

# GAZETA LEKARSKA

## I. Materiały do statystyki i etyologii raka.

### Część II. Wynik ankiety.

Podali

S. Serkowski i J. Maybaum [Łódź].

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 27].

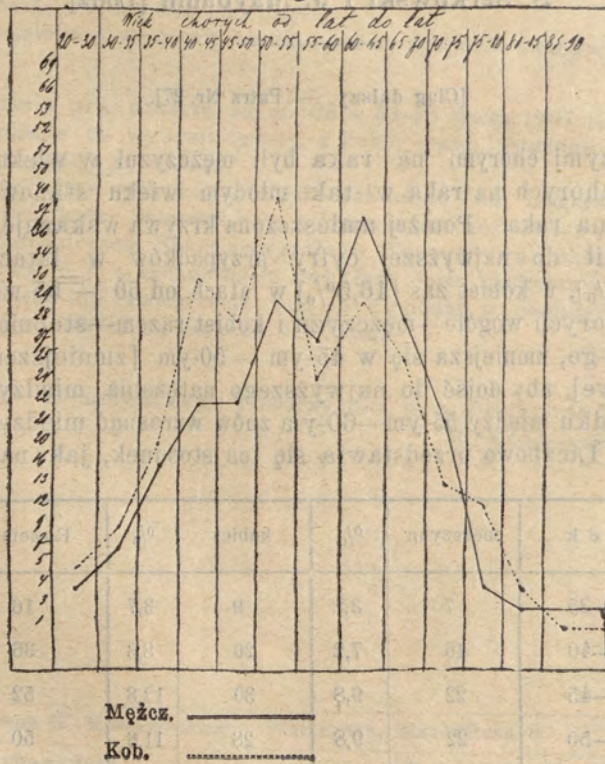
Najmłodszymi chorymi na raka byli mężczyźni w wieku 22-letnich do 27-letnich; ogół zaś chorych na raka w tak młodym wieku stanowi 1,9% ogólnej liczby chorych na raka. Poniżej umieszczona krzywa wskazuje, że rak u mężczyzn dochodził do najwyższej cyfry przypadków w latach od 60 do 65 włącznie [16,6%], u kobiet zaś [16,5%] w latach od 50 — 55 włącznie.

Liczba chorych wogóle—mężczyzn i kobiet razem—stopniowo wzrasta do roku 40-go—45-go, zmniejsza się w 45-ym — 50-ym [zmniejszenie rzeczywiste, czy przypadkowe], aby dojść do najwyższego natężenia między 50-ym—55-ym i po małym spadku między 55-ym—60-ym znów wzrosnąć między 60-ym—65-ym rokiem życia. Liczbowo przedstawia się ten stosunek, jak następuje:

W i e k	mężczyzn	%	kobiet	%	Razem	%
30—35	7	3,2	9	3,7	16	3,4
35—40	16	7,2	20	8,3	36	7,7
40—45	22	9,8	30	12,8	52	11,2
45—50	22	9,8	28	11,6	50	10,8

Wiek	mężczyzn	%	kobiet	%	Razem	%
50 — 55	29	13,0	40	16,5	69	15,0
55 — 60	27	12,2	24	9,9	51	11,0
60 — 65	37	16,6	29	11,7	66	14,2
65 — 70	21	12,5	25	10,3	53	11,4
70 — 75	28	9,5	13	5,4	34	7,3
75 — 80	4	1,8	12	4,9	16	3,4
80 — 85	3	1,3	4	1,7	7	1,5
85 — 90			1	0,4	1	0,2
90 — 95						
95 — 100			1	0,4	1	0,2
Niebadany	3	1,3	1	0,4	4	0,8

W postaci zaś krzywej:



Co do zajęć, to wśród mężczyzn chorych na raka było:

robotników i wyrobników	13,9
kupców i handlujących	15,2
rolników	24,3
urzędników	10,3.

Wśród kobiet zaś:

45,5%	oddawało się gospodarstwu domowemu
10,7%	włościanek
8,2%	handlujących
6,6%	obywatelek i kapitalistek
5,0%	służących
3,5%	nauczycielek i bon.

Szczegółowe dane co do zajęć mężczyzn i kobiet, jakoteż i umiejscowienia chorobowego, wyrażone są w następujących tablicach:

Tablica III.

Podział podług zajęcia u mężczyzn.

Miejscowość	Kupey i handlujący	Urzednicy	Obywatele i kapitalisci	Adwokaci	Inzynierowie	Rolnicy	Ogrodnicy i lesnicy	Duchowni	Slusarze i mechanicy	Szewcy	Kowale	Bednarze	Tapiczerzy	Stolarze i stelmacy	Zduni, murarze i kamieniarze
Warszawa	16	14	6	1	2	6	1	1	5	4	1	1	1	2	1
Łódź	1	2				4								1	
Gub. Kaliska	1	1				1									
„ Kielecka	1	2				3	1							1	1
„ Lubelska	4		1	1		10		2							2
„ Łomżyńska						3									
„ Piotrkowska	2					9	1								
„ Płocka	2					5									
„ Radomska	1					2								1	
„ Siedlecka	1	1				3	1		1					1	
„ Suwalska	3	1				2					1				
„ Warszawska	2	2				7								2	
Razem	34	23	7	2	2	55	4	2	6	4	2	1	1	8	4
%	15,2	10,3	3,1	0,9	0,9	24,3	1,8	0,9	2,7	1,8	0,9	0,4	0,4	3,6	1,8

Tablica III.

[Dokończenie].

Podział podług zajęcia u mężczyzn.

Miejscowość	Krawcy	Mydlarze	Piwowarzy	Konduktorzy	Robotnicy i wyrobniicy	Stangrecci	Stróże	Restauratorzy, piekarze i rzeźnicy	Tkacze	Felczerzy	Nauczyciele	Niewiadome	Razem
Warszawa	1	1	1	2	11	2	1	1				2	84
Łódź					4				4				16
Gub. Kaliska					1				1				5
„ Kielecka								1			1		11
„ Lubelska					1				1	1			22
„ Łomżyńska						1		2					6
„ Piotrkowska					7				3			1	23
„ Płocka					3			1					11
„ Radomska	1					1						1	7
„ Siedlecka	1						1						10
„ Suwalska													7
„ Warszawska					4	1		2				1	21
<b>Razem</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>223</b>
%	1,3	0,4	0,4	0,9	13,9	2,3	0,9	3,1	4,1	0,4	0,4	2,3	

T a b l i c a   I V .

Podział podług zajęcia u kobiet.

Miejscowość	Nauczycielki i bony	Mieciarstwo	Wyrobnice	Domowe	Służące	Handel	Obywatelki i kapitalistki	Szwaczki	Praczkі	Rolne	Niewiadome	W przytulakach	Razem
Warszawa	7	2	7	42	8	5	10	4	1		5	1	92
Łódź			5	10	1	1	1					1	19
Gub. Kaliska			1	1	1	1				1			5
„ Kielecka					7		3	1			1	1	13
„ Lubelska	1		1	10			1		1	4	2	1	21
„ Łomżyńska			3			1				2		3	9
„ Piotrkowska			3	15		3	1			6			28
„ Płocka				9						1	1	4	15
„ Radomska				6	1	2	1			3			13
„ Siedlecka			1	1		1				3			6
„ Suwalska				3						2			5
„ Warszawska				6	1	3	1	1		3		1	16
<b>Razem</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>110</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>26</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>242</b>
<b>%</b>	<b>3,3</b>	<b>0,8</b>	<b>8,7</b>	<b>45,5</b>	<b>5,0</b>	<b>8,2</b>	<b>6,6</b>	<b>2,1</b>	<b>0,8</b>	<b>10,7</b>	<b>3,3</b>	<b>5,0</b>	

[C. d. n.].

## Dwa przypadki samoistnego pęknięcia pęcherza moczowego.

Podał

A. Grünbaum.

Przypadków samoistnego pęknięcia pęcherza moczowego znajdujemy w literaturze chirurgicznej tak niewiele, że pierwszorzędna powaga, jaką jest niewątpliwie THOMPSON, przeczył zupełnie jego możliwości. Sądzę więc, że nie będzie zbytecznym podanie do wiadomości kolegów obu spostrzeganych przeze mnie przypadków.

I. Dnia 6.IX. 1902 r. o godzinie 12-iej w południe przywieziono do mojej lecznicy chorego K. L., z Zakroczymia, z objawami zupełnego, ostrego zatrzymania moczu, trwającego już całe trzy doby. Wywiady okazały co następuje:

Chory K. L., mężczyzna 63-letni, cierpi już od dłuższego czasu na zaburzenia pęcherzowe, polegające na częstem parciu, szczególnie w nocy i wydzielaniu moczu w małych ilościach. Przed trzema dniami po wypiciu zimnego piwa nastąpiło nagle zupełne zatrzymanie moczu. Kilkakrotne cewnikowanie w domu było bez skutku. Po każdym wprowadzeniu cewnika metalowego — innego nie stosowano — wyciekała większa lub mniejsza ilość krwi; moczu zaś ani kropli nie wydobyto.

