

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

## I. Rozpoznawanie i leczenie raków krtani.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

---

(*Ciąg dalszy*).

Już w pierwszej mojej, najbogatszej z istniejących dotąd statystyk, liczącej bowiem 422 przyp. raków krtani, leczonych za pomocą 4 metod operacyjnych, jako to: wewnątrzkrtaniowej, laryngofissury, jako też rezekcyi krtani częściowej i całkowitej, statystyce doprowadzonej do roku 1894 włącznie, przyszedłem na podstawie danych cyfrowych do ostatecznego wniosku, że jednak leczenie operacyjne tego cierpienia może dawać względnie niezłe wyniki, a nawet zupełne, długotrwałe wyleczenia.

Że wyniki te jeszcze nie były zbyt świetne, jeżeli liczba radykalnych wyleczeń raków krtani nie imponuje zbyt rozzmiarami, jeżeli natomiast względnie dość znaczną okazała się cyfra recydyw, jakoteż zejść śmiertelnych po tych rękoczynach, to znajduje to swoje usprawiedliwienie w fakcie, że pierwsza ta moja statystyka obejmowała przeważnie przypadki dawniejsze, w epoce, że się tak wyrażę, entuzjazmu operacyjnego, a więc po większej części niezbyt krytycznie wybierane, przytem na te niezbyt jeszcze zachęcające wyniki składały się zarówno niedostateczne jeszcze metody dyagnostyczne, nie pozwalające na wczesne rozpoznawanie rakowatego cier-

pienia krtani, jakoteż i nieudoszonalona jeszcze technika operacyjna. Że to ostatnie było przyczyną tych względnie częstych niepowodzeń w leczeniu operacyjnem raków krtani, dowodzi moja następna statystyka, doprowadzona już do r. 1897 włącznie, a obejmująca o wiele już większą ilość operowanych przypadków, gdyż 640. Pominąwszy już ten fakt, że w tem nowem, uzupełnionem zestawieniu cyfry, stwierdzające pomyślne wyniki operacyjne (t. zw. absolutne i względne wyleczenia), przedstawiają się już o wiele korzystniej, natomiast cyfry bezpośrednich po operacjach zejść śmiertelnych oraz recydyw są o wiele mniejsze, aniżeli w poprzedniej statystyce. Zasluguje na uwagę w tej nowej mojej statystyce podział danych statystycznych na 2 główne okresy: t. j. przypadki przed i po roku 1888-ym, t. j. do chwili, w której rozgrywała się słynna wszechświatowa tragedia, t. j. choroba i śmierć cesarza niemieckiego Fryderyka III-go, które ogromnie posunęły naprzód kwestyę operacyjnego leczenia raków krtani ze względu na olbrzymie zainteresowanie się od tej chwili w całym świecie lekarskim tą sprawą chorobową, której wyrazem było wspomniane wzmoczenie się prac, dotyczących tej kwestyi, między innymi i statystycznymi.

Wszystko to miało ostatecznie ten rezultat, że bardziej krytycznie zaczęto dobierać przypadki do operacyi, przede wszystkim zaś we wcześniejszych okresach raków krtani stosowane były zabiegi operacyjne.

Nic więc dziwnego, że i wyniki leczenia operacyjnego tego cierpienia w okresie 2-im, t. j. po roku 1888-ym musiały być i, rzeczywiście, były o wiele lepsze, aniżeli w pierwszym.

Jeszcze jeden fakt ujawnił się w 2-iej mojej statystyce—oto zalety laryngofissury, jako metody leczniczej raków krtani, zaledwie lekko zaznaczone w pierwszej mojej statystyce, występują wyraźniej, jednając tej metodzie jedno z najpierwszych miejsc w szeregu rękoczynów, w leczeniu tego cierpienia stosowanych. Lecz najbardziej zalety tej ostatniej metody, t. j.

laryngofissury ujawniają się w obecnej, najświeższej mojej statystyce, którą doprowadziłem do początku roku bieżącego (1904), a obejmującej kolosalną ilość operowanych przypadków, gdyż 802, t. j. prawie 2 razy więcej, aniżeli w pierwszej mojej z przed 8 laty statystyce (nawiasowo zwrócę tu uwagę, że najobszerniejsze z istniejących dotąd zagranicznych statystyk—mianowicie Wassermann'a i Kraus'a obejmują zaledwie: 1-sza — 176, 2-ga zaś 208 przypadków operowanych raków krtani). Jeżeli w przedostatniej mojej statystyce otrzymujemy już względnie niezłe cyfry odnośnie do wyników pomyślnych po zastosowaniu laryngofissury przy raku krtani ( $25\%$ ), to w obecnej, jak o tem się zaraz szczegółowo przekonamy, statystyce cyfra ta wzrasta prawie w dwójnasób (około  $50\%$  w 2-gim okresie). Cyfra ta w praktyce niektórych specjalistów, np. Semon'a z Londynu, jednego z najgorliwszych propagatorów laryngofissury w raku krtani, osiąga nawet niebywałych rozmiarów ( $80\%$ ), co się daje tłumaczyć przede wszystkim nadzwyczajną ostrożnością, z jaką autor ten wybiera do operacji swoje przypadki, redukując je tylko do najświeższych postaci tego cierpienia, jakoteż niezwykle udoskonaloną w rękach tego specjalisty, techniką operacyjną.

Jest wielce prawdopodobnem, że w dalszych statystykach cyfra wyleczeń przypadków raków krtani po dokonanej laryngofissurze jeszcze bardziej się powiększy, być nawet może zbliżając się do tej, jaką podaje w swoich przypadkach Semon.

Widzimy więc, że na podstawie moich statystyk, zwłaszcza zaś ostatniej dochodzimy do tego samego wniosku, co i Semon, t. j. odnośnie do pierwszorzędnej wartości leczniczej laryngofissury w raku krtani, stwierdzając w ten sposób wielkie «raison d'être» w ogóle statystyk w ocenianiu różnorodnych metod operacyjnych w leczeniu tego cierpienia.

Po tym, przydługim może, wstępie, który jednakże uważałem za stosowne w obronie wogóle zestawień statystycznych w leczeniu operacyjnem raków krtani przytoczyć, przechodzę

obecnie do krytycznego rozpatrzenia danych w ostatniej mojej statystyce.

Jak już wspomniałem, udało mi się do roku 1903 włącznie zebrać z dostępnej mi literatury w ogóle 802 przypadki, operowane za pomocą 4 następujących metod leczniczych:

1) drogą wewnątrzkrtniową (endolaryngealnie prz.	52
2) za pomocą laryngofissury	„ 209
3) „ rezekcyi częściowej wzgl. połowicznej krtani	„ 217
4) za pomocą rezekcyi całkowitej	„ 324

Razem prz. 802.

Cyfry powyższe następują parę uwag—przede wszystkim uderza fakt olbrzymiego, gdyż prawie w dwójnasób, wzrostu operowanych z powodu raka krtani przypadków w ostatnich latach (w pierwszej mojej statystyce, jak już wspomniałem, doprowadzonej do 1893 roku włącznie — liczba tego rodzaju przyp. wynosiła zaledwie 422), co dowodzi niewątpliwie, że leczenie operacyjne raków krtani zyskuje sobie coraz bardziej prawo obywatelstwa, resp. zjednywa sobie coraz większą ilość zwolenników.

