

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Zwężenie bliznowe odźwiernika. Przerost odźwiernika. Rozstrzeń wtórna żołądka. Gastroenterostomia. Wyzdrowienie. Podali Dr. J. Grundzach i Dr. S. Mintz.—Przyczynę do różniczkowego rozpoznania ropni podprzeponowych. Podał Wł. Biegański. (Dokończenie). Kilka słów o badaniu klinicznem krwi. Skreślił Stanisław Klein. (Dalszy ciąg). — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 13-go i 20-go Czerwca r. b.—**Streszczenia i wyciągi.** 104. O zakaźnem pochodzeniu kamicy żółciowej i o udziale tyfusu brzuszego w etyologii tego cierpienia. 105. a) Gliceryna przeciw kamicy nerkowej. b) Badania doświadczalne i kliniczne nad zastosowaniem gliceryny w leczeniu kolki żółciowej.—Przebieg epidemii cholery w m. Białej Cerkwi gub. Kijowskiej w r. 1892. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

Z LECZNICY CHORÓB ŻOŁĄDKA I KISZEK.

Zwężenie bliznowe odźwiernika. Przerost odźwiernika. Rozstrzeń wtórna żołądka. Gastroenterostomia. Wyzdrowienie¹⁾.

Podali **Dr. J. Grundzach** i **Dr. S. Mintz**.

Chora Chaja Skórnikowa, z Radzynia w Siedleckiem, lat 36, rozwódka, przybyła w Czerwcu 1892 r. do naszej Lecznicy, dokąd skierował ją łaskawie kol. HIGIER dla bliższego badania i leczenia. Chuda, cery żółto-zielonkawej, skurczona i podtrzymywana za rękę przez towarzyszkę, już na pierwszy rzut oka sprawiała wrażenie ciężko chorej. Na żołądek choruje już od lat 15-tu. Innych cierpień nie przechodziła. Urodziła 6 dzieci; przy porodzie, jak również w czasie popołogowym żadnych powikłań nie było. Apetyt przez cały czas choroby miała wyborny. Uskarża się na odbijanie po jedzeniu i naczczo, z zapachem potraw zjedzonych dnia poprzedniego i na nudności, które występują zarówno naczczo, jak po jedzeniu, szczególnie po mleku, natomiast często ustępują lub zmniejszają się po spożyciu mięsa. Od 4 lat miewa chora naczczo bardzo kwaśne wymioty, poprzedzane przez silne bóle w dołku, ściskanie i rznięcie. Po jedzeniu doznaje uczucia pełności i przelewania w górnej połowie brzucha. Stolce codzien lub co 2-gi dzień, czarnych nigdy nie było. Od lat 5 nie miewa peryodów. Często bóle głowy, wychudnienie i osłabienie. Opuszczona przez męża, któremu sprzykrzyła się długa choroba żony, zebrawszy resztę sił, przyjechała do Warszawy, gdzie żyje w nędzy u dalekiej krewnej. Badanie przedmiotowe następujące daje wyniki. Chora ma cerę blado-zielonkawą, skórę cienką, mało elastyczną, tkanki podskórnej prawie nie posiada. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Wątroba i śledziona nie powiększona. Brzuch wzdęty, skóra na nim wiotka, bez podściółki tłuszczowej. W górnej części brzucha rezystencja poduszki powietrzem wypełnionej. Przez uderzanie końcami palców o brzuch, wywołujemy głośnie pluskanie, a jednocześnie uwidoczniają się przez cienkie ściany brzuszne ruchy faliste, prze-

¹⁾ Chora była demonstrowana dnia 25-go Kwietnia przez I. GRUNDZACHA na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

biegające z lewej strony ku prawej. Na prawo i poniżej od pępka—guz ruchomy, dość twardy, wielkości jaja kurzego (później, po przeniesieniu chorej do oddziału chirurgicznego, guz znajdowano zawsze na lewo od pępka). Dolna granica żołądka sięga na 3 poprzeczne palce poniżej pępka na linii środkowej. Pomimo że chora dnia tego jeszcze nic nie jadła, wydostaliśmy z żołądka za pomocą zgłębnika 700 cm. sz. zawartości, która po ustaniu się w naczyniu utworzyła 3 warstwy: pianistą, płynną i osad, składający się przeważnie z cząstek krochmalowych, co już gołem okiem można było dostrzedz. Drobnowidz w osadzie tym wykazuje: 1) ciała krochmalowe i komórki kartofli, 2) liczne drożdże w postaci łańcusczków i kolonii i 3) dużo czworniaków; żadnych innych drobnoustrojów, zarówno jak włókien mięsnych nie znaleźliśmy. Wydobyta zawartość przesączono. Kwaśność (A) = 0,18%. Odczyn na wolny HCl wyraźny, odczynnik UFFELMANN'a kwasu mlecznego nie wykazuje. Odczyn biurowy mocny. Śluz rozpuszczony w drobnych śladach. Całkowita ilość kwasu solnego (wolnego i utajonego) T = 0,16%. Badanie żołądka naczeczko wykonane nazajutrz, dało co następuje: A = 0,268%; L (wolny kwas solny) = 0,152%; O = (kwas organiczne) 0,04%.

Na zasadzie długotrwałości choroby i wyników chemicznego badania rozpoznaliśmy: *stricturam pylori benignam, hypertrophiam pylori, dilatationem ventriculi consecutivam magna in gradu*. Nadzwyczaj ważne, niemal rozstrzygające znaczenie dla rozpoznania miało w danym przypadku badanie żołądka za pomocą zgłębnika. Zapewne, prawidłowa lub nawet wzmożona czynność gruczołów żołądka sama przez się nie przemawia bezwarunkowo za istnieniem wrzodu peptycznego, ewentualnie blizny, ale za to z wielkim prawdopodobieństwem pozwala nam wykluczyć raka, gdyż tylko w wyjątkowych przypadkach, mianowicie wtedy, kiedy nowotwór rozwija się z blizny po wrzodzie, znajdujemy prawidłowy chemizm żołądka lub nadkwaśność (ROSENHEIM i inni). W tych razach czas trwania cierpienia, zazwyczaj bardzo ważny czynnik przy rozpoznawaniu złośliwych nowotworów żołądka, nie wiele może zawżyć na szali, natomiast szybko postępujące charłactwo w pewnej mierze przyczynia się do właściwego rozpoznania. Nasza chora była mizerna, wychudzona, ale taką była ona już od lat kilku, jeżeli nie kilkunastu. Na zadane pytania odpowiada, że trochę schudła w ostatnich czasach. O szybko postępującem charłactwie bądź co bądź nie może być mowy. Co się tyczy wieku naszej chorej i ruchomości guza, to obadwa te czynniki drugorzędne mają znaczenie. Z własnego doświadczenia wiemy, że rak żołądka u chorych w wieku 30—40 l. do rzadkości nie należy. Również ruchomość guza nie wyklucza bynajmniej nowotworu złośliwego, albowiem rak odźwiernika, jeżeli się nie zrośł z sąsiednimi narządami, będzie zupełnie ruchomym, zaś z drugiej strony przy wrzodach odźwiernika często napotyamy zrosty, skutkiem rozprzestrzenienia się zapalenia *per continuitatem*.

Od pierwszej chwili postanowiliśmy doradzić naszej chorej operację, nie kusząc się o wyleczenie jej inną drogą, tembardziej, że poprzednio przez kilka miesięcy robione były przeplukiwania bezskutecznie. Zresztą przyznajemy otwarcie, bez obawy narażenia się na zarzut zbytnej pochopności do zabiegów chirurgicznych, że w takich przypadkach odrazu trzeba przystąpić do operacji, albowiem terapia wewnętrzna, naszym zdaniem, jest tu bezsilną. Przeplukiwania żołądka wskazane są zawsze w tych przypadkach, jako środek paliatywny, mogący przynieść chwilową ulgę; wydała się przytem zbyt długo przebywające w żołądku pokarmy i wytwarzające się wskutek fermentacji gazy,

ale przecież zwięzienia odźwiernika nie zniesiemy, ani też blizny lub przerostu nie usuniemy! Zaleciliśmy naszej chorej odpowiednią dyetę, przeważnie białkową i przepłukiwaliśmy jej przez kilka dni żołądek.

Operacja wykonaną została dnia 3 Lipca przez kol. ODERFELDA w oddziale D-ra MATLAKOWSKIEGO, prowadzonym wówczas przez kol. CIECHOMSKIEGO. Otwarcie żołądka potwierdziło w zupełności nasze rozpoznanie. Odźwiernik bliznowato ściągnięty z trudnością przepuszczał koniec małego palca. Powyżej zwięzzonego miejsca na tylnej ścianie odźwiernika *resp.* żołądka, znajdowało się zgrubienie ściany, pokryte błoną śluzową. Na środku tego zgrubienia znajdowało się zagłębienie dość powierzchowne; przy wprowadzaniu do tego zagłębienia końca palca, doznawało się uczucia wysysania. Wykonano *gastroenterostomiam anterio-rem antecolicam*. Przebieg pooperacyjny był pomyślny. W pierwszych dniach oprócz bólów w brzuchu, uśmierzanych zapomocą podskórnych zastrzykiwań morfiny, stan chorej nie przedstawiał nic do życzenia. Odżywiano przez kilka dni przez odbytnicę, następnie stopniowo odżywiano przez usta. Na 5 dzień wypróżnienie po enemie HEGAR'a. Stan przez cały czas bezgorączkowy. Wymiotów nie było ani razu.

Dalszem naszym zadaniem było badanie mechanizmu i chemizmu żołądka po operacji. Chora była przez nas kilkakrotnie badana. Pierwszy raz widzieliśmy chorą 9 Sierpnia, w pięć tygodni po operacji. Chorej przybyło 5 funtów na wadze. Prócz odbijań po jedzeniu, wszystkie objawy chorobowe ze strony żołądka (boleści, nudności, wymioty, przelewanie w okolicy żołądka) znikły. Plaskania wywołać nie można, stolce codziennie.

Chorej pomimo najgorszych warunków higienicznych i dyetetycznych (odżywiała się chlebem, kartoflami i zupą, czyli pokarmami najmniej dla niej odpowiedniami) przybyło 20 funtów (dnia 11. IX). Po wprowadzeniu zgłębnika wydobyto naczczko kilka kropel kwaśnego płynu, nie zawierającego wolnego kwasu solnego. Pod drobnowidzem, oprócz jąder wypocinowych (JAWORSKI) nic nie znaleziono. Nazajutrz w 2 godziny po zwykłym śniadaniu próbnem nie można było nic z żołądka wydobyć. Przepłuczyny zawierały wyłącznie drobne strzępki śluzowe, żadnych zaś resztek pokarmowych. Dnia 17-go wydobyto w godzinę po śniadaniu próbnem 75 cm. sz. zawartości. A (*aciditas*) = 0,240; L (*acid. hydrochlor. liberum*) = 0,104; T (*acid. hydrochlor. totale*) = 0,136. Odczyn biurowy PIOTROWSKIEGO bardzo wyraźny.

21. XI. Na czczo otrzymano z żołądka 115 cm. sz. żółciowej zawartości odczynu słabokwaśnego. Pod drobnowidzem: ziarenka amorfne i nieco komórek roślinnych z chleba.

