

GAZETA LEKARSKA.

Z WARSZAWSKIEJ FARMAKOLOGICZNEJ PRACOWNI PROF. Ł. J. TUMAS'ŃA.

I. O PRZESIEKU DO KISZEK POD WPŁYWEM SOLI PRZECZYSZCZAJĄCYCH.

Przez

Henryka Kucharzewskiego.

Do pytań spornych i ostatecznie jeszcze nie rozwiązanych w farmakologii zaliczyć wypada pytanie o przeczyszczającym działaniu siarczanów obojętnych.

LIEBIG ¹⁾ pierwszy zajął się tem pytaniem. Podług niego działanie siarczanów obojętnych jest to czynność jedynie fizykalna; stężone roztwory soli, dostawszy się do kiszek, powinny odciągnąć ze krwi, uboższej w sole, więcej wody, aniżeli odwrotnie podług praw przesiąkania, wskutek czego ilość wody w kiskach się powiększa i otrzymujemy wypróżnienia wodniste.

Wszystko zależnem jest tu od stężenia roztworu soli; jeżeli odsetek soli w wodzie mniejszym jest aniżeli we krwi, to chłonięcie następuje bardzo szybko i woda wydziela się z moczem, jeżeli jednak stosunek ten jest odwrotnym t. j., odsetek soli w wodzie, która się do kiszek dostaje, większym jest aniżeli we krwi, to chłonięcie znakomicie się zmniejsza, natomiast występuje prąd odwrotny do wnętrza kiszek, t. j. przesiek z naczyń do kiszek. Szkoda jednak, że LIEBIG nie poparł przypuszczenia swego odpowiedniami doświadczeniami.

Przeciwno teorii LIEBIG'a powstałi AUBERT ²⁾, BUCHHEIM ³⁾ i WAGNER.

AUBERT na podstawie swych doświadczeń wyprowadza wniosek, że czyszczące działanie soli nie zależy od stężenia, czy będziemy rozpuszczać daną sól w 6, 72 lub 100 uncjach wody, byle tylko ilość soli była niezmienną i wystarczającą do wywołania przeczyszczenia. Podług niego sole przeczyszczające wzmagają ruchy robaczkowe kiszek, powstaje to jednak nie wskutek przepę-

¹⁾ Untersuchungen über die Mineralquellen zu Soden und Bemerkung über die Wirkung der Salze auf den Organismus. Wiesbaden. 1839.

Über die Ursachen der Säftebewegung im tierischen Organismus. 1848.

²⁾ Experimentelle Untersuchungen über die Frage ob die Mittelsalze auf endosmotischem Wege abführen. [Zeitschrift f. Riatonel. Med. 1852].

³⁾ Beiträge zur Lehre von der Endosmose. [Archiv. f. physiologische Heilkunde. 1853].

nienia kiszek „wodnistemi substancjami“, lecz tylko drogą odruchową, przez działanie soli na nerwy kiszek.

Z pracy AUBERT'a przekonywamy się, że jego słaby stopień stężenia przedstawia się większym niż stopień ztężenia surowicy krwi, brał on np. rozczynty 8%, 10%, 16%, 17%. Wobec tego nie miał on prawa utrzymywać, że stężenie żadnej roli nie odgrywa, ponieważ zażywane przez niego rozczynty soli, zbyt mało różniły się pomiędzy sobą, pod tym względem. Co się zaś tyczy rozczynu 1%, który również płynne wypróżnienie wywołał, to niestety w tym rodzaju mamy tylko jedno doświadczenie, na wynik którego bardzo łatwo przypadkowe okoliczności wpłynąć mogły.

Podług BUCHHEIM'a sole średnie, wskutek zbyt małej zdolności dyfuzyjnej, ulegają wchłanianiu bardzo wolno, poczem dostawszy się do kiszek grubych, gdzie zawartość ma zwykle większą spójność, szybko zostają wydzielane na zewnątrz. Wzmoczone ruchy robaczkowe zależą zapewne od obecności znacznej ilości ciał obcych w dolnej części przewodu pokarmowego, nie potrzeba zatem szukać jakiegoś swoistego wpływu tych soli na nerwy kiszek. Pogląd ten zasługiwał by może na większą wiarę i poparcie, gdyby był oparty na odpowiednich, ścisłych doświadczeniach.

Nie możemy pominąć milczeniem pracy D-ra S. RADZIEJEWSKIEGO ¹⁾ z Berlina, który wykonał na psach długi szereg doświadczeń z rozmaitymi środkami przeczyszczającymi. Na podstawie swej pracy przychodzi on do wniosku, że najsilniejsze środki przeczyszczające, jedynie przez wstrzymanie chłonięcia, wskutek wzmocnienia ruchu robaczkowego jelit i kiszek grubych, wywołują płynne wypróżnienia. Nakoniec powiada on, że wypróżnienie po środkach przeczyszczających jest to zawartość kiszek, a nie przesięk (*Die Entlerungen nach Abführmitteln sind Darminhalt, nicht Transsudat*).

Pozwolimy tu sobie kilka uwag przytoczyć.

Wiemy co autor na końcu swej pracy powiedział; zdanie to stosuje się do wszystkich środków przeczyszczających, gdy tymczasem trzy doświadczenia, na których on właśnie oparł to zdanie, przerobione były tylko z olejkiem krotkowym [2] i z naparem liści senesu, a o solach obojętnych nic nie wspomniał.

W pierwszym szeregu swych doświadczeń RADZIEJEWSKI powiada, że kał, otrzymany po przyjęciu siarczanów czyszczących, różni się od prawidłowego tylko większą ilością wody; szkoda jednak, że autor nie zbadał przyczyny tego powiększenia ilości wody, a może psy, którym dużo soli dawano, piły więcej wody aniżeli psy służące do kontroli; żółci i zaczynów dyjastatycznego i peptonizującego RADZIEJEWSKI nie znalazł.

Otóż na podstawie tych danych zbyt śmiało utrzymuje, że wypróżnienia po środkach przeczyszczających, a zatem i po siarczanach obojętnych, są wprost zawartością kiszek, a nie przesiękiem.

Zupełnie innego są zdania o działaniu soli obojętnych VULPIAN ²⁾, Mo-

¹⁾ Zur physiologischen Wirkung der Abführmittel. [Archiv. f. Anatom. Physiol. u. Wissenschaftliche Med. 1870. II].

²⁾ Gazette Médicale de Paris. 1873.

REAU ¹⁾, COLIN ²⁾, BRIEGER ³⁾. Utrzymują oni, że sole czyszczące działają drażniąco na błonę śluzową jelit, wywołują wskutek tego nieżyt i powiększają przez to wydzielinę gruczołów kiszkiowych.

Do podobnych wniosków doszedł również HAY ⁴⁾ na podstawie swych doświadczeń. HAY, zbijając mniemania AUBERT'a i BUCHHEIM'a, że czyszczące działanie soli obojętnych nie zależy od stężenia roztworu, utrzymuje, że ilość wody, którą krew traci, zależy rzeczywicie od stężenia roztworu, co się zaś dotyczy istoty tego płynu, to podług niego jest to przesiek w połączeniu ze wzmożonym śluzotokiem gruczołów kiszki.

Przeciwko tym twierdzeniom możemy następujące zarzuty postawić. Przede wszystkim doświadczenia te nie odbywały się przy prawidłowych warunkach fizjologicznych. Jeżeli stosujemy wewnątrz choćby nawet stężony roztwór jakiej soli, to ten łącząc się z rozmaitemi płynami w żołądku i kiszki, tem samem zmniejsza już swój stopień stężenia, gdy tymczasem w tych tu doświadczeniach kiszki były puste i przepłukane wodą.

Samo już otwarcie jamy brzusznej, przewiązanie jelit, sam rękoczyn wstrzykiwania roztworów soli może sam przez się wywołać podrażnienie i zapalenie jelit. [Doświadczenia bowiem, o których mowa, były robione podług sposobu MOREAU].

Z drugiej znów strony niektóre cechy zapalenia i niezytu: śluz, złuszczone nabłonek, białe ciała krwi, spotykamy, jeżeli tylko w niezbyt znacznej ilości, i w stanie prawidłowym.

Jeżeli dopuścimy nawet, że wzmożony śluzotok może mieć miejsce, to nie objaśnia nam to jeszcze pochodzenia tak znacznej ilości płynu, jaka się zbiera w kiszkiach po użyciu soli obojętnych.

Mniemaniu powyższych autorów przeczą również doświadczenia THIRY'ego ⁵⁾, który chciał badać sok kiszkiowy po wstrzyknięciu do przetoki stężonego roztworu siarczanu magnezyi. Wyniki tej pracy były nieszczególne, ponieważ soku wydzielalo się bardzo mało.

Z prac nowszych w tym kierunku mamy pracę HENRICHSEN'a ⁶⁾, który opierając się na swych doświadczeniach, mniema, że po użyciu soli przeczyszczających krew ubożeje w wodę, na korzyść zawartości kiszki. Czy jednak ta utrata następuje wprost wskutek przesieku, czy też pośrednio drogą wzmożonej czynności gruczołów błony śluzowej kiszki, pytania tego praca HENRICHSEN'a, jak to słusznie sam autor powiada, rozwiązać nie jest w stanie.

*

*

*

¹⁾ Comptes rendus T. 66. Archiv. Général. de méd. 1870. VI. S.

²⁾ Physiologie Comparée. 1854.

³⁾ Zur physiologischen Wirkung der Abführmittel. [Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmak. 1878. Bd. VIII].

⁴⁾ The action of salina Cathartics. [Journal of Anatomy and Physiolog. 1883. XVI.].

⁵⁾ Sitzungsbericht der Wien. Academ.

⁶⁾ Beitrag zur Kenntniss von der Wirkung der Abführmittel. Inaugural-Dissertation. Kiel. 1884.

Na zasadzie tego, cośmy tu dotychczas powiedzieli, wywnioskować można, że pytanie o przyczynie czyszczącego działania soli obojętnych jest dotychczas jeszcze nie rozwiązane; również nie rozwiązane jest pytanie o przyczynie zbierania się płynu w kiszkiach pod wpływem tychże soli. Wnioski różnych autorów przeczą sobie wzajemnie, a doświadczenia albo nie wytrzymują ścisłej krytyki naukowej, albo nie doprowadzają do żadnych stanowczych wyników.

