

PAMIĘTNIK  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

---

# PAMIĘTNIK TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO,

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa

POD REDAKCYJĄ

**R. Jasińskiego.**

---

ROK 1884.—ZESZYT IV.

Ogólnego Zbioru Tom LXXX.

---

Pamiętnik wychodzi w 4 kwartalnych zeszytach, obejmujących mniej więcej po 10 ark. druku w miarę potrzeby z drzeworytami i tablicami.—Cena Pamiętnika dla wszystkich bez wyjątku prenumeratorów, tak w Warszawie jak i na prowincyi z odnośnieniem i przesyłką wynosi rocznie rs. 3. Prenumerować można w redakcyi Pamiętnika (Oboźna dom D-ra Brodowskiego), we wszystkich redakcyjach pism lekarskich warszawskich oraz we wszystkich Księgarniach Agenturach spółki kolportacyjnej; w Austrii przedpłata wynosi 4 zlr.



WARSZAWA.

DRUK K. KOWALEWSKIEGO

ulica Królewska Nr. 23

1884.

Biblioteka Główna  
WUM



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

Дозволено Цензурою.  
Варшава, 29 Января 1885 года.

# WYKAZ RZECZY

zawartych w 81 Tomie Pamiętnika W. T. L. z r. 1884.

## Fizjologija, Histyjologija, Antropologija.

	<i>Str.</i>
<b>J. Kramsztyk.</b> O zawartości tłuszczu w kale noworodków i o wessaniu tłuszczu w ich przewodzie pokarmowym . . . . .	95
<b>Wolfring.</b> O stosunkach fizjologicznych naczyń krwionośnych powiek do naczyń mięśnia podnoszącego powiekę górną . . . . .	381
— O gruczołkach chrząstki powiekowej . . . . .	441
<b>Dudrewicz.</b> O czerwonoskórcach plemienia Omaha . . . . .	415

## Anatomija patologiczna.

<b>Bujwid Odo.</b> Mikroskopija i Mikrochemija płwociny w chorobach dróg oddechowych . . . . .	289
<b>Neugebauer.</b> Wrodzone przemieszczenie trzewiów . . . . .	392
<b>Przewoski.</b> O Aktynomykozie czyli Promienicy . . . . .	394

## Hygiena, Policyja lekarska.

<b>Wnioski Towarz. Lek. Warsz.</b> w przedmiocie <i>kwestyi felczerskiej</i> . . . . .	176
<b>Lubelski.</b> Mieszkania robotników ich zjazydy i noclegi . . . . .	203
<b>Uchwała Tow. Lekarskiego Warszaw.</b> dotycząca <i>zapobiegania rozwojowi epidemii cholery</i> i środków pomocy publicznej w razie wybuchu takowej . . . . .	357
<b>L. Nencki i P. Rakowski.</b> Przystępny dla każdego lekarza sposób oceniania, czy woda studzienna może być używaną za napój . . . . .	536

## IV

	<i>Str.</i>
Projekt odezwy Tow. Lek. Warsz. do Zarządu muzeum Przemysłowego co do wystawy przedmiotów gospodarstwa domowego	485
Projekt mocowni na 50 do 60 uczniów . . . . .	433

### **Medycyna wewnętrzna, Farmakologija.**

<b>Florkiewicz.</b> Uwagi nad chorobą Brighta. . . . .	447
<b>Rosenthal Albert.</b> Porażenie korowe—głuchota wyrazowa . . . .	134
<b>Dobrzycki.</b> Przenośniki zarazy gruźliczej . . . . .	140
<b>Hoyer.</b> "                   "                   " . . . . .	143
<b>Baranowski.</b> O zaraźliwości suchot płucnych . . . . .	149
<b>Łuczkiwicz.</b> W sprawie zaraźliwości suchot płucnych . . . . .	248
<b>Sokołowski.</b> O zaraźliwości suchot . . . . .	252
<b>Dobrzycki.</b> Nieżył jako przyczyna usposabiająca do suchot . . . .	260

### **Medycyna zewnętrzna, Oftalmologija i Otyjatrija.**

<b>Schramm.</b> Laparotomija przy niedrożności jelit . . . . .	1
<b>Kijewski.</b> Guzy hemoroidalne (anatomija patol. objawy, operacyjne sposoby leczenia). . . . .	509
<b>Meyerson.</b> O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomicznej .	270
<b>Orłowski.</b> Dyskusyjja w tej sprawie . . . . .	402
<b>Heryng.</b> Zwężenia błoniaste tchawicy . . . . .	585
<b>Orłowski.</b> O trudnościach przy wyjmowaniu rurki tracheotom. . .	590

### **Choroby weneryczne i skórne.**

<b>Sokołowski.</b> Tracheostenosis sypilitica . . . . .	583
<b>Heryng.</b> Rhinoscleroma . . . . .	583

### **Historjja medycyny.**

<b>Przystański.</b> Janusz Ferdynand Nowakowski . . . . .	171
<b>Grünbaum.</b> Medycyna w Talmudzie . . . . .	192
<b>Świeżawski.</b> Z higieny publicznej w dawnej Polsce: wodociągi w Sandomierzu i Lublinie . . . . .	228
<b>Jasiński.</b> Edward Klink . . . . .	437

### **Etyka lekarska.**

Zasady obowiązków i praw lekarzy, przyjęte przez Tow. lekarskie Warszawskie . . . . .	213
---	-----

## Sprawy dotyczące Warsz. Tow. Lek.

Lista członków Towarzystwa, skład Komitetów,* Lista nowych członków, Urzędnicy na 1884, nowy Komitet Redakcyjny	od str.I do	VI
Bndżet Tow. Lek. Warszaw. za rok 1884 . . . . .		158
Jubileusz Prof. Szokalskiego . . . . .		543
„ „ Hoyera . . . . .		558
Stypendyjum Koczorowskiego za 1883 . . . . .		134
„ Girsztowta za r. 1883 . . . . .		134
Dar St. Giejsztora . . . . .		135
Oñara D-ra Kahla . . . . .		136
W kwestyi zapisu Jabłonowskiego . . . . .		597
Premium Helbicha . . . . .		598
„ Chałubińskiego . . . . .		598
„ Szokalskiego . . . . .		599

## Czynności Tow. Lek. Warszawskiego.

Wykaz posiedzeń na rok 1884 . . . . .	VII
Protokóły posiedz. Tow. od 2 Października 1883 do 18 Grudnia t. r.	132
„ „ „ od 8 Stycznia 1884 do 26 Marca t. r. . . . .	243
„ „ „ od 1 Kwietnia 1884 do 18 Lipca t. r. . . . .	391
„ „ „ od 9 Września 1884 do 16 Grudnia t. r. . . . .	569
Posiedzenie nadzwyczajne (Jubileusz prof. Szokalskiego) . . . . .	543
„ „ (Jubileusz prof. Hoyera) . . . . .	558

# ROK 1884.

URZĘDNICY I KOMITETY TOWARZYSTWA W R. 1884.

Członkowie zmarli i obrani w r. 1883.

---

## A) Urzędnicy.

Prezes: Orłowski Władysław.

Wiceprezes: Gepner Bolesław.

Sekretarz doroczny: Sokołowski Alfred.

Sekretarz stały: Szokalski Wiktor (Czł. honorowy).

Podskarbi: Portner Szymon.

Biblijotekarz starszy: Peszke Józef.

Biblijotekarz młodszy: Kamocki Walenty.

Redaktor Pamiętnika: Jasiński Roman.

## B) Komitety.

### *I. Komitet Gospodarczy Towarzystwa.*

Wszyscy wyżej wymienieni urzędnicy oraz wybrani do Komitetu na r. 1884:

1. Braun Jan.
2. Rogowicz Jakób.

\*

*II. Komitet Redakcyi Pamiętnika.*

1. Sekretarz stały: Szokalski Wiktor.
2. Sekretarz doroczny: Sokołowski Alfred.
3. Redaktor Pamiętnika: Jasiński Roman.
4. Klink Edward.
5. Kondratowicz Stanisław.

*III. Komitet konkursowy (stały).*

1. Dobrzycki.
2. Dunin.
3. Gajkiewicz
4. Hoyer
5. Matlakowski
6. Sokołowski

*IV. Komitet pracowni fizyologicznej.*

1. Dunin.
2. Hoyer.
3. Majzel (kustosz pracowni).
4. Nencki.
5. Nussbaum.
6. Przewoski.

*V. Komitet Kassy wsparcia przy Towarzystwie istniejącej.*

1. Prezes Towarzystwa: Orłowski Władysław.
2. Wiceprezes: Gepner Bolesław.
3. Zarządzający funduszami Kassy, Sekretarz stały: Szokalski Wiktor.
4. Podskarbi: Portner Szymon.



*Członkowie z grona Towarzystwa Lekarskiego wybrani:*

5. Modrzejewski Edmund.
6. Markiewicz Stanisław.
7. Rogowicz Jakób.

*Członkowie wybrani z lekarzy nie należących do Towarzystwa Lekarskiego:*

8. Chmielowski Konrad.

9. Kryże Władysław.

Nadto do Komitetu należą:

- a) powołani stale przez Towarzystwo Lekarskie, w charakterze radców prawnych: Thieme Karol, Mecenas i Zawadzki Stanisław, Rejent;
- b) z urzędu będący Członkami Komitetu: wszyscy Inspektorowie Lekarscy gubernijalni lub ich zastępcy i Inspektor Lekarski m. Warszawy.

*VI. Komitet do rewizji rachunków Kasy Towarzystwa.*

1. Chwat.
2. Fritsche.
3. Gajkiewicz,
4. Majkowski.
5. Modrzejewski.
6. Przysański.

*VII. Komitet do rewizji rachunków Kasy Wsparcia.*

1. Klink.
2. Kondratowicz.
3. Majkowski.
4. Nussbaum.
5. Peszke.
6. Przysański

*VIII. Komitet opieki funduszu stypendyjnego z legatu ś. p.  
D-ra Walentego Koczorowskiego.*

1. Prezes: Orłowski Władysław

Członkowie:

2. Braun Jan.
3. Rogowicz Jakób.
4. Szokalski Wiktor.

**C) Członkowie którzy ubyli w r. 1883:**

1. Kościński Stanisław, zmarł.
2. Nowakowski Janusz, zmarł.

**D) Członkowie nowo wybrani w r. 1883:**

a) N a c z ł o n k ó w c z y n n y c h:

1. Rogoziński Józef.
2. Stockmann Aleksander.

b) N a c z ł o n k ó w z w i ą z k o w y c h:

1. Mianowski Ksawery, Inspekt. Lekar. w Piotrkowie.
2. Mierzejewski Jan, Prof. Ces. Med. Chir. Akademii w Petersburgu.
3. Moczutkowski Józef, w Odessie.
4. Nowicki Fortunat, w Nałęczowie.
5. Rontaler Teofil, w Piotrkowie.
6. Sormani Józef, Prof. Uniw. w Pawii.
7. Wygrzywalski Maryan, w Piotrkowie.

## E) Lista Członków czynnych:

- |                            |                             |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Anders Teodor.          | 34. Heiman Teodor.          |
| 2. Anders Ludwik.          | 35. Jakowski Maryan.        |
| 3. Apte Markus.            | 36. Jasiński Roman.         |
| 4. Baranowski Ignacy.      | 37. Kamocki Walenty.        |
| 5. Bartoszewicz Joachim.   | 38. Kinderfreund Józef.     |
| 6. Bauerertz Adam.         | 39. Klink Edward.           |
| 7. Belke Teofil.           | 40. Konitz Leon.            |
| 8. Benni Karol.            | 41. Kondratowicz Stanisław. |
| 9. Braun Jan.              | 42. Kornilowicz Edward.     |
| 10. Brodowski Włodzimierz. | 43. Kosiński Julian.        |
| 11. Brodowski Wincenty.    | 44. Kosmowski Wiktoryn.     |
| 12. Bruner Mikołaj.        | 45. Kramsztyk Zygmunt.      |
| 13. Brzeziński Jan.        | 46. Kramsztyk Julian.       |
| 14. Chałubiński Tytus.     | 47. Krasiński Hubert.       |
| 15. Chwat Ludwik.          | 48. Kryszka Antoni.         |
| 16. Chrostowski Bronisław. | 49. Kulesza Karol.          |
| 17. Dobrzycki Henryk.      | 50. Lambl Duzan.            |
| 18. Dobrski Konrad.        | 51. Lebedziński Antoni.     |
| 19. Dudrewicz Leon.        | 52. Libchen Jan.            |
| 20. Dunin Teodor.          | 53. Liebkind Arnold.        |
| 21. Elzenberg Antoni.      | 54. Lubelski Wilhelm.       |
| 22. Erlich Jan.            | 55. Łuczkiwicz Henryk.      |
| 23. Fabjan Aleksander.     | 56. Majkowski Julian.       |
| 24. Filipowicz Kazimierz.  | 57. Malcz Mieczysław.       |
| 25. Florkiewicz Władysław. | 58. Majzel Wacław.          |
| 26. Fritsche Gustaw.       | 59. Matlakowski Władysław.  |
| 27. Gajkiewicz Władysław.  | 60. Markiewicz Stanisław.   |
| 28. Gepner Bolesław.       | 61. Malinowski Władysław.   |
| 29. Gliszczyński Adam.     | 62. Meyerson Stanisław.     |
| 30. Grekowicz Julian.      | 63. Modrzejewski Edmund.    |
| 31. Grosstern Wiktor.      | 64. Mülhausen Józef.        |
| 32. Hoyer Henryk.          | 65. Natanson Ludwik.        |
| 33. Hering Teodor.         | 66. Nencki Leon.            |

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| 67. Neugebauer Ludwik.     | 87. Rosenthal Jakób.       |
| 68. Neugebauer Franciszek. | 88. Rosenthal Albert.      |
| 69. Nussbaum Henryk.       | 89. Rothe Adolf.           |
| 70. Orłowski Władysław.    | 90. Rubinstein Franciszek. |
| 71. Pawiński Józef.        | 91. Sikorski Antoni.       |
| 72. Pacanowski Henryk      | 92. Śliwicki Franciszek.   |
| 73. Pawłowski Wojciech.    | 93. Sokołowski Alfred.     |
| 74. Perkowski Seweryn.     | 94. Sommer Feliks.         |
| 75. Peszke Józef.          | 95. Stankiewicz Władysł.   |
| 76. Płaskowski Romuald.    | 96. Stockmann Aleksander.  |
| 77. Polak Józef.           | 97. Stummer Józef.         |
| 78. Poźniakowski Jan.      | 98. Sznabl Jan.            |
| 79. Portner Szymon.        | 99. Szyszło Wincenty.      |
| 80. Przewoski Edward.      | 100. Taczanowski Bronisł.  |
| 81. Przybylski Jan.        | 101. Thieme Apolinary.     |
| 82. Przysański Aleksander. | 102. Tyrchowski Władysław. |
| 83. Rajchman Mikołaj.      | 103. Weinberg Julian.      |
| 84. Rogowicz Jakób.        | 104. Wilczkowski Witalis.  |
| 85. Rogoziński Józef.      | 105. Wszebor Józef.        |
| 86. Rose Józef Konstanty.  | 106. Żłobikowski Tadeusz.  |

## VII

**Wykaz posiedzeń klinicznych i bijologicznych, odbyć się mających w r. 1884.**

---

	Zwyczajne w dniach		Bijolog. w dniu
Styczeń	8	22	29
Luty	5	19	26
Marzec	4	18	26
Kwiecień	1	22	29
Maj	6	20	27
Czerwiec	3	17	24
Lipiec	}	Feryje	
Sierpień			
Wrzesień	2	16	30
Październik	7	21	28
Listopad	4	18	25
Grudzień	2	16	23

---

# LAPAROTOMIA PRZY NIEDROŻNOŚCI JELIT

skreślił

**Dr. H. SCHRAMM**

asystent kliniki chirurgicznej prof. Mikalicza w Krakowie.

„Leczenie uwięzień wewnętrznych mało dotychczas może wykazać skutków, a jeżeli mamy przekonanie, że pod pewnymi warunkami, mogłoby ono dać lepsze wyniki, to musimy wielką część winy złożyć na lekarzy i chirurgów. Jeżeli lekarz w danym przypadku nie zużytkował wszystkich oznak fizykalnych, któreby ułatwiły lepsze rozpoznanie, to spotyka go zarzut niedbalstwa, a jeżeli nie nauczył się badać, zarzut nieuctwa; jeżeli zaś lekarz po gruntownem zbadaniu chorego postawił rozpoznanie dokładne lub prawie dokładne, a mimo to nie stosuje leczenia racjonalnego i tylko dręczy chorego środkami czysto empirycznymi, to tak nierozsądne postępowanie ściągą na niego zarzut podwójny“. W ten sposób wyraża się STREUBEL (63) w rozprawie swój o uwięzieniach wewnętrznych. Ostre te słowa nie znajdują pewnie dziś częstego zastosowania, gdyż w ciągu lat ostatnich tak rozpoznawanie jak i leczenie zajmującej nas choroby uczyniło znaczne postępy. Mimo to jednak leczenie morderczój choroby wiele jeszcze pozostawia do życzenia i wyniki nie są takie, jakieby być mogły. Wprawdzie dziś nie stosujemy już po rozpoznaniu niedrożności jelit (z wyjątkiem, gdy to pochodzi z zastoju kałowego) środków przeczyszczających, zaczynając od słabszych a kończąc na najsilniejszych, nie każemy biednemu choremu połykać po kilkaset gramów rtęci metalicznej lub śrutu;

Pam. T. L. t. 80. Z. I.

miejsce tego barbarzyńskiego postępowania zajęły środki racjonalniejsze, jak podawanie makowca, wlewanie wody lub wpędzanie powietrza do kiszek, zdaje mi się jednak, że postępowanie najracjonalniejsze, jakim jest bezwątpienia usunięcie przeszkody w drożności кишки rękami, nie zajęło dotąd należnego mu miejsca w pocście środków leczniczych. Postępowanie to, znane już od najdawniejszych czasów, gdyż według podania AURELIANA miał je stosować już PRAXAGORAS, różne przechodziło koleje, miało zawsze swych zwolenników i przeciwników. Z końcem przeszłego i początkiem bieżącego stulecia przeciwnicy laparotomii z powodu niedrożności jelit wzięli górę, akademija francuzka potępiła ją zupełnie, orzekając, że lepiej chorego z niedrożnością kiszek pozostawić choć bez nadziei, łasce opatrności, niż przez wykonanie laparotomii narazić na szwank, sztukę i powagę lekarską.

W roku 1858 radzi angielski chirurg HUTCHINSON (31) zarzucić dalsze próby z laparotomią (Kwiecień). MOSLER (50) z roku 1864 w rozprawie *Über Ileus* pisze następujące słowa: „używaną dawniej metodą laparotomii, przyczem należy rozciąć powłoki brzuszne i wykonać długą i mozolną operacyję, połączoną z wprowadzeniem ręki do jamy brzusznej, potępiają najrozsądniejsi i najzręczniejsi chirurgowie nowszych czasów.“ Miejsce laparotomii zajęła prawie powszechnie zalecona przez MAISONNEUVE'A enterotomia t. j. otwarcie jelita i utworzenie rzuci sztucznej. Mimo to znajdowali się zawsze zwolennicy laparotomii PHILIPPS, (55) HILTON, WILSON, BORELLI podnosili jej zalety przeciw enterotomii, a z olbrzymim postępem chirurgii w ostatnich dwóch dziesiątkach lat zapatrywanie chirurgów na te dwie operacyje znacznej uległy zmianie. Otwarcie jamy brzusznej i wprowadzenie do niej ręki nie jest obecnie tak straszną operacyją, za jaką ją uważa MOSLER, wykonywa się ją bardzo często dla usunięcia chorób mniej niebezpiecznych i nie tak bezpośrednio życiu zagrażających, jaką jest niedrożność jelita, to też i zdanie o potrzebie laparotomii przy

tęj ostatniej chorobie jedna sobie coraz więcej zwolenników i może wkrótce nadejdzie czas, w którym niedrożność jelita przynajmniej w znacznej części przypadków należyć będzie do zakresu chorób chirurgicznych tak samo, jak uwięźnięta przepuklina zewnętrzna. Cóżby powiedziano dziś o lekarzu, któryby przy rozpoznanej przepuklinie zewnętrznej podawał choremu środki przeczyszczające; opium, lub starał się usunąć uwięźnienie jedynie zapomocą lewatyw? Przy niedrożności z przyczyn wewnętrznych są stosunki tak samo czysto mechaniczne jak przy przepuklinach zewnętrznych, należałoby więc i tutaj tak samo stosować leczenie czysto mechaniczne. Słusznie powiada LEICHTENSTERN (42) „Niema przyczyny ostrzej niedrożności, któraby nie mogła cofnąć się dobrowolnie jak powstała. Węzeł może się rozwikłać, uwięziona lub zaciśnięta pętla uwolnić, wgłobienie cofnąć, ucisk ustać, skręcenie, przemieszczenie кишки z kałowatém jęj zgięciem ustąpić, uwięziony kamień żółciowy, jelitowy lub ciała obce odzyskać ruchomość i przejść; ciężkie zaparcie kałowe może być usunięte, lecz bardzo mała jest liczba tych dobrowolnych wyleczeń, jeżeli się ją porówna z liczbą przypadków śmiertelnych. Rokowanie przy niedrożności wewnętrznej jest zawsze bardzo niepomyślne.

Wobec takiego stanu rzeczy zatem może chirurg z tem większą otuchą wziąć leczenie tej morderczej choroby w swoje ręce, aby osiągnąć wyniki lepsze. Prof. MIKULICZ wykonał w ubiegłym roku laparotomię z powodu niedrożności jelit w dwóch przypadkach, a chociaż obydwą zakończyły się z przyczyn nie stojących w bezpośrednim związku z operacją niepomyślnie, to jednak oba przemawiają stanowczo za operacją i zachęcają do częstszego jęj wykonywania. Zresztą opisanie przypadków niepomyślnych ma także wielką wartość. Przez nią bowiem nabieramy większego doświadczenia, poznajemy przyczyny niepomyślnego wyniku i uczymy się im zapobiegać, a wreszcie tylko wtedy można nabrać dokładnego przekonania o wartości jakiegos



postępowania leczniczego, jeżeli będziemy mieli dokładne opisy wszystkich przypadków pomyślnych i niepomyślnych, gdyż tylko na podstawie ścisłych dat statystycznych można jakiejś operacji przyznać prawo obywatelstwa w chirurgii lub jęj go odmówić.

Przypadki prof. MIKULICZA były następujące:

I. M. lat 29 liczący izraelita z Chrzanowa, używał zawsze dobrego zdrowia, dopiero przed 3 tygodniami nabawił się rozwolnienia, które przed 8 dniami ustąpiło nagle miejsca zupełnemu zaparciu stolca. W trzy dni potem pojawiły się wymioty i wzdęcie brzucha zwłaszcza w okolicy pępka. Podane środki przeczyszczające wzmogły tylko wymioty, a kilkakrotnie stosowany lejek Hegara pozostał bez skutku. Od 2 dni niema wymiotów, natomiast ciągle odbijanie i czkawka. W dniu przyjęcia chorego do kliniki 20 stycznia 1883 stan jego był następujący. Odżywianie nędzne, skóra blada, wyraz twarzy cierpiący, oczy zapadłe, wargi i język suche i spieczone. Narząd oddechowy nie przedstawia zmian żadnych, tętno 120 mm. nitkowate, ciepłota 38.5° C. Brzuch mocno wzdęty, głównie w części środkowej, przy dotyku bolesny, najwięcej między pępkiem a spojeniem łonowém. Obrzęku jakiegokolwiek wykazać nie można, wypuk stwierdza obecność wolnego płynu w jamie brzusznej. Prof. KORCZYŃSKI, który badał chorego, postawił rozpoznanie: niedrożność jelita prawdopodobnie w kiszkiach cieńkich, z przyczyny uwięzienia wewnętrznego lub skręcenia, zapalenie otrzewnej surowicze, bez stanowczego wykluczenia wysięku ropnego lub surowiczo włóknistego. Wobec długiego trwania choroby i bardzo już wycieńczonych sił chorego zaniedbano dalszych prób z środkami wewnętrznymi, o których bezskuteczności już z góry można było być przekonanym i prof. MIKULICZ przystąpił wieczorem o godzinie 6-tój do operacji.

Po uśpieniu chorego ułożono go na stole operacyjnym z podniesionymi nieco udami i przy wszelkich ostrożnościach przeciwnilnych poprowadził prof. M. cięcie w linii

białej, poczynając od pępka na 15 cmt. długie. Po otwarciu otrzewnej wylało się z jamy brzusznej około litra cieczy mętnej, ze strzępkami włóknika zmieszanej. Przez ranę cisnęły się pętle jelita cienkiego mocno rozdęte i ciemnoczerwone, które przez ucisk rękami powstrzymano od wypadnięcia z jamy brzusznej. Przez utworzoną ranę wprowadził prof. M. rękę do jamy brzusznej lecz nigdzie nie można było wykazać jakiegos obrzęku, któryby wskazywał na miejsce zamknięcia światła jelita. Dlatego ujęto najbliższą pętlę w palce i od tego miejsca zaczęto przesuwac pętlę za pętlą, przyczém asystent pętlę odprowadzał natychmiast do jamy brzusznej, tak iż nigdy większa część kiszki nie znajdowała się na zewnątrz jamy brzusznej. W ten sposób przesunięto około 1 1/2 metra jelita aż natrafiono na opór w dalszém wyciąganiu. Powodem tego było, jak się to przy bliższém badaniu okazało, skręcenie jelita koło swój osi i przygniecenie go przez inną część kiszek cienkich. Skręcenie zniesiono łatwo, następnie wysunięto uciśnięte jelito z pod uciskających pętli, poczem nie było już przeszkody w dalszém jego wyciąganiu. W miejscu uciśnięcia kiszka była tylko mało zmieniona. Cała operacyja odbyła się w jamie brzusznej, tak że, jak to już wyżej wspomniałem zawsze tylko mała część jelita była wystawiona na wpływ powietrza. W chwili, gdy miano przystąpić do zespojenia rany chory zaczął kaszlać i tylko z trudem udało się przez ucisk rękami przeszkodzić wypadnięciu jelit. Po głębszém uspieniu chorego założono 5 szwów płytkowych, przed zaciśnięciem ich wymyto otrzewnę gąbkami, poczem zespojono całą ranę jak najdokładniej. Po założeniu opatrunku dość mocno uciskającego na cały brzuch, przeniesiono chorego do ogrzanego łózka.

Po przebudzeniu się, chory miał trzykrotne wymioty, tętno 96 ciepłota 37.2°. O 10-tój wieczorem obfity stolec mocno cuchnący. W nocy kilkakrotne wymioty, bóle w brzuchu znaczne, wzdęcie mniejsze niż przed operacyją,

D. 21. St. Ciepłota 37,3° tętno 92 dobre; przez dzień kilkakrotne wymioty, wieczorem 38,1° tętno 104. Brzuch nieco więcej wzdęty.

D. 23. Ciepłota 37,8° tętno 94. Brzuch swobodny, wieczorem obfity stolec.

D. 24. Bez gorączki, wymiotów niema, w południe stolec. Wieczorem dreszcz, ciepłota 40,5° tętno 108; badanie wykazuje zapalenie płuca w płacie dolnym prawym.

D. 25. Ciepłota 39° tętno 102, ustawiczny kaszel, odpluwanie trudne z powodu bólu w ranie, podano *infus. ipecac.* 0.80 w 150. Wieczorem 39° tętno 108.

D. 27. Ciepłota 38,2° tętno 96. Od czasu do czasu odbijanie, stolec regularny. W całym płucu prawym liczne rzerzenia.

D. 29. Ciepłota 39°, rozwolnienie. Pierwsza zmiana opatrunku. Na ścianie brzusznej dość dużo cuchnącej wydzieliny, brzegi rany prawie zupełnie się rozeszły—w kanałach szwowych ropienie. Oddalono szwy, resztę pokryto gazą jodoformową i ściągnięto paskami plastra. Wieczorem 39,4°, tętno 120.

Zmiana opatrunku. Rana zupełnie się rozeszła w głębi na przestrzeni 6 cent. długoj a 3 szerokiej, przegląda ciemno czerwona pętla jelita. Opatrunek jak rano.

D. 30. Zespojono ranę szwami srebrnymi. Badanie płuc wykazuje w dolnym prawym płacie wielki naciek zapalny. Brzuch z wyjątkiem samej rany nie bolesny; podano *chinin.*, *liquor. amon. anis. i alcoholica.*

D. 2. Lut. Założone szwy przecięły i wywołały w jednym miejscu zgorzel ograniczoną jelita, a z powstałego w ten sposób otworu, wylewa się obficie kał płynny zielonawy. Ciepłota rano 38,4°, wieczorem 39°, tętno 109—120 słabe.

D. 4. Przetokę jelitową zamknięto trzema szwami LEMBERTA, ranę pokryto gazą jodoformową i ściągnięto paskami plastra.

D. 5. Szef jelitowy się rozszedł, przez otwór wylewa się w znacznej ilości kał zielony, nie zbyt cuchnący.

D. 7. Założono dwa bardzo duże szwy płytkowe w celu zbliżenia brzegów rany. Chory mocno osłabiony z powodu wylewania się treści jelitowej i istniejącego obok tego rozwolnienia, przeciw któremu podano *Liquor. ferri sesquichl.* 1.50 ad 200 aq. *Cinamonii.*

D. 10. Ciepłota 38,5° tętno 112—120 słabe. Założone szwy przecięły skórę, a z przetoki wylewa się kał bardzo obficie. Z tego powodu chory mimo dobrego żywienia chudnie coraz bardziej; na kości krzyżowej mimo materaca wodnego powstała znaczna odleżyna i wśród wzmagającego się wyniszczenia umarł chory 18 lutego, to jest w 28 dni po operacji.

Ze względów rytualnych nie pozwoliła rodzina na oględziny pośmiertne, mimo to możemy cały przebieg wytłomaczyć bardzo jasno. Główną przyczyną niepomyślnego zejścia było bezwątpienia zbyt późne wykonanie operacji. Przez 8 dni trwającą niedrożność jelita i zapalenie otrzewnej, siły chorego zbyt mocno zostały podkopane. Osłabienie to, jakoteż zapalenie płuc, które wystąpiło na trzeci dzień po operacji, spowodowały prawie zupełny brak oddziaływania rany potrzebnego do gojenia doraźnego a nadto istniejące już przed operacją zapalenie otrzewnej przeszkodziło bezpośredniemu zlepianiu się tej błony, a w ślad za tem poszło, że rana rozeszła się prawie zupełnie, odsłaniając jelito na znacznej przestrzeni. Uporczywy kaszel niweczył wszelkie usiłowania w celu utrzymania brzegów rany w zetknięciu i on też był z pewnością główną przyczyną zgorzeli jelita w miejscu, gdzie ono stykało się ze szwem metalowym. Powstała przez to przetoka, położona jak to można było wnosić z wylewającego się kału wysoko wjelicie, wyniszczyła siły chorego do reszty i ostatecznie spowodowała śmierć.

Mimo tego niepomyślnego zejścia, operacja sama dała wynik zupełnie zadawalniający. Przyczynę niedrożności znaleziono i bez znacznych trudności usunięto ją, o czém świadczy najwymowniej obfity stolec już w 3 godziny po

operacyi. Powtarzające się przez następne dwa dni wymioty odnieść należy do zapalenia otrzewnej istniejącego już przed operacją.

Ważne jest, że zapalenie to przez operację nie tylko się nie zwiększyło, lecz owszem szybko zmniejszyło, czego dowodzi zupełny brak gorączki przez pierwsze trzy dni, zmniejszona bolesność i wzdęcie brzucha.

Nieszczęściem wystąpiło zapalenie płuc z całym szeregiem przykrych następstw.

II. W. S. lat 24 licząca kobieta z Krakowa, od 7 lat zamężna, matka trojga dzieci, ostatni poród przed 4 miesiącami.

Z wyjątkiem 4 krotnego poronienia nie przebywała ważniejszych chorób, lecz nigdy nie cieszyła się zupełnym zdrowiem, była zawsze wątła i niedokrewna. Od lat kilku cierpiała na uparte zaparcie stolca, przeciw któremu musiano nieraz stosować najsilniejsze środki przeczyszczające. W lutym b. r. nabawiła się biegunki dość silnej, przyczem pokazała się krew w stolcu. Dnia 11 maja po 3 dniowym zaparciu stolca dostała nagle morzyska, które mimo podania lekkiego środka przeczyszczającego nie ustąpiło a wezwany prof. KORCZYŃSKI rozpoznał *typhlitis et perityphlitis stercoralis* obok owrzodzeń jelita na tle przewlekłej dyzenteryi. Po trzech dniowym małym polepszeniu wystąpił nowy napad silnych bólów w prawej połowie brzucha, obrzęk nad kiszka ślepą posunął się ku górze a prof. KORCZYŃSKI zmienił swe rozpoznanie na wgłobienie kiszki cienkiej w ślepą, które postępowało szybko naprzód tak, że wieczorem tego samego dnia doszło do zgięcia esowatego. Stolce częste, wodniste zmieszane z krwią i śluzem.

Opium i wlewania wody przez odbytnicę, miały tylko ten skutek, że wgłobienie cofnęło się na krótki czas do linii białej, poczem wróciło do dawnych rozmiarów. Stan ten utrzymywał się stale, wypróżnienia zawsze jednakie, wzdęcie brzucha mierne, gorączki lub innych objawów zapalenia otrzewnej nie było, tylko siły chorób podupadały coraz

bardziej. Wobec nieskuteczności środków wewnętrznych, wobec stale utrzymującego się wgłobienia bez dążności do cofnięcia się lub oddzielenia kiszki wgłobionej, a głównie wobec niksających sił chorój, zgodzono się na laparatomię, która pozwalała na tem lepsze rokowanie, że znacznieszego napadu jeszcze nie było, a brak gwałtownych objawów niedrożności pozwalał wnosić, że rozwikłanie wgłobienia nie natrafi na znaczniejsze przeszkody.

Operację wykonał prof. MIKULICZ w mieszkaniu chorój 20 maja, zatem w 8 dni od początku choroby w sposób następujący:

Po uśpieniu chorój, ułożono ją na stole operacyjnym z nieco zgiętymi udami a po dokładném oczyszczeniu całego brzucha, poprowadzono cięcie w linii białej, zaczynając o 3 cent. niżej pępka a kończąc na 3 cent. nad spojeniem łonowem. Otrzewnę rozcięto po dokładném zatamowaniu krwotoku wzdłuż całej rany skórnej. Brzegi rany obłożono gazą jodoformową, zmaczaną w 5% karbolu i za pomocą niej przytrzymano cisnące się na zewnątrz pętle kiszek, poczem prof. M. wprowadził rękę do jamy brzusznej a po zepchnięciu na bok pętli jelita cienkiego, znalazł łatwo wgłobienie; zaczynające się prawie od połowy okrężnicy poprzecznej i sięgające do zgięcia esowatego. Zewnętrznie nie przedstawiała kiszka zmian żadnych jak w ogóle nie było całkiem objawów zadrażnienia otrzewnej. Po dokładném ubezpieczeniu się przeciw wypadnięciu kiszek przez ucisk rękami i paskami gazy jodoformowej, przystąpił prof. M. do rozwinięcia wgłobienia, przyczem jednak natrafiono na dość znaczny opór. Przez powolne pociąganie kiszki wgłobionej wysunięto około 10 cmt. poczem jednak dalsze rozwinięcie stało się niemożliwym, zwłaszcza że obawa rozdarcia jelita nie pozwalała na użycie większej siły. Z tego powodu starano się ułatwić rozwinięcie nacierając kiszkę wgłobioną przez ścianę brzuszną, gdy jednak postępowanie to nie przyniosło żadnego skutku, wprowadził prof. M. drugą rękę do jamy brzusznej, aż do

szczytu wgłobienia i zaczął spychać część wgłabiającą ku górze, ciągnąc równocześnie drugą ręką za część wgłobioną. Przez takie postępowanie pokonano opór i kiszka zaczęła się powoli wysuwać, aż wreszcie pokazał się przy ujściu wgłobienia wyrostek robaczkowy, potem kiszka ślepa, a po jej wyciągnięciu wgłobiona część kiszki cienkiej cofnęła się prawie sama. Wgłobiona kiszka długa na 30 kilka cmt. nie przedstawiała oprócz lekkiego zaczerwienienia, zmętnienia i nierówności na otrzewnej, zwłaszcza koło kiszki ślepój, żadnych innych zmian: ściany jój wszędzie jędrne i zdrowe. Dla wszelkiego bezpieczeństwa zmyto całą wyciągniętą część jelita gąbką zmaczaną w 3% karbolu, nadano jój prawidłowe położenie po oczyszczeniu otrzewnej zamknięto ranę brzuszną 6-ma szwami płytkowemi i kilkunastu węzełkowemi. Cała operacja trwała trzy kwadransy.

Chora po obudzeniu czuje się całkiem dobrze, skarży się tylko na ból w lewej stronie brzucha tam, gdzie się znajdował koniec wgłobienia.

Wieczorem stan pomyślny: ciepłota prawidłowa, tętno 120, chora swobodna, nie doznaje żadnych bólów. Wieczorem stolec dość obfity kałowy, nieco z krwią i śluzem zmieszany. Noc spokojna.

D. 21. M. Koło godziny 10 wystąpił bardzo silny zapad, ciepłota 36,8° tętno 150 bardzo nikle, chora prawie bezprzytomna. Podano zatem silne środki podniecające jak koniak i stare wino; poczem stan nieco się poprawił, lecz zapad lubo w mniejszym stopniu utrzymał się przez cały dzień drugi i trzeci. Ciepłota wahała się między 36,6° 37,2° tętno zawsze słabe dochodziło do 120—140. Mocz skąpy, barwy oliwkowej zawiera dużo karbolu i nieco jodu. Zmieniono więc opatrunek, usunięto karbol i jodoform a zastosowano tylko kwas salicylowy. Stolce wolne zawierają jeszcze nieco śluzu i krwi.

D. 24. Po raz pierwszy stan gorączkowy. Ciepłota rano wynosiła  $38,1^{\circ}$  wieczorem  $38,4^{\circ}$  a badanie wykazało zapalenie płuca w płacie dolnym lewym.

D. 25. Ciepłota  $39^{\circ}$  tętno 112, podmiotowo czuje się chora zupełnie dobrze, stolce zbitysze, zawierają ślady śluzu i krwi.

D. 27. Ciepłota  $38,4^{\circ}$ — $38,6$  zapalenie płuc rozdziela się, stolce prawie prawidłowe.

D. 28. Gorączka podniosła się do  $39,2^{\circ}$  wystąpiły silne bóle w okolicy międzykrocza, parcie na stolec. Wypróbnienia wolne zawierają nieco śluzu. Przy zmianie opatrunku usunięto część szwów, brzegi rany bardzo słabo zlepione bez reakcji.

D. 31. Ciepłota zawsze podniesiona rano 38, wieczorami 39 do  $39,3$ . Bóle w dolnej części brzucha i w międzykroczu; badanie przez pochwę wykazuje naciek zapalny koło kiszki prostej. Stolce wolne, zawierają krew i śluz. Brzegi rany po wyjęciu szwów rozeszły się powierzchownie, z tego powodu założono plastry.

D.1. Cz. Wystąpiły objawy świeżego zapalenia opłucnej po stronie lewej. Ciepło  $39,5^{\circ}$  tętno 104. Zalecono ciepłe okłady na klatkę piersiową i leki podniecające z powodu podupadających sił chorej.

D. 3. Gorączka cokolwiek mniejsza  $37,8^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$ . Natomiast rozwinęło się zapalenie koło odbytnicy, połączone z silnymi bólami i parciem na stolec. Zastosowano lewatywy z opium i ciepłe okłady na międzykrocze. Od tej chwili stan chorób stale się pogarszał. Ciepłota z typem intermittującym wynosiła rano  $37,8^{\circ}$ , wieczorami wznosiła się do  $39,8^{\circ}$ , stolce czasami prawidłowe zawierały najczęściej dużo śluzu i krwi rozłożonej, siły podupadały coraz bardziej mimo leków skrzepiających. Dnia 14 czerwca przyłączył się obrzęk i bolesność wątroby. Rana, której brzegi znacznie się rozeszły, przedstawiała wejrzeniu nieżywe bez żadnej dążności do gojenia, zapad zwiększał się



coraz bardziej i wśród tych objawów umarła chora dnia 20 marca zatem prawie w miesiąc po operacji.

Rodzina zmarłej nie pozwoliła na oględziny pośmiertne, lubo i bez nich cały przypadek jest dość jasny. Operacja celu swego dopięła. Wgłobienie usunięto i usunięto je stale, jak to możemy sądzić z braku jakiegokolwiek obrzęku w jamie brzusznej, który przed operacją był bardzo wyraźny. Operacja też nie stała w ścisłym związku z śmiercią, gdyż przez pierwsze dni, z wyjątkiem przemijającego zapadu, spowodowanego bezwątpienia przez zatrucie karbolem i prawdopodobnie jodoformem (*gaza jodof.* użyta przy operacjach do przytrzymywania kiszek była źle fabrykowana tak że dużo proszku jodoformowego dostało się do jamy brzusznej), stan chorób był zupełnie zadowalniający, zapalenia otrzewnej nie było wcale. Jako przyczynę niepomysłnego wyniku uważać musimy ropnicę, jak nas o tem przekonywa charakterystyczny przebieg gorączki, dreszczyki występujące od czasu do czasu, nade wszystko zaś zapalenie opłucnej, obrzęk i bolesność wątroby. Źródłem zakażenia ropnicowego były najprawdopodobniej owrzodzenia jelita, spowodowane przez zbyt długo trwające wgłobienie.

\* \* \*

Jako główne zarzuty przeciw laparatomii podnosili jój przeciwnicy: trudność lub niemożebność dokładnego rozpoznania tak co do miejsca niedrożności jak i jój przyczyny, często niemożebność znalezienia przeszkody lub jój usunięcia, i niebezpieczeństwo operacji, która zatem nie jest usprawiedliwioną wobec tego, że wyleczenie choroby bez operacji jest możebne. Zarzuty te omówimy kolejno przynajmniej pokrótce.

## R o z p o z n a n i e .

Co do r o z p o z n a n i a ważném jest przedewszystkiém to, że ogólne rozpoznanie niedrożności jelita nie ule-

ga prawie nigdy znacznym trudnościami. Zapewne jest dość dużo stanów chorobowych, które możnaby pomieszać z zamknięciem światła jelita; do nich należy zapalenie otrzewnej, ostre zapalenie żołądka i jelit, ostre zatrucia, napady kolki z powodu kamyków żółciowych lub nerkowych, zwykła kolka, zwłaszcza u małych dzieci, a nawet znany jest przypadek, gdzie objawy ostrzej niedrożności jelita wzięto za cholerę. Należy to jednak do szczególnych wyjątków, aby wątpliwość trwała cokolwiek dłużej, gdyż już po upływie krótkiego czasu występują prawie zawsze objawy, które nadto dobitnie przekonają lekarza, z jakim cierpieniem ma do czynienia. Wystąpienie choroby nagle, czasem poprzedzone kilkodniowym rozwolnieniem lub po błędzie dyjetetycznym, silne i coraz wzmagające się bóle brzucha, wymioty uporczywe, dochodzące wkrótce do wymiotów kałowych, zupełny brak stolca i wiatrów, szybki i znaczny zapad wobec utrzymanej przytomności umysłu, oto główne objawy, które świadczą dostatecznie, że mamy przed sobą niedrożność jelita.

Nie tak korzystnie stoi sprawa z rozpoznaniem miejsca, w którym upośledzona jest drożność jelita, lubo i tu mamy dość dużo objawów, które w danym przypadku pozwalają dać na to pytanie odpowiedź mniej więcej ścisłą. Do oznak tych należą: ból, który zwłaszcza w samym początku odpowiada dosyć dokładnie siedzibie choroby; czasem nawet podają chorzy, że czują, jak w tém miejscu zatrzymuje się treść jelita. Oczywiście do podań tych nie można przywiązywać zbyt wielkiej wagi, znane są bowiem przypadki (np. *Gay'a i Parise*) w których chorzy skarżyli się na ból w lewym boku, podczas gdy siedziba choroby znajdowała się po stronie prawej. Nadto wiadomo że przy zadrażnieniu otrzewnej najsilniejszy ból bywa w okolicy pępka, jak to widzimy często przy uwieżeniu przepuklin zewnętrznych. Zresztą ból tylko w samym początku choroby bywa więcej miejscowy, wkrótce rozszerza się na całą jamę brzuszną.