Szczególnie uderzającą jest ta różnica odnośnie do liczby przypadków raków krtani, operowanych w ostatnich latach 9 za pomocą laryngofissury (w 1-ej statystyce notowałem tego rodzaju przypadków zaledwie 92). I znowu świadczy to na korzyść tej metody operacyjnej w raku krtani!

Przechodzę obecnie do poszczególnych metod operacyjnych i przede wszystkim zacznę od *wewnątrzkrtniowej* (endolaryngealnej).

Jak już wspomniałem, ilość tą drogą operowanych przypadków raków krtani wynosi do roku 1903 włącznie ogółem 52 przyp., z czego na 1-szy okres, t. j. do roku 1888-go przypada 17, zaś po r. 1888 — 35 przyp. Powtarzam raz jeszcze, że ten podział na 2 okresy, t. j. przed i po r. 1888,

który to rok, obejmujący chorobę i śmierć Fryderyka III, uważać należy w rozwoju nauki o operacyjnem leczeniu raków krtani za przełomowo-kulminacyjny, podobnie, jak to uczyniłem w 2-giej mojej statystyce, zachowuję i tutaj, gdyż w ostatnich latach 15-tu zwłaszcza cyfry uważać można za miarodajne ze względu na bardziej krytyczne wybieranie przypadków, kwalifikujących się do zabiegów operacyjnych.

Zobaczmy, jakie metoda ta, której najgorliwszym rzecznikiem i propagatorem jest prof. B. Fraenkel z Berlina, dała wyniki w ciągu 40 letniego swojego trwania, a zwłaszcza, jak się przedstawiają wyniki te w ostatniem piętnastoleciu, t. j. po r. 1888? Przedewszystkiem, co się tyczy *pomyślnych wyników*, t. j. wyleczeń, zarówno t. zw. *absolutnych* <sup>1)</sup> t. j. takich, w których po 3 latach nie było recydywy, jak i t. zw. *względnych*, w których po roku stan był jeszcze zadowalniający, to ilość tego rodzaju przypadków w obecnej mojej statystyce na 52 wynosi 19; z tych zaś 6 przypadków przypada na 1-szy okres, pozostała zaś ilość (13) na 2-gi, t. j. po 1888-ym r. Czyli, że mniej więcej w  $\frac{1}{3}$  części operowanych drogą wewnątrzkrtniową przypadków raków krtani otrzymano wyniki pomyślne, t. j. wyleczenie, trwające przynajmniej rok, z czego więcej niż połowę (10 przyp.) stanowi t. zw. wyleczenie absolutne, t. j. trwające przeszło 3 lata.

Przytem wybitniejszej różnicy odnośnie do obu okresów, t. j. zarówno przed, jak i po roku 1888-ym nie dało się zauważyć.

Przypadki te zebrałem w następującej tablicy:

---

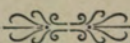
1) Zauważyć tu jednak muszę, że i tego rodzaju wyleczenia, t. zw. absolutne, właściwie są również tylko względnymi, gdyż i okres czasu 3 letni nie wyklucza bynajmniej nawrotów cierpienia. Znane są mianowicie przypadki, w których recydywy po operacji raków krtani występowały dopiero po 6-ciu, a nawet  $8\frac{1}{2}$  latach.

TABLICA I-sza, przedstawiająca przypadki raków krtani, wyleczone drogą wewnątrzkrtniową (endolaryngealnie).

N <sup>o</sup>	Operator	Narodowość	Jak długo trwało wyleczenie?	
			Wyleczenia absolutne	Wyleczenia względne
1	Schnitzler	Austria (Wiedeń)	22 lat	
2	B. Fraenkel	Niemcy (Berlin)	13 „	
3	M. Schmidt	„ Frankf. nad Menem	10 „	
4	B. Fraenkel	„ (Berlin)	10 „	
5	„	„ „	9 „	
6	Schech	„ (Monachium)	8 „	
7	Semon	Anglia (Londyn)	6 „	
8	Schernmann	Niemcy (Berlin)	6 „	
9	Bronner	Anglia	3 „	
10	Simpson	Ameryka	3 „	
11	Scheier	Niemcy (Berlin)		2 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> lat
12	Krieg	„ (Stuttgart)		przeszło 2 „
13	Bouzin	Francya		2 „
14	Krisheber	„ (Paryż)		2 (?)
15	B. Fraenkel	Niemcy (Berlin)		2 „
16	„	„ „		1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> „
17	Botella	Hiszpania (Madryt)		1 rok i 2 m.
18	B. Fraenkel	Niemcy (Berlin)		przeszło 1 rok
19	Moll	Niemcy (?)		1 rok

Z tablicy powyższej przekonywamy się, że metoda endolaryngealna w leczeniu raków krtani liczy największą ilość zwolenników, oraz najlepsze wyniki daje w Niemczech — mianowicie 12 przyp. wyleczeń, z tych 6 absolutnych. Z tych lwia część (6 przyp. z tych 3 absolutnych wyleczeń) przypada na słynnego laryngologa berlińskiego, prof. B. Fraenkel'a

(C. d. n.)



# DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

## I. Chirurgia.

369. L. Berard. **Gruźlica kiszek, jako przyczyna wPOCHWIENIA.** W ciągu ostatnich lat 25 chirurgia uczyniła znakomite postępy w traktowaniu wPOCHWIENIA kiszek; lecz co do etyologii i patogenezy tego cierpienia często wiadomości nasze nie są dostateczne. Niedawno ogłoszone były przypadki, gdzie przyczyną wGŁOBIEŃIA ostrego i przewlekłego była gruźlica kiszkowa. Uważając to cierpienie za częstą przyczynę wPOCHWIENIA, autor rozpatruje szczegółowo 2 przypadki własne, obserwowane w przeciągu 1 roku. W pierwszym z nich rozpoznanie zrobiono błędnie, i operacja nie dała wyniku dodatniego; w drugim przypadku, dzięki operacyi, chory wkrótce przyszedł do zdrowia.

Przypadki te, jak powiedziano wyżej, nie są wyjątkowymi: w ostatnim dziesięcioleciu ogłoszono ich 5: 1 ogłosił Czerny, 2 Jaboulay, 1 Batut i 1 Morgan. 2 przypadki Jaboulay'a i 1 Morgan'a odnoszą się do dorosłych, 2 pozostałe do dzieci.

W przypadkach tych znajdowano to zajęcie błony śluzowej kiszek z porażeniem gruczołów krezkowych i kiszkowych, to sprawę zapalną w kiszce ślepej i w tkance ją otaczającej, to, na koniec, liczne owrzodzenia kiszek.

Jakim więc sposobem tak rozliczne przyczyny mogą wywołać wPOCHWIENIE?

Wiadomo, że wPOCHWIENIE następuje wtedy, gdy fale ruchów robaczkowych spotykają na swej drodze jakiś punkt stosunkowo stały i pchają go przed sobą. Otóż, punktem oporu może tu być albo zwężenie stałe kiszki, spowodowane nacieczeniem jej ścianki, lub guzem, albo zwężenie chwilowe, jak skurcz kiszki.