28. XI. Na czczo wydobyto kilka kropel alkalicznego płynu.

Chora nam znikła z oczu, a osiągnięte o niej wiadomości przekonały nas, że chora wyjechała do Radzyna, dokąd zawezwał ją były mąż, aby powtórnie z nią się ożenić. Cierpienie żołądka było powodem do rozwodu, a wynik operacyjny—do powtórnego zawarcia małżeństwa. Napisałiśmy do chorej, aby nam doniosła o stanie swego zdrowia, na co otrzymaliśmy od niej odpowiedź, że ma się wybornie, że zupełnie do zdrowia powróciła, żadnych przykrych objawów ze strony żołądka nie miewa, utylą, a nawet po 5-letniej przerwie znowu zaczęła miesiączkować. W Kwietniu chora na nasze żądanie przybyła do Warszawy. Na razie nie poznaliśmy jej. Cera rumiana, zdrowa, twarz pełna. Na ciele tkanka tłuszczowa dobrze rozwinięta. Waga chorej wynosi 152 f., podczas gdy przed operacją wynosiła 98 funtów. Ma wyborny humor i apetyt. W jedzeniu nie jest wybredną i spożywa często pokarmy, mało wła-

ściwie dla niej odpowiednie (ser, cebulę). Oznaczanie granic żołądka wykazało, że dolna granica umiarkowanie napełnionego żołądka (po wypiciu przez chorą na czczo 400 cm. sz. wody) znajduje się na 3 palce poprzeczne po nad pępkiem. Oznaczanie granic żołądka przez rozdymanie kwasem węglanym również wykazuje brak rozstrzeni. Na czczo z żołądka można było wydostać trochę alkalicznego płynu, w którym drobnowidz wykrywał nabłonek płaski i ciała śluzowe. Po śniadaniu próbnym otrzymaliśmy 40 cm. sz. zawartości. $A = 0,164$; $L = 0,06$; $T + S$ (sole kwaśne) $= 0,104$. Odczyn UFFELMANN'a daje wynik ujemny. Odczyn biuretowy bardzo wyraźny. Po raz drugi badaliśmy chorą dopiero w 2 godziny po śniadaniu próbnym: z żołądka nic nie można było wydostać. Przepluczyny są czyste, resztek pokarmowych nie zawierają.

Wyniki otrzymane po gastroenterostomii u naszej chorej przedstawiają się jak następuje:

1) Objawy podmiotowe znikły zupełnie; chora nie doświadcza żadnych bólów; nie uskarża się na żadne objawy ze strony żołądka.

2) Ogólny stan chorej znacznie się poprawił; chorej w ciągu 10 miesięcy przybyło 54 funty na wadze.

3) Żołądek znacznie rozszerzony wrócił po operacji do prawidłowych rozmiarów, jak w przypadkach, opisanych przez KLEMPERER'a ²⁾, ROSENHEIM'a ³⁾ i DUNIN'a ⁴⁾.

4) Po rozcięciu kwasem węglanym gaz rozdymał żołądek, tak, iż przyjąć należy, że sztuczny odźwiernik funkcjonował dobrze, pomimo że raz jeden znaleźliśmy w żołądku 115 cm. sz. żółciowej zawartości (2 miesiące po operacji).

5) Jednocześnie ze zmniejszeniem się wymiarów żołądka wróciła do normalnego stanu również ruchowa działalność żołądka; śniadanie próbne we 2 godziny w zupełności żołądek opuszczało; na czczo żadnej zawartości pokarmowej nie było; nawet pod drobnowidzem w wydobywanych kilku cm. sz. płynu na czczo resztek pokarmowych nie znajdowano; w godzinę po śniadaniu próbnym otrzymywaliśmy zaledwie 45 cm. sz. zawartości.

6) Chemizm żołądka pozostał prawidłowym; nadkwaśności nie było.

7) Pomimo, że połączenie żołądka z pętlą kiszek cienkiej nastąpiło przed poprzeczną (*gastroenterostomia ant. antecolica*), nie zaś, jak radzi HACKER, po za poprzeczną (*gastroenterostomia postcolica*), chora nie uskarżała się ani na zaparcie stolca, ani też na bóle w brzuchu. Na silne bóle chora uskarżała się jedynie w pierwszym tygodniu po operacji.

Przyczynek do różniczkowego rozpoznawania ropni podprzeponowych.

Podał Wł. Biegański lekarz szpitala N. M. P. w Częstochowie.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 26).

Co do dalszego przebiegu choroby w spostrzeganym przez nas przypadku, to przedewszystkiem zanotować winniśmy, że chory wkrótce, bo w kilka dni po zamknięciu zewnętrznego otworu, wykrztusił olbrzymią ilość, około

²⁾ Deutsche med. Woch. 1889. N. 9.

³⁾ Deutsche med. Woch. 1892. N. 49.

⁴⁾ Gazeta lek. 1893. N. 15 i 16.

litra ropy krwawej. Widocznie nastąpiło przedziurawienie płuca, wypadek dość często zdarzający się w przebiegu ropnia podprzeponowego (LEYDEN). Pomimo jednak takiego wykrztuszenia, ogólny stan chorego nie poprawiał się, miejscowo również żadnych wyraźnych zmian nie zauważyliśmy. Chory stanowczo odrzucał wszelkie propozycje czynniejszej interwencji i zaledwie zdołaliśmy go namówić do przywrócenia mu zrobionego już poprzednio otworu i założenia grubej rurki drenowej. Przy przemywaniu jamy ropnia przez sączek, woda przedostawała się do płuc i chory ją wykrztuszał. Ogólny stan chorego stawał się coraz gorszym, nastąpiło wycieńczenie, biegunka i obrzęki dolnych kończyn. W tak rozpaczliwym stanie chory na własne żądanie wypisał się ze szpitala. Zmarł podobno w 2 tygodnie później w domu.

Powyżej opisane objawy różniczkowe miałem możność sprawdzić na drugim przypadku, jaki wkrótce potem spostrzegałem. W pierwszych dniach kwietnia r. b. byłem wezwany na poradę z kol. PRZERADZKIM z Gidel do chorej W., panny, lat 45, mieszkającej we wsi B. Z opowiadania jej samej, oraz z relacji kol. PRZERADZKIEGO, który ją poprzednio leczył, dowiedziałem się, że chora niedomaga blisko od jesieni. Uczuwała nieznaczny ból i ściskanie w prawym boku; nie przeszkadzało to jednak jej zajmować się gospodarstwem i właściwie za chorą się nie uważała. Dopiero około świąt Bożego Narodzenia zapadła mocniej na zdrowiu, wystąpiła dość wysoka gorączka ciągła, ogólne osłabienie i chora przeleżała przez 4 tygodnie w łóżku. Po tej gorączce (tyfus?), stan chorej poprawił się nieco; zaczęła wstawać z łóżka; siły jednak nie wracały, a co ważniejsza, ból, uczuwany dawniej w prawym boku, wzmógł się znacznie. Wkrótce zjawiała się gorączka przestankowa i mocne poty, a osłabienie zaczęło się wzmacniać. Ostatnie dwa tygodnie chora pozostawała w łóżku.

Przy badaniu znaleźliśmy chorą bardzo wycieńczoną, z ciepłotą $37,8^{\circ}$ (rano), tętnem około 120, uskarżającą się na mocny ból w całym prawym boku i na ogólne osłabienie. Badając klatkę piersiową, znaleźliśmy stłumienie odgłosu opukowego z prawej strony z przodu, sięgające od dołu do dolnego brzegu 4-go żebra, w linii pachowej do dolnego brzegu 5-go; z tyłu stłumienie dochodziło do 9-go żebra. Stłumienie z przodu było zupełne, z tyłu zaś niezupełne. Na miejscu stłumienia z przodu i w linii pachowej szmer oddechowy był zupełnie zniesiony, z tyłu zaś szmer oddechowy był oskrzelowy bez rzężeń; powyżej stłumienia szmer oddechowy pęcherzykowy, także bez rzężeń. Na lewej stronie granice płuc były z boku i z tyłu prawidłowe, z przodu granic półksiężycowej przestrzeni określić nie było można, z powodu napętnienia żołądka. Szmer oddechowy na całej przestrzeni lewej strony klatki piersiowej pęcherzykowy bez rzężeń, z tyłu tylko około kręgosłupa można było wysłuchać nieliczne zresztą trzeszczące rzężenia. Granice stłumienia serca jakby powiększone w wymiarze podłużnym. W linii przymostkowej stłumienie zaczynało się pod 3-im żebrzem. Miejsce uderzenia serca nie wyczuwalne. Tętno czyste, chociaż słabe, nie wyraźne, kaszel suchy, nieznaczny, drżenie klatki piersiowej wyraźnie osłabione w dolnej części z prawej strony. Prawe podżebrze wyraźnie wypukłone, wątroba sięga do linii pępkowej. Dolny brzeg wątroby gruby, twardy i jakby nierówny daje się wymacać na znacznej przestrzeni. Tuż pod żebrami, poczynając od końca 10-go żebra ku linii środkowej, zauważyć można nieznaczny wyniosłość wyczuwalną. Wyniosłość ta przekracza linię środkową na jakie 5 centymetrów. Na miejscu tego wygórowania wyczuwamy dość powierzchowne chęłbotanie. Próbné przekłucie, dokonane w tem miejscu, wykazało obecność gęstej ropy. Obmacywanie podżebrza

prawego jest mocno bolesne. W innych okolicach brzucha przy obmacywaniu nic nieprawidłowego nie znajdujemy.

Wobec takich danych, wykluczenie ropnego zapalenia opłucnej było dość łatwe. Wysokie ustawienie przepony i przemieszczenie serca ku górze, stłumienie na klatce piersiowej, głównie w przedniej i bocznej okolicy, oraz chębotanie w prawym podżebrzu przekonywało, że sprawa ropienia zachodziła pod przeponą, a nie w jamie opłucnej. Wynik szczegółowego badania był tu tak wyraźny, że żadnej wątpliwości pod tym względem być nie mogło. Zachodziła jednak inna kwestya rozpoznawcza, której obiektywne badanie w zupełności rozstrzygnąć nie mogło, mianowicie: czy mieliśmy w spostrzeganym przypadku do czynienia z ropniem wątroby, ewentualnie zropiałym bąblowcem, czy też z ropniem podprzeponowym? Olbrzymie rozmiary ropnia, dość powierzchowne chębotanie, tuż pod żebrami, zupełny brak żółtaczki i czysta biała ropa bez przymieszki żółci, wydobyta strzykawką, przemawiały więcej za ropniem podprzeponowym, do tego też rozpoznania osobiście się skłaniałem, pewności jednak bezwzględnej nie było. Wywiady, które w wielu razach takie wątpliwości usunąć są w stanie, w tym przypadku wyjątkowo nie dawały nam żadnego punktu oparcia. Nie było poprzednio ani napadów kolki żółciowej, ani krwawej biegunki, ani objawów wrzodu peptycznego żołądka lub zapalenia ślepej кишки, jednym słowem nie było nic, na czym byśmy mogli opierać etyologię w danym przypadku. Wątpliwość rozpoznawczą jedynie usunąć mogła operacja i pooperacyjne badanie jamy ropnia. Na operację jednak ani chora ani rodzina chorej nie zgodziła się¹⁾. Zresztą ten brak w rozpoznaniu dla celów naszej pracy niema wielkiego znaczenia. Nam tutaj idzie głównie o wskazanie sposobu odróżniania ropnia podprzeponowego od ropnego zapalenia opłucnej, a pod tym względem przypadek powyższy był wielce pouczający.