Wobec tego Szanowny prof. TUMAS zaproponował nam wykonać szereg doświadczeń, któreby przyczynić się mogły do rzucenia pewnego światła na zajmujące nas pytanie.

Do doświadczeń naszych używaliśmy królików, mniej więcej jednakowej wagi, z których jedne służyły nam bezpośrednio do doświadczeń, inne do sprawdzania i porównania — kontrolujące. Tak jedne jak i drugie znajdowały się przez cały czas doświadczeń w jednakowych warunkach. Przez dni kilka przed doświadczeniem króliki podlegały obserwacji, czy nie przedstawiają jakich nieprawidłowych, chorobowych zjawisk, poczem przekonawszy się, że mamy do czynienia ze zdrowymi zwierzętami przystępowaliśmy do doświadczeń.

Użyliśmy tu metody w y k l u c z a j ą c e j. Po kolei usuwaliśmy wszystkie czynniki, mogące wpływać na zebranie się płynu w kiszkiach, chcąc się w ten sposób dowiedzieć, jaką każdy z nich rolę w tym przypadku odgrywa.

Przedewszystkiem zwróciliśmy uwagę na wodę, którą wypija królik. Wszak ona nie może nie wywierać wpływu na zwiększenie się ilości płynu w kiszkiach, przytem jeden królik może wypić więcej wody od drugiego, a nawet jeden i ten sam różne ilości w różnym czasie; wszystkie te okoliczności spowodowałyby brak ścisłości w naszych doświadczeniach i mogłyby nas do mylnych wniosków doprowadzić. Wskutek tego pozbawialiśmy królików naszych na kilka dni wody, chcąc jednak usunąć ujemne skutki tego rodzaju postu, wstrzykiwaliśmy im pod skórę pewną ilość fizjologicznego roztworu soli kuchennej 0,7%. Sposób ten żadnych ujemnych zjawisk nie wywołał.

Zwrócimy się obecnie do innych czynników, mogących wywołać powiększenie ilości płynu w kiszkiach po użyciu soli obojętnych. Wiadomo, że niektórzy autorzy przypisują to powiększenie płynu w kiszkiach wzmożonemu wydzielaniu się żółci i soku trzustkowego. Chcąc stwierdzić to mniemanie przewiązaliśmy przewód trzustkowy i żółciowy wspólny, tamując w ten sposób dostęp żółci i soku trzustkowego do jelit. Wreszcie dla wykluczenia wzmożonego wydzielania się soku gruczołów jelit, atropinizowaliśmy królików naszych.

W ten sposób wykluczaliśmy wszystkie czynniki, któreby w jaki bądź sposób mogły wpływać na powiększenie ilości płynu w kiszkiach, dla dokładnego poznania działania każdego z tych czynników oddzielnie.

Jako środek przeczyszczający używaliśmy 15% roztworu siarczanu sodu czystego. Króliki rozdzielone zostały na dwie grupy: na podlegających doświadczeniu bezpośrednio i kontrolujących.

Pierwszym wprowadzano zgłębnikiem do żołądka roztwór siarczanu sodu, poczem po upływie 7—8 godzin zabijano tak jedne jak i drugie

otwierano jamę brzuszną, zbierano starannie zawartość kiszek i suszono w temperaturze przy temperaturze $60^{\circ}\text{C}.$ — $70^{\circ}\text{C}.$, do zupełnego wysuszenia.

Przedstawiwszy w krótkości plan i sposób naszych badań, przejdziemy do opisu doświadczeń.

I.

Do doświadczenia użyto trzech królików *A*, *B* i *C*, z nich jeden kontrolujący. Królikom przez 4 dni wody nie dawano, tylko owies, za to wstrzykiwano im codziennie pod skórę po 60 grm. roztworu NaCl ¹⁾. Piątego dnia rano dwóm królikom *A* i *C* dano po 60 grm. 15% roztworu siarczanu sodu. Po 7 godzinach królików zabito i otworzono jamę brzuszną, przyczem u królików *A* i *C* zauważono żywe ruchy robaczkowe, a także znaczną ilość płynu w kiskach grubych, gdy tymczasem u królika *B* kontrolującego obraz był wprost przeciwny: ruchy robaczkowe były nadzwyczaj leniwe i płynu w kiskach prawie zupełnie nie było.

Zawartość kiszek królika *A* ważyła 251,2 grm.

"	"	"	<i>B</i>	"	128,0	"
"	"	"	<i>C</i>	"	335,0	"

Po kilku dniach okazało się że:

Zawartość kiszek królika *A* zawierała płynu 86,4 grm.

"	"	"	<i>B</i>	"	7,3	"
"	"	"	<i>C</i>	"	108,0	"

Odejmując od ilości płynu, jaka się znajdowała u królików *A* i *C* po 60 grm. które im wprowadzono do żołądka, otrzymamy że:

Płynu w kiskach królika *A* było 26,4 grm.

"	"	"	<i>B</i>	"	7,3	"
"	"	"	<i>C</i>	"	48,0	"

Zatem u królików *A* i *C* kilka razy więcej, aniżeli u królika *B* kontrolującego.

II.

Do doświadczenia wzięto trzy króliki, jeden z nich kontrolujący. Przez 4 dni wstrzykiwano im po 60 grm. NaCl dziennie. Piątego dnia rano dwóm, *B* i *C* wprowadzono do żołądka zgłębnikiem po 50 grm. 15% Na_2SO_4 . Po upływie siedmiu godzin króliki zabito. Po otwarciu jamy brzusznej zauważono żywe ruchy robaczkowe kiszek i napełnienie kiszek grubych płynem u tych królików, które na przeczyszczenie dostały, u kontrolującego *A* zjawisk tych nie było. Zawartość kiszek starannie zebrano i zważono, przyczem okazało się że:

Zawartość kiszek królika *A* ważyła 127,5 grm.

"	"	"	<i>B</i>	"	211,6	"
"	"	"	<i>C</i>	"	197,1	"

U w a g a. Zawartość żołądka we wszystkich naszych doświadczeniach miała spojność ścisłą i przy badaniu chemicznem wykazywała ślady siarczanu sodu.

¹⁾ Ilość wstrzykiwanego roztworu soli kuchennej ustalano podług ilości wody, jaką królik podczas obserwacji na dobę wypijał.

Po dokładnem wysuszeniu zauważyliśmy że :

Płynu w kiskach królika <i>A</i>	było 25,5	Po odjęciu 50 grm.	25,5 grm.
" " " <i>B</i>	" 135,1	"	85,1 "
" " " <i>C</i>	" 90,8	"	40,8 "

Z tych doświadczeń, jak i z poprzednich, przekonywamy się, że u królików, które na przeczyszczanie dostały, było znacznie więcej płynu w jelitach, aniżeli u kontrolujących.

Na zasadzie tych doświadczeń możemy wyprowadzić wniosek, że użycie do wewnątrz soli przecyszczających wywołuje zbieranie się płynu w kiskach grubych, ale z kąd się ten płyn bierze, z czego on powstaje, jest to pytanie dla nas dotychczas jeszcze nie rozwiązanę.

III.

Ponieważ znajdujący w kiskach płyn może się gromadzić wskutek wzmożonego wydzielania się żółci i soku trzustkowego, przeto postaraliśmy się wykluczyć te czynniki, by się przekonać, jaką one rolę odgrywają.

Użyliśmy do doświadczenia 4 królików *A*, *B*, *C* i *D* mniej więcej jednej wagi. Przez 4 dni króliki wody nie dostawały, za to po 65 grm. NaCl pod skórę. Piątego dnia wszystkim królikom otwarto jamę brzuszną pod chloroformem, przewiązano przewód trzustkowy i żółciowy wspólny aseptycznie, poczem brzuch zaszyto. Zaraz po tym rękoćzynie wprowadzono królikom *A* i *C* po 50 grm. 15% siarczanu sodu do żołądka. Po upływie siedmiu godzin króliki zabito. Otworzywszy jamę brzuszną, zauważyliśmy wzmożone ruchy robaczkowe u królików *A* i *C* i napełnienie kiszek grubych płynem. Zawartość kiszek wszystkich królików starannie zebrano i zważono.

Zawartość kiszek królika <i>A</i>	ważyła 296 grm.
" " " <i>B</i>	" 86,5 "
" " " <i>C</i>	" 187,4 "
" " " <i>D</i>	" 93,5 "

Po wysuszeniu okazało się że :

Płynu w kiskach królika <i>A</i>	było 86,0	Po odrzuceniu 50 grm.	36,0 grm.
" " " <i>B</i>	" 19,4	"	19,4 "
" " " <i>C</i>	" 115,4	"	65,4 "
" " " <i>D</i>	" 18,1	"	18,1 "

Zestawiając ze sobą te liczby, widzimy, że u królików *A* i *C*, którym Na_2SO_4 dawano, było jak i w poprzednich doświadczeniach kilka razy więcej płynu, aniżeli u kontrolujących.

[D. n.].

II. PRZYCZYNEK DO CHIRURGII ŻOŁĄDKA.

Podał

Władysław Matlakowski.

Gdy się bierze pod uwagę chirurgię żołądka, nasuwa się zaraz tyle rozmaitych i pierwszorzędnej doniosłości kwestyj, że przy pobieżnym choćby ich rozbiorze, artykuł zamieniłby się łatwo mógł na monografię; dlatego też z konieczności pomijam tu kwestyję rozpoznawania raka żołądka i znaczenia chemicznego badania w tym względzie, techniczną stronę operacji, jak cięcie w ścianie brzusznej, rodzaj szwu, zastosowanie lub nie zaciskadeł i t. p.. Nie mogę jednak ogłosić swojej, acz szczupłej, kazuistyki bez pewnych uwag, które mają na celu rzucić światło na ten odłam chirurgii, bez którego czytelnikowi operacje powyższe wydać się mogą popisem, sportem, lub karygodnem usiłowaniem.