Nieszczęśliwy ten chory cierpi obecnie na bezustanne, gwałtowne parcie, szerzące się od podbrzusza do zewnętrznego wylotu cewki.

Badanie natychmiastowe okazało, że całe podbrzusze, poczynając o trzy palce poniżej linii pępkowej aż do spojenia łonowego i od jednego do drugiego dołu biodrowego, przedstawia jednostajne wypuklenie, które można od góry wyczuć aż do tylnej ściany miednicy. Odgłos wypukowy w tem miejscu jest zupełnie stłumiony. Oba zrazy gruczołu krokowego są znacznie przerosłe i twarde; górnej ich granicy palcem dosięgnąć nie mogłem. Żołądź prącia pokrywają skrzepy krwi, zatykające też zewnętrzny wylot cewki. Tętno nikłe, słabo wyczuwalne, 134 — 136. Język obłożony czarnym, grubym nalotem. Częste odbijanie. Przez całe trzy doby chory nie zasnął ani na chwilę.

Po obmyciu prącia i kilkakrotnem przestrzyknięciu kanału cewki ciepłym roztworem kwasu bornego, przystąpiłem do opróżnienia pęcherza zapomocą cewnika. W tym celu wprowadziłem od razu cewnik NELATON'a № 16, a następnie cewniki metalowe № 16 i 18 o dużej krzywiznie i przy tem prze-

konalem się, że w cewce istnieje fałszywa droga, do której dziób cewnika wpada za każdym razem.

Nie będąc jednak na razie przygotowanym do wykonania krwawego zabiegu, zrobiłem jeszcze próbę wprowadzenia cewnika NELATON'a № 10, najcieńszego, jaki miałem pod ręką między wjałowionymi instrumentami. Udało się to od razu, bez najmniejszego oporu, poczem mocz zaczął wypływać swobodnie cienkim strumieniem.

Wypływ moczu trwał okrągłe 10 kwadransów; wypuściłem go 23 szklan-ki, t. j. 4,6 litra. Ostatnie jego porcje były nieco mętne; wyraźnych jednak śladów ropy w nich nie spostrzegłem. Chory już w czasie wypuszczania moczu takiej doraźnie doznał ulgi, że na stole zasnął. Przypadek jednak chciał, że, gdy mocz przestał wypływać, cewnik wysliznął się całkowicie z cewki.

Po opróżnieniu pęcherza wyczułem w lewym podbrzuszu pośrodku między zewnętrznym brzegiem mięśnia prostego a *spina ili ant. sup.* bolesne stwardnienie, o gładkiej powierzchni, obłej postaci, ciągnące się od linii pępkowej prawie do środka więzu POUPART'a. W kroczu żadnych nie spostrzegałem zmian chorobowych.

Wieczorem jednak nie udało mi się w żaden sposób wprowadzić miękiego cewnika do pęcherza. Ponieważ chwilowo żadnego pod tym względem nie było nagłego wskazania, gdyż chory przez cały czas spał dobrze, nie doznając parcia na mocz, a tętno znacznie się poprawiło, wreszcie po podaniu środka przeczyszczającego nastąpiło bardzo obfite wypróżnienie, — postanowiłem zostawić chorego do rana w zupełnym spokoju.

Następnego dnia o godz. 8-ej z rana, przygotowawszy wszystko do operacji, spróbowałem znów opróżnić pęcherz zapomocą cewnika; tym razem, po daremnych usiłowaniach wprowadzenia kateteru NELATON'a, udało mi się wprowadzić cewnik elastyczny kolankowy i wypuścić około 2-eh szklanek moczu.

Po dokładnem przemyciu pęcherza ciepłym roztworem kwasu bornego, umocowałem cewnik na stałe. Ciepłota 38°. Tętno 100. Język obłożony grubym, czarnym nalotem. Stwardnienie w lewej połowie jamy brzusznej daje się dokładniej określić; skóra w tem miejscu nieco zaczerwieniona; ból stał się bardziej dotkliwym. Okład na brzuch pod ceratką. Dyeta ścisła. Przepłukiwanie pęcherza. W badanym pod drobnowidzem osadzie moczu naliczono na każdym polu widzenia mniej więcej od 70-u do 80-u ciątek ropnych.

Wieczorem ciepłota 38,4°.

8.IX. Z rana ciepłota 39,3°. Tętno 100. Stan ogólny chorego bez zmiany. Stwardnienie w lewej połowie jamy brzusznej stało się bardziej bolesnem przy dotykaniu, a w samym jego środku można już było wyczuć głębokie chęłbotanie. Wieczorem ciepłota 39,5°. Obrzęk i ból prącia wzmagają się coraz bardziej. Również ból i zaczerwienienie w miejscu nacieku brzuszno-rozognego coraz bardziej się uwydatniają.

Postanowiłem tedy dokonać nazajutrz z rana operacji w tem miejscu, aczkolwiek nie mogłem sobie jasno zdać sprawy ani z właściwego umiejscowienia ropnia, ani ze stosunku jego do sprawy pęcherzowej i zmian chorobowych w prąciu, czy kanale cewki.

9.IX. Z rana ciepłota 39,2°. Tętno 104 — 106. Chory w nocy bardzo źle spał. Obrzęk prącia znacznie się powiększył; skóra na niem marmurkowo zabarwiona. Chełbotanie w środku stwardnienia brzusznoego można już wyczuć dokładnie. Opera cya. Po wypuszczeniu moczu, przepłukaniu pęcherza i wyjęciu pozostawionego na stałe cewnika kolankowego, wylało się z kanału cewki około 3-ch łyżeczek gęstej ropy. Po wielokrotnem przestrzyknięciu cewki ciepłym rozczyntem kwasu bornego, wprowadziłem na nowo do pęcherza cewnik NELATON'a № 16, co tym razem z największą udało się łatwością. Przepłukawszy następnie powtórnie jamę pęcherza, przekonałem się, że nie pęcherz jest źródłem ropy, również, że nie pochodziła ona ani z gruczołu krokowego, ani z gruczołów COOPER'a.

Po uspieniu chorego, poprowadziłem cięcie na brzuchu w miejscu największego wygórowania, równoległe do zewnętrznego brzegu mięśnia prostego, w oddaleniu dwóch palców od niego, od linii pępkowej prawie do środka więzu pachwinowego. Po przecięciu skóry, tkanki tłuszczowej podskórnej i mocno naciekłych warstw mięśni i powięzi, zaczęła się od razu wydobywać z głębi ropa w dosyć znacznej ilości [razem około  $\frac{2}{3}$  szklanki]; była ona zmieszana z moczem o bardzo silnym, amoniakalnym zapachu.

Otoczka ropnia była bardzo mocna. Jama ropnia kierowała się ku małej miednicy i ku tyłowi; dna jej palcem dosięgnąć nie mogłem. Wprowadziwszy do jamy gruby i długi sącdek i wstrzyknąwszy do pęcherza przez cewnik NELATON'a rozczynt kwasu bornego, przekonałem się, że między pęcherzem a jamą cięcia istnieje bezpośrednia komunikacya.

Sącdek przyszyłem do brzegów skóry, umocowałem również cewnik, pragnąc pozostawić go w kanale cewki, przyczem celem utrzymania opatrunku w stanie suchym założyłem przyrząd lewarowy. Niestety, nie udało mi się osiągnąć w zupełności tego celu i aczkolwiek mocz napłynął do kaczki w sporej ilości, opatrunek był już o 8-ej wieczorem tak nim przesiąknięty, że musiałem go zmienić całkowicie. Zmieniłem również cewnik, wprowadziwszy świeżo wyjąłowany. Wieczorem ciepłota 38,3°.

10.IX. Z rana ciepłota 38°. Opatrunek znowu przesiąknięty moczem. W kaczce pod łóżkiem zebrało się moczu przeszło dwie szklanki. Uwzględniając chorobliwy stan błony śluzowej cewki, rozwijający się pod wpływem obecności w niej cewnika, postanowiłem nie pozostawiać go na stałe, lecz odprowadzać mocz cztery razy na dobę i za każdym razem przepłukiwać dokładnie jamę pęcherza i jamę ropnia przez cewnik i sącdek.

Postępując wytrwale w ten sposób, osiągnąłem dość szybko ten pomyślny wynik, że wyciek ropy z kanału cewki ustał zupełnie, chory dość prędko przestał gorączkować, stan jego ogólny znacznie się poprawił.

W celu przyspieszenia zagojenia otworu w pęcherzu, zdecydowałem się po siedmiotygodniowym leczeniu spróbować na nowo założenia na czas dłuższy lewaru.

Tym razem postępowanie nie wywołało żadnych powikłań; otwór w pęcherzu po 8-u dniach zupełnie się zagoił i chory 17.XI. 1902 wypisał się z lecznicy z raną zagojoną. Mocz należało jednak wypuszczać jeszcze przez zas dłuższy.