Nie zawsze jednak objawy różniczkowe, podane tu przez nas, mogą mieć takie decydujące znaczenie. Ropnie podprzeponowe nie zawsze występują w tak wybitnej klinicznie postaci, jak w powyżej opisanych przypadkach. Często ropnie podprzeponowe zawierają jeszcze i gazy — jest to t. z. *pyo-pneumothorax subphrenicus* LEYDEN'a. Sam nie spostrzegałem ani jednego podobnego przypadku, sądzę jednak, teoretycznie rzecz biorąc, że wysokie ustawienie przepony i mocne obniżenie wątroby wraz z wypukleniem w prawym podżebrzu i tu zachodzić musi, i w pewnych przynajmniej przypadkach może mieć wielką wartość rozpoznawczą. Co się zaś tyczy rozmiarów i umiejscowienia stłumienia opukowego, to wobec zawartości gazu w jamie ropnia, stosunki zmieniają się do tego stopnia, że objaw ten nie może mieć w tych razach żadnego znaczenia rozpoznawczego. Warunki rozpoznawania jeszcze bardziej zmieniają się, jeżeli do ropnia podprzeponowego przyłączy się wysięk w jamie opłucnej, co również dość często się zdarza. Wtedy rozpoznanie natrafia na poważne trudności, chociaż dokładne rozważanie spostrzeganych objawów i tu doprowadzić nas powinno jeżeli nie do pewności, to przynajmniej do pewnego prawdopodobieństwa w rozpoznaniu.

Podobny przypadek ropnia podprzeponowego prawostronnego, powikłanego ropnem zapaleniem opłucnej, spostrzegaliśmy w roku zeszłym w szpitalu. Opis tego przypadku przytoczymy tutaj w krótkości.

¹⁾ Chora jest obecnie rekonwalescentką po operacji wykonanej w klinice przez prof. Kosińskiego. [Szczegóły podamy w jednym z następnych numerów Medycyny. (Red.).]

K. R., l. 21, pisarz gminny, przybył do szpitala w miesiącu wrześniu r. z. w stanie mocnego wyniszczenia, uskarżając się na ból w prawym boku i na męczący kaszel. Chory niedomaga już od 8 miesięcy, leżał nawet przed 7 miesiącami w naszym szpitalu. Wtedy (dane sprawdzone z karty szpitalnej) była nieznaczna gorączka, do $38,5^{\circ}$ wieczorem, mocny kaszel; chory przytem uskarżał się na ból w dolku sercowym. Z objawów obiektywnych nie znaleziono wtedy nic, oprócz tarcia opłucnej niezbyt rozległego, w dolnym odcinku, z prawej strony klatki piersiowej. Rozpoznanie nie było pewne, gdyż chory za krótko przebywał w szpitalu, przypuszczaliśmy *tuberculosis incipiens*. Po wypisaniu się ze szpitala, stan chorego, chwilowo lepszy, znów się pogorszył. Gorączka, dreszcze, kaszel, podkopywały siły chorego, aż ostatecznie w stanie zupełnego wycieńczenia, powtórnie zapisał się do szpitala. Chory nasz pochodzi z rodziny zdrowej. Ojciec, człowiek wiekowy, jest kowalem wiejskim i cieszy się wybornem zdrowiem. Matka jest także zdrowa, reszta rodzeństwa (6 dzieci) również nie przedstawia żadnych śladów jakiegokolwiek dziedzicznej choroby. Sam chory, podług słów ojca, od dzieciństwa był ciągle słabowity, uczył się dobrze, ale nie miał zdrowia, to też przeznaczono go na pisarza gminnego. W rodzeństwie uchodził za suchotnika, był ciągle mizerny i blade i nie rokowano mu wskutek tego długiego życia. Bliższych szczegółów co do przebytych poprzednio chorób brak zupełnie w karcie szpitalnej. Nie mogę również nic powiedzieć o etyologii obecnej choroby; chory sam nie podawał żadnego wyraźnego momentu przyczynowego. Z żalem wyznać muszę, że anamneza jest najsłabszą stroną naszych spostrzeżeń szpitalnych; z powodu małej inteligencji chorych i niemożliwości dokładnego zebrania danych wywiadowych, w innych zaś przypadkach z powodu zaniedbania, lekarz zniechęcony ujemnymi wynikami, do jakich doprowadza go rozpytywanie chorego, zaniedbuje zupełnie tej strony klinicznego badania, poprzestając głównie na danych obiektywnych. Tak też było i w naszym przypadku; chory był dość inteligentny i brak dat wywiadowych na karcie szpitalnej przypisać chyba muszę zaniedbaniu z mojej strony i niedokładnemu rozpytywaniu się.

Przy badaniu chorego w szpitalu, znaleźliśmy co następuje. Z prawej strony z przodu stłumienie odgłosu opukowego sięgało od dołu do 3 go żebra, z tyłu prawie do grzebienia łopatki. Na miejscu stłumienia szmer oddechowy zupełnie zniesiony, tak samo drżenie klatki piersiowej. Powyżej miejsca stłumienia odgłos opukowy jasny z podźwiękiem bębnowym. Szmer oddechowy pęcherzykowy, z tyłu w okolicy nadgrzebieniowej nawet nieokreślony, bez rżień. Na lewej stronie klatki piersiowej granice płuc prawidłowe i szmer oddechowy wszędzie pęcherzykowy. Granice stłumienia serca prawidłowe, tony serca czyste, tętno przyspieszone (110). Prawe podżebrze mocno wypukłone. Dolny brzeg wątroby dochodzi prawie do linii pępkowej, przy wymacywaniu bolesny. Tuż pod żebrami z prawej strony dolka sercowego wyraźna dla oka wypukłość, przechodząca na kilka centymetrów za linię środkową ciała. Przy obmacywaniu tej wypukłości zauważyliśmy dość powierzchowne chęłbotanie. Przekłucie próbne dokonane na miejscu wypuklenia, pokazało obecność ropy. Zresztą w innych okolicach jamy brzusznej żadnych zmian nie znajdujemy; śledziona nie wymacalna, guzowatości żadnych niema. Mocz białka nie zawiera. Stan gorączkowy z ciepłotą 39° prawie ciągłą.

Wobec takich objawów z rozpoznaniem nie wahaliśmy się. Wypuklenie w prawem podżebrzu chęłboczące a przytem dziwnie powierzchowne, oraz mocne obniżenie wątroby bez przemieszczenia serca, przemawiało za ropniem

podprzeponowym. Chęłbotanie w podżebrzu można czasem wyczuć przy dużych wysiękach opłucnej z mocnem obniżeniem przepony, nie będzie jednak ono nigdy powierzchowne i na tak znacznej przestrzeni, jak w spostrzeganym przypadku. Powtóre, wypuklenie przechodziło po za linię środkową na lewe podżebrze pod samo serce; przemawiało to również przeciwko zapaleniu opłucnej, gdyż w tym ostatnim razie obniżona i wypuklona przepona odpowiadałaby ściśle prawej stronie. Biorąc na uwagę te okoliczności, można było z zupełną pewnością przyjąć obecność ropnia pod przeponą a nad wątrobą. Pewna wątpliwość zachodziła jednak ze względu na wysokie położenie górnej granicy stłumienia, dochodzącego, jakśmy to powiedzieli, z tyłu do grzebienia łopatki. Podobnie wysokie położenie przepony nie zdarza się przy ropniach podprzeponowych. To też rozpoznając ropień podprzeponowy, nie tailem przed kolegami, którzy razem ze mną badali chorego, niejakiej wątpliwości co do umiejscowienia wysięku zapalnego.

W kilka dni po przybyciu chorego do szpitala, zrobiono szerokie cięcie w prawem podżebrzu na miejscu wypuklenia. Operację robiono bez chloroformu, gdyż chory ciągle kaszlał i dusił się przy próbach chloroformowania. Ze zrobionego otworu wypłynęło około litra ropy, nie cuchnącej, nie zawierającej przymieszki żółci. Badanie jamy palcem przekonywało, że ropień był rzeczywiście umiejscowiony pomiędzy przeponą a wątrobą. Pomimo odpływu zupełnego ropy z otworu zrobionego w podżebrzu, górna granica stłumienia nie wiele się obniżyła; dowodziło to niezbicie, że i w jamie opłucnej z prawej strony był wysięk. Próbne przekłucie dokonane w 6-ym odstępie międzyżebrowym z boku pokazało, że wysięk ten był ropny. Mieliśmy więc zaraz zamiar zrobić operację otoku opłucnej, tymczasem mocne wyczerpanie chorego, niemożność chloroformowania zmusiły nas do odłożenia operacji na potem. Tymczasem chory na dalsze zabiegi operacyjne nie zgadzał się i trzeba było kilka tygodni czasu i ciągłych namawiań, żeby ostatecznie przekonać go o konieczności operacji. To też dopiero w pierwszych dniach października, a w trzy blisko tygodnie od czasu pierwszej operacji przystąpiliśmy pod chloroformem do resekcji części 6-go żebra w linii pachowej i wypuściliśmy z jamy opłucnej około 2 litrów gęstej ropy.

Dalszy przebieg choroby pomimo zrobionej operacji nie był lepszy. Wycieńczenie wzmagало się, chory wieczorami ciągle gorączkował, wystąpiły obrzęki dolnych kończyn, biegunka i chory ostatecznie zmarł w 3 tygodnie po ostatniej operacji.

Ogłędzin pośmiertnych dokonano nazajutrz po śmierci. Nie będę tutaj przytaczał szczegółowego protokołu sekcyjnego, wspomnę tylko, że płuca okazały się zdrowymi, bez śladów gruźlicy; że jama ropnia podprzeponowego była prawie zupełnie zarośnięta przez zrosty górnej powierzchni lewego płatu wątroby z przeponą i nakoniec, że ani w żołądku, ani w kiszkiach nie znaleźliśmy żadnej sprawy, któraby objaśniała nam wytworzenie ropnia podprzeponowego. Jednem słowem, etyologia w tym przypadku pozostała i po sekcji niejasną.

Z rozważania powyższego spostrzeżenia dadzą się wyprowadzić następujące dwa wnioski rozpoznawcze:

1) Chęłboczące obszerne i powierzchowne wypuklenie w prawem podżebrzu, przekraczające linię środkową ku lewej stronie, przemawia za obecnością ropnia podprzeponowego, umiejscowionego pomiędzy lewym płatem wątroby

a przeponą, a ograniczonego z prawej strony przez więz wieszadłowy wątroby.

2) Górna granica stłumienia opukowego, zachodząca wysoko z przodu, do 2—3-go żebra, z tyłu do grzebienia łopatki, przy innych istniejących objawach ropnia podprzeponowego, przemawia za powikłaniem ropnia podprzeponowego zapaleniem opłucnej.

Z oddziału wewnętrznego prymaryusza E. NEUSSERA w Szpitalu RUDOLFA w Wiedniu i z kliniki terapeutycznej prof. STOLNIKOWA w Warszawie.

Kilka słów o badaniu klinicznym krwi.

Skreślił **Stanisław Klejn.**

Ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zobacz Nr. 26).