Wzdęcie brzucha może w pewnych razach służyć także za wskazówkę co do siedziby niedrożności. Przy zamknięciu dalszej części kiszki grubej wzdymują się najpierw boczne części brzucha, przy przeszkodzie w okrężnicy poprzecznej występować ma wzdęcie boku prawego, odpowiednio do okrężnicy wstępującej, podczas gdy bok lewy jest prawidłowy lub nawet zapadły. Przy zamknięciu kiszki cienkiej, wzdyma się najpierw środkowa część brzucha; przy bardzo wysokiej siedzibie niedrożności wzdęcie ogranicza się na samą okolicę żołądkową, reszta brzucha jest zapadnięta. Oczywiście objawy te mają wielką wartość rozpoznawczą, jeżeli są wybitne, zwykle jednak zacierają się bardzo szybko i brzuch bywa jednostajnie wzdęty.

Wcześniejsze lub późniejsze występowanie wymiotów kałowych, miało być według wielu autorów wskazówką, czy drożność upośledzona jest w jelicie cienkim czy grubym. Zestawienie jednak BESNIERA (5) dowodzi, że wymioty kałowe występują zarówno czy mamy przed sobą niedrożność kiszki cienkiej czy grubej a z wywodzeń PEYROTA (l. c. str. 129) wypada nawet, że zdarzały się one częściej przy zamknięciu jelita grubego. Zdaje się więc, że możemy zgodzić się ze zdaniem BRYANTA (7) i innych angielskich chirurgów, że wymioty stoją w ścisłym związku ze stopniem zaciśnięcia i stają się tém prężej kałowemi, im zaciśnięcie jest silniejsze, zatém im silniejszy jest ruch robaczkowy wsteczny. Tylko przy bardzo wysokiej siedzibie przeszkody, wymioty mogą być charakterystyczne o tyle, że mimo wybitnych i gwałtownych objawów niedrożności, pozostają one czysto żółciowemi, lub nawet bez żółci, jeżeli uciśniętą jest dwunastnica powyżej przewodu żółciowego (przypadek REMBOLDA) (60). W ostatnich czasach zwraca ROSER (*Centrbl. für Chir.* 1883 N. 44) uwagę na skutek wymiotów lub późne ich występowanie przy zamknięciu zgięcia esowatego i przypisuje temu objawowi wartość rozpoznawczą.

Podobnie z ilości wydzielanego moczu nie można wyciągać stanowczych wniosków gdyż i tutaj wchodzi w rachubę dwa czynniki, mianowicie obok większego lub mniejszego ograniczenia powierzchni wsysającej obok obfitości wymiocin, także i znaczny wpływ zapadu wywołanego chorobą; oczywiście bowiem przy znacznem osłabieniu czynności serca, musi też ilość moczu być mniejsza. Że jednak oba te czynniki zwykle sobie odpowiadają, zatem z małej ilości moczu można też wnosić o wysokiej siedzibie choroby.

Ważne wyniki może dać badanie przedmiotowe chorego. Ma się rozumieć, że w każdym przypadku niedrożność jelit, zbadać musimy jak najdokładniej wszystkie bramy przepuklinowe zewnętrzne, zwracając szczególną uwagę na przepukliny w otworze owalnym i pierścieniu pachwinowym wewnętrznym, znane są bowiem przypadki, że po wykonaniu laparotomii znaleziono te przepukliny, jako przyczynę niedrożności (porównaj Nr. Tabelli 24, 52, 114). Równie starannie należy zbadać brzuch, czy może wypukciem lub jeszcze pewniej dotykem nie uda nam się wykazać jakiego obrzęku, który nam wskaże siedzibę niedrożności. W opisanym wyżej drugim przypadku prof. MIKULICZA badanie to dało wynik dodatny, a prawdziwość jego stwierdzono przy operacyi. Znacznie ułatwić można to badanie przez uspienie chorego chloroformem, gdyż przy wiotkich powłokach brzusznych można oczywiście dokładniej wymacać obrzęk nawet mniej wybitny, a nawet można czasem połączyć zaraz postępowanie lecznicze, starając się usunąć przeszkodę przez powłoki brzuszne, jak to zrobił np. STREUBEL (l. c. str. 78).

W każdym przypadku należy oczywiście badać odbytnicę najpierw jednym palcem, a gdy to nie wystarcza nawet czterema, które według powszechnej zgody autorów można bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego wprowadzić do wysokości 8—10 cmt. Co do wprowadzenia całej ręki sposobem SIMONA, to zdania autorów są bardzo po-

dzielone. Szczególnie chirurgowie francuzcy są po większej części przeciwni temu postępowaniu. PEYROT (59) n. p. przytaczając kilka przypadków rozdarcia kiszki przy tym sposobie badania powiada: „nie chcemy potępiać bezwzględnie we wszystkich przypadkach téj metody, która nas przeraża, lecz kładziemy nacisk na nasz wstręt do niej.“

Inni badacze natomiast chwala ją bardzo, gdyż z jéj pomocą byli w stanie w danym przypadku postawić pewne rozpoznanie. Do nich należą n. p. WALDENSTRÖM, HEIBERG I BULL, którzy ręką wprowadzoną aż do pępka stwierdzili skręcenie krézki około osi.

Raz nawet udało się włoskiemu chirurgowi SALVATORE (62), usunąć tym sposobem przeszkodę i wyleczyć chorego. Był to mężczyzna 60-letni z wybitnemi objawami niedrożności. Badanie sposobem SIMONA wykazało obrzęk elastyczny, który S. uważał za rozdęty uchyłek jelitowy. Wprowadził więc rękę po nad wyznaczony obrzęk; w téj chwili wydobyła się z odbytnicy znaczna ilość kału i chory wyzdrowiał. Podobnie HAMPELNOWI udało się odpowiednio wgłobienie kiszki cienkiej w ślepą za pomocą rąk wprowadzonych przez odbytnicę (*St. Petersburg med. Wochenschr.* 1883 N. 20). Zdaje mi się jednak, że przypadki tak pomyślne jak powyższe, należą do rzadkich i wymagają zbiegu pomyślnych okoliczności, mianowicie małej ręki operatora, a obszernej i podatnej kiszki chorego.

Zapewne byłoby dobrze używać do tego rodzaju badania ręki małych chłopców, jak opisuje jeżeli się nie mylę CORRODI o przypadku, w którym mężczyzna jakiś wprowadził sobie do odbytnicy flaszeczkę od pachnideł, która posunęła się tak wysoko że jéj ręką nie można było dostać. Zamiast otworzyć jamę brzuszną i kiszkę i wydobyć ciało obce tą drogą, wezwano małego chłopca, który wprowadził całe ramie do odbytnicy chorego i z tryumfującą miną wydobył flaszeczkę. Szkoda tylko, że mało takich chłopców, którzyby się chcieli podjąć podobnej operacji,

a tém mniej byli w stanie rozpoznać lub usunąć przeszkodę w drożności jelita. Wprowadzenie zaś ręki męzczyzny do odbytnicy jest w każdym razie zabiegiem dosyć niebezpiecznym, a nadto często nie daje żadnych wyników, gdyż ręka naciśnięta przez rozciągniętą kışzkę traci zupełnie czucie. Widziałem przykład tego w klinice naszej u chorój z włókniakiem macicy (przypadek opisany przez prof. MIKULICZA w *Przeglądzie lekarskim* 1883 N. 2 i 3). Wprowadzenie ręki do odbytnicy nie wyjaśniło z wspomnianych przyczyn w niczém trudnego rozpoznania, na około otwera stolcowego powstało kilka pęknięć, a chora mająca przedtem zupełnie prawidłową ciepłotę, gorączkowała przez dni kilka mocno, ciepłota bowiem dochodziła do 40°. Objawy te przeszły wprawdzie bez dalszych złych następstw, jednak przypadki takie nakłaniają do wielkiej ostrożności w stosowaniu tak niebezpiecznego środka badania.

Z ust prof. MIKULICZA dowiaduje się, że kilkakrotnie badał jamę brzusznią metodą SIMONA, jednak zawsze przekonał się, że ręka naciśnięta mocno, zwłaszcza przy silniejszym wzdęciu kışzek, traci już po kilku minutach czucie w palcach: wynik badania był już z tego powodu ujemny, pomijając to, że do posunięcia ręki ku górze musiałby być użyć większej siły, zagrażającej pęknięciem kışzki. Prof. M. ma rękę małą, jeżeli więc on nie osiągnął metodą SIMONA dobrych wyników, to tém mniej może się tego spodziewać chirurg, nie mający tak korzystnych warunków. Natomiast z korzyścią można czasem stosować badanie odbytnicy zgłębnikiem połykowym lub przez wlewanie wody do kışzek. Co do pierwszego sposobu, to daje ono możność dokładnego przekonania się, czy siedziba niedrożności jest wysoko w odbytnicy lub z początku S rzymskiego. Badanie części głębszych jest bardzo niepewne, a mniemanie jakoby zgłębnik można było wprowadzić aż do zastawki Bauhiniego polega, jak to wykazał SIMON, na złudzeniu.

Z ilości wlewanej wody można także wnosić o miejscu niedrożności. Jeżeli do kieszki wlać można  $1\frac{1}{2}$ —2 litrów wody, to możemy być prawie pewni, że jelito grube jest drożne. W ostatnich czasach zwrócił CLARK (*Lancet* 1883, 23 paźdz.) i ROSER (*Centrbl. für Chir.* 1883. N. 44), uwagę na ten szczegół, że przy skręceniach dolnej części kieszki grubiej, można wlać do kieszki pewną ilość wody, która jednak nie wraca.

Tyle co do rozpoznania siedziby niedrożności. Daleko mniej mamy danych do oznaczenia jej rodzaju, szczególnie w przypadkach ostro przebiegających, które nas tu właśnie zajmują. Przeszkody te mogą być rozmaite i od czasu, gdy ROKITANSKY sprawę tę dokładnie zbadał i opisał, zestawiano je w rozmaite grupy. Przejdziemy je kolejno, o ile to ważnym jest ze względów chirurgicznych.

W g ł o b i e n i a stanowią znaczną liczbę przypadków ostrzej niedrożności, gdyż według zestawienia BRYANTA (7) na 124 przypadków upośledzenia drożności kieszki, przypada 15 wgłobień, co stanowiło prawie 12% a szczęściem wgłobienie należy właśnie do tych chorób, których rozpoznanie jest względnie dosyć łatwe. Nagły zwyczajnie początek cierpienia poprzedzony czasem kilkodziowym rozwolnieniem lub przeciwnie zaparciem stolca, ból powtarzający się napadowo i dosyć ściśle umiejscowiony lub przesuwany się wzdłuż przebiegu jelita, a dający się złagodzić przez ucisk, obrzęk zwykle łatwo wykazalny, z powodu małego wzdęcia brzucha, zmieniający czasem siedzibę również odpowiednio do przebiegu jelita, parcie na stolec i odchodzenie śluzu z krwią pomieszanego, oto najważniejsze objawy, które pozwalają postawić rozpoznanie zwykle całkiem pewne. Jeżeli wgłobienie posunie się do odbytnicy, natenczas można je wykazać palcem, rozpoznawanie nie ulega oczywiście żadnej wątpliwości, gdy wgłobienie wystąpi aż przed otwór stolcowy.

Mniej korzystnie stoi sprawa z oznaczeniem innych przyczyn ostrzej niedrożności i w takich razach musimy się

ograniczyć na rozpoznaniu mniej lub więcej prawdopodobnym. Uciśnięcie jelit przez postronek włóknisty przyjąć możemy, jeżeli wywiady wskażą, że chory cierpiał dawniej na zapalenie otrzewnej, jeżeli objawy niedrożności powstają nagle i rozwijają się szybko. Rzadko tylko zdarzają się warunki tak pomyślne, aby postronek uciskający wyczuć przez powłoki brzuszne można było, jak to miało np. miejsce we wspomnianym przypadku STREIBELA (63). Czasem z wywiadów można wnioskować o mechanizmie zaciśnięcia jak to np. spostrzegali BRYANT (N. tabelli 68). Chora jego zmuszona była zatrzymać mocz przez kilka godzin, a po wypróżnieniu pęcherza wystąpiły natychmiast objawy zaciśnięcia jelita. Przy operacji przekonano się że od szczytu pęcherza odchodził postronek, pod który w chwili, gdy pęcherz był mocno rozdęty, podsunęły się pętle jelita, i te po wypróżnieniu pęcherza zostały uciśnięte. W przypadku tym wymioty i niezwykle przy niedrożności objawy zadrażnienia pęcherza pozwalały domyślać się przyczyny i umiejscowienia choroby.

Również niemożliwe jest rozpoznanie czy zasznurowanie spowodowane zostało przez zwykły postronek włóknisty, czy przez wyrostek robaczkowy lub załek jelitowy i musimy zgodzić się z zdaniem DUCHEKA, który powiada: „rozpoznanie tego stanu za życia jest niemożliwe i sądzę że nigdy inaczej nie będzie“ (*Wochenbl. der k. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien* 1862) z tą tylko odmianą, że wyrazy „za życia“, zmienić trzeba na „przed operacją“.

Względnie dosyć łatwe jest rozpoznanie, jeżeli objawy niedrożności wystąpiły po mozolnym odprawieniu uwięzionej przepukliny zewnętrznej. W takich razach mamy najczęściej do czynienia z tak zwanym odprawieniem en masse, przy którym szyja worka przepuklinowego uciska zawarte w nim jelita, lub też może pętle jelita w chwili wpychania ich do jamy brzusznej zaciśnięte zostały przez istniejący obok bramy przepuklinowej postronek.



Że rozpoznanie w takich przypadkach nie jest trudne, dowodzi już ta okoliczność, że u tych właśnie chorych zdecydowano się już wczas na operację. Jednak i tutaj pomyłki są możebne, jak tego przykładem są znane w literaturze przypadki, w których przy operacji przekonano się, że przyczyna niedrożności nie stała w związku z odprowadzoną przepukliną zewnętrzną.

Inne przyczyny ostrej niedrożności, do jakich należą przepukliny wewnętrzne w ścisłem tego słowa znaczeniu, uwięźnięcie jelit w nieprawidłowych otworach sieci lub krézki, skręcenie kieszki koło osi, skręcenie krézki i węzły mają zbyt mało cech charakterystycznych, aby je od siebie odróżnić z jakim takim prawdopodobieństwem. W wyjątkowych tylko przypadkach np. jeżeli objawy niedrożności wystąpiły po oddziałaniu gwałtu na ścianę brzuszłą, jak to miało miejsce w przypadku **PIERIEGO** (Nr. 75) i **ALBANESE** (N. 112) można się domyślać, że gwałt ten spowodował rozdarcie sieci i że otwór w ten sposób powstały stał się przyczyną niedrożności; będzie to jednak zawsze tylko domysł, a nie właściwe rozpoznanie. W celu ułatwienia rozpoznania różniczkowego podał **BRYANT** (l. c.) następną tabliczkę:

	Ostra niedrożność	Przewlekła niedrożność		Wgłobienie ostre lub przewlekłe
		wskutek choroby jelita grubego	wskutek choroby jelita cienkiego	
Poprzedni stan chorego	W dobrym zdrowiu	Od niejakiego czasu przypadki chorobowe ze strony jelit	Od niejakiego czasu napady niezupełnej niedrożności	W dobrym zdrowiu.
Początek choroby	Bardzo nagły i ostry	Objawy stopniowo się wzmagają lub ostre występują podawnych objawach	Napady kolek i bólu po dawnych objawach	Nagły i coraz wzmagający się jeżeli wgłobienie jest ostre, zwalniający przy wgłobieniu przewlekłym.

	Ostra niedrożność	Przewlekła niedrożność		Wgłobienie ostre lub przewlekłe
		w skutek choroby jelita grubego	w skutek choroby jelita cienkiego	
Ból	Ból w brzuchu stały i w napadach występujący	Ból rozlany i wzrastający w miarę wzdęcia	Ból w napadach w okolicy pępka	Ból stały i często zmniejszający się pod uciskiem.
Wymioty	Wymioty wkrótce kałowe	Wymioty od czasu do czasu, nabierają cechy kałowej dopiero pod koniec choroby	Chwilowe podczas napadu bólu	Wymioty wkrótce kałowe w przypadkach ostrych, brak ich lub tylko chwilowe w przewlekłych.
Zapad	Szybko się wzmagający	Niema go do końca	Występuje dopiero późno	Bardzo wybitny w ostrych nie tyle w przewlekłych przypadkach.
Stolec	Zupełny brak stolca i wiatrów	Coraz wzmagające się zaparcie	Napady zaparcia stolca i samodzielne ich ustępowanie	Czasem stolec lecz ma cechy jak po czerwonce zawiera śluz i krew.
Wzdęcie brzucha	Nagle i bardzo znaczne zajmujące środkową i dolną część brzucha	Wzrasta stopniowo, zajmuje okolice lędźwiowe i żołądkową	Nigdy duże, wzmagają się podczas napadu	Rzadko osiąga znacznych rozmiarów.
Dotykanie	Rozdęte kiszki można czuć czasami	Czasem czuć obrzęk nad dołkami biodrowymi	Pętle jelita naprężają się podczas napadu	Można czuć często wyraźny obrzęk zmieniający się podczas napadu bólu.
Oglądanie	Brzuch wzdęty, w okolicy pępka i podbrzusza widać wzdęte pętle	Brzuch bardzo wzdęty, pętle jelita widoczne	Pętle jelita bardzo widoczne	Nie wyraźnego nie widać.
Ruchy robaczkowe	Rzadko widzialne	Wyraźne	Bardzo wyraźne	Niewidzialne.
Mocz	Skąpy lub zupełny brak	Prawidłowy co do ilości	Prawidłowy	Prawidłowy.
Badanie odbytnicy	Prawdopodobnie zupełnie daremne	Zwężenie może być wymagalne w odbytnicy	Nie nieprawidłowego	Odbytnica może zawierać śluz lub wgłobioną kiszki.

Tabelka powyższa zawiera nieco za dużo takich stopniowań, jak i bardzo mało czasami, aby na podstawie podanych w niej objawów można postawić pewne rozpoznanie, może jednak w powyższych przypadkach dać niejakię wskazówkę.

Jeżeli dodamy, że przyczyną zamknięcia światła jelita mogą być ciała obce, jak kamienie żółciowe, jelitowe, lub masy kałowe, że czasami jak np. w przypadkach DECKERA (N. 158) MARSHA (148) CROUPLANDA (138) i innych przyczyną ostrój niedrożności może być rak kiszki lub polip, który poprzednio niczem nie objawiał swęj obecności, to możemy przyznać, że rozpoznanie nasze co do przyczyny i siedziby choroby bardzo często pozostaje w zawieszeniu.

Czyżby to jednak miało stanowić przeciwwskazanie do laparotomii jak tego chciało wielu autorów np. TUNGEL (71), HEIDINGER (34), MÜLLER (49) a w najnowszych jeszcze czasach KROENLEIN (40). Zdaje mi się, że nie. Albowiem czy rozpoznalibyśmy jako przyczynę niedrożności przepuklinę wewnętrzną, czy uciśnięcie przez postronek, skręcenie lub wreszcie jaką bądź mechaniczną przyczynę niedrożności, z wyjątkiem zastoju mas kałowych i jeżeli chcemy przeszkodę tę usunąć, to musimy w każdym razie jamę brzuszną otworzyć. Zapewne lepiej jest, jeżeli już naprzód wiemy, gdzie szukać przeszkody, i z czém będziemy mieli do czynienia, jednak chory nie wiele na tém straci, jeżeli przekonamy się o tém dokładniej po otwarciu jamy brzusznej, robiąc cięcie probiercze.

Co do tęg kweslyi, czy otwarcie jamy brzusznej w przypadkach, w których przyczyna i siedziba niedrożności jest nieznaną, usprawiedliwionem jest lub nie, zdania chirurgów są jeszcze podzielone i pytanie to wywołało żywą rozprawę w towarzystwie chirurgów angielskich: HUTCHINSON, BRADLEY przemawiali przeciw cięciu probierczemu, w obronie jego stawał bardzo gorąco TEALE (68) z francuskich chirurgów DUPLAY (18), PEYROT (l. c. str. 163) oświadczają się również za tą operacją. Zdaje mi

się że trzeba przyznać słusność tym ostatnim. W pierwszym przypadku prof. MIKULICZA, podobnie jak w wielu znanych w literaturze, rozpoznanie co do przyczyny i umiejscowienia niedrożności nie było zupełnie pewne, tak że wykonana laparotomija była właściwie cięciem probierczém, a jednak wynik był zupełnie zadawalniający, gdyż przeszkodę łatwo znaleziono i usunięto. Przy obecnym sposobie operowania i leczenia ran, samo otwarcie jamy brzusznej nie jest operacją zbyt niebezpieczną, podejmuje się ją często przy innych mniej niebezpiecznych i mniej nagłych chorobach, dla czegoż nie mielibyśmy robić jej przy niedrożności jelita a narazić się na ten wstyd, iż na stole sekcyjnym okaże się, że przyczyna niedrożności dałaby się łatwo usunąć. Bardzo dobrze powiada CHEEVER (15). „W przypadku tak mało zostawiającym nadziei, bardzo przykro jest lekarzowi, stać przy łóżku chorego i nic nie robić, gdy badanie pośmiertne pokaże, że przyczyna śmierci była czysto mechaniczna, którą można było usunąć dotknięciem palca, gdyby umiano je odpowiednio zastosować.“ Niestety w protokołach sekcyjnych znajduje się dosyć takich przypadków, do których można te słowa zastosować.

Przypadki przewlekłe przedstawiają dla rozpoznania tak rodzaju jak i siedziby przeszkody korzystniejsze warunki, i przy stosowném badaniu i dłuższej obserwacji chorego, można prawie w każdym przypadku postawić pewne rozpoznanie. PEYROT (l. c. str. 173) powiada, że niedrożność przewlekła, której przyczyny nie możemy na pewne wykazać, spowodowaną bywa prawie wyłącznie przez nowotwory lub zwężenie kiszki; miejsce zwężenia i w tych przypadkach można dość dokładnie oznaczyć. Sądziłbym jednak, że w takim nawet razie nie koniecznie musimy się ograniczyć na utworzeniu sztucznej rzyci nad przeszkodą przez tak zwaną entero- lub colotomią. Wysooko posunięta technika szwu jelitowego, i znajomość postępowania, chroniącego od dostania się najmniejszej kropelki kału do jamy brzusznej, jako też prawie zupełną pewność

osiągnięcia bezpośredniego zrośnięcia się przeciętego jelita, ośmiela i w tych razach do otwarcia jamy brzusznej i przekonania się, czy przeszkoda nie da się radykalnie usunąć przez wycięcie jój z kawałkiem jelita. Tak więc i w tych przypadkach laparotomia probiercza wydaje mi się usprawiedliwioną. Nie można wprawdzie zaprzeczyć, że otwarcie jamy brzusznej przy niedrożności jelit daje gorsze widoki wyleczenia, niż przy innych stanach chorobowych, a to głównie z powodu nadwątlonych sił chorego i istniejącego zwykle zadrażnienia lub nawet zapalenia otrzewnej. Niekorzystne te warunki dadzą się jednak ominąć, jeżeli do operacji przystąpimy wcześniej a zresztą zamknięcie światła jelit jest chorobą tak niebezpieczną, że dla usunięcia jój godzi się użyć środka nawet niebezpieczniejszego niż przy innych chorobach,— *a malo extremo extremum remedium.*

### STATYSTYKA OPERACYJNA.

Po tych krótkich ogólnych uwagach przystępuję do zestawienia wyników jakie dotychczas osiągnięto po wykonaniu laparotomii z powodu niedrożności jelit.

Z dotychczasowych obszerniejszych prac, których po części używałem, wyróżnia się rozprawa ADELMANNA (1) który zestawił 33 przypadki laparotomii z powodu niedrożności, ASHURSTA (4) który ich zestawił już 57 i PEYROTA (59) obejmująca 125 przypadków, z tych 66 śmiertelnych a 49 pomyślnych, czyli że procent wyleczeń wynosił według tego 39,2%. Rozprawa SALTZMANNA z roku 1882 pisana po szwedzku (*Helsingsfors* 1882. 107 i 76) a referowana po krótko w *Centralblat. für Chir.* z 1881 N. 17 nie była mi dostępną. Za podstawę méj statystyki służy 188 przypadków zebranych z literatury i dwa powyżej opisane przypadki prof. MIKULICZA. Tak więc ogólna ich suma wynosi 190. Dodać muszę że historyje chorób starałem się o ile możności zebrać z opisów oryginalnych; tam gdzie mi to było niemożliwem, podaję także źródło referatu.

Przypadki te ułożyłem w następującą tabelę:

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
1		Monro Jäger, über Darmsteine der Menschen und Thiere Berlin 1838 s. 30	mężcz. lat 38			Podczas operacji nastąpiło wylanie się kału z otwartej kiszki do jamy brzusznej	Śmierć w 24 godzin	Przy operacji znaleziono kamień w jelitach
2	lekarz wojskowy wspomniany przez Boneta 1700	Bonetus sepulcretum II. str. 228	kobieta dorosła	Groźne objawy niedrożności		Wgłobienie	Wyleczenie	
3	Chirurg który robił operację na życzenie Nucka 1751	Haller disput. anat. selectae VII str. 126	kobieta lat 50	Znaczne bóle w brzuchu zapad do wysokiego stopnia rozwinięty		Wgłobioną kiszkę znaleziono; była ona w stanie zapalnym nie przyzeczona	Wyleczenie	Przed operacją rozpoznano wgłobienie
4	Reinauld Joinvil. Champagne 1772	Maison-neuve Ar. gén. de méd. 1845 Kwiecień str. 458	mężcz. lat 25	Objawy uwięznięcia po operacji przepukliny	kilka dni		Wyleczenie	
5	White 1806	Hufelands Journal 1811.s.124	mężcz. lat 26	Objawy niedrożności po połknięciu łyżeczki od kawy	30 dni	Łyżeczkę znaleziono w jelicie biodrowym	Wyleczenie szybkie	
6	Ohle 1811	Fiedler Rust. Magaz. II. str. 233	mężcz. lat 50	Utrudnienie w oddawaniu stolca od 6 miesięcy; nagłe pogorszenie, wypadnięcie wgłobionej kiszki przez otwór stolecowy	11 dni	Bardzo trudne odprowadzenie kiszki wgłobionej, którą pociągano kleszczami i nacięto	Śmierć w 17 godzin	Przy sekcji znaleziono zgorzel jelita, prawdopodobnie wskutek zbyt surowego obchodzenia się z nią przy operacji

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
7	Dupuytren 1817	Dupuytren Lecons orales III str. 650	mężcz. lat 57	Rozpoznano zaciśnięcie wewnętrzne	9 dni	Cięcie w linii białej, między pętlami jelita nagromadzona ropa. Postronek z sieci uciskający jelito znalezione i przecięto	Śmierć w 12 godzin	
		Blancard Memoire de l'acad. Royale de Chir. IV 1819.s.337 Peyrot l.c. N. 80	mężcz. lat 28	Objawy uwięznięcia po odrowadzeniu przepukliny zewnętrznej		Cięcie równoległe do więzgu Pouparta. Przepuklinę wewnętrzną uwolniono	Wyleczenie	
9	Brodie 1827	Lancet XII. 1827 str. 502	kobieta dorosła	Objawy niedrożności spowodowane wypadnięciem kiszek cienkich przez szczelinę w odbytnicy. Zapad znaczny	krótko	Cięcie w linii białej, zapalenie otrzewnej już rozwinięte	Śmierć tego samego dnia	
10	Gerson 1828	Oppenheim Zeitschrift XIX. 1840 str. 303	chłopiec lat 12	Wyraźne objawy wglębienia		Cięcie w linii białej. Odrowadzenie кишки wglębionej trudne z powodu licznych zrostów. Wreszcie jedno miejsce zgorzelinowe przy pociąganiach pękło	Śmierć w kilka godzin	
11	Wilson 1831	Amer. Journ. of the méd. Sciences 1836 st. 35	murzyn lat 20	Groźne objawy niedrożności	17 dni	Wglębienie znajdowało się w kiszce biodrow., dość liczne zrosty, jelito mocno zapalone	Wyleczenie szybkie	

N <sup>o</sup>	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan choroby przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
12	Berndt 1837	Preussische Vereinszeitung 1838 N. 20. Adelman n l. c. N. 10	mężcz. lat 22	Objawy niedrożności może volvulus	7 dni	Przywrócono prawidłowe położenie jelita	Wyleczenie w 26 dniach	
13	Monod 1838	Gaz. méd. de Paris 1838. s. 667	kobieta lat 25	Nie było ostrych objawów niedrożności	3—4 tygod	Cięcie w linii białej, znaleziono nagromadzenie kału w kiszce ślepej spowodowane przez raka tejże, otwarcie jelita, lekkie przymocowanie jej nitką przeciągniętą przez krezkę	Śmierć w 2 dni	Przed operacją nie było pewnego rozpoznania. Kiszka słabo przytwierdzona cofnęła się do jamy brzusznej, drugiego dnia ją odnaleziono i przymocowano powtórnie
14	Burdach 1839	Hufelands Journal 1839. str. 4 Schmidt Jahrb. 1839. II. str. 225	mężcz. lat 22	Oddawna znaczny obrzęk wątroby. Ostre objawy niedrożności jelit	6 dni	Cięcie w linii białej, znaleziono dolny brzeg wątroby przyczepiony do ściany brzusznej, między nią, a wątrobą uciśnięte pętle jelit, uwolnione przez przecięcie zrosztów wątroby	Wyleczenie	Rany w ścianie brzusznej nie zespojono, zgoiła się per secundam
15	Hauf 1841	Heidelberger méd. Annal. 1842 VIII str. 426 Adelman n l. c. N. 13.	mężcz. lat 36	Od kilku miesięcy przeszkoda w oddawaniu stolca. Potem ostre objawy	3 dni	Znaleziono wgtłobienie w dolnej części jelita biodrowego	Śmierć w 9 dni	



№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
16	Adelmann 1843	Walter und Ammon Jour. für Chir. IV	kobieta lat 72	Objawy ostrej niedrożności spowodowane wypadnięciem jelit cienkich przez szczelinę z odbytnicy	16 god.		Śmierć w 6 godzin	
17	Reybard 1844	Gaz. méd. de Paris 1844.s.499	mężcz. lat 28	Objawy chroniczne niedrożności. Rozpoznano raka Sronnum	12—15 dni	Cięcie z boku lewego. Część zwyrodniała kiszki wycięto, jelita zespojono	Wyleczenie	Śmierć w 6 miesięcy z powodu recydywy
18	Manlove 1845	Boston méd. and surg. Jour. XX XII 1845.s.492	chłopiec lat 17	Objawy niedrożności rozpoznano uwężgnięcie wewnętrzne	12—15 dni	Cięcie w linii białej. Jelita cienkie przez stare zrosty zbite w jedną masę. Przy odzieleniu jelita skaleczono, poczem utworzono anus praeter.	Wyleczenie	Od 17 dnia stoolec dochodził drogą prawidłową
19	Hilton 1847	Méd. chir. Transac. 1847. st.51	mężcz. lat 20	Objawy ostrej niedrożności	15 dni	Cięcie w linii białej. Jedna część jelita cienkiego przygniata drugą i z nią jest zrosnięta. Przeszkodę usunięto	Śmierć na drugi dzień	
20	Pauli 1849	Baierisches Correspondenzbl. 1849 N. 39 Adelman l. c. N. 17	mężcz. lat 60			Przy operacji nie znaleziono przyczyny niedrożności	Śmierć	Przy sekcji okazało się, że istniał postronek otrzewnowy uciskający jelita
21	Reali 1848	Racogl. méd. 1848 sierpień	mężcz. lat 30	Ostre objawy niedrożności	5—6 dni	Przy operacji znalez. węzeł jelita, który nie dał się rozwikłać. Jelita przecięto i potem zespojono	Wyleczenie w 4 1/2 tygod.	Z początku groźne objawy zapalenia otrzewnej i kiszek

N <sup>o</sup>	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
22	Reali 1848	Gaz. méd. de Paris 1851 lipiec	mężcz.	Objawy niedrożności wskutek kawałka drzewa wprowadzonego do odbytnicy	9 dni	Cięcie z boku lewego. Drzewo tkwiło w okrężnicy zstępującej tę otwarto i drzewo 16 cent. długie a 3 grube wydobyto	Wyleczenie	
23	Druit 1848	Méd. chir. Transact. XXXI str. 245	chłopiec lat 11	Objawy niedrożności zapad bardzo znaczny	15 dni	Cięcie w linii białej niżej pępka. Znaleziono postronek uciskający jelita, które było już przedziurawione	Śmierć wkrótce	Już przed operacją nastąpiło wylanie się kału do jamy brzusznej
24	Hilton 1818	Méd. chir. Transact. XXXI str. 323.	kobieta lat 36	Objawy ostrej niedrożności z nieznaną przyczyną, prawdopodobnie w jelicie cienkim	11 dni	Cięcie w linii białej, znaleziono uwężnienie jelit cienkich w kanale zastanowym. Redukcja mocno już zapalonego jelita	Śmierć w kilka godzin	
25	Erichsen 1850	Lancet 1850. I str. 108	mężcz. lat 52	Objawy ostrej niedrożności. Przyczyna nie rozpoznana		Cięcie w linii białej. Przeszkody nie znaleziono żadnej	Śmierć w 10 godzin	
26	Curling 1850	Lancet 1850. II str. 81	mężcz. lat 33	Objawy niedrożności po operacji przepukliny		Cięcie jak do herniotomii postronki górne rozszerzone. Znaleziono postronek uciskający i ten przecięto	Śmierć	



№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi
27	Hancock	Lond.med. Gaz. N. S. XII. str.77	mężcz. lat 51	Cierpiał dawniej na przepuklinę pachwinową prawą. Ostre objawy niedrożności	7 dni	Cięcie skośne z boku. Znalaziono postronek uciskający i ten przecięto	Śmierć w kilka godzin	
28	Canton	Lond.med. Gaz. N. S. XII. str.78		Uwięźnięcie wew nętrzne			Śmierć	
29	Avery	Transact. of the pathol. Soc. of London II. str. 62 Peyrot l.c. N. 28	kobieta lat 56	Rozpoznano zamknięcie końca jelita biodrowego może przez postronek	7 dni	Cięcie skośne od pępka ku więzowi Pouparta. Znalaziono zwężenie okrężnicy Anus praeter. w dolnym końcu rany	Śmierć	
30	Luke	Transact. of the pathol. Soc. of London II str. 218		Niedrożność jelita w dolnym końcu okrężnicy rozpoznane z pomocą zgłębnika	9 dni	Cięcie nad lewym dołem biodrowym. Znalaziono zwężenie okrężnicy utworzone anus praeter.	Śmierć	Przy sekyi stwierdzono jako przyczynę zwężenia raka w zgięciu esowatym
31	Philippe 1851	Lond.med. Gaz. N. S. XIII. str. 223		Długo trwające upośledzenie czynności jelit		Cięcie w linii białej. Przeszkody wdrożności nie znalaziono	Śmierć następnego dnia	Przy sekyi znaleziono zwężenie jejunum, które łatwo się dało znieść
32	Gay	Transact. of the pathol. Soc. of London III. st. 601	mężcz. lat 92	Objawy niedrożności z przyczyny tkwiącej w dolnej części kiszki biodrowej	5—6 dni	Cięcie w linii białej. Znalaziono postronek idący od wyrostka robaczkowego, uciskający jelita, ten przecięto	Śmierć w 12 lub 15 dni po operacyi	

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi
33	Holmer	Surg. treatment of Childrens Diseases str. 570	dorośli	Zwolna wzrastające objawy niedrożności. Znaczny zapad sił	od dawna	Cięcie nad wymacalnym obrzękiem. Znalaziono postronek uciskający jelita. Przy przecinaniu go pękło jelito	Śmierć	
34	Pirogoff 1852	Vermischte Abhandl. 1852 s.150	mężcz. lat 16	Objawy wgnębienia trwające długo	długo	Część wgnębiona była już zgorzelinowa. Po nad nią otwarto jelito i przyszyto do brzośców rany brzusznej	Śmierć wkrótce	Jako przyczynę śmierci podano wy-czerpanie sił
35	Pirogoff 1852 Adelman l. c. Nr. 21	tamże	kobieta średniego wieku	Objawy niedrożności rozpoznane wahało się między wgnębieniem a przepukliną wewnętrzną	8 dni	Przy operacji nie znaleziono przeszkody	Śmierć w 10 godzin	Przy sekcji pokazał się postronek idący od trąbki Fallopa do jelita cienkiego
36	Jones 1854	Med. Times med. Gaz. 1854 II str. 182	kobieta lat 22	Objawy uwięznięcia po operacji przepukliny udowej	11 dni	Cięcie w linii białej. Podczas operacji skaleczono jelito i kał dostał się do brzucha	Śmierć w 2 dni	
37	Prieger 1855	Preussische Vereinszeit 1856 № 13	kobieta lat 63	Objawy niedrożności po operacji przepukliny	13 dni	Przy operacji nie odkryto żadnej przyczyny niedrożności	Wyleczenie	
38	Hilton 1854	Assoc. med. Jour. Maj. 12 1854 s.406	mężcz. lat 14	Ostre objawy niedrożności	5 dni	Cięcie w linii białej, znaleziono uwięznięcie pętli jelita w otwarte króźki. Usunięcie przeszkody	Śmierć w 12 godzin	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi
39	Leopold 1857	Würtemb. Correspbl. 1857 № 23 Adelmann l. c. № 26		Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny			Wyleczenie	
40	Adelmann 1857	Prager Vierteljahr-schrift 1863. II. str. 55	mężcz. lat 57	Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny pachwinowej prawej	11 dni	Cięcie na brzegu mięśnia prostego łatwe zwolnienie pętli jelita uwięzionej przez worek przepuklinowy	Śmierć w 20 godzin	Pętla uwięziona była porażona. W ogóle cała operacyja za późno
41	Pagenstecher 1858	Langenbeck Archiw. II. 318	kobieta lat 70	Bardzo ostre objawy niedrożności. Obrzęk w pachwinie tlómaczony jako przepuklina	1 dzień	Cięcie boczne nad obrzękiem. Ten stał w związku z wątrową. Po nakłuciu go wypłynęło dużo cieczy i kiszki z nim zrośnięte uwolniono	Wyleczenie	Niewiadomo czy obrzęk ten był Hydrops cystis felleae czy też Cysticercus.
42	Billrott 1857	Lngbk. Arch. I str. 485	mężcz. lat 30	Ostre objawy niedrożności	30 godzin	Cięcie nad kanałem pachwinowym przedłużone ku górze. Znalezione okrecenie kiszki cienkiej i ślepej niemożebność redukcji jelita, dla tego punkcyja	Śmierć w 6 godzin	
43	Andersohn 1858	Med. Times and Gaz. 1858 II. str. 45	mężcz. lat 16	Objawy niedrożności przyczyna ani siedziba nie znana	7 dni	Przy operacji znaleziono postronek uciskający ileum już mocno zmienione. Postronek przecięto	Śmierć w 12 godzin	

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan choroby przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wy-nik	Uwagi.
44	Bitter 1859	Med. Zeit. Russlands 1860. XVII str. 138 Adelmann l. c. Nr. 29	mężcz. lat 59	Volvulus?	9 dni	Przy operacji znaleziono okręcenie około osi	Śmierć w 6 godzin	
45	Tes- sier 1860	Brit. med. Journ. I 1860 s. 251				Przy operacji znaleziono ja- ko przyczynę niedrożności uciskający postronek, który prze- cięto	Śmierć	
46	Law- son 1861	Med. Ti- mes and Gaz. 1861 I. str. 675	kobie- ta lat 56	Niedrożność jelita: rozpo- znano przy- czynę mecha- niczną w dol- nym końcu jelita biodro- wego lub w okrężnicy	4 ty- godnie	Cięcie w linii białej. Zapa- lenie otrze- wnój. Zna- leżono zweżenie ki- szki ślepej przez masy rakowe. Ranę brzuszną ze- spojono bez próbowa- nia innych środków	Śmierć w 9 godzin	
47	Dief- fen- bach 1848	Operative Chirurg. II. st. 439	mężcz.	Objawy nie- drożności po odprowadze- niu trudnem przepukliny pachwinowej lewój		Cięcie boczne po stronie le- wój. Uwię- zgnięcie u- wolniono.	Śmierć w 14 dni	Przebieg był z początku pomyślny, po- tem przyłą- czyła się „febra ga- stryczna“ której chory uległ
48	Fi- scher 1860	Bad. Mit- teil. 1860 Nr. 9	kobie- ta lat 40	Niedrożność	4 dni	Przy operacji znaleziono postronek u- ciskający, który prze- cięto	Wyle- czenie	Operacja bardzo mo- zolna trwała 2 godziny

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi
49	Larquet 1861	Gaz. des Hôp. 1861 str. 59	mężcz. lat 53	Objawy niedrożności trwające po odprowadzeniu en masse	16 dni	Cięcie równoległe do więzcu Pouparta. Przeszkodę leżącą u szyi worka przepuklinowego usunięto. Trudne wprowadzenie jelit do jamy brzusznej z powodu ich rozdęcia	Wyleczenie w 5 tygod.	
50	Larvenne w Lyonie	Ashurst I. c. Nr. 10	dziecko	Objawy wgłobienia		Po otwarciu jamy brzusznej rozwinięcie wgłobienia niemożliwe z powodu silnych zrostów	Śmierć	
51	Fergusson 1862	Med. Times and Gaz. 1862 II. str. 435	chłopiec lat 12	Ostre objawy niedrożności	6 dni	Cięcie w linii białej, znaleziono zwężenie, które łatwo rozwinięto lecz kiszka mocno zapalona w jednym miejscu pętką, założono na to miejsce 2 podwiązki	Śmierć w 4 godz.	Zapalenie otrzewnej było już przed operacją. Po operacji dwukrotny stolec.
52	Coulson 1863	Lancet 1863. II str. 303	kobieta lat 60	Objawy zapalenia otrzewnej potem niedrożność	16 dni	Cięcie w linii białej, jelito mocno zapalone, znaleziono przepuklinę zasłonową którą uwolniono	Śmierć następnego dnia	Po operacji obfity stolec

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan choroby przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyjna	Wynik	Uwagi.
53	Spencer Wells 1863	Transact. of the pathol. Soc. of Lond. XIV s. 170	dziecko 4 mies.	Wgłobienie sięgające do odbytnicy. Zapad bardzo znaczny	4 dn	Odprowadzono wgłobienie lecz wprowadzenie rozdętych kiszek do jamy brzusznej b. trudne, z tego powodu kilkakrotne przecięcie jelita	Śmierć w 5 godzin	
54	Hamilton 1864	Med. Times and Gaz. 1864 I, str. 88	kobieta lat 48	Objawy upośledzonej drożności jelita z przyczyny nieznannej		Cięcie w linii białej, znaleziono raka okrężnicy, na około zapalenie otrzewnej. Utworzono rzyć sztuczna	Śmierć	
55	Carrier 1866	Gaz. méd. de Lyon 1866 Nr. 4 Canstatt Jahrb. 1866. II. str. 138	mężcz. lat 23	Wgłobienie	5 dni	Przy operacji znaleziono wgłobienie jelita cienkiego w ślepe. Niemożność rozwikłania, z tego powodu enterotomia	Śmierć w 7 godzin	
56	Matlaci 1867	Deutsche Klinik. № 8 Canstatt Jahrb. 1867. II 431		Objawy niedrożności Zapad bardzo znaczny		Cięcie po stronie prawej. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono w niej już wylany kał. Przeszkody niedrożności nie znaleziono	Śmierć w 40 godzin	Przy sekcji stwierdzono jako przyczynę niedrożności raka jelita
57	Maunder 1867	Med. Presse and Circular № 17. 1867 Peyrot l. c. № 119	mężcz.	Chory przed 5 laty operowany na przepuklinę obecnie objawy niedrożności		Cięcie nad prawym biodrem, znaleziono postronek który przecięto	Śmierć w 7 godzin	Objawy niedrożn. po oper. trwały stale. Przy sekcji znaleziono jako przyczynę choroby zwężenie jelita