Jaką przyszłość i znaczenie może mieć wycięcie odźwiernika przy raku? Gdy się wymawia wyraz rak, w oczach nie tylko publiczności, lecz ogromnej większości lekarzy mówi się o chorobie nieuleczalnej. Pomijając pierwszą, czyż drugich o tem nie przekonywa, u nas zwłaszcza, smutna statystyka operowanych codziennie w szpitalach na raka wargi, na raka sutki i t. p.. Gdzie kto widział uleczonego na tyle setek operowanych? Przeciwnie głęboko, bo przez całe wieki ubiegłe wkorzenionemu przekonaniu walczyć trzeba z całym fanatyzmem. My osobiście wystawić sobie nie możemy, iżby rak od pierwszej chwili ukazania się swojego, od czasu gdy bujanie nabłonkowe, głębiej zapuszczając się w tkanki, odmiennie przedstawia się od *acini* gruczolów, miał być nieuleczalnym, a chory nań straconym. Rak jest pewien, najczęściej długi czas, czysto miejscową chorobą i zanim się stanie ogólną, jest uleczalnym. Oslawiona dziedziczność raka w klinice maleje do tak nieznacznego procentu, że dziwić się jeszcze wypada, dlaczego w teoretycznych wywodach odgrywa tak nieproporcjonalną rolę *). Mnóstwo chorób na równi z rakiem uważanych było za nieuleczalne aż do ostatnich czasów, że wspomnę tu tylko gruźlicę, promienicę, przepukliny, tak, że dopiero trzeba było całego wysiłku pierwszorzędnych badaczy, aby przekonać, że choroby te są wyleczalne. Co do raka, to bałamutne i bezkrytycznie pisane dzieła, aż dotychczas starają się ugruntować to przekonanie o jego nieuleczalności, odwołując lekarzy i chorych od operacji, jako niewiodącego do celu, a niebezpiecznego środka. Najsumienniejsze prace chirurgów, poparte zmudną statystyką, zadają codziennie kłam temu przekonaniu, lecz nie znajdują one u masy lekarzy posłuchu i wiary. Na ogromnych, setki przypadków obejmujących zestawieniach z kliniki BILLROTH'a — WINIWARTER, z kliniki ESMARCH'a — OLDEKOP, z kliniki FI-

*) Dowcipnie o dziedziczności chorób wyraża się VIRCHOW; przypomina, że niedawno wierzono w dziedziczność świerzb, parchu, trądu; kończy: „Und soll ich noch an die Lehre von der Erblichkeit der Schweindsucht erinnern, die statistisch so fest begründet erschien, und deren Anhänger durch die Erkennung des Tuberkel-Bacillus in die schmerzste Verlegenheit gebracht sind?“ Ueber Transformismus Archiv f. Anthropologie. T. XVIII. str. 7.

SCHER'a—HENRY, z kliniki VOLKMANN'a—SPRENGEL, z kliniki CZERNY'ego—SCHMIDT **), dowiedli, że po operacyi raka sutki jest około 15—18% uleczonych. Dopóki operacyja raka sutki była szablonowem „wycinaniem“ guza z pozostawieniem reszty gruczołu mlecznego gwoili szybkiego i efektownego zagojenia rany — dopóty była ona bezskuteczną; dziś, gdy działamy świadomie, usuwamy nie tylko bezwarunkowo cały organ, lecz i daleko sąsiednią skórę i powięź *resp.* mięśnie, dalej bezwarunkowo zawsze wycinamy wszystką tkankę łączną z gruczołami i naczyniami chłonnymi z pod pachy, dziś spotykamy nareszcie wyzdrowienia zupełne. Jeszcze wyższy procent uleczeń daje wycięcie macicy. Mało to jest, ale lekarz nie może być innego zdania od ASTLEY COOPER'a, który powiedział: „że nawet ten, kto uratował jednego jedyne go człowieka przeznaczonego na śmierć niechybną, dobrze przysłużył się ludzkości“.

Skoro zaś raz przejmujemy się zasadą, że chory z rakiem możliwy jest do uleczenia, nawet najstraszniejsze operacyje są usprawiedliwione. Dzisiaj względ, wypływający z trudności technicznych przy usuwaniu odźwiernika lub części żołądka rakiem dotkniętego nie istnieje. Wysiłki BILLROTH'a, RYDYGIERA, WOELFLER'a, CZERNY'ego i innych utorowały drogę, ustaliły metody i wywalczyły prawo obywatelstwa nowym operacyjom jako technicznie możliwym i wykonalnym; tę przeto stronę kwestyi pomijamy.

Chcąc jednak wszczepić w lekarzy możliwość i pożyteczność operacyi, o której rzecz idzie, niepodobna przemilczeć faktu, że śmiertelność po niej jest jeszcze kolosalną, a wyniki dalekie od zadawalających, dziś zwłaszcza, kiedy masa lekarzy przyzwyczaiła się do świetnych wyników owaryjotomii, która stała się miarodajną w chirurgii brzusznej. Trzeba jednak uznać, że w takich wybijających się dopiero i doskonalących operacyjach, jak wycięcie odźwiernika lub gastroenterostomija, zupełnie inna jest skala do mierzenia; chociaż z moich chorych żaden nie wyzdrowiał, mimo to nie mogę wyniku osiągniętego przez się nazwać absolutnie złym; jedna chora [sp. I] żyła po wycięciu odźwiernika blisko dwa miesiące po operacyi i zmarła zupełnie na inną chorobę [na gruźlicę płuc]; ktokolwiek widział jej stan po operacyi, tę euforyję, ustanie wymiotów i bólesci, przebieg idealny do czasu wystąpienia zapalenia płuc, ten na zawsze pozostanie zwolennikiem operacyi, która tyle dokonać może. Druga chora [sp. VI], u której wycięcie rakowatego odźwiernika okazało się niewykonalnem, żyła po gastroenterostomii około miesiąca; od pierwszego dnia zaraz po operacyi ustały bóle i wymioty, a chora miała tylko słowa wdzięczności; śmierć nastąpiła skutkiem rozwolnienia, zależnego od wadliwego chemizmu i mechanizmu trawienia, o czem niżej rzecz będzie na właściwem miejscu. Trzech chorych, u których, dokonałem laparotomii próbnej, zmarło w pewien nawet znaczny [bo np. 3 miesiące] czas po operacyi, która bez względu na smutny stan chorych nie przyczyniła się wcale do tego fatalnego zejścia, a subiektywnie — przyniosła im wyraźną, trudną do wytłómaczenia, ale niezaprzeczoną ulgę, za którą oni dziękowali i czas pewien żyli z nadzieją oswobodzenia się od zła straszne go. Wreszcie w dwóch przypadkach [sposprzeżenie II i sposprzeże-

**) Beiträge zur klin. Chirurgie. 1888, str. 40. T. IV.

nie IX] operacja niewątpliwie skróciła dni chorych, lecz śmierć nastąpiła z upadku sił, których obliczyć, przy całej pilności i doświadczeniu klinicznem, nie udało nam się; zawsze jednak powiedzieć możemy, iż nie z zapalenia otrzewnej. Przypuśćmy jednak na chwilę, że dwie przedsięwzięte operacje wycięcia rakowatego odźwiernika zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem, jak to się udało BILLROTH'owi, RYDYGIEROWI i innym, uderzyć każdego musi fakt, że na tyle raków żołądka leczonych w szpitalu Dzieciątka Jezus i na mieście, tylko dwa okazało się nadających do operacji; że w trzech przypadkach zakwalifikowanych do operacji, a zatem wybranych, pomoc chirurgiczna wydała się niemożliwą; jest to smutna okoliczność, która bardzo znacznie ogranicza znaczenie zabiegu. Pewna tylko i to mniejsza część chorych z rakiem żołądka nadaje się do operacji, a jeszcze i w tej liczbie, jak dziś przynajmniej stoi sprawa rozpoznawania, dopiero po otwarciu brzucha przeświadczamy się ostatecznie czy zabieg jest wykonalny.

Dalej przypuśćmy, że operacja jest wykonalną, chory po niej wyzdrowiał, wtedy zaczynają się nowe obawy i wątpliwości: czy nowy żołądek okaże się sprawnym pod względem mechanicznym i chemicznym. Wtedy wychodzi na pierwszy plan palące pytanie, zaciekawiające dziś zarówno chirurga, jak internistę i fizjologa oraz anatoma, czy wróćą chemiczne czynności żołądka, kwas solny i t. p.. Oto niedawno prof. OBALIŃSKI ogłosił niezmiernie ciekawy przypadek wycięcia odźwiernika *), gdzie chora wyzdrowiała po operacji, ale gdzie klasycznie przeprowadzone badania co do powrotu mechanizmu i chemizmu przez JAWORSKIEGO, okazały smutny fakt, że wydalenie okazało się upośledzonem, pokarmy pozostając w żołądku ulegały gniciu, czasami do niego wlewała się żółć, pozostało stałe rozszerzenie wskutek gromadzenia się pokarmów, nie okazał się nawet ślad kwasu solnego i t. d..

Wreszcie przypuśćmy, że zarówno chemizm jak i mechanizm nie pozostawiają nic do życzenia, wtedy rodzi się ostatnia i najstraszniejsza wątpliwość, ażali cały nasz trud i zachód nie jest na nic z powodu, że już podczas operacji chory miał wtórne ogniska raka w otrzewnej, wątrobie, lub gruczołach, których istnienia nawet otwarcie jamy brzusznej wykazać nie mogło?

Tak stoi sprawa z operacją raka żołądka. Sam zabieg jest morderczy; liczba przypadków, w których się nadaje, ograniczona; powrót sprawności mechanicznej i chemicznej wątpliwy, a recydywa bardzo możebna. A jednak mimo to wszystko operacja ta nie zejdzie już z porządku dziennego i doskonalc się technicznie, zdobywać sobie będzie coraz więcej zwolenników, wykonawców i nieszczęśliwych chorych szukających ratunku. I wyniki osiągnięte coraz lepsze, pod warunkiem, że lekarze wewnątrzni, przejęci ważnością sprawy, goręcej się do niej wezmą i wcześniej chorego razem z chirurgiem, który tu ma głos pierwszorzędny, zbadają wspólnie. Dzisiaj istnieje błędne koło, zwłaszcza u nas, tak jak co do wielu innych operacyj. Lekarze narzekają, że osiągamy złe wyniki, i dlatego nie nakłaniają chorych, aż ci się sami zgłoszą; ale jakżeż te wyniki mogą być lepsze, gdy operujemy na chorych bez tętna, bez głosu. Zresztą owo po-

*) Nowiny Lekarskie. Nr. 1. str. 9.

woływanie się na złe wyniki, lub na recydywę przy raku całej sprawy nie rozstrzyga. Dlaczegoż widzimy przynoszonych do szpitala chorych konających ze zwężeniem bliznowatym odźwiernika, których lekarze leczyli i co do natury zwężenia nie mogli mieć żadnej wątpliwości?