Gruźlica wytwarza właśnie wszystkie warunki, sprzyjające wPOCHWIENIU: może ona spowodować zwężenie kiszki z powodu nadmiernego rozrostu błony śluzowej i surowiczej, które tracą swą rozciągliwość; — dalej, może wytworzyć guz i, na koniec, najczęściej — owrzodzenia rozmaitej głębokości, które są przyczyną skurczów kiszki. Rzeczywiście, już w r. 1897 Lejars zauważył, że zamknięcie światła kiszek w przebiegu gruźlicy najczęściej zależnem jest od skurczu błony mięśni-

wej nad powierzchnią owrzodzenia. Niedawno znów Bard potwierdził to zdanie, gdyż, operując z objawami zamknięcia światła kiszek, pomimo sumiennych poszukiwań, nie znalazł żadnego zwężenia i doszedł do wniosku, że objawy te były wywołane przez skurcz кишки. Rzeczywiście, po operacji wszystkie poprzednie objawy ustąpiły. Chora owa zmarła w kilka miesięcy wskutek znacznego pogorszenia się stanu płuc i na sekcji znaleziono jedno okalające owrzodzenie w cienkiej kiszce.

Widzimy więc, że skurcz кишки, wywołany przez owrzodzenie gruźlicze, może doprowadzić do chwilowego zamknięcia jej światła; czasami jednak doprowadza on do wPOCHWIENIA. Istotnie, skurczony odcinek, jako znacznie zwężony, da się łatwo wepchnąć w przylegającą część кишки, tembardziej, że część owa zwykle bywa zwiotczałą; tymczasem odcinek кишки przed zwężeniem, podrażniany przez drobne obrażenia błony śluzowej lub surowiczej, znajduje się w stanie półskurczu, co wzmacnia jeszcze ruchy robaczkowe. O tem przekonał się autor naocznie w pierwszym z opisanych przez siebie przypadków.

W dalszym ciągu swej pracy autor wykazuje, że przyczyną wPOCHWIENIA najczęściej bywa gruźlica kiszek, o czem nie wiedzieli dawniejsi autorowie. W pracy, naprz., Rafinesque'a z r. 1878, jako przyczyny zamknięcia światła кишки podane są błędy w dyecie, zaburzenia żołądkowo-kiszczkowe itp. Bez wątpienia, u dzieci, mających mniej, niż rok, gruźlicę kiszek z owrzodzeniami spotyka się nader rzadko; u dzieci starszych spotyka się znacznie częściej i to, co dawniej przypisywano zwyczajnemu przewlekłemu zapaleniu żołądka i kiszek, które nieraz kończyło się wPOCHWIENIEM, było, zdaniem autora, początkowym okresem gruźlicy kiszkiowej. Owrzodzenia, znajduwane na kiszki przy wPOCHWIENIU, uważano, jako skutek wPOCHWIENIA, chociaż owrzodzenia owe były nieraz daleko od części wPOCHWIENIONYCH.

Nowotwory kiszek, sadowiące się przeważnie w kiszce ślepej i w jej sąsiedztwie, najbardziej sprzyjają powstawaniu wPOCHWIENIA; otóż, nowotwory te, zdaniem autora, najczęściej bywają guzami gruźliczymi. Stawiane przedtem rozpoznanie ich, jako rak, mięsak i t. p. objaśnić można w ten sposób, że rzadko kiedy wydobyty z kiszki guz poddawano badaniu drobnowidzowemu.



Co do leczenia wPOCHWIENIA KISZEK pochodzenia gruźliczego autor radzi zabieg chirurgiczny, gdy zawiodą używane zwykle w tych przypadkach środki lekarskie (wysokie ławatywy z oleju i t. p.).

Cięcie prowadzi się po linii pośrodkowej, wyjąwszy przypadki, gdzie się podejrzewa guz w kiszce ślepej.

Znalazwszy wPOCHWIENIE, wyjmujemy kiszkę z jamy brzusznej i lekkim pociąganiem z obu stron staramy się uwolnić część wPOCHWIONĄ. Lecz nie należy rozpoczynać tych prób, jeżeli ścianki kiszki, podległej wPOCHWIENIU, zrosły się mocno, jeżeli są zmartwiałe lub pokryte owrzodzeniami dziurawiącymi. W takich razach pozostaje rezekcyja kiszki lub enteroanastomoza.

Gdy się udało uwolnić wPOCHWIONĄ kiszkę, należy ją starannie obejrzeć. Często zdaje się ona zupełnie zdrową, gdyż drobne owrzodzenia można przeoczyć; także nacieczenie gruźlicze ścianki kiszki uważa się nieraz za obrzęk mechaniczny. W podobnych przypadkach, aby uniknąć nawrotu wPOCHWIENIA, autor radzi przyszyć zmienioną kiszkę do ścianki brzusznej, jeżeli cienka kiszka wPOCHWIŁA się w grubą; gdy zaś cały proces odbywał się w kiszce cienkiej, trzeba się uciec do enteroanastomozy. Jeżeli znajdziemy w kiszce zwężenie włókniste lub masy nowotworowe, postępowanie nasze zależeć będzie od stanu chorego: jeżeli chory nie stary i nie wyniszczony, rezekujemy kiszkę, w przeciwnym razie—robimy odbył sztuczny.

U dzieci postępowanie jest znacznie uproszczone.

W przypadkach König'a i Rötter'a po zwykłej laparotomii dzieci z licznymi zwężeniami gruźliczemi szybko przechodziły do zdrowia. Poncet i Nové-Josserand widzieli liczne rozrosty gruźlicze w kiszkach, wyleczone po zwykłej laparotomii. Autor zaś w tych przypadkach, gdzie sprawa rozrostowa nie jest zbyt rozległą, uwalnia wPOCHWIONĄ kiszkę i przyszywa ją do ścianki brzusznej. (*La Semaine Médicale*, Nr. 18, 1904).

*A. Fitkał.*

370. Bertelsmann. **Ogólne zakażenie w chirurgicznych chorobach zakaźnych.** (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, marzec 1904). W ostatnich latach autor zrobił 260 badań krwi u 230 chorych. Zbierał on krew za pomocą szprycki Luer'a przez nakłucie małej żyły wzdętej. Krew

mieszano w rurce z agarem i później wlewano na płytki. Z wyżej wymienionych 230 przypadków 154 były chirurgiczne choroby zakaźne.

Z 25 przypadków zapalenia gruczołów i dróg limfatycznych tylko 3 przypadki dały wynik potwierdzający. Z tego autor wnioskuje, że z zapalenia dróg limfatycznych kończyn nie tak prędko rozwija się ogólne zakażenie. Z 10 przypadków ropnego zapalenia pochew ścięgien, w których znaleziono streptokoki, badanie krwi dało wynik pozytywny tylko w 4 przypadkach; wszyscy 4 chorzy wyzdrowieli. Z 9 rozlanych ropnych zapaleń podskórnych 3 przypadki dały wynik pozytywny; w tych ostatnich nastąpiło obszerne zmartwienie i ropny rozpad tkanki podskórnej.

Z 7 przypadków karbunkułu w dwóch znaleziono drobnoustroje we krwi.

W jednym przypadku wyleczonego węglika można było skonstatować drobnoustroje we krwi. U dwóch chorych na różę z 8 chorych można było znaleźć drobnoustroje we krwi. Jeden z nich miał ropne zapalenie stawu ramieniowego, a drugi ropny rozpad tkanki podskórnej. Tym sposobem autor wnioskuje, że nieskomplikowane przypadki róży nie dają wyniku pozytywnego przy badaniu krwi. Dwa razy znalazł autor we krwi drobnoustroje z 4 przypadków gorączki urynowej. Wszystkiego autor znalazł 4 razy drobnoustroje, a 10 razy nie znajdował takowych. Autor i Man już dawniej dowiedli, że większa część gorączki urynowej powstaje przez wepchnięcie drobnoustrojów do dróg krwionośnych.