II. Dnia 11.VIII. 1904 r. o godzinie 7-ej z rana zostałem wezwany do D. N. Chory od 27-u godzin nie oddawał moczu.

Mężczyzna 65 l., chudy i wycieńczony, cierpi już od dłuższego czasu na częste i bolesne parcie na mocz, szczególnie w nocy. Onegdaj już bardzo późno w nocy po nadużyciu trunków nastąpiło zatrzymanie moczu. Próby wypuszczenia moczu zapomocą cewnika nie zostały uwieńczone pomyślnym skutkiem. Ciągłe parcie i silne bóle w podbrzuchu, a osobliwie u zewnętrznego wylotu cewki dręczą go bezustannie. O 3-iej z rana, w chwili gdy wysiłał się gwałtownie do oddania moczu, uczył nagle, jak się wyraża, jakby w nim coś pękło, poczem doznał nawet krótkotrwałej ulgi. Jednocześnie jednak zauważył w dolnej części brzucha niewielkie wypuklenie, które przy każdym wysiłku oddania moczu stale się powiększało.

Oba zrazy gruczołu krokowego są równomiernie i znacznie powiększone i twarde; górnej ich granicy końcem palca osiągnąć nie mogłem. Ponad spojeniem łonowym, w linii środkowej znajduje się ściśle ograniczony guz, postaci jajowatej, wielkości prawie główki noworodka, sięgający do samego pępka. Odgłos wypukowy nad nim zupełnie stłumiony. W głębi wyczułem jak gdyby chelbotanie. Zapomocą cewnika kolankowego wypuściłem mocz zaledwo  $\frac{3}{4}$  szklanki, przyczem objętość guza ani na włos się nie zmniejszyła.

Chorego przyniesiono do mnie do lecznicy o 11-iej z rana, o 12 $\frac{1}{4}$  zaś wykonałem operację. Przeciąwszy skórę i tkankę podskórną od pępka ku spojeniu łonowemu na całej długości guza i odciągnąwszy mięśnie proste brzucha, spostrzegłem mocno wypiętą i naciekłą powięź linii białej, która na trzy mniej więcej palce powyżej spojenia łonowego przedstawiała większe i wyraźniej chelboczące wygórowanie. Po nacięciu w tem miejscu mocz zaczął wyciekać dosyć grubym strumieniem. Rozszerzywszy cięcie w dół do samego spojenia, opróżniłem całą jamę z moczu, poczem osuszyłem ją dokładnie wyjałowioną gazą.

Stwierdziwszy, iż jama ta jest ściśle oddzielona od jamy otrzewnej, w celu znalezienia miejsca pęknięcia w ścianie pęcherza wprowadziłem szybko przez cewnik do pęcherza ciepły roztwór soli kuchennej. Dzięki temu przednia ściana jego stała się o tyle dostępną, że zdołałem uchwycić ją i przeprowadzić przez nią dwie nici jedwabne. Unosząc niemi pęcherz ku górze, udało mi się odnaleźć w nim otwór w postaci szpary podłużnej, długości niespełna 1 ctm., leżącej nieco na prawo od linii środkowej.

Badanie dokładne pęcherza wykazało nieobecność w nim złożeń o ostrym brzegu czy końcu, które mogłyby być przyczyną rozdarcia ściany. Ujemny ten wynik badania nasunął mi przypuszczenie, że tkanki pęcherza u chorego naszego łatwo ulegają pęknięciu i że zeszytciu otworu może się przeto wcale nie udać; postanowiłem więc cały zabieg zakończyć odpowiedniemi sączkowaniem.

Złączywszy brzegi rany skóry od pępka aż do miejsca przecięcia powięzi na linii białej kilkoma szwami węzełkowymi, przyszyłem pęcherz do górnego kąta pozostałej rany zapomocą nitki poprzednio założonych pętli i wprowadziłem dwa sączki; jeden do *spatium Retzii*, drugi do pęcherza. Pozostała

część rany wypełniłem wyjałowionym muślinem. Przez cewkę do pęcherza wprowadziłem cewnik miękki, który połączyłem z lewarem do odprowadzania bez przerwy moczu.

Sposób ten okazał się u chorego naszego bardzo skutecznym: lewar odprowadzał bezustannie całą ilość moczu do kaczki, skutkiem czego brzegi rany i opatrunek pozostawały ciągle zupełnie suchymi.

Na trzeci dzień wyjąłem sączek z pęcherza, na piąty zaś usunąłem już w zupełności i drugi oraz prowizoryczne szwy, łączące pęcherz z powłokami.

18.VIII uwolniłem chorego od cewnika *à demeure*, a 29.VIII wypisałem go z lecznicy z zagojoną raną i z pęcherzem, czynnym jak najprawidłowiej.

Sądzę, że każdy z obu opisanych tu przypadków przedstawia pewne osobliwości zarówno co do sposobu powstania i przebiegu, jak i wyników operacyjnych, zasługujące na podanie do wiadomości i uwagę kolegów.

## STRESZCZENIE ZBIOROWE.

— + — + —

### O leczeniu eklampsyi połogowej odłuszczeniem torebek nerkowych (decapsulatio renum).

Chirurg amerykański EDEBOHLS, który już od wielu lat zajmuje się leczeniem operacyjnem zapalenia ostrego i przewlekłego nerek, powziął w r. 1903 szczęśliwą myśl zastosowania odłuszczenia torebek nerkowych w drgawkach porodowych. Operacja ta, wykonana po raz pierwszy przez EDEBOHLS'a w ciężkim przypadku eklampsyi połogowej, uwieńczona została zupełnem powodzeniem.

Następnie E. miał sposobność jeszcze dwa razy [w r. 1904 i 1906] uratować w ten sam sposób życie kobietom, chorym na eklampsyę. Wreszcie znany jest jeszcze 4-y tego rodzaju przypadek CHAMBRELENT'a i POUSSON'a, przedstawiony na posiedzeniu Akademii Lek. w Paryżu przez PINARD'a 3-go kwietnia r. b. W tym przypadku oprócz odłuszczenia torebek nerkowych dokonano jeszcze przecięcia prawej nerki (*nephrotomia*).

Ze względu na doniosłość i nowość przedmiotu pozwalam sobie przytoczyć tu 4-y te przypadki po kolei:

Przypadki EDEBOHLS'a.

1) 23-letnia pierwiastka. *Typhus abdominalis* w 4-ym miesiącu ciąży. Objawy zapalenia nerek spostrzeżono poraz pierwszy w 7-ym miesiącu. *Uraemia* i *eclampsia* w końcu 8-go miesiąca. Pięć gwałtownych napadów drgawek w ciągu 16-u godzin. *Accouchement forcé* podczas piątego napadu. Drgawki ustały po porodzie na 46 godzin. Następnie ponowiły się znowu, mianowicie

było sześć napadów ciężkich i 4 lżejsze w ciągu 18-u godzin. Wykonano *decapsulatio* obu nerek po upływie 72-ch godzin od porodu. Obie nerki przedstawiały zmiany, właściwe ostremu zapaleniu, lecz nie były znacznie powiększone. Odłuszczenie torebek łatwe.

Nowych napadów nie było. Zupełne i prędkie wyleczenie. Dziecko zmarło podczas porodu. Matka od chwili wykonanej na niej przed 3-a z górą laty operacji cieszy się najlepszym zdrowiem; w moczu niema ani białka, ani wałeczków.

2) 20-letnia pierwiastka. W ostatnim miesiącu ciąży zjawilo się zapalenie nerek. Pod koniec ciąży *uraemia* ciężka, 3 dni trwająca. Nagle gwałtowny napad eklampsji, zupełna ślepotą i głęboka śpiączka (*coma*). Prawie zupełne przerwanie oddawania moczu; przed operacją tylko 1,44 gr. mocznika w ciągu 24-ch godzin. Usta maciczne prawie zamknięte; bólów porodowych niema.

Wykonano odłuszczenie torebek na obu nerkach podczas drugiego ciężkiego napadu drgawek, we dwie godziny po pierwszym napadzie. Więcej napadów już nie było; mocz oddawany jest swobodnie, ślepotą znikła i przytomność powróciła. Stan chorej nie wzbudza więcej obawy. We dwa dni potem pojawiły się bóle porodowe. Poród kleszczowy. Bliźnięta płci męskiej, każde wagi 2640 g., urodziły się w stanie asfitycznym. Pierwsze dziecko żyje i ma dziś 16 miesięcy; drugie nie mogło być do życia przywrócone. Matka do dziś dnia zdrowa. Mocz pod każdym względem prawidłowy.

3) Pierwiastka 20-letnia, urodziła dziecko żywe, donoszone, wagi 3900 g. Poród przebiegł szybko i zakończył się bez pomocy. Mocz, badany na miesiąc przed porodem, nie zawierał białka. Następnego dnia po porodzie nad ranem skarżyła się położnica na ból głowy i zaburzenia wzrokowe; wkrótce potem wystąpiły: zupełna prawie ślepotą, drgania i utrata przytomności. O 9-ej godzinie z rana zjawil się ciężki napad drgawek. Lekki stan gorączkowy, wstrzymanie oddawania moczu. Wypuszczony po 26-u godzinach mocz z pH 5,5, z ilości 500 ctm. sz. zawierał 20,47 części stałych, z tego białka 1,5, mocznika 2,5. Badanie drobnowidzowe wykazało liczne wałeczki rozmaitego rodzaju: szkliste małe i wielkie, drobnoziarniste, drobnotłuszczowe i pokryte nabłonkiem; prócz tego nieco krążków krwi, leukocyty i tłuszczowo zwyrodniałe komórki nerkowe. Do wymienionych objawów wkrótce przyłączyło się bezwiedne oddawanie stolca i głęboka zapaść. Do godziny 4-ej po południu położnica miała 7 ciężkich i wiele lżejszych napadów drgawek. Nie zwlekając więc już dalej, E. przystąpił do wykonania pod uśpieniem chloroformem operacji odłuszczenia torebek nerkowych, podczas której pacjentka miała jeszcze jeden silny napad drgawek. Operacja trwała 26 minut.