Taki stan zaniedbania chorych, którzy mają prawo do wszelkiej możliwej pomocy ze strony lekarzy, ustać powinien przy bliższem obznajmieniu się i większem zainteresowaniu się lekarzy wewnętrznych z chirurgicznym leczeniem chorób żołądka. Bez tego postęp medycyny praktycznej w kraju jest niemożliwy. Zaiste wnosząc z przypadków raka macicy i t. p. przysyłanych do operacji, niepodobna nie zadziwić się, jak niewystarczają są wiadomości o wielu pierwszorzędnych kwestyjach chirurgicznych, o granicach między możliwem i niemożliwem.

W niniejszej pracy zdajemy sprawę z dwóch przypadków wycięcia odźwiernika, z dwóch enterostomij, z trzech laparotomij próbnych, oraz z dwóch gastrostomij, t. j. z całego materiału, jaki w ciągu 5 lat zdarzył się nam zarówno w szpitalu, jak i w praktyce prywatnej.

Co do dwu podanych gastrostomij, to w drugim przypadku, pomimo nalegań chorej i rodziny, operacyi nie powinienem był robić przez wzgląd na krańcowe wyniszczenie i osłabienie chorej, co zaś do pierwszej, która zmarła z zapalenia opłucnej, to ciekawym jest zbieg dwóch cierpień: bliznowatego zwężenia przełyku i raka pęcherzyka żółciowego. Wogóle rzec można, iż przy tych operacyjach, zapalenie płuc i opłucnej, jako ciężkie powikłanie, odgrywa pierwszorzędną rolę i być może, iż na równi obawiać się go można z zapaleniem otrzewnej; z pomiędzy moich chorych zmarło dwie z tego powikłania; w literaturze znajduję wzmiankę o śmierci z tejże przyczyny w przypadkach HAUSMANN'a — SCHEDE'go (*Ctblatt f. Chir.* 1887, str. 221), LAUENSTEIN'a (*ibidem*). W przypadku RYDYGIERA [Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowej], chora Neuman również o mało nie zmarła z zapalenia płuc.

I-o DWA PRZYPADKI WYCIECIA ODŹWIERNIKA.

Spostrzeżenie I. *Carcinoma pylori et proximae partis ventriculi; resectio pylori et partis ventriculi.*

Sobolewska Anna, żona wojskowego, z Łazienek, 45 lat, przysłana do mnie przez kol. GAJKIEWICZA z rozpoznaniem raka odźwiernika, wstąpiła do oddziału d. 18. II. 1888 r.. Zawsze cieszyła się dobrym zdrowiem, powiła pięcioro dzieci pomyślnie; miesięczkę ostatnią odbyła przed tygodniem. Początek obecnego cierpienia zauważyła przed 4 miesiącami; a mianowicie zaczęły pojawiać się bóle w dołku szczególniej w jakiś czas po jedzeniu; trwały one zazwyczaj 1—2 godzin, poczem ustawały. Powoli do tych boleści przyłączyły się i inne objawy żołądkowe, jak odbijanie zgaga, palenie wzdłuż przełyku, bekanie, wymioty: te ostatnie nigdy nie były krwawymi. Jednocześnie wystąpiło coraz uporczywsze zaparcie stolca, zmniejszenie łaknienia, chudnięcie i coraz większe osłabienie oraz drażliwość.

Status praesens. Średniego wzrostu, dobrej budowy, wagi 105½ *fl.* Odżywianie jeszcze niezłe, chora chodzi z łatwością i zajmuje się swoim gospodarstwem. Skóra biała z żółtawym odcieniem. Na kilka centymetrów nad pępkiem wyczuwa się guz, mający 7—8 ctm. długości, 6—7 szerokości, owalny, bardzo twardy, nierówny, przy nacisku bolesny i bardzo ruchomy, dający się przesunąć

zarówno w lewe jak i w prawe podżebrze, najmniej przesuwalny ku dołowi. Przy napełnieniu żołądka gazami brzuch rozdyma się do ogromnych rozmiarów i wtedy żołądek zajmuje prawie cały brzuch, sięga do *lig. Poup. sin.* do spojenia łonowego, guz zaś przesuwa się w prawą połowę brzucha. Inne narządy zdrowe [serce, płuca i nerki]; wątroby nie wyczuwa się.

Przygotowania polegały na płukaniu żołądka, przy których ten ostatni uwolniony od nadmiernej ilości zawartości odzyskał swoją kurczliwość, zmniejszył się; w przeddzień operacji kol. CIECHOMSKI wypłukał go roztworem kwasu salicylowego, poczem przyszło nadzwyczajne zmęczenie i osłabienie chorej, bardzo źle znoszącej tę procedurę; w dzień operacji wypłukano żołądek roztworem dwuwęglanu sodu.

Dnia 24. II. wobec liczного grona kolegów i przy pomocy kol. ORŁOWSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO, JASIŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, SAWICKIEGO, przystąpiłem do operacji. Uśpienie chloroformem bardzo spokojne, cięcie w smudze białej; oblamowanie brzegów cięcia otrzewną ścienną przyszytą do skóry; wydobyć ogromnego guza na zewnątrz wraz z *colon transversum*, która okazuje się przyciągniętą do *curvatura major* przez skurczone i zawierające wzdłuż krzywizny dużej kilka guzików rakowych w sieci dużej zresztą nie ma zrostów ani z wątrobą, ani z trzustką; ruchomość pierwszej części dwunastnicy nie duża [np. w porównaniu z drugim moim przypadkiem], to też manipulowanie z tej strony trudne; oddzielenie części dotkniętej rakiem tak wzdłuż krzywizny dużej, jak i małej; podłożenie płatu z gazy jodoformowej pod oddzielony guz. Przecięcie żołądka od strony krzywizny małej na tyle, żeby pozostała nie przecięta część równała się światłu dwunastnicy; żołądek tak wybornie opróżniony, że nic z niego nie wypływa; zaraz szew zwązający i to najprzód kuśnierski na błonę śluzową, potem węzełkowy na *muscularis* i *serosa*; teraz odcięcie guza i od żołądka i od dwunastnicy; poczem zeszyć tych trzew w sposób opisany u RYDYGIERA, co mnie uwalnia od bliższego opisu. Po oczyszczeniu pola operacyjnego jamę brzuszną zamknąć. Operacja trwała 3½ godzin.

Chora po operacji wkrótce otrzeźwiała, tętno 104, nie ma wymiotów, czkawki, lub odbijania, ból nieznaczny; drugiego dnia tak dalece czuje się dobrze, że śmieje się, żałuje iż dawniej nie poddała się operacji. herbata jej „aż pachnie“, nie doznaje żadnych boleści; ciepłota prawidłowa, tętno 102; żadnych niepomysłnych objawów nie ma; następnego dnia zanotowano w karcie, tętno 90; wygląd wyborny, wargi różowe, łaknienie, sen dobry. 4-go dnia dostała pierwszy raz pokarm przez żołądek, a mianowicie mleka z herbatą; chora potem nie miała ani boleści, ani wymiotów, lub odbijania; tegoż dnia nastąpiło pierwsze wypróżnienie z wiatrami, najprawdopodobniej wywołane przez ławatywy odżywcze.

W ten sposób cieszyliśmy się już niepłonną, zdawało się, nadzieją ocalenia chorej, gdy w nocy z 4-go dnia na piąty dzień po operacji. chora dostała silnej kolki w boku, ciepłota podniosła się, tętno skoczyło z 90—120, a oddech do 40; sprawa wkrótce wyjaśniła się jako *pneumonia dextra* z zajęciem części dolnego zrazu i z męczącym kaszlem. Z długiego przebiegu podczas pobytu w szpitalu wyjmuję tylko ten szczegół, że w jakiś czas chora w nocy, najczęściej nad ranem po napadzie męczącego kaszlu, zaczęła miewać wymioty; szesnastego dnia rozdarłszy bliźnię w brzuchu, wypuściłem dużo ropy gęstej, białą żółtawej, bez zapachu i bez gazów. Obecność tego ropnia, prócz pewnego wypuklenia, ograniczonego do okolicy cięcia [*resp.* utworzonego odźwiernika], nie zdradzała się żadnymi przypadłościami [jak bóle, wymioty, czkawka], ani wzdęciem brzucha, który pozostawał ciągle miękkim i zapadłym. Ponieważ w wydzielinie nie pokazały się ani później ani po otworzeniu ropnia gazy lub zawartość żołądka, przeto wnosiłem, że szwy na ścianie żołądka nie puściły. Zwolna jama ropnia

zmniejszyła się i w kilka tygodni nastąpiło zagojenie się zupełnie. Epizod ten nie wpłynął wcale na bieg ważniejszego cierpienia, a mianowicie zapalenia płuc, które przy umiarkowanej, zmiennej cieplocie trwało wciąż dalej; w pewien czas wystąpiło zajęcie lewego płuca [stępienie, *bronchophonia*, *respiratio bronchialis*, odpluwanie ropiastej płwociny].

Chora wyszła ze szpitala d. 27. III, z d r o w ą c o d o s t a n u ż o ł ą d k a, lecz z ogniskami gruźliczemi w obu płucach, z których jedno zdawały się przechodzić w rezolucję, gdy natomiast występowały inne, które wreszcie przy ogromnem wychudnięciu spowodowały śmierć w 50 dni po operacyi; sekcyja nie mogła być dokonana.