Z 7 przypadków ropni w stawach autor w 4 znalazł drobnoustroje we krwi. W 3 przewlekłych przypadkach nie znaleziono drobnoustrojów, chociaż jeden z nich był bardzo ciężki. 8 przypadków zapalenia szpiku kości dały wszystkie wynik pozytywny, troje z nich umarło. 9 zakaźnych skrzepów w żyłach dolnych kończyn wcale nie miały we krwi drobnoustrojów; jeden z nich zakończył się śmiercią. W 6 przypadkach ostrych ropni w gruczołach na szyi po anginie nie znaleziono drobnoustrojów; z 5 zaś przypadków anginy znaleziono w 3 streptokoki we krwi. W 2 przypadkach zakażenia po porodzie znaleziono drobnoustroje we krwi. Jeden z nich wyzdrowiał, chociaż w 15 ccm. krwi znaleziono 100 kolonii streptokokowych. W 14 przypadkach zapalenia otrzewny wcale nie znaleziono drobnoustrojów we krwi nawet nie przed

samą śmiercią. Tylko w jednym przypadku, który wyzdrowiał, udało się znaleźć drobnoustroje we krwi.

Ze 154 przypadków w 48 znaleziono drobnoustroje we krwi. 28 razy znaleziono streptokoki, 14 z tych przypadków wyzdrowiało. Ze wszystkich 48—28 wyzdrowiało. Autor jest tego zdania, że krew nie jest dobrą pożywką dla drobnoustrojów, przeciwnie zabija je. Gdy się nie znajduje drobnoustrojów we krwi, to chorzy umierają od toksynemii. Jako wskazanie do amputacji należy wynik badania krwi stosować z wielką ostrożnością.

W. Biehler.

## II. Akuszerya.

371. Zangemeister. **Badania nad składem krwi i moczu w eklampsyi.** (Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Zeszyt 3.) Autor, nie przecząc, by drgawki porodowe mogły wynikać wskutek zatrzymania toksyn przy niedrożności nerek, myśli, że role toksyn i *inssufficientiae renalis* źle są tłumaczone. Z badań dotychczas robionych i przerobionych przez autora widzimy, że drgawkom towarzyszy silne zaburzenie w krążeniu krwi, niemożliwym jednak jest wykazanie zatrzymania we krwi tej lub innej toksyny; zmniejszenie alkaliczności moczu, które występuje podczas drgawek zależy od zmniejszenia ilości wydzielanego moczu. Co się zaś tycze t. zw. hyperglobulii, to wynika ona z przejściowego zgęszczenia krwi, której ciecz przesącza się przez tkanki leżące naokoło naczyń.

Co się tyczy moczu, to jedynym stałym objawem jest oligurya i zmniejszenie wydzielania chlorków. Tak np. przy kryoskopowaniu moczu zdrowych i osobników, mających drgawki, u tych ostatnich punkt zamarzania równa się— $1^{\circ}173$  w pierwszych zaś— $1,268$ ; to zmniejszenie odnosi się prawie tylko do chlorków, których u mających drgawki znajdujemy  $24\%$ , u zdrowych położnic  $40\%$ . To zmniejszenie się ilości chlorków daje się zauważyć już na kilka dni przed pojawieniem się drgawek.

Co się tyczy innych soli, to ilość ich na 24 godziny u zdrowych położnic równa się 9 gr. 48 cgr., a u tych, które mają drgawki,—8 gr. 84 cgr. Niepodobna jednak przypuszczać, że wskutek zatrzymania chlorków, tych najmniej trują-

cych soli, występują drgawki, nie można też przypuszczać, że zmniejszenie ilości chlorków wykazuje mniejszą drożność nerek, dziwnem by było bowiem to, że wszystkie inne sole prócz chlorków przechodzą. Trzeba więc przypuścić, że przyływ chlorków jest mniejszy, niż zwykle, i że masa krwi krążąca w nerkach jest mniejsza, niż zazwyczaj. Badania te potwierdzają doświadczenia Koranyi'ego, który znalazł, że ilość chlorków w moczu zależy od słabszego lub spieszniejszego krążenia w nerkach. Drożność nerek zdaje się więc prawie nietkniętą, zmniejszenie się zaś ilości chlorków należy położyć na karb anemii nerki.

Niezależność drgawek i objawów nerkowych wykazuje, że między niemi niema nic wspólnego, nic jednak nie zabrania przypuszczać, że zarazek eklamptyczny, jeżeli on istnieje, może działać jednocześnie i na centry nerwowe i na nerki, wywołując i drgawki i oligurię (mocz skąpy) za pośrednictwem czynników, zwężających naczynia, wywołując tym sposobem anemię mózgową lub nerkową.

*Matylda Biehler.*

### III. Choroby oczu.

372. 1) Scipiades. **O zapobieganiu rzeżączkowemu zapaleniu oczu u noworodków zapomocą wkrapłania octanu srebra.** 2) Scipiades. **Jeszcze kilka słów o wartości zapobiegawczej octanu srebra w rzeżączkowym zapaleniu oczu.** (Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge. Nr. 340, 345). Autor na wstępie zastanawia się nad zaletami sposobu Crédé'go:—wpuszczania 1 kropli 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworu Argenti nitrici do worka łącznicy u noworodków w celu zapobiegania zakażeniu rzeżączkowemu—i przytacza dane statystyczne różnych autorów, wykazujące ogromną różnicę w częstości zachorowań przed i po wprowadzeniu sposobu Crédé'go (przed Crédé 4—5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>; po Crédé 0,0—0,8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>).

Pomimo świetnych wyników, które daje ten sposób, nie jest on pozbawiony pewnych stron ujemnych, z których najważniejszą jest ta, że po użyciu saletranu srebra—występuje silny odczyn zapalny ze strony łącznicy (u Cramer'a 96<sup>o</sup>/<sub>o</sub> takich odczynów), który w niektórych razach dochodzi do takiego natężenia, że trudno go odróżnić od właściwego zapalenia rzeżączkowego. Te i inne ujemne strony saletranu sre-

bra skłoniły różnych badaczy bądź do zmieniania w rozmaity sposób pierwotnego sposobu Cr  d  go, b  d  z też do zastąpienia saletrzanu srebra innymi związkami (sublimat, formalina etc.), zwi  szcza za   innemi solami srebra, które odznaczają się, jak wiadomo, swoistem działaniem bakteryob  jczem na gonokoki Neisser'a.

Odrzuciwszy protargol, jako dający zbyt jeszcze wysoką odsetk   odczynów (wed  lug ostatniej statystyki Engelmann'a 20% odczynów—przyczem liczono tylko przypadki z wydzielin  ), autor za przyk  ladem Zweifel'a zaczą   stosowa   octan srebra i przeprowadzi   z nim szereg doświadczeń, wykazujących jego wy  szo   nad wszelkimi innymi, dotychczas w tym celu u  zywany, środkami. Autor stosowa   1% (jednoprocentowy) roztwor tej soli — zaraz po przyj  sciu na świat dziecka, oczyszcza   dok  ladnie such   wat   powieki i okolice oka, poczem, rozwarłszy palcami powieki, wpuszcza   na rog  wk   1 kropl   roztworu; dalej, w jednych przypadkach zoboj  tnia   roztwór srebra roztworem soli kuchennej, w innych przypadkach, w celach porównawczych, zobojętniania tego nie stosowa  .