№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wy- nik	Uwagi.
58	Bryant 1867	Med. chir. Transact. 1867. I str. 65	mężcz. lat 51	Ostre objawy niedrożności	kilka dni	Cięcie boczne z powodu że istniejąca przepuklina zewnątrzna stała może w związku z objawami choroby. Zna- leżono po- stronek ucis- kający jelita i ten przecięto	Wyle- czenie	
59	Leigh William 1868	St. Georgs Hosp. Re- port. IV Canstatt Jahrb. 1870. II 292		Objawy niedrożności		Przy opera- cyi znalezi- ono postronek uciskający jelito lecz przy usiłowa- niach wycią- gnięcia jelita z pod niego kiszka pękła	Śmierć w 3 godz.	
60	Wil- der 1868	Woodson Med. and Surg. Re- port Ja- nuary 1868. 18. Canstatt Jahrb. 1868. II str. 134		Jako przy- czynę nie- drożności rozpoznano wgłobienie	5 dni	Cięcie od o- statniego że- bra do grze- bienia kości biodrowej. Rękę wpro- wadzono do jamy brzusz- natrafiono na pięty postro- nek, który przerwano	Śmierć	Z początku przebieg był dość pomysł- ny, na 3 dzień stolec. Jako przyczyna śmierci ozna- czona jest ropnica
61	Parise 1869	Thèse de Paris 1869 s. 11 Peyrot l.c. Nr. 66	mężcz. lat 30	Objawy nie- drożności, przyczynę przypuszcza- no w ileum	kilka dni	Cięcie równo- ległe do le- wego więzu Pouparta. Znaleziono kał w jamie brzusznej, za- palenie otrze- wniej, a jako przyczyn. n e- drożności uci- śnięcie jelita przez divertic. już zgorzelin.	Śmierć w 2 dni	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi
62	Depaul 1869	Thèse de Paris 1869 Peyrot l.c. Nr. 38	mężcz.	Objawy niedrożności	najmnie- j 4—5 dni	Cięcie boczne na lewo od pępka. Znalaziono postronek uciskający jelita. Utworzono anus praetern.	Śmierć w 6 godzin	Już przed operacją było zapalenie otrzewnej
63	Billroth 1869	Arch. für klin. Chir. X. str. 511	mężcz. lat 24	Niedrożność jelita po odprawadzeniu przepukliny	6 dni	Cięcie jak do herniotomii, następnie przedłużone ku górze. Jedna pętla była zaciśnięta w otworze sieci już zgorzelinowa.	Śmierć 9 dnia	Po operacji wskutek wylania się kału wystąpiła zgorzel rany
64	Fergusson 1870	System. of pract. Surgery str. 651 cit. Ashurst l. c. № 21		Niedrożność jelita		Przy operacji znaleziono jako przyczynę niedrożności przyczepiny kiszki do macicy	Śmierć	
65	Monsen-geil 1871	Arch. für klin. Chir. XIII. 3 str. 1054	mężcz. lat 56	Niedrożność po odprawadzeniu trudnym przepukliny	6 dni	Cięcie wzdłuż więzów Pouperta: znaleziono kłębek podwójnie okręcony, jelito już zgorzelinowe	Śmierć w 8 godzin	
66	Buchanan 1871	Lancet 1871. I. str. 776	kobieta lat 29	Objawy zapalenia otrzewnej i niedrożność jelit	4 dni	Cięcie w linii białej. Oprócz lekkich zlepień pętli jelita nie znaleziono innej przeszkody drożności	Wyleczenie	Operator sam nie był pewny czy pomyślny wynik spowodowany był przez usunięcie przerwanego skręcenia czy przez wydalanie ostrzej wydzieliny otrzewnowej

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi
67	Annan-dale 1871	Edinb. Jour. XVI. str. 700 Canstatt 1871. II str. 432	mężcz. lat 55	Jako przyczynę niedrożności rozpoznano uwięznięcie wewnętrzne. Zapad bardzo znaczny	4 dni	Cięcie w linii białej. Znalaziono postronek uciskający jelita który przecięto	Śmierć tego samego dnia	Jako przyczynę śmierci uważa autor znaczny zapad przed operacją
68	Th. Bryant 1872	Med. Times and Gaz. 1872 I. st. 305.	kobieta lat 26	Objawy ostrej niedrożności które wystąpiły po oddaniu długo zatrzymanego moczu. Znaczny zapad	3 dni	Cięcie w linii białej; znalaziono postronek idący od pęcherza do prawej okolicy lędźwiów.	Śmierć po 2 godz.	
69	Hulke 1872	Med. Times and Gaz. 1872 II str. 482	mężcz. lat 32	Uwięznięcie wewnętrzne	10 dni	Cięcie w linii białej; nie udało się znaleźć przeszkody drożności, z tego powodu anus praet. natur.	Śmierć w 53 godzin	Przy sekcji znalaziono uciskający postronek idący od zgięcia esowatego do kiszki ślepej
70	Marconi 1872	British. med. Jour. 1872. I. str. 314	mężcz. lat 25	Przepuklina obustronna pachwinowa od dawna. Ostre objawy niedrożności	3 dni	Cięcie nad więzłem Pouparta; znalaziono postronek uciskający jelita który przecięto	Wyleczenie	
71	Weinlechner 1872	Oesterr. Jahrb. für Peditrie 1872. I	dziewczyzna 6 mies.	Objawy ostrej niedrożności. Znaczny zapad	4 dni	Cięcie boczne po stronie prawej prostopadle do więzu Pouparta. Trudne odwikłanie wgłobien.	Śmierć w 6 godzin	
72	Gross	System of Surgery II. st. 677 Ashurst I. c. Nr. 24				Volvulus	Śmierć	

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
73	Gross	System of Surgery II. st. 679 Ashurst l. c. Nr. 25				Volvulus	Śmierć	
74	Loreta	Paucato: Rivista clin. di Bologna sty-czeń 1872. Canstatt Jahrb. 1872. II. 155	kobie-ta lat 26	Ostra nie-drożność jelit	5 dni	Przy opera-cyi znale-ziono gru-zelko-wate zapale-nie otrzewnej i postronek uciskający jelita, który przecięto	Śmierć w kilka godzin	
75	Pieri	Lo sper-imentale lipiec 1872	mężcz. lat 21	Uderzenie w brzuch dyszlem, po-tem objawy niedrożności	8 dni	Przy opera-cyi znale-ziono pętlę sieci uwieżoną w świeżym otworze sieci. Uwolniono ją	Wyle-czenie	
76	Bra-dley	The Phil. med. and surg. Re-porter tom 28. Nr. 23 Canstatt Jahrb. 1873. II. str. 160				Volvulus	Śmierć w 48 godzin	Jako przy-czynę śmierci podano zapa-lenie otrze-wnej
77	Cru-veil-hier	Gaz. des Hôp.	mężcz. lat 22	Objawy ostrzej niedrożności	4 dni	Przy opera-cyi nie znale-ziono prze-szkody, dla-tego utwo-rzono anus praetern.	Śmierć w 7 godzin	Przy sekcji pokazało się że mocno rozszerzone diverticulum zasznurował część kiszek
78	Tem-pestri	Lo sper-imentale lipiec 1872	kobie-ta	Ostra nie-drożność jelita	13 dni	Przy opera-cyi znale-ziono postronek idący od wy-rostka roba-czkowego uciskający jelita, który przecięto	Śmierć w 6 godzin	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
79	Jay 1873	Lond.med. Times 1873 maj 30 str. 574 Hansen Lehre von der Darm- verschlies- sung Dorpat 1864 № 14	chłopiec lat 4	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy	2 dni	Po otwarciu jamy brzusz- nej bardzo trudne roz- wikłanie wgłobienia	Śmierć w 5 godzin	
80	Borelli 1873	Whittell New-York med. Jour. sierpień 1873 Nr 20. Ashurst l. c. Nr. 8	mężcz. lat 40	Rozpoznano uwięźnięcie wewnętrzne	7 dni	Cięcie po- przezne 10 cent. nad więzmem Pou- parta, znale- ziono postro- nek uciskają- cy jelita, który prze- cięto	Wyle- czenie	
81	Perier 1873	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris 1873 J. seria 11 str. 569 Peyrot l. c. Nr. 124	mężcz. lat 74	Objawy nie- drożności. Rozpoznano uwięźnięcie wewnętrzne w okolicy pępka		Cięcie koło pępka, otwar- to worek przepukliny pępkowej (w płica fal- ciform) i przepuklinę uwolniono	Wyle- czenie w 15 dniach	
82	Hut- chin- son 1873	Lancet 1873 listopad 22	dziew- czyna lat 2	Przewlekłe wgłobienie kiszki z wy- padnięciem 2 cali kiszki przez otwór stolecowy	1 mie- siąc	Cięcie małe nadspojeniem łonowem. Od- prowadzenie wgłobienia łatwe	Wyle- czenie szyb- kie	
83	Jon- stone Athol 1873	Holmes Brit. med. Journ. grudzień 1873. 6 str. 661 Ashurst. l. c. Nr. 11	dzie- cko			Wgłobienie	Śmierć	

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
84	Gritti	Analle univ. di med. 1873 Canstatt Jahrb. II str. 494				Zamknięcie jelita przez zrosty otrzewnowe	Śmierć	
85	Bety	Memorabilia II Canstatt 1873. II str. 606	kobieta lat 35	Ostre objawy niedrożności		Cięcie probierze 2 cale długie wzdłuż więzu Pouparta. W chwili gdy miano otworzyć otrzewną usłyszano szelest jak od rozrywającego się postronka dla tego zaniechano dalszej operacji	Wyleczenie	
86	Th. Bryant 1873	Lancet 1873. II str. 773	kobieta lat 45	Uwięzienie wewnętrzne. Znaczny zapad	4 dni	Cięcie w linii białej 5 cali długie. Znalezione postronki idące od lewego jajnika do sieci, który przec.	Śmierć w 13 godzin	Przy sekcji znaleziono drugi postronki uciskający jelita
87	Cheever David 1873	The Boston med. and surg. Jour. tom III Nr. 17	chłopiec lat 7	Objawy ostrzej niedrożności. Znaczny zapad	8 dni	Przy operac. znaleziono postronki uciskający dolne ileum. który przecięto	Śmierć w 3 godzin	Śmierć nastąpiła z powodu silnego zapadu. Przed laparotomią robiono kilkakrotną punkcję jelita z aspiracją
88	Heiberg 1874	Norsk. Magaz. für Lagen. tom III Canstatt Jahrb. 1874. II. str. 567	mężcz. lat 36	Ostra niedrożność. Za pomocą badania metodą Simona rozpoznano skręcenie jelita koło osi	5 dni	Przy operac. znaleziono skręcenie kręzki, które usunięto	Śmierć następnego dnia	Po operacji był stolec

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
89	E. Bull 1874	Norsk. Magaz. for Lågen. R. 3 tom 4 str. 75 Canstatt Jahrb. 1874. II str. 568	mężcz. lat 43	Niedrożność jelita, jako jej przyczynę rozpoznano z pomocą badania metodą Simona okręcenie jelita. Znaczny zapad	5 dni	Cięcie w linii białej Okręcenie krężki usunięto. Trudne wprowadzenie rozdętych kiszek do jamy brzusznej	Śmierć w 1/2 godziny	Znaczny zapad był przyczyną szybkiej śmierci
90	Cantalamessa 1875	Il raccogliore medico 1875. Nr. 13	kobieta lat 35	Niedrożność siedziba jej koło kiszki ślepej. Znaczny zapad	13 dni	Cięcie w linii białej; znaleziono okręcenie wyrostka robaczkowego koło kiszki ślepej	Śmierć 3 dnia	Operator sam żałuje że nie przystąpił wcześniej do operacji
91	Mason 1875	New-York med. record. lipiec 10 1875. Tod. Gilliam l. c. N. 5	kobieta lat 42	Bardzo nędznych stan chorób		Przy operac. udało się odzielić przyczepiny między okrężnicą a ścianą brzuszna	Śmierć w 11 godzin	
92	Pridgin Teale 1875	Lancet 1875 Peyrot l. c. N. 94	mężcz. lat 40	Przewlekłe upośledzenie drożności jelita z przyczyny nieznanej	30 dni	Cięcie w linii białej. Znaleziono raka zgięcia esowatego poczem ranę zamknięto i wykonano colotomię podług Anusata	Wyleczenie	
93	Berkeley Hill 1876	Lancet 1876. I. str. 793	dzieczyn. lat 10	Uwięzienie wewnętrzne znaczny zapad	7 dni	Przy operac. przecięto postronek znaleziony koło pępka	Śmierć w 5 godzin	Przy sekcji znaleziono drugi postronek uciskający już zgorzeliowe jelito. Postronek przecięty przy operacji uciskał jejunum 4 cale niżej dwunastnicy

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
94	Heath C. 1876	Lancet 1876. I. str. 648	kobieta lat 56	Niedrożność jelita. Przepuklina pachwinowa obecna, za nią wymagalny drugi obrzęk. Znaczny zapad	4 dni	Cięcie równoległe do więzgu Pouparta. Pętla jelit pozlepiane pod ostrym kątem łatwo rozdzielono	Wyleczenie po miesiącu	
95	Jonston 1876	The Dublin Jour. of med. Sciences 1876. II str. 149	kobieta lat 30	Przewlekłe upośledzenie drożności jelita	21 dni	Cięcie w linii białej. Innej przyczyny prócz nadmiernego rozdęcia kiszki ślepej nie znaleziono. Zrobiono więc anus praeter.	Wyleczenie	Po kilku dniach odešla przez ranę znaczna ilość pestek śliwek i rodzynków
96	H. Marsh 1876	Med. Times and Gaz. 1876 styczeń 8 str. 49	chłopiec 7 mies.	Wgłobienie wystające na 2 cale przez otwór stolcowy. Znaczny zapad	14 dni ostre objaw. od 12 godzin	Cięcie w linii białej, łatwe rozwinięcie wgłobienia	Wyleczenie szybkie	
97	Fincham i Co-well 1876	Med. Times and Gaz. 1876 II. 651	mężcz. lat 53	Uwięzienie wewnętrzne		Przy operac. znaleziony postronek uciskający jelita przecięto	Śmierć w kilka godzin	Operacyja była wykonana zapóźno
98	Stowse i Fagge 1876	Méd. chir. Transac. tom 59 1870. st. 85	kobieta lat 33	Wgłobienie bez gwałtownych objawów	18 dni	Wgłobienie (ileo coecalis) wynoszące 18 cali usunięto z niejakim trudem	Wyleczenie w 14 dniach	
99	Wood	Western Lancet XIV s. 720 Ashurst. l. c. Nr. 55		Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukl.			Wyleczenie	



№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
100	H. Marsh 1876	St Barthol Hosp. Repport. XII.st.95.	chłopiec 9 mies.	Wgłobienie kiszki wypadł na 5 cali przez otwór stolcowy. Zapad bardzo znaczny		Po otwarciu jamy brzusznej udało się rozwinięcie wgłobienia z wielkim trudem sposobem Hutschinsona	Śmierć w 10 godzin	
101	Royes Bell 1876	Lancet 1876 I.s.12	dzieck. 16 miesięcy	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy Znaczny zapad	6 dni	Cięcie w linii białej. Rozwinięcie wgłobienia niemożliwe dlatego zrobiono Colotomię	Śmierć w 7 godzin	
102	Hutchinson	Med. chir. Transact. tom 59	dzieck. 6 mies.	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy Zapad wysokiego stopnia	4 dni	Zapalenie otrzewnej. Wgłobienie dało się usunąć bardzo trudno po kilku punkcyjach jelita przyczem kał dostał się do jamy brzusznej.	Śmierć w 6 godzin	
103	Stowse Henry 1876	Med. chir. Transact. 1876 t. 60 str. 94.	dzieck. 5 mies.	Wgłobienie zastawka Bauhiniego widoczna w odbytnicy Osłabienie znaczne	kilka dni	Przy usiłowaniach wydobycia części wgłobionej jelito się rozzerwało, zatem wycięto część wgłobioną i oba końce jelita zespojono	Śmierć w kilka godzin	
104	Koeberlé 1877	Bull. et. mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1877	kobieta lat 22	Utrudnienie wreszcie niemożliwość oddawania stolca z powodu ucisku przez wywróconą w tył macicę	ostre objawy od kilku dni	Cięcie w linii białej, wyprostowanie macicy i przy mocowanie jej do ściany brzusznej	Wyleczenie	

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi
105	Sands 1877	New York med. Jour. 1877 czerwiec 1877 Peyrot l. c. Nr. 18	dzieci. 6 mies.	Wgłobienie		Przy operacji znaleziono wgłobienie dolnej części ileum (1½ c.) w kiszce ślepej. Rozwinięcie łatwe.	Wyleczenie	
106	Cripps 1878	Brit. med. Jour. 1878 t. I. st. 946	chłopiec lat 17	Ostre objawy niedrożności. Znaczny zapad	8 dni	Przy operac. znaleziono postronek idący od jelita cienkiego w okolicę psoas. ten przecięto	Śmierć w kilka dni	Przebieg z początku pomysłny następnie wystąpiła silna biegunka
107	Krausold 1878	Centrblatt für Chir. 1878 N. 44 str. 729	kobieta lat 38	Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny udowej	5 dni	Cięcie nad więz. Pouparta, punkcja w dziurze kiszki. Rękę wprowadzono do jamy brzusznej i wyciągnięto pętle jelit uwiąz. w dziurze zastłonowej (?)	Śmierć 7 dnia	Z początku przebieg zupełnie pomysłny. Potem krwioplucie i ostra gruźlica
108	Leidiard 1878	Lancet 1878. II str. 153	mężcz. lat 20	Niedrożność z nieznaną przyczyną. Znaczny zapad	6 dni	Cięcie w linii białej, znaleziono postronek w sieci który przecięto	Śmierć w 30 godzin	Przy sekcji. Rozlane zapalenie otrzewnej, drugi postronek uciskający zgorzelinowe ileum
109	Gussenbauer 1878	Berl. Klin. Wochenschrift 1878 Nr. 24	mężcz. lat 42	Upośledzenie drożności kiszki z powodu obrzęku w S rzymsk.	kilka-nacie miesięcy	Wycięcie części schorzałego jelita (4 c.) zespolenie przeciętej kiszki szwem Lamberta	Śmierć w 15 godzin	

N <sub>o</sub>	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan choroby przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
110	Schede 1878	Verhandl. der dents. Gesell. für Chir. Congr. VII	mężcz.	Rak okrężnicy zstępującej, powodujący zupełne zaparcie stoła		Cięcie boczne po stronie lewej. Wycięcie tak znacznej części кишки, że w końcu zespoić nie było można zatem oba końce wszyto w ranę	Śmierć następnego dnia	Jako przyczynę śmierci podaje Schede wyczerpanie sił
111	Thiersch 1875	ibidem	mężcz. lat 52	Zwężenie zgięcia esowatego		Cięcie nad lewym więzadłem Pouparta. Trudne odszukanie zwężenia, którego powodem był nowotwór. Wycięcie zwyrodniałej кишки. Podczas zespojenia dostała się część kału do jamy brzusznej.	Śmierć w 12 godzin	Przyczyną śmierci zapalenie septyczne otrzewnej
112	Albanese 1878	Gazetta clinica di Palermo styczeń 1878 Centrbl. für Chir. 1879.s.645	mężcz. lat 76	Uderzenie dyszlem w brzuch potem objawy niedrożności	7 dni	Cięcie wzdłuż okrężnicy wstępującej pętlą jelita cienkiego zrośniętą była z wyrostkiem robaczk.	Wyleczenie szybkie	
113	Linnaestadt Waldenstörms	Upsala lökare förenings t. XIV.s.54 Canstatt Jahrb. 1879. II. str. 420	mężcz. lat 52	Niedrożność jelita	16 dni	Cięcie na prawo od linii białej, kłębek utworzony przez S rzymskie rozwiłkano. Jelita rozdęte nie dały się wprowadzić do jamy brzusznej. Otwarcie jelita, wypuszczenia treści, szew	Wyleczenie w 7 tygod.	

Nr	Operator	Literatura	Wiek i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wy- nik	Uwagi
114	Wilkinson i Brandby 1878	Lancet 1878. I. str. 463	mężcz. lat 45	Rozpoznano niedrożność w dolnej części jelita	8 dni	Najpierw herniotomia istniejącej przepukliny worek próżny zatem cięcie w linii białej po wyjściu znacznej liczby jelit na zewnątrz znaleziono pętlę uwieczoną w okolicy annul. inguin. intern.	Śmierć w 10 godzin	
115	Colley Davies 1878	Transact. of the pathol. Soc. XXIX str. 122	dziewczyna 4 dni	Po urodzeniu jeden stolec potem zupełny brak wypróżnień	3 dni	Po otwarciu jamy brzusznej nie znaleziono przyczyny niedrożności	Śmierć w 2 dni	Przy sekeyi pokazało się że 8 cali nad kiszka ślepa znajdowała się zastawka zamykająca zupełnie światło jelita
116	Heine 1878	Weil. Prager med. Wochenschrift. 1878 Nr. 31. 32	mężcz. lat 53	Uwięzienie wewnętrzne Znaczący zapad	8 dni	Cięcie jak do herniotomii następnie przedłużone, znaleziono postronek idący od plica genito enter. do szczytu diverticulum Meckela, przecięto postronek	Śmierć na drugi dzień	Przy sekeyi znaleziono zapalenie płuc powstałe przez aspirację mas kałowych
117	Norton 1878	Med. Pres. and Ciel. wrzesień 25				Przy operac. znaleziono skręcenie jelita obejmujące 5 stóp kiszki cienk.	Śmierć	

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi
118	Jones i Page 1878	Lancet 1878. I. str. 831	chłopiec 5 lat	Od dawna utrudnione oddawanie stolca potem, zupełna niedrożność z przyczyny wgnobienia. Zapad bardzo znaczny	ostre objaw. 5—6 dni	Przy operac. znaleziono podwójne wgnobienie. Mimo zrostów udało się rozwinąć je po użyciu dość znacznej siły	Śmierć w 20 godzin	Jako przyczynę śmierci podano wyniszczenie
119	Du-play 1878	Bulteen Thèse de Paris 1878 Nr. 102 Peyrot l.c. N. 36	kobięta lat 65.		16 dni	Przy operac. stwierdzono uciśnięcie przez postron.	Śmierć w 18 godzin	Operacja była robiona zapóźno
120	Terrier 1878	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris 1878	mężcz. lat 63	Hernia ventralis			Wyleczenie	
121	Studs-gaart 1878	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris 1878	mężcz. lat 35	Ciało obce w zgięciu esowatym	2 dni	Cięcie w linii białej, otwarcie kiszki, szew Lamberta	Wyleczenie	
122	Pèrier 1879	Robert Thèse de Paris 1880 Nr. 309	mężcz. lat 19	Kilkakrotne zaparcie stolca. Rozpoznania ścisłego nie było	2 miesiące	Cięcie w linii białej, odkryto guz wielkości orzecha na S rzymskiem mało ruchomy, zrobiono więc anus praetern. na okężnicy stępującej	Śmierć 2 dnia	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
123	Baum 1879	Arch. für klin. Chir. 1879 Nr. 11	mężcz. lat 34	Po wypróbnieniu jelit zapomocą enterotomii rozpoznanie raka kiszki grubej	Rok; od 14 dni zupełna niedrożność	Cięcie boczne po stronie prawej, drugie prostopadłe do niego. Trudne wycięcie nowotworu 8 ctm. z powodu licznych zrostów, przyczem nieco kału się wylało na zewnątrz. Szew jelitowy	Śmierć 9 dnia po operacji	Przy sekcji znaleziono koło nerki prawej jamę z którą kiszka po rozejściu się szwów stała w związku
124	Kraus-sold	Samuel Klin. Vortr. v. Volkmann Nr. 191	mężcz. lat 57			Wycięcie nowotworu szew jelitowy	Wyleczenie	Po 6 miesiącach śmierć z powodu recydywy w gruczolach
125	Kraus-sold 1879	ibidem	mężcz. lat 62	Rak kiszki ślepej, koło spina ant. sup. przetoka kałowa	Kilka-naście miesięcy	Cięcie po stronie prawej jak do podwiązania art. iliaca. Wycięcie całej zwyrodniałej kiszki ślepej szew jelitowy Lemberta	Śmierć w 2 $\frac{1}{2}$ godz.	
126	Martini 1879	Zeitschrift f. Heilkunde 1880. I str. 207	mężcz. lat 47	Rak zgięcia esowatego	Kilka-naście miesięcy	Cięcie boczne po stronie lewej. Wycięcie 10 ctm. wyrodniałej kiszki. Zespojenie niemożliwe, zatem środkowy koniec wszyto w brzeg rany dolny zaś zaszyto	Wyleczenie	W rok po operacji żyje i cieszy się dobrem zdrowiem

N <sup>o</sup>	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi
127	Guyon 1879	Georgando Thèse de Paris	mężcz. lat 70	Rozpoznanie wahało się między zwę- żeniem a rak- kiem. Stan ogólny dobry	1 mie- siąc	Cięcie w linii białej, znale- ziono nowo- twór w dolnej części zgięcia esowatego, wycięcie 6 ct. kiszki, szew jelitowy	Śmierć w 3½ godz.	
128	Ter- rier 1879	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris V N. 7 s. 564	kobie- ta lat 21	Ostre objawy niedrożności jelit	3 dni	Przy opera- cyi znalezio- no postronek idący od wię- zadła szeroko- kiego prawe- go, który przerwał się sam przy wy- ciąganiu go na zewnątrz	Wyle- czenie	
129	Lucas Cham- pion- nière 1879	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris V N. 7 s. 645	kobie- ta lat 80		4 dni	Jako przyczy- nę niedrożno- ści znalezio- no uciskają- cy postronek. Jelito mocno zmienione	Śmierć w kil- ka go- dzin	Operacyja wykonana zapóźno
130	Polail- lon 1879	Bull. de la Soc. de Chir. V N. 7 s. 632	mężcz. lat 29	Istniejąca przepuklina pachwinowa którą wzięto za przyczynę niedrożności		Przy opera- cyi pokazało się, że przy- czyną zam- knięcia jelita był uciskają- cy postronek	Wyle- czenie	
131	Polail- lon 1879	Bull. de la Soc. de Chir. V N. 7 s. 632	kobie- ta lat 26	Uwięzienie wewnętrzne zapad znaczny	4 dni	Po otwarciu jamy brzu- snej znale- ziono zgorzel i przedziura- wienie jelita koło kiszki ślepej. Nie- możność roz- wikłania	Śmierć na 5 dzień	Przy sekcyi nie można by- ło rozpoznać mechanizmu uwięzienia

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
132	Annan-dale 1879	Edinb. med. Jour. N. 264 str. 678 Centrbl. für Chir. 1879 s. 895	mężcz. lat 65	Objawy niedrożności po odprowadzeniu przepukliny pachwinowej	3 dni	Cięcie w linii białej, znaleziono pętlę kiszek cienkich uwieczoną przez szyję worka przepuklinowego	Śmierć w 10 godz.	Zapalenie otrzewnej
133	Dorose 1879	Albutt Brit. med. Jour. 1879 I. st. 813.	mężcz. lat 56	Dawniej przebył zapalenie otrzewnej Ostre objawy niedrożności	2 dni	Przy operacji znaleziono dwa postronki uciskające S rzymskie	Wyleczenie	
134	Dorose 1879	Albutt Brit. med. Journ. 1879, I. str. 813	mężcz. lat 63	Przy badaniu znaleziono guz w okolicy żeber fałszywych lewych znaczny zapad	4 dni	Cięcie w linii białej. W początku jejunum znaleziono kamień, który wyjęto. Ściany jelita tak zcieńczały, że założony szew nie trzymał	Śmierć w 4 godzin	
135	Jessop 1879	Pickles: Brit med. Journ. 1879, I. str. 811	chłopiec lat 8	Ostre objawy niedrożności z nieznanej przyczyny	10 dni	Przy operac. znaleziono zrosty jelita z ścianą brzuszną. Przy oddzielaniu ich jelito pękło, kał do jamy brzusznej	Śmierć w 19 godzin	
136	Jessop 1879	Brits. med. Jour. 1879 wrzesień 27			7 dni	Przy operacji znaleziono postronek uciskający w okolicy kiszki ślepej	Wyleczenie szybkie.	
137	Jacobsohn 1879	Brit. med. Jour. 1879 wrzesień				Znaleziono postronek uciskający	Śmierć 10 dnia	



№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi
138	Conplaud i Hulke 1879	Med. Times and Gaz. 1879 I str. 632	dziewczyn. lat 10	Niedrożność jelit	5 dni	Przy operacji znaleziono wgłobienie w kiszkę ślepą prowadzone przez polipa ściany jelita Rozwinięcie niemoż.	Śmierć w 6 godzin	
139	Lawson 1879	Lancet 1879 styczeń 18	mężcz. lat 23	Objawy ostre niedrożności	4 dni	Po długim, daremnie szukaniu przyczyny niedrożności przyczem znaczna część kiszek owinięta flanelą leżała na zewnątrz: otwarto rozdetą kiszkę grubą i przy mocowano do rany w ścianie brzusznej	Wyleczenie	Strzępki flaneli poprzylepiały się do pętli kiszek
140	Corley 1879	Med. Pres. and Circular 1879 marzec 8 Canstatt Jahrb. 1880	dziecko 9 mies.	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy		Bardzo trudne rozwinięcie wgłobienia przyczem znaczna część kiszek leżała na zewnątrz jamy brzusznej	Śmierć w 4 godzin	
141	Dittel 1879	Pester med. Jahrb. 1879 N. 2	mężcz. lat 19	Ostre objawy niedrożności	7 dni	Przy operacji znaleziono skręcenie kiszki Jelit leżących na zewnątrz nie można było wprowadzić do jamy brzusznej mimo punkcji Jelito rozcięto kał wypuszczono potem szew	Śmierć w 8 godzin	

N <sup>o</sup>	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan choroby przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
142	Cazin 1879	Bull. de la Soc. de Chir. 1881 marzec 2	mężcz. lat 28	Niedrożność jelita z nieznaną przyczyną	2 dni	Przy operacji znaleziono divertic. uciśkające jelito. Przeszkodę usunięto	Wyleczenie	
143	Wildt	Verhandl. de d. Gessel f. Chir. VII. s. 86	mężcz. lat 62	Niedrożność	5 dni	Cięcie w linii białej; znaleziono jelito cienkie skręcone koło osi i przyciśnięte. Przeszkodę usunięto	Śmierć w 3 godzin	
144	Wildt 1879	Verhandl. de d. Gessel f. Chir. VIII	mężcz. lat 17	Niedrożność	6 dni	Przy operacji znaleziono jako przyczynę niedrożności zrosty jelita powodujące zwężenie; przeszkodę usunięto	Wyleczenie	
145	Julliard 1879	Bull. de la Soc. de Chir. de Paris V. N. 7 1879 str. 687	kobieta lat 48	Torbiel jajnika niedrożność	7 dni	Przy operacji wyjęto najpierw torbiel a potem uwolniono uciśnięte jelito	Wyleczenie	
146	Oven 1879	Edinb. med. Jour. 1879 Peyrot. l.c. Nr. 102	kobieta lat 63	Odprowadzenie przepukliny en masse			Wyleczenie	
147	Spencer Wells 1879	Med. Times and Gaz. 1879 II. st. 31	mężcz. lat 65	Objawy ostrej niedrożności. zapad bardzo znaczny	8 dni	Przy operacji znaleziono skręcenie Szrymskiego. Operac. musiano przerwać z powodu silnego zapadu	Śmierć 2 dnia	



№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
148	H. Marsh 1879	Lancet 1879. I str. 303	kobieta lat 40	Niedrożność ostra jelit		Cięcie w linii białej, znaleziono zwężenie w zgięciu esowatym z powodu raka kieszki. Utworzono anus praeter.	Wyleczenie	
149	Stamer O'Grady 1879	Brit. med. Journ. I 1878 s.525	kobieta lat 28	Objawy ostrej niedrożności	6 dni	Jako przyczynę niedrożności znaleziono zrosty kieszki z nowotworem okołomacicznym. Przeszkodę usunięto	Śmierć	
150	Th. Bryant 1879	Brit. med. Journ. 1879. Peyrot l. c. Nr. 98	kobieta	Ostra niedrożność jelita	3 dni	Jako przyczynę znaleziono kamień żółciowy w jelicie cienkim	Śmierć w 8 godzin	Przed operacją istniało daleko posunięte zapalenie otrzewnej, które było przyczyną śmierci
151	Bellamy 1879	British med. Jour. 1879. Peyrot l. c. N. 23	kobieta lat 34	Objawy ostrej niedrożności	4—5 dni	Przy operacji znaleziono wgłobienie jelita cienkiego, rozwinięcie mimo lekkich zrostów łatwe	Wyleczenie szybkie	
152	Kocher 1880	Bull de la Soc. med. de la Suisse romaine 1880 kwiecień Peyrot l. c. N.114	kobieta lat 40	Przepuklina podwójna z tych jedną odprowadzono en masse	2 dni	Po rozcięciu jednego worka przepuklinowego otwarto drugi w którym znaleziono zgorzelinową pętlę. Tę wycięto szew jelitowy	Wyleczenie	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
153	Credé 1880	Langbk. Archiv. t. 17. 293	mężcz. lat 23	Rak kiszki grubój		Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że wycięcie całego nowotworu z powodu rozlicznych guzów niemożliwe. Jeden guz wraz z kawałkiem kiszki wyjęto dla rozpozn. szewjelitowy	Wyleczenie	
154	Gussenbauer 1880	Zeitschrift f. Heilkunde 1880. I. 220. Maydl. l. c. s. 75	kobieta lat 40	Zaparcia stolca częste od roku. Badanie per rectum wykazuje guz zwięzający rectum leżący za niem Rozpoznanie niepewne. Stan ogólny bardzo zły	od roku	Cięcie w linii białej przy czym wylało się około 200 gram. cieczy. Rozpoznanie i teraz niepewne, zatem skutecznie Colotomie na okrężnicy zstępującej	Śmierć 2-go dnia	Jako przyczynę śmierci podano osłabienie serca. Przy seceji znaleziono raka zgięcia esowatego, który przyczepiony był do rectum
155	Hardy 1880	Robert These de Paris 1880. №309	mężcz. lat 48	Chroniczne zaparcie stolca. Rozpoznano volvulus. Stan ogólny dość dobry	11 dni	Cięcie w linii białej. Wyjęte jelita zawinięto w cieple serwety poczem odkryto guz w zgięciu esowatym. Zrobiono więc cięcie nad fossa iliaca sin i otworzono okrężnicę zstępującą. Po odprowadzeniu kiszki do jamy brzusznej ranę w linii białej zamknięto	Śmierć w kilkanaście godzin	



Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi
156	Verneuil 1880	Bull de la Soc. de Chir. 1880 VI s. 281	mężcz. lat 45	Kawałek drzewa w odbytnicy	10 dni	Laparotomia zepchnięcie ciała obcego ku dółowi i wyjęcie go per anum	Wyleczenie	
157	Verneuil 1880	Peyrot l.c. str. 247	kobieta lat 30	Objawy ostrej niedrożności z powodu uciśnięcia przez postronek (dawniej zapalenie otrzewnej)	4 dni	Cięcie w linii białej. Znaleziono postronek który rozzerwano, lecz nie będąc pewny czy on był przyczyną niedrożności uskutecznił Vern. enterotomię	Śmierć w kilka godzin	Sekeyi nie było i Vern. sam niepewny czy miał do czynienia z zamknięciem światła jelita czy z zapaleniem otrzewnej
158	Decker 1880	Bull de la Soc. med. de la Suisse romaine. maj 1880 Peyrot Nr. 113	kobieta lat 58	Rozpoznanie zupełnie wątpliwe	1 miesiąc	Po operacji znaleziono raka zastawki Bauhiniego. Ranę brzuszną zespojono bez dalsz. zabiegów operacyjnych	Wyleczenie	Śmierć w 5 tygodni potem wskutek wycięczenia sił
159	Liden w Boras 1880	Hygiea tom 42 str. 547 Schmidt Jahrb. 192 s. 266	kobieta lat 53	Dawniej dwa razy ileus wyleczony wstrzykiwaniem wody. Obecnie znów objawy niedrożności znaczny zapad	9 dni	Cięcie w linii białej. Znaleziono skręcenie zgięcia esowatego mocno rozdętego. Otwarcie jelita, wypuszczenie kału, szew jelitowy. Znaleziono skręcen.	Śmierć następnego dnia	Po operacji stolec. Jako przyczyna śmierci podany zapad
160	Boeckel 1880	Bull de la Soc. de Chir. 1860 N. 6	mężcz. lat 37	Przebył niedawno zapalenie otrzewn. Obecnie ostra niedrożność	5 dni	Cięcie w linii białej, wyjęcie znacznej części kiszki na zewnątrz znaleziono postronek 8 c. długi, który przecięto	Wyleczenie szybkie	Jelito podczas długo trwającej operacji leżało zawinięte w serwetę i nie wiele ucierpiało

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacyja	Wynik	Uwagi.
161	Péan	Diagn. et traitement des Tumeurs de l'intestin et du bassin. Paris 1880 str. 627	kobieta	Ostra niedrożność		Przy operacji nie znaleziono żadnej przeszkody drożności utworzono rzyć sztuczną	Wyleczenie	
162	Mynther 1880	Buffel med. and surg. Jour. tom 19 № 8 Centrbl. f. Chir. 1880 str. 525	mężcz. lat 34	Objawy zwężenia. Wysoki stopień wyniszczenia	10 mies.	Cięcie w linii białej, znaleziono zwężenie jelita 8—19 c. pod odźwiernikiem Utworzono przetokę między dwiema pętlami jelita	Śmierć w 40 godzin	
163	Czer-ny 1880	Berl. Klin. Wochenschr. 1880 N. 45	kobieta lat 47	Rozpoznano raka w dolnej części okrężnicy zstępującej, stan ogólny dobry	Rok	Cięcie boczne. Nowotwór znajdował się w okrężnicy poprzecznej lecz zrosnięty z zgięciem esowatem. Dlatego podwójna resekcya kiszki wyjęto 2 kawałki jeden 7 cent., drugi 11½ cent. szew jelitowy	Wyleczenie	Po 6½ mies. śmierć z powodu przerzutów nowotworu w sieci i wątrobie
164	Billroth 1880	Witels-höfer Wiener med. Wochenschr. 1881 № 7	mężcz.	Rozpoznano raka dolnej części zgięcia esowatego	kilka mies.	Cięcie boczne po stronie lewej. Trudne odosobnienie nowotworu. Wycięcie 22 cent. kiszki, dolny koniec podwiązany odprowadzono do jamy brzusznej górny wszyto w ranę brzuszną	Śmierć w kilkanaście godzin	Przy sekeyi znaleziono poczynające zapalenie otrzewnej, liczne rakowate zwyrodniały gruczolę zaotrzewnikowe

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wyleczenie	Uwagi.
165	Fischer 1880	Köhler Darmresektion bei Carcinom des Dickdarm. diss. Inaug. Wrocław 1881	kobieta lat 33	Rozpoznano przewlekłą niedrożność bez oznaczenia ścisłego jej przyczyny stan ogólny bardzo lichy	kilka mies.	Cięcie w linii białej. Po wycięciu jelit na zewnątrz znaleziono raka dolnej części okrężnicy zstępującej. Wycięcie zwyrodniałej części kiszki, długość na 7 cent. szew jelitowy dolną część rany brzusznej. zostawiono otwartą.	Wyleczenie	
166	Bryant 1880	Med. chir. Transact. LXV 1882 marzec 28	kobieta lat 50	Rozpoznano chroniczne upośledzenie drożności jelit bez oznaczenia przyczyny		Cięcie skośne między ostatnim żebrem a grzebieniem kości biodrowej lewej jak do colotomii lędźwiowej. Po odsłonięciu kiszki znaleziono w niej nowotwór, zatem go wycięto a oba konce kiszki przytworowano do rany skórnój	Wyleczenie	
167	Szyman 1881	Deutsche med. Wochenschr. 1881 № 6.7	mężcz. lat 59	Objawy uwężnienia po odprowadzeniu przepukliny	8 dni	Cięcie jak do herniotomii potem przedłużone; długie szukanie za przeszkodą. Znaleziono ją w kiszce przewieszonj przez fałd. Douglasa	Wyleczenie w 17 dniach	Po operacji robiono z powodu znacznego wzdęcia dwukrotną punkcję jelita przez ścianę brzuszne

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
168	Tenneberg i Saltzman 1881	Finska läkare sällsk. handf. XXIII 4 str. 283 Schmidt Jahrb. 192 str. 266	kobieta lat 38	Uwięzienie wewnętrzne znaczny zapad	8 dni	Cięcie od pępka do spojenia łonowego, zrosty kiszek z macicą uciskające inne pętle	Śmierć w 7 godzin	Jako przyczyna śmierci znaczny zapad
169	H. Marsh 1881	St. Berthol. Hosp. Rep. XVI Canstatt Jahrb. 1881	mężcz. lat 45	Objawy niedrożności po odprawdzeniu przepukliny en masse		Najpierw herniotomija, worek przepuklinowy próżny zatem cięcie w linii białej i znaleziono postronek uciskający jelito	Śmierć 10 dnia	Po operacyi stolec, potem zapalenie otrzewnej
170	Burtcher 1881	Correspl. f. Schweizer Aerzte. Canstatt Jahrb. 1881	kobieta lat 40	Ostra niedrożność jelita obok istnienia nieodprowadzalnej przepukliny udowej		Herniotomia, worek przepuklinowy próżny, zatem otwarcie jamy brzusznej i znaleziono pętle jelita zrosnięte z ścianą brzuszną już zgorzeloną. Okrojenie części zgorzelińowej, szew	Śmierć w 5 dni	Z początku przebieg pomyślny potem przy silniejszym ruchu chorego nagły zapad i śmierć. Przy sekeyi znaleziono przebiecie jelita w drugim miejscu zgorzelińowej
171	Mancinara 1881	Lancet 1881. I. str. 988	mężcz. lat 52	Objawy ostrej niedrożności. Zapad bardzo znaczny	3 dni	Przy operacyi znaleziono węzeł na ileum, który łatwo rozplątano	Wyleczenie	



Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi
172	Boeckel 1881	Revue de Chir. 1881 Nr. 8 Centrbl. für Chir. 1882. N. 4	kobieta lat 28	Dawniej przebyła pelveoperitonitis, obecnie ostra niedrożność. Znaczny zapad	13 dni	Znaczną część kiszek wydobyto na zewnątrz. Znalaziono postronek idący od matki do okrężnicy wstępującej. Ś rzymskie nadto skręcone. Przeszkodę usunięto	Wyleczenie	
173	Claudot 1881	Revue de Chir. 1881 Nr. 8 Centrbl. für Chir. 1882. s. 63	mężcz. lat 23	Ostra niedrożność Znaczny zapad	6 dni	Przy operacji znaleziono gruzki na jelicie, obok tego dwa postronki uciskające jelita cienkie które usunięto	Śmierć w 4 godz.	Przy sekcji znaleziono jeszcze trzeci postronek uciskający
174	Galozzi Neapol 1882	Il Morgagni 1882 str. 8 Centrbl. für Chir. 1882 s. 772	mężcz. lat 40	Niedrożność jelita po trudnem odprawadzeniu przepukliny pachwinowej	4 dni	Cięcie w linii białej, w dołku biodrowym prawym znaleziono pętlę jelita zupełnie zgiętą przez zrosty. Przeszkodę usunięto	Śmierć tego samego dnia	Po operacji stolec. Jako przyczyna śmierci zapad, zapalenie otrzewnej nie było
175	Tuffier 1882	Progrès medical 1882 N. 11	kobieta lat 43	Wgłobienie wyczuwalne w odbytnicy	15 dni	Cięcie na lewej stronie. Wgłobienie nie dało się usunąć, zrobiono więc enterotomię	Śmierć 3 dnia	Zapalenie otrzewnej. Przyczyną wgłobienia był tłuszczak jelita

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
176	John Marshall 1882	Lancet 1882 I. 721, 771	kobieta lat 49	Rozpoznano upośledzenie drożności jelita z powodu raka prawdopodobnie w końcu jelita cienkiego lub początku grubego	blisko rok	Cięcie w linii białej. Znalaziono raka w okrężnicy zstępującej. Ponieważ kiszka nie dała się wyciągnąć, zatem zamknięto ranę brzuszną i zrobiono drugą równoległą do ostatniego lewego żebra i wtedy wycięto nowotwór. Górny koniec przeciętej kiszki przyszyto do rany skórnej	Śmierć 3 dnia	Przy sekcji znaleziono rozlanie zapalenie otrzewnej wyszłe z rany lędźwiowej w wątrobie guzy przerzutowe
177	Czerny 1882	Henck Verhandl. der deuts. Gesells. f. Chir. XII. engr. str. 24	mężcz.	Rozpoznano obrzęk nerki. Stan ogólny chorego bardzo nędzny		Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono raka kiszki ślepej zrosniętej z dwunastnicą, która była przebitą. Wyjęto całą kiszkę ślepą prawie całą okrężnicę wstępującą i część dwunastnicy. Potem zespojono oba konce dwunastnicy ze sobą i dolny koniec kiszki cienkiej z pozostałym kawałkiem okrężnicy wstępującej	Śmierć w 4 godzin	Jako przyczyna śmierci zapad