Oto przebieg ciepłoty:

	24 Luty	25	26	27	28	29	1 Marca	2	3	4
ranna	—	37	37	37. ⁰	37. ⁶	37. ⁵	38. ²	38. ⁸	38. ⁵	38
wieczorna	37	37. ²	37. ¹	37. ²	37. ⁸	38. ⁵	38. ³	38. ⁵	38. ⁹	38. ³
tętno	104	—	—	90	112	130	120	120	120	116

	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ranna	38	38. ³	38	38	38	38. ⁰	37. ⁹	37. ²	37. ⁵	39
wieczorna	38	38	38. ¹	37. ⁹	38. ²	39. ²	37. ⁴	38. ⁶	38. ⁴	38. ⁸
tętno	108	112	105	120	110	<i>incisio</i>	—	118	102	112

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
ranna	37. ⁶	37. ⁸	38. ²	37. ⁹	37. ²	37. ³	37. ³	37. ⁵	37	37. ⁸
wieczorna	37. ¹	37. ⁰	37. ⁵	38. ⁸	38. ²	37. ⁵	37. ²	38	38. ⁴	38. ³
tętno	100	100	96	100	96	100	100	100	96	

B a d a n i e c z ę ś c i w y c i ę t e j. Wycięty odcinek żołądka, obejmujący całą część odźwiernikową, oraz przyległe części, ma kształt nieprawidłowego lejka, którego obwód od strony żołądka wynosi 26 ctm.; długość lejka przy krzywiznie większej 11 ctm.. Granica raka od strony dwunastnicy wyraźna, jakby odcięta, od strony żołądka niewyraźna i tu w kształcie nacieczenia rak rozszerza się niejednostajnie w przedniej i w tylnej ścianie. Światło odźwiernika tak zwężone, że od strony dwunastnicy przepuszczają zaledwie cewnik metalowy; powierzchnia nowotworu nierówna, z głębokimi dołami, powstałemi przez rozpad i owrzodzenia. Powierzchnia surowicza guza pomarszczona, biaława, bliznowata, skutkiem sprawy zapalnej i kureczenia się nowowytworzonej tkanki bliznowatej. Przy krzywiznie dużej kilka gruczołów; jeden z nich wielkości laskowego orzecha.

Przy badaniu drobnowidzowem, dokonaniem przez Dziekana BRODOWSKIEGO, guz okazał się najczęstszą postacią raka żołądka (*carcinoma medullare*).

Spostrzeżenie II. *Carcinoma pylori cingens; dilatatio ventriculi; resectio pylori.*

Roguska Maryjanna, wdowa po kupcu, 46 lat licząca, przybyła do mojego oddziału, skierowana przez jednego z kolegów, który przypuszczał niedrożność kanału jelitowego; o ile z podawanych środków wnosić można i poprzedni lekarze, którzy, kierując się uporczywem zatwardzeniem, dawali środki przeczyszczające, również nie zdawali sobie sprawy z natury cierpienia, które nie zdradzając się klasycznymi objawami, w błąd wprowadzić mogło. Podaję te szczegóły, nie dlatego, żebym ujmę czynił biegłości dyagnostycznej kolegów, lecz dla wykazania, jak niezwykle obraz cierpienia jest w stanie odwrócić uwagę lekarza od istotnej natury i siedliska choroby.

Chora opowiada, że zawsze cieszyła się mocnem zdrowiem, odbyła kilka pomyślnych porodów i dopiero mniej więcej przed 4 laty zaczęło dolegać jej

częste i uporczywe zaparcie stolca, a nadto zauważyła, iż po każdym mocniejszym wzruszeniu zjawiał się ból w dołku, ściskanie i odbijanie; objawy te z czasem wzmogły się, nigdy jednak nie miała wymiotów wogóle, ani krwawych w szczególności. Zaparcie stolca bywało tak silne, że chora nie miewiała wypróżnień po dwa tygodnie; jednocześnie zaczęła stale chudnąć. Mimo to stan jej był jeszcze wcale znośny, zajmowała się i pracowała, aż dopiero przed 4 tygodniami nastąpiło bardzo znaczne pogorszenie i osłabienie. Na dzień przed przybyciem do szpitala miała wymioty po raz pierwszy, co w połączeniu z ogromnym brzuchem i zaparciem stolca od 2 tygodni, dało uludny obraz niedrożności kiszek.

Status praesens. Średniego wzrostu, niezmiernie wycieńczona, wagi 91 funtów, bez obrzęku nóg, z tętnem 96 bardzo słabem; duchowy nastrój mimo to dobry, pewna rzeźwość umysłu. Brzuch ogromny, przyczem tej postaci, że ostatnie żebra wgięte wewnątrz, podżebrze lewe i podbrzusze zapadłe, słowem na wysokości podżebrza objętość brzucha najmniejsza, natomiast poniżej tej linii brzuch kulisto rozdęty [np. jak to bywa przy torbielach jajnika]. Brzuch jest wszędzie jednostajnie miękki, rozdęty, ściany nie napięte, przyczem odrazu uderza ta okoliczność, że prawie cały brzuch daje jednako wy, wyraźny ton bębniasty, a jednocześnie wyczuwa się chęłbotanie w połączeniu z pluskaniem, co odrazu świadczyło, że mamy płyn w dużej jamie z gazami, że zatem to nie mogą być rozdęte pętlíce kiszek, tylko nadmiernie rozszerzony żołądek, zajmujący literalnie całą jamę brzuszną od przodu, z wyjątkiem okolicy nad *spina ant. sup. dextra*. Wtedy starannie macając znalazłem guz twardy, leżący w prawej połowie brzucha na prawo od *l. mammae dextra*, poniżej od linii poziomej przez pępek poprowadzonej, zresztą z powodu rozdęcia brzucha bliżej charakteru guza określić nie można było. Przedsięwzięte natychmiast opróżnienie żołądka za pomocą zgłębnika wykazało, że w jamie jego znajduje się trudna do uwierzenia ilość masy brunatno-brudno-szarej, w której wyróżniały się kawałeczki zielonej marchwi, zjedzonej przed 4-ma tygodniami. Dnia 11, 12, 13, 14. V. powtarzano płukanie, trwające po pół godziny i jeszcze wydobywano wciąż ową masę i marchew. To oczyszczenie żołądka miało na stan podmiotowy choroby najlepszy wpływ; wstąpiła w nią otucha i zaufanie do nas, znikły bóle i ściskanie, powrócił doskonały sen, lecz jednocześnie chora bardzo osłabła, co uwidatniło się szczególnie w tętnie. Nie pomogły nic odżywiające lawatywy, które wkrótce zaczęły wywoływać ciągłą chęć na stolec.

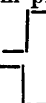
Badanie chemiczne, uskutecznione łaskawie przez kol. PUŁAWSKIEGO, wykazało zupełny brak kwasu solnego. Po takim opróżnieniu żołądka brzuch zmienił się zupełnie; teraz można było wymacać najdoskonalej guz, wielkości jabłka, twardy, nierówny, jasno odgraniczony i nadzwyczajnie ruchomy, gdyż dał się przesunąć poniżej pępka, prawie do wyrostka mieczykowatego, na prawo od *l. mam. dext.* lub w lewe podżebrze, stale zaś pozostawał ponad pępkiem nieco z prawej strony od smugi. Upewniwszy się, że mamy do czynienia z rakiem odźwiernika, nader ruchomym, ściśle odgraniczonym, sprawiającym prawie zupełne zamknięcie odźwiernika, z ogromnem rozszerzeniem żołądka, przy małej wątrobie, nie powiększonych gruczołach zaotrzewnych i zdrowych innych narządach [serce, płuca, nerki], postanowiłem bezzwłocznie operować, na co chora się zgodziła. Jedyne przeciwwskazanie stanowiło krążcowe osłabienie chorej; wieczorem na dwa dni przed operacją nie można było np. wyczuć tętna t. promieniowej. W przeddzień operacji chora dostała kilka proszków rezorcyny, nazajutrz przy płukaniu żołądka wydobywana zawartość posiadała nadzwyczaj odrażającą woń, której przedtem nigdy nie miała, dlatego też musiał kol. CIECHOŃSKI kilkanaście razy przepłukać żołądek wodą, potem roztworem tymolu, wreszcie 2% rozczytnem dwuwęglanu sodu i jeszcze wylatywały kawałeczki

marchwi. Kol. DUNIN, który łaskaw był kilkakrotnie badać chorą, zwrócił uwagę na tę okoliczność, że nie udawało się przez miętoszenie brzucha, nacieranie, wywołać kurczenia się żołądka, co świadczyło również o głębokiem osłabieniu jego muskulatury.

Dnia 15 Maja 1888 r. w obecności kol. ORŁOWSKIEGO, OBRĘBSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, GULIŃSKIEGO, SAWICKIEGO, BORSUKA, KRÓLIKOWSKIEGO, RAFAŁOWICZA, GARBOWSKIEGO i wielu innych dokonałem operacji, która trwała $2\frac{1}{2}$ godzin [od $11\frac{1}{4}$ —2]. Cięcie w smudze. Po wprowadzeniu ręki do jamy otrzewnej okazuje się, że guz twardy, ściśle ograniczony do odźwiernika, wielkości jabłka, nie zrosły ani z trzustką, ani z poprzecznicą, ani ze ścianką brzuszną, daje się z łatwością wydobyć na zewnątrz, tak, że cała operacja odbywa się na zewnątrz jamy brzusznej. Żołądek skurczony; sieć duża wążka, skurczona skutkiem kilku guzków raka wielkości ziarna jęczmienia, do wielkości fasoli, wzdłuż krzywizny dużej. Kilka jeszcze mniejszych gruczołków przy krzywiznie małej. Oddzielenie części zajętej przez raka od *colon transversum*, wiążąc jak najdalej od kiszek, ale zajmując i część sieci dużej z gruczołkami. Tu skutkiem skurczenia sieci, podwiązki wypadło nakładać w odległości $2-1\frac{1}{2}$ ctm. od poprzecznicy. Oddzielenie sieci małej, tak że przy guzie została jej część z guziczkami. Podłożenie pod guz paska gazy jodoformowej. Przecięcie żołądka, począwszy od krzywizny małej na tyle, żeby pozostała nie przecięta część przy krzywiznie dużej dała później światło równe światłu dwunastnicy. Po przecięciu żołądek okazał się tak doskonale wymytym, że ani kropli zawartości lub śluzu nie wysączyło się. Zaraz szew zwężający i to 1) szew kuśnierski, na samą błonę śluzową, 2) szew LEMBERT'a. Ukończywszy tę nudną robotę—przeciąłem od reszty żołądek [odstąpiwszy na $2-3$ ctm., od granicy raka], po czem odwinąłem na prawo guz wraz z dwunastnicą i nie odcinając guza od strony tej ostatniej, zaraz nałożyłem szew węzełkowy zajmujący *serosam* i *muscularis* tylnej ściany żołądka, z *serosa* tylnej ściany nieprzeciętej dwunastnicy w linii odległej na 1 ctm. od granicy guza. Dopiero tak zczepiwszy żołądek z dwunastnicą, odciąłem nożycami guz od tej ostatniej; potem zaraz kuśnierski szew błony śluzowej tylnej ściany żołądka z błoną śluzową tylnej ściany dwunastnicy, poczem tą samą nitką za radą RYDYGIERA dokończyłem zeszytania błony śluzowej żołądka, z błoną śluzową dwunastnicy od przodu. Wypadło rozpuścić kilka szwów szwu zwężającego żołądka (*Verengerungsnaht*), gdyż otwór żołądka okazał się za małym przy dopasowaniu do światła dwunastnicy. Wtedy pierwszy rząd szwu węzełkowego LEMBERT'a na przednią ścianę żołądka i dwunastnicy, Wreszcie trzeci rząd szwów węzełkowych CZERNEGO zarówno na cały szew zwężający żołądka i od przodu na szew zamykający (*Occlusionsnaht*). Wtedy wydobyłem poprzecznicę z jamy otrzewnej i najstaranniej ją obejrzałem; pomimo że oddzielono ją od od sieci dużej bardzo blisko przyczepu, jednak przez ciąg 2 godzin [podczas operacji] nie widać było w niej żadnych objawów, mogących zwiastować zgorzel, przeto zaniechałem jej wycięcia i wpuszcilem ją do jamy otrzewnej. Toaleta. Szew rany brzusznej. Chora wcale nie wymiotowała, obudziła się łatwo, zupełnie przytomną. Tętno zaledwie wyczuć można; uderzeń serca 90. Wieczorem silne bóle. Pragnienie. [Ławatywy odżywcze]. Śmierć bez żadnych poprzedzających objawów groźnych w 16 godzin po operacji. Obawa czy nie z krwotoku.

