokonano. Rezultaty, do jakich doszedł BOAS, badając zawartość żołądka, zasługują na szczególną uwagę.

W pierwszym przypadku [przypuszczalnie *ulcus duodeni*] znalazł on naczeczko dużą ilość płynu zabarwionego na ciemno-żółty kolor, bez zapachu, zawierającego resztki pokarmowe. Drożdży i sarcyny w nim nie było, odczyn słabo kwaśny lub obojętny, peptonu dużo, białko i włóknik ulegało strawieniu.

W drugim przypadku BOAS znajdował zawsze, zarówno po jedzeniu jak i naczeczko, żółć i resztki pokarmowe. Odczyn był alkaliczny, rzadko słabo kwaśny, nigdy nie było wolnego HCl, a pomimo to przesącz trawił białko. Po dłuższym stosowaniu przepłukiwań BOAS znalazł, co prawda, w czeczku żołądka zawartość zabarwioną lekko żółcią, lecz oddziaływanie było kwaśne i odczyn na HCl wyraźny. Taki sam rezultat otrzymał i po próbnym śniadaniu.

Trzeci nareszcie przypadek dotyczył chorego, u którego BOAS znajdował stale w żołądku zawartość żółciową, a na czeczko wydobywał stale zupełnie przezroczysty, zielono-żółty, alkaliczny płyn nie zawierający resztek pokarmowych. Z płynem tym robił próby na trawienie białka, krochmalu i tłuszczu, i zawsze otrzymywał dodatnie rezultaty.

Opierając się na tych doświadczeniach, BOAS zwraca uwagę, że przy zwężeniach dolnego odcinka dwunastnicy należy się spodziewać obecności w żołądku nie tylko żółci, lecz i soku pankreatycznego, którego nieobecność w tych razach

1) Ueber Magenerweiterung uach Duodenalstenose. Berlin. klin. Wochenschr. 1891. Nr. 17.

2) Ueber die Stenose des Duodenum. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.

uważa za oznakę cierpienia trzustki, lub zatkania jej przewodu. Sądzi on, że przy obecności żółci i fermentów trzustki w żołądku, już tu odbywa się pewna część trawienia kiszkowego, tak, że np. tłuszcze przechodzą w mydła i prawdopodobnie ulegają wessaniu. Przez to, co prawda, znosi się całkowicie lub częściowo trawienie żołądkowe, lecz bez szkody dla ustroju, gdyż zostaje ono zastąpione przez trawienie kiszkowe.

Dla dopełnienia kazuistyki muszę jeszcze dodać, że prócz powyżej wymienionych jest jeszcze 12 zebranych przez HAGENBACH'a i GERHARD'a przypadków, w których przyczyną zwężenia dwunastnicy było cierpienie trzustki, w których jednak badania zawartości żołądka nie dokonywano.

Przypadek, przezemnie obserwowany, dotyczył 18-letniego chłopca, który przybył do szpitala dnia 22 Stycznia 1891 r., głównie z powodu lekkiego odmrożenia palców u nóg. Charłaczy jednak wygląd chorego wyraźnie wskazywał, że młody ten organizm podkopyje jakieś ciężkie cierpienie.

Na zapytania, zwrócone w tym kierunku, chory odpowiedział, że rzeczywiście od 4-ch miesięcy czuje się bardzo osłabionym, chudnie i doznaje bólów w brzuchu, które występują napadami i często w jakiś czas po jedzeniu zwiększają się. Prócz tego skarżył się na zaparcie stolca, łaknienie jednak ma dobre, wymiotów i odbijań nie bywało nigdy. Nic, jednym słowem, nie wskazywało na żołądek jako na siedlisko cierpienia.

Przy badaniu znaleziono:

Maz... Józef, robotnik, lat 18, budowy prawidłowej, odżywiania bardzo złego. Zupełny brak tkanki tłuszczowej podskórnej, oczy i policzki zapadnięte, skóra zielonawo żółtego koloru. Tętno 90 małe i miękie. W płucach przy opukiwaniu zmian nie znaleziono, tylko dolna granica prawego płuca leży trochę wyżej niż lewego. W dolnych częściach obu płuc, osobliwie prawego, porzrucane suche, świszczące rżenia. Górna granica tępości serea pod 3 żebrzem; poprzeczny wymiar nie powiększony. Tętno czyste, dość silne, a 2-gi ton tętnicy płucnej wzmocniony. Brzuch powiększony. Na prawo od pępka wyczuwa się spory guz, wielkości jednak jego niepodobna dokładnie określić z powodu, że tylko dolny brzeg jego, znajdujący się na 3 palce pod pępkiem, dobrze się wyczuwa; przy ruchach przepony guz nie zmienia położenia i wogóle nie jest ruchomym, powierzchnia jego wydaje się nierówną, a przy uciskaniu chorego doznaje silnego bólu. W mniejszym stopniu bolesną przy ucisku jest okolica dołka sercowego. Prócz tego guza można było wyczuć jeszcze nad więzłem POUPART'a lewym dwa obok siebie leżące, twarde, bolesne, bardzo mało ruchome guziczki. Guz przykryty był przez kiszki, gdyż cała okolica brzucha ponad guzem przy opukiwaniu dawała odgłos bębnowy. Żołądek po wypełnieniu gazem pokrywał wewnętrzną część guza, rozszerzenia jednak żołądka nie było.

Mocz o ciężarze właściwym 1026, białka nie zawierał. Krew, badana w świeżym stanie, zmian nie przedstawiała.

Dalszy przebieg choroby do połowy Maja był następujący: chory przez cały ten czas gorączkował, chudł co raz bardziej, a bóle w brzuchu bywały w końcu tak silne i tak uciążliwe dla chorego, że trzeba mu było po kilka razy na dzień wstrzykiwać morfinę. Gorączka zwykle nie przenosiła 39° C. z mniejszymi lub większymi spadkami rannemi. Czasami ciepłota spadała do normy, czasami znowu po takim spadku następował jeden lub kilka dni bez gorączki. Wychudnięcie doszło w końcu do tego stopnia, że mięśnie zrobiły się cienkie, jak postronki, i formalnie pozostały tylko kości i skóra, która była szorstką, suchą i przybierała coraz wyraźniejszy zielonawy odcień. Zaznaczyć też należy, że w końcu chory wyraźnie wskazywał, że bóle wzmagają się po przyjęciu pokarmu. Prócz tego chory miewał stale zaparcie stolca, a tylko od czasu do czasu zjawiało się rozwolnienie, które jednak po kilku dniach samo przez się przerywało się. Stolce były zabarwione żółcią, a ropy nie zawierały.

Dopiero od 14 Maja dołączyły się nowe objawy. Rano nagle chory dostał obfitych wymiotów żółciowych, a później skarżył się na mdłości, częste cuchnące odbijania i bóle w brzuchu. Przy badaniu znaleziono: brzuch wzdęty, osobliwie w okolicy żołądka. Pluskania w żołądku wywołać nie można, ale przy uciskaniu okolicy żołądka ból się zwiększa i jednocześnie wy-

rażnie występują powolne ruchy robaczkowe w kierunku od dna do odźwiernika. Na całym prawie brzuchu otrzymywano tępy odgłos. Przez założony do żołądka zgłębnik, wydobyto przeszło dwa litry zawartości, pomimo że chory rano miał obfite wymioty, a później nie nie jadł. Zawartość ta miała zapach kwaśny, drożdżowy, mocno była zabarwiona na zielony kolor i dawała wyraźny odczyn na żółć. W osadzie, prócz resztek pokarmowych [włókien mięsnych, krochmalu i tłuszczu], znajdowało się jeszcze trochę ciałek ropnych i mnóstwo sareny i drożdży. Przesącz, o odczynie słabo kwaśnym, nie dawał jednak odczynu na wolny HCl i zawierał bardzo mało kwasu mlecznego, sporo kwasów tłuszczowych, peptonu i cukru. Krążki białka pozostawione w tym przesączu w temperaturze ulegały prędko i zupełnie strawieniu.

Po opróżnieniu żołądka brzuch się zapadł, głównie jednak z lewej strony.

D. 15 Maja. Brzuch również silnie wzdęty, jak poprzedniego dnia, chociaż chory przez cały dzień nie chciał przyjmować żadnych pokarmów. Przez zaprowadzony do żołądka zgłębnik wylało się około 3 litrów płynu jeszcze mocniej zabarwionego żółcią i nie zawierającego wolnego HCl. Po rozcięciu żołądka kwasem węglanym, dolna granica znajdowała się na wysokości pępka, przechodzenia gazu do kiszek nie można było zauważyć. Przez kilka dni następnych przepłukiwano choremu stale żołądek, w którym znajdowała się zawsze zawartość żółcią zabarwiona. Przepłukiwanie można było robić raz tylko na dzień, rano, gdyż chory, bardzo wyniszczony, nadzwyczajnie się przy tym męczył. Raz tylko jeden, w godzinę po dokładnem przemyciu żołądka, udało się powtórnie wprowadzić zgłębnik i, pomimo że chory przez ten czas nie jadł nic, wydobyto przeszło pół szklanki zawartości zabarwionej żółcią i zawierającej wyraźny ślad wolnego HCl. Gdy następnie przemycano znowu żołądek, wraz z wypływającą przez lejek wodą wyszły dwie glisty (*ascaris lumbricoides*).