Pozostaje nam jeszcze do oceny znaczenie myelocytów dla rozpoznania. Myelocyty znalazł NEUSSER w niewielkiej ilości w niektórych ciężkich przypadkach osteomalacji, uremii, maniactwa połowego, a także nieraz podczas menstruacji; RILLE zaś przy syfilisie. W niewielkiej ilości znalazłem je także przy *diabetes* oraz w trochę większej przy otruciu tlenkiem węgla i w jednym przypadku *lymphosarcomatis colli* z jednoczesną eozynofilią. Ilość ich jednak wogóle bywa niewielka. Najczęściej i w największej ilości znajdujemy je przy białaczce. I rzeczywiście, niema prawie przypadku białaczki, gdzieby ich w większej lub mniejszej ilości nie było. Jak wiadomo, rozróżniamy obecnie trzy postacie białaczki: szpikowo-śledzionową, gruczołowo-śledzionową i szpikowo-gruczołową; możliwości istnienia czystej śledzionowej lub szpikowej nikt dotychczas nie dowiódł. Otóż w postaci śledzionowo-szpikowej i mieszanej ilość myelocytów bywa zwykle bardzo znaczna, w gruczołowej zaś jest ich zwykle bardzo mało—tak mało, że przy mniej dokładnem przeglądaniu preparatów można ich nie znaleźć. Wobec tego, iż myelocyty i komórki eozynofilowe znajdują się niekiedy w krwi chorych na rozmaite inne cierpienia, nic wspólnego z białaczką nie mające, kryterium EHRLICH'a traci cokolwiek na swojej wartości i zmusza nas do oglądania się za innymi bardziej pewnymi. Jeżeli starannie przejrzymy preparaty z rozmaitych przypadków białaczki, to uderzy nas przedewszystkiem ogromna polimorfia leukocytów, polimorfia, jakiej nigdzie w żadnej chorobie nie widać. Mamy tu bowiem oprócz normalnych składników krwi: 1) znaczną ilość myelocytów zarówno neutrofilowych jak i eozynofilowych; 2) komórki eozynofilowe bardzo małe (t. zw. *eosinophile Zwergkörperchen*) wielojądrowe i jednojądrowe, tych ostatnich w normalnej krwi zwykle prawie nie widać; 3) komórki jednojądrowe małe i większe oraz przejściowe z ziarnistością neutrofilową; 4) t. zw. *Mastzellen*; 5) jądrowe ciała czerwone i wreszcie 6) karyomitozy, zarówno w leukocytach jak i w jądrowych czerwonych ciałkach. Polimorfia ta odrazu rzuca się w oczy, tak, że objaw ten już wystarcza do rozpoznania białaczki ⁵⁶⁾. Jeżeli

⁵⁶⁾ Weiss. Loc. cit..

przy bliższem rozpatrzeniu preparatu znajdziemy jeszcze sporo myelocytów neutrofilowych, a szczególnie eozynofilowych, oraz małe komórki eozynofilowe i to jednojądrowe, rozpoznanie białaczki szpikowej jest pewne. Co się tyczy białaczki gruczolowo-śledzionowej, to cechuje ją przede wszystkim olbrzymią, prawie wyłączną przewagą limfocytów; w mniejszej ilości znajdziemy tu myelocyty oraz wielojądrowe komórki neutrofilowe. W przypadkach *lymphodermiae perniciosae*, którą policzyć należy do rzędu białaczek, znajdziemy również olbrzymią przewagę limfocytów i niewielką ilość komórek eozynofilowych. Zajęcie śledziony, przyjęte dla wszystkich postaci białaczki, konstatujemy zawsze nie na podstawie krwi, gdyż dla narządu tego specyficznych elementów dotychczas nie znamy, lecz na zasadzie objawów klinicznych, głównie powiększenia śledziony. Wobec przytoczonych danych rozpoznawczych mikroskopowego badania krwi białaczkowej, znaczenie rozpoznawcze stosunku leukocytów do czerwonych krążków redukuje się do minimum. Stosunek ten, jak widzieliśmy, może ulegać znacznym wahaniom przy rozmaitych cierpieniach, nie wspólnego z białaczką nie mających, wskutek tego, że w wielu cierpieniach jednocześnie ze zmniejszeniem się ilości czerwonych krążków zwiększa się ilość leukocytów do olbrzymich nieraz rozmiarów. Z tego też powodu na stosunek ten przy badaniu krwi należy wcale nie zwracać uwagi, natomiast notować należy absolutną ilość leukocytów oraz stosunek ilościowy rozmaitych form tychże do siebie. Tylko badanie krwi, uwzględniające te z okoliczności, może nam pozwolić na stanowcze rozpoznanie białaczki, inne kryteria są bez znaczenia.

Streszczone powyżej badania KURLOWA zdają się według mnie rzucać pewne światło na powstawanie leukemii, a fakty, spostrzegane przez KAST'a ⁵⁷⁾ i EICHHORST'a ⁵⁸⁾, w mniemaniu tem jeszcze bardziej mnie utwierdzają. KAST mianowicie zauważył, że objawy ze strony krwi bywają zwykle poprzedzane przez obrzmienie gruczołów i śledziony. EICHHORST zaś w przypadku ostrej leukemii przekonał się, że pierwotnie zajęta była śledziona, później dopiero zaczęły się powiększać gruczoły chłonne i wystąpiła typowa białaczka gruczolowa z limfocytozą. Możliwem jest zatem, że po pierwotnem wykluczeniu *resp.* wyczerpaniu czynności metabolicznych śledziony, a potem gruczołów, nie przeobrażone przez te narządy substancje chemiczne wywołują podrażnienie szpiku kostnego, manifestujące się wystąpieniem z tego narządu specyficznych elementów komórkowych.

Badania NEUSSER'a o tyle wyjaśniają nam sposób powstawania leukemii *resp.* limfodermii, że wykazują nam związek tego cierpienia ze sferą płciową; być może, twierdzi NEUSSER, usunięcie pierwotnego ogniska podrażnienia, t. j. kastracja byłaby w stanie przerwać bieg choroby. Gdyby zatem chirurgowie wspólnie z internistami zajęli się tą kwestyą, jak i wielu innemi, poruszonemi przez NEUSSER'a, nauka, spodziewam się, odniosłaby niewątpliwą korzyść.

Oto w krótkich zarysach wiązanka spostrzeżeń i wniosków z nich wynikających, zebranych z literatury i z własnego doświadczenia. Jakkolwiek fakty przytoczone co do niektórych punktów nie są zbyt liczne, a wnioski, jak sceptycy może zauważą, zbyt pośpiesznie są wyprowadzone, to jednak po zredukowaniu ich nawet do skromnych rozmiarów, powinny stanowić cenny

⁵⁷⁾ Kast. Deutsche med. Woch. 1891. st. 1226.

⁵⁸⁾ H. Eichhorst. Ueber acute Leukämie. Virch. Arch. B. 130. H. 3.

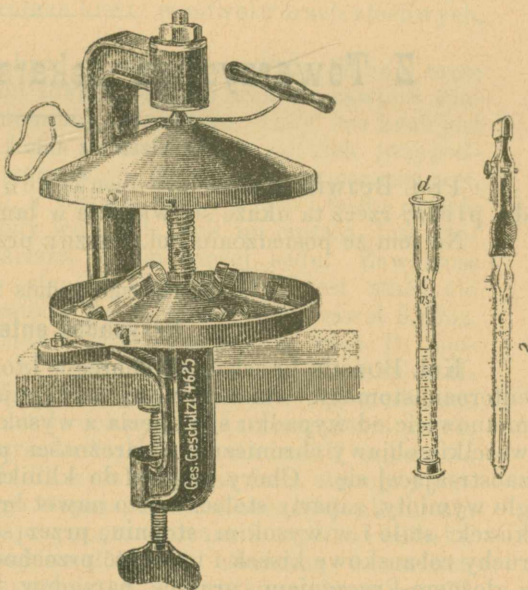
nabytek dla dążącego do ścisłego rozpoznania badacza. Hematologia w ten sposób śmiało wkracza do wszystkich dziedzin medycyny klinicznej; fakty podane wskazują nam, iż znajomość ich jest niezbędną i pożyteczną zarówno dla internisty jak i dla chirurga, ginekologa, laryngologa i dermatologa. Mam nadzieję, że wspólne usiłowania klinicystów i anatomo-patologów wkrótce wzbogacą ten dział drogocennymi zdobyczami, które wyjaśnią nam niejedną ciemną kwestyę, stojącą na przeszkodzie szerszemu zastosowaniu hematologii do celów klinicznych. Usiłowania te wobec ogromnych uproszczeń, wprowadzonych w ostatnich czasach do techniki badania krwi, nie natrafiają na większe przeszkody w praktyce, należy tylko przyjąć zasadę: badania krwi u każdego chorego, jak to się odbywa u NEUSSER'a i jak to za jego przykładem i ja od niejakiego czasu czynię, a fakty będziemy zbierali całemi garściami, mnogość zaś faktów będzie zawsze podstawą ścisłych wniosków.

*

*

*

Przechodząc obecnie do sposobu zdobywania danych hematologicznych, postaram się jednocześnie w krótkości opisać i zdemonstrować przyrządy niezbędne, a obecnie używane do badania krwi. Co się tyczy określania ilości morfologicznych składników krwi, to można się tu posługiwać znanym przyrządem THOMA-ZEISS'a, który daje wprowadzić dość ściśle dane, ale wymaga koniecznie oprócz mikroskopu znacznej wprawy, zabiera przytem dość dużo czasu. Otóż w ostatnich czasach poczyną go rugować coraz bardziej sposób określania składników krwi zapomocą centryfugi i t. zw. hematokrytu GÄRTNER'a. Ten ostatni w najnowszej modyfikacji⁵⁹⁾ składa się z dwóch części: z pipety (c), w górnym końcu rozszerzonej i tak urządzonej, że można zapomocą niej ściśle odmierzyć 0,02 cent. sześć. krwi, i z biurety włosowatej (C) objętości również 0,02 ctm. sześć, z podziałkami od 1 do 100. Górny koniec biurety (d) jest szerszy i ma kształt lejka. Przed wciągnięciem krwi do pipety nabieramy nią pewną ilość 2,5% roztworu *kali bichromici*, który zapobiega krzepnieniu krwi i nie zmienia jej składników. Cały nabrany płyn wpuszczamy do biurety, poczem w tę samą pipetę wciągamy do ampulli 0,02 cent. sześć. *kali bichromici* i zaraz potem tyleż krwi; wszystko to energicznem uciśnięciem górnego końca pipety wpuszczamy do biurety. Zapomocą drutu, tkwiącego w świetle biurety, udaje się mieszaninę bardzo łatwo zepchnąć aż do dna. W ten sposób otrzymujemy mieszaninę 0,02 cent. sześć. krwi z pewną obojętną dla nas ilością roztworu *kali bichromici*.



⁵⁹⁾ G. Gärtner. Ueber eine Verbesserung des „Haematokrits“. Berl. klin. Woch. 1892. Nr. 36.

Jeżeli teraz czerwone ciała krwi, jako cięższe gatunkowo, osiadną na dnie biurety w postaci czerwonego słupka, białe zaś, jako lżejsze, w postaci szarawego nad poprzedniami, to z wysokości tych słupków możemy sądzić o stosunku ciałek krwi do pewnej objętości tejże, możemy określić zawartość procentową ich w pewnej objętości krwi; cyfrę tę wprost odczytujemy na skali biurety. W celu przyspieszenia osadzania się ciałek krwi posługujemy się centryfugą GÆRTNER'a (ob. rysunek), która jest tańszą i wygodniejszą od dotychczas używanych. Umieściwszy biuretę w centryfudze, puszcza ją w ruch przez mocne pociągnięcie sznura, spiralnie nawiniętego na oś przyrządu, zupełnie tak, jak to ma miejsce przy puszczeniu bąka. Po trzykrotnem puszczeniu w ruch centryfugi, każdy raz na przeciąg 2 minut, otrzymujemy żądany słupek, złożony z czerwonych ciałek u spodu, a białych u góry. U normalnego człowieka wysokość słupka czerwonego wynosi 42% do 44%, FRIEDHEIM⁶⁰⁾ znalazł nawet 60%. Białe ciała zajmują 1/2 podziałki; rozumie się, że w przypadku leukocytozy słupek będzie wyższy.