W 29 godzin po śmierci badanie zwłok, dokonane przez D-ra PRZEWOSKIEGO nie wykazało ani śladu krwi, lub wysięku. Miejsce zeszyte leży poniżej brzegu wątroby, która przykrywa w części nowo utworzony odźwiernik i na prost rany w ścianie brzusznej. Ciemno zabarwiona i skurczona poprzecznicą leży poniżej żołądka. Część tę wraz z siecią wielką wycięto i zachowano w spirytusie. Ani śladu nowotworów wtórnych w gruczołach zaotrzewnowych, trzustce i t. d..

Tylko w wątrobie 3—4 guziczków wielkości od ziarna grochu do ziarna jęczmienia.

Badanie wyciętego guza. Wycięty kawałek ma kształt spłaszczonego obciętego stożka (*conus*); na długość mierzy 9 ctm. przy krzywiznie większej [zaliczając w to i pasek zdrowej ściany żołądka wycięty i powstały przy guzie]. Nowotwór zajmuje całą część odzwierniczą dookoła w kształcie twardego wału; granica raka zarówno od strony jamy żołądka, zwłaszcza zaś z drugiej strony od jamy dwunastnicy, jest dla gołego oka nadzwyczaj wyraźna, ścisłą; gdzie kończy się nowotwór, rozpoczyna się natychmiast zdrowa, miękka ściana żołądka i dwunastnicy. Światło (*lumen*) części odzwierniczej jest bardzo silnie zwężone, od strony żołądka w kształcie lejka, ściany którego są owrzodzone; od strony dwunastnicy otvorek jest tak ciasny, że zaledwie przepuszcza sondę maciczną. Od tej też strony błona śluzowa zagina się od owego otworka po guzie pod kątem prostym, z nim ściśle zrosła tak, że na przekroju przedstawia się mniej więcej:  poczem zaraz rozpoczyna się szerokie światło prawidłowej dwunastnicy. Długość owego lejka t. j. światła w nowotworze wynosi 6 ctm. Wzdłuż krzywizny większej kilka gruczołków, wielkości ziarna grochu i mniejsze. — Badanie wyjętego ze zwłok preparatu wykazało, że żołądek i dwunastnica zeszyte były tak dokładnie, iż przy przepuszczaniu wody pod wodociągami ani kropla się przez szew nie przedostawała. Część poprzecznicą na przestrzeni odpowiadającej części *mesocoli* oddzielonej od żołądka znaleziono ciemniejszą, lecz jednakowo skurczoną jak pozostałe części.

U w a g i. Przypadek ten pod względem warunków miejscowych należał do wyjątkowo pomyślnych dla operacji. Widząc takie przypadki można uwierzyć, że możliwe jest długotrwałe, a może i zupełne wyleczenie z raka odzwiernika; potrzeba tylko robić operację wcześniej; np. w danym przypadku najmniej na rok wcześniej. Niestety przy dzisiejszem zachowaniu się większości terapeutów czasy tak wczesnego operowania należą, zwłaszcza u nas, do nie dającej się przewidzieć przyszłości. Zaprawdę lekarze, przeświadczywszy się o bezskutecznem leczeniu, przy najsłabszem podejrzeniu raka żołądka, powinni by natychmiast nakłaniać chorego do operacji, laparotomii próbnej, a wrazie potwierdzenia rozpoznania do wycięcia nowotworu. Nie ma najmniejszego powodu do mniemania, że tu operacja dawać będzie gorsze wyniki co do radykalnego uleczenia, niż przy operacji na innych organach. Owszem są wszelkie dane przemawiające za tem, że operacja w pewnych przypadkach przedsięwzięta wcześniej pozwoli osiągnąć większy procent zupełnego wyzdrowienia, niż gdzieindziej, a to na zasadzie wyjątkowego w tych razach odgraniczenia guza przez długi, bardzo długi czas, o którym my dziś, opierając się na dotychczasowym materiale anatomicznym, nie mamy nawet pojęcia. Wszak nim rak obejmie i obejdzie cały odzwiernik, wywoła kolosalne rozszerzenie, na to potrzeba znacznego czasu. A i wtedy jeszcze np. w danym przypadku przy sekcji znajdujemy guz dziwnie odgraniczony, a co do wtórnych zajęć, zaledwie kilka bardzo małych guziczków w wątrobie! Niewątpliwie iż nie wszystkie przypadki przebiegają tak pomyślnie z punktu widzenia operacyjnego; należą one do mniejszości. Co szczególnie w tych nadających się przypadkach sprzyja operacji wycinania raków z żołądka, to obfitość materiału pozostałego, którego z rzadkimi wyjątkami [mówimy o wczesnem operowaniu] zawsze starczy na załatwienie braku powstałego po wyciętej części. Ściana żołądka przewybornie nadaje się do

szycia; w porównaniu z cienką ścianą kiszki jest ona [u żywego, nie na trupie, gdzie widzimy żołądek zmacerowany] uderzająco grubą; ukrwienie jej jest nadzwyczaj sute, zrosty we wczesnych okresach choroby prawdopodobnie nie istnieją.

Nasza chora zmarła z braku sił. Nic dziwnego: wycięcie odźwiernika, pomijając inne okoliczności [jak długość operacji, osłabiające przygotowawcze płukanie żołądka, głodzenie, oczyszczanie kiszek], nie stawia chorego od razu w lepsze warunki jak np. herniotomija; owszem do złego stanu chorego, do osłabienia wskutek operacji, dodaje się kilkodniowy post. Dlatego też dotychczasowe wyniki operacji są tak smutne. Żeby były innemi, pozostaje to w części przynajmniej w mocy lekarzy. Że zaś sama laparotomija próbna jest, nawet u ludzi stojących na krawędzi mogiły, niewinną operacją, tego dowód stanowi przypadek następujący. [C. d. n].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

6. Charcot. O leczeniu *tabes dorsalis* i innych cierpień układu nerwowego za pomocą zawieszania (*De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux*).

Pierwsza myśl tego sposobu leczenia wyszła od D-r MOCZUTKOWSKIEGO z Odessy, który już w r. 1883 miał widzieć dobre jego skutki w 12 przypadkach *tabes dorsalis* i w niemocy płciowej (*impotentia virilis*) pochodzenia nerwowego. Obecnie myśl tę poruszył na nowo CHARCOT. Leczenie polega na zawieszaniu chorego na aparacie SAYRE'a, przez 4—4 minut *maximum*. Zaczyna się od pół minuty i co każde posiedzenie przedłuża się zawieszanie o pół minuty. Posiedzenie powtarza się co drugi dzień. W czasie zawieszania, co 15—20 sekund unosi się chorego za ramiona, aby ciągnięcie na kolumnę kręgową było większe. Przez 3 ubiegłe miesiące leczono w klinice prof. CHARCOT w ten sposób 18 tabetyków [razem 400 posiedzeń]. U wszystkich nastąpiła poprawa w mniejszym lub większym stopniu, a to w stosunku prostym do trwania leczenia. Najprędzej i najwidoczniej poprawiać się ma chodzenie; staje się ono pewniejsze, bezład zmniejsza się zrazu na kilka tylko godzin, a po 8—10 zawieszeniach na stałe. Po 20—30 posiedzeniach, ginie objaw ROMBERG'a [zwiększanie się równowagi niestałej przy zamkniętych oczach]. Później następuje poprawa w czynności pęcherza moczowego, wydalanie moczu staje się łatwiejszem, mimowolne moczenie zmniejsza się lub nawet ginie. Zmniejszają się również, a niekiedy i zupełnie giną bóle tabetyczne w kończynach dolnych, uczucie drętwienia w stopach i *impotentia*. Nie widziano żadnego wpływu na odruch kolanowy i objawy ze strony żrenic. I u zdrowych osób zawieszanie wpływa na zwiększenie się sprawności płciowej.

Oprócz w *tabes dorsalis*, robiono zawieszanie z dobrym skutkiem w 1-y przypadku *tabes Friedreichi* i w 2 przypadkach *impotentiae* u neurasteników. W jednym przypadku *sclerosis disseminatae* widziano chwilowe pogorszenie się objawów.

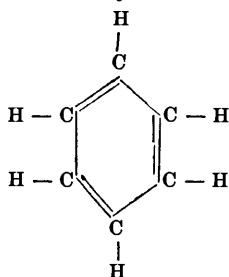
Złych skutków z posługiwania się zawieszaniem nie spostrzegano.

(*Progrès médical* 1889 Nr. 3).