Przez następnych kilka dni brzuch nie tylko że nie był wzdęty, lecz nawet łódkowato zapadnięty. W okolicy żołądka można było jeszcze widzieć powolne ruchy robaczkowe, a przez ściankę brzuszną wyczuwał się dokładnie guz o nierównej powierzchni, bardzo bolesny. Bóle nie ustępowały, chory nie przyjmował prawie żadnego pokarmu i przy objawach najwyższego stopnia wyniszczenia zmarł.

Na sekcji dokonanej przez prof. BRODOWSKIEGO znaleziono:

W środkowej części lewego płuca, więcej ku tyłowi, stare gruźlicze ognisko, które na przekroju przedstawiało się jako serowata masa, otoczona zewsząd tkanką łączną. Otrzewna usiana gruczkami. W jamie brzusznej duży guz, powstały z gruźliczo zmienionych gruczołów pozaotrzewnowych. Guz ten, uciskając na dwunastnicę, powodował zwężenie światła w dolnym jej odcinku (*pars horizontalis inf.*); podczas gdy część kiszki powyżej tego miejsca leżąca, silnie rozszerzona, stanowiła olbrzymią jamę, której światło wynosiło 11 cm.; na miejscu zwężenia i poniżej dwunastnica miała wymiary zupełnie prawidłowe t. j., około 3—4 cm.. Na błonie śluzowej dwunastnicy obszerne owrzodzenia gruźlicze, przeważnie znajdujące się na tylnej ściance części zstępującej. Prócz jednego dużego owrzodzenia, znajduje się tu sporo małych drażących w tkankę pozaotrzewnową. Cała błona śluzowa usiana prócz tego gruczkami, w których wiele uległo już owrzodzeniu. W górnej części kiszki cienkiej kilka pierścieniowatych owrzodzeń. W kiszce biodrowej i grubej owrzodzeń nie znaleziono.

Przy badaniu histologicznem ścianki dwunastnicy, znaleziono gruczkę nie tylko w błonie śluzowej i podśluzowej, lecz i pod warstwą mięśniową. Gruczoły limfatyczne, nabite formalnie komórkami i obficie usiane lasecznikami Koch'a, po części uległy zserowaceni.

W przypadku powyższym w pierwszym okresie choroby najwybitniejszym objawem był guz w jamie brzusznej i wyniszczenie organizmu. Objawy te kazały się domyślać jakiejś złośliwej sprawy, punktem wyjścia której były gruczoły pozaotrzewnowe, ponieważ guz o powierzchni nierównej, nieruchomy i nie zmieniający położenia przy ruchach oddechowych, wreszcie pokryty przez kiszki, musiał wychodzić z głębi. Wobec zaś braku objawów ze strony pozostałych narządów wewnętrznych, należało przyjąć nowotwór gruczołów pozaotrzewnowych, a mianowicie formę, często spotykaną w młodym wieku: *lympho-sarcoma*. Rozpoznanie temu zdawała się przeczyć obecność gorączki, lecz znane są przypadki—

co prawda, nieliczne — w których mięsacom gruczolów towarzyszyła gorączka. Przypadki te opisane były przez PEL'a, EBSTEIN'a, RENVERS'a, HAUSER'a, VOLCKERS'a, a w naszej literaturze przez HEWELKEGO ¹⁾ i KLEINA ²⁾. W przypadku RENVERS'a wyłącznie, a w przypadku HEWELKEGO przeważnie, zajęte były gruczoly pozaotrzewnowe. Wprawdzie przypadkom tym towarzyszyła gorączka okresowa, lecz w wielu z nich nie występowało to tak wybitnie, a zresztą sam tylko brak prawidłowości w krzywej ciepłoty nie mógł obalać rozpoznania.

Rozpoznanie to utrzymane zostało i w drugim okresie choroby, gdy dołączyły się nowe objawy, mianowicie: obfite wymioty, ogromne rozszerzenie i przepełnienie żołądka, ruchy robaczkowe. Objawy te niewątpliwie wskazywały na zwężenie światła żołądka lub kiszki, badanie zaś zawartości żołądka pozwalało oznaczyć dość dokładnie miejsce, w którym kiszka stała się niedrożną. Wygląd wymiotowanej i wydobywanej z żołądka miazgi pokarmowej i brak kałowego zapachu wskazywał, że zwężenie ma miejsce w górnej części kiszki, a z drugiej strony już sama tylko obecność żółci w żołądku pozwalała wyłączyć zwężenia odźwiernika i górnej części dwunastnicy i wskazywała na dolny odcinek dwunastnicy, jako na miejsce, w którym z powodu ucisku, wywieranego przez guz, powstała niedrożność kiszki. Za umiejscowieniem zwężenia poniżej *diverticulum Vateri*, t. j. poniżej ujścia przewodu żółciowego i trzustkowego, przemawiała przede wszystkim obecność żółci i fermentów trzustkowych. Jakkolwiek próba na trawienie cukru i rozszczepianie tłuszczów nie mogła być wykonana, z powodu że nie z czystą wydzieliną, lecz z przesączem zawierającym już w sobie cukier i kwasy tłuszczowe mieliśmy do czynienia, jednakże obecność fermentu pankreatycznego w tym przesączu nie mogła ulegać wątpliwości; białko bowiem ulegało zupełnemu strawieniu, pomimo iż przesącz nie zawierał wcale wolnego HCl.

Objawem, potwierdzającym nasze rozpoznanie, była też zmienność w oddziaływaniu na odczynniki, używane do wykrycia wolnego HCl. Po pierwszych mianowicie przepłukiwaniach w zawartości żołądka nie znaleziono ani razu wolnego HCl, dopiero po kilku dniach, gdy zawartość, która długo pozostawała w żołądku i rozszerzonej dwunastnicy, została usunięta, udało się w godzinę po ostatnim przepłukaniu wydobyć jeszcze trochę zawartości, w której był ślad wolnego HCl. Objaw ten miał miejsce nie we wszystkich poprzednio opisanych przypadkach, jaskrawo jednak występował w przypadku RIEGEL'a i HONIGMANN'a. RIEGEL, który pierwszy zwrócił uwagę na ten objaw, przypisuje mu ważne rozpoznawcze znaczenie, gdyż nie spotyka się go przy żadnych innych cierpieniach, prócz zwężenia dwunastnicy. Objaw ten daje możliwość wyłączenia tych wszystkich cierpień żołądka, którym towarzyszy stały brak kwasu solnego [rak, amyloid i t. p.]. RIEGEL już objaśniał to wahanie się w zawartości HCl tem, że raz wydobywamy za pomocą zgłębnika mieszaninę zawartości żołądka z alkaliczną zawartością dwunastnicy, drugi raz udaje się wydestać czystą kwaśną zawartość żołądka.

¹⁾ Przypadek pseudoleukemii z gorączką okresową. Kronika Lekarska. 1889 r. N. 12.

²⁾ Przypadek białaczki wrzekomej z gorączką powrotną i jednoczesną marskością wątroby. Gazeta Lekarska. 1890 r. N. 20.

Za zwężeniem dwunastnicy przemawiała jeszcze stała obecność zawartości w żołądku przez kilka dni z rzędu, pomimo że chory przez ten czas nie chciał przyjmować żadnego pokarmu, a żołądek był codziennie do czysta przemywany. Podobny fakt mógł być objaśniony tylko w ten sposób, że miazga pokarmowa zastawała się nie tylko w żołądku lecz i w dwunastnicy, powodując rozszerzenie кишки ponad zwężeniem. Gdy żołądek został opróżniony, natenczas wskutek różnicy w ciśnieniu zawartość dwunastnicy przechodziła do żołądka. Do tego przyczyniał się i ciągły odpływ żółci i soku trzustkowego.

Badanie pośmiertne, jak widzieliśmy, wykazało, że zwężeniu uległ rzeczywiście dolny odcinek dwunastnicy, mianowicie jej część pozioma dolna. Badanie to potwierdziło również, że przyczyną zwężenia był guz, powstały z gruczolów pozaozrownych, tylko że charakter tego guza był inny, niż przypuszczaliśmy. Co jednak dodaje interesu i rzadkości tego przypadku, to gruzlica górnej części cienkich kiszek, przeważnie dwunastnicy. Wprawdzie sekcja wykazywała w tym razie obecność ogniska gruczliczego i w lewym płucu, zważywszy jednak, że zmiany w dwunastnicy i gruczolach były bardzo stare, trzeba przypuścić, że powstały one albo pierwotnie, albo przynajmniej niezależnie od ogniska w płucu.

Nie mówiąc już o gruzlicy pierwotnej, ale nawet wogóle gruzlica dwunastnicy należy do zjawisk niezmiernie rzadkich. Dość powiedzieć, że w żadnym podręczniku lub traktacie o gruzlicy kiszek, nie ma nawet wzmianki o jej umiejscowieniu w *duodenum*.

W tablicy, dołączonej do pracy E. FRERICHS'a ¹⁾ w celu graficznego przedstawienia częstości udziału rozmaitych narządów w gruzlicy, owrządzenia dwunastnicy i żołądka, nawet razem wzięte, zajmują miejsce pośród narządów najrzadziej ulegających temu cierpieniu. U tegoż autora znalazłem wzmiankę o jednym tylko przypadku owrządzeń gruczliczych w samej tylko dwunastnicy.