Dotychczasowe usiłowania dążące do określenia ilości białych ciałek krwi zapomocą hematokrytu, spełzły na niczem, pozostaje tu zatem jedynie określenie tejże zapomocą aparatu THOMA-ZEISS'a, zmodyfikowanego przez ZAPPERT'a, o czem powiem później.

Oznaczenie w powyższy sposób zawartości czerwonych ciałek krwi w odłatkach, bez oznaczenia ilości ich w mil. sześć., zupełnie powinno wystarczyć, embardziej, że zwykle idzie nam o cyfry nie bezwzględne, lecz względne.

(D. c. n.)

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 13-go Czerwca r. b.

Prof. BURWID miał odczyt o znaczeniu filtrów przy oczyszczaniu wody do picia; rzecz ta ukaże się wkrótce w łamach naszego pisma.

Na tem że posiedzeniu kol. PESZKE przedstawił dziecko z licznymi naczyniakami.

Posiedzenie z dnia 20-go Czerwca r. b.

Przypadek enteroanastomozy.

Kol. BORSUK przedstawił chorego, któremu przed czterema tygodniami dokonał enteroanastomozy. Szczegóły są następujące: choroba datuje się od półtora roku, mianowicie od wypadku spadnięcia z wysokiego drzewa. Od tej pory chorego trapią wszelkie objawy chronicznej niedrożności przewodu pokarmowego, od czasu do czasu zaostrzającej się. Chory przybył do kliniki w wysokim stopniu wyniszczenia. Ciągłe wymioty, zaparty stolec, często nawet brak go zupełny, bóle w brzuchu. Rozdęcie kiszek stałe i w wysokim stopniu, przez ścieńczone ściany brzuszne widoczne były ruchy robaczkowe kiszek i trudność przechodzenia zawartości kiszki, w połączeniu z głośnem kruczeniem; granice narządów brzusznych zmienione, odgłos bębenkowy sięgał na lewej stronie od przodu do drugiego żebra, na prawej do czwartego, tak, że tępości serca i wątroby nie można było odszukać. Z tyłu granice płuc dochodziły tylko do kąta łopatek, poniżej był odgłos bębenkowy.

Wysokie podniesienie granic odgłosu bębenkowego i fakt, że choroba datuje się od czasu spadnięcia chorego nasuwało przypuszczenie, że się ma do czynienia z rozdartą przeponą i że chory ma przepuklinę przeponową z lewej strony. Z temi danymi kolega BORSUK przed czterema tygodniami przystąpił do operacji; otworzył jamę brzuszną i znalazł przeponę nie przedziurawioną, bardzo wysoko uniesioną rozdętymi kiskami.

⁶⁰⁾ Friedheim. Ueber die Volumbestimmung der rothen Blutkörper mittelst des Gärtnerischen Hämatokrites und der Kreiselcentrifuge. Berl. kl. Woch. 1893. Nr. 4.

Kiszki cienkie bardzo rozdęte, grube zaś skurczone. Blisko ślepej kiszki na *ileum*, kilka pętlic na przestrzeni około pół łokcia zrosniętych między sobą, tworzą coś w rodzaju kłębka, pokryte są bliznami, lub błonami fałszywymi. Tutaj więc tkwiła przeszkoda. Rozdzielanie zrosniętych pętli okazało się niemożliwym; wskutek tego kol. BORSUK połączył ze sobą części *ilei*, poniżej i powyżej tej przeszkody leżące, [sposobem klasycznym, trzy piętrowym szwem, to jest wykonał enteroanastomozę w celu, żeby zawartość kiszki mogła ominąć swem krążeniem przeszkodę. Po wytoaletowaniu jamy brzusznej kol. BORSUK zamknął ją szwem zwykłym.

Przebieg pooperacyjny idealny. W trzy tygodnie chory wstał z łóżka, wymioty zaraz po operacji ustały, a stolce pojawiły się prawidłowo. Chory odzyskał apetyt i prędko począł do sił powracać.

Skład chemiczny krwi w stanach anemicznych i kachektycznych.

Kol. BIERNACKI mówił o wynikach swych badań nad składem chemicznym krwi w stanach anemicznych i kachektycznych. Badania te, wykonane w 40 przypadkach na krwi żyłnej, a w dwudziestu kilku na krwi otrzymanej przez przystawienie baniek (ostatnią metodę uważa B. wbrew JAKSCH'owi za niezupełnie dokładną), doprowadziły przedewszystkiem do wniosku, że natężenie zewnętrznych objawów anemii często nie idzie w parze z natężeniem zmian we krwi, że istnieją przypadki, gdzie zewnętrznie objawy nawet w połączeniu ze zwykle praktykowanym klinicznym badaniem krwi zapomocą określania hemoglobiny i ilości ciałek we krwi nie wykazują żadnej nienormalności, tymczasem krew niewątpliwie znajduje się w stanie patologicznym; wreszcie, że jeżeli istnieją zmiany co do zawartości wody i soli mineralnych, to zmiany te odbywają się zawsze według jednego i tego samego wzoru, bez względu na to, czy badano przypadki należące do grupy anemii pierwotnej, jak blednica, czy też do wtórnej, jak anemii: po utratkach krwi, w nowotworach złośliwych, w gruźlicy, cierpieniach nerek i t. d.

Prawidłową zawartość części stałych we krwi określa B. na 22,5—23,5% u mężczyzn i u kobiet, wbrew powszechnie przyjętemu zdaniu, że krew kobieca zawiera znacznie więcej wody, niż krew męczyzna. W anemiach zawartość wody we krwi jest wzmószona, tak, że zawartość części stałych we krwi może spaść w ciężkich przypadkach aż do 10,5%. Zawartość wody we krwi warunkuje wahania w zawartości soli, wahania, w których z jednej strony chlor i sód, z drugiej potas, żelazo i fosfor prawie zawsze idą w parze. A więc, im więcej jest wody we krwi, czyli im cięższą jest anemia, tem krew zawiera mniej potasu, fosforu i żelaza, a tym więcej sodu. Zawartość chloru w krwi (norm. 0,446—0,460%) wogóle w stanach anemicznych jest stałą, ale przy wysokiem rozwodnieniu krwi może się wzmóżyć do 0,509—0,532%, nawet 0,653%. Z drugiej strony parę razy, mianowicie w przypadku tyfusu i zapalenia płuc B. spotkał nieznaczne obniżenie zawartości chloru we krwi do 0,374—0,366%. Daleko silniejszym zjawiskiem jest wzmószenie odsetki sodu we krwi przy wzmószeniu w niej zawartości wody; jednakże kilka razy, mianowicie w dwóch przypadkach zapalenia nerek, w raku żołądka, w niezycie zanikowym tego narządu i t. d., B. stwierdził zubożenie krwi w sód; zjawisko to jednakże nie było stałem dla wymienionych form chorobowych. W przypadkach zubożenia krwi w sód do takiego stopnia, że ilość obecnych alkaliów nie wystarczała do nasycenia obecnego chloru, B. przypuszcza istnienie we krwi chlorku amonu. Natomiast zawartość potasu B. znajdował zawsze obniżoną w stanach anemicznych i nie może potwierdzić zdania FREUND'a, według którego krew gruźliczych jest bogatsza w potas, a uboższa w sód, niż normalna.

Żelazo okazywało daleko mniejszą tendencję ku obniżaniu swej zawartości we krwi anemicznej, niż potas i fosfor. Na dwadzieścia kilka przypadków anemii lżejszego stopnia B. dwanaście razy znalazł ilość żelaza we krwi prawie normalną lub mało co niższą od normalnej, podczas gdy w tych samych przypadkach zawartość potasu i fosforu była już wybitnie obniżoną. Obliczając przytem zawartość żelaza, według określonej aparatem FLEISCHL'a ilości hemoglobiny, B. przekończył się, że zawsze krew w stanach anemicznych posiadała żelaza więcej, niż to wskazywał spadek hemoglobiny. Bardzo uderzające były przypadki, gdzie stwierdzono wyraźne zmniejszenie hemoglobiny do 70—60%, a tymczasem zawartość żelaza była normalną.

Fakty te znalazły swe objaśnienie w rozbiórach czerwonych krążków i osocza. Tu B. stwierdził, że osocze mimo bardzo ciężkich zmian w całkowitej krwi, może zawierać normalną ilość wody; dalej, że im więcej jest wody w osoczu, tym więcej jest

w niem chloru. Natomiast stałym jest fakt, że w stanach anemicznych krążki zawierają większą ilość wody niż normalnie. A więc wzmożenie zawartości wody w krążącej krwi anemicznych, przede wszystkim zależy od wzmożenia jej w krążkach czerwonych; po drugie, ewentualnie od mniejszej ilości krążków, przez co zawartość plazmy się wzmacnia; nareszcie, co bywa już znacznie rzadziej, i od wzmożenia zawartości wody w osoczu.

Co do zawartości soli w krążkach anemicznych, stwierdzono, że krążki w stanach anemicznych słabszego natężenia posiadają więcej potasu, fosforu i żelaza, a mniej chloru niż normalne; w stanach anemicznych średniego natężenia taką samą ilość tych związków, jak normalne, i dopiero w najcięższych stanach anemicznych krążki posiadają nieco mniej potasu, fosforu i żelaza, niż normalne. I w tym razie wystąpiło zjawisko spostrzegane przy rozbiorach całkowitej krwi, że najmniejszą tendencję ku obniżeniu swą zawartości posiada żelazo. Z drugiej strony obrachowanie, wiele przypadków żelaza na 1 grm. suchej pozostałości w krążkach anemicznych, w porównaniu z normalnymi, wykazało, że w krążkach takich przypada go zawsze więcej, niż w normalnych. Inaczej, krążki anemiczne są zawsze względnie, a bardzo często bezwzględnie bogatsze w żelazo, niż normalne.

Ponieważ żelazo, w krążkach zawarte, jest tylko w hemoglobinie i ilość żelaza reprezentuje ilość hemoglobiny, więc krążki anemiczne są zawsze względnie bogatsze w hemoglobinę niż normalne. Zubożenie bezwzględne krążków w hemoglobinę jest zjawiskiem rzadkiem i zdarza się tylko w najwyższych formach anemii. Ponieważ krążki anemiczne zawierają więcej wody niż normalne, a taką samą albo nawet większą ilość hemoglobiny niż normalne, więc wzmożenie ilości wody w nich zależy tylko od zmniejszenia ich w ciele białkowe. Inaczej, krążki anemiczne są ubogie w białko, ale nie w hemoglobinę, jak to jest ogólnie przyjęte. A stąd obniżenie zawartości żelaza w całkowitej krwi jest tylko zależne od jednego czynnika, od zmniejszenia masy czerwonych ciałek krwi; im zmniejszenie to jest większe, tem i żelaza będzie we krwi mniej. Jeśli zmniejszenie ogólnej masy czerwonych ciałek jest nieznaczne, jak bywa w stanach anemicznych lżejszego stopnia, to dzięki temu, że krążki takiej krwi zawierają więcej żelaza niż normalne, odsetka żelaza *resp.* hemoglobiny może być wcale nie zmniejszona, co też mianowicie kilkanaście razy znaleziono.