Wobec tego, że w zamkniętem naczyniu roztwor soli szybko ulega zmianie st  ezenia, autor przeprowadzi   3 szeregi doświadczeń, u  zywaj  c do zobojętniania: 1) fizyologicznego roztworu, 2)—2% roztworu soli kuchennej, 3)—9% roztworu soli.

Co do roztworu srebra, to obawa taka, by wskutek parowania wody st  ezenie roztworu mogło się zmieni  , nie zachodzi, gdy  z roztwor 1% jest już st  ejonym i w razie wyparowania wody nadmiar srebra osiada na dnie naczynia w postaci kryształków.

We wszystkich 4 szeregach doświadczeń odsetka zachorowa  n by  a=0. Odsetka odczynów zapalnych była przy zobojętnianiu 9% roztworem soli kuchennej=76%; przy 2% roztworze soli kuchennej = 56%; przy fizyologicznym roztworze soli = 50%; w przypadkach zaś, gdzie zobojętniania solą kuchenną wcale nie było, odsetka odczynów by  a=15%. Widzimy więc, że stosowanie soli kuchennej znacznie zwiększa odsetk   odczynów i tem więcej, im silniejszy jest roztwor soli. Dalej: — im silniejszy by   roztwor soli — tem większa była ilo  c przypadków, gdzie odczyn zapalny szedł w parze z wydzielin     acznicow   i gdzie on w następstwie przechodzi   we wla  ciwe zapalenie   acznicy.

Przy stosowaniu zaś octanu srebra bez zobojętniania solą kuchenną odsetka odczynów zapalnych z wydzieliną była najmniejsza i w żadnym przypadku odczyn nie przeszedł w zapalenie łącznicy. Nareszcie, i natężenie, i czas trwania odczynów zapalnych były znacznie większe przy zobojętnianiu solą kuchenną, niż bez niego.

Na zasadzie swych doświadczeń autor gorąco zaleca octan srebra, jako doskonały środek zapobiegawczy przeciwko rzeżączkowemu zapaleniu oczu u noworodków; daje on najlepsze rezultaty przy zaniechaniu wszelkiego zobojętniania za pomocą soli kuchennej. Co do pewności działania nie ustępuje on saletrzanowi srebra, a ma tę wyższość przed nim, że: 1) bardzo mało albo wcale nawet nie drażni oka, a 2) że nawet przy niedbałym obchodzeniu się zawartość jego w roztworze nie może dojść wyżej ponad 1%. *Karol Rothert.*

373. Rählmann. **O rozpoznaniu za pomocą wziernika zmian sklerotycznych w naczyniach siatkówki.** (Ueber die ophthalmoskopische Diagnose sclerotischer Netzhautgefäße). Ztschrft. f. Augenheilkunde. Bd. VII. Hft. 6.) Autor, który jeden z pierwszych zaczął studyować zmiany w naczyniach siatkówki przy ogólnem stwardnieniu naczyń (arteriosclerosis), ogłasza w pracy niniejszej dalsze wyniki swych badań w tym kierunku. Opisuje on następujące rodzaje zmian w naczyniach siatkówki:

1) Czerwony słup krwi, o prawidłowej szerokości, bywa otoczony z obu stron mętno-szaremi lub białymi pasemkami rozmaitej szerokości; pasemka te odpowiadają zgrubieniu ścian naczyń krwionośnych, które to ścianki w warunkach prawidłowych są zupełnie przezroczyste. Przy znaczniejszem zgrubieniu czerwona barwa krwi staje się niewyraźną, a nawet zupełnie znika i na miejscu czerwonego naczynia widzimy białe pasmo. Sprawa ta odgrywa się w błonie zewnętrznej naczyń (periarteriitis), pozostawiając inne błony nietkniętymi.

2) Innego rodzaju zmiany umiejscawiają się w błonie wewnętrznej naczyń (endarteriitis); śródbłonek buja, zwężając stopniowo światło naczynia, bądź to ze wszystkich stron równomiernie, bądź też tworząc wyniosłości jednostronne. Znamioną cechą tej nowoutworzonej tkanki jest jej zupełna przezroczystość, skutkiem tego zupełnie jej nie widzimy, a zmianę w naczyniu poznajemy jedynie po zwężeniu pasma krwi. Zmiany takie znajdujemy najczęściej w obydwóch rodzajach naczyń, w tętnicach i w żyłach — zgadza się to zupełnie ze

spostrzeżeniami innych autorów, którzy zarówno przy syfilitycznym porażeniu naczyń mózgowych, jako też przy zgorzeli samoistnej dolnych kończyn (gangraena spontanea) wskutek endarteriitis obliterans znajdowali, że arteriosklerozie stale towarzyszy flebosklerozę. Autorzy ci wykazali również, że przyczyną zatkania światła tych naczyń nie bywa nigdy zakrzep krwi, lecz jedynie bujanie śródbłonna, czyli że proces jest ten sam, co w naczyniach siatkówki.

3) Wskutek zwężenia naczynia w jednym miejscu wzmagają się ciśnienie krwi z jednej strony zwężenia i rozszerza się światło naczynia—w tętnicach, w odcinku dośrodkowym, w żyłach w odcinku odśrodkowym. Rozszerzenia te bywają przeważnie ograniczone, ale w żyłach zdarza się, że cały obwodowy odcinek ma światło rozszerzone w porównaniu z odcinkiem środkowym. W związku przyczynowym z tem wzmożonym ciśnieniem krwi stoją też niewątpliwie wynaczynienia spotykanne w okolicach zmienionych żył.

4) Nader stałym objawem stwardnienia naczyń siatkówkowych jest tętnienie zarówno arteryi, jak i żył. Tego rodzaju tętnienie żył należy ściśle odróżnić od fizyologicznego tętna żylnego, właściwego wyłącznie żyłom na tarczy nerwu wzrokowego. Patologiczne zaś tętno żyłne spostrzega się również i na całym obwodzie siatkówki i polega na szybkim rozszerzeniu się średnicy żył natychmiast po tętnie promieniowem (Radialpuls) i następnie na powolnym opadaniu ich ścianek. Zjawisko to najwyraźniej występuje przy niektórych powikłaniach ze strony serca i wielkich naczyń, głównie przy niedostateczności aorty i marskości nerek, przy niedostateczności zaś zastawki dwudzielnej nieraz brak go zupełnie. Powstaje ono, zdaniem autora, w ten sposób, że wskutek utraty sprężystości w stwardniałych ścianach naczyń, fala tętna nie ginie w naczyniach włosowatych, lecz przechodzi przez nie i dociera do początku układu żylnego.

Opisane przez autora zmiany naczyń siatkówkowych, szczególnie interesujące dla lekarza-specjalisty, nie pozbawione są znaczenia ogólnolekarskiego, z tego mianowicie względu, że wobec blizkiego związku między naczyniami siatkówki i mózgu, pozwalają nam czynić przypuszczenia o istnieniu podobnych zmian i w naczyniach mózgu; tymbardziej zaś dlatego, że występują one nieraz samoistnie, bez odpowiednich zmian arteriosklerotycznych wreszcie naczyń ustroju, dostępnych dla naszego badania.