Pozwolę sobie jeszcze na chwilę zatrzymać uwagę czytelnika na badaniach zawartości żołądka, bardzo interesujących z tego względu, że dają pojęcie o przebiegu trawienia przy jednoczesnym działaniu na miazgę pokarmową soku żołądkowego i kiszkowego, który przy zwężeniu dolnego odcinka dwunastnicy może stale znajdować się w żołądku.

W obu przypadkach RIEGEL'a i w przypadku HONIGMANN'a konstatowano prawie stałą nieobecność HCl i nieskuteczność przesącza w próbach na trawienie białka. W przypadkach HOCHHAUS'a, przeciwnie, prawie stałe był HCl i białko się trawiło. W 3 przypadkach BOAS'a przy braku HCl i alkalicznym, obojętnym, lub, co najwyżej, słabo kwaśnym odczynie, białko ulegało strawieniu, krochmal przechodził w cukier i t. d..

Przypadek, przed chwilą przezemnie opisany, zbliżonym jest do przypadków BOAS'a, gdyż i tu przy słabo kwaśnym odczynie przesącza i braku HCl, białko w nim ulegało strawieniu.

Badania więc zawartości żołądka w przypadkach zwężenia dwunastnicy nie dały jednakowych wyników i ta różnorodność rezultatów dała powód do nie-

¹⁾ E. FRERICHS. Beiträge zur Lebre von der Tuberkulose. Marburg. 1882.

zgody w poglądach na przebieg trawienia w żołądku przy jednoczesnej obecności w nim soku żołądkowego i zawartości dwunastnicy.

RIEGEL mianowicie sądzi, że w tych warunkach trawienie żołądkowe nie ma miejsca i że dość jest nieznacznej domieszki żółci, aby znieść zupełnie działanie pepsyny. Powstałem tym sposobem zaburzeniem w trawieniu RIEGEL objaśnia zejście śmiertelne w opisanym przezeń przypadku stałego odpływu żółci do żołądka. RIEGEL powołuje się przy tem na zdanie BRUECKE'go, HAMMARSTEN'a i MALY'ego, według których przy dodawaniu żółci do soku żołądkowego powstaje osad z kwasów żółciowych, pepsyny i fermentów trzustkowych. MALY prócz tego sądzi, że kwasy żółciowe z ciałami białkowymi tworzą połączenia, które nie poddają się pepsynowemu trawieniu i że już nawet napęczniałe białko znowu się przez żółć osadza i marszczy. GRUNHAGEN i LANDOIS są również tego zdania, że domieszka żółci znosi działanie soku żołądkowego.

Nie wszyscy jednak podzielają to zdanie: HERZEN, EWALD ¹⁾ i inni uważają obecność żółci w żołądku za rzecz bardzo częstą i sądzą, że przy tem nie ma miejsca żadne uszkodzenia trawienia żołądkowego. WOLFF dla poparcia tego poglądu wprowadzał do żołądka wraz z pokarmem 15—20 grm. żółci wołowej i wydobywał na szczycie trawienia zawartość, w której był wolny HCl, białko się trawiło i tylko ogólna kwasota była zmniejszona.

Ostatecznie kwestyję tę rozstrzygają doświadczenia BOAS'a ²⁾, który, mieszając sok kiszkowy z sokiem żołądkowym, przekonał się, że pepsyna przy tem się nie osadza i że zniesienie działania fermentów trzustki zależy od osadzenia go kwasem solnym, a nie, jak chce KUEHNE, od antagonizmu pomiędzy nim i pepsyną. Mieszając zaś oba te soki w różnych stosunkach, BOAS doszedł do ciekawych wniosków. Przekonał się on mianowicie, że, jeżeli do słabo alkalicznego soku kiszkowego dodawać słabo kwaśnego, nie zawierającego wolnego HCl soku żołądkowego [jaki można otrzymać w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny po rozpoczęciu się trawienia], to osad przy tem się nie tworzy i mieszanina posiada własności soku kiszkowego, t. j. trawi białko, działa na krochmal i tłuszcze. Jeżeli zaś do silniej alkalicznego soku kiszkowego dodawać soku żołądkowego, zawierającego wolny HCl, lecz nie w wielkiej ilości, to tworzy się przytem osad i trawienie nie ma już miejsca. Fermenty przytem nie ulegają jednak zniszczeniu, gdyż nawet po 24-ch godzinach jeszcze można im przywrócić zdolność trawienia, dodając kwasu solnego, lub soku żołądkowego do wystąpienia odczynu na HCl, lub też przez dodawanie roztworu sody można nadać mieszaninie własności soku kiszkowego.

BOAS ³⁾ też pierwszy, jak już wyżej nadmienilem, zwrócił uwagę, że przy zwięzieniu dolnego odcinka dwunastnicy chodzi nie tylko o obecność żółci w żołądku lecz i soku trzustkowego; chociaż więc przy tem trawienie pepsynowe znosi się zupełnie lub czasowo, ale zato zostaje zastąpione przez trawienie kiszkowe, które rozpoczyna się już w żołądku i dzięki temu, zdaniem BOAS'a,

¹⁾ Klinik der Verdauungskrankheiten. I. 1886.

²⁾ Ueber Dünndarmverdauung beim Menschen und deren Beziehungen zur Magenverdauung. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XVII.

³⁾ Ueber die Stenose des Duodenum. Deutsch. med. Woch. 1891. Nr. 28.

następuje taka kompensacja, że choremu może nawet przybyć na wadze, jak to miało miejsce w 2-im przypadku BOAS'a; kompensacji tej nie ma tylko tam, gdzie zwężenie dwunastnicy zależy od cierpienia trzustki, gdzie zaś tego nie ma, tam obecność żółci w żołądku, zdaniem BOAS'a, bynajmniej nie przedstawia niebezpieczeństwa dla chorego, jak to sądzi RIEGEL i HONIGMANN, który widzi niebezpieczeństwo nie w zwężeniu światła kiszki, gdyż ono nie jest absolutnem, lecz w absolutnej niezdolności żołądka do trawienia pokarmów.

Oba te poglądy wydają mi się zbyt jednostronne i żaden z nich nie może być rozciągnięty na wszystkie przypadki; widzieliśmy bowiem, że w pewnej części przypadków zwężenia dwunastnicy sok żołądkowy nie trawił zupełnie pokarmów, w drugiej części prawie stale miało miejsce trawienie pepsynowe, a w przypadkach BOAS'a i w przypadku opisanym przezemnie trawienie żołądkowe zostało zastąpione przez trawienie kiszkowe. Sam przecie BOAS wykazał doświadczalnie, że charakter mieszaniny zależy od jakościowego i ilościowego stosunku obu wydzielin, przy zwężeniu zaś dwunastnicy, gdzie prawie stale sok kiszkowy znajduje się w żołądku, stosunek obu wydzielin zależy od sprawności błony śluzowej żołądka, *resp.* jej gruczołów. W przypadku HOCHHAUS'a, pomimo dużej ilości żółci, zawartość żołądka dlatego trawiła białko i zawierała prawie zawsze wolny HCl, że prawdopodobnie miało tu miejsce nadmierne wydzielanie HCl; w przypadku zaś przezemnie opisanym można przypuszczać, że przyczyną przewagi soku kiszkowego nad sokiem żołądkowym było, być może, zmniejszone wydzielanie soku żołądkowego. Możliwym jest wreszcie, że mieszanina, jak to było i w doświadczeniach BOAS'a, będzie pozbawiona własności trawienia. Jednakże nawet zamiana trawienia żołądkowego na kiszkowe nie może być obojętną dla ustroju, bo, jak sam BOAS twierdzi, działanie trypsyny jest znacznie słabsze niż pepsyny i w przypadku też BOAS'a poprawa miała miejsce wtedy właśnie, gdy badanie treści żołądkowej wykazywało prawidłowe jej własności.

Prócz wielkości rozmiarów zaburzenia w trawieniu, rokowanie w przypadkach zwężenia dolnego odcinka dwunastnicy zależy, i to przedewszystkiem, od przyczyny zwężenia. Jeżeli przyczyną jest nowotwór lub cierpienie niemożliwe do usunięcia, to rokowanie, rozumie się, jest złe. Gdzie zwężenie jest fakultatywne, tam możliwe jest wyleczenie, nawet tylko za pomocą częstych przepłukiwań żołądka, jak to miało miejsce w przypadku HONIGMANN'a.

II. PRZYPADEK RANY POSTRZAŁOWEJ ŻOŁĄDKA.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1. XII. 1891 r.].

Napisał

Antoni Gabszewicz.

Rany postrzałowe jamy brzusznej należą, na szczęście, do stosunkowo rzadszych obrażeń, z jakimi chirurg się spotyka w zwykłych warunkach życiowych; naturalnie, wojna dostarcza tak wielką różnorodność co do jakości i co do ilości tego rodzaju obrażeń, że tam nie może być mowy ani o dokładnem zbadaniu przy-

padku, ani o całkowitem wyzyskaniu terapii chirurgicznej. Dla tego też chirurg, pragnąc wyprowadzić jakieś bardziej pozytywne dane co do rozpoznania i co do wyższości tej lub innej metody leczniczej, musi się opierać na przypadkach spostrzeganych w czasie pokoju, kiedy lekarz jest w stanie z całą dokładnością obserwować objawy i następstwa urazu, i zastosować możliwie wszystkie środki, zalecane w podobnych razach, tem więcej, że dzięki swej rzadkości przypadki te pomimo woli zmuszają nas do większego zainteresowania się przebiegiem sprawy chorobowej. Co prawda, nie raz już miałem sposobność spostrzegać rany postrzałowe czaszki, okolicy serca, lub płuc, to czysto przypadkowe, to w zamiarze samobójczym zadane, ale te nie wymagały żadnego leczenia i prędzej lub później kończyły się śmiercią. Po raz pierwszy dopiero udało mi się widzieć ranę postrzałową jamy brzusznej, a że przypadki te, jak wyżej nadmieniałem, należą do bardzo rzadkich w całej Europie [o Ameryce tego nie można powiedzieć], uważam więc za pożyteczne opisać ten przypadek, a przy sposobności zwrócić uwagę na materiały statystyczny, jakim dotychczas rozporządzamy w tej sprawie, i na poglądy, jakie panują obecnie co do stosowania metody leczniczej przy obrażeniach postrzałowych jamy brzusznej.