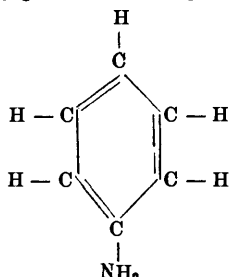
W. Gajkiewicz.

Wiadomości terapeutyczne.

4. O anilinie i anilidach. Benzanilid. Przed opisem nowego środka leczniczego, benzanilidu, pozwolę sobie, o ile możności, treściwie i jasno przedstawić jego stanowisko względem innych pokrewnych mu środków chemiczno-leczniczych. Uważam to za rzecz bardzo ważną, gdyż pewna znajomość grupy chemicznej, do której dany środek leczniczy należy, rzuca po największej części od razu niejaki światło na jego znaczenie terapeutyczne.



Benzol.
 C_6H_6



Amidobenzol,
czyli
anilina.
 $C_6H_5NH_2$

Z tego powodu dzisiejszą notatkę rozpoczynam od punktu wyjścia benzanilidu, to jest od aniliny.

Przedstawiciel grupy aromatycznej, benzol, C_6H_6 , jest, jak wiadomo, punktem wyjścia mnóstwa związków chemicznych, z których ostatnimi czasy terapia zyskała tyle środków leczniczych. Jeżeli w benzolu jeden atom wodoru zostanie zastąpiony przez rodnik amidowy NH_2 , to powstanie amidobenzol — $C_6H_5NH_2$. Amidobenzol po raz pierwszy otrzymano z indyga, które po portugalsku nazywa się anil, z tego powodu związek ten dostał powszechnie dziś znaną nazwę aniliny.

Anilina, jak wiadomo, należy do bardzo silnych trucizn, a główne objawy zatrucia są następujące: Z początku powstaje ból głowy. Następnie bardzo szybko rozwija się sine zabarwienie twarzy, w wielu przypadkach oprócz tego, sine zabarwienie kończyn, a nieraz i większej części ciała; sinica dochodzi do niezmiernie wysokiego stopnia. Chory oddecha z trudnością, popada w stan śpiączki, traci przytomność. Nieraz występują drgawki, a następnie porażenie. Żrenice takich chorych są rozszerzone; powietrze wydechane ma zapach zbliżony do zapachu gorzkich migdałów, a mocz zawiera zawsze methemoglobinę. W tym obrazie chorobowym szczególnie zwracam uwagę na sinicę, bo objaw ten występuje często przy wewnętrznym użyciu innych związków pochodnych aniliny — i to nawet wówczas, kiedy jeszcze nie ma całkowitego obrazu zatrucia.

Dotąd anilina nieznacznie znalazła zastosowanie w terapii, a i to zastosowanie albo poszło w zapomnienie, albo też od razu mocno zostało zachwianem.

Przed laty dwudziestokilku TURNBULL i FILIBERTI starali się wprowadzić anilinę, albo siarazan aniliny, do leczenia płasawicy (*chorea*), chwaląc się dobrymi wynikami. Obecnie, wątpię, aby ktokolwiek z lekarzy uciekał się do użycia tego niebezpiecznego środka, mając do wyboru inne o wiele lepsze od niego, tembardziej, że dalsze spostrzeżenia nie stwierdziły owych świetnych wyników, jakie podali pierwsi badacze.

Ze świeższej daty faktów, dotyczących się zastosowania aniliny w terapii, wspomnieć muszę o metodzie prof. KREMJAŃSKIEGO leczenia gruźlicy płuc, a to już choćby z tego względu, że wzmiankowana metoda swojego czasu dość wrzawy narobiła w Rosyji.

Na jednym z posiedzeń zjazdu lekarskiego w Moskwie w r. 1887 prof. KREMJAŃSKI przedstawił swoją metodę leczenia gruźlicy płuc. Mikroby gruźlicze giną od kwasów, a zatem u chorych takich, według niego, przedewszystkiem trzeba stosować substancje kwaśne, a mianowicie: lemoniadę, owoce kwaśne, napój fermentacyjny, znany w Rosji powszechnie pod nazwą kwasu. Nie dość na tem, autor wspomnianej metody leczniczej takim entuzjazmem przejęty jest dla kwasów wogóle, że, mówiąc o kefirze i kumysie, zapomina zupełnie o ich znaczeniu odżywczem dla ustroju ludzkiego, ale przypuszcza, że działanie ich zależy właśnie od zawartości kwasów. Ze środków leczniczych, stosowanych do wewnątrz, zaleca salicylan sodu, antifebrynę. Ale obok tego wszystkiego trzeba, według KREMJAŃSKIEGO, aby chory przebywał w atmosferze przepełnionej olejkami eterycznymi. Tu znowu prof. KREMJAŃSKI wpada w drugi entuzjazm i całą wartość leczniczą klimatu południowego przypisuje olejkom eterycznym [rózanemu, cytrynowemu], zawartym w tamecznym powietrzu. To są wszak-

że, według niego, tylko czynniki pomocnicze przy leczeniu suchot płucnych. Głównym zaś swoistym środkiem, służącym do dezynfekowania płuc i krwi, oraz do zupełnego zniszczenia lasieczników gruźliczych ma być — olejek anilinowy, stosowany w postaci inhalacji za pomocą odpowiedniego przyrządu rozpylającego. Na potwierdzenie zaś swoich wywodów przytacza on dwa przypadki szczęśliwego wyleczenia z gruźlicy płuc.

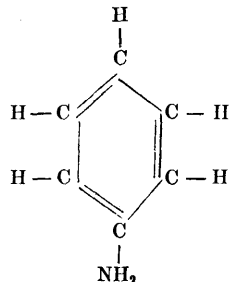
Cała ta metoda lecznicza, a szczególnie niektóre poglądy prof. KREMJAŃSKIEGO, wywołały, rozumie się, ogromne dyskusje aż w dwóch sekcjach owego zjazdu. Skończyło się na tem, iż wyznaczono oddzielną komisję, złożoną ze sześciu profesorów, i jej powierzono sprawdzenie tej metody leczniczej.

Doświadczenia w tym względzie robiono w pracowni prof. BOGOSŁÓWSKIEGO, a spostrzeżenia — na klinice prof. OSTROUMOWA: i jedne i drugie dały wyniki bardzo niepochlebne dla wzmiankowanej metody leczniczej.

To jednakże nie ostudziło w prof. KREMJAŃSKIM wiary i zapału do swojej metody leczniczej; gdyż, o ile sobie przypominam, niezbyt dawno temu znowu spotkałem się ze świeżą pracą KREMJAŃSKIEGO o ważności i skuteczności olejku anilinowego w leczeniu gruźlicy płuc. I ta właśnie okoliczność jest poniekąd powodem, że na tem miejscu przypomniałem fakt wprowadzienia niezbyt nowego, ale mogącego do pewnego stopnia stanowić punkt oryentalacyjny przy czytaniu nowej tego samego pokroju pracy, która może i niezbyt długo da czekać na siebie.

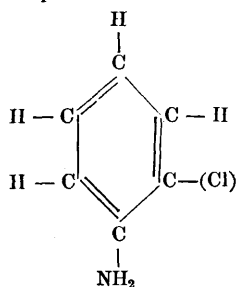
Anilina jest związkiem mocno zasadowym, łączy się bezpośrednio z kwasami, tworząc sole anilinowe i tak np. z kwasem siarczanym daje siarczan aniliny, który, jakem już wspominał, bywał przez pewien czas używany w terapii; z kwasem octowym — octan aniliny i t. d.

Wogóle wszakże i sole te, podobnie jak sama anilina, są silnymi truciznami. Badacze skorzystali jednak z innych własności chemicznych aniliny i pochodne jej z pożytkiem wprowadzili do terapii. Z tego powodu kilka słów poświęcę owym pochodnym aniliny.

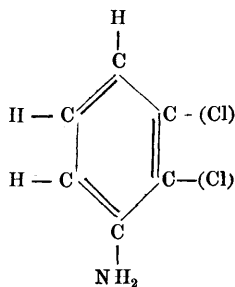


Przyjrząwszy się budowie aniliny $C_6H_5NH_2$, widzimy łatwo, że mamy niejako sprzągnięte ze sobą dwa jądra, a mianowicie jądro benzolowe C_6H_5 i jądro amidowe NH_2 . Otóż, w każdym z tych jąder atomy wodoru mogą być zastępowane przez pierwiastki, albo przez rodniki. Łatwo ztąd pojąć, że przedewszystkiem mamy dwa szeregi pochodnych, a mianowicie: pierwszy szereg, który tworzy się w ten sposób, że w anilinie jeden lub więcej atomów wodoru, należących do jądra benzolowego C_6H_5 , zostają zastąpione przez jeden lub więcej atomów innego pierwiastku lub rodnika; drugi szereg — w którym jeden lub obydwa wodory, należące do jądra amidowego NH_2 , zostają zastąpione przez inny pierwiastek lub rodniki.

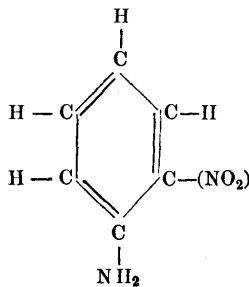
Co się tyczy pierwszego szeregu pochodnych aniliny, to dla przykładu przytoczę tu wzory kilku związków, z których widać, ile atomów wodoru w jądrze benzolowym zostało zastąpione przez inny pierwiastek lub rodnik.



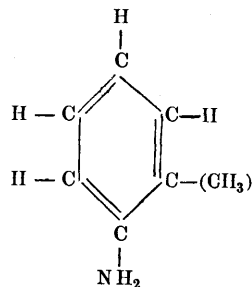
Jednochloranilina.
 $C_6H_4(Cl)NH_2$
1.



Dwuchloranilina.
 $C_6H_3(Cl)_2NH_2$
2.



Nitroanilina.
 $C_6H_4(NO_2)NH_2$
3.



Toluidyna.
 $C_6H_4(CH_3)NH_2$
4.