Te fakty stoją w zupełnej sprzeczności z poglądami ogólnie przyjętymi. B. wykazuje, że do takich poglądów musiało jednak doprowadzić jednostronne badanie krwi, przez liczenie ilości ciałek czerwonych i kolorymetryczne określenie hemoglobiny. Większość przypadków anemicznych, zbadanych przez B. przedstawiała niezmienną liczbę ciałek czerwonych, a obniżenie zawartości hemoglobiny według aparatu FLEISCHL'a, gdy tymczasem badanie chemiczne dowiodło w wielu z tych przypadków wprost przeciwnie—większą ilość hemoglobiny w ciałkach. Ale kolorymetrya, jak dowodzą wykonane przez B. odpowiednie doświadczenia, wskazuje dokładnie tylko zabarwienie krwi, i krew bledsza, mniej czerwona, wcale nie znaczy, że jest uboższa w hemoglobinę. Jeśli ilość hemoglobiny jest niezmienną we krwi, to krew musi być tem bledszą, im więcej jest w niej wody; obok tego obecność lub brak ciał białkowych prawdopodobnie musi modyfikować zabarwienie krwi, a przy badaniu metodami kolorymetrycznymi prowadzić przez to w wielu przypadkach do fałszywych wniosków o zawartości hemoglobiny we krwi.

Zasadniczą zmianą krwi anemicznej jest więc zmniejszenie jej, *resp.* krążków czerwonych w białko, ale nie w hemoglobinę; co do ostatniej, to przeciwnie ustrój stara się *à tout prix* utrzymać ten związek, jako niezmiernie ważny w czynnościach organizmu. Stosownie do tego błędnie nie jest wcale jakąś specjalną „*Ferrum*“ czy też „*Haemoglobinaemia*“. Na sześć badanych przypadków kol. B. w dwóch lżejszych przypadkach znalazł odsetek żelaza we krwi normalną, w trzecim bardzo nieznacznie obniżoną, dopiero w najcięższym—obniżoną do połowy. Ciałka czerwone w zwyczajnych przypadkach błednicy zawierają normalną ilość żelaza, ale zawsze znacznie mniej potasu niż normalne, czyli nawet w lżejszych przypadkach błednicy noszą cechy ciałek ciężko anemicznych; stąd i krew błedniczych jest uboższa w potas, nawet w przypadkach, gdzie zawartość żelaza pozostaje niezmienną. B. wskazuje dalej na to, że błędnie jest to *polyaemia serosa*, nareszcie, że istniejące teorye o działaniu żelaza w błednicy, jako źródła hemoglobinotwórczego, wobec wykazanych faktów, nie mają żadnej racyi bytu, i że objaśnienia pomysłowego wpływu żelaza w błednicy należy szukać w innym kierunku niż dotychczas.

Co do innych rodzajów anemii, wspomina B., że jedne przypadki raka są oligemiczne, t. j. cechują się małą ilością krwi, przy mało zmienionym jej układzie, inno zaś są hidremiczne. Anemie: gruźlicza, przy cierpieniu nerok, w cierpieniach żołądka, wykazują zmiany jednostajno, powyżej opisane; w cierpieniach żołądka z nadmiernem wydzielaniem kwasu solnego i utratą obfitych ilości chloru wskutek wymiotów B. nie znajdował zubożenia krwi w chlor.

Na zakończenie opisuje B. odkryty przez siebie i nieznany dotychczas patologiczny stan krwi, który nazywa „*oligoplasmia*“. Istota tego cierpienia polega na wzmożeniu masy czerwonych ciałek krwi do 70 – 90% zamiast normalnych 50%, przy niezmienionej ich liczbie, czyli że główną masę krwi stanowią krążki, a ilość osocza jest mniejsza niż normalna. Krążki te są równomiernie większe, niż normalne, ale przedstawiają wszystkie cechy krążków ciężko anemicznych, dużą zawartość wody, a mniejszą hemoglobiny, niż normalne. Jednakże wobec większej masy krążków, krew oligoplasmiczna przy zwykłym badaniu zapomocą liczenia krążków krwi i określenia hemoglobiny, okazuje się normalną i przy rozbiorze chemicznym cechuje się większą ilością potasu, niż normalna. Oligoplasmie wykryć więc można jedynie przez badanie hematokrytyczne. Stan ten B. spotkał u jednego neurastenika i w dwóch przypadkach początkowej gruźlicy płuc; wygląd zewnętrzny wszystkich trzech osobników był zupełnie normalny, pierwsi dwaj cierpieli na nadkwaśność żołądkową. B. przypuszcza, że oligoplasmia może być wstępem do właściwych zmian anemicznych krwi.

Na temże posiedzeniu kol. KORAL przedstawił dziecko dotknięte naczyniakiem wargi dolnej i języka, kol. GAJKIEWICZ zaś chorą dotkniętą obrzękiem histerycznym.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

104. DUFOURT. O zakaźnem pochodzeniu kamicy żółciowej i o udziale tyfusu brzuszego w etyologii tego cierpienia. Do ostatnich czasów przypisywano żółci własność zabijania drobnoustrojów i zapobiegania gnicia i fermentacyi. Dopiero niedawno prace wielu uczonych wykazały, że żółć nie wpływa zgnie na rozwój drobnoustrojów, że jeżeli posiada ona pewną własność antyseptyczną na kwaśnej odżywe, to traci ją zupełnie na alkalicznej, jak to ma miejsce w dwunastnicy i kiszkiach. Wyłącznie tylko kwasy żółciowe, a zwłaszcza kwas taurocholowy, jest w pewnym stopniu antyseptycznym. W rzeczy samej, w przewodach żółciowych, jak to wykazały prace CORRADO, LETIENNE, NETTER'a, DUPRÉ i wielu innych, znajduje drobnoustroje, najczęściej przytem te, które prawidłowo znajdują się w kiszkiach, mianowicie: *bacterium coli commune*, gronkowiec złocisty, paciorkowiec ropny, lasecznik EBERTH'a. Drobnoustroje te, przedostawszy się do pęcherzyka żółciowego, mogą wywołać najrozmaitsze zaburzenia, jak tego dowiedli doświadczeniami CHARRIN i ROGER, którzy szczepiąc *bacterium coli* do przewodu żółciowego, wywoływali zapalenie naokoło przewodów żółciowych i ropnie wewnątrz-zrazikowe.

Przedostaniu się drobnoustrojów do przewodów żółciowych sprzyjają głównie: zastój żółci i kamica, zachodzi jednak pytanie, czy możliwa jest kamica żółciowa wtórna, zależna od zakażenia żółci przez drobnoustroje.

Istnieją dwie teorye tworzenia się kamieni żółciowych: teorya humoralna, mająca wielu zwolenników we Francyi, przypisuje tworzenie się kamieni głównie zaburzeniom w przemianie materii, przez co zmienia się stosunek części składowych żółci i ułatwia się osadzanie cholesterolu; podług drugiej znowu teoryi, anatomicznej, mającej pierwszeństwo w Niemczech, formowanie się kamieni zależy od zapalenia kataralnego przewodów żółciowych, wydzielania się śluzu i wapna, co jest punktem wyjścia dla osadzania się cholesterolu.

Podług NAUNYN'a teorya tworzenia się kamieni polega na tem, że części rozpadowe nabłonka często w postaci małych bezkształtnych mas osadzają się, tworząc jądro kamienia. Pod wpływem wydzieliny śluzowej, zawierającej białko i wapno, strąca się bilirubina, która w połączeniu z wapnem otacza jądro. Na powierzchni otoczki osadzają się dalej warstwy z cholesterolu i barwnika, przyczem cholesterol raz strącony podlega krystalizacyi od środka na zewnątrz.

Co powoduje jednakże zapalenie przewodów żółciowych, będące przyczyną kamieni? Prawdopodobnie tylko zarazek może wywołać tego rodzaju zapalenie; niestety doświadczalnie nie udało się dotychczas nikomu wywołać kamicy żółciowej przez zaszczepienie drobnoustrojów do przewodów żółciowych, nie udało się też otrzymać powiększenia wprowadzonych do pęcherzyka kamieni, a nawet za- uważono zmniejszenie się ich. Gdyby jednak można było wykazać częstą obecność drobnoustrojów w ośrodku kamienia z jednej strony, z drugiej zaś, gdyby spostrze- gano często powstawanie kamicy w następstwie chorób zakaźnych, w których zaka- żenie dochodzi często aż do dróg żółciowych, mielibyśmy nie małej wagi dowody dla wykazania zakaźnego zapalenia przewodu, wywołującego kamice. Wykrycie je- dnak drobnoustrojów w ośrodku kamieni miało miejsce tylko w wyjątkowych ra- zach (GALIPPE), co łatwo jest zrozumiałem. Co się zaś tyczy drugiego punktu, to klinika dostarcza nam ważnych faktów, rzucających światło na tę kwestję.

Zaburzenia spowodowane przez zapalenie pęcherzyka żółciowego najlepiej można było dotychczas zbadać przy tyfusie brzuszny, przy którym daje się ono widzieć względnie często. Już w 1876 r. HAGENMUELLER opisał 18 takich przypad- ków, obecnie ilość spostrzeżeń jest dość duża.

Autor obserwował 19 przypadków kamicy żółciowej, którą poprzedzał tyfus brzuszny; u żadnego chorego nie było oznak wskazujących na poprzednie istnienie kamicy. W dwóch przypadkach napady zjawily się w 2-gim miesiącu po przeby- tym tyfusie, w sześciu w 3-im miesiącu, w trzech w 4-ym, w jednym w 5-ym; w dwóch przypadkach objawy kamicy wystąpiły po 6 i 8-letach, chociaż w oby- dwóch razach zaraz po przebyciu tyfusu wystąpiły nieznaczne zaburzenia ze strony wątroby; wreszcie w pięciu przypadkach kamica wystąpiła po tyfusie w odstępie 10 (2 razy), 12, 15 i 25 lat, i tu mogły być i inne przyczyny. W pierwszych 14-u przypadkach autor stanowczo uważa tyfus brzuszny jako przyczynę przedostania się drobnoustrojów z kiszki do przewodu żółciowego, czemu sprzyja istnienie zwiększonej podczas tyfusu fermentacji w kiszki i wywołany przez gorączkę zastój żółci. Następstwem przedostania się drobnoustrojów w tych warunkach do żółci jest zapalenie przewodu żółciowego i kamica. Autor nie odrzuca przytem istnienia innych warunków, które ułatwiają tworzenie się kamieni; do tych należą: pęć, tusza i inne waunki, powodujące zastój żółci. W rzeczy samej, na 14 przy- padków kamicy potyfusowej, 10 razy była ona u kobiet i 4 tylko u mężczyzn. Nie ulega także wątpliwości, że nie tylko tyfus brzuszny powodować może tworzenie się kamieni żółciowych. Autor nie uważa jednak kamicy za sprawę wyłącznie miejscową i czyni ją w wielu razach zależną i od zaburzeń w przemianie materii. W 165 przypadkach kamicy znalazł on 29 razy przewlekły gościec, 13 razy dnę, 16 razy cukrzycę, 18 kamienie moczowe, 15 bardzo wydatną otyłość, 17 razy migrenę. U rodziców tych chorych dało się zauważyć dość często cierpienia dyskrasyjne, a w 36 przypadkach kamice żółciową.

Opierając się na doświadczeniach, wykazujących możność osadzania się z roztworów składowych części wydzielin bez udziału jakiegoś czynnika zakaźnego (EBSTEIN, NICOLAIER), autor przychodzi do wniosku, że istnieją 2 rodzaje kamicy żółciowej: przyczyną pierwszego będą zmiany w przewodach żółciowych, jednym słowem *angiocholitis*, powodująca osadzanie się cholesteryny, przy drugim zaś mu- sielibyśmy przyznać wadliwą przemianę materii, wynikiem której byłby zmie- niony skład chemiczny żółci, czyniący ją niezdolną do utrzymania cholesteryny w roztworze. (*Revue de Médecine. Nr. 4. 1893*). F. Sylwestrowicz.