Dnia 3 Października bieżącego roku przywieziono do szpitala Ś-go Rocha 22-letniego mężczyznę, który, wypiwszy najpierw sporą ilość wódki, strzelił do siebie następnie z rewolweru nabitego 9 mm. kalibru kulą. W godzinę po przybyciu rannego do szpitala, wystąpiły po kilka razy krwawe wymioty w znacznej ilości tak, że duża miska po brzegi napełniona była krwią płynną, w której znajdowało się nieco skrzepów i nieco cząsteczek pokarmowych. W zastępstwie kolegi KRUSZEWSKIEGO wezwany zostałem do szpitala i o godzinie 9 wieczorem, t. j. w 5 godzin po wypadku, widziałem po raz pierwszy chorego. Bładość twarzy nadzwyczajna, tętno nitkowate, niedające się zliczyć. Otwór wchodowy kuli znajduje się poniżej VI-go żebra z lewej strony na linii sutkowej; brzegi rany opalone, z rany przy wydechu wychodzi z niewielkim świstem powietrze; z tyłu z lewej strony pomiędzy XI a XII żebrzem na 3 ctm. od kolumny kręgowej bezpośrednio pod skórą wyczuwa się kulę, którą z łatwością po rozcięciu skóry wydobyto. Brzuch wzdęty, bolesny przy opukiwaniu; odgłos bębnowy przechodzi po za granice tępości wątroby. Chory przytomny, niechętnie odpowiada na pytania. Miejsce otworu wchodowego kuli, miejsce, gdzie ona zatrzymała się, wymioty krwawe w znacznej ilości: pozwalały mi z wszelką pewnością mniemać, że kula przebiegła w kierunku od przodu i z góry, ku tyłowi i na dół w kierunku skośnym, a więc, dostawszy się do jamy opłucnej, musiała przedziurawić przeponę, zranić żołądek, a może nawet i płuco lub nerkę. Przypuszczenie co do ostatniego obrażenia, na szczęście, prędko straciło swą podstawę dzięki temu, że chory w chwili przeprowadzonego badania oddał wielką ilość czystego, bez domieszki krwi, moczu. W każdym razie wyżej wymienione objawy dostatecznie mnie przekonywały, że mam przed sobą najwidoczniej zranienie żołądka, które należało postawić na pierwszym planie wobec zapytania, co czynić należy w danym przypadku? Nie namyślając się długo, postanowiłem, pomimo fatalnego stanu, w jakim się chory znajdował, a poczęści i ze względu właśnie na niebezpieczeństwo, jakie mogło zagrażać rannemu pozostawionemu bez czynnej interwencji, wykonać laparotomię. Bezwzględnie też do niej przystąpiłem przy pomocy D-ra WASILJEWA. Mając na uwadze kierunek kanału postrzałowego, mogłem przypuszczać, że kula zraniła najprawdopodobniej tylną i lewą część żołądka i dla tego, zamiast zwykle zalecanego w tych razach cięcia w smudze białej, wykonałem cięcie FENGER'owskie, t. j. równoległe do łuku lewego żebrowego, poczynając je w pobliżu wyrostka mieczykowatego na zewnątrz od mięśnia prostego brzucha; cięcie zrobiłem długie na 10 ctm.. Czyniłem to dla tego, aby mieć łatwiejszy dostęp do przypuszczalnie zranionego miejsca żołądka; byłem nawet przygotowany na częściowe usunięcie chrząstek żebrowych, gdyby przy tem cięciu nie udało się odszukać rany w żołądku. Choremu dano nieco chloroformu. Przewidywania moje po rozcięciu otrzewnej sprawdziły się; sieć odsunąłem na prawą stronę, w jamie otrzewnej znalazłem nie wielką ilość krwi, zacząłem powoli wyciągać żołądek na zewnątrz rany skórnej, i dopiero po wydobyciu całego dna żo-

łódka dostrzegłem w nim ranę; więcej żołądka nie mogłem już wyciągnąć na zewnątrz, tak, że dolny kąt rany znajdował się na jednym poziomie z otrzewną. Rana miała długości 3 ctm. i znajdowała się na zewnątrz od przelyku na tylnym obwodzie dużej krzywizny żołądka; brzegi opalone, rozwart e, błona śluzowa nieco wywinięta, pomimo tego z otworu i brzegów rany sączy się krew, i wylewa się w niewielkiej ilości zawartość płynna żołądka. Nie tracąc chwili czasu, nałożyłem szew kuśnierski z jedwabiu, przez błonę mięsną i śluzową żołądka, chcąc w ten sposób dokładniej zbliżyć brzegi rany do siebie, a jednocześnie i zatamować niewielkie, ale ciągle trwające krwawienie z rany, pomimo niedokrwistego stanu chorego; po nałożeniu tego szwu krwawienie zupełnie ustało. Następnie założyłem z jedwabiu 8 szwów LEMBERT'a na otrzewną. Obmywanie jamy otrzewnej płynami przeciwniepalnymi zaniechałem, a tylko suchemi tamponami z gazy sublimatowej starałem się wybrać z poza żołądka zawartość jego i krew wylaną, która wskutek umiejscowienia rany przeważnie tam się zebrała. Kiszek nie wyciągałem i nie badałem, gdyż, jak wyżej powiedziałem, kierunek kanału postrzałowego i sprawdzone w czasie operacji umiejscowienie rany w żołądku pozwalały na pewno wykluczyć w danym przypadku możliwość obrażenia kiszki. Palec tylko wprowadzony do jamy otrzewnej ku górze wykazał, że rana w przeponie znajduje się na 2—3 ctm. odległości od żeber i pozwala na wprowadzenie końca małego palca. Na ranę operacyjną nałożyłem 4 szwy głębokie, przez wszystkie warstwy razem, i kilka powierzchownych. Opatrunek z gazy sublimatowej, taki sam i na ranę postrzałową. Pod skórę wstrzyknięto szprycę eteru, ze względu na znaczny stan upadku sił i tętno zaledwie wyczuwalne. W 2 godziny po operacji chory dostał 1/2 gr. makowca. Noc spał względnie dobrze; wymioty nie powtórzyły się więcej; tętno jeszcze nie daje się zliczyć. Kaszlu nie ma, ale chory uskarża się na pewien stopień duszności; na drugi dzień po operacji od czasu do czasu czkawka; bóle w brzuchu niewielkie. Do wewnątrz chory dostaje tylko wino i makowiec. Przez pierwsze 4 dni ciepota zrana prawidłowa, wieczorem osiągała 38° C.. Czkawka ustała; kaszlu nie ma, tętno 100, silniejsze; wymiotów nie było. Brzuch niebolesny, mało wzdęty. Chory uskarża się jeszcze na duszność i na ból w lewym boku; opukiwanie w dolnej części opłucnej przeważnie z tyłu wykazuje stopienie. Od 7 dnia po operacji ciepota zupełnie prawidłowa, brzuch nie wzdęty, duszność mniejsza, tętno pełniejsze, 80 na minutę. Chory dostaje za pożywienie, oprócz wina, rosół i mleko; 9 dnia miał samowolne wypróżnienie. 11 dnia zmieniłem pierwszy raz opatrunek; szwy usunięto wszystkie, rana chirurgiczna zagoiła się *per primam intentionem*. Otwór wchodowy kuli pokrył się strupem; miejsce wyjęcia kuli zagojone. Opukiwanie wykazuje jeszcze stopienie w dolnej tylnej części opłucnej, bólu jednak nie ma, nawet przy głębokim wdechu. 12 dnia tętno pełne, 70 uderzeń na minutę. Chory może się już przechadzać po sali. Łaknienie, stolce prawidłowe. Stan ogólny poprawia się, chory 17 dnia po operacji wyleczony opuścił szpital.

W ten sposób przypadek, w którym właściwie uległy obrażeniu 2 jamy: opłucnej i otrzewnej, zakończył się wcale pomyślnie. Czyby się zakończył również dobrze, gdyby nie była wykonana laparotomija stosunkowo dosyć prędko po wypadku, i nie zaszyto rany w żołądku z brzegami rozwartymi, 3 ctm. długości mającemi dzięki skośnemu przebiegowi kuli, można bardzo powątpiewać. Tam, gdzie objawy przedmiotowe wskazywały na obecność rany w żołądku, i gdzie obok tego tętno nitkowate i bledosc nadzwyczajna twarzy w kilka godzin po wypadku świadczyły o groźnym stanie chorego, tam, podług mnie, większe było ryzyko zostawiać chorego bez czynnej pomocy, niż wykonać możliwie niezbyt spóźnioną laparotomiję.