Obie nerki okazały się umiarkowanie powiększone. *Capsulae propriae* z obu stron zgrubiałe, twarde, luźno i bez napięcia przystające do nerek, dały się łatwo odłuszczyć z powierzchni nerek bez najmniejszej utraty krwi. Nerki same przedstawiały obraz zwyrodnienia mięsowego i zastojów krwi z brudnożółtym zwyrodnieniem tłuszczowym tkanki.

W ciągu następnych 24-ch godzin rozpaczliwy stan chorej pozostawał prawie niezmienny. Dwa następne napady drgawek, już ostatnie w przebiegu tej choroby, zjawily się w ciągu 8-in pierwszych godzin po operacji. Głęboka nieprzytomność, mimowolne oddawanie moczu i kału trwały w dalszym ciągu.

Po 24-ch godzinach przytomność powróciła; o całym swem przejściu chorej nie wiedziała. Od tego czasu zdrowie powracało bez przerwy aż do zupełnego wyzdrowienia położnicy po upływie 23-ch dni od operacji. W moczu

zebrany przez 24 godziny 4-go dnia po operacyi ilość mocznika = 33,0, białka 3,0, a wszystkich części stałych = 56,92.

Od tego czasu zdrowie pacjentki nie zostało niczem zakłócone. Po trzech miesiącach zaszła ponownie w ciążę. Mocz jest prawidłowy, ciąża przebiega prawidłowo [8 y miesiąc].

Przypadek CHAMBRELENT'a i PAUSSON'a.

4) Pierwiastka 21-letnia, nie chorowała, ani też nie jest dziedzicznie obciążona. Ciąża prawidłowa. Białko w ilości minimalnej wykryć się daje w moczu na 2 dni przed porodem. W kilka godzin po rozpoczęciu się porodu zjawia się zamroczenie, senność, następnie gwałtowny napad eklampsyi. W nocy stan śpiączki, przerwany dwoma lub trzema napadami drgawek. Poród przyspieszono przez rozszerzenie palcami szyjki po 16-u godzinach od początku pracy porodowej. Szybkie ukończenie porodu, krwawienie nieznaczne. W 1/2 godziny później bardzo gwałtowny napad drgawek, następnie śpiączka, której przerwać nie podobna przez 24 godziny. Od chwili rozpoczęcia się porodu, a więc od 48-u godzin, oddawanie moczu wstrzymane, a cewnikiem wydobyto ledwie 200 ctm. sz. moczu ciemnego, słabo kwaśnego, ubogiego w mocznik i w sole i zawierającego dużo białka.

Wykonano odłuszczenie dwustronne torebek nerkowych i przecięcie nerki prawej. Natychmiast potem zwiększyło się wydzielanie moczu bardzo obficie i podniosła się ilość mocznika i fosforanów. Tylko chlorki pozostają poniżej ilości prawidłowej, ilość białka zmniejsza się, lecz trwa dalej. Począwszy od dnia następnego śpiączka staje się mniej głęboką i znika zupełnie dnia trzeciego. Wyzdrowienie zupełne.

Jak widzimy, czterem położnicom, ciężko chorym wskutek zatrucia krwi, uratowano życie dzięki heroicznemu zabiegowi: odłuszczeniu torebek nerkowych (*decapsulatio*). Według ogólnie panującego obecnie poglądu, eklampsya jest to zatrucie krwi (*toxaemia*) jadem pochodzenia i natury jeszcze nieokreślonej; do zatrucia tego przylączają się, pierwotnie lub wtórnie, pogorszenia jego następstwa, zmiany w wątrobie i nerkach, a więc w dwu najważniejszych dla ustroju narządach wydzielniczych. Zmiany w nerkach zależą, jak wiadomo, od rozwijającego się ostrego zapalenia śródmiąższowego (*nephritis parenchymatosa acuta*), wskutek którego w nerce, mieszczącej się w nierozciągliwej torebce, powiększa się napięcie wewnątrznerkowe do tego stopnia, że pierwiastki tkanki nerkowej ulegają uciskowi i w znacznej części obumarciu, a czynność nerek zostaje prawie zniesiona. Następstwem tego są *uraemia* i *eclampsia*. Odłuszczenie torebek nerkowych samo przez się, jako też w połączeniu z przecięciem nerki znosi od razu napięcie wewnątrznerkowe, uwalnia pierwiastki tkanki nerkowej od ucisku, a wskutek tego przywraca czynności nerce. Prócz tego nie trzeba zapominać, że sama operacja odłuszczenia torebek, zwłaszcza zaś przecięcia nerki jest połączona z dość znacznym upustem krwi, który, jak wiadomo, oddziaływa też zbawiennie, uwalniając ustrój od znacznej części produktów zatrucia, które wywołały napad mocznicy (*uraemia*). Zaraz po uwolnieniu nerek od ucisku wewnętrznego wzmagają się znacznie wydzielanie mocznika i dobowo ilość moczu powiększa się ogromnie.

W czterech przytoczonych przypadkach pod wpływem odciągającego działania operacyi EDEBOHL's'a ustały natychmiast napady eklamptyczne i chore wyzdrowiały. Charakterystyczne jest zwłaszcza działanie odłuszczenia torebek w przypadku 2-im EDEBOHL's'a: tutaj napady eklampsyi zjawily się jeszcze przed porodem i przy pomocy odłuszczenia torebek, jeszcze zanim poród się rozpoczął, przerwane zostały.

( 1) *Zentralblatt für Gynäk.* 1906. Nr. 25. 2) *Bulletin de l'Académie de Médecine.* 1906. N. 14). Zweygbaum.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 184. P. Clairmont. Przyczynki do chirurgii nerek.

Kryoskopia moczu przedstawia dla rozpoznania rzeczywiście wartość tylko wówczas, gdy wyniki licznych badań, w tym kierunku prowadzonych, zgadzają się ze sobą. Jeżeli dalej wziąć pod uwagę, że drobinkowe stężenie różnych porcji moczu zależy od wielu czynników ubocznych [np. po długotrwałem pozostawianiu cewników w moczowodach], że dla  $\Delta$  liczby mogą być normalne i w razie guzów nerki przy jednoczesnem istnieniu zaledwie resztek mięszu specyficznego, to stąd łatwo wywnioskować, że dla wczesnego rozpoznania niewydolności nerki kryoskopia nie przedstawia wartości należytej. O wiele już czulszą jest próba florydzynowa. W tych przypadkach, w których oznaczenie punktu zamarzania nie daje żadnej wskazówki rozpoznawczej, jedynym objawem zaburzeń czynności nerek staje się stwierdzenie nieznacznego opóźnienia w wydzielaniu cukru; należy jednak uczynić zastrzeżenie, że objaw pomieniony należy brać *cum grano salis* przy rozpoznawaniu różniczkowem guzów w prawem podżebrzu, wiadomo bowiem, że opóźnione wydzielanie cukru z prawej nerki zdarza się i przy cierpieniach pęcherzyka żółciowego. Z pośród guzów nerek najczęstsze są nadnerczaki, najrzadsze — raki. Dla pierwszych znamieniem jest wczesne występowanie *ephelides* i brunatno zabarwionych miejsc skóry. Guzy łatwo krwawiące stanowią przeciwwskazanie do katetyzacji moczowodu strony chorej. Ruchomość guza nerki jest właściwą nie tylko przypadkom, możliwym do operowania, lecz i nie nadającym się już do zabiegu krwawego. Rezekcja nerki nie nadaje się nawet dla tych nadnerczaków, które posiadają ostrą granicę i powstały na biegunie nerki. Należy zarzucić *nephrectomiam transperitonealem*, ponieważ ona nie pozwala na rozpoznanie we właściwym czasie ani zakrzepu żyły próżnej, ani rozlanego zajęcia gruczołów chłonnych — a przeciwnie, jest połączona ze znacznem niebezpieczeństwem zakażenia. Wielkie guzy najlepiej obnażyć cięciem lędźwiowem i wyluszczyć po dokonaniu bocznego otwarcia otrzewnej. Laparotomia lędźwiowa, która przede wszystkim nadzwyczaj ułatwia odluszczenie od *mesocolon*, nie przedstawia niebezpieczeństwa. Pozaotrzewne otwarcie moczowodu z powodu kamienia powinno być połączone z nefro- i pyelotomią; nawet pozytywny skiagram, który pozwala na zupełnie pewne i dokładne umiejscowienie kamienia moczowodu, nie powinien odwozić operatora od takiej właśnie skombinowanej operacji. Przy wodonerczu *nephrotomia* jest operacją nieodzowną, a mianowicie wówczas, gdy niemożliwem jest leczenie przyczynowe, a *nephrectomia* — przeciwwskazaną.