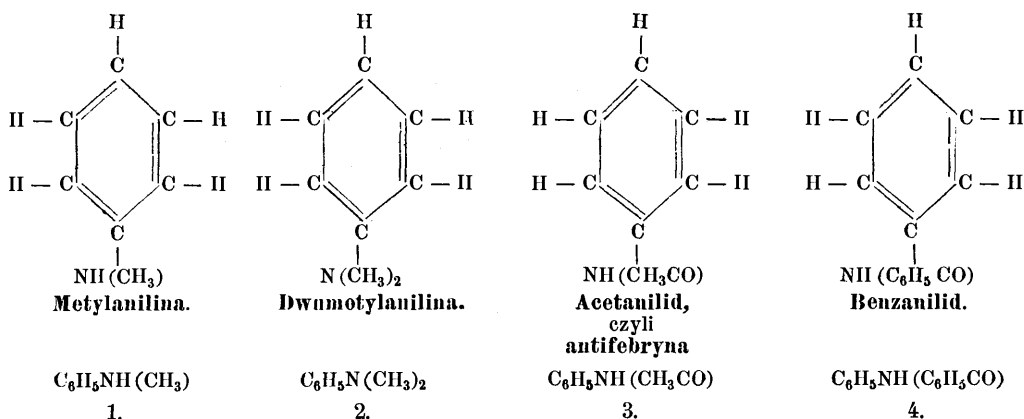
We wzorze Nr. 1 widać, że w anilinie jeden atom wodoru, należący do jądra benzolowego został zastąpiony przez jeden atom chloru i utworzył się związek — jednochloranilina. We wzorze

rze Nr. 2. — dwa atomy wodoru w jądrze benzolowem zostało zastąpione przez dwa atomy chloru — i dało dwuchloranilinę. We wzorze Nr. 3. jeden atom wodoru jądra benzolowego został zastąpiony przez rodnik nitrowy NO_2 i powstała nitroanilina. We wzorze Nr. 4 jeden atom wodoru jądra benzolowego został zastąpiony przez rodnik metyl CH_3 i powstał związek toluidyna.

Z tego szeregu pochodnych dotąd lecznictwo nie korzystało, głównie, zdaje się, z tego powodu że pod względem własności związku te mocno zbliżają się do samej aniliny; toluidyna np. pod względem własności chemicznych jest nadzwyczaj podobną do aniliny.

Co się tyczy drugiego szeregu pochodnych aniliny, to one, jak wyżej wzmiankowałem, powstają w ten sposób, że te atomy wodoru, które należą do jądra amidowego, zostają zastępowane przez inne rodniki. Związki te wogóle nazywają się **anilidami**. Rodniki, zastępujące wodory w jądrze amidowym, mogą być albo alkoholowe, albo kwasowe, a ztąd i anilidy mogą być dwojakiego rodzaju, a mianowicie: anilidy alkoholowe i anilidy kwasowe.

Najłatwiej to sobie uprzytomni, przyjrzawszy się czterem wzorom, tu dla przykładu załączonym.



Pierwsze dwa wzory są przykładem **anilidów alkoholowych**. I tak we wzorze Nr. 1 widzimy, że jeden atom wodoru w jądrze amidowym NH_2 został zastąpiony przez rodnik metyl CH_3 i powstał anilid metylowy, czyli metylanilina. We wzorze Nr. 2 oba atomy wodoru w jądrze amidowym NH_2 zostało zastąpione przez dwa rodniki metylu CH_3 — i powstała dwumetylanilina. Tak samo powstaje etylanilina $\text{C}_6\text{H}_5\text{NH}(\text{C}_2\text{H}_5)$ i t. d.

Owe anilidy alkoholowe, o ile wiem, nie były dotąd przedmiotem badań terapeutycznych.

Ale zato bardzo ważne miejsce zaczynają w terapii zajmować tak zwane **anilidy kwasowe**, z których dla przykładu przytoczyłem wyżej dwa wzory, najbardziej nas tu interesujące. We wzorze Nr. 3 widzimy, że przez zastąpienie w jądrze amidowym, NH_2 , jednego atomu wodoru przez rodnik kwasu octowego, CH_3CO , powstaje związek anilidowy kwasu octowego, acetanilid, czyli powszechnie znany pod mianem **antifebryny**. We wzorze Nr. 4 — jeden atom wodoru, należącego do jądra amidowego aniliny, zostaje zastąpiony przez rodnik kwasu benzoowego, $\text{C}_6\text{H}_5\text{CO}$, i powstaje — **benzanilid**. Tak samo teraz łatwo pojmemy tworzenie się innych anilidów, np. salicylowego i t. d.

Otóż, te anilidy pod względem chemicznym są związkami obojętnymi, gdyż nie mają ani własności zasad, ani kwasów, a co najważniejsza, że nie posiadają tak groźnych własności trujących, jakimi odznacza się sama anilina. Rozumie się, mówię tu o odpowiedniej dawce leczniczej tych anilidów; zbyt wygórowana bowiem dawka, jak wiadomo, może wywołać pewne objawy nieprzyjemne, które stanowią cechę zatrucia anilinowego wogóle.

Ten to właśnie szereg związków anilinowych, t. j. anilidy kwasowe, został pierwszy raz wprowadzonym do lecznictwa na klinice prof. KUSSMAUL'a w Strasburgu przez CAHN'a i HEPP'a, a pierwszym z tych związków anilinowych, który obecnie już tak szeroko się rozpowszechnił w lecznictwie, jest acetanilid, pospolicie **antifebryna** zwany.

Nie ma chyba lekarza, któryby tak z literatury, jakoteż z własnego doświadczenia dokładnie nie znał znaczenia antyfebryny w lecznictwie; pominię zatem ją w tem miejscu, a powiem słów kilka o środku mało dotąd znanym, mianowicie o benzanilidzie, korzystając w tym względzie z pracy D-ra ERNESTA KAHN'a z Frankfurtu nad Menem „Benzanilid przy leczeniu chorób dzieci“, (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde. Tom 38. Zeszyt 3—4. 1888 r. Therapeutische Monatshefte. Zeszyt 1. 1889 r.*)

Benzanilid jest to proszek biały, krystaliczny, trudno rozpuszczalny w wodzie. KAHN stosował go w 16 przypadkach u dzieci chorych: na tyfus, zapalenie opon mózgowych, suchoty płucne, zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli i t. d.. Ze spostrzeżeń tych można wyprowadzić następujące wnioski. Przedewszystkiem benzanilid odznacza się bardzo wydatną własnością obniżania ciepłoty gorączkowej i pod tym względem zupełnie jest podobnym do pokrewnej mu antyfebryny. Różni się od tej ostatniej w działaniu przeciwgorączkowem tem, że powrót ciepłoty gorączkowej następuje daleko wolniej, aniżeli przy stosowaniu antyfebryny. Spadkowi ciepłoty towarzyszą poty, pojawiające się stopniowo i w nienazbyt silnym stopniu. Dzieci wogóle chętnie zażywały ten środek leczniczy, przyczem nie zauważono nigdy ani podrażnienia przewodu pokarmowego, ani pojawienia się sinicy. W jednym przypadku wystąpiła wysypka w postaci dużych plam, które zresztą bardzo szybko znikły.

Środek rzeczony stosuje się wprost w proszku z dodatkiem cukru.

Co się tyczy dawki, to dla dzieci od 1—3 lat wystarcza 0,1—0,2 [gr. jß—gr. jii], dla dzieci od 4—3 lat 0,2—0,4 [gr. jii—gr. vj], a dla starszych — nawet 0,6 [gr. x]. Wogóle powiedzieć można, że dawki benzanilidu powinny wynosić dwa razy tyle co antyfebryny, a nawet i więcej. Dorosły silny mężczyzna zażył naraz 3,0 [50 gran] bez żadnych następstw. Wogóle przy stosowaniu benzanilidu D-r KAHN podawał najprzód większą dawkę dla obniżenia gorączki, a następnie w dalszym ciągu też same chore dzieci przyjmowały dawki małe dla ciągłego utrzymywania ciepłoty gorączkowej w niskich granicach, lub dla utrzymywania ciepłoty w granicach prawidłowych

Środka tego u nas dotąd nie ma i z tego powodu brak mi jeszcze własnego doświadczenia co do jego działania.

Wiktor Grastern.

Wiadomości bieżące.

Bazylea. W uniwersytetach niemieckich zaszły następujące zmiany w składzie profesorów które i dla naszych czytelników pewien mogą mieć interes.

Bazylea. HAGENBACH-BURCKHARDT prof. chorób dziecięcych.

Berlin. Prof. SENATOR mianowany dyrektorem polikliniki; prof. O. HERTWIG [z Jeny], prof. anatomii; dotychczasowy prof. fizjologii w Jenie, PREYER mianowany docentem.

Berno. Docent SAHLI profesorem chorób wewnętrznych.

Bonn. Prof. SCHULTZE [z Dorpatu], dyrektorem kliniki terapeutycznej.

Dorpat. UNVERRICHT [z Jeny], dyrektorem kliniki wewnętrznej; KUESTNER [z Halli], kliniki akuszerskiej.

Giessen. GAFFKY [z Berlina] prof. higieny; LÖHLEIN [z Berlina] prof. akuszerji.

Grufja. LOEFFLER prof. higieny.

Halle. Doc. BUNGE prof. oftalmologii.

Jena. Doc. ENGELHARD [z Jeny] prof. ginekologii; FÜRBINGER [z Amsterdamu] — anatomii prof. BIEDERMANN [z Pragi] fizjologii.

Królewiec. Prof. LICHTHEIM [z Bernu] dyrektorem kliniki terapeutycznej.

Marburg. Prof. BRAUN [z Jeny] profesorem chirurgii, prof. RUMPF [z Bonn] dyrektorem kliniki wewnętrznej.

Sztrasburg. Prof. NAUNYN [z Królewca] prof. kliniki wewnętrznej.

Wrocław. Doc. ROSENBACH profesorem medycyny wewnętrznej.

Zurich. WYDER [z Berlina] prof. akuszerji.

Sprostowanie. W N-rze 4 Gaz. Lek. w sprawozdaniu z odczytu D-ra STANKIEWICZA na str. 85 wiersz 12 od góry zam. *urethrotomiam internam* powinno być: *urethrotomiam externam*; na teje str. 17 wiersz od dołu zamiast „kanalików mózgowych“ powinno być „kanalików nerkowych“.

Do dzisiejszego N-u Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów Nr 1 okazowy „Nowin Lekarskich“.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Довожуемо Цензурою, Варшава 20 Января 1889 г.

Друк K. Kowalowskiego, Królewska Nr. 29.