Przypadek ten należałoby zaliczyć do stosunkowo lżejszych obrażeń brzucha ze względu na brak uszkodzeń innych brzusznych narządów, gdyby nie powikłanie ze strony opłucnej i przepony; pierwsza, na szczęście, dała tylko objawy krwisteku w opłucnej — lekka duszność i ból w lewym boku, stopienie w dolnych częściach; objawy te jeszcze przed wyjściem chorego ze szpitala zupełnie ustąpiły. Za gorsze powikłanie uważam w tym przypadku ranę przepony, przez

którą kula przeszła, dostając się z opłucnej do jamy otrzewnowej; rana ta, jak wykazało badanie w czasie operacji, znajdowała się na jednej linii z otworem wchodowym kuli w odległości 2—3 ctm. od żeber i pozwalała na wprowadzenie małego palca. Naturalnie, rana przepony, istniejąc obok jednoczesnej rany w żołądku i krwisteku w opłucnej, nie mogła zdradzać tych objawów, jakie jej towarzyszą, kiedy obrażenie to występuje na plan pierwszy. W każdym razie i w przebiegu pooperacyjnym, kiedy objawy ze strony brzucha i opłucnej ustąpiły, rana przepony nie zdradzała się ani kaszlem, ani bólem umiejscowionym w okolicy rany, ani wielką dusznością. Orzec w danym przypadku na pewno, czy rana przepony zabiłżniła się, niepodobna, mając na uwadze długi szereg przypadków zebranych w pracy kol. SAWICKIEGO, gdzie nieraz, pomimo pozornego zagojenia, w lat kilkanaście na sekcji znajdowano otwór w przeponie niezabiłżniony, a wypadłe narządy brzucha w opłucnej. Przy niewielkich, prawda, ranach następowały zagojenia, ale ma to mieć miejsce tak niestęchanie rzadko, że możność następczego wytworzenia się przepukliny przeponowej nie może być bezwzględnie wykluczoną wobec niezasytej rany w przeponie. Pomimo tego jednak nie mogę sobie zrobić zarzutu, dlaczego nie próbowałem w moim przypadku zaszycia otworu przepony; odszukanie rany w żołądku i jej zaszycie z jednej strony, z drugiej strony tętno nitkowate i objawy zapaści w czasie operacji nie pozwalały na dodanie nowej powikłanej operacji, jak wycięcie kilku chrząstek żebrowych, bez czego o nałożeniu szwu na przeponę nie można było i myśleć; najniezawodniej operację skończyłbym już po śmierci rannego, czego wcale nie pragnąłem, mając na razie główne zadanie — usunąć bezpośrednią przyczynę, mogącą zagrażać życiu chorego.

Przypadek powyższy zachęcił mnie do rozejrzenia się w materyjale statystycznym ran postrzałowych brzucha, i do zapoznania się z różnemi poglądami na sprawę leczenia przy tego rodzaju obrażeniach, co możliwie jaknajtreściwiej postaram się na tem miejscu przedstawić. [D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

22. W. Körte. Chirurgija dróg żółciowych.

Do klasycznej pracy COURVOISIER'a i innych chirurgów niemieckich, francuzkich i angielskich, mniej lub więcej treściwie przedstawiających w ostatnich latach sprawę chirurgicznego leczenia chorób pęcherzyka żółciowego i przewodów jego, przybywa nowa rozprawa W. KÖRTE'ego, chirurga w szpitalu Urbana w Berlinie.

Zgodnie z innymi autor uważa kamienie żółciowe, a raczej następstwa tych ostatnich za najczęstszą przyczynę, wymagającą interwencji chirurga; podziela zupełnie zdanie NAUNY'na, który sądzi, że przy tworzeniu się kamieni żółciowych odgrywa bardzo ważną rolę deskwamacyjne zapalenie naczyń żółciowych, powstające pod wpływem działania drobnoustrojów. Wszystko, co tylko utrudnia odpływ żółci z pęcherzyka, a więc rodzaj ubrania u kobiet, sprzyja jej zastojowi, *resp.* tworzeniu się kamieni: tem można objaśnić prawie 5 razy częściej spotykane kamienie u kobiet, niż u mężczyzn. W większości przypadków

obecność kamieni nie wywołuje żadnych objawów. Dopiero większe kamienie, nie mogące się przedostać do dwunastnicy, powodują napady kolki żółciowej; zatkanie przewodu pęcherzykowego wywołuje rozszerzenie pęcherzyka żółciowego, a zatkanie przewodu wspólnego żółciowego — *cholaemiam*. Kamień, uciskając na ściankę, może spowodować owrzodzenie i przedziurawienie pęcherzyka żółciowego, lub przewodów do trzew, lub nawet do jamy otrzewnej. Przy sprzyjających warunkach bardzo łatwo może powstać ropienie w pęcherzyku żółciowym pod wpływem ropotwórczych bakteryj.

Autor jest zwolennikiem interwencji chirurgicznej dopiero wtedy, kiedy terapia wewnętrzna zupełnie zawodzi. Za wskazania do operacji uważa: 1) często powtarzające się napady kolki żółciowej, nie ustępującej przy stosowaniu środków wewnętrznych; 2) stałe i dość znaczne rozszerzenie pęcherzyka żółciowego, nie zmniejszające się po ustąpieniu napadów bólu, i połączone z częstymi kolkami; brak napadów kolki, lub innych przykrych objawów nie upoważnia do operacji; 3) powiększenie i bolesność pęcherzyka żółciowego, nie ustępujące po napadzie i świadczące o istnieniu zapalenia wewnątrz i w ściankach narządu; 4) stała gorączka, bóle i obrzmienie w okolicy pęcherzyka, pozwalające przypuszczać obecność ropienia; 5) objawy zupełnego zatkania przewodu żółciowego wspólnego.

Rozpoznanie właściwego cierpienia czasami napotyka na pewne trudności: autor zwraca uwagę na możliwość pomieszania kolki żółciowej z kurczami żołądka; prędko rosnące miękkie złośliwe guzy mogą dawać obraz rozszerzonego pęcherzyka żółciowego; kamieniom żółciowym z ich następczemi objawami może jednocześnie towarzyszyć rak pęcherzyka żółciowego lub wątroby; nie rzadko powiększone i ruchome nerki przyjmowano za wzdęty pęcherzyk żółciowy i nie więcej, jak również kolkę nerkową często mieszano z napadami kolki żółciowej. Guzy w okolicy odźwiernika i torbiele wątroby również mogą być powodem pomyłek rozpoznawczych.

Autor jest przeciwny próbnym przekłuciom przez pokrywy brzuszne rozszerzonego pęcherzyka żółciowego w celach rozpoznawczych. Uważa je za niebezpieczne, z wyłączeniem tych przypadków, gdzie istnieje napewno zrosty; przy użyciu nawet najcięższej igły pewna ilość żółci dostaje się do jamy otrzewnej; żółć prawidłowa może nie zaszkodzić, ale w przeważnej liczbie przypadków w żółci, pomijając już ropienie, znajdują się bakteryje, mianowicie *bacterium coli commune*, który podług badań autora, NAUNYN'a i ALEKSANDRA FRAENKEL'a, może wywoływać groźne zapalenie otrzewnej.

Autor wykonał 13-ie razy operację na narządzie żółciowym, u 12-tu kobiet i jednego mężczyzny; wszystkie operowane kobiety po kilka razy rodziły. W jednym przypadku laparotomija wykazała, zamiast rozszerzonego pęcherzyka żółciowego, rak wątroby. W 6-iu przypadkach operował on z powodu wodnej puchliny pęcherzyka żółciowego, połączonego z częstymi napadami kolki; 5 razy były temu winne kamienie, raz wcale ich nie było, 4 razy operował z powodu otoku ropnego pęcherzyka żółciowego, połączonego obecnością kamieni w 3-ch przypadkach, 3 razy napotkał zupełne zatkanie wspólnego żółciowego przewodu, 3-ech operowanych zmarło z przyczyn niezależnych od rękoczynu chirurga.