Przez *nephrotomiam* można osiągnąć wyleczenie w tych przypadkach roponercza, które powstają w następstwie ni-rzeżączkowego zapalenia pęcherza, szczególnie przy krótkim trwaniu zakażenia. O ile zaś w danym przypadku roponercza nie można wykluczyć tła gruźliczego, zaleca się wtedy dokonanie pierwotnej *nephrectomiae*. W razie istnienia uporczywej przetoki i wydzieliny *post nephrotomiam* można osiągnąć znaczną poprawę, a nawet zupełne wyleczenie przez zastosowanie zabiegów wtórnych (wyłuszczenie, rezekcja), dzięki którym można uniknąć konieczności wykonania wtórnej *nephrectomiae*. Tam, gdzie pierwotna *nephrectomia* wskutek niewydolności drugiej nerki jest przeciwwskazaną, też nerka po operacji (*nephrotomia*) roponercza może się o tyle po-

prawić, że później staje się możliwym wycięcie nerki chorej. Wreszcie autor zwraca uwagę na t. zw. bezmocz odruchowy, wywoływany chorobą nerki, której towarzyszą silne bóle i zahamowanie wydzielania; koniecznym warunkiem powstawania takiego stanu jest podrażnienie drugiej nerki, zależne od zmian w mięszu, które czynią nerkę wrażliwszą, nie wpływając atoli wybitnie na jej czynność.

(Arch. f. klin. Chirur. T. 79. Z. 3.)

W. Dobrowolski.

### 185. Albarran. Technika unieruchomienia nerki.

Przedsiębiorząc tę operację, należy dobrze pamiętać, iż należyte jej wykonanie winno czynić zadość następującym warunkom kardynalnym: 1) dokładne zbadanie nerki i moczowodu, 2) umiejscowienie nerki w dobrym położeniu, 3) dostateczne przytwierdzenie narządu i 4) możliwie najmniejsze obrażenie jej mięszu. Chorego układa się do operacyi na boku zdrowym, kończyna z tejże strony zgięta, druga zaś wyprostowana. Cięcie skórne zaczyna się na ostatniem żebrze przy mięśniu krzyżowo-łędźwiowym, skąd kieruje się mocno skośnie ku dołowi i naprzód, przechodzi na szerokość palca ponad najwyższym punktem grzebienia kości biodrowej i kończy się mniej lub więcej daleko. Następnie przecina się na przebiegu całej rany skórnej obie warstwy mięśniowe, dochodząc w ten sposób do powięzi m. poprzecznego brzucha. Oczywiście, i ta powięź ulega przecięciu, należy atoli w tym momencie operacyi pilną zwracać uwagę, aby nie uszkodzić ostatniej tętnicy międzyżebrowej, oraz nerwu brzuszno-płciowego; istnieje tu również niebezpieczeństwo, choć już w mniejszym stopniu, otwarcia jamy opłucnej. Następną warstwę stanowi *fascia retrorenalis*, przy której przecinaniu można przypadkowo zranieć otrzewną; aby tego uniknąć, autor radzi przecinać ową powięź zupełnie od tyłu, pod m. łędźwiowym czworobocznym, bliżej kręgosłupa, niż brzegu tego mięśnia, poczem zostaje ona zupełnie usunięta. Obejrzawszy nerkę, przystępujemy do odluszczenia właściwej torebki nerkowej, nacinamy więc ją na brzegu wypukłym narządu i zapomocą zgłębnika rowkowanego, a następnie po prostu palcem oddzielamy ją od mięszu, dochodząc aż do wnęki. Otrzymawszy tą drogą dwa płaty torebki, przedni i tylny, operator przecina każdy z nich nożyczkami na dwie połowy, zaczynając od brzegu, który pokrywał kąt wypukły narządu, aż do wnęki, czyli że każdy płat został przepołowiony na część górną i dolną. Przez podstawę każdego z tych 4-ch płatów zostaje przeciągnięta podwójna nitka katgut; zapomocą tych nici nerka będzie przymocowana do ostatniego żebra i ściany łędźwiowej. Przedtem jednak cała otoczka tłuszczowa zostaje usunięta na tylną powierzchnię nerki ku dołowi. Samo przytwierdzenie nerki odbywa się w sposób następujący: wkładamy krzywą igłą REVERDAN'a w ostatnią przestrzeń międzyżebrową bezpośrednio nad górnym brzegiem ostatniego żebra i wyprowadzamy jej koniec na poziomie dolnego brzegu tegoż żebra; wówczas przez dziurkę igły przewleka się jedną nitkę pierwszego przedniego szwu otoczki, igła w odwrotnym kierunku przechodzi swą poprzednią drogę i wyprowadza nitkę na zewnątrz nad żebrzem. To samo wykonywamy z nitką pierwszego szwu tylnego i dopiero wtedy zawiązujemy końce odpowiednich nitek, najpierw tylnych, a potem przednich, tak aby węzeł znajdował się na zewnętrznej powierzchni żebra, poczem górna trzecia część nerki powinna zostać ukryta pod żebrami w położeniu prawie pionowym, z nieznacznym pochyleniem naprzód. Pozostałe dwie nitki autor przymocowuje do ściany mięśniowej, a mianowicie: z tyłu od nerki przechodzi takąż igłą przez mięsień łędźwiowy czworoboczny przy jego brzegu przednim [unikając, naturalnie, uszkodzenia *n. abdomino-genitalis*], przyczem koniec igły ukazuje się w głębi rany, i uchwyciwszy jedną nitkę drugiego szwu tylnego otoczki, wyprowadza

ją przez mięsień na zewnątrz; końce nitki zostają zawiązane, obejmując brzeg m. lędźwiowego czworobocznego. Od przodu igła przebija powierzchnię ściany mięśniowej w odległości 1 cm. od brzegu rany i uprowadza powrotną drogą jedną nitkę drugiego szwu przedniego; końce tej nitki zawiązuje się w ten sposób, iż obejmuje ona część głęboką ściany mięśniowej. Koniec końców górna trzeci nerki zostaje pokryta przez żebrą; tylna jej powierzchnia styka się z m. lędźwiowym czworobocznym, a przednia — z głęboką powierzchnią poprzecznego mięśnia brzucha. Brzeg wypukły nerki i część jej powierzchni znajdują się w głębi rany. Pod nerką torebka tłuszczowa mniej lub więcej wypełnia ranę. Po wybraniu skrzepów i nałożeniu niezbędnych podwiązek, autor zakłada dren pod dolny koniec nerki. Mięśnie i powięź zostają dokładnie zeszyte szwem węzłowym katgutowym. Skórę autor zeszywa zapomocą *crin de Florence*, którym przymocowywa też i dren.

(*La Presse médic.* 1906. Nr. 32).

W. Dobrowolski.

### 186. Hengge. O zachowawczej metodzie operowania mięśniaków macicy.

Zabieg operacyjny przy mięśniaku macicy, wyłączając, rozumie się, polipy i mięśniaki podśluzowe, bywa trójakiego rodzaju: 1) doszczętne wycięcie macicy, 2) amputacja trzonu macicy i 3) wyluszczenie mięśniaka przez pochwę z zachowaniem macicy. Z tych trzech sposobów ostatni jest najmniej radykalny, lecz jednocześnie najbardziej celowy, gdyż młoda kobieta rzadko chyba zgadza się chętnie na bezpłodność.

Dla lekarza jednak przy wyborze zabiegu największe znaczenie powinno mieć pytanie, czy wyluszczenie mięśniaka przez pochwę, — zabieg, usilnie zalecany przez autora — daje trwałe wyniki i względnie mały % śmiertelności.

Osobiste doświadczenie autora opiera się na dwóch tylko operacjach, uwieńczonych pomyślnym pod każdym względem skutkiem. W obu razach mięśniak był śródmiąszowy, to też autor po przecięciu podłużnym przedniej ściany pochwy, otwierał fałdę pęcherzowo-maciczną (*plica vesico-uterina*), i odsuwał pęcherz; wówczas przednia powierzchnia macicy stała się dostępną. W przypadku, w którym guz tkwił w tylnej ścianie macicy, trzeba było rozciąć podłużnie przednią ścianę, i przez dno i jamę macicy dostać się do ściany tylnej. Po usunięciu guza autor dokładnie zaszył łożysko jego piętrowym szwem katgutowym, macicę zaś ściągnął na dół w celu przekonania się, czy prócz wyluszczonego, niema innych guzów, co było rzeczywiście w drugim przypadku.