Nr	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi.
178	Treves 1882	Lancet 1882. II. 1031	mężcz.	Siedlisko zwężenia przypuszczone w kiszce cienkiej chory in extremis	Kilka mies.	Cięcie w linii białej. Wycięto 2 cale zwyrodniałej kiszki grubej szew jelitowy według własnej modyfikacji	Śmierć w 12 godzin	Treves nadmienia, że przy rozpoznaniu siedziby w okężnicy zstępującej wołałby był robić cięcie ledźwiowe
179	Maydl 1882	Maydl Ueber den Darm- krebs str. 113	mężcz. lat 54	Rozpoznano raka kiszki ślepej	8 mie- siące	Cięcie boczne po stronie prawej. Wycięcie zwyrodniałej kiszki ślepej, oba końce jelita wszyto w ranę skórną	Wyleczenie	W dwa miesiące potem zamknięto anus artif. z pomyślnym skutkiem
180	Beyer 1882	Berl. klin. Wochsch. 1882 str. 616	mężcz. lat 47	Rozpoznano raka wyrostka robaczkowego który już podnosił na zewnątrz ściany brzuszne	Trzy lata	Wycięcie wyrostka robaczkowego, kawałka kiszki ślepej i części ściany brzusznej wielkości 2 dłoni	Śmierć	
181	Ather- ton 1883	Boston med. and surg.. Jurn. 1883 Nr. 23, 24	mężcz. lat 56	Ostra niedrożność jelita	6 dni	Cięcie w linii białej, znaleziono okężnicę zstępującą skręconą i ucisniętą przez postronek, który przecięto	Śmierć 7 dnia	Stolec 4 dnia po operacji, potem rana się rozeszła i przez nią wylał się kał
182	Ather- ton 1883	Boston med. and surg. Jurn. 1883 Nr. 23, 24	mężcz. lat 19	Przebywał zapalenie otrzewnej. Obecnie wzmagające się objawy niedrożności	22 dni	Przy operacji znaleziono postronek uciskający jelita cienkie przecięty. Trudne odprowadzenie wypadłych jelit, z tego powodu ich punkcja,	Wyleczenie	

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi
183	Mikulicz 1883	Schramm Przegl. lek. 1881 N. 7	mężcz. lat 54	Guz w okolicy okrężnicy wstępującej (carcinoma) bez objawów niedrożności	kilka mies.	Cięcie skórne poniżej mostka na prawo ku dołowi i zewnątrz. Wycięcie zwyrodniałej części kiszki szew Lemberta	Śmierć 3 dnia	Sekeyja wykazała zgorzel zespolonych brzegów jelita, bez wylania się kału do jamy brzusznej
184	Mikulicz	nie ogłoszone dotąd	mężcz. lat 27	Niedrożność z powodu uwieżnienia wewnętrzne. Znaczny zapad	8 dni	Cięcie w linii białej, zapalenie otrzew. już istniejące. Zwężenie jelita cienkiego usunięto	Śmierć na 3 dzień	Co do szczegółów patrz str. 4
185	Mikulicz	dotąd nie ogłoszone	kobieta lat 24	Wgłobienie w kiszce grubej	8 dni	Cięcie w linii białej. Wgłobienie długie na 30 kilka ctm. usunięto dość trudno.	Śmierć w 4 tygod.	Co do szczegółów patrz str. 8
186	Volkmann	Centrbl. f. Chirur. 1883 N. 10		Rak górnej części zgięcia esowatego		Wycięto 4 cale kiszki grubiej, oba końce kiszki wszyto w ranę brzuszną dla łatwiejszego usunięcia rzezi sztucznej	Wyleczenie	
187	S. Coupland 1883	Med. Times and Gaz. 1883 Maj 19	mężcz. lat 65	Rozpoznano zwężenie lub uciśnięcie jelita cienkiego		Cięcie w linii białej, znaleziono postronek uciskający jelito cienkie	Śmierć w 32 godzin	Przy sekcji znaleziono drugi postronek uciskający jelito, zapalenie płuc z powodu aspiracji kału
188	Billroth	Wölfler Ferhandl. der deuts. Gesellsch. f. Chirur. XII Cngr. str. 19.	kobieta lat 56	Obrzęk w jamie brzusznej rozwolnienie. krew w stolcu. Ścisłego rozpoznania nie było	długi czas	Cięcie w linii białej. Nowotwór wychodził od kiszki grubiej, oddzielenie bardzo lic-	Wyleczenie	Mała przetoka kałowa zgoiła się sama przez się

№	Operator	Literatura	Płeć i wiek chorego	Stan chorego przed operacją	Trwanie choroby przed operacją	Operacja	Wynik	Uwagi
189	Voigt	Prager med. Wochenschr. 1883 N. 40, 41	mężcz. lat 48	Rozpoznano repositio en masse albo wgłobienie jelita cieńkiego w grubie	10 dni	nych zrostów, wycięcie 15 cent. okrężnicy poprzecznej. Zespojenie obu końców szwem jelit. Cięcie 3 ctm. nad i równoległe do więzuzu Pouparta długie 15 ctm. znaleziono kątowne zgięcie jelita przez zrosty wywołane pęknięciem torbiela przewodu nasiennego. Przeszkodę usunięto	Wyleczenie w 4 tygodnie	Przebieg leczenia powikłany przez wystąpienie róży i zgorzeleli jądra
190	E. Clark	Lancet 1883 II. 20 Paźdz.	mężcz. lat 32	Niedrożność jelita bez gwałtownych objawów	25 dni	Przed laparotomią 5 razy punkcyjne jelita z chwilową ulgą. Cięcie w linii białej znalezione dwukr. okrę. zgięcia esowatego, które łatwo zniesiono. Przez odbytnicę wypłukano zbite masy kału, które przeszkadzały wprowadzeniu кишки, poczem jelito wprowadzono do jamy brzusznej	Wyleczenie	

Powyższa statystyka nie może zapewne służyć za bezwzględną i pewną podstawę do wydania sądu o zajmującej nas operacji, raz z powodu, że liczba przypadków jest jeszcze nie wielka, a głównie dla tego, że z pewnością znaczna część przypadków niepomyślnych nie przeszła do literatury. Zważywszy jednak że i przy innych operacjach autorowie często nie zbyt ściśle podają przypadki śmiertelne, to możemy i naszej statystyce przyznać niejaką choćby względną wartość. Z powyższego zestawienia zatem wynika, że na 190 laparotomij wykonanych bez względu na przyczynę niedrożności 68 zakończyło się pomyślnie, a 122 operowanych umarło. Odsetka śmiertelności wynosi zatem 64,2<sup>o</sup>/. Jestto liczba wprawdzie dosyć wysoka lubo nie zbyt wygórowana, zważywszy, że mamy do czynienia z chorobą, o której jeszcze dziś utrzymuje się w całej pełni zdanie: *morbis terribilis, creberrime mortalis*. (LEICHTENSTERN 42). Nadto dodać musimy, że w ostatnich 10 latach operacja ta dała wyniki znacznie lepsze niż to było dawniej. Jeżeli bowiem zestawimy osobno operacje wykonane przed 1878 rokiem, a osobno operacje późniejsze, to jest w czasie gdy postępowanie przeciwnilne zostało rozpowszechnione, natenczas przekonamy się że z 78 operowanych w pierwszym okresie umarło 57 czyli 73<sup>o</sup>/, podczas gdy z 112 operacyj wykonanych od roku 1873 zakończyło się niepomyślnie tylko 65, co stanowi 58% śmiertelności, z czego wynikałoby, że wpływ udoskonalonej techniki przy operacjach w jamie brzusznej i leczenie przeciwnilne zdołały obniżyć procent śmiertelności blisko o 15<sup>o</sup>/. Jestto wynik świetny, lecz niedający się porównać z wynikami jakie antyseptyka osiągnęła przy innych operacjach, zwłaszcza w jamie brzusznej. Pochodzi to bezwątpienia ztąd że na wynik laparatomii z powodu niedrożności jelit wpływa jeszcze wiele innych okoliczności, głównie stan chorego przed operacją. Nie dziw bowiem, że chory umrze, jeżeli przy operacji znajdziemy już kał wylany do jamy brzusznej z powodu zgorzeli jelita, a przypadków takich

znajduje się dosyć w naszym zestawieniu. Nie ulega też wątpliwości że najważniejszym warunkiem pomyślnego wyniku operacji jest, obok postępowania ściśle przeciwnego. wczesne operowanie. Aż nadto często spotykamy się z narzekaniami chirurgów, że do operacji przystąpiono za późno, że drogi czas marnowano na podawaniu środków wewnętrznych; pytanie więc, kiedy mamy przystąpić do operacji. Na to nie mamy dotąd ścisłej odpowiedzi; tak ULMER (72) pozwala czekać 6 a nawet 9 dni. PHILLIPPS (55), każe ją przedsiębrać, gdy 3 lub 4 dni upłynęło bez polepszenia stanu chorego, podobnie wyraża się ASHURST (4), HOUEL (29) zaleca operować przed wystąpieniem zapalenia otrzewnej, BITOT (11) gdy raz lub dwa razy pokazały się wymioty kałowe.

W poniższej tabelce zestawiam przypadki laparotomii według dnia, w którym operacja była wykonana.

Dzień	Ilość przypadków	Wyleczonych	Umarło
1	3	2	1
2	6	4	2
3	8	3	5
4	15	4	11
5	13	3	10
6	12	2	10
7	10	5	5
8	11	2	9
9	5	1	4
kilka	6	3	3
10	4	2	2
11	4	—	4
13	4	2	2
14	1	1	—
15	4	1	3
dłużej	42	20	22
niewiadomo	42	13	29

Z powyższej tabelki okazuje się zatem bardzo jasno, że dnia, w którym należy przystąpić do operacji nie można oznaczyć z góry. Zależy to jedynie od stanu chorego przed operacją.

Jeżeli bowiem chory jest bardzo wyniszczony, jeżeli napad już przed operacją jest bardzo rozwinięty, to oczywiście operacja nie zdoła go uratować od śmierci.

Zważając też na czas, w jakim śmierć następowала po operacji, przekonamy się, że jest on najczęściej zbyt krótki aby śmierć mogła być spowodowana przez następstwo operacji, gdyż w 57 przypadkach nastąpiła ona już w kilka godzin po dokonanej laparotomii. W 34 przypadkach znajdujemy wyraźną wzmiankę, że zapad był już przed operacją bardzo wyraźny i jemu też przypisują autorowie sprowadzenie śmierci. W ogóle zatem przy laparotomii z powodu niedrożności kiszek zapad był znacznie częściej przyczyną niepomyślnego zejścia niż przy jakiegokolwiek laparotomii z innego powodu robionej.

Tylko rzadko znajdujemy podane zapalenie otrzewnej lub zakażenie rany jako przyczynę niepomyślnego zejścia. Sądzę więc, że do operacji przystąpić należy w każdym razie zanim siły chorego widocznie podupadną. Nastąpić to może już wcześniej lub później stosownie do przyczyny niedrożności. Im większa część kiszek jest np. zasznurowana przez postronek, im ucisk jest silniejszy, tym prędzej następuje zapad, zdarzyć się to może już w kilka godzin po wystąpieniu pierwszych objawów chorobnych, podobnie jak np. przy przepuklinach zewnętrznych przy bardzo wąskiej bramie przepuklinowej, zgorzel jelita może nastąpić w ciągu kilku lub kilkunastu godzin. W takich przypadkach z operacją ociągać się nie godzi. Jeżeli po podaniu mawkowca, po zastosowaniu jedno lub dwukrotném lejka HEGARA nie nastąpi polepszenie, natenczas należałoby przedstawić choremu konieczność operacji, która jedynie może usunąć przeszkodę drożności jelita i ocalić życie choremu. Jeżeli objawy nie są zbyt gwałtowne i siły chorego utrzy-



mują się w dobrym stanie, natenczas niekoniecznie spieszymy z operacją. Można próbować przywrócić drożność kiszki, lubo nie mogą zgodzić się na zdanie LEICHTENSTERNA (l. c. str. 560) że lewatywy należy tak długo stosować, aż objawy występującego zapalenia otrzewnej zakażą wszelkich gwałtowniejszych środków. Zdaniem mojem należy usuwać przeszkodę w jaki bądź sposób, zanim wystąpi zapalenie otrzewnej, które świadczy o wysoko posuniętym zaburzeniu w odżywieniu jelita, które wyniszcza szybko siły chorego, a wreszcie pogarsza znacznie widoki wyleczenia po operacji, choć nie stanowi jej przeciwwskazania, jak to utrzymywali niektórzy autorowie np. BOINET (9). W opisanym wyżej przypadku prof. MIKULICZA rozpoznano przed operacją zapalenie otrzewnej, stwierdzono je przy otwarciu jamy brzusznej, a mimo to przebieg w pierwszych dniach po operacji był zupełnie pomyślny. Znane są też w literaturze przypadki np. HEATHA, MARSHA, MACNAMARY i BOECKELA, z których operowano prawie in extremis, z najlepszym skutkiem. Należy więc zawsze operować we wczesnym okresie choroby, lecz sam zapad i obecność sprawy zapalnej na otrzewnej nie jest przeciwwskazaniem do laparotomii.

---

## Wyniki przy różnych wskazaniach.

Zestawiając powyżej przytoczone przypadki według powodu niedrożności otrzymamy następującą tablicę.

Przyczyna	Ilość przypadku	Wyleczono	Zmarło
Wgłobienie	27	8	19
Postronki lub sznurki	49	13	36
Zrosty	16	7	9
Odprowadzenie en masse	11	6	5
Skrećenia	10	1	9
Węzły	12	4	8
Przepukliny wewnętrzne	12	4	8
Ciała obce	7	4	3
Nowotwory	38	16	22
Nieznana przyczyna	8	5	3

## WGŁOBIENIE.

Laparotomia przy wgłobieniach była od dawna przedmiotem sporu między chirurgami, bardzo wielu zarzucało ją jako niepotrzebny, czasem szkodliwy zabieg leczniczy. W ten sposób wyraża się VAN NES (75), BITOT (11), HOLMER (28).

MESSINGER (51) powiada również aby wgłobienie z małemi wyjątkami zostawić naturze. Szczególnie laparotomia przy wgłobieniach u małych dzieci była stanowczo potępianą. VAN NES (l. c.) zarzuca jój niemożebność dokładnego wykonania i twierdzi że delikatny ustrój dziecięcy nie może wytrzymać tak znacznego zabiegu. Głównym powodem tego oporu przeciw laparotomii był fakt, że wgłobienie jelit jest jedną z przyczyn niedrożności,

które jeszcze najczęściej kończą się wyleczeniem bądź samodzielnym, bądź po oddzieleniu się zgorzelinowej części wgłobionej. Wyniki leczenia wewnętrznego nie są jednak tak bardzo świetne. Według zestawienia LEICHTENSTERN-NA (41) na 557 chorych dotkniętych wgłobieniem kiszki umarło 406, co stanowi 75% śmiertelności. Śmiertelność jednak jest bardzo różna stosownie do wieku chorego, i według tego, czy nastąpiło oddzielenie się zgorzelinowej kiszki wgłobionej. U dzieci niżej roku wynosi śmiertelność 82—88%. Z chorych u których nie przyszło do zgorzeli jelita wgłobionego umiera 85%, z tych którzy przeżyli zgorzel wgłobionej części zmarło jeszcze 41%. Porównyując przypadki wgłobienia, w których robiono laparotomię przekonujemy się, że wyniki téj operacyi nie są tak złe, aby od niej odstraszały. U dzieci niżej roku robiono laparotomię z powodu wgłobienia 11 razy, z tych wyzdrowiało 2, a zatem mamy najlepszy dowód, że i u tak małych dzieci laparotomija może odnieść dobry skutek. We wszystkich niepomyślnych przypadkach nadto operacje były robione za późno, u niektórych podane jest w historyi choroby, że zapad już przed operacją był bardzo znaczny, w 6 rozwikłanie wgłobienia z powodu istniejących silnych zrostów było bardzo trudne a 3 razy niemożliwe: w jednym (N. 102) dostał się kał do jamy brzusznej, a w innym (N. 103) uskutecziono wycięcie całej części wgłobionej. Nie dziw więc że przy takich warunkach, śmiertelność musiała być bardzo znaczna, że dzieci te pomarły nie w skutek, lecz mimo operacyi. W dwóch przypadkach wyleczonych, operacja była robiona przy dobrym ogólnym stanie dziecka i rozwikłanie jelita było łatwe.

U osób młodych do 23 roku życia stosunek wyleczeń był już znacznie pomyślniejszy: na 9 operowanych zmarło 7 czyli 77% śmiertelności. I w tych przypadkach jednak operacja była wykonywana za późno. Dwa razy znaleziono już zgorzel jelita (N. 10 i 34) dwa razy rozcięcie wgłobienia było niemożliwe i wykonano enterotomię (N. 55, 138).

w innych rozwikłanie było trudne a stan ogólny niepomysłny.

Z 7 operowanych osób dorosłych, wyzdrowiało 4 czyli że śmiertelność wynosiła tylko 40%. U 3 zmarłych znaleziono przy operacji raz zgorzel jelita, raz z powodu zbyt silnych zrostów, musi wykonać enterotomię, po nad wgłobieniem.

Liczy te lubo małe przekonywają nas, że laparotomija przy wgłobieniach jest nie tylko dozwolona, lecz nawet wskazana. Operację należy wykonać jak najwcześniej szczególnie u małych dzieci i możemy zupełnie zgodzić się na zdanie PEYROTA, który powiada (l. c. str. 156): „Wskazanie do laparotomii w celu usunięcia wgłobienia jest naglące, istnieje ono jednak tylko w ciągu pierwszych 24 może 48 godzin (SANDO); po upływie tego czasu sposobność jest stracona, mały chory umrze cokolwiek by się robiło“.

Tego samego postępowania należałoby podług wyżej przytoczonych liczb trzymać się u ludzi młodych szczególnie między 1—15 rokiem życia, starsi znoszą lepiej chorobę, jelita nie tak łatwo podlegają głębszym zmianom, stau ogólny dłużej pozostaje dobrym. U nich więc można nieco dłużej zwlekać, lubo przez wcześniejsze wykonanie operacji można tylko zyskać. Bo trzeba właściwie przyznać, że dłuższe zwlekanie operacji nie ma właściwie celu. Jeżeli bowiem wgłobienie nie cofnęło się w pierwszych dwóch dniach pod wpływem makowca, elektryzowania i wlewania wody do kiszki, to nam zostaje bardzo mało nadziei, aby te same środki osiągnęły skutek późniejszy. Wszak przy operacji usunięcie dłużej trwającego wgłobienia rękami naprzykład, mimo użycia znacznej dość siły, napotykało na wielkie trudności lub było całkiem niemożliwe, jakże więc mogłoby się ono cofnąć np. pod słabym działaniem wlaną do kiszki wody. Wyczekiwać zaś, aż część wgłobiana ulegnie zgorzeli i sama odejdzie, jest rzeczą zbyt niebezpieczną. W pewnych tylko przypadkach wgłobienia laparotomija musi ustąpić miejsca innej operacji, mianowicie tam gdzie

część wgłobiona wystąpi przez odbytnicę. W takim razie może być wskazane odjęcie części wypadłej czy to przez podwiązanie części wypadłej podwiązką elastyczną, czy też lepiej przez odcięcie tej części i następowy szew jelitowy, jak to zrobił prof. MIKULICZ w jednym przypadku opisanym w bieżącym roczniku *Gazety lekarskiej* N. 48. Jako wskazania do tej operacji podaje prof. M. 1) jeżeli największa część jelita wgłobionego wypadła t. j. jeżeli zagięcie błony śluzowej części wgłobiającej można wyczuć palcem wprowadzonym do odbytnicy. 2) Jeżeli część wypadnięta z powodu znacznego obrzęku stanowi główną przeszkodę odprowadzenia choćby nawet poprzedni warunek nie istniał. 3) Jeżeli na części wypadniętej wystąpiły objawy głębszego zaburzenia w odżywianiu lub nawet zgorzel, i jeżeli możemy prowadzić cięcia w częściach jeszcze zdrowych, w takim razie odprowadzenie jelita do jamy brzusznej jest oczywiście przeciwwskazane. We wszystkich innych przypadkach wgłobienia laparotomija stoi na pierwszym miejscu przed polecaną również enterotomiją.

## POSTRONKI.

Uciśnięcie jelit przez postronek pozostały po przebytem zapaleniu otrzewnej było według powyższego zestawienia 49 razy przyczyną niedrożności, z tych 13 zakończyło się pomyślnie, czyli że procent śmiertelności wynosił 73,4%. Przepatrując przypadki śmiertelne wytłumaczmy sobie łatwo przyczynę tego nie zbyt korzystnego wyniku. Według statystyki LEICHTENSTERNA śmierć w przypadkach niedrożności nastaje najczęściej 6 dnia, tymczasem z pomiędzy przytoczonych 36 przypadków tylko 8 razy robiono laparotomiję przed 6 dniami, mianowicie: 1 raz w 3, 5 razy w 4, a 2 razy w 5 dniu a w tych 8 przypadkach warunki w jakich znajdowali się chorzy były tak niepomysłne, że operacyja nie mogła ich uchronić od śmierci. Albowiem u chorego operowanego w 3 dniu (N. 68) zapad mimo krótkiego trwania choroby

był rozwinięty do bardzo wysokiego stopnia, podobnie u jednego z chorych operowanych w dniu 4. (N. tab. 67) sami też autorowie podają, że wyczerpanie sił było przyczyną śmierci. U drugiego (N. 77) operowanego w dniu 4 nie znaleziono przeszkody i dopiero przy sekcji znaleziono jako przyczynę niedrożności uchylek jelitowy, uciskający pętlę jelita. U innego przecięto przy operacji tylko jeden postronek, przy sekcji znaleziono drugi, uciskający również jelito (N. 86). U czwartego jelito było mimo krótkiego czasu już zgorzelinowe, (N. 129) wreszcie ostatni przypadek operowany w 4-ym dniu, jest zbyt niepewny, gdyż pan VERNEUIL nie mógł rozstrzygnąć, czy przecięty przy operacji postronek był, czy nie był przyczyną choroby. U jednego z chorych operowanych w dniu 5-ym sprawa chorobowa była powikłana z gruźlicą otrzewnej. Jeżeli dodamy nadto, że między niepomyślnymi przypadkami znajdujemy 9 takich (N. 23, 33, 43, 59, 61, 62, 93, 108, 129) w których jelito już przed operacją uległo zgorzeli, że 4 razy (N. 20, 35, 69, 77) postronka uciskającego nie znaleziono przy operacji, że zatem przeszkody drożności nie usunięto, że w 6 przypadkach obok przeciętego przy operacji postronka znaleziono przy sekcji inne przeszkody drożności (raz zwięźlenie N. 57 a 5 razy przeoczone postronki), że zatem ostatnie 10 przypadków przy dokładniejszej technice operacyjnej mogły się być zakończyć pomyślnie, to musimy przyznać, że podany wyżej wysoki procent śmiertelności nie może nas odstraszać od laparotomii. W przypadkach pomyślnych operację wykonano 2 razy w drugim dniu, 2 razy w trzecim, raz w czwartym, raz w 5, raz w kilka dni, 2 razy w siódmym, raz w 13 i raz w 22 dniu choroby. W ostatnich 4 przypadkach objawy niedrożności nie były gwałtowne, przy operacji nie znaleziono żadnych zaburzeń w odżywianiu jelita, oczywiście iż ci chorzy nie byliby nie stracili na wcześniejszem operowaniu. Z tego wszystkiego wynika, że przy niedrożności jelita z powodu uciśnięcia ich przez postronek, gdy rozpoznanie tego stanu można po-

stawić często z wielkim prawdopodobieństwem, należy przystąpić do laparotomii jak najwcześniej w każdym razie przed 6-ym dniem choroby.

### ODPROWADZENIE EN MASSE.

Że przy niedrożności powstałej po odprawadzeniu przepukliny zewnętrznej en masse należy otworzyć jamę brzuszną i usunąć przeszkodę drożności, na to zgadzają się nawet przeciwnicy laparotomii przy innego rodzaju przeszkodach, zapewne z tego powodu że przypadki takie przychodzą wcześniej do chirurga, że mniej więcej miejsce i rodzaj niedrożności ułatwiają operację, i że zapewne dla tego wyniki jej są dosyć dobre. W naszej tablicy znajdujemy 11 przypadków, w których niedrożność stała w ścisłym związku z odprawadzeniem en masse (N. 4, 8, 36, 39, 40, 47, 49, 99, 107, 132, 146), z tych sześć zakończyło się pomyślnie. Z 5 przypadków śmiertelnych 2 razy operacja według zdania operatorów było wykonana za późno, bo w 11 dniu, (N. 36, 40), raz śmierć nastąpiła w skutek równoczesnej gruźlicy płuc (N. 107) w ostatnim przypadku (N. 132) zapalenie otrzewnej spowodowało śmierć chorego w 10 godzin po operacji.

Przypadków zamknięcia światła jelita z innych przyczyn, np. z powodu zrostów zwięzających kışkę, skręceń, węzłów i przepuklin wewnętrznych mamy razem 50, z tych po dokonanej laparotomii wyzdrowiało 16 czyli, że procent śmiertelności wynosił 68%. W przypadkach śmiertelnych główną przyczyną niepomyślnego zejścia było również zapóźne wykonanie operacji, najczęściej po szóstym dniu choroby. Sześć razy znaleziono zgorzel jelita z wylaniem kału do jamy brzusznej.

### NOWOTWORY.

W 38 przypadkach przyczyną niedrożności były nowotwory a mianowicie 34 razy zwyrodnienie ściany jelita a 4 razy obrzęki uciskające jelito od zewnątrz.

W jednym z tych przypadków (chora Koeberlego N. 104) ucisk spowodowany był właściwie przez macicę w tył przegiętą, przypadek ten wliczyłem jednak do téj grupy z powodu tego samego mechanizmu niedrożności. Z przypadków tych 16 zakończyło się pomyślnie, czyli że procent śmiertelności wynosił 42%, zatem znacznie mniej, niż przy poprzednich rodzajach przerwania drożności. Pochodzi to bezwątpienia ztąd, że niedrożność rozwijała się w tych przeszkodach powoli, że nie było znaczniejszego zapału, ani zadrażnienia otrzewnej. Z pomiędzy tych 38 przypadków, 24 razy usunięto przyczynę zamknięcia kiszki do szczętnie, mianowicie 21 razy przez wycięcie rakowej części kiszki, z tych 12 umarło a 9 wyzdrowiało, raz przez usunięcie torbieli jajnikowej, raz przez wypuszczenie płynu z torbieli ugniatającej jelito, a wychodzącej najprawdopodobniej z pęcherzyka żółciowego (chora Pagenstechera N. 41), raz przez wyprostowanie przechylonéj w tył macicy, wszystkie 3 razy z wynikiem pomyślnym, zatém z 24 radykalnie operowanych 12 chorych wyzdrowiało i 12 umarło. W dwóch przypadkach raka okrężnicy zamknięto jamę brzuszną bez probowania innych zabiegów leczniczych, jedna chora umarła w 9 godzin po operacji (chora Lawsona N. 46) druga wyleczyła się z rany lecz umarła w 5 tygodni potem z powodu wyniszczenia (chora Deckera N. 147). W 10 przypadkach uczyniono zadość przynajmniej głównemu wskazaniu t. j. utworzono drogę dla treści jelitowej przez otwarcie jelita powyżej zwężenia, z chorych tych umarło 7, trzech zaś wyzdrowiało. U jednej choréj oddzielono tylko kiszkę od uciskającéj za pośrednictwem nowotworu macicy, u ostatniej wreszcie raka kiszek znaleziono dopiero przy sekcji. Z liczb powyższych wynika zatem, że operacje radykalne i w tych przypadkach dają wyniki względnie wcale zadawalniające. Staną się one pewnie jeszcze lepszymi jeżeli od operacji wykluczmy przypadki zbyt daleko posunięte.



## CIAŁA OBCE.

U siedmiu chorych przyczyną niedrożności były ciała obce w jelicie: U trzech znaleziono kamień żółciowy (N. 134, 150) lub jelitowy (N. 1), wszyscy umarli jedynie z powodu późnego wykonania operacji, przy której znaleziono już bardzo ciężkie zmiany w ścianie jelita, ugniecionej przez kamień.. Czterej chorzy u których ciało obce dostało się do przewodu pokarmowego zzewnątrz, raz przez usta, a 3 razy per anum, wyzdrowieli po operacji. Trzy razy wydobyto ciało obce po otwarciu jelita z następnym zespojeniem kiszki, raz udało się (operowany VERNEUILA N. 156) po otwarciu jamy brzusznej zepchnąć kawałek drzewa, tkwiący w zgięciu esowatém, ku dołowi i wydobyć go przez otwór stolcowy po nacięciu zwieracza. W obec tych pomyślnych wyników operacji z powodu ciał obcych, które dostały się od zewnątrz a zatem o których istnieniu i zatykaniu jelita chirurg wie, możemy się spodziewać, że i laparotomija wykonana z powodu uwięźnięcia kamienia żółciowego w przewodzie pokarmowym, musi dać lepsze wyniki, jeżeli tylko operację wykonamy na czasie, a jest to możliwe tém bardziej, że rozpoznanie zamknięcia jelita przez zaklinowanie kamienia żółciowego można często stosować z wielkim prawdopodobieństwem (LEICHTENSTERN N. 42).

## PRZYCZYNA NIEDROŻNOŚCI NIEZNANA.

Wreszcie pozostaje z powyższej tabelki 7 przypadków, które nie dały się zaliczyć do żadnego z przytoczonych działów. W przypadku ERICHSENA (N. 25) znajdujemy tylko podane, że przeszkody niedrożności nie znaleziono, chora umarła w 10 godzin po operacji. COKEY DAVIES (N. 115) zrobił laparotomiję u dziecka na 3 dzień po urodzeniu; przyczyny niedrożności nie znaleziono, dziecko umarło w 2 dni później, a przy sekcji znaleziono zastawkę w jelicie cienkim zamykającą zupełnie światło kiszki.

Na uwagę zasługuje, że dziecko tak młode wytrzymało zabieg operacyjny wcale dobrze i umarło jedynie z przyczyny niedrożności jelita.

U chorych JONSTONA, LAWSONA i PÉANA (N. 95, 139, 161) nie znaleziono również przyczyny niedrożności, otwarto więc jelito, a wszyscy trzej chorzy wyzdrowieli w bardzo krótkim czasie. PRIEGER operował (N. 37) z powodu objawów niedrożności pozostałych po odprowadzeniu przepukliny zewnętrznej, przyczyny żadnej nie znalazł. Przypadek wreszcie BUCHANANA (N. 66) jest o tyle niepewny, że sam operator nie może rozstrzygnąć, czy objawy niedrożności były spowodowane przez ostre zapalenie otrzewnej, czy też usunął przy operacji istniejące może zrosty lub zwężenie, nie wiedząc nawet o tém. Oba istotnie przypadki zakończyły się również pomyślnie.

## INNE ZARZUTY PRZECIWI LAPAROTOMII.

Na jedną jeszcze okoliczność muszę zwrócić uwagę. Przeciwnicy laparotomii podnosili jako jeden z głównych zarzutów przeciw téj operacji to, że trudno jest znaleźć przeszkodę drożności i trudno ją usunąć. W wyżej przytoczonym zestawieniu znajdujemy tylko 8 przypadków i uwagę, że przy operacji przeszkody nie znaleziono. Z tych w jednym (N. 25) nie wiem, jaka to była przeszkoda, raz był nią rak okrężnicy, lecz ponieważ w przypadku tym znaleziono już przy operacji kał w jamie brzusznej, zatem chory ten w każdym razie skazany był już na śmierć; jeden przypadek dotyczy dziecka z wrodzoną zastawką w jelicie cienkim, w pozostałych 5 przypadkach przyczyna mogła być usunięta, polegało bowiem na postronkach (4 razy) lub uchyłkach (N. 77) uciskających jelita. Mała liczba niepomyślnych pod tym względem przypadków nie może zatem stanowić ważnego zarzutu przeciw laparotomii, tém bardziej, że przy udoskonalonej technice operacji można będzie nadal uniknąć takich nieprzyjemnych zdarzeń. To samo tyczy i 6 przypadków, w któ-

rych obok usuniętej przy operacji przeszkody znaleziono przy sekcji drugą, a były nią 5 razy przeoczone postronki, raz z wężleniem jelita.

Niemożebność usunięcia znalezionej przeszkody, a mamy takich przypadków 7 (2 zwięzienia, 5 wgłobień) nie przemawia właściwie przeciw laparotomii lecz tylko jest dowodem, że nie należy ociągać się z operacją zbyt długo. Jeżeli bowiem wgłobienie nie da się rozwinąć z powodu istniejących zrostów, jeżeli węzeł jest zbyt mocno zaciśnięty, jeżeli nie można rozwinąć skręcenia z obawy, aby chory lada chwila nie umarł z zapadu na stole operacyjnym, to przyznać trzeba, że ani w pierwszym przypadku nie byłyby się potworzyły silne zrosty, ani zapad nie byłby się rozwinął do tak wysokiego stopnia, gdyby operacja była wykonana wcześniej. Wprawdzie zdarzyć się może, że już z samego początku jelita tak się powikłają, że przywrócenie prawidłowego ich położenia nie możebne jest nawet przy sekcji (N. 131) lecz nie ulega wątpliwości, że przypadki tak wysoko posunięte w każdym razie muszą się skończyć śmiertelnie cokolwiekbyśmy robili.

## TECHNIKA OPERACYI.

Nie potrzebuję długo rozwódzić się nad tem, że operację należy przedsięwziąć ściśle przeciwnie. Wpływ antyseptyki na operacje chirurgiczne jest tak wyraźny, tak ogromny, zwłaszcza przy operacjach w jamie brzusznej, i tak powszechnie uznany, że nie można zważać na pojedyncze głosy (np. TAITA w Anglii), które postępowanie to zarzucają. Przy laparotomijach z powodu niedrożności jelita ostrożności te muszą być przedsięwzięte z tém większą ścisłością, że już z góry wiemy o tém, iż jama brzuszna musi być dłużej otwarta, iż znaczna część otrzewnej musi być wystawiona na wpływy zewnętrzne, których szkodliwość można usunąć jedynie przez antyseptykę. Z tych samych powodów powinien być pokój, w którym operujemy, dobrze ogrzany, a powietrze parą wodną przesycone, aby

ile możności zapobiedz szkodliwemu wpływowi oziębienia i osuszenia otrzewnej.

Szczególnej troskliwości wymaga téż narkoza, która powinna być głęboka, aby usunąć napięcie powłok brzusznych, jednostajna a spokojna aby zapobiedz wszelkim ruchom chorego a jeszcze bardziej wymiotom, które mogą spowodować nagle i zbyt wielkie wypadnięcie jelita z jamy brzusznej; z drugiej strony należy uważać na to, aby spostrzebować jak najmniej chloroformu, by o ile możności oszczędzić i tak już zwykle nadwątłonych chorobą sił chorego, potrzebnych do przetrzymania ciężkiej operacji. Wszyscy prawie autorowie zgadzają się na to, że najwygodniejsze jest cięcie w linii białej, a jest ono jedynie odpowiednie przy nieznanj siedzibie niedrożności, gdyż po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej wszystkie jej części są najlepiej dostępne. Nawet przy niedrożności powstałej po wprowadzeniu przepukliny zewnętrznej en masse, cięcie środkowe jest najlepsze, jeżeli nie można wykazać wybitnego obrzęku w pobliżu bramy przepuklinowej. Dowodzi tego kilka przypadków w naszym zestawieniu, w których po zrobieniu cięcia nad więzłem POU-**PARTA**, musiano je następnie znacznie tu jeszcze rozszerzyć, jak to opisuje np. **BILLROTH** (6), który również przemawia za cięciem w linii białej; inni np. **WILKINSEN** i **BRADLEY** po przekonaniu się, że worek przepuklinowy jest próżny, zrobili drugie cięcie z linii białej. Tam tylko, gdzie guz jest bardzo wyraźny, może cięcie wprost nad nim być wygodniejsze.

Po otwarciu jamy brzusznej dalsze postępowanie musi być różne, stosownie do przyczyny niedrożności. Przy rozpoznaniem wgłobieniu jest ono bardzo jasne. Przede wszystkim zapobiedz trzeba wypadnięciu kiszki z jamy do czego najlepiej służą ręce pomocnika i płyty wygotowane przez 2 godziny i przeciwnie przechowane, a przed operacją dobrze wykręcone i włożone do ciepłego roztworu 5% kwasu karbolowego. Potem ope-

rator wprowadza rękę do jamy brzusznej a znalezienie wgłobionej kiszki nie przedstawia zwykle żadnej trudności, przynajmniej nie znajduję o tém wzmianki w żadnym z powyższych przypadków. Oczywiście część tę należy wyciągnąć na zewnątrz tak, aby można obejrzyć dokładnie kiszkę, w celu przekonania się, czy już nie jest tak zmienioną, żeby należało zaniechać wszelkich usiłowań rozwikłania. Jeżeli kiszka jest zdrowa natenczas wyciąga się ostrożnie część wgłobioną. Przy znaczniejszym nieco oporze dobrze jest, jak o tém przekonaliśmy się w opisanym przypadku prof. MIKULICZA wprowadzić drugą rękę aż do końca wgłobienia. W trudnych przypadkach, dało dobre wyniki postępowanie polecane przez HUTCHINSONA t. j. że przez uciskanie końca wgłobienia staramy się zmniejszyć obręb jelita wgłobionego a następnie spychamy powoli część wgłobioną ku górze. Wszystkie te postępowania wymagają oczywiście szczególnej ostrożności tam, gdzie choroba trwała nieco dłużej, gdzie więc jelito może być już kruche i nagle się rozerwać, przyczem prawie niepodobna byłoby zapobiedz wylaniu się kału do jamy brzusznej, czyli, co na jedno wyjdzie uniknąć śmierci operowanego. Przy takiem ostrożnem i cierpliwem postępowaniu udało się rozwikłać wgłobienie nieraz bardzo znaczne np. w przypadku prof. MIKULICZA, wynoszące przeszło 30 cent. a nawet rozerwać lekkie zrosty bez uszkodzenia jelita.

W przypadkach, w których rozwikłanie, okazało się niemożliwem, postępowali operatorowie rozmaicie. OHLE nadciął część wgłabiającą, inni jak PIROGOFF, CARRIER, BELL, TERRIER, otworzyli kiszkę nad wgłobieniem, Hnosse wyciął część wgłobioną i końce jelita zespoił szwem Lemberta; wszystkie te przypadki zakończyły się śmiercią. Zdaje mi się, że postępowanie powinno być różne, według miejsca rozciągłości wgłobienia i stanu kiszki. Przy rozległem wgłobieniu kiszki grubiej, i zgorzeli części wgłobionej otwierał kiszkę nad wgłobieniem i czekał dobrowolnego oddzielenia się części zgorzelinowej. Przy wgłobieniach ki-

szki cienkiej lubo te rzadko się zdarzają, przy małej rozległości tegoż, najstosowniejszém mi się wydaje, po nieudanych próbach rozwinięcia, wyciąć całą część wgłobioną i następnie oba końce jelita zespoić.

Podobnie postąpiłbym, gdybym jako przyczynę niedrożności znalazł nowotwór kieszki. Dotychczas ograniczano się w takich przypadkach często tylko na utworzeniu rzyci sztucznej po nad nowotworem, kilka razy nawet i tego zaniechano. Tymczasem w najnowszych czasach mnożą się przypadki wycinania nowotworów przewodu pokarmowego coraz bardziej a wyniki tego postępowania, są jak to widzieliśmy wyżej wcale zachęcające. Oczywiście jeżeli nowotwór jest zbyt rozległy, natenczas musimy się ograniczyć na utworzeniu sztucznej drogi dla zawartości jelitowej.

We wszelkich innych przypadkach, mianowicie tam, gdzie siedlisko i przyczyna niedrożności są nieznane, najodpowiedniejszém wydaje mi się to postępowanie, jakiego użył prof. MIKULICZ w opisanym wyżej przypadku. Po otwarciu jamy brzusznej i zabezpieczeniu się od wypadnięcia jelit, szuka się wprowadzoną do jamy brzusznej ręką, siedziby niedrożności tam, gdzie najczęściej zdarzają się przepukliny wewnętrzne, zatem koło dwunastnicy, kieszki ślepej i zgięcia esowatego, otworu owalnego i kulszowego. Przy tém szukaniu, można téż natrafić na postronek uciskający jelita, jeżeli taki się znajduje. Jeżeli badanie to nie doprowadzi do skutku, natenczas pomocnik chwyta jedną ręką pierwszą lepszą rozдутą pętlę, a operator zaczynając od tego miejsca, wyciąga coraz dalej pętlę za pętlą, które asystent drugą ręką natychmiast odprowadza do jamy brzusznej, trzymając ciągle tę część, od której zaczęto to przesuwanie. Wprawdzie z początku nie wiemy, czy się zbliżamy, czy oddalamy od przeszkody, jednak możemy się o tém przekonać wkrótce, gdyż w razie oddalania się od miejsca zaciśniętego natrafiać będziemy na pętlę jelita coraz mniej zmienioną, mniej zaczerwienioną i mniej rozдутą. W takim razie cofamy się do punktu wyjścia i przesuwamy jelita

w kierunku przeciwnym. Im bardziej zbliżamy się ku przeszkodzie, tem przesuwanie musi być powolniejsze i ostrożniejsze, przy najmniejszym oporze przestajemy pociągać jelita, a natomiast rękę posuwamy wzdłuż nieruchomej pętli. Tym sposobem możemy łatwo znaleźć przeszkodę i uniknąć uszkodzenia jelita.

Dalsze postępowanie zawisło oczywiście od rodzaju znalezionej przeszkody. W każdym jednak razie należałoby miejsce niedrożności jeszcze przed usunięciem przeszkody dokładnie odsłonić, aby się przekonać czy jelito nie uległo już zgorzeli i czy nie grozi przerwanie jelita przy usiłowaniu uwolnienia go. Gdyby to miało miejsce, toby trzeba ucisnąć jelito powyżej i poniżej miejsca podejrzanego jakimkolwiek z używanych sposobów, osłonić je grubą warstwą gazy jodoformowej i tym sposobem zabezpieczyć się, o ile możności od wypływu kału do jamy brzusznej. Znaleziony postronek należy przeciąć między dwiema podwiązkami; w żadnym przypadku postępowanie to nie natrafiło na znaczniejsze trudności. Węzły i skręcenie dały się również w wielu przypadkach usunąć bardzo łatwo. Czasem jednak było to tak trudnym, że musiano powiększyć cięcie w ścianach brzusznych aż poza pępek i znaczną część jelit wydobyć na zewnątrz. Podobnie dziać się będzie, gdy przyczyną niedrożności będą zrosty jelit z częściami położonemi w głębi miednicy. Rozdęte mocno kiszki uniemożliwiają dostęp do głębszych części, tak że ich wyjęcie z jamy brzusznej może być konieczne. W takim razie najlepiej zawinąć jelita w płaty leżące w ciepłym 1% kwasie karbolowym; serwety te nie powinny być zbyt mokre ani zanurzone w mocniejszym kwasie z obawy, aby zbyt wielka ilość karbolu nie została wessaną; z tego samego powodu nie odpowiednią wydaje mi się gaza jodoformowa, z której zbyt dużo proszku jodoformowego może się przykleić do jelit a oddalenie go jest niepodobne. Zawinięte w ten sposób jelita podtrzymuje pomocnik w rękach, aby przez swój ciężar nie ciągnęły zbyt mocno za krętkę. Przy

takiem postępowaniu jelita mogą leżeć długi czas na zewnątrz jamy brzusznej, nie doznając zmian ważniejszych. Wspomina o tём BOECKEL a ja sam przekonałem się naocznie w przypadku operowanym przez WOELFLERA, (dotychczas nie ogłoszonym), w którym jelita w powyższy sposób zawinięte, leżały przeszło godzinę na rękach pomocnika, i po odwinięciu wyglądały zupełnie nie zmienione, bez śladu nastrzyknięcia lub jakiegokolwiek wypociny na powierzchni. Wniosek MOSENGEILA (48), aby wyjęte z jamy brzusznej jelita zanurzyć w jakimś płynie niedrażniającym, i tym sposobem uchronić je od wpływów zewnętrznych, nie znalazł dotychczas o ile mi wiadomo, zastosowania w praktyce i pewnie go nie znajdzie, wobec niemożności zanurzenia rozdętych gazami jelit w jakimkolwiek płynie i wobec znacznie wygodniejszego i przynajmniej równie dobrego zawinięcia jelit w wilgotne ciepłe płaty.