Co do sposobu operowania, to autor zwykłą cholecystotomię wykonał 7 razy: 5 razy na jednym posiedzeniu, a 2 razy na 2-ch posiedzeniach. Autor jest stanowczym zwolennikiem operacji na jednym posiedzeniu, z wyjątkiem przypadków, gdzie pęcherzyk żółciowy jest skurczony, trudno daje się przyszyć do rany brzusznej, lub ma ścianki niezbyt ścięzione, rozrywające się przy nakładaniu szwów. Często groźne objawy chorobowe nie pozwalają rozkładać operacji na dwa posiedzenia; w 2 przypadkach przetoka żółciowa samowolnie się zamknęła, u 2-ch dokonał operacji plastycznej z powodzeniem; 3 inne operowane zmarły. Zwykłą cholecystotomię uważa autor za wskazaną przy otoku ropnym

pęcherzyka żółciowego, przy chorobliwie zmienionych ściankach jego i przy zupełnem zatkaniu przewodu wspólnego, jako przedwstępną operacyję dla usunięcia groźnych następstw *cholaemiae*. Przy wodnej puchlinie pęcherzyka żółciowego, zawierającego kamienie bez zmian chorobowych w ścianach jego i przy drożności *duct. choledoci* autor jest zwolennikiem tak zwanej idealnej cholecystotomii; wykonał ją 5 razy z powodzeniem. Cięcie robi równoległe do łuku żebrowego, przed rozcięciem pęcherzyka żółciowego zaleca robić próbnę przekłucie dla wykluczenia obecności ropy; w braku tej ostatniej rozszerza pęcherzyk w położeniu chorego na prawym boku, wypróżnia z żółci i wydobywa kamienie. Te ostatnie trudno czasami wydobyć, jeżeli są zaklinowane w przewodzie pęcherzykowym; w takim razie autor wchodzi ręką do jamy brzusznej, naciska palcami kamień z zewnątrz i wypycha go do pęcherzyka; uważa to także za dowód wyższości idealnej cholecystotomii przed zwykłą, gdzie powyższy rękoczyn jest niemożliwy. Autor we wszystkich tych przypadkach próbował zgłębnikiem przejść przez przewód żółciowy do dwunastnicy; ani razu jednak to mu się nie udało, gdyż zgłębnik zawsze zaczepiał się w fałdach błony śluzowej, wskutek tego uważa badanie zgłębnikiem za niepewny rękoczyn rozpoznawczy. Po opróżnieniu pęcherzyka przemywa go $\frac{1}{2}$ % roztworem lizolu, lub kwasu salicylowego i nakłada szew dwurzędowy na ranę pęcherzyka; do szwu używa katgut. Dla bezpieczeństwa zaszywa ranę przykrywa siecią, którą przyczepia kilkoma szwami do otrzewnej pęcherzyka; w pierwszych operowanych przez siebie przypadkach autor przyszywał pęcherzyk do otrzewnej ściennej, w późniejszych zaś wpuszczał go do jamy brzusznej. Idealna cholecystotomija ma tę jeszcze wyższość przed zwykłą, że pozwala na zupełne zamknięcie rany brzusznej, co w przyszłości mniej usposabia do następczego powstawania przepuklin. Przy otoku ropnym pęcherzyka żółciowego autor uważa ją za stanowczo przeciwwskazaną.

Zupełne usunięcie pęcherzyka żółciowego, operacyja, zalecona przez LANGENBUCHA, znajduje w autorze stanowczego przeciwnika. Sądzi on, że usunięcie pęcherzyka nie uwalnia bezwzględnie od powrotów choroby, gdyż, podług badania wielu i samego autora, małe kamyczki powstają już w przewodach żółciowych wątroby, mogą się zatrzymać w jednym miejscu i dać powód do wytworzenia zbiornika ze wszystkimi następczemi objawami. Z drugiej strony operacyja ta przedstawia duże techniczne trudności i autor woli raczej w razie powrotu choroby drugi raz wykonać idealną cholecystotomiję. Usunięcie zupełne pęcherzyka uważa za wskazane tylko przy nowotworach ograniczonych do tego narządu. Za stosunkowo najgroźniejsze cierpienie narządu żółciowego autor uważa zupełne zatkanie wspólnego przewodu żółciowego; powstaje ono najczęściej z powodu zaklinowania kamienia, rzadziej z powodu klinowatego zwężenia, jeszcze rzadziej z powodu ucisku, jaki może wywierać na przewód z zewnątrz guz jamy brzusznej. Przy powyższem cierpieniu WINI-WARTER pierwszy zalecił cholecystoenterostomiję, SPRENGEL radził łączyć rozszerzony powyżej przeszkody przewód z dwunastnicą. LANGENBUCH, KOCHER, rozgniatali kamień w przewodzie i spychali go do kiszki. COURVOISIER, KUESTER rozcinali przewód, wydobywali kamień i ranę zaszywali z powodzeniem. Ostatnie 2 metody, podług autora, mają wyższość wobec pierwszych, ale są możliwe tylko tam, gdzie przewód wspólny jest zupełnie dostępny, lub gdzie zatkanie nastąpiło wskutek kamienia. Przy bliznowatym zwężeniu, lub przy ucisku z zewnątrz, lub przy trudnym dostępie do przewodu autor widzi jedynie możliwą operacyję — przyszyć pęcherzyka żółciowego do kiszki. W żadnym z przypadków autora nie udało się dokonać choledochotomii z powodu trudności dostępu do przewodu żółciowego i trzeba było dokonać połączenia pęcherzyka z dwunastnicą; temu połączeniu oddaje on pierwszeństwo przed połączeniem pęcherzyka żółciowego z *colon*.

Przedziurawienie pęcherzyka żółciowego i przedostanie się żółci i kamieni do jamy otrzewnej autor raz spostrzegął; śmierć z powodu zapalenia otrzewnej. W 3 przypadkach widział przedziurawienie pęcherzyka do dwunastnicy z przedostaniem się kamieni do tej ostniej; powstawały objawy niedrożności; w 2 razach laparotomija; w przypadku nieoperowanym śmierć.

(*Sammlung klin. Vorträge. Nr. 40. 1892.*)

Nasza literatura posiada stosunkowo mało prac, rzucających światło na sprawę chirurgicznego leczenia chorób narządu żółciowego. Kazuistyczny przypadek kol. JAWDYŃSKIEGO, zamieszczony w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego“ za r. 1888, praca kol. ZAGÓRSKIEGO w „Przeglądzie Lekarskim“ za r. 1887, ZIELEWICZA w temże piśmie z tego samego roku i MATLAKOWSKIEGO w „Gazecie Lekarskiej“ 1891 r.: oto wszystko, co u nas napisano w tej dziedzinie. Objasnić to chyba należy albo większą rzadkością u nas powyższych cierpień, albo też większą niechęcią chorych poddawania się zabiegom operacyjnym.

Antoni Gabszewicz.

23. H. Lindner. O operacjach na pęcherzyku żółciowym.

Autor wykonał 6 razy operację na tym narządzie: raz wycięcie pęcherzyka przy zatkaniu przewodu pęcherzykowego kamieniem, którego nie mógł wepchnąć ani do pęcherzyka żółciowego, ani do dwunastnicy; sam pęcherzyk był znacznie rozszerzony i zawierał dużo kamieni; 2 razy wykonał zwykłą cholecystotomię przy otoku ropnym pęcherzyka, a 3 razy także zwykłą cholecystotomię przy wodnej puchlinie pęcherzyka połączonej z napadami kolki kamieniowej. We wszystkich przypadkach wyzdrowienie. Zwykłą cholecystotomię robi na jednym posiedzeniu; cięcie prowadzi na zewnątrz od mięśnia prostego brzucha, dość długie na tyle, aby swobodnie do jamy brzusznej można było wprowadzić, co najmniej, 4 palce dla dokładnego zbadania sprawy chorobowej. Pęcherzyk żółciowy przyszywa tylko do otrzewnej i do mięśni, a nigdy do skóry; w ostatnim razie powstaje przetoka wargowata, która z trudnością daje się zagoić, gdy tymczasem w pierwszym razie przetoka szybko się zabliznia po usunięciu sączka. Przy pierwszym tylko opatrunku bada pęcherzyk zgłębnikiem dla przekonania się, czy nie ma w nim jeszcze kamieni; sączek trzyma przeciętnie około 10 dni i usuwa go z chwilą, kiedy przekonywa się, że w pęcherzyku nie ma kamieni. Do przepłukiwania używa płynów nie drażniących. Autor jest przeciwnikiem idealnej cholecystotomii, zalecanej tak gorąco przez KOERTE'go i innych. Zarzuty, jakie czynią zwykłej cholecystotomii, t. j. długotrwałe gojenie, utrata żółci, uporczywe przetoki, autor uważa za małoznaczne w porównaniu do tych zalet, jakie przedstawia zwykła cholecystotomija. Ostatnia ta operacja nie naraża chorego na żadne niebezpieczeństwo, daje możliwość kontrolowania po operacji, co się dzieje w pęcherzyku żółciowym i pozwala na następcze usuwanie małych kamieni, które przy idealnej cholecystotomii mogą być niezauważone, a potem stać się przyczyną powrotów choroby. Idealną cholecystotomię autor uważa za wskazaną tylko w tych wyjątkowo przypadkach, gdzie w pęcherzyku znajdują się większe kamienie w niewielkiej ilości, które łatwo dają się usunąć bez obrażenia ścian pęcherzyka.

(*Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 11 i 12. 1892.*)

Antoni Gabszewicz.

SZPITAL DLA OBŁĄKANYCH W TWORKACH.

Opisał

D-r Med. R. Radziwiłłowicz,

ordynator tegoż szpitala.

W dniu 27 [15] XI. 1891 r. otwarto i do użytku publicznego oddano nowy szpital dla obłąkanych w Tworkach pod Warszawą. Ponieważ datę otwarcia szpitala od chwili powstania myśli jego budowy dzieli blisko ćwierć wieku, przeto szpital ten, chociaż nowy, posiada już swoją historję, którą podajemy niżej w streszczeniu. Brak specjalnie urządzonych pomieszczeń leczniczych, nieodpowiednie urządzenie już egzystujących, przy rosnącej wciąż liczbie chorych obłąkanych oddawna już wymagały energicznej i radykalnej reformy. Jeszcze za rządów byłej Rady Administracyjnej powstała myśl zaradzenia złemu przez budowę jednego większego domu dla obłąkanych, wystarczającego dla potrzeb całego Królestwa Polskiego w Warszawie. Już w roku 1868 zakupiono w tym celu 52 morgi gruntu w Grochowie pod Warszawą, a w następnym 1869 r. wygotowano plan nowego domu, którego koszt obliczono na sumę 945,000 rs.. W r. 1870 przesłano plan do Ministerjum Spraw Wewnętrznych do zatwierdzenia, lecz takowego nie uzyskano. Projekt wrócił do Warszawy w r. 1873 z przeróbkami i poprawkami, które, podnosząc koszt budowy do wysokości 1½ miliona rubli, uczyniły wykonanie jego niemożliwym: sprawa chwilowo stanęła. Utworzona w r. 1870, przy reorganizacji Królestwa Polskiego, Warszawska Rada Miejska Dobroczynności Publicznej podjęła znowu w 1874 r. zaprojektowaną przez poprzedników myśl i wysadziła komisję dla opracowania nowego projektu. W następnym 1875 r. komisja pracę ukończyła i przedstawiła Radzie projekt, obliczony na 760,688 rs.