*Karol Rothert.*

## IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

374. Monnier. **Odra z wylewami krwawymi.** (Sem. méd. Nr. 19. 1904). Na 100 przypadków odry podczas epidemii w Nantes 1903 r. autor znalazł 3 przypadki, w których wylewy krwawe nastąpiły zaraz—gdy tymczasem zazwyczaj, jeżeli występują, to dopiero na 2 lub 4 dzień po wystąpieniu wysypki—mamy wtedy t. zw. morbilli haemorrhagici—nie złośliwe, bez wylewów wewnątrz.

Niekiedy jednak wylewy występują zaraz, co utrudnia często rozpoznanie. Tak np. w jednym przypadku przyjęto dziewczynkę 7-0 letnią na oddział kokluszowy. Nazajutrz zauważono na twarzy petocie podobne do petoci plamicy (purpura)—dziecko miało lekką gorączkę, brak apetytu i humoru. Łzawienia oczu nie było, również nie było wysypki odrowej, ani «Koplików», nazajutrz pojawiła się charakterystyczna dla odry wysypka, która rozstrzygnęła niepewność. Wylewy rozprzestrzeniły się następnie na szyję, na ramię—jednocześnie wysypka odrowa rozwijała się normalnie. W podobnych przypadkach rozpoznanie jest niemożliwym i czekać z niem trzeba aż do pojawienia się wysypki właściwej odrze. Brak objawów plamicy (purpura) zakaźnej pozwala ją natychmiast wykluczyć—nie mniej i jednoczesna epidemia odry—pozwoli uważać plamicę za przed odrową (purpura prae-morbillosa). *M. B.*

375. Maylard. **Wrodzona wąskość odźwiernika jako przyczyna zaburzeń żołądkowych u dorosłych.** (Brit. méd. Journ. 20/II 1904). Autor, robiąc operacye z powodu zaburzeń żołądkowych, znajdował bardzo często nadzwyczajną wąskość odźwiernika, nie mającą nic wspólnego ze zwężeniem (stenosis congenita pylori, patrz Sem. méd. 1903, str. 261—263), to ostatnie zależnem jest od zgrubienia części ściany żołądka, gdy tymczasem wąskość występuje wskutek zbyt silnego rozwoju z tego zagięcia okrężnego błony śluzowej zmniejszającej objętość otworu dwunastnicy, który zamiast normalnego wymiaru 12—15 m. m. może mieć tylko 2—3 mil.

Wąskość odźwiernika częściej spotykaną bywa u kobiet—u których daje ona objawy dyspeptyczne, często nawet zdaje się, że chora cierpi na chroniczny nieżyt żołądka; charakterystycznym jest to, że objawy te zjawiają się bez przyczyny u osób znajdujących się w dobrych warunkach higienicznych, nie obciążonych dziedzicznie. Pacjentki te były po części szczupłe—autor przypuszcza więc, że



u takich osób żołądek jest mniejszy, co powoduje wąskość otworu przez zbyt wielki rozwój błony śluzowej—prawdopodobnie wąskość ta zjawia się też i częściej u kobiet, gdyż są one mniejsze od mężczyzn. Leczenie dyetetyczne nie sprowadza wyzdrowienia zupełnego, fakt ten naprowadza na myśl istnienia wrodzonej wąkości otworu odźwiernika; polepszenie, które występuje podczas leczenia, znika, gdy chory zaczyna jeść jakgdyby był zupełnie zdrowym. To też należy zawsze działać operacyjnie bez względu na polepszenia, jakie mogą się pojawiać w stanie zdrowia chorego; co się tycze samej operacji, to autor radzi sobie zawsze gastro-jejunostomię.

M. B.

376. Seiffert. **Przekłucie lędźwiowe** (punctio lumbalis) jako środek przeciw uremii. (Münch. med. Wochenschr. 8/III 1904). Już Vail opisał 2 przypadki, w których przekłucie lędźwiowe przy uremii dało dobre wyniki — napady drgawek znikły zupełnie — niemniej i stan śpiączki (patrz Sem. méd., 1903, str. 356). Autor stosował tę metodę w kilku przypadkach uremii w szkarlatynowym zapaleniu nerek z doskonałymi wynikami. W 2-ch przypadkach trzeba było tylko punkcyę powtórzyć. Zabieg polega na zagłębieniu igły długości 10 ctm. pomiędzy 12-ym kręgiem grzbietowym i 1-ym lędźwiowym chory leży na boku — jak tylko ukazują się w otworze krople płynu, przykładą się szprycę. Punkcja daje od 5 do 30 cc. płynu, przyczem ilość nie zależy od stanu pacyenta (tak przynajmniej dotychczas się zdaje). Autor robił przekłucie z dobrym wynikiem w drgawkach występujących niekiedy w pierwszym okresie szkarlatyny, również dobry wynik otrzymał w drgawkach przed odrą u dziecka jednorocznego.

Autor przypuszcza, że przekłucie może dać dobre wyniki nie tylko w drgawkach szkarlatynowych lecz i w napadach uremii podczas drgawek porodowych. ;

M. B.

377. Lejars. **Wysokie położenie głowy i tułowia przy leczeniu pooperacyjnem zapalenia otrzewny.** (Sem. méd. Nr. 24, 1904). Na wstępie autor mówi o tem, że można by o tem, jak chory ma leżeć po operacji, napisać obszerny rozdział (położenie Trendelenburga, wysokie położenie kończyn przy flegmonach i t. p.).

Jednym z doskonałych sposobów leczenia pooperacyjnego w peritonitis jest wysokie położenie głowy i tułowia według metody R. i S. Fowler'ów—daje to 66% wyzdrowień. Należy zrobić szybko laparotomię, opróżnić ognisko z ropy, wyciąć, jeśli trzeba, wyrostek robaczkowy, poszukać czy niema ognisk ropnych

przerzutowych, obmyć pole operacyjne mieszaniną (pół na pół) wody utlenionej i saturatio natri bicarbon T 43<sup>o</sup>, robić irygacje z roztworu soli, dopóki nie będą nałożone szwy. Kiszek nie wyjmować z jamy brzusznej. Założyć dren szklany (rurka szklana przedziurawiona, której koniec wychodzi przez kąt dolny rany i w który należy włożyć kawałek gazy, u kobiet drenuje się często per vaginam). Gazę pozostawia się naokoło drenu.

W tej chwili po operacji położyć chorego na łożku — przy czem unieść na 33 lub 32 ctm. te 2 nogi łożka, które odpowiadają wezłowskiemu (w szpitalu w Brooklynie jest specjalny przyrząd do podnoszenia łożka). Ażeby się chory nie obsunął—podkłada się w pustą przestrzeń pod krzyż poduszkę złożoną we dwoje, którą się z dwóch stron przywiązuje do łożka; tym sposobem otrzymuje się pochyłość maxima, która doskonale wpływa na wessanie się. Autor robił doświadczenia na trupach, które w zupełności potwierdziły wartość wysoką tej metody. Dr. Bore proponował to samo, co i Fowler—z tą tylko różnicą, że kiszki były wyjmowane i przemywane. Możliwe, zdaje się, zarzucić tej metodzie t. zw. elevated head and trunk posture — że może wywołać i podtrzymywać wymioty, otóż doświadczenia R. i S. Fowlerów dowiodły, że natychmiastowe ułożenie chorej w wyżej opisanej pozycji nie tylko nie wywołuje wymiotów, jakby się to zdawać mogło, lecz przeciwnie nie pozwala takowym się pojawiać—przeszkadza bowiem ruchom robaczkowym żołądka i kiszek, to też radzą autorowie ułożyć chorego w ten sposób po każdej laparotomii (bez peritonitis rozlanej), chociażby to nawet, jeżeli teoria Sonnenberg'a jest prawdziwą miało wywołać phlebitis jednej z dolnych kończyn. Autor gorąco radzi stosowanie tej metody—gdyż tylko częste doświadczenia mogą nam powiedzieć, o ile ta metoda jest rzeczywiście dobrą.