105. a) HERMANN. Gliceryna przeciw kamicy nerkowej.

b) FERRAND. Badania doświadczalne i kliniczne nad zastosowaniem gli- ceryny w leczeniu kolki żółciowej.

a) Autor w 10 przypadkach zastosował glicerynę w dawkach 50,0—100,0 2—3 razy dziennie, a to na zasadzie badań COLOSANTIS'a, który stwierdził rozpusz- czanie się kwasu moczowego w glicerynie. Istotnie, złogi wydobywały się wraz z moczem, przy mniej lub więcej silnych bólach. W 4 przypadkach jednak środek ten pozostał bez wpływu. Chorzy znosili glicerynę w ogóle dobrze. Leczą u ludzi dotkniętych zaburzeniami przewodu pokarmowego, jest ona przeciwwskazana, gdyż wywołuje pragnienie oraz bóle w okolicy nerek. Po 3 godzinach można wykryć obecność jej w moczu wraz z znaczną ilością śluzu. Złogi wydalane zostają po 4—48 godzinach. Woda karlsbadzka sprzyja działaniu gliceryny. Doświadczenia

wykazały, iż tylko sproszkowany kwas moczowy rozpuszcza się w glicerynie, lecz złogi się nie rozpuszczają. Badania, podjęte na zwierzętach, przekonały autora, że gliceryną nie wzmacnia perystaltyki ani w miedniczkach, ani w moczowodach. Króliki, po dawce wewnętrznej 30 c. sz. 50%-ego roztworu, giną po 3—4 godzinach; występują przytem drgawki kloniczne, drżenie kończyn, uszu i oczu; ilość moczu się zwiększa; moczu zawiera dużo śluzu i gliceryny, lecz ani cukru, ani białka lub hemoglobiny nie zawiera.

Glicerynę wykryć można także we krwi. Po wstrzyknięciu jej do krwi otrzymuje się obraz podobny, jak po wprowadzeniu do żył roztworu kwasu solnego; następuje znaczne pochłanianie wody i skutkiem tego podrażnienie ośrodków nerwowych.

Autor objaśnia działanie gliceryny w sposób następujący: przechodząc z żołądka do krwi, wyciąga ona z tkanek dużo wody, wraz z którą zostaje szybko wydzieloną przez nerki. Jest to więc pewnego rodzaju przepłukiwanie nerek. Złogi wydobywają się łatwiej, ponieważ gliceryna czyni drogi moczowe gładkimi i śliskimi. (W. m. W. 1—93).

b) Wobec silnie rozpuszczających własności gliceryny, należałoby mniemać, iż wprowadzona do żołądka i wessana, zdolna jest, po przejściu przez wątrobę, rozpuścić złogi żółciowe. Wszelako doświadczenia pokazały, że w próbówce gliceryna po dwóch nawet miesiącach nie jest w stanie rozpuścić kamieni żółciowych, które natomiast w chloroformie lub terpentynie łatwo się rozplwają.

Pomimo tego ujemnego wyniku F. zastosował glicerynę w 12 przypadkach kolki żółciowej i we wszystkich zauważył szybkie ustanie bólów.

Prócz tego F. wlewał glicerynę psom do żołądka i w 1½ godziny później zabijał zwierzęta. Przekonał się, że gliceryna szybko ulegała wessaniu w stanie niezmienionym, przechodziła do naczyń chłonnych wątroby i pęcherzyka żółciowego i wywoływała obfitszą wydzielinę żółci; z wątroby przechodziła dalej do żył wątrobowych. Stąd F. wnioskuje, iż gliceryna jest środkiem żółciopędnym. Skuteczne działanie oliwy objaśnia F. w ten sposób, że rozkłada się ona na glicerynę i mydło. Z tego powodu należy glicerynie oddać pierwszeństwo przed oliwą.

Gliceryna zresztą nadaje się jeszcze jako dobry środek zapobiegawczy przeciw kolce żółciowej, ponieważ pobudza wydzielanie żółci i rozcieńcza żółć.

W czasie napadu kolki F. daje dziennie 20—30,0 gliceryny z wodą laurową i 25—30,0 chloroformu. Pacjent przyjmuje to łyżkami co godzinę lub też w 3-ch porcjach w ciągu dnia. Jako środek zapobiegawczy zaś F. zaleca 1—3 łyżeczek gliceryny w ½ szklance wody Vichy, przez czas dłuższy.

(*Bull. med.* 20—92).

H. Pacanowski.

Przebieg epidemii cholery w m. Białej Cerkwi gub. Kijowskiej w r. 1892 ¹⁾).

Pierwszy przypadek cholery w r. 1892 miał miejsce 12-go września s. st. Włościanin Sawa Smół, pędząc woły z miasta powiatowego Taraszczy, w którym cholera już grasowała, w drodze przed samą Białą Cerkwią zasłabł na cholerę. Śród gwałtownych cierpień przycołgał się do chaty Nr. 1, pozostawał tam godzin kilka, potem przewiezionym został do szpitala choleerycznego, gdzie 24-go tegoż miesiąca życie zakończył.

27-go września w chacie, gdzie widzieliśmy Smółkę, zasłabł na cholerę właściciel chaty włościanin Kołbasa; leczony był w chacie, przebieg choroby typowy i bardzo ciężki, zaledwo po pięciu tygodniach przyszedł do zdrowia. Przypadek ten stał się źródłem epidemii dla dzielnicy miasteczka Zarczeczem zwanej, leżącej na prawym brzegu rzeki Rosi i zamieszkałej głównie przez włościan. Zaznaczyć można 16-cie przypadków cholery, które z tego źródła początek swój wzięły, przeważnie wśród krewnych, sąsiadów, znajomych Kołbasy, którzy, według zwyczajów miejscowych, oddawali pożegnalne choremu odwiedziny.

¹⁾ Bardzo pożytecznymi dla dalszego rozwoju wiadomości naszych o cholerze byłyby uwagi udzielane przez kol. zamieszkałych w różnych okolicach kraju. Niestety, dotąd pomimo zachęty z naszej strony, niewielu z kol. zechciało udzielić własnych spostrzeżeń. Dobry początek w tym względzie robi Szan. kol. Sakowicz z Białej Cerkwi. Zaakceptujemy, że z powodu braku miejsca nie możemy załączyć pięknej nadesłanej mapki, której zużytkowanie wszelako sobie zastrzegamy. (*Przyp. Red.*)

Drugi przypadek, który się stał źródłem epidemii wśród ludności żydowskiej, miał miejsce 8-go października (w domu Nr. 2). Kupiec Wiszniowiecki 8-go września przybył z Humania, będąc już chorym na cholere; choroba skonstantowana została przez lekarza komisji zdrowotnej, lecz jakie było zejście, pozostało niewiadomem; gdyż wstąpić do szpitala Wiszniowiecki nie chciał, a lekarz, na drugi dzień, t. j. 9-go września, po przybyciu, Wiszniowieckiego już nie zastał, znalazł natomiast dwóch chorych na cholere—stałych mieszkańców domu. O Wiszniowieckim powiedziano, iż wyjechał, a najprawdopodobniej umrzeć musiał, gdyż żydzi zejścia śmiertelne starali się zachowywać w tajemnicy z obawy wzbronienia pogrzebu według rytuału mojżeszowego wyznania.

Patrzac uważnie na rozwój epidemii w naszym mieście, napewno twierdzić mogę: że do nas cholera w r. 1892 przybyła lądem, pierwszy przypadek przyniesiony był pieszo przez poganiacza wołów Smowa z miasta Taraszczy i stał się źródłem epidemii wśród włościan, 22-go września. Drugi, 8-go października, przywieziony powozem z Humania, skąd kupiec Wiszniowiecki ujęć pragnął przed cholera, i był źródłem epidemii wśród żydostwa.

Środki ochronne. Główną instytucją czynną w walce z cholera była komisja zdrowotna miejscowa stała, składająca się z 36 członków, w ilczbie których było ośmiu lekarzy i 28 mieszkańców różnych stanów i narodowości. Komisja rozporządzała kapitałami składającymi się z zapomogi rządowej i dobrowolnych datków prywatnych.

W rozporządzeniu komisji pozostawało: 1) dwóch lekarzy, 2) dwóch studentów medycyny, 3) czterech felczyków, 4) sześciu strażników ziemskich, 5) szpital choleryczny dla żydów, 6) szpital choleryczny dla chrześcian, utrzymywany kosztem hrabiny Maryi Branickiej, zarządzany przezemnie, 7) kamera dezynfekcyjna oddana do mego rozporządzenia przez miejscowy komitet Czerwonego Krzyża.

Statystyka. Epidemia trwała od 22-go września do 24-go listopada 1892 r.. Wszystkich chorych na cholere wiadomych komisji 164. Mieszkań zakażonych przez cholere 134.

Według wyznań:

Prawosławnych	m. 35 k. 34 = 69
Katolików	m. 6 k. 6 = 12
Mojżeszowego	m. 36 k. 47 = 83
Razem	m. 77 k. 87 = 164

Zmarło razem 53:

Prawosławnych	m. 11 k. 6 = 17
Katolików	m. — k. 3 = 3
Mojżeszowego	m. 15 k. 18 = 33
Razem	m. 26 k. 27 = 53

Chorych pielęgnowano:

	Śmiertelność
W domach prywatnych 96. Umarło 25	27,8%
W szpitalu hr. Branickiej 47. Umarło 10	21,7%
W szpitalu żydowskim 21. Umarło 18	85,7%

Leczenie, zależne było od okresu, w którym chorzy przysyłani byli do szpitala; najczęściej dostarczano mi chorych do szpitala w okresie zamartwiczmy. Prawdziwą korzyść przynosiły chorym: 1) *Enteroclysmata* 43° C. *ex acid. tun.* 8,0, *Spir. vini rect.* 60,0, *Aq. dest.* 1000,0. 2) Ogrzewanie całego ciała, i 3) Wstrzykiwania podskórne *ex Tr. Moschi* 1,0. Co godzina.

Lekarz szpitala Sakowicz.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Wiadomo, jak trudno jest wykryć krew zmienioną i zmieszana (zwłaszcza przez czas dłuższy) z zawartością żółdka i stolcami. Otóż WEBER podał prosty i dość pewny sposób wykrywania krwi takiej. Polega on na połączeniu octowo-eterowego wyciągu ze stolców z próbą gwajakowo-terpentynową. Rozciera się większą ilość stolców z wodą, do której

się dodaje około $\frac{1}{3}$ na objętość kwasu octowego krzepnącego (*glaciale*) i kłóci się z eterem. Z tego kwaśnego wyciągu eterowego odlewa się kilka ctm. sześć. po ołstaniu i dodaje się 10 kropel gwajaku oraz 20 kropel terpentyny. W razie obecności krwi mieszanina staje się błękitno-fioletową; gdy krwi niema, staje się rdzawo brunatną, często z odcieniem zielonawym.

Odczyn występuje wyraźniej, jeśli po dodaniu wody kłóci się ową mieszaninę błękitną z chlo-roformem. Błękitnienie, któremu podlega gwa-jak w obecności terpentyny i krwi, zależy od hematyny. 72 badania stołców wykazały, że składniki roślinne naszych pokarmów, jakoteż mleko, żółć, ślina i ropa nie dają w wyciągu octowo-eterowym z gwajakiem i terpentyną po-dobnej reakcji jak krew.