Jeżeli zwężenie lub skręcenie nie da się mimo wszelkich usiłowań rozwikłać, natenczas probować trzeba innego środka w celu przywrócenia drożności. REALI (Nr. tab. 21) w podobnym przypadku przeciął pogmatwane jelita, a następnie po usunięciu przeszkody takowe zespoił. Pomysłny wynik tego postępowania, zachęcić może do naśladowania. Inni jak MYNTHER tworzyli przetokę międzyjelitową, łącząc ze sobą dwie pętle pod i nad zwężeniem. Operowany zmarł w 40 godzin. Przy wydoskonalonej obecnie technice gastroenterotomii WOELFLERA, postępowanie to mogłoby dać w odpowiednim przypadku dobre wyniki. Wreszcie HAKEN (33) w rozprawie swój o przepuklinach zaleca w razie niemożności usunięcia przeszkody, przeciąć rozdętą, a zatem nad przeszkodą położoną pętlę, oba końce po uwolnieniu ich na małej przestrzeni od krézki ułożyć jakby lufy dubeltówki i tak wszyć w otwartą próżną pętlę. Postępowanie to nie znalazło dotychczas zastosowania u człowieka, nie możemy więc sądzić o jego praktyczności. Jeżeli w pewnej części jelita znajdziemy ciężkie zmiany w odżywianiu, tak że zgorzel w tём miejscu jest niunikniona, natenczas naj-



stosowniejszém mi się wydaje wyciąć całą podejrzaną część kiszki, zabezpieczywszy się poprzednio od dostania się kału do jamy brzusznej. Jeżeli przy operacji znajdziemy już kał w jamie brzusznej, natenczas musimy wynaléźć miejsce przedziurawienia, całą okolicę wyczyścić jak najdokładniej, a względnie wypłukać całą jamę brzuszną ciepłym roztworem środka antyseptycznego nietrującego np. tymolu, który zatem należałoby mieć w pogotowiu w przypadkach, gdzie podobnego powikłania możemy się spodziewać,—a dalej postępować tak samo, jak gdyby jelito było zgorzelinowe lecz jeszcze nie przebite, zatem wyciąć całą część chorą z następnym zespojeniem jelita, lub téż przymocować ową pętlę w dolnym końcu rany skórnej, a istniejący otwór zużytkować do odprowadzenia zawartości kiszki na zewnątrz. Nadzieja ocalenia chorego jest jednak w takich razach, jeżeli nie żadna, to przynajmniej bardzo mała. Z pomiędzy chorych, u których według przytoczonej tablicy znaleziono kał w brzuchu ani jeden nie wyzdrowiał. Po usunięciu przeszkody, zwłaszcza jeżeli nią był postronek otrzewnej, dobrze jest, jak na to zwrócił już uwagę CLAUDOT (Revue de chir. 1881 N. 8) przekonać się, czy przypadkiem niema drugiego postronka lub innej przyczyny niedrożności, gdyż inaczej można się narazić na tę niespodziankę, że przy sekcji znajdzie się przeoczony postronek lub zwężenie (porównaj Nr. tablicy 57, 86, 93, 108, 173).

Wreszcie nasuwa się pytanie, co mamy robić, aby zapobiedz powtórnemu wystąpieniu téj samej przyczyny niedrożności. Chcąc temu zaradzić, można oczywiście np. cały postronek wyciąć tuż przy jego przyczepieniu, otwór w sieci lub kiszce można zaszyć, uciskające narządy brzuszne przyszyć do ściany brzusznej jak to np. zrobił KOEBERLÉ z przechyloną w tył macicą. W celu zapobiegnięcia powtórnemu wystąpieniu wgłobienia lub skręcenia, radzi ROSSER (Centrbl. für Chir. 1883 Nr. 43) przyczepić największą ruchomą część kiszki kilku szwami do ściany brzusznej.

Kilkakrotnie znajdujemy wzmiankę, że odpro wadzenie wyjętych wra z i e potrzeby jelit do jamy brzusznej natrafiało na znaczne trudności, gdyż jak opisu ją autorowie, rana w ścianie brzusznej szybko się kurczyła. Powikłaniu temu, które niepotrzebnie przedłuża operację i naraża jelita na dość silne ugniatanie palcami, najlepiej zapobiedz przez cięcie od początku dość duże i głębokie uspienie chorego. W takim bowiem razie zupełnie wiotkie powłoki brzuszne dadzą się rozciągnąć dostatecznie a wprowadzenie jelit jest łatwe, zwłaszcza jeżeli uważa się na to, aby część ich zepchnąć do miednicy małej. Odpro wadzenie to będzie a t e m łatwiejsze, jeżeli udało się usunąć przeszkodę drożności, gdyż wtedy część przynajmniej gazów przesuw a się ku dołowi a napięcie kiszek się zmniejsza. W trudnych przypadkach pomagano sobie przez nakłucie jelita cienkim trójgrańcem i wypuszczenie gazów, czasem musiano postępowanie to powtórzyć w kilku miejscach, trzy razy same nakłucia nie wystarczyły i musiano rozciąć jelita, kał wypuścić, poczem ranę кишки zespojono. Dwóch z tych chorych umarło (Nr. 141, 159), jeden wyzdrowiał (Nr. 118). Są to środki niebezpieczne często i oczywiście użyć ich można tylko w ostateczności, gdyż po nakłuciu, a t e m bardziej rozcięciu jelita, kał może łatwo zetknąć się z rozleglejszą nieco częścią otrzewnej, co na dalszy przebieg może mieć wpływ bardzo niekorzystny.

Po odpro wadzeniu jelit następuje tualeta otrzewnej, dokładne zespojenie rany, na którą zakłada się opatrunek przeciwnilny, obejmujący cały brzuch i dość silnie naciskający, a to w celu unieruchomienia kiszek, poczem przenosi się chorego do ogrzanego łóżka. Z powodu silnego zwykle zapadu wskazane będzie zawsze podanie środków podniecających.

Przez cały ciąg operacji, jeszcze na jedną okoliczność trzeba zwracać uwagę więcej niż przy innych laparotomijach z powodu grożącego zapadu, mianowicie, aby nie do stała się do ustroju zbyt n i a ilość kwasu karbolowego,

dlatego gąbki powinny być dobrze wyciśnięte, kompresy wchodzące w styczność z jelitami dobrze wykręcone. Czyby rozczyń sublimatu nie mniej narażał na zatrucie, o tém nie mogę sądzić z własnego doświadczenia. Wprawdzie i przy używaniu karbolu nie znajdujemy nigdzie podania, aby zatrucie tym kwasem było powodem śmierci. Jednak w 2 przypadku prof. MIKULICZA, wystąpił wyraźnie w moczu karbol, jako objaw dość silnego zatrucia, co także mogło się przyczynić do wyczerpania sił chorąg.

Dalszy los operowanych rozstrzyga się zwykle bardzo szybko. Z. pomiędzy 103 niepomyślnych przypadków, w których czas śmierci jest podany, znajdujemy, że 57 chorych umarło już w ciągu pierwszych dwunastu, 16 w ciągu pierwszych 24 godzin, 12 żyło dwa, 3 trzy dni a u pozostałych 13 śmierć nastąpiła między 5 a 14 dniem, tylko dwaj chorzy operowani przez prof. MIKULICZA, żyli po operacyi 4 tygodnie, to też właściwie w tych przypadkach musimy uważać zabieg za zupełnie udany, gdyż chorzy zmarli z przyczyn nie stojących bezpośrednio w związku z operacyją. Z tego więc wynika, że najniebezpieczniejszym dla operowanych jest dzień pierwszy, z każdą prawie następną godziną zwiększa się prawdopodobieństwo w y l e c z e n i a.

Na zakończenie jeszcze kilka słów co do i n n y c h z a b i e g ó w c h i r u r g i c z n y c h, stosowanych przy niedrożności jelit.

Co do p r z e k l u c i a j e l i t przez ściany brzuszne, operacyi wykonanej poraz pierwszy według SPRENGLA (61) przez chirurga FRANÇOIS DE PAULE, zdania autorów są jeszcze bardzo podzielone. DEPAULT, GIRALDES, RICHET, TUEFFARD, DEMARQUAY we Francyi, SCHUII, OPPOLZER, ZEIS w Niemczech, HANCOCK, BRAXTON HIKS. BROWN, WYNNE FORT w Anglii wykonywali ją kilkakrotnie, bez żadnych złych następstw.

Już PELOUS (54) poleca częste wykonywanie punkcyi, gdyż według niego zabieg ten nigdy nie szkodzi, może pomóc, a w razie nieskuteczności nie przeszkadza w wykon-

niu innych zabiegów chirurgicznych. Również WAGSTAFFE (76) poleca punkcję jako zabieg całkiem bez niebezpieczeństwa, który zawsze sprawia choremu ulgę a czasem leczy radykalnie przez usunięcie naprężenia w jelitach. Podobnie wyraża się BOUCHUT, a zmarły zawczasie SZEPAROWICZ opisuje przypadek, z którym u kobiety 52-letniej dotkniętej ciężką niedrożnością jelit po sześciokrotném przekłuciu jelita i wyciągnięciu przyrządem Potaina treści jelita, nastąpiło zupełne wyleczenie. Natomiast inni autorowie występują stanowczo przeciw punkcyi, DIEFFENBACH w swęj chirurgii zakazuje punkcyi przy jakimkolwiek wzdęciu, tém bardziej przy niedrożności. Również VERNEUIL i PRIORRY (posiedzenie Akademii Paryzkiej z 21 Listopada 1871), uważają ten zabieg za bezkorzystny, bez ścisłych wskazań i bardzo niebezpieczny.

Sądząc a priori, musimy rzeczywiście uznać przekłucie jelita przez ściany brzuszne za zabieg bardzo niebezpieczny, który tylko przez szczęśliwy zbieg okoliczności może nie pociągnąć za sobą złych skutków, a musi on być tém niebezpieczniejszy, im jelita są bardziej rozdęte i częściowo porażone, gdyż w takim razie gazy i zawartość płynna wydobywają się z kiszek gwałtownie, łatwo więc może część płynu dostać się obok rurki trójgrańca, lub po jej wyciągnięciu do jamy brzusznej, jak tego doświadczył między innymi HUTCHINSON.—Skuteczność punkcyi w niedrożności może być także tylko przypadkową. Nie da się zaprzeczyć że np. zwężenie lub skręcenie może cofnąć się dobrowolnie, jeżeli wypróżnimy pętlę tuż nad przeszkodą położoną. Lecz z jednej strony trafienie téj właśnie pętli trójgrańcem, zależy jedynie od przypadku, a i wypróżnienie jęj przez cienki trójgraniec może być tylko bardzo niezupełne. W obec niebezpieczeństwa zatem, jakie zawsze grozi przy przekłuciu jelita, i w obec niepewnego działania czysto na oślep, sądziłbym żeby należało przy niedrożności jelit z a b i e g t e n z u p e ł n i e z a r z u c i ć i nietracąc daremnie czasu przystąpić do środka radykalniejszego.

Ważniejszą współzawodniczką laparotomii jest enterotomija, która z początkiem bieżącego stulecia od czasu polecenia jej przez MAISONNEUVA zjednała sobie tak wielkie wzięcie, że otwarcie jamy brzusznej, wyszukanie przeszkody i jej usunięcie zostało prawie zupełnie zarzucone. Zapewne enterotomija jest operacją bardzo wygodną. Nie trzeba się mozolić nad szczegółowym rozpoznaniem, dość zrobić z prawego boku małe cięcie przez powłoki brzuszne, przyczepić do nich pierwszą nadstawiającą się pętlę rozdętą, otworzyć ją i operacja jest skończona. Każdy nieuprzedzony musi jednak przyznać, że jest to operowanie na oślep. Możemy bowiem łatwo otworzyć pętlę położoną zbyt blisko dwunastnicy, kilkakrotnie nawet zdarzyły się przypadki, że otwarto jelita poniżej przeszkody, a przytem wszystkiem pozostawiamy przeszkodę drożności nie usuniętą i przypisać musimy tylko szczęściu, jeżeli n. p. naciśnięte jelito nieprzejdzie w zgorzel a kał nie wyleje się do jamy brzusznej. Powyżej starałem się wykazać, że główne zarzuty przeciw laparotomii jak niebezpieczeństwo operacji, niemożebność ścisłego rozpoznania, trudność wyszukania i usunięcia przeszkody nie mają już dziś takiego znaczenia, jakie mogły mieć dawniej. Wyniki operacji téj są dotychczas nieco gorsze niż po enterotomii (odsetka śmiertelności wynosi tu podług ADELMANNA 57%, podług CHARPENTIER 53% zatem tylko o 1 względnie 5% mniej niż przy laparotomijach robionych po 1872 r.), słusznie jednak powiada PEYROT, że dalsze postępy w niej są niemożebne, podczas gdy laparotomija przy niedrożności jelit zaczyna się dopiero rozwijać i nie ulega wątpliwości, że z czasem wyniki jej będą znacznie lepsze. Nie mogę więc zgodzić się na zdanie KROENLEINA (40), który nazywa enterotomiję najprzedniejszym środkiem przeciw niedrożności; miejsce to należy stanowczo oddać laparotomii, rozumie się z wykluczeniem tych przypadków, w których już z góry wskazana jest jedynie entero lub colotomija. W każdym innym przy-

padku niedrożności zwłaszcza niedrożności ostro występującej, laparotomija stoi na pierwszym miejscu.

Jeżeli udało mi się przekonać o tém choć kilku z czytelników, będących dotąd przeciwnego zdania, to praca moja nie jest bezkorzystną.

---

## L I T E R A T U R A.

Oprócz przytoczonych w tablicach rozpraw.

1. ADELMANN. Beiträge zur chirurgischen Pathologie und Therapie der Ernährungsorgane. *Prager Vierteljahrschrift* tom II 1863.

2. ADRIANI. La chirurgia nella occlusione intestinale. *Lo sperimentale* 1874 settembre.

3. ANGER. De l'étranglement intestinal. *Thèse de Paris* 1865.

4. ASHURST. On laparotomy as a remedy for intussusception. *Amer. Journ. of med. scien.* 1874 July.

5. BESNIER. Étude sur le diagnostic et le traitement de l'occlusion de l'intestin. *Thèse Paris* 1857.

6. BILLROTH *Chirurgische Erfahrungen.* Zürich 1860—1867. *Langenbecks Archiv* tom X str. 511.

7. BRYANT. On the surgical treatment of intestinal obstructions with two cases of enterotomy. *The Lancet* 1878 tom I str. 874 in a st.

8. BUCH Ueber die Behandlung des Ileus mit Massage. Berlin. *Klin. Wochenschr.* 1880 Nr. 41.

9. BOINET. De la gastrotomie dans les cas de lésions et d'étranglement de l'intestin. *Gaz. méd. de Paris* 1874. N. 43, 45, 47 et *supplém. au 47.*

10. BETY. Zur Diagnose und Therapie innerer Darmverschliessungen. *Memorabilien* VI.

11. BITOT. Ueber die Arten der inneren Einklemmung, welche die Gastrotomie erheischen. *Journal de*

Bordeaux. 1850 Septembre; refer. Schmidt. Jahrb. tom 70 str. 347.

12. E. CRISP. Ueber Verstopfungen des Darmkanals und die Anwendbarkeit der Gastrotomie in einigen solchen Fällen. London med. Examiner 1851 July. referow. Schmidts Jahrb. tom. 72 str. 324.

13. CORRADI Sull invagimento cronico. Lo sperimentale 1880 I.

14. CHARPENTIER. De l'intervention chirurgicale dans les étranglements internes. Thèse de Paris 1870.

15. CHEEVER DAVID. On operation to relieve obstruction of the bowels. The Boston med. and surg. Journ. tom 89. N. 17.

16. DELAPORTE. De la gastrotomie dans les étranglements internes. Thèse de Paris 1872.

17. DOLINGER. De l'intervention chirurgicale dans les occlusions intestinales. Thèse de Paris 1872.

18. DUPLAY. Du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale. Arch. gén. de méd. 1879 I str. 709.

19. DUPUYTREN. Leçons orales de clinique chirurgicale. Paris 1839. III str. 627.

20. DURAND. De l'étranglement interne. La gastrotomie peut-elle être employée pour sa guérison? Thèse de Paris 1835.

21. DIEFFENBACH. Die operative Chirurgie. Lipsk 1848 rozdział 133 i 135.

22. DONAUD. Du traitement chirurgical de l'obstruction intestinale. Le Bordeaux médical 1878 sept. 21.

23. DUCHOSSOY. Memoires sur les relations des hernies avec les étranglements internes. Arch. gén. de méd. 1860 luty i marzec.

24. FAGGE On intestinal obstructions. Guy's hosp. rep. XIV str. 272—375.

25. FRÄNZEL. Enterotomie bei Ileus. *Virch. Arch. tom 49 str. 164.*

26. FOURNIER et OLIVIER. Note sur un cas d'étranglement interne qui fut pris pour un cas de cholera epidémique. *Mém. de la soc. de Biol. Paris 1867.*

27. HEISE. Beitrag zu Ileus. *Diss. inaug. Berlin 1880.*

28. HOLMER. An Laparotomie eller enterotomie i Tølfælde of ileus. *Nord. med. Archiv. tom 6 Nr. 29 referow. Canstatt Jahrb. 1874 II. 567.*

29. HOUEL de l'étranglement interne. *Monit. des sciences méd. et pharm. 1860 N. 15 — 26.*

30. HUTCHINSON. On intestinal obstructions. *Gastrotony and abdominal taxis. Med. Times and Gaz. 1858 I 405.*

31. HINTON. A case of intestinal obstruction from internal strangulation with a table of cases. *Assoc. med. Journ. 1853 Maj. 20.*

32. HAUSEN. Ueber Ileus. *Archiv für Heilkunde 1864 str. 111.*

33. HAKEN. Allgemeine Bemerkungen zu den Hernien und Laparotomie mit Darminplantation. *Diss. inaug. Dorpat 1861.*

34. HEIDINGER. Die Laparotomie bei Darmocclusion. *Diss. inaug. Dorpat. 1861.*

35. HEIBERG. Ueber innere Incarcerationen. *Virch. Arch. tom 54 str. 30.*

36. JURÉ. Die behinderte Entleerung des Darms und ihre chirurg. Behandl. *Wiener med. Blätter 1878 N. 10—15.*

37. KLOB. Vortrag über innere Incarcerationen. *Anzeiger der Gesell. der Aerzte in Wien 1876 N. 12.*

38. KUTTNER. Ueber innere Incarcerationen. *Virch. Arch. tom 43 str. 478.*

39. KRAUSSOLD. Ueber Laparotomie wegen innerer



Einklemmung des Darmes auf Grund eines operirten Falles. *Centralbl. f. Chir.* 1878 N. 44.

40. KRÖNLEIN. Ueber die chirurgische Behandlung des Ileus. *Correspbl. für Schweizer Aerzte* 1882 N. 15.

41. LEICHTENSTERN. Ueber Darminvagination. *Prager Vierteljahrsschrift* tom 12 str. 82.

42. LEICHTENSTERN. Darmverschlussung. *Ziemszen 2 wydanie zeszyt 19 str. 401.*

43. LEOPOLD. Ueber die Massenreduction der Hernien und den Bruchschnitt. *Tübingen* 1858.

44. LOBSTEIN. *De strangulationibus intestinorum in cavo abdominis* 1776.

45. LE DENTU. Des conditions de succès de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale. *Journ. de Therap.* 1876 N. 13—15.

46. LARGNIER. Étude sur le diagnostic et le traitement chirurgical des étranglements internes. *Paris* 1870.

47. MOSENGEIL. Kleinere Mittheilungen aus der chir. Klinik zu Bonn. *Langenbeck Archiv.* XII str. 75.

48. MOSENGEIL. Mittheilungen aus der chirurg. Klinik zu Bonn. *Langenbeck Arch.* XII str. 1054.

49. M. MULLER. Zur Technik der Enterotomie. *Langenbeck Arch.* XXIV str. 176.

50. MOSLER. Ueber Ileus. *Arch. für Heilkunde* 1864 str. 111.

51. MESSINGER. Treatment of intestinal obstructions. *Brit. med. Journ.* 1879. I.

52. MAYDL. Ueber den Darmkrebs. *Wien* 1883.

53. PFEIFFER. *De Leparotomia in vulvulo necessaria.* Diss. inaug. *Marburgi* 1843.

54. PELOUS. Les divers traitements de l'occlusion intestinale. *Thèse Strasbourg* 1859.

55. PHILIPPS. Observation on intestinal obstructions depending on internal causes and the means to. employed for their relief. *Med. Chir. Transact.* tom XXXI.

56. PIROGOFF. Ueber die Erscheinungen verschiedener pathischer Processe unter einer Form, oder eines Processes unter verschiedenen Formen und über Ileus insbesondere. Vermischte Abhandl. aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellsch. pract. Aerzte zu St. Petersburg. 8 Samml. Lipsk 1884.

57. PUGLIÈSE. Quelques considerations sur l'etranglement interne et son traitement chirurgical. Lyon méd. 1879 N. 36.

58. PILY. Zur Invagination im Kinderalter. Jahrb. für Kinderheilkunde III 6.

59. PEYROT. De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Paris 1880.

60. REMBOLD. Ein Fall von Achsendrehung des Duodenum. Oester. Zeitschr. f. prakt. Heilkunde 1865 N. 6.

61. SPRENGEL. Geschichte der Chirurgie II 758.

62. SALVATORE. Occlusione completa dell intestino vinta da una manuale operazione. Annale univ. di med. e chir. 1875 G i n g u r.

63. STREUBEL. Beiträge zur Erkennung und Behandlung der inneren Darneinklemmungen. Prager Vierteljahrschr. 1854 I str. 78.

64. SZEPAROWICZ. Zastosowanie przyrządu Potaina w volvulus. Dwutygodnik medycyny publicznej 1877 N. 11.

65. SANDS. On the treatment of intussusception, gastrotomy. New York med. Journ. 1877 Juni.

66. SAVOPAULO. Etranglement interne et ses traitements. Thèse de Paris 1854.

67. TREITY. Hernia retroperitonealis. Praga 1857.

68. TEALE. On exploration of the abdomen in obstruction of the bowels. Brit. med. Journ. 1879 sty-czeń 11.

69. H. O. THOMAS. The past and present treatment of intestinal obstructions reviewed. 2 edit. 8 London.

70. TILLAUX. Du traitement des étranglements internes. Bull. gén. de thérap. 1870 marzec, kwiecień.

71. TÜNGEL. Zwei Fälle von Enterotomie. Langenbeck Arch. I 345.

72. ULMER. Ueber innere Einklemmung und ihre Behandlung. Frorieps Notizen 1879 182.

73. UHDE. Chir. Behandlung innerer Einklemmungen. Pith. Billroth. tom III. 1877.

74. VASSOR. Etranglement interne et des operations, qui lui sont applicables. Thèse de Paris 1852.

75. VAN NES. Der Volvulus der Kinder. Ein Beitrag zur Diagnose und Würdigung der gegen obiges Uebel in Vorschlag gebrachten Laparotomie. Hannov. Annalen. 1837. 2.

76. WAGSTAFFE. A case of intestinalobstruction with remarks on tapping the intestine. St. Thomas. Hosp. rep. 1877 311.

77. WACHSMUTH. Ileus und Enterotomie. Virch. Arch. tom XXIII. 128.

78. WEIL. Zur Laparotomie bei innerer Einklemmung. Prager med. Wochenschr. 1878 Nr. 31, 32.

# U ZAWARTOŚCI TŁUSZCZO

W KALE NOWORODKÓW

i o wessaniu tłuszczu w ich przewodzie pokarmowym

NAPISAŁ

**Julijan Kramsztyk.**

---

Nauka o żywieniu dzieci w ostatnich dopiero latach wstąpiła na właściwą drogę. Nie mając dokładnego pojęcia o działalności wydzielin przewodu pokarmowego u dzieci, jakoteż o różnicy, zachodzącej między trawieniem u dzieci i dorosłych, chciano stosować ogólne wiadomości o dyjetyce i do dzieci. Ztąd pochodzi np. wprowadzenie w użycie u noworodków krochmalu w różnej postaci, jakoteż liczne błędne pojęcia co do żywienia mlekiem, tak pod względem rozcieńczania, jakoteż wyboru mleka niektórych zwierząt i t. p.

Dla powzięcia dokładnych wiadomości o wartości pokarmów, pierwszym staraniem musi być zbadanie, o ile takowy ulega strawieniu, a nie zostaje wydzielony z kałem w pierwotnej, lub mniej albo więcej zmienionej postaci.

W mleku, obok cukru i soli, ulegających łatwo wessaniu, zwrócić należy pod tym względem uwagę głównie na sernik i tłuszcz. Co do pierwszego, jest już dziś wiadomem, że jeżeli wydziela się on z kałem, to ma to miejsce

tylko w nieznacznej ilości i głównie w stanie chorobnym <sup>1)</sup>. Inaczej rzecz się ma z tłuszczem. Przy żywieniu nawet jedynie za pomocą mleka matczynego, które zawiera tłuszcz w drobnej, zawieszonyj postaci i, jak zwykle przyjmują, łatwiej do strawienia, znaczna część jego jednakże nie zostaje strawioną, lecz wydziela się już to w postaci niezmiennego tłuszczu, już też jako wolne kwasy tłuszczowe, lub w połączeniu z zasadą jako mydło.

Dotąd nie posiadamy jeszcze dokładnych danych, do oznaczenia granic, w jakich waha się zawartość tłuszczu w kale w warunkach normalnych, i nie wiadomo jaką zawartość tłuszczu uważać już należy za patologiczną. Oprócz jednej analizy wykonanej przez SIMONA <sup>2)</sup>, nie było do 1875 r. żadnych nowych badań nad tym przedmiotem. Podręczniki fizjologii i chemii lekarskiej, wcale tej kwestyi nie dotyczą, albo też powtarzają cyfrę podaną przez SIMONA. Ten ostatni wykonał jedną tylko analizę kału sześciomiesięcznego dziecka, niemożna więc tego uważać za typowy obraz trawienia ssawców w pierwszym roku życia. Po wyciągnięciu z kału tłuszczu za pomocą eteru, alkohol zakwaszony kwasem siarczanym wydobyl znaczna ilość biliwerdyny. Po wyciągnięciu tej pozostałości jeszcze raz eterem, znalazł znowu dosyć znaczna ilość tłuszczu. W 100 częściach suchego kału znalazł SIMON

Tłuszczu . . . . .	52,00
Barwnika żółciowego w połączeniu z tłuszczem . . .	16,00
Śluzu i sernika. . . . .	18,00
Wody i strata . . . . .	14,00
	100,00

<sup>1)</sup> WEGSCHEIDER. Die normale Verdauung bei Säuglingen 1875 str.12.

UFFELMANN. Ueber das Mikroskopische und chemische Verhalten der Fäces natürlich ernährter Säuglinge Arch. f. Klin. Med. Bt. XXVIII str. 458.

<sup>2)</sup> FR. SIMON. Handbuch der angewandten Medic. Chemie Bd. II str. 18.

LEHMAN, KUHNE, GORUP-BEZANEZ i HOPPE-SEYLER w podręcznikach Chemii lekarskiej podają tylko, że ilość tłuszczu w kale noworodków jest bardzo znaczną, nie określając jej bliżej. Podobnie MONTI <sup>1)</sup> i WIDERHOFFER <sup>2)</sup> podają jedynie jakościową analizę kału, zaznaczając w ogólności znaczną zawartość tłuszczu.

KLETZIŃSKY <sup>3)</sup> również znalazł w kale dziecka do-  
tkniętego krzywicą, znaczną ilość tłuszczu, nie oznaczył jej jednak ilościowo.

VIERORDT <sup>4)</sup> podaje, że w kale ssawców znajduje się tłuszcz w postaci mniejszych lub większych kropli, które przy zmieszaniu kału z wodą zbierają się na powierzchni.

Pierwsze dokładniejsze dane co do tego przedmiotu znajdujemy u WEGSCHEIDERA <sup>5)</sup> w pracy wykonanej w pracowni HOPPE-SEYLERA. Autor badał wypróżnienia dzieci 4—6 miesięcznych. Zaznaczając, że białawe kłaczkki, jakie zwykle w kale dzieci się znajdują, a dotąd za sernik uważane były, składają się przeważnie z tłuszczu, W oznaczył, że złożony jest on z oleiny, palmityny i stearyny a zapewne także ze związków glicerynowych niższych kwasów tłuszczowych, znalazł on oprócz tego wolne kwasy tłuszczowe i znaczne ilości mydła, jakoteż cholestearynę.

Ilościowa zawartość tłuszczu okazuje się u WEGSCHEIDERA bardzo rozmaita, z 10 analiz średnio 1,44%, najmniejsza 0,54%, największa 2,33%, czyli obliczając w stosunku do suchego kału, średnia zawartość tłuszczu była około 9%, najmniejsza 4%, największa 16%, nie

<sup>1)</sup> ALOIS MONTI. Jahrbuch für Kinderheilk. N. F. Bd. 1 str. 299.

<sup>2)</sup> WIDERHOFFER. Ibid. Bd. IV str. 249.

<sup>3)</sup> Fäcalmassen eines rhachitischen Kinder. Helleris Arch. 1852.

<sup>4)</sup> Physiol. des Kindesalters w Gerharda Hand. der Kinderheilk. 1877. Bd. 1 str. 119.

<sup>5)</sup> Ueber die normale Verdauung bei Säuglingen Berlin 1885 str. 13, 23 i nast.

Pam. T L. t. 80. Z. I.

przyjmując pod uwagę kwasów tłuszczowych, w postaci mydła się znajdujących. Jakkolwiek dzieci te miały być karmione jedynie mlekiem, WEGSCHEIDER przypuszcza, że w niektórych przypadkach dodawano pewne pokarmy do mleka. W ten sposób tłumaczy on znaczne wahania w zawartości tłuszczu.

Znacznie różny wynik pod względem zawartości tłuszczu w kale niemowląt znalazł prof. FORSTER <sup>1)</sup>. U dziecka zdrowego i dobrze rozwijającego się, karmionego sztucznie jedynie mlekiem krowim w ilości 1100 — 1200 cc. z dodatkiem  $\frac{1}{4}$  cz. wody ryżowej (*Reiswasser*), nie znalazł zupełnie białka ani cukru natomiast znaczne ilości tłuszczu i kwasów tłuszczowych 30 — 40% suchego kału, obok obfitej ilości soli, około 34%. Odżywianie dziecka odbywało się przytem bardzo dobrze, a przyrost tygodniowy wagi dziecka wynosił około 150 grm. Analizę kału wykonywał FORSTER u tego dziecka codziennie w ciągu 11 dni. W 1879 r. BIEDERT <sup>2)</sup> ogłosił pracę swoją o rozwolnieniu tłuszczowem (*Fettdiarrhöe*), w której zwraca uwagę, że istnieje osobna forma rozwolnienia u dzieci, tak karmionych sztucznie, jak i u ssawców, polegająca na znacznej zawartości tłuszczu w kale. BIEDERT sądzi, że nie powstaje ona wskutek zawartości tłuszczu w mleku matczynem w postaci mniej lub więcej wielkich kulek tłuszczowych, jak to przypuszczał FLEISCHMANN <sup>3)</sup>, ale raczej od zawartości nadmiernych ilości tłuszczu w mleku matczynem. Kilkakrotnie przy rozwolnieniu podobnem znajdował BIEDERT w mleku matki 7% tłuszczu i więcej. Główny jednak powód zbyt obfitej zawartości tłuszczu w kale stanowi zda-

---

<sup>1)</sup> Ueber die Ausnutzung der Milch im Darmkanale der Säuglinge. Mittheilungen der morphologisch-physiol. Ges. zu München Aertzl. Intelligenzblatt 1878 Nr. 12.

<sup>2)</sup> Neue Nachrichten über das Verhalten des Fettes im Kinderdarm und über Fettdiarrhöe. Jahrb. f. Kinderh. N. F. Bd. XIV str. 336.

<sup>3)</sup> Klinik der Pädiatrik str. 55 i 56.

niem BIEDERTA, niezbyt przewlekły błony śluzowej dwunastnicy z obrzmieniem miejsca, w którym wlewają się przewody trzustkowy i żółciowy, w skutek czego soki niezbędne do ułatwienia wessania tłuszczów nie mogą wywrzeć swego wpływu. BIEDERT podaje 30 pojedynczych analiz kału dzieci zdrowych i chorych, z których okazuje się, że u dzieci zdrowych, albo powracających do zdrowia zawartość tłuszczu wynosi 3,8%—20,3% suchego kału, średnio 9,73%; u dzieci ze zwykłym rozwolnieniem 13,79 do 38,4% średnio 23,97%, natomiast u dzieci z rozwolnieniem tłuszczowem 41,17%—67%, średnio 53%.

Zwrócić tu należy uwagę, że z powyższych dzieci tylko troje i to chorych było karmionych piersią matczyną i u tych ilość tłuszczu była znacznie większą (16,6%—28,1%—45,7%—49,3%), pozostałe wszystkie były karmione sztucznie za pomocą t. z. m i e s z a n i n y ś m i e t a n k o w é j BIEDERTA (*Biedert's Künstliche Rahmgemenge*), w której zawartość tłuszczu była dowolnie zmniejszoną. We wszystkich mianowicie przypadkach, w których zawartość tłuszczu była bardzo małą, niższą niż 10%, dzieci żywione były mieszanką, zawierającą mniej niż 1%, niekiedy nawet  $\frac{1}{4}$ % tłuszczu. Jeżeli więc praca powyższa może nam dać pewne wskazówki co do zawartości tłuszczu w kale niemowląt w stanie chorobnym, to nie przedstawia żadnych danych co do normalnego stosunku u dzieci karmionych mlekiem kobiecym, albo krowiem. U żadnego dziecka nie wykonał BIEDERT więcej niż jedną, lub dwie analizy. Oprócz tego sposób wykonania analizy przez BIEDERTA przedstawia pewne niedokładności. Rozpostarłszy kał w zważonym filtrze, BIEDERT suszy takowy, poczem kilkakrotnie przemywa go eterem, a wyciąg eteryczny jako tłuszcz oznacza. Nie uwzględniając więc zawartości innych składników np. cholestearyny, BIEDERT nie przyjmuje również pod rachubę kwasów tłuszczowych, zawartych w kale w postaci mydła. Nie proszkuje on również kału, w skutek czego nie przed-



stawia dostatecznej pewności, że cały tłuszcz z wysuszonych grudek kału wyciągniętym został.

Dokładniejsze i pewniejsze dane, dotyczące naszego przedmiotu przedstawia praca prof. UFFELMANN z Rostocku <sup>1)</sup>. Oznaczał on zawartość tłuszczu w przeciągu dłuższego czasu w kale dzieci w pierwotnym roku życia. Sześcioro z tych dzieci karmionych było jedynie piersią matczyną, dwoje mlekiem krowim rozcieńczonym, a jedno mączką Nestlé. Z analiz UFFELMANN okazuje się, że u dzieci zdrowych, karmionych jedynie piersią matki zawartość tłuszczu jest dosyć różną, ale u pojedynczych osobników ilość ta podlega nieznacznym tylko wahaniom i tak u jednego dziecka ilość tłuszczu wahała się w granicach od 16,3% do 20,2% suchego kału, średnio 18,2%, u drugiego 13,7—15,1% średnio 14,3%, u trzeciego 12,9% — 17,4%, średnio 14,8%, u czwartego jedna tylko analiza wykazała zawartość tłuszczu 10%, u piątego 11,9%—13,6% średnio 12,2%, nakoniec u szóstego 16,5%—37% średnio 27,2%. Natomiast przy najmniejszych zaburzeniach trawienia, wessanie tłuszczu odbywa się daleko trudniej, powiększając zawartość tłuszczu w kale do 35% i 40%, już przy prostem ząbkowaniu, zawartość tłuszczu znacznie się zwiększa. UFFELMANN sądzi, że 20% zawartości tłuszczu uważać jeszcze należy za normalną.

U dzieci żywionych sztucznie za pomocą mleka krowiego z wodą, stosownie do zawartości tłuszczu w mleku znalazł UFFELMANN raz 14,3%—25,8% tłuszczu, drugi 10,4—11,5%, w pierwszym razie mleko użyte na pokarm zawierało 3,65% tłuszczu, w drugim 2,5%

<sup>1)</sup> UFFELMANN. Ueber den Fettgehalt der Fäces gesunder Kinder des ersten Lebensjahres und über die Ausnützung des Fettes seitens derselben bei verschiedener Ernährung (Arch. f. Kinderheilk. II Bd. str. 1) i tegoż autora „Untersuchungen über das mikroskopische und chemische Verhalten der Fäces natürlich ernährter Säuglinge und über die Verdauung der einzelnen Nahrungsbestandtheile seitens derselben (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. XXVIII str. 437).

Z obliczeń UFFELMANNA wynika, że z tłuszczu, wprowadzonego z mlekiem matki do żołądka, tylko 2,2% wydanych zostało z kałem, u dzieci karmionych mlekiem krowim, tłuszcz nie tak dobrze był assimilowany: raz 5,1%, drugi raz 2,6% wydalone zostało. Ponieważ wszakże zawartości tłuszczu w mleku matczym, autor nie oznaczał w żadnym przypadku, a oblicza ją średnio na 2,5%, z tego powodu cyfrą tym tylko bardzo przypuszczalną wartość przypisać można.

Nakoniec u dziecka, żywnego jedynie za pomocą mączki Nestléa zawartość tłuszczu wahała się między 4,7% a 5,3% suchego kału. Z obliczenia ilości wprowadzonego z tym pokarmem tłuszczu okazuje się, że 92,9% wessanych zostało w przewodzie pokarmowym.

UFFELMANN zwraca szczególną uwagę, oprócz zawartości tłuszczu, na obecność kwasów tłuszczowych, które w postaci mydła, mianowicie jako związki z wapnem niekiedy w znacznej ilości w kale się wydzielają. Z sześciu analiz, jakie w kale dwojga dzieci, karmionych piersią matki, wykonał, ilość ta wynosi średnio 1,1% suchego kału, wahania wynosiły 0,8—1,5%.

Na powyższych danych ograniczają się wiadomości dotychczasowe o zawartości tłuszczu w kale dzieci i o wessaniu tłuszczu w ich kanale pokarmowym. Kilka analiz dawniejszych, wykonanych raz lub kilka razy, mało przedstawiają materiału; praca BIEDERTA, jak z powyższego widać, daje jedynie pewne wiadomości co do tej kwestyi w stanie chorobnym i prawie jedynie przy karmieniu sztucznym za pomocą mieszanki śmietankowej. Jedynie tylko praca UFFELMANNA przedstawia pewniejsze dane o wessaniu tłuszczu i zawartości jego w kale niemowląt. Jednakże i ta zawiera bardzo skąpy materiał. Tylko u jednego dziecka wykonał on jedenaście analiz w ciągu pierwszych 25 tygodni życia, u drugiego 5 analiz od 32—39 tygodni życia, u trzeciego 6 analiz od 18—21 tygodnia, u czwartego jedną analizę w piątym tygodniu życia, u piątego 4 analizy od

14—16 tygodnia, u szóstego 6 analiz w 2-gim i 3-cim tygodniu.

Co do dzieci, karmionych sztucznie za pomocą mleka krowiego, UFFELMANN podaje dwie tylko krótkie obserwacje przy rozmaitem rozcieńczeniu mleka za pomocą wody i kleiku. Przytém UFFELMANN nie uwzględnia zupełnie zawartości tłuszczu w mleku matki i z tego powodu cyfry jego, oznaczające procentową zdolność wessania tłuszczu w kanale pokarmowym mają wartość przybliżoną.

W obec będącej wciąż na porządku dziennym kwestyi karmienia niemowląt, w obec bardzo częstiej niezgody autorów co do zalecania mniej lub więcej tłustego mleka, w obec wreszcie wprowadzenia do podręczników pedyjatrii osobnej choroby „rozwolnienie tłuszczowe“, sędzę, że kwestyja wessania tłuszczu u dzieci w stanie normalnym nie jest przez powyższe prace dostatecznie rozjaśnioną. Mając zamiar zająć się bliżej tym przedmiotem, postanowiłem wykonać analizę kału ze względu na zawartość tłuszczu u pewnej liczby dzieci zdrowych i karmionych jedynie piersią matczyną, lub też jedynie mlekiem krowiem, w ciągu pierwszego roku życia w pewnych stałych odstępach czasu. Jednocześnie dla nabrania pojęcia, o ile zawartość tłuszczu w kale zależy od mniejszej albo większej obfitości jego w mleku i jaki mianowicie zachodzi stosunek między ilością tłuszczu, wprowadzoną codziennie do organizmu dziecka i wydalaną w kale, czyli o ile tłuszcz ulega wessaniu w kanale pokarmowym noworodków, oznaczałem za każdym razem, o ile to było możliwem, zawartość tłuszczu w mleku matki, lub w mleku krowiem, jakim dziecko było żywione.

Przeprowadzenie w praktyce powyższych zadań okazało się jednak trudniejszym, niżeli z początku myślałem. Jedyne szpital warszawski, w którym znajdują pomieszczenie niemowlęta, bardzo mało mógł dostarczyć materyjału, z powodu, że największa część dzieci tam umieszczonych, jest chorą. zdrowe zaś bardzo prędko oddawane są na wieś

na mamki. Oprócz tego z powodu nadmiernej ilości dzieci w stosunku do mamek, zwykle jedna mamka karmi dwoje lub więcej dzieci, a dla braku pokarmu dodają im zażywienie mleko krowie rozcieńczone. Dla tego też, pomimo, że u kilkorga dzieci rozpocząłem poszukiwania tłuszczu w kale, zmuszony byłem w następstwie dalszej obserwacji zaniechać już to z powodu, że dziecko zostało wysłane na wieś, już też, że nie można było skontrolować jednostajności i ilości używanego mleka. Jedno tylko z tych dzieci udało mi się przez dłuższy czas spostrzegać. Wszystkie pozostałe spostrzeżenia moje odnoszą się do dzieci chowanych w domach prywatnych, które miałem możność często widywać, większą ich część ważyć w dniu wykonania analizy i każdą zmianę pokarmu, dodatek mleka, stan chorobny, i t. d. ściśle notować.

Dwa z tych spostrzeżeń odnoszą się do dzieci posługaczy uniwersyteckich, zamieszkałych w gmachu uniwersytetu, które w dniu wykonywania analizy do pracowni przynoszone, badane i ważone były.

Większą jeszcze trudność przedstawiało wynalezienie dzieci, karmionych jedynie mlekiem krowim bez żadnych dodatków. Udało mi się wszakże przez czas dłuższy wykonywać analizę kału u jednego dziecka, bardzo dokładnie przez jednego z kolegów w innym celu spostrzeganego i żywionego jedynie mlekiem krowim jednostajnego składu.

Metoda, jakiej się trzymałem przy wykonywaniu analiz, była następująca.

Kał możliwie prędko po oddaniu go, zwykle w ciągu 1—2 godzin, świeży ważyłem, poczem pewną ilość suszyłem w temperaturze  $100^{\circ}$ — $110^{\circ}$ , dopóki nie tracił na wadze i dokładnie rozcierałem na proszek. Manipulacja ta daje się zwykle bardzo dokładnie wykonać, tak, że kał przedstawia zupełnie sypki proszek, niekiedy tylko przy większej zawartości tłuszczu, pomimo dokładnego suszenia przedstawia dosyć zbite kłaczki, ale i te w następstwie,

traktowane eterem, spirytusem i kwasem, doskonale się rozdzielają na drobne cząsteczki, dostępne działaniu eteru.

Po sproszkowaniu odważałem znowu część kału dla poddania analizie, z powodu bowiem przylegania suchych cząstek kału do szkiełek trudno było całą ilość jego dokładnie zebrać i przenieść na filtr. Po większej części oznaczyłem oddzielnie zawartość tłuszczu w kale i oddzielnie zawartość kwasów tłuszczowych, niekiedy tylko wagę obu tych składników oznaczałem razem.

Zważoną ilość suchego i dokładnie sproszkowanego kału, przemywałem na filtrze mieszaniną eteru i alkoholu, następnie eterem z dodatkiem kwasu solnego (dla rozłożenia związków kwasu tłuszczowego z wapnem) i znowu eterem, póki kropla filtratu, wysuszona na szkiełku nie dawała żadnej pozostałości, co wymagało niekiedy długiego czasu. Roztwór ten przedstawia się zawsze mniej lub więcej żółto zielono, niekiedy mocno zielono zabarwionym. Po oddestylowaniu eteru pozostałość zubożyłem za pomocą skoncentrowanego roztworu węglanu sody, odparowywałem do suchości i, rozcieńczywszy wodą, przez mieszanie z eterem wyciągałem tłuszcz. Po ustaniu się płynu roztwór eteryczny zlewałem i zastępowałem świeżym eterem, powtarzając tę manipulację tak długo, póki eter cokolwiek wyciągał. Roztwór ten przedstawia się zupełnie bezbarwnym, albo nieco żółtawym. Połączony eteryczny wyciąg, po oddestylowaniu eteru, wysuszony dokładnie i zważony w zlewce, oznaczałem, jako wyciąg 1-y.

Następnie, zakwasiwszy kwasem solnym, uwolnione w ten sposób kwasy tłuszczowe wyciągałem podobnie eterem i po oddestylowaniu pozostałość ważyłem, oznaczając jako wyciąg 2-gi.

Dwa te wyciągi eteryczne, przed i po dodaniu kwasu solnego, przedstawiają nam zawartość głównie obchodzących nas składników kału. pierwszy tłuszczu, drugi kwasów tłuszczowych.