M. B.

378. Escherich. **Rumień zakaźny** (Erythema infectiosum). (Sem. méd. Nr. 23, 1904). Autor przedstawił 20-go maja na posiedzeniu Tow. Lek. Wiedeńskiego dwa przypadki rumienia, który w ostatnich czasach zjawia się dość często w Wiedniu. Przed dziesięciu laty choroba ta panowała w Gratzu. Jest to choroba endemiczna, pojawiająca się u dzieci od 4-eh do 12-u lat; zaraźliwość jej jest niewielka. Okres inkubacyjny trwa od 14 do 19 dni rzadko towarzyszą mu bóle w stawach i uczucie zmęczenia. Rumień jest grudkowaty lub plamisty; występuje najpierw na twarzy, następnie na kończynach i tułowiu, po 8 lub 10 dniach znika bez śladu.

M. B.

379. Renner. **Przerzuty w gruczołach przy raku żołądka.** (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. u Chirurgie, Tom 13, zeszyt 2). Autor wyjął i zbadał wszystkie sąsiednie gruczoły przy autopsyi 15 chorych na raka żołądka. W 6 z tych przypadków chorzy nie byli operowani, w 3 zrobiono gastroenterostomię, u 6 zrobiono rezekcyę części chorych. Co się zaś tyczy gruczołów, to autor znalazł, co następuje: Gruczoły nadodżwiernikowe są zajęte w 60% przypadków, a pododżwiernikowe w 42%, gruczoły przy małej krzywiźnie żołądka były zajęte w 45%, przy wpuście w 26%, gruczoły nad trzustką okazały się chorymi w 49% przypadków; gruczoły krezkowe w 22%, gruczoły lędźwiowe, krzyżowe i śródpiersiowe w 58%, a gruczoły oskrzelowe w 41%; pojedyncze przerzuty znajdowały się w gruczołach wątrobowych.

Jak wiadomo, zakażenia gruczołów, należących do okolicy nowotworów, tylko w wyjątkowych przypadkach niema, dlatego też autor radzi przy operacjach u chorych na raka w żołądku, jak można najwięcej usunąć gruczołów dostępnych. Przy tem należy pamiętać, że wielkość i spójność gruczołu nie daje pewnych wskazówek; małe miękkie gruczoły mogą być rakowatymi, a duże powiększone gruczoły mogą być zdrowymi. Wedle mniemania autora, zakażenie gruczołów powstaje nie za pomocą dalszego rozrostu nowotworu, lecz na drodze zatorów.

Między pojedynczemi grupami gruczołów istnieją anastomozy, co tłumaczy nam sposób rozszerzania się zakażenia. *W. B.*

380. Federmann. **O zapaleniu ślepej kiszki, w szczególe o umiejscowionem ropnem zapaleniu otrzewny.** (Mitteil. a. d. Grenzgebiete d. Med. u. Chirurgie, tom 13, zeszyt 2). Omawiając przypadki zapalenia wyrostka, w których albo zaraz na początku, albo w dalszym przebiegu występuje umiejscowienie ropnego zapalenia, autor rozróżnia po pierwsze przypadki z zupełnem umiejscowieniem z częściowo wstępującym i częściowo zstępującym charakterem, a po drugie przypadki z częściowem lub kilkakrotnem umiejscowieniem (ograniczone postępujące zapalenie otrzewny). Autor jest przekonany, że ropny albo surowiczny wysięk większej części przypadków jest najpierw rozlanym i tylko powoli dzięki wydzieleniu włóknika umiejscawia się. Co się zaś tyczy zachowania białych ciałek krwi, to wedle mniemania autora, ma to dyagnostyczno-prognostyczne znaczenie, ale więcej w późniejszych stadyach, niż w początkowych. Do postawienia wskazania do operacyi tylko liczba białych ciałek krwi nie ma żadnego znaczenia, rozstrzygającym jest

ogólny stan chorego. Autor podaje następujący schemat. I okres początkowy (pierwsze 2 — 2 $\frac{1}{2}$  dnia); a) przy Appendicitis simplex rzadko więcej niż 20,000 leukocytów, b) przypadki ciężkie zwykle więcej niż 20,000; wysoka liczba leukocytów jednakże nie wyklucza późniejszego umiejscowienia się; niska liczba zaś przy ogólnych ciężkich objawach klinicznych daje złe rokowanie i wymaga natychmiastowej operacji, gdyż jest to oznaką ogólnego zatrucia i osłabienia siły odpornej ustroju. II. Okres pośredni (1 — 5 dzień choroby); wysoka liczba leukocytów i ciężkie ogólne objawy wymagają operacji niezwłocznej; niska liczba białych ciałek krwi przy ciężkim ogólnym stanie chorego daje złe rokowanie dla operacji, należy przeczekać. III. Koniec pierwszego tygodnia i później. Liczba leukocytów ponad 20,000 wskazuje na umiejscowione ropnie. Wysoka liczba białych ciałek krwi i ogólne ciężkie objawy wymagają natychmiastowej operacji; przy wysokiej liczbie leukocytów bez ciężkich objawów ogólnych można przeczekać. Jak tylko ropnie ustaje, liczba białych ciałek się zmniejsza, chociaż zdarzają się przypadki, że przy normalnej liczbie leukocytów znajdują się wielkie umiejscowione ropnie. Gdy zaś sprawa się zaostrza, zaraz się znów powiększa liczba białych ciałek krwi. *W. B.*

381. Miyake. **Przyczynek do znajomości tak zwanej Myositis infectiosa.** (Mitteil. a. d. Grenzgebiet d. Med. u. Chir. 13 Band Heft 2). Autor opisuje drobiazgowo obraz pierwotnego ropnego zapalenia mięśni albo idyopatycznego, ewentualnie traumatycznego ostrego zapalenia mięśni, które częściej się spotyka w Japonii, niż tutaj. Zapalenie bywa albo pojedyncze, albo rozsiane; charakteryzuje się nagłym początkiem z dreszczami i gorączką, twardem napuchnięciem i bolesnym skurczem chorego mięśnia i utworzeniem się ropnia. Tylko poprzeczno prążkowane zachorowują, czasami więcej zmieniony sam mięsz, czasami zaś tkanka łączna śródmiąszkowa. Chorobę wywołują przeważnie stafilokoki, bardzo rzadko streptokoki; drobnoustroje tyfusu i bacilluscoli mogą też wywołać to zakażenie. Chorobę należy uważać za septicopyaemia. Do wywołania choroby powinny współdziałać tak zwany locus minoris resistentiae w mięśniu (nadwyreżenie, trauma, staza) i wielka siła zakaźna drobnoustrojów. Autor udowadnia to na szeregu ładnych doświadczeń; np.: zastrzyknięcie do żyły stafilokoków z panaritium wywołuje ropne zapalenie w mięśniu do tego przygotowanym, elektryzowanym, uciśniętym, zastoinowym. Do daje do tej pracy autor 33 historie chorób. *W. B.*

## IV. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

382. Dr. Lindemeyer. **Eumidryna, nowe mydriaticum.** (Berl. kl. Wochenschrift, Nr. 47. 1903). Eumidryna przedstawia się pod postacią białego proszku, pozbawionego zapachu, rozpuszcza się łatwo w wodzie. Preparat ten otrzymuje się z atropiny po zastosowaniu pewnej zmiany w budowie chemicznej; wskutek czego atropina traci zupełnie wpływ swój na ośrodki nerwowe, pozostaje natomiast wpływ jej na nerwy obwodowe. Jadowitość tego nowego preparatu jest 50 razy mniejszą od jadowitości atropiny.