Autor postawił sobie pytanie, jak się zachowuje barwnik krwi zawarty w pokarmie mięs-nym? Otóż z prób wypadło, że pokarm mięsny dopóty nie dawał odczynu w wyciągu stolco-wym, póki dany osobnik spożywał mięso dobrze wygotowane. Natomiast przy użyciu mięsa na-pół surowego wynik odczynu był dodatni.

Co się tyczy czułości odczynu, to sposób WE-BER'a wykrywa mniejsze nawet ilości krwi, niż analiza widmowa. Spożycie 3 cm. sz. surowej krwi wystarczało do otrzymania w wyciągu ze stołców wyraźnego odczynu.

Próba powyżej opisana daje się równie dobrze zastosować do zawartości żołądka, wymiocin, mo-czu i płwociny. Mocz bada się w sposób nastę-pujący: dodaje się doń kwasu octowego krze-pnącego i kłóci się z kilkoma ctm. sz. eteru; gdyby eter niezbyt szybko się oddzielił, wystar-czy kilka kropel wysoku do osiągnięcia zu-pełnej przezroczystości. W razie obecności bar-wnika krwi eter zabarwia się na czerwono-bru-natno; w razie nieobecności zaś eter pozostaje bezbarwnym.

== Dwa przypadki porodu w trumnie stwierdzone przez ekshumację, opisują BLEISCH i HANKEL. W pierwszym przypadku dziecko było donoszone, w drugim był to płód 32 tygo-dnie mający. W obudwu dzieci leżały pomię-dzy udami matek, a wynicowana i wypadła ma-cica znajdowała się przed narządami płciowymi zewnętrznymi. Trupy dziecięce, sznurki pę-pkowe i łożyska były nieuszkodzone. Matki umieszczono w trumnach nierozwiązane; sztucznych zabiegów, mających na celu rozwiązanie, nie dokonywano. Trupy matek były w stanie znacznie posuniętego gnicia. Brzuch ich był mocno wzdęty, a części kiszek po za wynico-waną macicą mocno napięte. W obu przypad-kach nastąpił niewątpliwie poród w trumnie, a to skutkiem działania gazów z gnicia powsta-łych. Możliwość takiego porodu długi czas była kwestyonowana. Prawdopodobnie oprócz działania gazów wywiera tu wpływ i skurcz po-smiertny macicy, trwający jednak co najwyżej przez godzinę tylko.

Trzeci przypadek opisuje MORITZ; dotyczył on 35-letniej ciężarnej kobiety, która zmarła bez rozwiązania. Dopiero w 35 dni później wydobyto zwłoki i poddano obdukcji sądowej. Znalezione daleko posunięte gnicie i położenie płodu takie same, jak w powyżej opisanych przypadkach. (D. med. Woch. 24—93).

== BIRCH-HIRSCHFELD i SCHMORL pierw-si opisali przypadek, dowodzący możliwości przejścia laseczników gruczliczych z matki na płód. Znaleźli je oni w prze-strzeniach międzykosmkowych, w świetle naczyń kosmkówki i w naczyńiach włosowatych wątroby płodu. Wszelako prawdziwej gruczlicy łożyska nikt dotychczas nie spostrzegł. Dopiero LEH-MANN opisuje tego rodzaju przypadek. Kobieta 26-letnia zmarła w 7-ym, czy 8-ym miesiącu ciąży skutkiem gruczlicy prosówkowej. W 5 minut po śmierci dokonano cięcia cesarskiego i wydobyto płód martwy. Sekcja wykazała u matki gruzelki we wszystkich prawie narzą-dach z wyjątkiem kiszek, otrzewny i macicy; u płodu dwa niewielkie ogniska w szczycie pra-wego płuca. W łożysku znaleziono zarówno na powierzchni zwróconej ku macicy, jak i w głębi samej tkanki okrągłe guziczki, które mia-ły wyraźną drobnowidzową budowę gruzelków i zawierały komórki olbrzymie oraz laseczники swoiste. (Deutsche med. Woch. 93).

== BRODNAR, badając wpływ palenia ty-toniu na ustrój, przekonał się, iż z liczby 98 osobników badanych, u 90 istniało osłabienie nie-kórych narządów zmysłowych (słuchu, smaku i dotykania); 82 miałoło peryodyczne bóle gło-wy, wzrastające lub zmniejszające się odpowie-dnio do ilości zużytego tytoniu; 50 cierpiało na nieprawidłową czynność serca; 89 doznawało zaburzeń trawienia; 52 miałoło zawroty pod-czas chodzenia. Więcej niż połowa pacjentów skarżyła się na osłabienie pamięci, zwłaszcza odnośnie do nazwisk. (D. m. Woch. 24—93).

== Badając bakteryologicznie zapa-lenie migdałów (*Angina tonsill.*), GOLD-SCHIEDER otrzymał wyniki następujące: 7 razy znalazł same tylko paciorkowce, 15 razy same tylko gronkowce, 8 razy mieszaninę obu pasorczytów, 5 razy laseczники błonicowe, wielokrot-nie zaś laseczники rzekomo-błonicowe. Co do wyglądu nalotu w gardzieli, G. nie zauważył róż-nicy między paciorkowcem i gronkowcem zają-ciem gardła; natomiast dostrzegł, że paciorkowcowe przypadki były cięższe i trwały dłużej. Zakażenia mieszane mało się różniły od zaka-żeń czystych. (Z. f. kl. M. T. 22).

== TROISIER opisuje 3 przypadki raka pierwotnego jamy brzusznej, z następczem zwyrodnieniem rakowem gruczołów nadobojczykowych. Autor zwraca na fakt ten szczególną uwagę, zazwyczaj bowiem przy-puszcza się, iż tylko raki narządów klatki piersio-wej wywołują wtórne zmiany w owych gruczo-łach. Najczęściej ulegają sprawie gruczoły po-stronie lewej, a to dzięki swym stosunkom ana-tomicznym do zakończenia przewodu piersiowe-go (*ductus thoracicus*), który również podlegać może zwyrodnieniu rakowemu. (Arch. gen. de med. 93).

— Antyseptyczne materyały opatrunkowe obecnie ustępują coraz bardziej miejsca aseptycznym materyałom. Ma to jednak tę niedogodność, że niepodobna rozróżnić na pewno, czy dany materyał opatrunkowy przebywał rzeczywiście w aparacie wyjaławiającym, czy nie. Dla zapewnienia się w tym względzie HOCHENEGG zastosował żółto-brunatny barwnik, otrzymany przez MAUTHNER'a, a mający tę własność, że

przy ciepłocie 100° C. staje się czerwonym i takim już pozostaje. Skoro materyał opatrunkowy poddanym został wyjałowieniu, natenczas plamy brunatne stają się czerwonymi, zatem omyłka jest niemożliwa. Skład chemiczny owego barwnika jest następujący: *Alum. acet. solut.* (*Pharm. Austr.*) 150,0, *Aqu. fontis* 150,0, *Alizerin en paste* (20%) 5,0. Przed użyciem skłócić. (Prag. m. Woch. 25—93).

Wiadomości bieżące.

— Ukazała się w oddzielnej odbitce ze Zdrowia praca kol. J. POLAKA, p. t. O cholery w roku 1892 w Warszawie w związku z historią epidemii cholerycznych u nas oraz z panującymi teoriami o istocie i szerzeniu się epidemii. W części historycznej tej pracy obszerniej jest opisana pierwsza epidemia w kraju naszym z r. 1831 na zasadzie dokumentów dotąd nie ogłoszonych, jak raporty: Generalnego Sztab-Lekarza wojska polskiego KACZKOWSKIEGO, Generała KRUKOWIECKIEGO i innych. Odnosnie ostatniej epidemii podane są w oddzielnej tablicy wszystkie przypadki cholery (179) spostrzeżane w Warszawie, wraz z szczegółami odnoszącymi się do objawów klinicznych oraz wyników badań bakteryologicznych i anatomicznych.

— Na zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie zapowiedzieli w dalszym ciągu wykłady: WŁ. STANKIEWICZ: 1) Rzadki przypadek mięsaka pęcherza moczowego; 2) O zabliźnianiu się ran pęcherza moczowego wywołanych bronią palną.

SĘDZIAK: Przyczynek do etyologii t. zwan. *tonsillitis follicularis*.

— Towarzystwo oftalmologów niemieckich odbędzie swe doroczne zebranie w Heidelbergu między 6 a 9 Sierpnia r. b..

— Kwestya wykonywania mięsienia przez nielekarzy, jak to po największej części dotychczas miewa miejsce, zaczyna coraz bardziej zwracać na się uwagę i bywa przedmiotem rozpraw w prasie lekarskiej. Przed niedawnym czasem wystąpił przeciwko niepowołanym masażystom energicznie prof. HOFFA z Würzburga (*D. med. Woch.* 6—93), dowodząc, iż mięsienie wykonywać powinien tylko lekarz, innym zaś osobom ma to być przez władze wzbronionem. Zresztą, zdaniem HOFFA'y, nie każdy nawet lekarz posiada odpowiednie w tym kierunku uzdolnienie, gdyż koniecznem jest uprze-

dnie wystudyowanie istoty tego rękoczynu, dostateczna wprawa i umiejętność rozpoznania danego cierpienia, złogów chorobowych w stawach lub mięśniach i t. d.. Dotąd upowszechniony jest jeszcze przesąd, jakoby mięsienie ubliżało godności lekarza. A przecież czynność ta nie powinna być poczytywaną za coś gorszego od elektryzacji, przepłukiwania żołądka lub odbytnicy, nakładania opatrunku chirurgicznego i innych.

Niedawno znowu jedno ze stowarzyszeń lekarskich w Wiedniu wystąpiło z petycją odpowiednią do namiestnictwa Austrii Dolnej, w której dowodzi między innemi co następuje: „Posługacze kąpielowi, akuszerki i rozmaite inne osobistości zapełniają szpalty pism codziennych reklamami o sobie, wprowadzając w błąd publiczność; masują oni zarówno zdrowych, jak chorych, i pogarszają często chorobę lub nawet sprowadzają nową. Należy więc upatrywać w praktyce patentowanych nawet masażystów wprost szkodę i niebezpieczeństwo dla ogółu“.

Urzędowe sprawozdanie fizykatu miejskiego w Wiedniu (za r. 1887—1890) zaznacza również, że „liczne indywidua starają się o pozwolenie wykonywania mięsienia i otrzymują świadectwa, aby w ten sposób mieć możność obcowania z pacyentami i wykonywania niejako praktyki lekarskiej pod pozorem mięsienia“.

Wobec zupełnie analogicznych stosunków, i u nas panujących, poczytujemy za konieczne zwrócić uwagę na powyższe głosy prasy lekarskiej zagranicznej, wyrażając nadzieję, iż koledzy wpływem swym i wskazówkami potrafią choć w części oddziaływać na ogół i wykorzystać coraz bardziej szerzące się zło. Niechaj lekarz tylko koledze powierza wykonywanie mięsienia u danego pacyenta, a wówczas zajmie ono należne sobie, właściwe miejsce w szeregu zabiegów leczniczych.

H. P.

Odpowiedzi od Redakcyi.

D-rowi Jur. w Cz. Botanika przez D-ra ROSTAFIŃSKIEGO prof. Uniw. Jagiellońskiego kurs na klasy niższe i kurs na klasy wyższe, cena kursu 1 rs. 80 k. (w księg. Wendego).

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 23 Іюня 1893 г.

Друк К. Ковалевського. Крѳлевська 29.