Projekt poszedł do zatwierdzenia Ministerjum do Petersburga, przyczem dołączono prośbę o porobieniu ewentualnych przeróbek na miejscu bez odsyłania projektu do Warszawy. Ministerjum poleciło rozpatrzenie przysłanego projektu profesorowi psychiatrii, BALIŃSKIEMU, i profesorowi architektury, SZTROMOWI, którzy projekt Warszawski odrzucili, a przysłali natomiast w roku 1880 dwa projekty: jeden, którego koszt obliczono na 1,438,549 rs. na 600 chorych; drugi na 422 chorych za 1,058,789 rs.; przyczem w obu projektach obliczono tylko koszt samej budowy bez uwzględnienia kosztów urządzenia wewnętrznego. Oba projekty, jako zbyt kosztowne, nie mogły być przez Radę Miejską przyjęte. Natomiast zaproponowano profesorowi SZTROMOWI przygotowanie nowego projektu z tem zastrzeżeniem, żeby suma anszlagowa budowy nie przeniosła 760,000 rs.. Jednocześnie postanowiono sprzedać posiadłość w Grochowie, jako zbyt szczupłą, i pod wieloma względami niedogodną [zbyt blizkie sąsiedztwo Wisły, sieć przecinających się kolei żelaznych i t. p.]; zakupiono natomiast nową większą, 105 morgów, we wsi Tworki pod Pruszkowem, jako więcej celowi odpowiadającą.

Profesor SZTROM przysłał projekt nowego szpitala, naszkicowany w ogólnym tylko zarysie, który Rada Miejska przyjęła i w r. 1886 wysadziła komisję pod prezydencyją Gubernatora Warszawskiego Barona Medema dla szczegółowego opracowania przysłanego projektu.

Komisja ukończyła czynności w r. 1887 i przekazała projekt do wykonania komitetowi budowlanemu, z senatorem Wiłujewem, jako prezydującym, na czele. Budowniczym komitetu został inżynier-architekt, Oswald, a po jego śmierci 19-go Lutego 1891 r., architekt Lembke; jako specjalista, psychiatra, zasiadł w komitecie przyszły Dyrektor nowego szpitala, D-r Med. M. CHARDIN.

Brak środków nie pozwolił komitetowi przystąpić do rozpoczęcia robót. Suma, zbierana co rok przez Radę Miejską Dobroczynności Publicznej od r. 1870 z oszczędności od sumy 29,730 rs., przeznaczonej na nadzwyczajne wydatki szpitali Warszawskich, była zbyt szczupłą dla rozpoczęcia budowy. Dopiero wcielenie 500,000 rs, Najwyżej zatwierdzone w dniu 31-go Marca 1885 r., z funduszu użyteczności publicznej przy Towarzystwie Kredytowem Ziemiem, do funduszu budowlanego, dało komitetowi możność przystąpienia do budowy.

Kamień węgielny pod nowy szpital założono w dniu 17-go Lipca 1888 r., a otwarto go i do publicznego użytku oddano 27-go Listopada 1891 r..

Koszt budowy podług sumy anszlagowej, przekazanej komitetowi budowlanemu, wynosiły 858,877 rs.; w nich: na same budowie 754,343 rs. 28 kop.; konstruktorowi robót, za nadzór

nad robotami i na różne wydatki techniczne 36,133 rs. 73 kop.; budżet urządzenia wewnętrznego 58,000 rs.; budowa szosy 10,400 rs. Oprócz tego dodano jeszcze 42,226 rs. na koszta zaprowadzenia oświetlenia elektrycznego, nieprzewidziane w początkowym kosztorysie; suma ta została pokrytą z podatku nałożonego na mieszkańców Królestwa Polskiego w myśl Najwyżej zatwierdzonego rozporządzenia Rady Państwa o dostarczeniu środków na potrzeby Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej¹⁾. Z tego źródła pokrywany też będzie budżet roczny w kosztów utrzymania szpitala, wynoszący 116,288 rs. rocznie.

Obszar całego zakładu wynosi 105 morgów, z nich w lesie sosnowym i brzoźowym 17-cie morgów, reszta pod budynkami, w ogrodach, polach i nieużytkach.

Odległość od Warszawy 15-cie wiorst, a od stacyi Pruszków drogi żel. Warszawsko-Wiedeńskiej szosą 2 wiorsty 49 sążni.

Ustawa szpitala, Najwyżej zatwierdzona w dniu 26-go Czerwca 1891 r., nadaje szpitalowi nazwę „Warszawskiej lecznicy i kolonii dla obłąkanych“ i przeznacza na cele następujące: 1) na lecznicę dla chorych umysłowych ostrych, uleczalnych, 2) na przytułek dla nieuleczalnych, 3) na miejsce obserwacji osób przez właściwe dykasteryje przysłanych dla zbadania stanu władz umysłowych, 4) na przytułek dla przestępców, wyrokiem sądu uniewinnionych [psychicznie chorych] w myśl § 95 i § 96 Ustawy karnej.

Pomieszczenie w szpitalu znaleźć mogą wyłącznie chorzy, pochodzący z Królestwa Polskiego; mieszkańcy Cesarstwa korzystają zeń o tyle, o ile są miejsca wolne przez mieszkańców Królestwa nie zajęte i to nie inaczej, jak za opłatą [jako pensjonarze]. Szpital rozporządza ilością 420 miejsc. Z nich dla chorych ostrych lub przewlekłych, dla otoczenia niebezpiecznych 304: w I-iej klasie 20: 10 kobiet i 10 mężczyzn z opłatą miesięczną 75 rs., w II-iej klasie 80: 40 kobiet, 40 mężczyzn z opłatą miesięczną 45 rs., i w III-iej klasie 204 miejsc: 102 kobiet i 102 mężczyzn bezpłatnie; pozostałe, w równej ilości dla kobiet i mężczyzn, przeznaczone są na pomieszczenie chorych nieuleczalnych, fizycznie dosyć silnych, zdolnych do pracy w polu i mogących bez uszczerbku dla bezpieczeństwa publicznego korzystać ze stosunkowo większej swobody. W ten sposób szpital rozpada się właściwie na dwie składowe części, reprezentujące każdą pewną zamkniętą w sobie całość, złączone jednakże wspólną administracją i gospodarstwem, a mianowicie: 1) właściwą lecznicę dla chorych pierwszych trzech kategorii, 2) przytułek dla chorych ostatniej kategorii, tak zwana ferma albo kolnija. W skład właściwej lecznicy wchodzi:

1) 6 pawilonów dla chorych, 2) po jednym pawilonie męzkim i jednym kobiecym w każdej klasie, tak zwane tutaj dziesiątki I-iej kl., czterdziestki II-iej kl. i setki III-iej kl., opis ich podajemy niżej.

2) Pawilon administracyjny, mieszczący na dole: salę posiedzeń zarządu szpitalnego, gabinet dyrektora, pokój dyżurnego lekarza, pokój dla biblijoteki, kancelaryje; na pierwszym piętrze mieszkanie: dyrektora i siostr miłosierdzia; na drugim piętrze mieszkanie: jednego lekarza, intendenta, sekretarza, pisarzy i woźnych szpitalnych.

Na dole w tym pawilonie znajdują się oprócz tego także pokoje, przeznaczone dla pomieszczenia chorych o formach niezdecydowanych, przejściomych, lub rekonwalescentów, po cztery pokoje z każdej strony, na lewo od wejścia głównego dla kobiet, na prawo dla mężczyzn [przy nich pokoje z wannami i wateklozety].

3) Pawilon ekonomii szpitalnej, mieszczący na parterze: kuchnię, pralnię, piekarnię, spiżarnię, składy i łaźnię parową; na pierwszym piętrze: aptekę [przy niej mieszkanie

¹⁾ Cyfr dokładniejszych faktycznych kosztów budowy podać nie możemy, gdyż rachunki komitetu dotyczących jeszcze nie zostały ostatecznie zamknięte.

²⁾ Osoby stanu duchownego, niezamożni urzędnicy i ich rodziny korzystają z ulg w klasie II-iej i płać tylko połowę 22½ rs. miesięcznie. Ponieważ szpital pomieścić może większą ilość chorych, niżeli to etat przewiduje, przeszło 500 i dostaje odrazu wielki balast chorych nieuleczalnych ze szpitali: Jana Bożego i Dzieciątka Jezus, przeto Rada Miejska Dobroczynności Publicznej proponuje wprowadzenie 4-iej kategorii chorych wyłącznie dla chorych ostrych z opłatą 9 rs. miesięcznie kosztu utrzymania chorego. Rzeczą ta jest dotychczas tylko w projekcie i potrzebuje potwierdzenia właściwych dykasteryj.

aptekarza], suszarnię, cerownię, mieszkanie oficjalistów ekonomii szpitalnej; na drugim piętrze pomieszczenia dla służby.