Ponieważ głównym celem mojej pracy było oznaczenie ilościowe zawartości tłuszczu w kale, w celu dowiedzenia się, o ile takowy, przyjęty z mlekiem nie ulega wessaniu, z tego powodu nie zajmowałem się rozwiązaniem pytania jakie tłuszcze i kwasy tłuszczowe w wyciągu eterycznym się znajdują. Sprawdziłem jedynie dane już poprzednio przez WEGSCHEIDERA <sup>1)</sup> i w ostatnich czasach przez UFFELMANNA <sup>2)</sup> znalezione, że pierwszy z tych wyciągów zawiera oprócz tłuszczu również cholestearynę, kwas mleczny, cholalowy i bilirubinę, drugi tylko kwasy tłuszczowe tak w postaci wolnej, jak i w postaci mydła w kale się znajdujące. Ponieważ wszakże wszystkie składniki pierwszego z tych wyciągów za wyjątkiem tłuszczu, znajdują się w ilościach niezmiernie małych, tak że obecność ich zaledwie niekiedy wykazać się daje, a tylko cholestearyna znajduje się w znaczniejszej, możliwej do ilościowego oznaczenia ilości, z tego powodu ilościowo tę ostatnią tylko oznaczałem. W tym celu wyciąg 1-y gotowałem ze spirytusowym roztworem potażu i po oddestylowaniu takowego i znacznem rozcieńczeniu wodą, wyciągałem dokładnie eterem, suszyłem i ważyłem. Ponieważ wszakże ilość jęj okazywała się zawsze bardzo małą, niżej 1%, a robota zbyt uciążliwą, oznaczenie to niekiedy tylko wykonywałem. Jeżeli tłuszcz i kwasy tłuszczowe oznaczałem razem, w takim razie, nie zubożając pierwotnego kwaśnego wyciągu sodą, odparowywałem go do suchości i w podobny jak powyżej sposób wyciągałem eterem całą zawartość tłuszczu i uwolnionych przez kwas solny kwasów tłuszczowych, a po oddestylowaniu eteru i wysuszeniu przy 105°—110°, wyciąg jako sumnę tłuszczu i kwasów tłuszczowych oznaczałem.

Chcąc się przekonać, o ile sposób, za pomocą którego oznaczałem ilość tłuszczu, kwasów tłuszczowych i choleste-

<sup>1)</sup> l. c. str. 15 i nast.

<sup>2)</sup> l. c. str. 453.

aryny w kale, jest dokładnym, przygotowałem sztuczną mieszaninę tłuszczu (otrzymanego z mleka), kwasów stearynowego i palmitynowego i cholestearyny i za pomocą powyższej metody oznaczałem ich ilość.

Wyniki analizy były następujące:

Użyto do mieszaniny:	Otrzymano:
Tłuszczu. . . . 2,518 grm. . . .	2,592 grm.
Mieszaniny kwasu stearynowego i palmitynowego. . . . 0,461 „ . . . .	0,375 „
Cholestearyny. . . . 0,180 „ . . . .	0,176 „

Z powyższego widać, że ilość tłuszczu wykazuje się nieco za dużą (o 2,3%), a kwasów tłuszczowych zbyt małą (81,3%). Zależy to prawdopodobnie od tego, że z tłuszczem eter wyciąga nieznaczną ilość kwasów tłuszczowych. W każdym razie z ogólnej sumy tłuszczów i kwasów tłuszczowych w ilości 2,979 otrzymano 2,967, tak że pomyłka jest bardzo małą, nie wynosi 0,5%.

Przed każdą analizą w kale świeżym oznaczałem odczyn i badałem go, jak również i wyciągi eteryczne za pomocą drobnowidza. Ponieważ jednakże nie stauowi to zadania mojej pracy, z tego powodu tylko w niektórych miejscach, w razie niezwykłej zawartości, odpowiednią notatkę robiłem i takowe w dalszym ciągu przytoczone będą. Wyciąg eteryczny pierwszy zawiera zawsze tłuszcz w postaci kul, złożonych z promienisto rozchodzących się z jednego punktu listków, lub igieł (margaryna) jakoteż pojedyncze iglasto ułożone kryształy i oddzielne niekiedy kryształy cholestearyny.

Przechodzę do przytoczenia wyników moich analiz.

## S p o s t r z e ż e n i e I-e.

Dziecko znajdujące się w oddziale dla niemowląt w szpitalu Dzieciątka Jezus, przyjęte dnia 8 Stycznia 1881

roku, licząc 21 dni, odżywiane dosyć dobrze, zdrowe, wesołe, karmione wyłącznie piersią jednej mamki, miewa zwykle dwa stołeczki dziennie.

Załączona tablica 1-a przedstawia zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych w kale. (*patrz Tabl. I. str. 108*).

Rozpatrując się w tablicy powyższej, widzimy, że dziecko to, jakkolwiek przez cały czas pobytu w szpitalu, za wyjątkiem, 2 tygodnie trwającego rozwolnienia, znajdowało się w dobrym stanie zdrowia i funkcje kanału pokarmowego odbywały się prawidłowo, jednakże waga jego, ta najdokładniejsza wskazówka odżywiania dziecka, przedstawia się w porównaniu ze znanymi tablicami BOUCHAUD i FLEISCHMANNA <sup>1)</sup> bardzo małą, również przybytek na wadze, jakkolwiek stale postępujący, bardzo niedostatecznym. Stan ten wyjaśnić się daje łatwo warunkami odżywiania i pomieszczenia w oddziale dla podrzutków, gdzie dwoje albo więcej dzieci jest karmionych przez jedną mamkę i dokarmiane mlekiem krowim. W danym przypadku dla dokładności spostrzeżenia, dziecko nie było dokarmianem i miało sobie zapewnioną oddzielną mamkę, jednakże czy to z powodu niedostatecznego pokarmu, czy też warunków pomieszczenia, w każdym razie odżywianie nie było prawidłowe. Uwzględniając wszakże dobry stan przewodu pokarmowego i ogólny stan zdrowia dziecka, nie możemy je uważać za chore. Jestto zresztą jedyne z dzieci, do moich spostrzeżeń żytych, niedostatecznie odżywiane i tylko z powodu, że pierwsze w rzędzie badanych przeze mnie, podlegało moim analizom, zostało na pierwszym miejscu umieszczone.

Wyłączając trzy analizy (4-a, 5-a i 6-a), przy których zanotowano, że dziecko miało rozwolnienie, we wszystkich

---

<sup>1)</sup> L. FLEISCHMANN. Ueber Ernährung und Körperwägungen der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1877 r.



№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszczu i kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszczu w mleku matki	T W A G I
1880 r. 111 Styce.	24 dni	3000 grm.	2,4 grm.	47	0,3290	0,1316	40	0,00339	1,2	41,2	2,82	<p>Dziecko zdrowe, dwa wypróżnienia na dobę — kał gęsty, żółty z oddzieniem zielonym, ciągnący się, oddziaływa kwaśno. Pod mikroskopem widać liczne kulki tłuszczowe, ciarka śluzowa i bakteryje.</p> <p>Wypróżnienie podobne — zawartość cholesterolu 0,973% suchego kału.</p> <p>Dziecko zdrowe, wesołe — dwa wypróżnienia w ciągu doby, podobne do powyższych.</p> <p>Dziecko wesołe, siało dobrze — 5 wypróżnień w ciągu doby — kał ciągnący się, zielony z kęzami białymi kłaczkami kwaśny.</p> <p>4 wypróżnienia podobne do powyższych pod mikroskopem widać liczne ciarka śluzowe i komórki drobnoustrojowe, żółto zabarwione, jakerki kryształ cholesterolu.</p> <p>5 wypróżnień w ciągu doby, dziecko siało dobrze, wesołe, odżywianie niezłe.</p> <p>1 wypróżnienie gęste, jednolodne, żółte, oddziaływanie kwaśne.</p> <p>2 wypróżn. podobne do powyższych.</p> <p>3 wypróżnienia, żółte, nieco ciągnące się — zawartość cholesterolu 0,621% suchego kału.</p> <p>Dziecko zdrowe, wesołe, siało dobrze — 1 — 2 wypróżnień w ciągu doby — kał żółty, jednolodny z nielicznymi białkami kłaczkami, ciągnący się.</p>	
2 14	"	27	3080	2,5	0,4411	0,2135	48,4	0,0071	1,6	50,1	—		
3 17	"	30	3200	5	0,3268	0,1549	47,4	—	—	—	—		
4 24	"	37	3920	1	0,1908	0,0797	41,8	0,0017	0,9	42,7	2,95		
5 1 Lut.	45	3440	2,2	43,9	0,1535	0,0586	38,2	0,0016	1,1	39,3	2,74		
6 7	"	51	3520	0,8	0,2528	0,0892	35,3	0,0015	0,6	35,9	—		
7 23	"	67	3870	6,6	0,4928	0,2380	48,3	0,0069	1,4	49,7	—		
8 5 Mar.	77	—	—	3,3	0,6528	0,2924	4,8	0,0078	1,2	46*	—		
9 17	"	89	4000	4,5	0,7327	0,2733	37,3	—	—	—	2,75		
10 1 Kw.	104	4250	2,5	23,9	0,5781	0,1913	33,1	0,0104	1,8	34,9	—		
11 12	"	115	—	1,5	0,6435	0,1368	21,1	0,0051	0,8	21,9	—		
12 23	"	126	4420	2,4	0,3050	0,0756	24,8	0,0055	1,8	26,6	2,91		
13 11 Maja.	144	4600	6,5	28,8	0,5550	0,1715	30,9	0,0083	1,5	32,4	—		

pozostałych wypróżnienie przedstawiało się gęstem, jednorodnym, żółtawem z nielicznymi białymi kłaczkami, odczynu stale kwaśnego. Badanie drobnowidzowe wykryło obecność znacznej ilości kulek tłuszczowych, nieliczne kryształy cholestearyny, komórki nabłonkowe i t. d.

Zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych okazuje się podczas całego trwania obserwacji od 4-go do 21 tygodnia życia niejednakową, wahając się w granicach 21,9—49,7%, w pierwszych jednakże miesiącach jest znacznie wyższą, aniżeli w dwóch następnych. W żadnej wszakże analizie zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych nie jest mniejszą od 20%, czyli w ogóle okazuje się znacznie wyższą, aniżeli przyjmują BIEDERT i UFFELMANN u dzieci zdrowych.

Co do zawartości kwasów tłuszczowych, których ilość oznaczałem w tem spostrzeżeniu przy każdej analizie oddzielnie, wynosi ona przeciętnie około 1,5%, wahając się w granicach od 0,6—1,8%.

Cholestearyna, dwa razy ilościowo oznaczona, wynosi raz 0,6%, drugi raz, 0,9% suchego kału. Ponieważ dziecko to miało zwykle 2—3 wypróżnień na dobę, a tylko jedno z tych podlegało analizie, z tego powodu nie można mieć dobrego pojęcia o dobowej ilości kału i tłuszczu. Niedostateczne zaś odżywianie dziecka i trudna kontrola mamki, jak również nie zawsze wiadoma mi zawartość tłuszczu w jej mleku, nie pozwala wyciągać wniosków co do ilości spożywanego tłuszczu i wessania takowego w przewodzie pokarmowym. Podobne obliczenia w każdym następnym przypadku będą miały miejsce. (*patrz Tabl. II, str. 110*).

## S p o s t r z e ż e n i e 2-e.

Dziecko A., zawartość tłuszczu w kale którego w tablicy Nr. 2 jest podaną, służyć może jako typ zdrowego

TABLICA № II.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga całego wypróznienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość tłuszczów i kwasów tłuszczowych	% zawartość tłuszczu w mleku matki	U W A G I
1	23 Marca 1881 r.	10 dni	5,2 grm.	36,5	1,0196	0,7480	41%	0,0121	—	46,5	4,2	{ Dziecko zdrowe, wesołe, ssie dobrze. Wypróżnienie jedno w ciągu doby, koloru żółto-żółciastego, gęste, konsystencji jednorodnej — oddziaływanie kału kwaśne.
2	1 Kwiet.	19 "	4,3	36,8	0,6745	0,2765	41%	0,0121	1,8	42,8	4,19	{ Dziecko zdrowe, dwa zielonawe wypróżnienia w ciągu doby. Pod mikroskopem widać liczne ciała tłuszczowe, komórki żółto zabarwione, nabłonkowe, nieliczne kryształki cholestearyny.
3	7 Kwiet.	25 "	1,6	34,8	0,7272	0,3260	—	—	—	44,8	—	{ Dwa wypróżnienia na dobę.
4	29 Kwiet.	47 "	8	36,2	1,3182	0,5720	—	—	—	43,3	4,1	{ Dziecko zdrowe, wesołe — wypróżnienie jedno na dobę, żółte, gęste, jednorodne z nielicznymi białymi kłaczkami.
5	10 Maja	58 "	5,5	31,1	0,7225	0,3193	—	—	—	44,2	4,3	{ Jedno wypróżnienie, żółte, rzadkawe, ciągnące się. — Ilość cholesteryny 0,72%.
6	20 Maja	68 "	7	32,4	0,4526	0,1868	41,3%	0,0041	0,9	42,2	4,3	{ Dziecko zdrowe, wesołe, ssie dobrze. dwa wypróżnienia w ciągu doby.
7	4 Czerw.	83 "	15	33,4	0,7431	0,3392	45,6%	0,0132	1,7	47,3	4,1	{ Jedno wypróżnienie, ciągnące się, rzadkawe, żółte. — Dziecko zdrowe — 8 dzień po szczepieniu ospy.

8	22 Czerw.	101 dni	13	35,6	0,5983	0,2614	—	43,7	—	(Dwa wypróżnienia jednorodne, jasno- ( żółte z nielicznymi białymi kłaczkami.
9	12 Lipca	121 "	7	32,7	0,4275	0,1885	44,1% 0,0051	45,3	4,33	(Dwa wypróżnienia podobne do powyż- ( szych.
10	18 Sierp.	158 "	12,5	34,1	0,2601	0,0656	—	25,2	4,2	{ Dziecko zdrowe, wesołe, rozwija się pra- { widłowo, karmienie jedynie pierśią ma- { tki. Jedno wypróżnienie w ciągu doby.
11	3 Wrześ.	174 "	13,5	33,7	0,6507	0,1581	24,3	—	4,17	{ Oprócz pokarmu matycznego dziecko do- { staje nieco mleka i rosółu — dwa wy- { próżnienia rzadkawe, ciągnące się, żół- { te z białymi kłaczkami—oddziaływanie { mocno kwaśne.
12	26 Wrześ.	197 "	2,5	31,2	0,3195	0,0550	—	17,2	4,3	(Dwa żółte, ciągnące się wypróżnienia.
13	11 Paźdź.	212 "	15	32,6	0,5203	0,1181	22,7	24,1	—	{ Dziecko zdrowe, jedno wypróżnienie { w ciągu doby, ciągnące się z nieliczny- { mi białymi kłaczkami.
14	31 Paźdź.	232 "	18	26,2	0,4898	0,1242	—	25,3	4,25	(Jedno wypróżn. podobnego charakteru.
15	13 Listop.	245 "	6,3	22,1	0,6423	0,1516	23,6	25,7	4,34	(Dwa ciągnące się rzadkie, zielonawe ( wypróżnienia.
16	28 Listop.	260 "	12,5	23,3	0,5451	0,1299	—	23,8	4,5	{ Dziecko zdrowe, oprócz mleka dostaje { nieco bulki, drobnej kaszki — dwa wy- { próżnienia.
17	10 Grudn.	272 "	16,5	20,8	—	—	—	—	4,2	(Kolba z zawartym wyciągiem etery- ( cznym uległa wypadkowi stłuczeniu.
18	21 Grudn.	283 "	19	15,7	0,6344	0,1637	—	25,8	4,4	(Dziecko rozwija się dobrze, wypróżnie- ( nie jedno zawartość cholesteat. 1,27%.
19	13 Maja 1882 r.	306 "	15,5	18,4	0,8032	0,1630	20,3% 0,0136	22	—	(Dziecko zdrowe, jada bułkę, kaszkę, je- ( dno gęste wypróżnienie w ciągu doby.
20	13 Lutego	337 "	20	19,8	0,7820	0,0807	—	10,3	4,6	

dziecka. Nie udało mi się, niestety, oznaczyć dokładnie w danym przypadku wagi dziecka, ale doskonale odżywianie dziecka, najlepsze warunki higieniczne w jakich się znajdowało, obfitość pokarmu matczynego i ciągła obserwacja ojca, lekarza, dają dostateczne zapewnienie o najlepszym stanie zdrowia dziecka. Analizę kału wykonywałem w tym przypadku przez cały rok do czasu odstawienia dziecka od piersi. W ciągu tego czasu znajdowało się ono w kwitającym stanie zdrowia, karmione przez matkę własną, kobietę zdrową, posiadającą bardzo obfity pokarm. Od 6-go miesiąca życia podawano dziecku nieco mleka i rosolu, od 8-go miesiąca trochę kaszki i bułki z mlekiem.

Wypróżnienie zwykle jedno, niekiedy dwa na dobę przedstawiało się jednorodnym, konsystencji prawie zawsze dosyć rzadkiej, ciągnące się, barwy żłocisto-żółtej, niekiedy z odcieniem zielonawym z nielicznymi białymi kłaczkami. Oddziaływanie stale kwaśne.

Procentowa zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych w kale okazuje się w tym przypadku bardziej stałą niż w poprzednim, w ciągu pierwszych pięciu miesięcy, wynosi dosyć stale około 45%, w granicach od 42,2%—47,3%, w drugiej połowie roku znacznie mniejsza waha się w granicach od 23%—25%, za wyjątkiem jednej analizy Nr. 12 kiedy wynosi 17,2%. Nakoniec znacznie mniejszą zawartość tłuszczu, bo tylko 10,3%, wykazuje ostatnia analiza. Tak znaczną różnicę zawartości tłuszczu w ciągu pierwszych i następnych miesięcy objaśnić można zapewne głównie różnicą pokarmu; podczas pierwszej połowy roku dziecko było żywione jedynie mlekiem matczynem, dającym oprócz tłuszczu nieznaczną pozostałość innych części składowych; w dalszym czasie kiedy dziecku dodawano oprócz pokarmu matczynego kaszkę, bułkę i t. p., znaczna ilość niestrawionych części takowych przechodziła do kału i z tego powodu stosunkowa zawartość tłuszczu uległa zmniejszeniu. Możliwym jest jednakże, że do pewnego

stopnia z rozwojem organów trawienia i gruczołów przewodu pokarmowego powiększa się zdolność trawienia i wessania tłuszczów.

Zawartość w kale kwasów tłuszczowych, którą ilościowo nie zawsze oddzielnie oznaczałem, waha się w granicach od 0,9%—2,1%, średnio wynosi 1,5% suchego kału. Nakoniec cholestearyna, którą dwa razy oznaczałem ilościowo, wynosiła raz 0,7%, drugi raz 1,2% suchego kału.

Z danych, jakie przedstawia tablica 2- a, możemy z pewnem prawdopodobieństwem obliczyć, o ile tłuszcz dostarczany dziecku z mlekiem matczynem ulega wessaniu w kanale pokarmowym. Rozumie się, że nie może tu być mowy o dokładnem obliczeniu, albowiem tak ilość spożywanego mleka, jak i całkowita waga wypróżnień nie jest nam przy każdej analizie znaną. Z tego powodu brać będę pod uwagę te tylko dni, w których całkowite wypróżnienie, jedno na dobę, było mi nadesłane.

Ilość użytego pokarmu możemy obliczyć z pewnem prawdopodobieństwem z danych, jakie przedstawiają prace BOUCHAUD <sup>1)</sup> i CAMERERA <sup>2)</sup>, a głównie AHLFELDA <sup>3)</sup> i HÄHNERA <sup>4)</sup>, którzy ważąc swoje własne dzieci przed i po każdym ssaniu w przeciągu całego roku obliczali dokładnie ilości przyjętego mleka w każdym tygodniu życia.

I tak w drugim tygodniu życia (analiza Nr. 1), waga dobową wypróżnienia 5,2 grm., w tem części suchych 36,5% czyli 1,89 grm., zawartość tłuszczu zatem, wynosząca według analizy 46,5% była na dobę 0,87 grm.. Jeżeli teraz

<sup>1)</sup> VIERORDT. Physiologie des Kindesalters w Gerhardta Handbuch der Kinderkrank. T. 1 str. 167.

<sup>2)</sup> CAMERER. Der Stoffwechsel eines Kindes im ersten Lebensjahre Zeitschr. f. Biologie Bd. XIV str. 383.

<sup>3)</sup> AHLFELD. Ueber die Ernährung des Säuglings an der Mutterbrust; fortlaufende Wägungen. Leipzig 1878 r.

<sup>4)</sup> HÄHNER. Ueber die Nahrungsaufnahme des Kindes an der Mutterbrust im ersten Lebensjahre. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XV str. 65.

przyjmiemy, że dziecko to w 2-gim tygodniu życia podobnie jak dzieci CAMERERA i HAEHNERA spożywało na dobę 500 gramów mleka, a w tém, przy zawartości tłuszczu, jak wykazuje analiza 4,2%, było 21 gramów, to okazuje się, że z takowego 95,87% uległo wessaniu w kanale pokarmowym, a tylko 4,13% zostało wydalonych w kale. Pomimo więc znacznej pozornie zawartości tłuszczu w kale widzimy, że wessanie jego z mleka odbywało się o tyle dobrze, że przeszło 95% uległo wessaniu.

W tygodniu 6-tym (analiza N-r 4) waga wypróżnienia na dobę 8 grm. w tém części suchych 36,2% czyli 2,89 grm. a tłuszczu 43,3%, czyli 1,25 grm. W tym czasie dziecko AHLFELDA spożywało na dobę 791 gramów mleka, dziecko HAEHNERA 740 grm., jeżeli przyjmiemy średnią cyfrę 765 grm., to przy procentowej zawartości tłuszczu w mleku matczynem 4,1%, dziecko A. przyjmowało dziennie 31 grm. tłuszczu, a że 1,25 grm. zostało wydalonych w kale, zatem 96% uległo wessaniu.

W tygodniu 15 (analiza Nr. 7) dobową wagę wypróżnienia 15 grm., części suchych 33,4%, czyli 5 grm., a tłuszczu 47,3% czyli 2,36 gramów. Jeżeli za cyfrę spożytego mleka przyjmiemy znowu średnią z ilości wessanej w tym samym tygodniu życia przez dzieci CAMERERA (749), AHLFELDA (980) i HAEHNERA (835) mianowicie 850 grm., to okaże się, że dziecko A. spożyło w ciągu doby 34,8 grm. tłuszczu. Wessaniu więc uległo w kanale pokarmowym 93,2%.

W tygodniu 33 (analiza Nr. 14), waga dobową wypróżnienia 18 grm. w tém części suchych (26,2%) 4,7 grm., a tłuszczu (25,3%) 1,18 grm. W tym czasie dziecko HAEHNERA spożywało na dobę 1100 grm., dziecko AHLFELDA już w 30 tygodni życia spożywało 1300 grm. (późniejszych obliczeń ani AHLFELD, ani inni autorowie nie podają), jeżeli więc przyjmiemy jako średnią cyfrę 1200 grm. to przy zawartości tłuszczu 4,25% dziecko A. spożyło tłuszczu 51 gramów na dobę. Zatem wessaniu uległo 97,7%, a tylko 2,3% wydalonych zostało z kałem.

Dalszych obliczeń, już dla braku przypuszczalnych danych co do ilości spożywanego mleka, już dla tego, że dziecko w tym czasie dostawało więcej pokarmów stałych, wykonywać nie będę, ale coraz mniejsza zawartość procentowa tłuszczu przy mniejszej zawartości części suchych w kale, jakoteż większa nieco zawartość tłuszczu w mleku matki wskazują, że w każdym razie w dalszym czasie wessanie tłuszczu nie gorzej się odbywało, aniżeli w tygodniu 33-cim.

Zwrócić tu jeszcze muszę uwagę na tę okoliczność, że pomimo dokładnego kilkakrotnego suszenia, procentowa zawartość części suchych okazuje się w tym przypadku, zwłaszcza w pierwszej połowie roku większą, aniżeli zwykle autorowie podają. Pochodzi to prawdopodobnie z tego powodu, że kał dziecka był mi dostarczony w pieluszkach płóciennych, dokładnie zawinięty, a że, jak wzmiankowałem, był on w tym czasie rzadkiej konsystencji, znaczna więc ilość płynu mogła wsiąknąć w płótno, wykazując mniejszą zawartość wody. Na zawartość wszakże tłuszczu w suchym kale, jakoteż na obliczenie ogólnej ilości suchego kału w każdym razie okoliczność powyższa wpływu wywrzeć nie mogła.

Tablica Nr. III dotyczy dziecka B., jednego z posługaczy przy uniwersytecie Warszawskim. Dziecko to miałem możność widzieć bardzo często. W dzień każdej analizy było ono przezemnie badane i ważone. Cały czas mojego spostrzegania trwał dziewięć miesięcy, po których dalszych analiz zaniechałem, ponieważ obok pokarmu matczynego zaczęto dziecku dawać znaczne ilości innych pokarmów. Z wyjątkiem dwóch dni, w czasie których raz z powodu błędu w dyjecie, drugi raz podczas ząbkowania, miało ono rozwolnienie, podczas trwania całego spostrzeżenia znajdowało się w bardzo dobrym stanie zdrowia, rozwijało się doskonale, jak tego zresztą dowodzi przytoczona waga dziecka, okazująca zupełnie prawidłowo postępujący rozwój. W drugim półroczu waga dziecka jest nawet wyższą, ani-



№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszczu i kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszczu w mleku matki	U W A G I.	
1	1881 r. 1 Czer.	19 dni	— grm.	3 grm.	24,5	0,2991	grm. 0,0724	24,2	grm. 0,0039	1,3	25,5	3,2	<p>Dziecko zdrowe, się dobrze, wesołe — dwa wypróżnienia w ciągu doby żółte, gęste z nielicznymi kłaczkami białymi, oddziaływanie zasadowe.</p> <p>Jedno wypróżnienie gęste, jednorodne, żółte — dziecko żywi się jedynie pokarmem matczynym.</p> <p>Jedno wypróżnienie podobne do powyż. zawartość cholester. 0,92% such. kału.</p> <p>Jedno wypróżnienie w ciągu doby, gęste, (żółto - złościste) koloru, jednorodne — dziecko zdrowe, prócz pokarmu matczyn. dostaje nieco mleka, herbaty i rosołu.</p> <p>Dziecko dostaje trochę kaszki i bułki, rosołu i mleka — wypróżnienie 1 gęste.</p> <p>5 wypróżnień w ciągu doby — kał ciemno-żółty, rzadkawy, ciągnący się, moeno kwaśny — dziecko wesołe spokojne.</p> <p>Dziecko zdrowe, w ciągu ostatnich 3-4 dni karmi się jedynie pierśią matki — 1 o wypróż. gęste, jednorod. żółtego koloru.</p> <p>Jedno wypróżnienie.</p> <p>Stan gorączk. 4 wolne wypróż. ciągnące się, w wilię tego dnia wyrzucił się ząbek górny, dziąsła obrzmiałe.</p> <p>Dziecko zdrowe, jada bułkę, chleb, kaszkę. Jedno wypróżnienie.</p> <p>Dziecko zdrowe — soddziennie 1 wypróżn. gęste, żółte, kwaśne.</p>	
210	"	29 "	4580	4,5	52,3	0,4728	0,1116	—	—	23,6	3,1			
323	"	42 "	4800	14,5	28,7	0,5356	0,2074	38,7	0,0085	1,6	40,3	3,1		
4	6 Lipc.	55 "	5210	17	23,2	0,6125	0,1396	—	—	22,8	—	—		
5	12 Sierp.	92 "	6720	15,5	18,3	0,5615	0,1485	26,4	—	—	—	2,8		
6	3 Wrz.	114 "	6980	13,5	20,7	0,6203	0,1284	—	—	20,7	3%	—		
7	26 "	137 "	7320	2,5	21,1	0,2772	0,0363	13,1	0,0051	2,2	15,3	—		
8	31 Paźd.	172 "	8220	18	15,4	0,5365	0,0668	12,4	0,0075	1,4	13,8	3,2		
9	15 List.	187 "	9150	17,5	19,9	0,7021	0,09057	—	—	12,9	2,9	—		
10	1 Grud.	203 "	9800	9	18,4	0,4940	0,0673	13,6	0,0128	2,5	16,1	2,8		
11	1882 r. 18 Styç.	251 "	9950	20,5	17,1	0,5270	0,0674	—	—	12,8	3%	—		
12	8 Lut.	272 "	10,060	22	19,3	0,6805	0,0830	12,2	—	—	—	—		
13	27 "	291 "	10,130	28	18,8	0,5113	0,0680	—	—	13,3	2,8	—		

żeli wskazuje tablica normalnego rozwoju dziecka według FLEISCHMANN. Nawet w czasie rozwolnienia dziecko było wesołe, waga ciała nie uległa zmniejszeniu.

Wypróżnienie przez cały czas spostrzeżenia przedstawiało się gęstem, mazistym o jednorodnej konsystencji, odczynu kwaśnego, w pierwszych miesiącach zwykle jedno lub dwa na dobę, w drugiej połowie roku jedno na dobę a częstokroć jedno na dwie doby.

Już od czwartego miesiąca życia dziecko to, chowane w warunkach niezbyt higienicznych dostawało nieco mleka, herbaty, a później kaszki i bułki.

Zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych i tu podobnie jak w poprzednim spostrzeżeniu przedstawia się w pierwszych miesiącach znacznie większą niż w późniejszych. Raz jeden tylko ilość ta dosięgła 40%, pozostałe analizy w ciągu pierwszych trzech miesięcy okazują zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych 23—25%, a już od 4-go miesiąca poczynając, ilość tłuszczu, okazuje się bardziej stałą, wahając się w nieznacznych granicach 13—16%. Możliwym jest, że mniejsza zawartość odsetkowa tłuszczu zależy tu po części od obecności w kale resztek niestrawionych pokarmów, jakie w tym czasie podawane były, ale ilość tych pokarmów do 8-go miesiąca życia była bardzo mała, ograniczała się do łyżeczki drobnej kaszki, lub kawałka bułki, a w kale nie udało mi się ani razu wykryć śladów zawartości krochmalu. Przeciw temu przypuszczeniu zdaje się przemawiać analiza Nr. 8, w której zawartość tłuszczu również nie jest większą, pomimo że pokarm dziecka umyślnie dla sprawdzenia powyższej okoliczności, ograniczony został jedynie do mleka matczynego, tak, że przez trzy dni poprzedzające analizę, żadnych dodatków dziecku nie dawano. Zasługuje tu również na uwagę, że w czasie krótkotrwałego rozwolnienia (analiza Nr. 7 i 10) również ilość tłuszczu nie uległa znacznemu zwiększeniu.

Jeżeli i w tym przypadku, podobnie jak u dziecka poprzedzającego, wykonamy przypuszczalne obliczenia co

do ilości wessanego tłuszczu, to okaże się, że był on jeszcze dokładniej niż u dziecka A. wsysanym i tak dnia 23 czerwca w 6-ym tygodniu życia (wybieram umyślnie dzień, w którym zawartość tłuszczu jest największą) kał ważył 14,5 grm. na dobę, zatem suchego kału, przy zawartości części suchych 28,7% było 4 grm., a w tém tłuszczu i kwasów tłuszczowych 40,3%)—1,61 grm. Jeżeli przyjmiemy, że dziecko to spożywało dziennie w tym czasie 800 grm. mléka (nieco więcej aniżeli dzieci AHLFELDA i HAEHNERA, od których ważyło więcej), to przy zawartości tłuszczu w mléku matki 3,1% spożyło 24,8 gramów, czyli że 93,4% uległo wessaniu, a 6,6% zostało wydalonych. Podobne obliczenia w tygodniach wcześniejszych i późniejszych wskazują ilość wessanego tłuszczu znacznie wyższą, około 97%.

W późniejszym czasie, kiedy procentowa zawartość tłuszczu zmniejszyła się znacznie, ilość tłuszczu wydalonego z kałem okazuje się bardzo małą. Dnia 31 października (analiza Nr. 8) w tygodniu 25 życia waga dobową kału 18 grm., w tém części suchych (15,4%) 2,8 grm., a tłuszczu (13,8%)—0,38 grm. Przyjmując i tu, podobnie jak wyżej, ilość spożytego mléka wyższą nieco niż u dzieci AHLFELDA i HAEHNERA za 1100, to przy zawartości tłuszczu 3,2% z wessanego tłuszczu w ilości 35,2 grm. wydalonych zostało tylko 1%, a 99% uległo wessaniu w przewodzie pokarmowym.

W ogóle więc dziecko B. wydalało znacznie mniej tłuszczu w kale niż dziecko A i wessanie odbywało się korzystniej.

Z porównania dwóch tych spostrzeżeń, dotyczących dzieci zdrowych, z których pierwsze znajdowało się w warunkach higienicznych daleko korzystniejszych niż drugie, widzimy, że pokarm pierwszego był znacznie bogatszy w tłuszcz niż drugiego. Może być że w tém szukać należy przyczyny większej zawartości tłuszczu w kale. Jakkolwiek większy procent tłuszczu u dziecka B. ulegał wessaniu niż u dziecka A., to jednak bezwzględna ilość wessanego tłuszczu była u drugiego (A.) znacznie wyższą.

T A B L I C A № IV.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszcz. i kwasów tłuszcz.	% zawar. tłuszczu w mlekni matki	U W A G I
1	1881 r. 15 Kw.	13 dni	4830	gvm. —	22,3	0,8390	0,2341	27,9	0,0151	1,8	29,7	2,85	{ Dziecko zdrowe, karmione wyłącznie piersią matki—2—3 wypróżnień w ciągu doby—kał rzadki, zielony, ciągnący się, mocno kwaśny.
2	29 "	27 "	2580	5,5	21,5	0,6423	0,1786			—	27,8	2,9	{ Trzy podobne wypróżnienia w ciągu doby, dziecko wesołe, ssie dobrze.
3	18 Maja	46 "	5300	3,2	24,5	0,2788	0,1108	39,7	0,0045	1,6	41,3	2,78	{ 2—3 wypróżnień w ciągu doby, kał rzadki ciągnący się, zielony.
4	4 Czer.	63 "	5850	12,4	20,2	0,6025	0,1819			—	30,2	—	{ 2 podobne wypróżnienia—zawartość cholestearyny 0,73% suchego kału.
5	17 "	76 "	6240	9,3	18,6	0,5019	0,1552	30,6	0,0104	2,1	32,7	3	{ 2—3 podobnych wypróżnień codziennie. Dziecko zdrowe, wesołe.
6	6 Lipca	95 "	6680	15,5	17,3	0,5727	0,1558			—	27,2	2,94	{ 1 wypróżnienie w ciągu doby, kał nieco gęstszy, ale ciągnący, zielony z białymi kłaczkami.
7	12 Sierp.	132 "	7060	13,6	13,6	0,4147	0,0873			—	21,0	2,79	{ 2 wypróżnienia rzadkie, zielone, silnie kwaśne, cuchnące—Dziecko zdrowe, dobrze odżywiane, oprócz mleka matczy- nego dostaje nieco bułki i kaszki
8	27 "	147 "	7280	—	18,1	0,6728	0,2092			—	31,1	2,8	3 wypróżnienia podobne.
9	20 Wrz.	178 "	7450	28	22,7	0,4956	0,1572	31,7	0,0059	1,2	32,9	2,8	{ 1 wypróżnienie, rzadkie, żółte, ciągnące się—Dziecko zdrowe, wesołe.
10	6 Paźd.	194 "	—	17,5	18,9	0,6201	0,1718			—	27,7	—	{ Dziecko zdrowe, wypróżnienie 1 w ciągu doby, jak powyższe.

Dziecko W., którego analiza kału przedstawiona jest na tablicy 4-ój, jest również dzieckiem jednego z posługaczy przy uniwersytecie. Podobnie jak poprzednie, dziecko to w dniu każdej analizy było badaniem i ważonym. Tegoż dnia oznaczałem zawartość tłuszczu w mleku matki. Przez cały czas spostrzeżenia dziecko to było zupełnie zdrowe, wesołe i, jak ciągły przyrost wagi ciała wskazuje, odżywiane było dobrze. Waga jego z początku była nieco większa aniżeli dziecka poprzedniego, ale przyrost dzienny mniejszy, tak że już od 4-ego miesiąca życia waga była niższą stale niż dziecka B., a pod koniec spostrzeżenia nie osiągała już normalnej linii przyrostu według tablicy Fleischmanna. Tłumaczy się to zapewne niehygienicznymi warunkami życia dziecka i mniejszą zawartością części składowych mleka, przynajmniej o ile to dotyczy tłuszczu. Tém nie mniej, jak wyżej, powiedziałem, dziecko W. przez cały czas spostrzeżenia mego było zdrowe. Pokarm złożony jedynie z pokarmu matczynego, dopiero z końcem 5-ego miesiąca życia, zaczęto dawać dziecku trochę rosółu i kawałek bułki z mlekiem. Wypróżnienia obfite z początku 2—3 na dobę, potem raz na dobę, przedstawiały stale konsystencję dosyć rzadką, koloru żółtego z odcieniem zielonawym i licznymi białymi kłaczkami, odczynu stale kwaśnego.

Zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych przez cały czas spostrzeżenia dosyć jednostajna, waha się w granicach od 27—32%, raz tylko przechodzi do 40° i raz wynosi 21%. W dniach wykonania tych dwóch ostatnich analiz dziecko było zdrowe i przy pierwszej nie szczególnego nie odnotowano, przy drugiej wypróżnienie było rzadszem jeszcze niż zwykle, ciągnącém się, cuchnącém, tak że, jakkolwiek nie towarzyszyły mu żadne inne objawy gastryczne, możemy, sądzę, uważać je już za nienormalne, prawdopodobnie spowodowane przez błąd w dyjecie, w tym czasie bowiem dawano już dziecku niektórych pokarmów.

Spostrzeżenia tego nie mogłem doprowadzić do końca pierwszego roku życia, albowiem w końcu 8-ego miesiąca dziecko zapadło na szkarlatynę i w ciągu kilku dni zmarło.

Jeżeli zwrócimy uwagę, że mléko matczyne było w tym przypadku dalekouboższe wtłuszcz, aniżeli w dwóch poprzednich spostrzeżeniach, zwłaszcza w porównaniu z dzieckiem A, a zawartość tłuszczu w kale w pierwszych miesiącach niższa niż u dziecka A, a wyższa niżeli u B. w następnych znacznie wyższa niż u obojga poprzedzających, to dojdziemy do przekonania, że takowy był daleko gorzej przez to ostatnie dziecko trawionym, znacznie go mniej ulegało wessaniu, niż w powyższych przypadkach.

I tak w 11 tygodniu życia (analiza Nr. 5) waga jednego wypróżnienia 9,3 grm., a że w tym czasie miało ono stałe miejsce 2—3 razy na dobę, przyjąć możemy, jako wagę dobową wypróżnienia co najmniej 20 grm., w tém suchego kału (18,6% cz. suchych), 3,72 grm.—tłuszczu i kwasów tłuszczowych (32,7%) 1,21 grm. Przyjmując, że dziecko spożywało dziennie mléka 800 ctm. sześć. średnią cyfr, znalezionych przez AHLFEDA i HAEHNERA, a w tém przy procentowej zawartości tłuszczu 3%—24 grm. tłuszczu, okazuje się, że tylko 95% uległo wessaniu, a 5 wydalonych zostało z kałem.

W tygodniu 26 (analiza Nr. 9) waga dobową wypróżnienia 28 grm., w tém części suchych (22,7%)—6,3 grm. a tłuszczu i kw. tłuszczowych (32,9%)—2,1 grm. Przyjmując w tym czasie, jako średnią ilość wessanego mleka, 1050 grm., a w tém tłuszczu (2,8%)—29,4 grm. znajdziemy, że wessaniu uległo tylko 90,5%, a 9,5% wydalonych zostało.

Podobnie niekorzystnego stosunku u poprzednich dzieci nie znajdowaliśmy nawet w pierwszych tygodniach życia, w których, jak analizy poprzednio wykazały, zawartość tłuszczu była znacznie wyższą niż w następnych.

Sądzę, że pomimo względnie dobrego stanu zdrowia, charakter wypróżnień o rzadkiej wciąż konsystencji po 2

i 3 razy na dobę i niedostateczny w dalszych miesiącach rozwój dziecka pozwala nam w tym przypadku przypuszczać istnienie cierpienia kanału pokarmowego, powodującego mniej łatwe wessanie tłuszczów. (*patrz tabl. V str. 444*).

Tablica V przedstawia analizę kału dziecka O. Dziecko to miałem możność spostrzegać tylko przez pierwsze 5 miesięcy życia. Jakkolwiek nie udało mi się stwierdzić dobrego odżywiania i wzrostu dziecka za pomocą wagi, ale dziecko to, pochodzące z rodziców zdrowych i karmione przez mamkę, rozwijało się bardzo dobrze. Przez cały czas spostrzeżenia było zupełnie zdrowe, za wyjątkiem kilku dni, w których gorączkowało podczas wyrzynania się ząbków (analiza Nr. 6). Przez cały czas spostrzeżenia zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych wahała się w granicach od 33—39%, tylko pierwsza analiza w trzecim tygodniu życia wykazała 47,1%, a analiza podczas wzmiankowanego ząbkowania jeszcze wyższą zawartość tłuszczu 53,6%. Przez cały ten czas dziecko nie otrzymywało żadnego innego pokarmu oprócz mleka mamki, zawierającego stale około 3% tłuszczu. Pomimo znacznej stosunkowo zawartości tłuszczu w kale, wessanie jego w przewodzie pokarmowym odbywało się nie gorzej aniżeli w poprzednich przypadkach, albowiem ilość kału dobową przez cały czas była bardzo mała. Weźmy dla przykładu analizę Nr. 4 w 9-tym tygodniu życia, w którym to czasie dziecko miało stale jedno wypróżnienie na dobę. Waga wypróżnienia wynosiła 8 grm., w tém części suchych (25%)—2 grm., a tłuszczu (33,4%)—0,66 grm. Jeżeli dziecko wessało w tym czasie 800 grm. mleka (dziecko AHLFELDA 838, a dziecko HAEHNERA 742) z 24 gramami tłuszczu, to okazuje się, że 5,4% tłuszczu zostało wydalonych z kałem, a 94,6% uległo wessaniu. Jestto cyfra zbliżona do otrzymanych u poprzednich dzieci w pierwszych miesiącach ich życia.

Oprócz powyższych przez dłuższy czas wykonywanych analiz, oznaczałem jeszcze kilkanaście razy zawartość

TABLICA № V.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych	% zawartość tłuszczu w mleku matki	U W A G I
1	1881 r. 13 Marca	18 dni	grm. 1,8	41,7	0,4710	0,2220	—	47,1	3,06	{ Dziecko zdrowe—3 wypróżnienia w ciągu doby, żółte z nielicznymi białymi kłaczkami, kwaśne.
2	22 "	27 "	2,5	30,3	0,5231	0,1710	1,6	34,3	3	{ (2 wypróżnienia w ciągu doby, żółte, gęste, jednorodne.
3	6 Kwiet.	42 "	2,8	28,1	0,7625	0,2790	1,4	38%	—	{ 2 wypróżn. podobne—Dziecko zdrowe.
4	21 "	57 "	8	25%	0,2820	0,0945	—	33,4	2,8	{ Dziecko zdrowe, dobrze odżywiane—jedno wypróżnienie — ilość cholestearyny 0,834%.
5	9 Maja	75 "	11,5	23,6	0,4763	0,1443	0,9	31,2	2,94	{ Jedno wypróżnienie.
6	28 "	94 "	2,2	26,1	0,2170	0,1163	—	53,6	2,9	{ Dziecko od kilku dni gorączkuje, wczoraj wyrzęły się dwa ząbki przednie—5 wypróżnień w ciągu doby, kał rzadki, zielonawy, mocno kwaśny.
7	15 Czerw.	112 "	12,5	24,6	0,602	—	1,8	—	—	{ 1 wypróżnienie, żółte, gęste, jednorodne.
8	28 "	125 "	10	23,2	0,3982	0,1525	—	38,3	2,8	{ Jedno wypróżnienie.



tluszczu w wypróbnieniach różnych dzieci zdrowych, karmionych piersią kobiecą (matki lub mamki), ale ponieważ analizy te tylko raz lub dwa razy u jednego dziecka wykonane były, nie będą się tu szczegółowo nad nimi zastanawiał, a tylko w oddzielnej tablicy zestawie. (Tablica Nr. VI) (*patrz tabl. VI i VII na str. 125, 126, 127*).