Powróćmy do śmiertelności i trwałości wyników operacji. Otóż większą śmiertelność spotykamy przy stosowaniu metody zachowawczej u WINTER'a, DORDERLEIN'a-KROENIG'a i GRAF'a. WINTER podaje statystykę swych 343-ch przypadków, z której wynika, że najmniejszy % śmiertelności dawało całkowite wyluszczenie macicy przez pochwę, drugie miejsce zajmowało odjęcie macicy nadpochwowe, największą zaś śmiertelność miał przy wyluszczeniu mięsaka przez pochwę z zachowaniem macicy. Dodać jednak trzeba, że WINTER należy do niedoświadczonych techników w tej dziedzinie. Daleko bardziej przekonującymi są dane MARTIN'a, twórcy metody, który w 147-u przypadkach operacji zachowawczej miał 5,4%, a w 134-ch przypadkach amputacji 7,4% śmiertelności.

Co się tyczy trwałości wyników operacji, to dane WINTER'a i GRAF'a dowodzą, że wznowienie następowało w 7% — 13%. Lecz statystyka nie jest ścisłą, gdyż z liczby tych wznowień nie wydzielono polipów, mięśniaków podśluzowych i podsurowicznych, i nie badano macicy czy nie zawiera innych jeszcze guzów, prócz usuniętych. Zresztą, gdyby nawet powtórna operacja była w pewnych razach potrzebną, to jednak zabieg zachowawczy pozostawia kobiecie na pewien czas jej cechy płciowe, normalne odpływy miesięczne i możliwość zajścia w ciążę. Nakoniec, wyniki operacji zależą po części od dokład-

nego zbadania ściany macicy i w tym celu zalecane przez autora ściągnięcie macicy na dół przez pochwę znacznie ułatwia sprawę.

W jaki sposób wpływa opisana metoda na zaburzenia, towarzyszące mięśniakom, mianowicie nerwice, zmiany w obiegu krwi, objawy ucisku na pęcherz moczowy i t. d.— jest to pytanie, na które WINTER, GRAF i ESSEN — MOELLER dają odpowiedź nieprzychylną, HENKEL zaś i MARTIN odwrotnie. Bezwzględna jednak zaletą zabiegu, przy którym macica zostaje zachowana, jest możność zajścia w ciążę. Prawda, że dotąd posiadamy tylko 37 opisów donoszącego płodu, ale wszak przy mięśniakach wogóle normalna ciąża jest rzadkością, a przez usunięcie macicy odbieramy kobiecie wszelką nadzieję.

(*Münch. medic. Wochenschr.* 1906, Nr. 16)

Henryk Goldberg.

### 187. Opitz. O znieczuleniu przez rdzeń kręgowy (*anaesthesia lumbalis*) przy operacjach ginekologicznych.

BIER, ogłaszając kilka lat temu metodę znieczulania przez rdzeń kręgowy, ostrzegał zarazem o niebezpieczeństwie stosowania jej zależnem głównie od trującego działania kokainy. Obecnie już takiego niebezpieczeństwa niema, bo 1) rozporządzamy całym szeregiem środków o własnościach daleko mniej trujących, niż kokaina, jak oto: eukaina, tropakokaina, stowaina, alypina i t. d.; i 2) do płynu znieczulającego możemy dodawać adrenalinę, suprareninę, paranefrinę, które te środki, jak dowiódł BRAUN, wywołują zężenie się naczyń, przez co zatrzymują płyn wstrzykiwany dłużej w danym miejscu, nie pozwalając mu się wsysać zbyt szybko; dzięki temu możemy stosować środki znieczulające w dawkach daleko mniejszych.

Autor podaje wyniki zastrzykiwania nowokainy, wynalezionej przez EINHORN'a, środka daleko mniej trującego niż nawet stowaina. Z badań BREBERFELD'a i BRAUN'a okazuje się, że nowokaina posiada własności znieczulające i nie drażni tkanek. Stosuje się ją w roztworze 5% z dodatkiem *suprareniny*, [najlepiej z zalutowanych rurek] w ilości 2 ctm. sz. przy operacjach na kroczu i pochwie, a 3 ctm. sz. przy laparotomiach. Przed laparotomią należy po zastrzyknięciu nowokainy trzymać chorą z 5 minut w położeniu z uniesioną miednicą. Z 25-u przypadków autora widać, że znieczulenie nastąpiło w 19-u, w 2-ch spostrzeżeniach nowokaina nie okazała żadnego wpływu, a w 4-ch znieczulenie było niepełne i trzeba było użyć eteru. Po operacji chore czuły się daleko lepiej, niż jak to bywa po uśpieniu. Żadnych złych następstw po nowokainie nie zauważono. W kilku przypadkach tętno spadło do 44 ch na minutę, ale prędko wracało do normy. W jednym przypadku chora przez 8 dni po operacji cierpiała na silny ból głowy, ból ten jednak nie był następstwem użycia nowokainy, ale skutkiem tego, że chorej przed zastrzyknięciem wypuszczono za dużo płynu mózgowo-rdzeniowego, co spowodowało zmniejszenie ciśnienia, następnie przekrwienie mózgu i co za tem idzie, ból głowy. Często notowane po operacji wymioty tylko w części można kłaść na karb znieczulenia lędźwiowego; główną ich przyczyną jest podrażnienie kiszek przy laparotomiach i przejście po operacji z wysokiego położenia miednicy do zwyczajnego, wywołujące chwilową niedokrwistość mózgu. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń autor uważa nowokainę za najlepszy ze wszystkich dotychczas stosowanych środków do znieczulania lędźwiowego i poleca go szczególnie u chorych starszego wieku lub wycieńczonych i gdy operacja jest ciężka i trwa długo.

(*Münch. medizinische Woch.* 1906. Nr. 18).

F. Karniewski.



## WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

### 42. Leczenie blednicy (*chlorosis*) gorącemi kąpielami.

Blednica zależy od nieprawidłowego wytwarzania się części składowych krwi [za mało elementów komórkowych, za mało hemoglobiny], czemu winne są narządy krwiotwórcze [czerwony szpik kości]. Ta niedostateczność spełniania czynności narządów krwiotwórczych może być cierpieniem pierwotnym lub wtórnym [cierpienia narządów płciowych, złe warunki życia, trapienia psychiczne, samozatrucia i t. d.]. Według powyższego zadaniem terapii w blednicy powinno być polepszenie, pobudzenie czynności szpiku kostnego. Tym to wpływem drażniącym na narządy przygotowujące krew tłómaczy się pomyślne działanie żelaza, manganu i arseniku. Każdy wreszcie środek lub postępowanie lecznicze, przyspieszające przemianę materii, zmieniające ciśnienie krwi, wymianę gazów przez płuca i skórę, wpływa tonizująco na narządy krwiotwórcze. Od czasów WINTERNITZ'a znane jest korzystne pod tym względem działanie bodźca zimna, a od lat 10-u ciepła. W wielu przypadkach blednicy to ostatnie lepiej nawet jest znoszone. Działanie dobroczynne kąpeli suchych parowych w blednicy stwierdzili: SCHOLZ, WILHELM, SCHUBERT, DYES, KÜNNE, DEHIO; a kąpeli wodnych gorących: SENATOR, GRAWITZ, BARUCH, LAQUER, ROSIN. Ten ostatni (*Therapie der Gegenwart*. 1906. N. 7) w świeżo wydanej pracy potwierdza dobre wyniki kąpeli gorących w blednicy, o których mówił w r. 1898. Po przekonaniu się, iż pod osłoną blednicy nie kryje się jaka utajona choroba [płuc, serca, nerek, narządów płciowych], przewlekłe zatrucie lub zakażenie] zaleca on 3 razy tygodniowo przez 4 — 6 tygodni kąpiel 40° C [32° R] z początku 10-minutową, a potem 15 i 20 minut trwającą. Ciepłota przez cały czas trwania powinna być tej samej wysokości; w razie uderzeń do głowy—zimny okład. Po wyjściu z kąpeli przez kilka sekund zimny tusz, wytarcie do sucha ciała i leżenie przez godzinę. Rosin w wielu przypadkach już po 12-u kąpielach, zrobionych w ciągu 4 ch tygodni, widział zupełne wyzdrowienie, w niektórych zaś należało ich zrobić więcej, ale wspomina też przypadki, w których leczenie to nie wydało spodziewanego skutku.

W. G.

43. Celem pokrycia goryczy chininy u osób nie mogących połykać jej w pigułkach lub opłatku, a także u dzieci, dr ROCH z Genewy radzi podawać ją z masłem kakaowem (*Sulph. Chinin. 0,05 — 0,10, Butyri Cacao 0,15 — 0,30*) i rozpuścić w łyżeczce gorącego mleka.

## Przegląd bibliograficzny.

Zarys bakterjologii krwi. Zestawił BRUNON CZAPLICKI. Łódź. 1906.

Szczęśliwą myśl miała pracownia SERKOWSKIEGO, wydając „Zarys bakterjologii krwi“, w dziedzinie tej bowiem nauka, szczególnie w ostatnich czasach, takie uczyniła postępy, wykazała tyle nowych faktów, że już to samo usprawiedliwia potrzebę wydzielenia tego działu z bakterjologii ogólnej. Spe-

cyalnie odczynny, których nie spostrzegamy w innych tkankach ustroju, odrębna technika i t. p. nadaje bakterjologii krwi cechy odrębnej całości, bynajmniej nie jakiś drobny i podrzędny dział nauki o drobnoustrojach stanowiącej, lecz przeciwnie—obejmującej olbrzymią literaturę, której poznanie dziś już wymaga wielkiej pracy i nastęrcza dużo trudności.