Przy pawilonie wieża dla głównego zbiornika wody, a w specjalnej przybudowce pomieszczenie dla kotłów parowych, maszyn dynamo-elektrycznych, pomp i innych urządzeń mechanicznych.

4) Kościółek, budynek mieszczący na dole kaplicę, zakrystyję, salę sekcijną i pokój przedporzebowy, w piwnicy trupiarnię, na piętrze mieszkanie kapelana.

5) Kilka drobnych budynków gospodarczych: drwalnie, składy, klozety dla służby, szopa z narzędziami pożarnymi i t. p..

W skład kolonii wchodzi:

1) 4 pawilony dla chorych opisanych niżej.

2) Pawilon, mieszczący na dole warsztaty rzemieślnicze dla chorych i mieszkania oficjalistów kolonii; na piętrze mieszkania dwóch lekarzy.

3) Kilka budynków gospodarczych, wozownie, stajnie, chlewiki, kurniki, drwalnie i t. p.. Wszystkie budynki szpitalne są murowane z nietykowanej cegły; wyjątek stanowi kilka drobnych budynków gospodarczych drewnianych.

Rozkład sytuacyjny szpitala jest następujący: od szosy najwięcej naprzód wysunięty jest pawilon administracyjny; od niego półkołem idą pawilony lecznicze; najbliżej setki, dalej dziesiątki, wreszcie czterdziestki, na lewo kobiece, na prawo męskie. W głębi półkola, mniej więcej w jego środku, pawilon gospodarczy, za nim tuż zaraz drobne zabudowania gospodarcze. Kościółek trochę w tyle między pawilonem gospodarczym i kobiecą czterdziestką; za nim las sosnowy, za lasem ferma. Front fermy, rozciągnięty w linii prostej, stanowią: cztery pawilony dla chorych z pawilonem mieszczącym warsztaty w środku, na lewo od środkowego pawilonu pawilony kobiece, na prawo męskie. Przy pawilonie środkowym od tyłu zabudowania gospodarcze kolonii, za którymi rozciągają się pola uprawne; za nimi, w końcu terytorjum zakładu, pola irygacyjne.

Pawilony lecznicze urządzone są w ten sposób, że każdy z nich reprezentuje pewną zamkniętą całość. Każdy składa się z poszczególnych oddziałów według kategorii chorych psychicznych; każdy posiada swoje specjalne urządzenia psychiatryczne [pokoje izolacyjne, szalówki i t. p.], swoje wanny i t. p..

Wyjątek do pewnego stopnia stanowią dziesiątki i li-tylko pod tym względem, że nie posiadają specjalnie urządzonych pomieszczeń dla gwałtownych, a mają je wspólne z czterdziestkami na czterdziestkach.

W ten sposób bez uszczerbku dla chorych możliwą jest przyjęta w szpitalu klasyfikacja podług wysokości wnoszonej opłaty. Urządzenia pawilonów są identyczne w analogicznych pawilonach kobiecych i męskich. Wszystkie cztery pawilony fermy są jednakowe, pod względem budowy i urządzenia wewnętrznego zupełnie do siebie podobne. Największemi z pawilonów leczniczych są tak zwane setki: pawilony przeznaczone dla 102 chorych bezpłatnych każdy.

Każda setka składa się z trzech korpusów: jednego większego piętrowego od frontu, drugiego mniejszego parterowego od tyłu i trzeciego także parterowego, łączącego oba poprzednie. W pierwszym korpusie mieszczą się na parterze: w środku sień, przy niej na prawo gabinet lekarski i pokój dla przyjmowania wizyt robionych chorym, na lewo szatnia, mieszkanie szwajcara i mieszkanie nadzorczy; po bokach oddziały dla chorych, na lewo dla epileptyków, na prawo dla niespokojnych, oba oddziały połączone korytarzem. Na piętrze w środku mieszkanie lekarza, po bokach oddziały: na lewo dla spokojnych, na prawo dla w pół spokojnych; korytarz łączy oba oddziały.

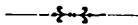
Parterowy korpus tylny mieści oddziały: na lewo dla nieczystych, na prawo dla gwałtownych chorych; oba oddziały połączone korytarzem, przy którym od tyłu kuchenka z bufetem dla wydawania porcyj na oddziały i sień z wyjściem na budynek gospodarczy.

W korpusie środkowym na parterze pokój z wannami, składy, pokój dla służby, na piętrze infirmaryja, mieszkania felczerów, pokoje dla służby. Na piętrze i parterze przez całą długość korpusu przechodzi korytarz, na który wychodzą drzwi wszystkich wyszczególnionych pomieszczeń.

Rozkład pokoiów oraz ich wielkość we wszystkich oddziałach frontowego korpusu są takie same. Każdy oddział składa się z jednego dużego pokoju, przeznaczonego na dzienny pobyt chorych, i jadalnię, 2-eh sypialni wspólnych [6—8 łóżek] i 4-eh sypialni pojedynczych. W oddziale dla spokojnych chorych dwie sypialnie pojedyncze złączone są w jedną wspólną większą. Rozkład jest taki, że najbliższe wejścia leży jadalnia, dalej sypialnie wspólne z wyjściem na korytarz, który jest załamany pod kątem prostym i prowadzi do sypialni pojedynczych. W miejscu złamania korytarza waterklozety i pokój dla służby.

[D. n.]

Wiadomości bieżące.



— „Przegląd Lekarski Krakowski“ donosi za dziennikami amerykańskimi, iż lekarze polscy, praktykujący w mieście Chicago, zebrałi się d. 2 Marca r. b. celem zawiązania Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Na posiedzeniu tem rodacy nasi powzięli ważną uchwałę. Wychodząc z zapatrywania, że często ogłaszane w dziennikach podziękowania od pacjentów za szczęśliwe uleczenia nie przyczyniają się do podniesienia stanu lekarskiego, lecz raczej do jego poniżenia, uchwalono podać do wiadomości publicznej, że lekarze polacy na przyszłość nie będą przyjmować żadnych podziękowań publicznych, uważając takowe nie za zaszczyt dla siebie, lecz za ujmę honoru. Uchwałę tę podpisali i ogłosili w pismach amerykańskich następujący koledzy: BRONISŁAW STRZYŻOWSKI, KAZIMIERZ REWKOWSKI, KAZIMIERZ MIDOWICZ, M. P. KOSSOBORSKI, LEONARD OSTROWSKI, JAN TRAIN, EDWARD CZERNIEWSKI.

— Towarzystwo Lekarskie Krakowskie przystępuje do pracy nad drugim, poprawnem wydaniem Słownika terminologii lekarskiej polskiej, wydanego przezeń w r. 1881, i uprasza uprzejmie wszystkich kolegów, którym nieobojętna jest sprawa naszego słownictwa zawodowego, aby uwagi swe tak co do wyrazów spornych i opuszczonych, jak i wogóle co do układu wydać się mającego na nowo słownika, nadsyłać zechcieli jak najrychlej pod adresem prof. S. DOMAŃSKIEGO w Krakowie [ulica Szezepeńska N. 9].

— Kol. B. ZIEMIŃSKI mianowany został ordynatorem Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

— D-rzy DUBOIS i VAILLANT przedstawili Radzie miejskiej miasta Paryża projekt utworzenia w Paryżu „*Institut municipal de l'Electrothérapie*“ dla leczenia chorych i nauczania elektroterapii.

— Wedle sprawozdania, odczytanego na zebraniu ogólnem Instytutu PASTEUR'a, śmiertelność osób poddawanych leczeniu przeciwwściekliznowemu stale się zmniejsza. W r. 1886 śmiertelność wynosiła 0,94%, w 1887 — 0,73%, w 1888 — 0,5%, w 1889 — 0,38%, w 1890 — 0,32%, w 1891 — 0,19%.

— Zjazd francuzkich okulistów odbędzie się 2 Maja r. b. w Paryżu. Podano 2 tematy do dyskusyi: 1) leczenie wrodzonej katarakty [referent DOR z Lyonu] i 2) porażenie mięśni ocznych [referent ARMAIGNAC z Bordeaux].

— Zmarli: D-r LOSSEN, prof. nadzwyczajny chirurgii w Heidelbergu; D-r M. LEŚNIK z Suwałk w Meranie.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1892/93 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu śp. D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicji zamieszkałi, c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojcekim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyja, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7] najpóźniej do dnia 15

Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *D-r Brodowski*.

— **Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1892/93 wakować będzie stypendyjum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. IGNACEGO GOŁĘBIEWSKIEGO, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczzone stypendyjum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowym prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *D-r Brodowski*.

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu D-ra JANA BĄCEWICZA udzielone być mają w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie [ulica Niecała Nr. 7]; na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernijalnych [w gubernijach Królestwa Polskiego].

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia, *D-r J. Rogowicz*.

— **Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu D-ra LEONA LANDE udzielone ma być w dniu 18 Lutego 1893 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom moźeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu [ulica Niecała Nr. 7] oznacza się do dnia 15 Grudnia 1892r.. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, Członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy, lub sierot. Osoby, na prowincyi zamieszkałe [w gubernijach Królestwa Polskiego], przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kasą Wsparcia, *D-r J. Rogowicz*.