Ostatnie z moich spostrzeżeń dotyczy dziecka L., karmionego mlékiem krowiem (Tablica Nr. VII). Dziecko to obserwowane w innym celu przez jednego z kolegów <sup>1)</sup>, było bardzo dokładnie badane i ważone w pewnych odstępach czasu. Mléko, stanowiące przez cały rok życia jedyny jego pokarm, dostarczane było stale z Warszawskiej mléczarni leczniczej i podawane dziecku w ilościach z góry oznaczonych na cały miesiąc w regularnych odstępach czasu bez żadnych innych dodatków. Ilość mléka wynosiła  $\frac{1}{6}$  wagi ciała, oznaczonej w początku każdego miesiąca. W pierwszych tylko tygodniach było ono mieszane z pewną ilością wody, ale w tym czasie dziecko nie podlegało jeszcze mojej obserwacji. Mléko to pochodzi z krów, żywionych suchą jednostajną paszą i posiada stale bardzo jednostajny skład chemiczny. Oznaczana przezemnie niejednokrotnie zawartość tluszczu, waha się w tém mléku jedynie w nieznacznych granicach 3,7%—3,9%. Za normę do obliczeń dalszych przyjmować będą stale cyfrę średnią 3,8%.

Spostrzeżenia swoje i analizę kału u tego dziecka rozpocząłem dopiero w 4-tym miesiącu życia dziecka. Przez cały czas spostrzeżenia było ono zupełnie zdrowe, a przybytek ciągle na wadze, zgodny z tablicami Fleischmanna, okazuje, że rozwój fizyczny postępował zupełnie prawidłowo. Analizy kału wykonywałem przez cały rok prawie, do końca 16 miesiąca życia, jakkolwiek od 12 miesiąca doda-

---

<sup>1)</sup> MARKIEWICZ St. O sztucznej żywności niemowląt mlékiem krowiem. Pam. Tow. Lek. r. 1881 str. 402.

U W A G I.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga całego wypróżnienia	% zawartość części suchych	Ilość suchego katu użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawartość tłuszczu i kwasów tłuszcz.	% zawartość tłuszczu w mleku matki	U W A G I.
1	1881 r. 9 Paźdz.	96 dni	12,5 grm.	22,3	0,7112	0,1280	—	—	—	17,9	3,82	Dziecko zdrowe, dobrze odżywiane, karmione jedynie mlekiem matki—wypróżnienie 1 w ciągu doby, jasno-żółte, jednorodne.
		165 "	1,6	32,7	0,1296					0,0347	26,7	
2	1882 r. 20 Stycz.	247 "	7,5	31,4	0,6017	0,2244	1,2	38,5	2,9	33,9	2,9	Dziecko zdrowe, karmione wyłącznie pierśią matki—Wypróżnienie 1 w ciągu doby, jasno-żółte, jednorodne.
		283 "	14,4	31,7	0,3114	0,1056	—	—	—			
3	22 Lutego	316 "	16,5	27,4	0,5029	0,1569	1,4	32,1	—	42,9	3,7	Dziecko zdrowe, dostaje nieco kaszki, (mleka i rosółu—wypróżnienie 1 jak wyż.
		15 "	1,4	33,4	0,3026	0,1227	4,2	0,0021	0,7			
4	4 Lutego	36 "	8,2	28,8	0,5435	0,0886	16,3	0,0059	1,1	17,4	2,7	Dziecko zdrowe, dobrze odżywiane, karmione przez matkę. Wypróżnienie zwykłe 1 na dobę, żółte, gęste, jednorodne.
		51 "	10,5	27,2	0,7321	0,1413	—	—	19,3			

T A B L I C A № VII.

№ porządkowy	Data wykonania analizy	Wiek dziecka	Waga dziecka	Waga całego wypróznienia	% zawartość części suchych kału	Ilość suchego kału użytego do analizy	Zawartość tłuszczu w kale	% zawartość tłuszczu w kale	Zawartość kwasów tłuszczowych	% zawartość kwasów tłuszcz.	% zawar. kwasów tłuszcz. i tłuszczu	Ilość spożytego mleka na dobę	Ilość spożytego tłuszczu
1	1881 r. 22 Styc.	138 dni	6800	22,5	20,9	0,4723	0,1497	31,7	0,0085	1,8	33,5	1170	43,5
2	5 Lut.	152 "	7400	25	21	0,3882	0,1394	35,9	0,0089	2,3	38,2	1170	43,5
3	21 "	168 "	7600	23	20,8	0,3821	0,1495				39,1	1200	45,60
4	3 Mar.	178 "	—	24	22,4	0,5266	—	—	—	—	—	1200	45,60
5	17 "	192 "	—	2,35	3,5	0,6835	0,2050	30	0,0089	1,3	31,3	1350	51,30
6	31 "	206 "	8650	23	22,1	0,3990	0,1400	35,1	0,112	2,8	37,9	1350	51,30
7	13 Kw.	219 "	—	28,5	21,6	0,7037	0,2019				28,7	1425	54,15
8	22 "	228 "	8700	26	20,1	0,5715	0,1954	34,2	—	—	—	1425	54,15

## U W A G I.

{ Dziecko zdrowe zupełnie, wypróznienie jedno w ciągu doby, żółte gęstości mazi, jednorodne, oddziaływanie zasadowe.

{ 1 wypróznienie w ciągu doby, podobne do powyższego—ilość cholesterolu 0,764% suchego kału.

{ Przez cały ten czas dziecko znajduje się w kwitającym stanie zdrowia, wypróznia się raz w ciągu doby, kał jasno-żółty, gęsty, jednorodny, łatwo odejmuje się w całości od pieluszki—oddziaływanie zasadowe.  
Dziecko żywi się jedynie mlekiem w oznaczonej ilości w sześciu różnych odstępach czasu.

9 11	Maja	247 dni	8800	8	22,7	0,4750	0,1387	29,2	1500	57,0	} Od dwóch dni wypróżnienia są rzadkie, żółte, z nielicznymi białymi kłaczkami 3—4 razy na dobę, zasadowe.
10 29	"	265 "	—	32,5	24,1	0,3728	0,1234	33,1	0,0056	1,5	
11 12	Czer.	279 "	9050	30	23,9	0,6432	0,1955	30,4	1575	59,85	} Dziecko zdrowe, jedno wypróżnienie w ciągu doby takichże własności, jak powyżej opisano.
12 24	"	291 "	—	37,5	23,2	0,8010	0,2939	36,7	1575	59,85	
13 7	Lipce.	304 "	9200	35	22,2	0,4907	0,1585	32,3	0,0039	0,8	} Poprzedniego dnia wyrzęły się dwa ząbki przednie, górne — dziecko zdrowe, jedno wypróżnienie.
14 18	Sierp.	346 "	9400	33,5	19,5	0,6908	0,1925	27,8	1600	60,80	
15 5	Wrz.	364 "	—	54	23,5	0,7391	0,2232	30,2	—	—	} Dziecko wciąż zdrowe, oprócz mleka dostaje nieco kaszki, bułki i rosolu — wypróżnienie zwykle jedno na dwie doby — kał nieco rzadszy i ciemniejszy, niżeli poprzednio, jednorodny, oddziaływanie kwasne.
16 29	"	388 "	—	65	25,6	0,6470	0,9276	35,1	—	—	
17 31	Paźd.	420 "	—	70	26,2	0,7070	0,1386	19,6	—	—	
18 24	List.	444 "	—	98	24,8	0,5943	0,1349	22,7	—	—	
19 12	Grud.	462 "	—	82	25,9	0,4869	0,0886	18,2	0,0078	1,6	

wano już dziecku rozmaite pokarmy, jak to w „uwagach“ tablicy jest wzmiankowane. Wypróżnienie w pierwszych miesiącach życia jedno na dobę, niekiedy tylko dwa na dobę, w dalszych miesiącach zwykle jedno na dwie doby, miało zupełnie inny charakter, aniżeli u poprzedzających dzieci, karmionych mléką kobiećcem. Kał bardzo obfity, gęstości zarobionego ciasta, jasno-żółty, zupełnie jednorodny, bez żadnych kłaczków białych, dosyć zbity i w całości łatwo oddzielający się od pieluszki, nie przedstawiał ani razu w pierwszym roku życia reakcyi kwaśnej, zwykle zaś alkaliczną, niekiedy tylko obojętną. Dopiero w dwóch ostatnich analizach, kiedy dziecko przyjmowało pokarmy mięszone, kał reagował słabo kwaśno.

Zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych w tym przypadku okazuje się również niejednorodną, jak i w poprzednich przypadkach, ale nawet w ostatnich miesiącach pierwszego roku życia nigdy nie była o wiele mniejszą niż 30%. Dopiero w 2-im roku życia, którego nie możemy przyjmować pod uwagę z powodu, że dziecko przyjmowało już znaczną ilość innych pokarmów, zawartość tłuszczu uległa znacznemu zmniejszeniu, dochodząc niżej 20%. W pierwszym roku życia procentowa zawartość tłuszczu waha się w granicach od 27,8%—39,1%, również podczas gorączki po szczepieniu ospy, jak i podczas ząbkowania ilość tłuszczu nie ulegał znacznym wahaniom.

Spostrzeżenie powyższe przedstawia daleko dokładniejsze dane dla obliczenia wessania tłuszczu, aniżeli poprzednie przypadki z powodu, że z jednej strony ilość użytego mléka i zawartość w niem tłuszczu jest nam dokładnie znaną, z drugiej strony dokładne oznaczenie wagi wypróżnienia było w tym przypadku daleko łatwiejszym niż w tamtych.

Z powodu swojej gęstej, ciastowatej konsystencyi, kał oddzielał się w całości od pieluszki, a oddawany stale raz lub dwa razy na dobę, lub na dwie doby w znaczniejszej ilości dobrze mógł być zważonym. Z tego powodu obie te

rubryki (ilość przyjętego na dobę mléka i ilość tłuszczu) zostały wprowadzone do tabliczki.

Zdolność wessania tłuszczu przez cały czas trwania spostrzeżenia (od 4-ego miesiąca do końca pierwszego roku) okazuje się w tym przypadku, bardziej niż w poprzednich jednostajną, w miarę bowiem powiększenia ilości mléka przy znacznie zwiększonej ilości wprowadzanego tłuszczu, wzrasta jednocześnie ilość tłuszczu wydzielonego w kale, tak że procentowa ilość tłuszczu uległego wessaniu trzyma się w jednakowych mniej więcej granicach. I tak, w 19 tygodniu życia (analiza Nr. 1) waga wypróżnienia 22,5 grm., w tém części suchych (20,9%)—4,7 grm., a tłuszczu (33,5%)—1,57 grm., a że ilość wprowadzanego tłuszczu wynosi w tym czasie 43,5 grm., to z tego uległo wessaniu 96,4%, a wydalonych zostało z kałem 3,6%. W tygodniu 38 (analiza Nr. 10) waga wypróżnienia 32,5 grm., w tém części suchych (24,1%) 7,83 grm., a tłuszczu (34,6%)—2,71 grm. Z wprowadzonego więc tłuszczu w ilości 57 grm. uległo wessaniu 95,3%, a z kałem wydalonych zostało 4,7%.

W kilku analizach, w których procentowa zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych uległa dosyć znacznej zmianie, wessanie okazuje się nieco lepszym lub gorszym. Ostatnich czterech analiz dla powodów wyżej przytoczonych nie możemy przyjmować pod uwagę.

Z powyżej przytoczonych spostrzeżeń, odnoszących się do dzieci zdrowych, karmionych piersią matki, okazuje się, że z jednej strony procentowa zawartość tłuszczu w kale ssawców nie jest bynajmniej jednostajną, z drugiej strony u jednego i tegoż samego dziecka przez przeciąg całego roku waha się w dosyć znacznych granicach. W ogóle ilości tłuszczu, znalezione przezemnie, są znacznie wyższe, aniżeli podane przez BIEDERTA, co łatwo daje się wytłumaczyć tak odmiennym wykonaniem analizy kału, jakoteż różnym karmieniem dzieci, obserwowanych przez tego autora, jak to wyżej (str. 103) objaśniłem.

Również w porównaniu z analizami UFFELMANNA, liczby moje częstokroć o wiele wyższemi się okazują.

Przywiązując mniej wagi do pierwszego spostrzeżenia, tyczącego się dziecka, znajdującego się w niezupełnie normalnych warunkach żywienia, u którego przez przeciąg pierwszych 5 miesięcy życia przeciętna zawartość tłuszczu i kwasów tłuszczowych wahała się w granicach 22—50%, znajdujemy w drugim spostrzeżeniu u dziecka zupełnie zdrowego i bardzo dobrze odżywianego w ciągu pierwszych pięciu miesięcy stale około 45%, w drugiej połowie roku średnio 24%; u trzeciego w ciągu pierwszych trzech miesięcy życia średnio 25%, w następnych 13%; u czwartego około 30% przez cały czas siedmiomiesięcznego spostrzeżenia, u piątego przez ciąg pierwszych 4 miesięcy: średnio 35%. Podobnie przedstawia się zawartość tłuszczu u innych dzieci, u których analizę tylko raz lub dwa razy w różnych miesiącach pierwszego roku ich życia wykonywałem. Najczęściej więc ilość procentowa tłuszczu wynosi 25—35%. W kilku tablicach, zwłaszcza zaś w tablicy drugiej, widnieje znaczna różnica co do zawartości tłuszczu w początkowych i następnych miesiącach pierwszego roku życia.

Jeżeli zwrócimy uwagę na zawartość tłuszczu w mleku matki, to okazuje się, że bynajmniej większa zawartość tłuszczu w pokarmie nie wpływa na zwiększenie ilości tłuszczu w kale, przeciwnie w spostrzeżeniu drugim w drugiej połowie roku pomimo bardzo znacznej ilości tłuszczu w mleku matki (około 4,3%), zawartość tłuszczu w kale jest niższą, aniżeli w spostrzeżeniach 4-ém i 5-ém, w których mleko daleko mniej obfituje w tłuszcz. Również w spostrzeżeniu 3-ím przy większej zawartości tłuszczu w mleku matki (przeszło 3%), aniżeli w dwóch następnych spostrzeżeniach (niżej 3%), procentowa zawartość tłuszczu w kale jest właśnie najmniejszą.

Co się tyczy wessania tłuszczu w kanale pokarmowym, okazuje się również, że jest ono w pierwszych miesiącach mniejszém, niż w następnych: z tłuszczu wprowadzo-

nego z mléką matki w pierwszych miesiącach ulega wessaniu około 95%, w następnych 97—98% i więcej. I tu również większą zawartość tłuszczu w mléku matki nie okazuje wpływu na łatwiejsze lub trudniejsze wessanie tłuszczu, tak że z mléka bogatszego w tłuszcz, przy téj saméj łatwości wnikania do organizmu znacznie więcej ulega wessaniu, aniżeli z ubogiego w tłuszcz.

Okoliczność ta przedstawia ważne bardzo znaczenie praktyczne pod względem karmienia niemowląt; zaprzecza bowiem twierdzeniu wielu lekarzy, że mléko nadto w tłuszcz obfitujące nie jest korzystnem dla żywienia dzieci. U dziecka karmionego mléką krowią zawartość tłuszczu przez cały czas trwania spostrzeżenia od 5-ego miesiąca do końca pierwszego roku życia wynosi 29—39%, średnio około 33% i nie okazuje się niższą w ostatnich miesiącach pierwszego roku życia, póki dziecko jedynie mléką krowią karmioném było. Analizy kału z pierwszych miesięcy życia spostrzeżenie to nie obejmuje. Zdolność wessania tłuszczu również nie jest niższą, aniżeli u dzieci karmionych piersią matki: przeszło 95% tłuszczu ulegało wessaniu. Jeżeli zwrócimy przytem uwagę, że dziecko to otrzymywało daleko większe ilości mléka, aniżeli dzieci karmione piersią matki, to okaże się, że nie zawsze mléko krowie jest gorzej trawioném, niż mléko kobyńce, jak to utrzymuje CAMERER <sup>1)</sup> i inni, przynajmniej o ile się to odnosi do tłuszczów.

---

<sup>1)</sup> Zeitsch. f. Biol. Bd. XIV str. 391.

---



C Z Y N N O Ś C I  
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ TOWARZYSTWA.

ROK 1883.

Posiedzenie kliniczne d. 2 Października 1883 r.

PREZES: Orłowski.

*Treść:* I. Protokół. II. Dar dla pracowni  
III. OPENIOWSKI o ruchach żołądka.  
IV. PERKOWSKI. Nadliczbowa cewka.—Lithotomia. V. DOBRZYCKI.  
Wnioski w kwestyi felezerskiej. VI.  
DUNIN. O leczeniu i profilaktyce suchot.  
VII. Wybory czł. SZTOKMANA i NIEMIROWSKIEGO.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego, po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) SOKOŁOWSKI. *Ueb. d. luetische Phthise* — odbitka z *D. med. Woch. Nr. 37, 1883.*

b) Kol. JAWDYŃSKI złożył rsr. 31 k. 45 zebrane w kółku lekarzy dla pracowni przy naszym towarzystwie.

III. Kol. OPENIOWSKI z Kijowa, jako gość, przedstawił wyniki doświadczeń wykonanych w pracowni fizjologicznej w Berlinie nad ruchami żołądka i innerwacją tego organu, ogłoszone w tymczasowém doniesieniu w języku niemieckim w *Ctbl. f. d. med. Wiss.*

Prof. HOYER wyraził mówcy podziękowanie za wykład i zwrócił uwagę na ważność doświadczeń kolegi O., ze względu że one wskazują drogę do racjonalnego badania innerwacji przewodu pokarmowego i wykazują zarazem, jak nieodpowiednio postępowano dawniej, drażniąc nerwy zapomocą przyrządu Du Bois-Raymond'a.

IV. Kol. PERKOWSKI przedstawił kamień pęcherzowy, złożony ze szczawianu wapna, usunięty zapomocą litotomii z zejściem pomyślném. Następnie kol. P. odczytał pracę swą p. t. Nadliczbowa cewka przebiegająca przecie przy cewce prawidłowo rozwiniętej i t. d. Praca ta drukowana jest *in extenso* w „Medycynie“ 1883. Nr. 41.

V. Kol. DOBRZYCKI odczytał w ostatecznej redakcyi wnioski komitetu do spraw felczerskich, przyjęte już przez Towarzystwo; wnioski te wraz z motywami odesłane zostaną do komitetu w tymże celu wyznaczonego przez Władzę.

VI. Kol. DUNIN wyłożył rzecz o profilaktyce i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teoryi pasorzytniczój. Praca ta będzie ogłoszona drukiem w Gazecie Lekarskiej.

VII. W ciągu posiedzenia dopełniono wyborów kol. SZTOKMANA na członka czynnego naszego Towarzystwa i kol. NIEMIROWSKIEGO na członka honorowego.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

## Posiedzenie kliniczne dnia 16 Października 1883.

*Treść:* I. Protokół. II. Korrespondencyja. III. Stypendyja z zapisu ś. p. d-ra KOCZOROWSKIEGO oraz ś. p. GIRSZTOWTA. IV. ROSENTHAL A. Demonstr. prepar. mózgu. V. NUSSBAUM. Znaczenie białka. VI. RUBINSTEIN. Położenie płodu.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

Od prezesa lekarzy rossyjskich w Petersburgu zaproszenie na uroczystość 50-let. jubileuszu, adresowane do Bibliot. Tow. lek. warsz.

III. Prezes zawiadomił że komitet do stypendyjów zapisu ś. p. D-ra KOCZOROWSKIEGO ułożył odpowiedni regulamin i wypłacił styp. 6 następującym stud. med.: JEZIERSKIEMU Jul., OTTOWICZOWI Jan. z kursu 3. RODKIEWICZOWI Władysław. z kursu 4, BABIŃSKIEMU Leon., JEDLICKIEMU Łukasz., STOLARSKIEMU Adam. z kursu 5.

Komitet stypendyjalny imienia profes. GIRSZTOWTA przedstawił studenta 5 kursu medycyny STRASZNIKA CIECHOMSKIEGO jako kandydata na toż stypendyjum. Obecni wybór ten zatwierdzili.

VI. Kol. ROSENTHAL Albert okazał preparat mózgu chorego dotkniętego porażeniem korowem oraz głuchotą wyrazową.

Chory przebył 2 ataki apoplektyczne, po których pozostało porażenie połowiczne, pierwszy raz—prawej, drugi, lewej połowy ciała. W Kwietniu 1880 nastąpił 3-ci atak, któremu towarzyszyły napady drgawkowe, przyczém nastąpiło porażenie lewej połowy ciała, afazyja oraz głuchota. Hemiplegia pozostała niezmienioną, oraz przyłączyły się przykurczenia kończyn. Głuchota dotyczyła jedynie niepojmowania wyrazów i spowodowała zupełną niemotę; chory mówił jedynie wyrazy: ręka, noga. Pytań zwróconych do niego

zupełnie nie pojmuje. Zaburzeń psychicznych nie było żadnych. Przed 7-miu laty dotknięty był przymiotem. W d. 2 października 1883 po całoroczném pozostawaniu w szpitalu chory zmarł. Przy sekcji znaleziono w prawej półkuli mózgu zniszczenie tylnego środkowego zawoju (*g. centralis posterior*) oraz przyległej części płatu skroniowego; w 1 e-w é j: zniszczenie tylnej części 1-o i 2-o zawoju skroniowego. Szczegółowy opis wypadku zamieszczonym będzie w jedném z pism lekarskich.

V. Kol. NUSSBAUM wypowiedział traktat „o znaczeniu białka w przeróbce materyi”. (Drukowany w Gaz. lek. 1883 r.)

VI. Kol. RUBINSTEIN. Odczytał rozprawę o przyczynach położenia płodu, którą ma zamiar ogłosić drukiem w jedném z czasopism lekarskich miejscowych.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

### Posiedzenie kliniczne (zamiast biologicznego) z dnia 30 Października 1883 r.

*Treść:* I. Protokół. II. Korespondencyja. Dar p. GIEJSZTORA. Summa dla pracowni. III. Powitanie kol. SZTOKMANA. IV. Dalszy ciąg dyskusji o artykułach etyki lekarskiej.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego przyjęto ze zmianą na żądanie kol. DOBRSKIEGO, w jego przemówieniu.

II. Nadesłano:

a) Od p. Stan. GIEJSZTORA cztery wysokiéj wartości stare dzieła w języku łacińskim. Za dar ten postanowiono wyrazić ofiarodawcy podziękowanie od Towarzystwa.

b) Kol. MATLAKOWSKI złożył na ręce Prezesa rs. 350 nadesłane za pośrednictwem Gazety Lekarskiej przez kol. KAHL'A jako sumę zakwestyjonowaną mu przez dyrekcję Zakładów w Dąbrowie górniczej. Kwotę powyższą nadesłano do rozporządzenia Towarzystwa, z przeznaczeniem jej na pracownię.

III. Prezes wręczył obecnemu na posiedzeniu kol. SZTOKMANOWI dyplom na członka czynnego naszego Towarzystwa i zaprosił go do udziału w jego posiedzeniach.

IV. Kol. DOBRSKI przystąpił do odczytywania dalszych artykułów etyki lekarskiej.

Artykuł 50 przyjęto bez zmiany.

Artykuł 51 przyjęto po krótkiej dyskusji, z poprawką Towarzystwa lek. Krakowskiego. Podobnie bez zmiany przyjętymi zostały art. 52, 53 i 54.

Art. 55 uznano za właściwe pozostawić, mimo propozycji wykreślenia go, postawionej przez Towarzystwo lekarskie Krakowskie.

Art. 56 dał powód do dłuższej dyskusji, w której przyjęli udział kol. FRITSCH. GREKOWICZ, MATLAKOWSKI i prof. BARANOWSKI. Ostatecznie postanowiono art. ten wykreślić, z uwagi że w pismach lekarskich nie zdarzają się zazwyczaj ogłoszenia o środkach tajemnych, gdyż nie mają tam racji bytu; co się zaś tyczy ogłoszeń reklamujących w sposób przyzwoity środki lekarskie nietajemne, pisma pomieszczają je w dziale ogłoszeń, za które redakcja pisma lekarskiego warunkowo tylko może być odpowiedzialną. Względ iż pisma nielekarskie mogą przedrukowywać reklamujące ogłoszenia tego rodzaju, z powołaniem się na źródło, nie może być brany pod uwagę, gdyż tego rodzaju przedruk z nadużyciem połączonym można zapobiedz na właściwej drodze.

Art. 57 i 58 przyjęto w redakcyi pierwotnej.

Zaprojektowany do § 58 dodatek nie znalazł poparcia. Dalsze art. 59 — 65 przyjęto bez zmiany.

W art. 66 postanowiono dodać na końcu wyrazy „z uwzględnieniem zasad w art. 2 wyrażonych”.

Na tém posiedzenie ukończono. *W. Mayzel.*

Posiedzenie kliniczne d. 6 Listopada 1883 r.

PREZES: **Orłowski.**

*Treść:* I. Protokół. II. Dar dla pracowni. III. JASIŃSKI, sprawozdanie z Pamiętnika T. I. IV. Kandydatura D-ra MOCZUTKOWSKIEGO. V. PRZEWÓSKI. Demonstraeyja polarymetrów. IV. Wybory członków.

Obecny jako gość Dr. ERMAN z Pragi czeskiej.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Prezes zawiadomił, że nadesłano na pracownię rs. 105 od kolegów FUNK'A, ZAWADZKIEGO i CHYLIŃSKIEGO, którzy kończąc studia zobowiązali się złożyć pewną sumę na ten cel.

Od aptekarza BUKATEGO nadesłano do wypróbowania kataplazm na wzór Hamiltonowskiego, o wiele tańszy od zagranicznych wyrobów.

III. Kol. JASIŃSKI, redaktor Pamiętnika, odczytał sprawozdanie z rocznego prowadzenia tego pisma. Sprawozdanie będzie drukowane w Pamiętniku. Przytoczywszy cyfry wydatków i dochodów z prenumeraty, oświadczył że z przeznaczonych na wydawnictwo Pamiętnika 1000 rubli, pozostanie w tym roku przeszło 400, a gdyby cena Pamiętnika była wyższą, oszczędzono by znacznie więcej. Dalej sprawozdawca przytoczył, że liczba prenumeratorów na prowincyi jest większa niż miejscowych, i że oni chętniej zamawiają Pamiętnik przez księgarnie, które wymagają 10% rabatu. Tym sposobem Towarzystwo musi ponosić większą stratę, gdyż przesyłka pocztowa idzie na jego koszt. Przekroczenie zastrzeżonej objętości książki daje się usprawie-

dliwieć tém, że autorowie nie biorąc wynagrodzenia za swoje prace, mają prawo wymagać, aby prace te jaknajprędzej wyszły na świat w druku.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos kol. KLINK, HOYER, PERKOWSKI, BARANOWSKI i FRITSCHÉ. Zwrócili uwagę, że cena Pamiętnika nie może być podnoszoną pod żadnym pozorem, chodzi bowiem o to, aby wydawnictwo miało jaknajliczniejszych czytelników w kraju. Co do stosunków z księgarniami, możeby się dało znieść strącanie rabatu, jeżeli przesyłka idzie na koszt Towarzystwa.

IV. Prof. HOYER przedstawił na członka związkowego naszego Towarzystwa D-ra MOCZUTKOWSKIEGO z Odessy, znanego z licznych cennych prac naukowych, a zarazem jako człowieka cieszącego się uznaniem w szerokich kołach. Wobec tych okoliczności uznano za zbyt ucztywanie sprawozdania z nadesłanych 14 prac kandydata i postanowiono wyboru jego dopełnić na najbliższém posiedzeniu.

V. Kol. PRZEWÓSKI w długim wykładzie demonstrował kilka najwięcej używanych polarymetrów, służących do szybkiego oznaczania cukru i białka w moczu.

VI. W ciągu posiedzenia wybrano na członka związkowego D-ra MIERZEJEWSKIEGO z Petersburga, zaś na członka czynnego kol. ROGOZIŃSKIEGO.

Na tém posiedzenie ukończono. *W. Mayzel.*

Posiedzenie biologiczne (etyczne) d. 27 Listopada.

PREZYDUJĄCY kol. Gepner.

*Treść:* I. Protokół. II. Korrespondencyja.  
III. Wnioski komitetu sanitarnego.  
IV. Dalszy ciąg dyskusyi nad zasadami etyki lekarskiej.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

## II. Nadesłano:

a) J. SCHREIBER. *Prakt. Anleitung zur Behandlung durch Massage. Wien 1883.*

b) Od p. Prezydenta Miasta nadesłano odezwę do komitetu sanitarnego przy Towarzystwie, w kwestyi stacyi sanitarnéj miejskiéj, z okazji podania A. M. WEINBERGA o wykonywanie wszelkich analiz dla miasta za roczne wynagrodzenie 1200 rubli. Kol. Wiceprezes zawiadomił, że Komitet sanitarny zajął się już tą sprawą i wnioski swe przedstawi Towarzystwu dla przesłania ich panu Prezydentowi Miasta.

III. Kol. KRAMSZTYK Julijan odczytał wnioski komitetu sanitarnego, dotyczące nadesłanego przez pana Prezydenta Miasta projektu „Ostrogi” w kwestyi nocnych deżurów lekarskich. Towarzystwo przyjęło opinię komit. sanit. i postanowiło przesłać ją panu Prezydentowi.

IV. Kol. DOBRSKI przystąpił w dalszym ciągu do odczytywania i komentowania artykułów etyki lekarskiéj.

Art. 67 przyjęto bez zmiany. W art. 68 po dłuższej dyskusyi postanowiono, zgodnie z poprawką kol. KONDRATOWICZA, wykreślić ustęp początkowy cały. W drugim ustępie zamiast wyrażenia „ma prawo” postanowiono zamieścić wyrażenie „m a o b o w i ą z e k”.

Art. 69 przyjęto po dłuższej dyskusyi bez zmiany, w pierwotnéj redakcyi komitetu, a tylko zamiast wyrazów „jego pacjentami będącemi” postanowiono powiedzieć „pozostającemi w jego opiece lekarskiéj”.

Art. 70, 71, 72 i 73 przyjęto bez zmiany, odłożywszy dyskusyję nad dalszemi artykułami do następnego posiedzenia.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.



## Posiedzenie kliniczne z dnia 20 Listopada.

PREZES: **Orłowski.**

*Treść:* I. Protokół. II. Korrespondencyja.  
III. DOBRZYCKI Przenośniki zarazy  
gruźliczej. — Dyskusyja.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

Od pana Prezydenta: Rezultaty spisu jednodniowego ludności m. Warszawy 1882 r. Część I. Ludność i t. d.

III. Kol. DOBRZYCKI zabrał głos „o przenośnikach zarazy gruźliczej.” Skreśliwszy przedewszystkiem główniejsze rezultaty na polu badań lasecznika gruźliczego dokonane, zwrócił uwagę na ważne spostrzeżenia HEIBERG'A z Chrystianii, że nawet przy wilczaku (*lupus*) który jest ściśle gruźlicą skóry, choroba miejscowo przebiegająca może się uogólnić; w tym względzie pouczającym jest spostrzeżenie, w którym chory przybył do szpitala z wilczakiem a po pewnym czasie umarł przy objawach mózgowych zaliczonych na karb tyfusu, gdy tymczasem badanie pośmiertne wykazało gruźlicę opon mózgowych, której punktem wyjścia były wilczakowe zmiany w skórze, na laseczniku polegające. Mówca zwrócił uwagę na odkrycie SMITH'A który obecność lasecznika w powietrzu wydychanem przez suchotników wykazał; wspomniał o podobnych poszukiwaniach WILLIAMS'a i na téj zasadzie twierdzi, że wobec bliższego przebywania razem osoby suchotom uległej z osobą zdrową, jak to ma miejsce w pożyciu małżeńskim, zarażenie łatwo może mieć miejsce i że ono najprawdopodobniej w ten, a nie inny sposób, najczęściej przychodzi do skutku. Następnie kol. D. w kilku słowach zwrócił uwagę na pracę kolegi SOKOŁOWSKIEGO do której dołączone spostrzeżenia WILLIAMS'A, BREHMER'A, BENNET'A oraz jego własne nie mogą dostarczyć z klinicznego punktu widzenia dostate-

cznych i ścisłych dowodów, z którychby o faktycznem przeniesieniu zarazy z jednego osobnika bezpośrednio na osobnik drugi wnioskować można. Zupełnie w tym względzie odosobnione stanowisko zajmuje TAPPEINER z Meranu, który zarażenie jednej osoby od drugiej przyjmuje jako fakt pewny, z powodu iż w bardzo wielu przypadkach zauważył, że zupełnie zdrowe, dobrze zbudowane, dobrze odżywione i z zupełnie zdrowych rodziców pochodzące osobniki, pielęgnując przez czas dłuższy suchotników w wysokim stopniu chorobie uległych, same zachorowywały po niejakiem czasie na suchoty i z téj choroby umierały. MUSSGRAVE w rozprawie swój przytacza trzy przez czas dostatecznie długi postrzegane przypadki, w których przeniesienie się zarazy z osoby na osobę zdaje się nie ulegać wątpliwości. Bądź co bądź droga kliniczna nie daje dostatecznych kryterjów do stanowczego orzeczenia, czy suchoty są chorobą zaraźliwą w tém znaczeniu jak to np. o tyfusie wysypkowym lub odrze rozumiemy, a to dla dwojakich powodów: raz, że okres wylegania choroby może niekiedy trwać bardzo długo i lekarz który widział chorego przed rokiem, nie ma możności wykazania przyczynowego związku, jaki pomiędzy przypuszczalnem przed dawnym czasem nastąpiónym zarażeniem a obecną, już bardziej rozwiniętą chorobą, zachodzi. Powtóre, że traktując chorobę jako zjawisko przyrodnicze na równi z innymi zjawiskami, już z góry możemy się spodziewać, że w kwestyi dotarcia do jej przyczyny, nic pewnego otrzymać nie możemy, ponieważ ściśle biorąc, choroba sama jest drugą połową zjawiska. Widzimy tylko skutki podziałania pewnych szkodliwości, a kiedy one podziałały, i w jaki sposób to podziałanie przyszło do skutku, domyślać się tylko możemy. Eksperyment więc tylko, który usiłuje wytworzyć chorobne zjawisko wśród tych warunków, jakie w naturze spotykamy, może kwestyję rozwiązać.

Następnie kol. DOBRZYCKI zwrócił się do zaraźliwości młéka krów gruźliczych, o którego szkodliwo-

ści u dzieci pisał KLENCKE już w r. 1847 (*Die schlechte Kuhmilch*), wychodząc z punktu widzenia klinicznego. Szkodliwość ta jednak dowiedziona została na drodze doświadczalnej dopiero przez BOLLINGER'A w r. 1879—1880, który karmiąc zwierzęta (króliki i świnki morskie) mléką krów gruźliczych i wstrzykując mléko takie do jamy brzusznej, otrzymał u tych zwierząt zmiany typowo odpowiadające sprawom gruźliczym u człowieka. Kol. DOBRZYCKI miał sposobność być obecnym przy 8 sekcjach takich zwierząt. Wobec faktu że u dzieci po odłączeniu od piersi, pojawiają się często biegunki, *Enteritis follic.* i *Meningitis tuberc. acuta*, szkodliwość mléka krów niezdrowych była prawdopodobną, a przypuszczenie to stwierdzonem zostało przez wykazanie laseczników gruźliczych w mléku krów chorych na perlicę, która jest identyczna z gruźlicą. Badania w Bawaryi dokonane, dowiodły że ilość krów chorych jest bardzo znaczna, dochodzi bowiem do 5,3%, gdy u wołów zaledwie 1,13% choruje na gruźlicę. Z tego względu badanie krów powinno być obowiązujące ze stanowiska higieny, zwłaszcza że i mięso krów gruźliczych jest szkodliwe, podobnie jak mięso zwierząt karbunkułowych, o czém kol. D. pisał przed trzema laty („Medycyna” 1880).

Zaraźliwość jednak w ogóle nie jest bezwarunkową. Z zarazkami rzecz się ma poniekąd jak z ziarnem, które dla zejścia i wydania owocu potrzebuje odpowiednich warunków (temperatury, wilgoci, światła), inaczej przeleżeć może w ziemi długie lata beczynnje. Tak samo dla rozwinięcia się choroby pod wpływem zarazka potrzebne jest u s p o s o b i e n i e, do tego stopnia, że choroby takie jak ospa, syfisy, karbunkuł, wścieklizna, malaryja, nie u każdego osobnika znajdują odpowiedni do rozwoju grunt. Usposobienie to, które się dziedziczy lub nabywa, może być ogólne i miejscowe, w pierwszym zaś mieści się najważniejsze zapewne usposobienie a n a t o m i c z n e, które polega na niestosunku między objętością czyli pojemnością płuc, a resztą ustroju. Płuca takie mając za wielkie nad siły za-

danie do spełnienia, stają się *locus minoris resistentiae*, dla laseczników gruźliczych. Zebrawszy postrzeżenia na 2100 chorych i porównywując wymiary klatki z pojemnością płuc (które bynajmniej nie stoją z sobą w stosunku prostym) kol. D. doszedł do przekonania, że u osób jednakowego wzrostu, objętość płuc może być o  $\frac{1}{3}$  mniejsza (do 18 ctm). Im klatka piersiowa w poziomym przecięciu zbliża się bardziej do elipsy lub koła, tém pojemność płuc jest większa. Drugim warunkiem usposabiającym do suchot płucnych są przebyte choroby płuc i stany kataralne tychże, z uwagi, że jak to ZIEGLER wykazał, laseczniki gruźlicze znajdują się w wielkiej ilości w śluzie zatykającym oskrzela, zapewne więc mogą się w tym ośrodku rozmnażać obficie.

Co się tyczy leczenia suchot płucnych na podstawie pasorzytniczéj teoryi rozwoju gruźlicy, kol. DOBRZYCKI mniema, wbrew zdaniu kol. DUNINA, iż środki przeciwpasorzytne mogą przynosić pomoc, byleby tylko wprowadzone zostały do ustroju nie za pośrednictwem krwi lecz do samych płuc i to jaknajwcześniej. Z tego punktu widzenia należy doskonalić sposoby stosowania środków lekarskich na samą powierzchnię oddechową.

Prof. HOYER dotykając wzmiankowanej przez kol. DOBRZYCKIEGO analogii między zarazkiem karbunkułowym i gruźliczym, zwrócił uwagę, że istnieją różne formy wegetatywne grzybków pasorzytnych jednego rodzaju, z których to form, jedne łatwo dają się zniszczyć, inne zaś nadzwyczaj są odporne. *B. anthracis* np. we krwi zwierzęcia żyjącego tworzy pręciki (lub nitki łamiące się w krwi krążącej) które w 3 dni po śmierci przestają być zaraźliwe przez gnicie, giną również już w temper. 60, pod działaniem alkoholu, kw. karbolowego. Natomiast druga forma wegetatywna *B. anthracis* powstaje we krwi dopiero w przystępie powietrza. Gdy krew zbierzemy w naczynie lub zmieszamy z bulionem, natenczas pręciki *B. a.* wyrastają w długie nitki, w których wytwarzają się spory (*Dauersporen*) uwalnia-

jące się po rozpadnięciu się nitek. Te spory są nadzwyczaj odporne, nie giną w temp. 150° w powietrzu, lub przez kilka godzin przy większym ciśnieniu pary, i jedynie sublimat według KOCHA znosi ich zaraźliwość. Te to spory są powodem zarażenia garbarzy, szczotkarzy, gdyż lata całe zachowują swą zaraźliwość.

Co się tyczy zaraźliwości mięsa zwierząt karbunkulowych, należy wiedzieć, że przez dokładne ugotowanie zaraźliwość laseczników zostaje zniesioną, choćby zwierzę przez kilka już dni leżało zabite; lecz za rozkrajaniem części ciała zwierzęcia, przy zawieszeniu mięsa na powietrzu, następuje rozkład krwi i wytworzenie się sporów w wyrosniętych niteczkach *B. a.*, które to spory jak powiedziano, nie giną mimo ugotowania mięsa i mogą zarażać ogólnie. Karbunkul u człowieka występujący nie może być mieszanym ze zwierzęcym. Inna rzecz gdybyśmy do zarażenia użyli płynu z hodowanymi bakteryjami. Przy zwykłym zarażeniu występuje u człowieka forma chorobowa mieszana, która może się uleczyć nawet siłami natury, gdyż wraz z bakteryjami karbun. dostają się do ustroju inne bakteryje zapalne, a zapalenie z ropieniem stanowi pewien rodzaj ochrony, przez to, że zatamowane zostają drogi dla resorbeyi. Dlatego to szukając bakteryj w pryszczu karb. znajdziemy bardzo mało laseczników i to na obwodzie, gdy w środku następuje rozpad i zniszczenie. Ogólne zarażenie karb. występuje na szczęście rzadko. W przewodzie pokarmowym człowieka powstają często zmiany będące wytworem nie bakteryj karbunkulowych, a innych do nich domieszanych. Gdy ustrój zarażony zostanie sporami *B. anthracis*, to rady nie ma i żadne *antiseptica* nie pomogą.

W kwestyi z a r a ż l i w o ś c i g r u ż l i c y słusznie zwracamy się do większego lub mniejszego usposobienia, które jest *punctum saliens* dla postępowego leczenia. Bywa ono różne u różnych osób i może się istotnie wyrażać przez budowę płuc które są rodzajem wentylatorów w ustroju; im większe w nich będzie utlenianie, tém łatwiej usunąć

mogą szkodliwe wpływy, tém większej nabiera odporności. Ta właśnie odporność jest rozmaitą indywidualnie i ma na nią wpływ konstytucja (limfatyczna i t. d.) Wybitniej przejawia się ta różnica w odporności przy doświadczeniach z infekcją zwierząt. Psy i koty np. zarażają się karbunkulem daleko trudniej niż króliki i świnki morskie, a także i szczepienia gruźlicy nie udają się u nich. Dziwniejszą jeszcze jest okoliczność, że pewna forma posocznicy rozwija się łatwo przez zaszczepienie u myszy polnej, a trudno u myszy domowej.

Co się tyczy dróg zarażania się organizmu gruźlicą, to one są różne, ale dotychczas pod tym względem niewiele pewnego wiadomo, znacznie mniej aniżeli o karbunkule.

Wobec niewątpliwego powiększenia usposobienia do gruźlicy skutkiem przebytych chorób płucnych, oczywiście jest, że zarazek dostaje się do ustroju przez oddychanie. Z drugiej strony gruźlica z dróg pokarmowych nabyta może się czasem uogólniać. Wreszcie jak tego dowodzą preparaty przedstawione na tegorocznej wystawie higienicznej w Berlinie, po wstrzyknięciu laseczników gruźliczych do krwi, otrzymamy płuca zasiane gruzelkami. Z początku dopóki gruzelków jest mało, niekoniecznie znajdziemy laseczniki w płwocinie, gdyż one mogą być w głębi tkanek i wydostawać się dopiero później przez ich rozpadnięcie. Zmiany zwykle w suchotach płucnych u człowieka napotykanne nie są wyłącznie gruźliczemi, a zależą od kataru, zrazikowych ognisk zapalnych i zapewne od wpływu innych bakteryj, nie tylko gruźliczych. Pod względem leczenia gruźlicy należy pamiętać, że choroba raz może się szerzyć szybko, drugi raz powolniej; raz pomoc lekarska może cośkolwiek zdziałać, drugi raz nie, zwłaszcza że gruźlica częstokroć wikła się z innymi chorobami np. z malaryją.

Kol. DUNIN sądzi że w niektórych wypadkach przytoczonych przez kol. DOB. w jego pracy o karbunkule z r. 1880

nie było karbunkułu lecz septicaemia i zarażenie innego rodzaju bakteryjami; z tego zaś względu nie dadzą się te przypadki spożytkować do uzasadnienia jakiegokolwiek teorii w obecnej chwili, gdy metody badania nie zostały udoskonalone. W kwestyi usposobienia anatomicznego do suchot, mającego się wyrażać budową płuc, kol. DUNIN zwraca uwagę że już dawniej BENEKE i SCHOTTELIUS wpadli na myśl szukania w tym organie objaśnienia usposobienia do gruźlicy. Wszelako, zdaniem DUNINA, byłoby to tylko miejscowe usposobienie. Suchoty są jedną z form gruźlicy, usposobienie zaś do niej leżeć musi w warunkach życia całego ustroju, a nie w pojedynczych organach. Co się tyczy antyseptycznego leczenia suchot, chodziłoby tu o wprowadzenie odpowiednich środków do samych pęcherzyków płucnych, czego dotychczasowe inhalatory nie zdołały wypełnić, a zwłaszcza doprowadzić środek leczniczy wgłąb zajętych gruczołów oskrzelowych. Zresztą silne środki nie dałyby się zastosować na całej powierzchni płuc. Tym sposobem więcęć spodziewać się jeszcze można od środków działających za pośrednictwem krwi.