Książka kol. CZAPLICKIEGO znakomicie uproszcza tę pracę i przeto daje możność wszystkim zapoznania się z tą nową dziedziną bakterjologii, która coraz to więcej praktycznego zastosowania zyskuje. Zasługa autora jest tem większa, że pracę swą wykonał nie w bogatej w środki pomocnicze pracowni uniwersyteckiej, lecz w prywatnym zakładzie, i że w dzisiejszych szczególnież czasach monografie nie rodzą się bynajmniej, jak grzyby po deszczu.

Praca kol. CZAPLICKIEGO składa się z dwóch części: ogólnej i szczegółowej. Pierwsza rozpoczyna się od wykładu sposobów przenikania bakterji do krwi i dalszych ich losów według poglądów współczesnych, szczególnież szkoły krakowskiej, której wyborne prace wiele kwestyi dotyczących wrót zakażenia ostatecznie rozstrzygnęły. Przytoczywszy luźno zresztą z tem związane prace nad składem chemicznym krwi w stanach patologicznych, autor przechodzi do wykładu pojęcia o odporności ustroju wrodzonej i nabytej i streszcza odnośne teorie: MIECZNIKOWA, teorię ogniw bocznych EHRlich'a, a szczególnież teorię SERKOWSKIEGO o autowakcynacyi. W rozdziale o serodygnastyce zapoznaje z praktycznem zastosowaniem tych faktów, którymi medycyna zubożona została prze wykrycie aglutynin, precipityn i wogóle t. zw. przeciwciał; poczem przechodzi do omówienia spraw chorobowych ogólnych, związanych z obecnością bakterji we krwi, jak oto: posocznicy i ropnicy. Wreszcie ogólną część swej monografii zamyka autor rozdziałem, poświęconym metodyce bakterjologicznego badania krwi, a więc sposobom otrzymywania krwi, utrwalaniu i barwieniu preparatów, hodowaniu bakterji, a także określaniu bakterjobjęzości surowicy, sposobom wykonania próby na aglutynację, precipitację i t. d.

Część druga, specyjalna składa się z kilku rozdziałów, z których każdy poświęcony jest opisowi pojedynczych drobnoustrojów z pośród najczęściej zdarzających się we krwi; a więc przedewszystkiem znajdujemy tu opis paciorkowców, gronkowców, laseczników tyfusu brzusznoż, ropy błękitnej, dwoinek FRAENKEL'a i WEICHELBAUM'a [meningokoków], laseczników węgliku, lasecznika okrężnicy, krętków OBERMEIER'a, plazmodyów zimnicy i innych rzadziej spotykanych we krwi. Rzecz prosta, że opisy te nie podają elementarnych wiadomości o wyglądzie, hodowaniu, barwieniu i innych cechach odnośnych drobnoustrojów, lecz dotyczą wyłącznie znajdowania ich we krwi i przytaczają najnowsza literaturę tego przedmiotu. Zaznaczyć należy, że nasza literatura została należyście uwzględniona, a nawet w części ogólnej autor nieraz powołuje się wyłącznie tylko na prace autorów polskich i z nich czerpie potrzebne mu wiadomości. Wogóle książka nie jest przeładowana literaturą, czyta się łatwo i dzięki temu nadaje się bardzo jako podręcznik dla szerokiego ogółu lekarzy i studentów. Tem więcej żałować trzeba, iż nie jest wolna od zarzutów co do czystości języka [nadużywanie wyrazów cudzoziemskich] i stylu, który szczególnież w części ogólnej w wielu miejscach jest zaniedbany, co sprawia, że opisy pewnych bardziej zawilych odczynów nieraz tracą na jasności.

W. Dąbrowski.

## WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne d. 17-go kwietnia 1906 r.

RZĘTKOWSKI demonstruje aortę królika, któremu wstrzykiwano przez czas dłuższy chlorek barowy do żył usznych. W niektórych miejscach widać wyraźne zmiany miażdżycowe, w innych tworzenie się rozległych wgłębień aneurymatycznych, pokrytych warstwą włókniaka. Przed kilku laty JOSUÉ pierwszy otrzymał takie zmiany u królików pod wpływem dożylnych wstrzykiwań adrenaliny. Wkrótce powtórzono te badania i potwierdzili je inni badacze, między innymi też RZĘTKOWSKI, który wypowiedział przypuszczenie, że idzie tu prawdopodobnie o skutek nadmiernie podwyższonego ciśnienia. Inni natomiast przemawiali za swoistym wpływem toksycznym adrenaliny. W październiku roku ubiegłego ORGELBRAND na propozycję RZĘTKOWSKIEGO podjął temat o wpływie iniekcji dożylnych chlorku barowego na tętnice u królików. Wynik doświadczeń jest następujący. 1 królik zdechł skutkiem ostrego zatrucia  $BaCl_2$ , u 2-go znaleziono minimalne zmiany na aorcie wstępującej w postaci małych owrzodzeń atermatycznych, u ostatniego zaś, któremu zrobiono najwięcej zastrzyknięć, znaleziono w aorcie ogromne zmiany. Wynik tych doświadczeń pociąga, że atermatoza aorty doświadczalnie da się u królików wywołać nie tylko przy pomocy adrenaliny, ale — i tak niezłożonego ciała, jak  $BaCl_2$ , która podnosi ciśnienie tętnicze. Adrenalina więc nie działa specyficznie, lecz skutkiem podniesienia ciśnienia krwi w tętnicach.

RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p. t. „O niektórych zaburzeniach czynności mięśnia sercowego w świetle badań najnowszych”. Po krótkim omówieniu ważniejszych wytycznych mięśniowej teorii czynności mięśnia sercowego, Rz. rozpatrzył mechanizm *extra systoli*, jej stosunek do arytmii serca, znaczenie kliniczne. Dalej Rz. przeszedł do roztrząsania zaburzeń w przewodnictwie mięśnia sercowego, rozpatrzył t. zw. „Herzbloc” i przytoczył obserwowany przez siebie przypadek choroby ADAMS-STOKES'a. W końcu Rz. omówił sprawę zaburzeń w kurczliwości mięśnia sercowego i t. zw. *pulsus alternans*.

Posiedzenie kliniczne dnia 24-go kwietnia 1906 r.

LANDAU HENRYK wygłosił odczyt p. t. „Morfologia i geneza białych ciałek krwi”.

Zdemonstrowawszy główne postaci białych ciałek krwi, wyluszczał szczegółowo najnowsze klasyfikacje oraz teorie powstawania [EHRlich'a, PAPPENHEIM'a i in.] tych ciałek, poczem przeszedł do omówienia leukocytozy, oraz pseudoleukemii o tyle, o ile stany te przyczyniają się do wyświetlenia kwestyi, poruszanych w nagłówku.

Posiedzenie kliniczne dnia 9-go maja 1906 r.

A. KOZERSKI i W. ŁAPIŃSKI przedstawili 8-letniego chłopca, operowanego z powodu mięsaka i leczonego następnie promieniami ROENTGEN'a. W początkach kwietnia 1905 r. rodzice zauważyli u chłopca guz w okolicy lewego obojczyka. Guz rósł szybko, tak, że w połowie maja, przedstawiał się w po-

staci jaja gołębiego, znajdował się nieco wyżej obojczyka, był ściśle z nim zrośnięty i był twardy, nieruchomy. Rozpoznano guz złośliwy, przypuszczalnie — mięsak (*sarcoma*). 19-go maja 1905 r. Ł. dokonał operacji usunięcia guza, przyczem usunięto także szereg drobnych twardych gruczołów, znajdujących się w tłuszczu w pobliżu żyły szyjnej.

Guz zaczął odrastać — już w 6 tygodni po operacji, a gdy Ł. ujrzał chłopca w połowie września, t. j. w 3 miesiące po operacji, znalazł co następuje: w okolicy lewego obojczyka znajdował się guz wielkości dużego jaja kurzego, guz okalał całkowicie wewnętrzne  $\frac{2}{3}$  cz. obojczyka, był twardy, nieruchomy. Z lewej strony szyi w okolicy naczyń znajdował się drugi guz, wielkości jaja gołębiego, twardy, ruchomy. W okolicy lewej pachy przy zewnętrznym brzegu mięśnia piersiowego wielkiego znajdowały się dość liczne, drobne gruczoły. Guzy te rosły w ostatnich czasach nadzwyczaj szybko. Poniżej obojczyka istniało lekkie stłumienie wypukowe, oddech zlekka osłabiony. Stan ogólny — dobry.

Wobec złośliwości sprawy nowotworowej Ł. usunął guz na szyi oraz liczne gruczoły drobne, znajdujące się w tłuszczu, oraz wyciął guz w okolicy obojczykowej, przyczem usunął powierzchowną warstwę obojczyka, powierzchowne warstwy mięśnia piersiowego wielkiego, oraz przylegające do jego brzegu zewnętrznego gruczoły. Nacieczenie nowotworowe sięgało jednak i po za staw mostkowo-obojczykowy. Ze względu na sąsiedztwo wielkich pni naczyniowych tę część guza pozostawiono.