Kol. DOBRZYCKI objaśnił że według doświadczeń SMOLEŃSKIEGO (1879) tylko płyny jako takie dochodzą do płuc siłą swęj ciężkości, pary zaś muszą się tam skraplać.

Dalszą dyskusyję z powodu spóznionęj pory, odłożono do następnęgo posiedzenia i na tém posiedzenie ukończono.

*W. Mayzel.*

Posiedzenie kliniczne (zamiast biologicznego) d. 27 Listopada 1883 r.

PREZYDUJĄCY: Vice-Prezes kol. **Gepner.**

*Treść:* I. Protokół. II. Korrespondencyja. III. Dyskusyjja nad artyk. etyki lekarskiej. IV. Odpowiedź komitetu sanitarnego na projekt „Ostrogi” nocnych deżurów. V. Odezwa J. W. Prezydenta.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

J. SCHREIBER *Prakt. Anleitung zur Behandlung durch Massage Wien 1883.*

III. W dalszym ciągu dyskusyjji nad artykułami etyki lekarskiej, motywowanemi przez kol. DOBRSKIEGO przyjęto art. 67 bez zmiany. W art. 68 postanowiono wypuścić całe zdanie początkowe, a dalej zamiast „ma prawo” wyrazić „ma obowiązek”. W art. 69 zamiast „jego pacjentami będącemi” powiedzieć: „osobami pozostającemi w jego opiece lekarskiej”. Art. 70, 71, 72, 73 przyjęto bez zmiany po dłuższej dyskusyjji.

IV. Kol. Jul. KRAMSZTYK odczytał odpowiedź komitetu sanitarnego, mającą się przesłać J. W. Prezydentowi w kwestyjji projektu „Ostrogi” dotyczącego nocnych deżurów lekarskich.

V. Kol. Prezydujący zawiadomił, iż J. W. Prezydent nadesłał do Towarzystwa odezwę dotyczącą projektu poruczenia wszelkich analiz chemicznych miejskich D-rowi fil. Al. M. WEINBERGOWI za roczne wynagrodzenie 1200 rubli. Odezwa ta przesłana została do komitetu sanitarnego, który przygotuje odpowiedź J. W. Prezydentowi.

Na tém posiedzenie ukończono.

*W. Mayzel.*



Posiedzenie kliniczne z d. 4 Grudnia 1883 r.

Prezydujący: Vice-Prezes Kol. **Gepner.**

*Treść:* I. Protokół. II. Korrespondencyja. III. Wniosek Sekret. stałego. IV. MEYERSON o wprowadzaniu świeczek do trąbki Eustach. V. SOKOŁOWSKI. O zaraźliwości suchot płucnych. VI. Dyskusyja nad tym przedmiotem.

I. Protokół posiedzenia poprzedzającego po odczytaniu przyjęto.

II. Nadesłano:

a) List od Prof. COHN'A z prośbą o udzielenie mu z biblioteki Tow. „Dziennika zdrowia“.

b) I zeszyt dzieła: Nauka o soudnim lekarstwi J. REINSBERG'A. Praga 1883.

III. Sekretarz stały, wniósł aby mu dozwolono przedstawić budżet Towarzystwa na posiedzeniu w m. Lutym, nie zaś na posiedz. administr., jak tego chce ustawa. Żądanie swe Sekret. stały motywował zawikłanemi rachunkami, które wprzód muszą być uporządkowane. Zgodzono się.

IV. Kol. MEYERSON odczytał rzecz o wprowadzaniu świeczek do trąbki EUSTACHIUSZA (drukowana będzie w Medycynie). Kol. M. stwierdza stanowczy i natychmiastowy wpływ wprowadzenia świeczki na poprawę słuchu, już podczas pierwszego posiedzenia; dalej zaś wpływ leczenia jednego ucha na ucho drugie nieleczone zgodnie ze spostrzeżeniami EITELBERG'A. Co do wyniku mechanicznego, to takowy jest bardzo powolny; dla dostatecznego rozszerzenia potrzeba wiele czasu. W końcu wspomina kol. M. o rzadkich przypadkach, w których chorzy nie znoszą wprowadzania świeczek z powodu powiększającego się szumu w uszach.

V. Kol. SOKOŁOWSKI odczytał pracę o zaraźliwości suchot płucnych. Jest ona drukowaną in extenso w Gaz. Lek. z r. 1883.

VI. W przedmiocie tego wykładu wywiązała się dyskusja.

Prof. BARANÓWSKI powiedział co następuje: Wykazanie zaraźliwości suchot na drodze doświadczalnej nasuwa lekarzowi wiele pytań doniosłych. Że fakt zaraźliwości został dostrzeżony wprzód na drodze doświadczalnej, a nie klinicznej, jest to wielce charakterystyczne. O innych bowiem chorobach wiedziano wprzód że są zaraźliwe zanim zarazek stwierdzonym został. Są zresztą choroby zaraźliwe z nieznanym dotychczas zarazkiem. Odmierna ta droga rozwoju pojęć ma wielkie znaczenie. Pytając o przyczynę znajdziemy odpowiedź jedną tylko możliwą, że w obec innych chorób zaraźliwych ustrój ludzki okazuje mniejszą odporność niż wobec zarazka suchot. Inne te choroby występują czasowo, terytorjalnie, zależnie od gruntu, temperatury; suchoty zaś są wszędzie, na całym świecie ucywilizowanym (z wyjątkiem pewnych miejscowości, którym przyznać trzeba pewną *immunitas*). A jednak mimo wszechobecności zarazka, trudno wykazać zarażanie się ludzi suchotami.

Eksperyment wykazuje że zarazek dostaje się do ustroju przez oddychanie, przez krew, przez przewód pokarmowy (mleko krów perlicowych), drogi więc są otwarte, a jednak dowiedzenie sposobu zarażenia jest trudne. Syfilis wymaga zaszczepienia, gruźlica nie. Z tych danych należy bardzo stanowczo wnioskować, że ustrój ludzki posiada wielką odporność na zarazek suchot, że go eliminuje, usuwa, pokonywa. Suchotom ulegają tylko pewne jednostki wśród ludności i ztąd powstaje pojęcie usposobienia. Pod tym względem dziś wszyscy przyznają że trzeba taką hipotezę przyjąć. Lecz ponieważ fakta zarażenia są od niedawna zbierane, więc wnioski nasze są co do tego dotąd grube, nieociosane. Kol. SOKOŁOWSKI dotknął wszystkich najważniejszych punktów w tej kwestyi, mówił też o uspo-

sobieniu, lecz nie dał obrazu „diatezy“ suchotniczej. Rzecz to nowa, trzeba się więc kontentować czemkolwiek zdobytym na podstawie postrzeżenia. Diatezę suchotniczą będzie stanowić wązka klatka piersiowa, łatwość krwawień, *vulnerabilitas* błon śluzowych (łatwe katary); znamiona te dowodzą usposobienia i występują tam gdzie usposobienie jest dziedziczne. Ale słusznie też utrzymują że są przypadki odmienne. Bardzo często usposobienie suchotnicze manifestuje się szybkim rozwojem przy szerokiej klatce, ale nadto wczesnym skostnieniem chrząstek żebrowych (rodzaj subrachityzmu), z czem się łączą pewne zmiany w typie oddychania; nie jest ono żebrowo brzuszne, a uderza podnoszenie się górnych części klatki za pomocą mięśni *scaleni* i *sterno-cleido-mast.* Jest to zmiana rozwojowa, wrodzona. Pewne charakterystyczne cechy usposobienia suchotniczego dają się także i klinicznie określić, a także ostrzegają one że istnieją warunki do rozwoju suchot usposabiające. Statystyczne dane w tym względzie są tak skąpe, że z nich wniosków wyciągać nie można. Co się tyczy drugiego punktu, w którym kol. SOKOŁOWSKI występuje przeciw zdaniu kol. DOBRZYCKIEGO, racya znajduje się po obu stronach. Właśnie suchoty często są następstwem przebytej *Pleuritis* ze zrostami i pewnych form chorobowych z bardzo obfitym złuszczeniem nabłonka płucnego połączonych. Od lat wielu prof. B. zwraca w klinice uwagę na przypadki *Bronchitidis* bez usposobienia dziedzicznego do suchot. Gdy plwocina obfita (z oskrzeli, z *infundibula*), gdy nabłonki są zmienione w kształcie i przedstawiają t. zw. myelinową degeneracyję, tam okazuje się usposobienie do suchot. Jest zrazu choroba miejscowa, katar, a dołączają się choroby w zakres suchot wchodzące.—Trzeci punkt jest ten, że nie wszystkie choroby wycieńczające wywołują gruźlicę; np. charłactwo malaryczne, choroby nerek, wady serca; upadek odżywiania jest tu wielki, a usposobienia do suchot niema. Diabetycy przeciwnie często kończą na suchoty. Reasumując można powiedzieć, że mimo usposobienia dziedziczne-

go, wrodzonego, chorób usposabiających i t. d., trzeba dalej obserwować, bo nie wszystkie choroby wyniszczające, nie wszystkie charakteryzujące prowadzą do suchot. Dlatego prowadnia w obserwacjach dalszych kierować nami powinna. Co się tyczy wreszcie leczenia suchot, to kol. SOKOŁOWSKI jest zanadto pesymistą. Prof. B. przeciwnie wierzy w uleczenie usposobienia do suchot, że więc można ustrój ustrzedz od suchot mimo przekazania choroby przez matkę, ojca — i to ustrzedz przez leczenie odpowiednie. Również w samym początku gruźlicy zdarzają się uleczenia. Każda choroba połączona ze znacznymi zmianami ważnych organów musi być nieuleczalna, ale gdy leczymy wczesne stadia, to inny otrzymujemy rezultat, zwłaszcza gdy brak usposobienia dziedzicznego. Co prawda może to być tylko poprawa względna. Środki antyseptyczne mogą w leczeniu suchot obiecywać wiele, ale dotychczas żadnego rezultatu nie dały. Najwięcej pomagają środki wzmacniające, powiększające energię, siłę ustroju, a więc górski klimat, pobyt na południu (w mniejszym stopniu jednak), a zatem środkami leczniczymi w suchotach są: klimat, dyjeta, bodźce powiększające odporność organizmu. Zresztą tak mało jeszcze czasu upłynęło odkąd zaraźliwość suchot dowiedziona została, że rezultaty leczenia niewielkimi zaledwie być mogą. Usiłowanie „leczenia“ suchot datuje w ogóle od niedawna; przed laty 40-tu w tym względzie panował powszechnie pesymizm.

Prof. HOYER w odpowiedzi prof. BARANOWSKIEMU powiada, że jeżeli zaraźliwość suchot została doświadczalnie wykazaną wprzód aniżeli na drodze klinicznej, to jest tego przyczyną powolny przebieg suchot. W innych chorobach skutki zarażenia są szybkie (np. gorączki wysypkowe—syfilis nawet poniekąd). W gruźlicy natomiast zbyt późno u zwierząt po szczepieniu występują objawy i dopiero sekcja okazuje rezultat. Dla tego to tak niedawno zaczęto badać zaraźliwość gruźlicy u ludzi, jakkolwiek oile mówcy wiadomo, dawno już to podejrzewano. W odpowiedzi kol.

SOKOŁOWSKIEMU prof. HOYER oświadcza że właściwie nie znamy jeszcze dokładnie warunków przenoszenia się gruźlicy, dopiero zaledwie początki w tym kierunku są zrobione i potrzeba jeszcze wielu odnośnych postrzeżeń. Co do dezynfekcyi plwociny prof. H. sądzi że ona jest może zbytęczą, gdyż z płynów mimo ich wyschnięcia bakteryje się nie ulatniają; nie należy jednak pluć na podłogę, zkąd zaschnięta plwocina się rozciera i unosi w postaci pyłu. Posługacze chyba w szpitalach mogliby się prędzej zarażać. Zresztą niewiemy na pewne czy wyschnięty zarazek gruźliczy istotnie zaraża, choć otrzymano gruźlicę przez wdychanie sproszkowanęj po wysuszeniu plwociny; są to jednak fakty niedostatecznie potwierdzone. Doświadczenia takie potrzebaby właśnie wykonywać z czystym materiałem t.j. z oddzielnym zarazkiem. Co do leczenia suchot, prof. H. nie zupełnie się zgadza z pesymistycznemi poglądami kol. SOKOŁOWSKIEGO; o uleczalności choroby rozwiniętej, niema oczywiście mowy, ale są okoliczności dowodzące że w wielu razach skutecznie oddziaływać i zyskać poprawę można. Jednym ze środków zasługujących na zaufanie jest *Natrum benzoicum*, mimo reakcyi jaka się odezwała po szumnych zachwalaniach KLEBS'A i ROKITANSKYEGO. Mówca używał tego środka z najlepszym skutkiem przy istniejącej gruźlicy (zwłaszcza razem z chininą). Kilka mniejszych dawek dziennie lepiej się znosi aniżeli większe, psujące trawienie. W innych też przypadkach, przy ostrych katarach płuc u dzieci zwłaszcza środek ten jest nader pomocny, a także w cierpieniach kiszkowych. Skuteczność jego stwierdził też prof. H. na sobie samym w reumatyzmie mięśniowym.

Kol. SOKOŁOWSKI obstaje przy zdaniu że katarę płuc nie prowadzą do gruźlicy, a zresztą niema żadnego *criterium* że katar nie rozwinął się już na tle gruźliczym. Od niedawna datujące poszukiwanie laseczników może nie zawsze jest stanowcze. Co się tyczy sceptycyzmu odnośnie uleczalności suchot, kol. S. miał na myśli istotne uleczenia,

nie zaś zatrzymanie się choroby. Różnica leży w tém, że po procesie ostrym nastąpić może spokój przez całe lata niekiedy, leczenie sprawia korzystne wrażenie, ale niewiadomo jaki w końcu będzie rezultat. Statystyka dotychczas nic nie dała, gdyż chorzy wypisani zostają i niewiadomo jaki ich los spotkał. Mówca sam ogłosił przed laty pracę o uleczalności suchot, dziś jednak na podstawie ściślejszych postrzeżeń odstąpił od tego zdania. Często także mięsza się różne cierpienia płucne i kładzie na karb suchot np. zejścia *pneumoniae crouposae*, które mogą się szczęśliwie zakończyć mimo podobieństwa do ftyzy. Sprawy rozrostowe tkanki łącznej w płucach mogą też być zbliżone do suchot. Po rozważeniu tych błędów niewiele zostanie z dodatniego wpływu leczenia, tak że sceptycyzm mówcy nie będzie sięgał za daleko.

Co się tyczy *Natr. benzoicum* kol. SOKOŁOWSKI może w zupełności potwierdzić postrzeżenia prof. HOYERA o wpływie tego środka na poprawę. Z równym jednak skutkiem dawał *Natr. salicylicum*. To co uważają za malaryję przy suchotach jest pseudomalaryją w chronicznych suchotach.

Na tém posiedzenie ukończono.

W. Mayzel.

Posiedzenie administracyjne d. 18 Grudnia.

PREZES: Orłowski.

I. Nadesłano:

Rocznik medycyny krajowej za r. 1882/3.

Od kol. NARKIEWICZA-JODKI list z propozycją aby członkowie Tow. składali ofiary w miejsce powinszowań noworocznych—na kassę wsparcia. Przytem kol. N.-J. prosi o przemianowanie go z członka czynnego na członka korespondenta naszego Towarzystwa.

II. Kol. Sekretarz stały przedstawił a) sprawozdanie komitetu budowlanego, z którego się okazuje, że rachunek za wykonane roboty po ich sprawdzeniu wynosi Rs. 3839 kop. 89. Towarzystwo sumę tę zatwierdza.

b) Projekt budżetu na r. 1884. Przychód oznaczony został w przybliżeniu na Rs. 3996, rozchód na 3562.

c) Budżet domu: Przychód Rsr. 7723, rozchód Rs. 6937.

d) Fundusz pracowniany: W papierach publicznych i gotowości Rs. 2037; w r. 1884 przeznacza się Rs. 500. Rozchód z urządzeniem (Rs. 1300) wyniesie Rs. 1800; re-manent spodziewany Rs. 737.

III. Przyjąwszy do wiadomości podane cyfry, zdecydowano powiększyć wydatek na zakup dzieł dla Biblioteki do sumy 200 rubli i drukować w każdym zeszycie Pamiętnika tytuły nowonabytych dzieł, a to w tym celu, aby członkowie wiedzieli co nabyte zostało i mogli korzystać z nowych książek.

IV. Kol. KLINK odczytał sprawozdanie z wydawnictwa dzieła OCZKI, na które Towarzystwo udzieliło Rs. 900. Sprzedano egzempl. 220, bezpłatnych rozeszło się 38, razem 258. Z prenumeraty wpłynęło rs. 400. Dochód otrzymany w sumie rs. 298 złożony został do funduszków Towarzystwa.

V. Kol. PESZKE odczytał spis dzienników prenumerowanych przez Tow., których cyfra dochodzi 24 (9 francuskich, 14 niemieckich), poczem wszczęto dyskusyję w kwestyi wyboru gazet na rok przyszły. W rezultacie postanowiono nie tylko nie ograniczać liczby prenumerowanych tygodników i t. d., lecz przeciwnie, powiększyć ją. W myśl tej decyzji postanowiono zapisać ponownie *Gazette des hôpitaux* i nabyć zeszłoroczny tom tej gazety, której komplet zbiera się w Bibl. Tow. od lat 50. Postanowiono także zaprenumerować *Americ. Journ. of medic. sciences*. Kol. NENCKI zobowiązał się dostarczać corocznie dla Biblioteki Tow. *Revue des sciences medicales*.

VI. Kol. Sekretarz stały przypomniał w kwestyi funduszu konkursowego imienia wychowawców Uniwers. War. z r. 1873/4 (na który to fundusz kol. RYBIŃSKI złożył w r. 1882 rs. 500 dla zastąpienia składek za zmarłych lub niezamożnych), że należy ponownie powołać kolegów CHROSTOWSKIEGO, PAWIŃSKIEGO i Jul. KRAMSZTYKA do zajęcia się rozdziałem tego funduszu.

Kol. FRITSCHÉ zobowiązał się postarać o odzyskanie na poczcie zaginionej summy 100 rubli, przesłanej na tenże fundusz w r. 1880 przez kol. RYBIŃSKIEGO za pośrednictwem Tygod. ilustrowanego.

VII. Kol. PORTNER jako kassjer Tow. wniósł aby Towarzystwo udzieliło mu upoważnienie do lokowania w Banku polskim stałych funduszków Tow. i Kassy wsparcia, dochodzących summy rs. 22000. Zgodzono się.

VIII. Kol. JASIŃSKI postawił wniosek aby ze względu że fundusze Tow. na to pozwalają, przeznaczono rs. 100 jako premium za najlepszą pracę wydrukowaną w r. bieżącym 1883 w Pamiętniku. Zgodzono się i postanowiono ocenę pracy kwalifikującej się do nagrody pozostawić odpowiedniemu komitetowi.

IX. Kol. Vice-Prezes GEPNER udzielił wiadomości o premiach imienia HELBICH'A, CHAŁUBIŃSKIEGO i innych, które oddawna nie zostały rozdzielone z powodu nienadsyłania prac konkursowych. Z uwagi że fundusze premiowe gromadzą się i w celu przypomnienia o konkursach, postanowiono wybrać na posiedzeniu wyborczém „K o m i t e t k o n k u r s o w y” stały, któryby zastanowił się nad całą sprawą i wnioski swe Towarzystwu przedstawił.

Zadecydowano również aby tenże komitet zajął się ogłoszeniem konkursu z funduszu ś. p. KOCZOROWSKIEGO.

X. Prof. SZOKAŁSKI zaproponował w kwestyi pomocnika Sekretarza stałego, przedstawionego na posiedzeniu z d. 20 Marca r. b., aby dla uniknięcia jakichkolwiek nieporozumień, obowiązki tego pomocnika i atrybucyje zostały określone regulaminowo. Ułożeniem takiego regulaminu



zająćby się mogli członkowie komitetu gospodarczego i przedstawić go Towarzystwu.

Kol. KONDRATOWICZ sądzi że układanie regulaminu przez osoby interesowane byłoby niewłaściwem; co się zaś tyczy postawionego na porządku dziennym dzisiejszego posiedzenia zatwierdzenia pomocnika sekretarza stałego, kol. K. jest zdania, że jest to czynność zbyteczna, albowiem Towarzystwo już poprzednio zgodziło się, aby osoba zaufana i przedstawiona przez Sekretarza stałego, była mu przydana, z wiedzą Towarzystwa, w charakterze osobistego pomocnika, z którym według wzajemnego porozumienia czynności rozdzielone być by mogły. Tworzenie nowego urzędu, jak nie całkiem ściśle się wyrażono w protokóle posiedzenia z d. 20 Marca, jest niemożliwe, z powodu iż ustawa go nie obejmuje.

Kol. FRITSCHÉ mniema przeciwnie, że przedstawienie na posiedzeniu ma całkiem inne znaczenie aniżeli prywatną tylko pomoc i rozdział pracy—i że stanowi właściwie o nowym urzędzie, który Towarzystwo formalnie zatwierdzić powinno, inaczej bowiem niktby się nie podjął uciążliwych obowiązków, nie wiedząc jakie posiada atrybucyje.

Kol. DOBRZYCKI uważa za stosowne aby tytuł pomocnika zmienić raczej na „zastępcę”, gdyż pomocnik nie określa dostatecznie co ma znaczyć takie stanowisko.

Kol. ROGOWICZ oświadcza, że tu nie chodzi o osobę, lecz o określenie atrybucyj urzędu. Ponieważ widocznie decyzyja zapadła poprzednio nieformalnie, zatem do dziś pomoc może być uważana za prywatną, lecz od dziś należy kwestyję pod tym względem rozstrzygnąć i bliżej określić funkcyje, obowiązki i atrybucyje pomocnika Sekretarza stałego.

W rezultacie dalszej wymiany analogicznych myśli między dyskutującymi, postanowiono uważać sprawę pomocnika Sekretarza stałego za rozstrzygniętą i usankcjonowaną przez Tow. w dotychczasowym charakterze i pozostawić rozdział pracy między Sekretarzem stałym i jego

pomocnikiem kol. ROGOWICZEM: wzajemnemu porozumieniu na Komitecie gospodarczym.

XI. Kol. P r e z e s przypomniawszy o uznaniej przez Towarzystwo potrzebie Bibliotekarza młodszego, zawiadomił że wybór osoby dopełnionym zostanie na posiedzeniu wyborczém.

XII. Kol. V i c e - p r e z e s wniósł, aby przez wzgląd na nieokreślone jego stanowisko w komitetach, których czynnościami obowiązkowo ma się opiekować, Towarzystwo zdecydowało jakie Viceprezesowi przysługują w tym razie atrybucyje. Uwzględniając słusność wniosku, postanowiono aby Viceprezes był z urzędu członkiem każdego komitetu, z prawem głosu.

XIII. W ciągu posiedzenia wybrano na członka związkowego naszego Tow. D-ra MOCZUTKOWSKIEGO z Odessy.

Na tém posiedzenie ukończono.

*W. Mayzel.*

# BUDŻET

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO

na rok 1884.

W zastosowaniu się do postanowienia Towarzystwa Lekarskiego na posiedzeniu w dniu 20 Grudnia 1881 r. zapadłego, ażeby corocznie w Pamiętniku Towarzystwa ogłaszany był budżet, oraz wiadomości o funduszach pod zarządem Towarzystwa zostających, mam honor podać następujące cyfry z budżetu na rok 1884 zatwierdzonego.

**Fundusz na wydatki bieżące Towarzystwa.**

## PRZYCHÓD

Remanent z r. 1883 w przybliżeniu . .	Rs. 600 k. —
Składka za rok 1884 od 105 członków czynnych po rs. 12 . . . . .	„ 1260 „ —
Dodatkowa opłata od tychże członków, przez Towarzystwo uchwalona . .	„ 420 „ —
Wstępne od 6-ciu członków w przybliże- niu po rs. 6 . . . . .	„ 36 „ —
Zaległe po koniec r. 1883 składki . . .	„ 80 „ —
Wpływy z prenumeraty Pamiętnika To- warzystwa w przybliżeniu . . . .	„ 400 „ —
Czysty zysk z dochodów domu Towarzy- stwa przy ulicy Niecałej pod N. 614L.	„ 1200 „ —
Ogół przychodu z remanentem . . . .	<u>Rs. 3996 k. —</u>

## ROZCHÓD

Na płace urzędników kancelaryi Towarzystwa . . . . .	Rs. 500 k. —
Woznemu płaca roczna. . . . .	„ 240 „ —
Roznosicielowi dzienników i pism lekarskich, płaca roczna . . . . .	„ 120 „ —
Opał . . . . .	„ 128 „ 60
Światło (gaz, nafta, świece) . . . . .	„ 75 „ —
Druki, materyjały piśmienne, opłaty portoryjne . . . . .	„ 50 „ —
Koszta utrzymania porządku w lokalu Towarzystwa . . . . .	„ 50 „ —
Na kupno dzieł do biblioteki. . . . .	„ 200 „ —
Na prenumeratę dzienników i pism periodycznych . . . . .	„ 350 „ —
Na oprawę dzieł i dzienników . . . . .	„ 70 „ —
Nakład wydawnictwa Pamiętnika, łącznie z honoraryjum Redaktora. . . . .	„ 1000 „ —
Na ubezpieczenie od ognia ruchomości Towarzystwa i biblioteki . . . . .	„ 78 „ 88
Na dokompletowanie mebli w lokalu Towarzystwa i różne utensylia . . . . .	„ 50 „ —
Na biust ś. p. D-ra Kościńskiego . . . . .	„ 100 „ —
Zasilek oddzielnemu funduszowi na utrzymanie pracowni przy Towarzystwie . . . . .	„ 500 „ —
Na wydatki nieprzewidziane. . . . .	„ 50 „ —
Ogół rozchodu . . . . .	Rs. 3562 k. 48
Remanent spodziewany . . . . .	„ 433 „ 52

**Fundusze pod zarządem Towarzystwa zostające.***I. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Jana Bączewicza na utrzymanie jego grobu na cmentarzu powązkowskim.*

Fundusz stały (hypotecznie lokowany) . . . . .	Rs. 150 k. —
Procent od tegoż funduszu . . . . .	„ 9 „ —
Rozchód na dozorowanie grobu . . . . .	„ 6 „ —
Remanent spodziewany . . . . .	Rs. 3 k. —

*Uwaga.* Z remanentów lat ubiegłych uzbierała się kwota Rs. 54 k. 3, przeznaczona na fundusz reparacyjny i budowlany grobu, stosownie do osnowy testamentu.

*II. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Jana Bączewicza na wsparcie 5-ciu wdów po lekarzach polakach.*

Fundusz stały (hypotecznie lokowany) . . . . . Rs. 7500

Procent roczny od tegoż kapitału . . . . . „ 450

*Uwaga.* Procent ten przekazuje się corocznie do Kasy Wsparcia przy Towarzystwie istniejącój, która go w dniu imienin testatora, t. j. d. 24 Czerwca między 5 wdów rozdziela.

*III. Fundusz z legatu ś. p. D-ra Feliksa Jabłonowskiego.*

Fundusz stały . . . . . Rs. 12516 k. 67

Fundusz ten umieszczony jest w części na dobrach Brzezno w Powiecie Ostrołęckim, z wieczystą lokacją (rs. 4500), w części złożony w papierach i gotowiznie w Banku Polskim (rs. 5016 k. 67), a w części (rs. 3000) ulokowany na domu Towarzystwa Lekarskiego. Procenta po dzień 1 Lipca r. 1883 pobierała dożywotnie z kolegatu Waleryja O'Neil; od powyższej zaś daty, z powodu zgonu dożywotniczki, tak kapitał jak niemniej procenty przeszły na bezwarunkową własność Towarzystwa Lekarskiego na cele przez testatora wskazane.

## PRZYCHÓD

Procenta pozostałe z półrocza 2-go r. 1883, jako to:

— w kasie Towarzystwa. . . . . Rs. 202 k. 50

— w Banku Polskim, do odebrania . . . . . „ 125 „ —

Procenta za rok 1884 odebrać się mające

od całego powyższego kapitału . . . . . „ 655 „ —

Łącznie . . . . . Rs. 982 k. 50

## ROZCHÓD

Stosownie do woli testatora, procenty roczne, rozdzielone być mają przez Towarzystwo w sposób następujący:

- a) Ubogiemu majstrowi kunsztu kra-  
wieckiego, religii katolickiej, przez  
kalectwo lub starość pozbawionemu  
roboty, wsparcie roczne . rs. 150.
- b) Ubogiemu majstrowi kunsztu pie-  
karskiego, religii katolickiej, przez  
kalectwo lub starość pozbawione-  
mu pracy . . . . . rs. 150.
- c) na odprawienie nabożeństwa za całą  
familiję testatora rs. 3 k. 75, oraz na  
reperacyję i utrzymanie w porząd-  
kugrobu testatora na cmen powązk.  
rs. 11 k. 25, łącznie . . . rs. 15.
- d) resztę z procent. rocznych, t. j. rs. 240  
przeznaczył testator dla lekarza, ro-  
dem z Warszawy, religii katolickiej  
przez nieszczęście lub przypadek bez  
pomocy zostającego, jeżeliby takiego  
kandydata nie było, rzezzone wspar-  
cie rozdzielone ma być pomiędzy  
wdowy i sieroty po lekarzach, dopó-  
ty, dopóki kandydat się nie znajdzie.

Ogół rozchodu . . . Rs. 655 k. —

Remanent spodziewany. . . Rs. 327 k. 50

IV. *Fundusz nagród konkursowych imienia ś. p. D-ra Ada-  
ma Helbicha.*

Fundusz stały rs. 1000 (w Liście likwidacyjnym).

Fundusz uzbierany z procentów, nie wydanych w kil-  
ku latach ubiegłych z powodu nie zgłaszania się do konkur-  
su na podawane temata . . . . . Rs. 599 k. 42½

(w téj summie Rs. 400 w papierach 50/0)

Procenty za rok 1884 od funduszu stałe-  
go (rs. 1000) i funduszu uzbierane-  
go (rs. 400) . . . . . „ 60 „ —

Razem będzie do dyspozycyi w r. 1884 . Rs. 659 k. 42½

*Uwaga.* Okres konkursowy jest czteroletni, mia<sup>1</sup>łowiec 3 lata na napisanie rozprawy, a rok czwarty do jej oceny. Nagroda konkursowa w ustawie oznaczona wynosić ma rs. 150, i może być powiększoną, stosownie do uznania Towarzystwa Lekarskiego.

V. *Fundusz nagród konkursowych imienia D-ra Tytusa Chałubińskiego.*

Fundusz stały rs. 1200 (hypotecznie lokowany):

Procenty uzbierane od d. 1 Kwietnia 1881

po koniec roku 1883-go . . . . .	Rs.	165
Procent za r. 1884 . . . . .	„	60
		<hr/>
Łącznie . . . . .	Rs.	225

*Uwaga.* Nagroda w kwocie rs. 240 przyznawaną jest za najlepsze dzieło treści lekarskiej, w języku polskim ogłoszone drukiem w ciągu 4-ro letniego okresu.

VI. *Fundusz ofiarowany przez p. Jana Koźmiana.*

P. Koźmian, dla uczczenia pamięci dziada swego ś.p. D-ra Jana Bęcwicza, zadeklarował wnosić do kasy Towarzystwa Lekarskiego w ciągu lat 10-ciu, poczynając od roku 1876, po rs. 100 rocznie, na wzbogacenie biblioteki Towarzystwa dziełami treści przyrodniczej. Fundusz ten corocznie wpływa do kasy i obracany jest w całości na cel przez ofiarodawcę wskazany.

VII. *Fundusz z ofiar wychowanców Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 1873/4, przeznaczony na nagrody konkursowe i najlepsze prace treści kliniczno-lekarskiej.*

Z ofiar dotąd otrzymanych i procentów od zakupionych za nie papierów publicznych uzbierało się po koniec r. 1883 w papierach publicznych rs. 1350 i w gotowiźnie rs. 34 kop. 7. W r. 1884 wpłynęło za kupony rs. 67 kop. 50.

*Uwaga.* Z liczby 62 wychowanców Wydziału Lekarskiego z r. 1873/4, złożyło dotąd zadeklarowane ofiary 15-tu; od pozostałych zaś 47 należą się ofiary po rs. 50, czyli łącznie rs. 2350.

Ponieważ zaś D-r Rybiński Ignacy z Wielkich Łuk złożył do kassy Towarzystwa w r. 1882 sumę rs. 500, za 10-ciu zmarłych lub nie mogących się uiszczyć z zadeklarowanej ofiary kolegów, (która to summa rs. 500 już się mieści w powyżej wykazanych papierach publicznych rs. 1350), przeto przypada do odzyskania składki od 37 deklarantów w summie rs. 1850.

Oprócz powyższej sumy rs. 500 D-r Rybiński, jak się okazało z jego wyjaśnień, przesłał nadto Towarzystwu Lekarskiemu w r. 1880 przez pośrednictwo Redakcyi Tygodnika Ilustrowanego, kwotę rs. 100 jako składkę za 2-ch zmarłych lub niemogących się uiszczyć kolegów, lecz rzeczona kwota dotychczas przez Towarzystwo otrzymaną nie została i jest poszukiwaną.

*VIII. Fundusz z ofiar studentów kursu 5-go Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego z r. 1874/5, przeznaczony na wydanie książki lekarskiej, oryginalnej lub tłómaczonej.*

Z ofiar dotąd otrzymanych, oraz z procentów od zakupionych za nie papierów publicznych, uzbierało się po koniec r. 1883-go w Listach Zastawnych rs. 400 i w gotowiznie rs. 43 kop. 50. W r. 1884 wpłynęło za kupony rs. 20.

*Uwaga.* Z liczby 42-ch deklarantów, byłych studentów medycyny z r. 1874/5 złożyło dotąd ofiarę 9-ciu; od pozostałych zaś 33-ch należy się ofiary po rs. 50, czyli łącznie rs. 1650.

*IX. Fundusz na założenie pracowni przy Towarzystwie.*

## PRZYCHÓD

Remanent z końca roku 1883, po zamianie gotowizny na papiery publiczne:

a) w Listach Zastawnych. . . . .	Rs. 2050 k. —
b) w gotowiznie . . . . .	„ 39 „ 38½
Łącznie . . . . .	Rs. 2089 k. 38½

W ciągu roku 1884 otrzymane zostaną wpływy następujące:



1) zasilek na koszt utrzymania pracowni, wyznaczony, jak to wyżej przywiedziono z funduszu na wydatki bieżące Towarzystwa. . . . .	Rs. 500 k. —
2) za kupony od papierów publicznych . . . . .	102 „ 50
Łącznie . . . . .	<u>Rs. 602 k. 50</u>
Ogół przychodu z remanentem . . . . .	Rs. 2691 k. 88½

### ROZCHÓD

1) Na koszt urządzenia pracowni, z powyższego remanentu rs. 2089 kop. 38½ . . . . .	Rs. 1300 „ —
2) Na koszt utrzymania pracowni, z funduszu rs. 500 przez Tow. Lek. wyznaczonego, a w szczególności :	
a) za lokal (za półrocze II r. 1884). . . . .	Rs. 145 „ —
b) Kustoszowi ( „ ). . . . .	„ 150 „ —
c) posługaczowi ( „ ). . . . .	„ 60 „ —
d) na opał, światło i różne potrzeby gospodarcze . . . . .	Rs. 45 „ —
e) na potrzeby naukowe bieżące. . . . .	„ 100 „ —
Łącznie rozchód wynosić ma . . . . .	<u>Rs. 1800 k. —</u>
Remanent spodziewany z końcem 1884 . . . . .	Rs. 891 k. 88½

*Uwaga.* Z liczby 41 lekarzy byłych studentów Uniwersytetu Warszawskiego, którzy zadeklarowali uiścić na założenie pracowni po rs. 50, uiściło się w zupełności 13-tu, wniosło część zadeklarowanej ofiary 19-tu; od tych ostatnich należy się jeszcze summa rs. 640, oraz od 9-ciu lekarzy, którzy dotąd wcale nie złożyli deklarowanej składki rs. 450; łącznie należy się od 28 lekarzy rs. 1090.

*X. Fundusz rezerwowy budowlany domu Towarzystwa pod N. 614 L. przy ulicy Niecałej.*

Po skutecznieniu restauracji domu w roku 1883, pozostało z końcem tegoż roku w remanencie:

a) w papierach publicznych . . . .	Rs. 300 k. —
b) w gotowiznie . . . . .	1 .. 48½
Łącznie . . . . .	Rs. 301 k. 48½

W roku 1884 przelane będzie z dochodów

domu . . . . .	Rs. 900 „ —
Oraz otrzymane zostanie za kupony . . . . .	15 „ —
Ogół funduszu z końcem r. 1884. . . . .	Rs. 1216 k. 48½

*Uwaga* Fundusz rezerwowy budowlany posiada na pożyczce, udzielonej na wydawnictwo dzieła Oczki rs. 652 kop. 29½.

*XI Fundusz na wydawnictwo dzieła Oczki p. t. „Przymiot“.*

Wpływy z prenumeraty i sprzedaży tego dzieła, o ile zostaną otrzymane, przelane być mają do funduszu rezerwowego budowlanego domu Towarzystwa, na zwrot reszty pożyczki w kwocie Rs. 652 kop 29½.

*XII Fundusz imienia wdowy po lekarzu Teofilu Koczorowskićj, przeznaczony na wsparcie dla 4-ch wdów lub sierot po lekarzach.*

Fundusz ten wynoszący rs. 1000 lokowany jest hipotecznie na domu Towarzystwa Lekarskiego pod N. 614 L.

W roku 1884 wpłynie procent w kwocie rs. 60, która przelaną będzie do kassy wsparcia, dla rozdzielenia pomiędzy wdowy lub sieroty po lekarzach.

*XIII. Fundusz nagród konkursowych z legatu ś. p. D-ra Walentego Koczorowskiego.*

Z końcem roku 1883 fundusz ten wynosił Rs. 600 k. —

W roku 1884 z dochodów domu N. 12/13

w Piotrkowie przelaną zostanie ta-

ka sama kwota, według oznaczenia

w testamencie uczynionego . . . . Rs. 600 „ —

Łącznie . . . . . Rs. 1200 k. —

*Uwaga.* Cały ten fundusz przeznaczony jest na nagrody konkursowe za najlepsze prace z nauk przyrodniczych w zastosowaniu do medycyny, oraz na wydawnictwo uwięzionych rozpraw.

XIV. *Fundusz na wypłatę stypendyjów z zapisu ś. p. D-ra  
Walentego Koczorowskiego.*

Z końcem r. 1883 pozostało w Banku Polskim na rachunku bieżącym na wypłatę reszty stypendyjów za r. 188 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> . . . . .	Rs. 1350 k. —
W roku 1884 przelaną będzie do Banku na wypłatę 6-ciu stypendyjów dla studentów medycyny, za rok 188 <sup>4</sup> / <sub>5</sub> po rs. 300 . . . . .	„ 1800 k. —
Łącznie . . . . .	„ 3150 k. —
Z summy téj wypłacone będą w ciągu ro- ku 1884:	
a) stypendyja za kwartały II, III i IV roku akad. 188 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> . . . . .	Rs. 1350 k. —
b) stypendyja za kwar. I roku akad. 188 <sup>4</sup> / <sub>5</sub> . . . . .	„ 450 k. —
Razem . . . . .	„ 1800 k. —
Zatem remanent z końcem r. 1884 wy- niesie na dalszą wypłatę stypen- dyjów . . . . .	„ 1350 k. —

Oprócz powyższych funduszów, objętych budżetem Towarzystwa Lekarskiego, zostają nadto pod głównym zarządem Towarzystwa, a pod bezpośrednim Komitetu Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, następujące fundusze tejże kassy:

1) Fundusz nieruchomy czyli żelazny, wynoszący obecnie tak w lokacyjach hipotecznych, jako też w papierach publicznych i gotowiznie Rs. 27422 kop. 74.

2) Fundusz stały ofiarowany przez prof. D-ra Julijana Kosińskiego, w papierach publicznych w summie rs. 8000.

3) Fundusz stały z legatu ś. p. D-ra Józefa TORAŃSKIEGO, wynoszący, tak w lokacyi hipotecznej, jako też w papierach publicznych i gotowiznie Rs. 2507 kop. 7.

4) Fundusz stały z legatu D-ra Leona LANDE, w papierach publicznych Rs. 2000.

5) Fundusz ruchomy, tworzący się corocznie ze składek stałych od lekarzy, z ofiar jednorazowych nie przenoszących pojedynczo kwoty rs. 50, oraz z procentów od kapitału nieruchomego. Z funduszu tego, wynoszącego średnio Rs. 4000 rocznie, udzielane są przez Komitet wsparcia niezamożnym lekarzom, oraz wdowom i sierotom biednym, po lekarzach pozostałym, odpowiednio do przepisów obowiązującej dla kassy wsparcia ustawy.

Szczegółowe wiadomości o powyższych pięciu funduszach zamieszczone będą w sprawozdaniu kassy Wsparcia za rok 1883-ci.

W Warszawie d. 26 Marca 1884 r.

Sekretarz Stały Towarzystwa

*D-r Szokalski.*

**Towarzystwo Lekarskie Warszawskie** stosownie do punktu 7 testamentu ś. p. D-ra Walentego **KOCZOROWSKIEGO** z dnia 15 Stycznia 1878 r. oraz na zasadzie **NAJWYŻSZEGO** zezwolenia z dnia  $\frac{8}{20}$  Kwietnia 1883 r. podaje do publicznej wiadomości, że z funduszu rubli 600 rocznie, w połowie na nagrodę, w połowie zaś na wydanie pracy nagrodzonej przez testatora wyznaczonego, przyznane będą przez Towarzystwo Lekarskie dwie nagrody konkursowe, każda po rs. 300, za najlepsze rozprawy napisane w języku polskim na zadane temata z zakresu nauk przyrodniczych w zastosowaniu do medycyny lub higieny. Rozprawy nagrodzone, wydrukowane zostaną staraniem Towarzystwa Lekarskiego z legowanego funduszu najmniej 300 egzemplarzy które stanowić będą własność autora, bez naruszenia nadal praw jego własności.

Zadania do nagrody są następujące:

*Temat I. „Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego wody wiślaniej.”*

Pozostawiając uznaniu chcących ubiegać się o powyższą nagrodę możliwe rozszerzenie ram podanego wyżej zadania. Towarzystwo Lekarskie żąda wyczerpującej odpowiedzi na punkta następujące:

1) Oznaczyć ilość i jakość (chemicznie i mikroskopowo) osadu wody wiślaniej:

- a) w porze zwykłej wysokości wody
- b) w początku przyboru wody
- c) podczas najwyższego stanu każdego przyboru
- d) pod koniec przyboru.
- e) podczas najniższego w ciągu roku stanu wody.

2) Wykazać o ile osadu bywa mniej lub jest innym pod względem jakości w razie poprzedniego prze-filtrowania wody, w przypadkach *a, b, c, d, e*. Przyczem należy użyć przynajmniej dwóch sposobów filtrowania (filtr skombinowany ze żwiru, piasku i t. p. i filtr bibułowy);

3) wykazać porównawczo rezultaty sposobów oczyszczania wody innych rzek zbliżonych do Wisły pod względem formacyj geologicznych źródeł ich i koryta;

4) określić czas potrzebny na oczyszczenie wody wiślanej mętnej (*b, c, d,*) przez samo filtrowanie (rezultat niezupełny) przez samo osadzenie (rezultat niezupełny), oraz przez osadzenie i następnie filtrowanie.

*Uwaga.* Przy wszystkich tych poszukiwaniach uwzględnić należy tak masę materiału filtrującego jak i wielkość powierzchni filtrującej.

5) Oznaczyć prędkość gnicia wody: po samém tylko przefiltrowaniu, po samém osadzeniu oraz po osadzeniu i następném filtrowaniu we wszystkich pięciu przypadkach *a, b, c, d, e.* Szczególniej zaś w *a* i *e* dla wykazania różnic i wypowiedzenia opinii, czy, w razie zaprowadzenia osadników w nowo zakładanych w Warszawie wodociągach, takowe osadniki mają być stale używane przed filtrami, czy też tylko w epokach przyboru wody.

*Temat II. Zbadanie ilości i jakości szkodliwych zdrowiu grzybków zawieszonych w powietrzu pewnej danej miejscowości.* (W szpitalu, teatrze, sali szkolnej, na targu i t. p.) w mieście Warszawie.

Na konkurs ten, wyznacza się jednorazowy termin, licząc od dnia 1 Kwietnia 1884 r. Rozprawy przeto nadesłane być mają najpóźniej do dnia 1 Kwietnia 1885 r. pod adresem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) przy zachowaniu zwykłych form konkursowych, to jest z nazwiskami autorów w kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Prezes Towarzystwa. *Dr. Orłowski.*

Sekretarz stały. *Dr. Szokalski.*