Badanie drobnowidzowe guza [kol. Pstrokoński] wykazało budowę mięsaka (*sarcoma globoparvicellulare*).

Na początku trzeciego tygodnia po operacji guz zaczął odrastać: po nad obojczykiem zjawilo się nieznaczne ograniczenie. W tym stanie Ł. skierował chorego do KOZERSKIEGO.

W zakładzie KOZERSKIEGO rozpoczęto naświetlać chorego promieniami X dnia 14. X. 1905 r. Ażeby dosięgnąć promieniami całego otoczenia obojczyka, naświetlano: 1) w kierunku, prostym do przedniej powierzchni klatki piersiowej i 2) ukośnie ku przodowi z nad lewego ramienia — zawsze rurką twardości 6—7 skali BENOIST; 14 i 17. X. dano po 2 H [skali HOLZKNECHT'a]; 17 i 24. XI dano znów po 4 H.

29. I. 1906 roku ŁAPIŃSKI skierował znów chorego do KOZERSKIEGO z powodu nacieku naokoło wewnętrznego końca obojczyka. Od 29. I. do 16. II. dano po 5 H. Nacieki szybko niegł wessaniu. 24 i 27 III. dano po 4 H na podejrzone gruczoły, wielkości grochu z lewej strony szyi i w lewej pasze. Czy gruczoły te i dawniej były wyczuwalne, nie było pewnem. Uległy wessaniu. — 3 i 10. V dano znowu po mniej niż 4, 4. Oprócz wymienionego wyżej leczenia Ł. zrobił choremu dwie serye po 40 wstrzykiwań podskórnych *Natri Cacodylici* [à 0,02 — 0,05] w październiku i listopadzie oraz w lutym i w marcu.

Nie przesądzając ostatecznego wyniku, KOZERSKI podnosi, że od ostatniej operacji upłynęło siedem miesięcy i stan chorego pozostaje pomyślnym, gdy tymczasem bez rentgenoterapii powrót następował po upływie 6 u tygodni po pierwszej operacji i we 2 tygodnie po drugiej.

Wobec faktów:

1) że pewne gatunki mięsaków i raków szybko ulegają wessaniu pod wpływem promieni X; i że

2) przy umiejętności użycia rentgenoterapia wyklucza wszelkie niepożądane niespodzianki,

KOZERSKI przemawia za zdaniem tych, którzy widzą w rentganoterapii nie antagonistę, lecz dopełnie chirurgii, która po wycięciu złośliwego nowo-

tworu powinna uciekać się do promieni w celu zniszczenia niedostrzegalnych dla oka możliwych pozostałości nowotworu.

WACŁAW ŁAPIŃSKI mówi o „operacyjnym leczeniu gruźlicy kości długich (*spina ventosa*) stopy i dłoni u dzieci.

Ł. oświadcza się na wstępie jako zdecydowany zwolennik leczenia zachowawczego gruźlicy kostno-stawowej u dzieci, zaznacza jednak, że leczenie to często zawodzi w gruźlicy kości długich stopy i dłoni (*spina ventosa*). Przyczyny tego zjawiska leżą w danych klinicznych i anatomicznych cierpienia. Sprawa gruźlicza ogarnia tu zazwyczaj całą kość niekiedy z obydwoma nasadami: kanał kości bywa rozszerzony i wypełniony ziarniną lub ropą, dość często spotykają się martwaki, wygląd zaś rozdęty kości zależy od nowo wytworzonej pod okostną warstwy kostnej (*hyperostosis*); po przebicciu tej warstwy przez sprawę gruźliczą, idącą z głębi kości, zjawiają się ropnie podskórne. Wobec szerzenia się gruźlicy w całej kości i nasadach zostają zagrożone oba sąsiednie stawy danej kości: jest rzeczą jasną, że ten koniec kości, który ma nasadę całkowitą, t. j. linię przyrostkową oraz jądro kostnienia, jest lepiej zabezpieczony od idącej z trzonu kości sprawy gruźliczej, aniżeli koniec posiadający zwykłą chrząstkę stawową.

Klinika stwierdza wymownie, że gruźlica o wiele chętniej się szerzy w kierunku wymienionego dopiero co mniejszego oporu, t. j. przenika przez zwykłą chrząstkę stawową; natomiast często zatrzymuje się przed nasadą całkowitą. A zatem gruźlica II, III, IV i V kości stopowych oraz dłoniowych jest często punktem wyjścia dla wtórnego zajęcia kości stępu i napięstka.

[D. n.]

I. Londstein.

## Wiadomość bieżąca.

— Zarządy szpitali warszawskich otrzymały w tych dniach z kancelaryi jenał-gubernatora zawiadomienie, że „ponieważ Najwyżej zatwierdzona w r. 1842 ustawa szpitali cywilnych w Królestwie Polskim, pozwalająca ordynatorom szpitali pisać karty szpitalne w języku polskim, nie była w drodze prawodawczej zmieniona, karty te i nadal mogą być pisane w języku polskim“. *De facto* karty szpitalne lekarze w szpitalach warszawskich już od listopada 1905 r. piszą po polsku.

— Zarząd Towarzystwa rosyjskich lekarzy imienia Pirogowa postanowił, iż Zjazd lekarzy tego Towarzystwa odbędzie się w styczniu 1907 r.

— Koszt budowy świeżo wzniesionego w Berlinie szpitala imienia RUDOLFA VIRCHOW'a wyniósł 18868000 marek, to jest łóżko przecięciowo kosztowało 8162 marki. Szpital ten posiada 57 budynków, a w nich 3400 pokoi, przeznaczony jest na 2000 chorych, a mianowicie: 564 chirurgicznych (w 11 budynkach), 500 wewnętrznych (10 baraków), 95 ginekologicznych, 95 dla rodzących, 11 dla septycznych, 19 dla ciężarnych, 24 kwarantannowych, 34 dla dyfterytycznych, 120 dla zakaźnych (4 pawilony), 18 dla niespokojnych, 374 dla mężczyzn z chorobami narządów płciowych, 146 dla takichże chorych kobiet.

— W Prusach od 1-go stycznia do 30-go kwietnia r. b. zapadło na nagminne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych 1271 osób, a z nich zmarło 565. W maju r. b. zameldowano przypadków tegoż cierpienia 300, a zmarło 136, a mianowicie: w Poznańskim zachorowań 25 (śmierci 6), na Śląsku 110 (śmierci 57), w Westfalii 79 (30), w Nadreńskim 53 (26).

— W Luksemburgu Izba deputowanych zadecydowała przymusowe szczytowanie ospy w 1-y i 11-y roku życia.

— Dr SCHILLING miał odczyt w Towarzystwie Lekarskiem w Norymberdze w którym zachwala promienie ROENTGEN'a w leczeniu przewlekłego nieżytu oskrzeli (*bronchitis chronica*). Stosowanie promieni ograniczało ilość płwociny, zmniejszało duszność, nadto zmniejszały się objawy obiektywne cierpienia, a stan ogólny chorego poprawiał się. Naświetlanie dokonywał zapomocą twardych rurek, przecięciowo po 10 — 20 minut.

— W Baden-Baden otwarto sanatorium specjalnie dla chorych ze zbozczeniami przemiany materji.

— W Dreźnie z zapoczątkowania dra STADELMANN'a zawiązało się „*Gesellschaft für pädagogisch-psychiatrische Forschung*“.

— W Pradze Czeskiej zawiązało się „*Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Aerzte in Böhmen*“.

— GURON, słynny specjalista i dyrektor kliniki chorób moczowych w Paryżu, z powodu dojścia do 70-go r. życia przeszedł do emerytury. Jako kandydatów na katedrę wydziału lekarskiego przedstawił: ALBARRAN'a i LEGUEU.

— Zmarli: w Petersburgu w 79-y m r. życia OWSIANNIKOW, znany fizjolog i histolog; w Płocku w 54-y m r. życia KAMIL BEREZA, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego Płockiego i lekarz powiatu płockiego.

— W Nowo-Radomsku zmarł w 54-y m roku życia ś. p. KONRAD JÓZEF ZAŁEJSKI. Do gimnazjum uczęszczał w Krakowie, studia lekarskie ukończył w Uniwersytecie Warszawskim w r. 1874-y m, poczem osiadł w rodzinnem swem mieście Nowo-Radomsku, gdzie też prawie do końca życia praktykował. Przez kilka lat był lekarzem miejscowego szpitala, a następnie lekarzem fabrycznym. Był to umysł jasny, logiczny, charakter prawy, serce pełne poświęceń dla cierpiących. Przymioty te wraz z uprzejmem obejściem i skromnością zjednały mu nie tylko przyjaźń i szacunek kolegów uniwersyteckich, lecz i uznanie powszechne wśród ludności miast i okolicy. Ceniono go jako dzielnego lekarza praktyka i zacnego człowieka. Wyrazem uznania ogólnego było powołanie go na naczelnika miejscowej straży ogniowej ochotniczej.

Cześć Jego pamięci!

J. P.

---

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.