Działanie eumidryny zostało już w rozmaitem stężeniu wypróbowane: 1%, 2%, 5% i 10%.

Po stosowaniu 1% i 2% roztworów rozszerzenie średnicy występowało już po 10—25 minutach, po następnych 20—50 minutach rozszerzenie dochodziło do maximum, na tej wysokości stało około 12 godzin, poczem znikało stopniowo. Po 2—3 dniach źrenice powracały do stanu normalnego. Nieco później po rozszerzeniu źrenic występuje paraliż akomodacji, który w większości przypadków po 2—3 godzinach bywa zupełnym.

Po 5% i 10% roztworze spostrzegano już szybkie rozszerzenie w ciągu 8—15 minut. Maksymalne rozszerzenie widziano już po 20—30 minutach. Po 5% roztworze oko powracało do stanu normalnego po 3—5 dniach, po 10% na 4-ty, 7-ty dzień.

Nie zauważono żadnych objawów otrucia.

1—2% roztwór stosował autor dla zwalczania stanów podrażnienia w małym stopniu, przy fliktenach, nacieczeniach na rogówce, dla usuwania ciał obcych rogówki, w tych przypadkach wystarczało jednorazowe wkraplanie eumidryny dla osiągnięcia celu.

Silniejsze roztwory 10% stosowano niejednokrotnie w świeżych i przewlekłych zapaleniach tęczówki. Świeże zrosty rozchodziły się już po 2—3 wkraplaniach. Jeżeli zrosty po tym zabiegu nie znikały, to i atropina zawodziła w tych przypadkach.

Eumidryna może znaleźć szerokie zastosowanie w okulistyce, szczególnie w tych przypadkach, gdzie spotyka się pewną idyosynkrazję względem atropiny, lub też występują objawy zatrucia po dłuższym jej stosowaniu.

H. K.

383. Zweifel. **Oczyszczenie pochwy w celu uniknięcia podniesienia temperatury post partum.** (Sem. méd. Nr. 23, 1904). Autor, badając chore w  $\frac{1}{2}$  godziny post partum za pomocą wziernika,

przekonał się, że w pochwie pozostają zawsze skrzepy krwi wielkości orzecha. Otóż, przypuszczając, że skrzepy te mogą być przyczyną podniesienia ciepłoty—wycierał starannie pochwę każdej chorej za pomocą suchego tampona z waty w celu usunięcia wyżej wspomnianych skrzepów. Ilość zachorowań post partum spadła wtedy do 5,7%; tylko 14 razy na 243 pacjentki temperatura (w odbytnicy) równała się 38,5—jeżeli zaś odjąć te przypadki, w których występowały powikłania (takie jak zapalenie płuc lub inne), na karb których można złożyć gorączkę, to otrzymuje on 3,3%. Autor zachęca wszystkich do wycierania pochwy zaraz po przyjściu dziecka na świat.

M. B.

384. Demarque. **Papka słodowa przeciw gastro-enteritis chronica osesków.** (Thèse de Paris, 1904). W takich przypadkach, w których mleko jest źle znoszone, a dyeta wodna nie jest wskazana, gdyż później jeszcze bardziej mleko nawet stosownie rozcieńczone szkodzi ssawcom, radzi autor dawać papkę słodową, przy czem zmienia on skład tej ostatniej według Keller'a (patrz Sem. méd., 1898 str. 198). W tezie swojej autor opiera się głównie na doświadczeniach robionych przez Beaury w szpitalu Bretonneau.

Demarque zwiększa ilość mąki oraz zmniejsza ilość słołu do ilości koniecznej do rozpuszczenia papki.

Na 120 gr. mąki bierze się  $\frac{1}{3}$  litra mleka i  $\frac{2}{3}$  litra wody oraz 250 gr. cukru. Rodzaj mąki jest obojętny, trzeba tylko, by była świeża. Mąkę rozrabia się poprzednio w części tylko mleka zmieszanego z wodą, potem powoli dodaje się pozostałą część mleka, tak, by ilość dopełnić do litra, następnie mieszanekę ogrzewa się przez 10 minut aż do zagotowania. Otrzymuje się wtedy gęstą masę, podobną do kleju lub ciasta, którą się ostudza do 70°, wtedy dodaje się łyżeczkę od kawy słołu (jasnego piwa, które posiada więcej amylozy). Trzeba tylko uważać, by temperatura nie była wyższa nad 70°, gdyż wtedy nie następuje roztopienie (liquefactio), a większa część amylozy uległa by zniszczeniu. Papka jak przygotowana jest zupełnie płynną, tak, że można ją podawać bądź łyżeczką, bądź jak mleko w buteleczce (dziecko pije przez smoczek). Jest ona bardziej pożywna, niż mleko, dobrze znoszona przez chore dzieci. Dostarcza 800 kaloryi na litr, gdy tymczasem mleko krowy daje 750 kaloryi.

M. B.

385. Gtileby-Boviel. **Leczenie hydrorrhoea nasi za pomocą gorącego powietrza.** (These de Paris, 1904). Należy skiero-

wać do nosa prąd powietrza ogrzanego do 70° w retorcie przy pomocy płomienia gazowego przez rurkę wąską, rozszerzoną na końcu—po przez speculum nasi. Pod wpływem gorącego powietrza błona śluzowa nosa czerwienieje, kurczy się. Wtedy przysuwa się koniec rurki na odległość 4 milim. do błony śluzowej, następnie bierze się rurkę węższą i puszcza prąd ciepłego powietrza z większą siłą. Posiedzenie nie powinno trwać dłużej nad 2 minuty, można krócej, jeżeli pacjent jest b. wrażliwy — stopniowo przedłuża się posiedzenie do 5 minut. Na 8 przypadków obserwowanych przez autora, we wszystkich zauważył on polepszenie, to też uważa autor ten sposób za jeden z najlepszych z tych, które dotychczas dla zwalczenia hydrorrhoea nasi posiadano. *M. B.*

386. *Quennec.* **Żelatyna połączona z wodą wapienną przeciw enterocolitis mucomembranosa.** (Sem. méd. Nr. 22. 1904). Już w roku zeszłym *Weile* ogłosił szereg dobrych wyników, jakie otrzymał, dając roztwór żelatyny (dodany do mleka) przy biegunkach dzieci. *Quennec* dawał per os żelatynę, połączoną z wodą wapienną, otrzymując doskonałe wyniki w 10 przypadkach enterocolitis, z których 2 były paroksystyczne.

Oto, jak autor postępuje: chory leży w łóżku, przyczem co godzinę dostaje filiżankę mleka, do którego dodaje się 20 c. c. żelatyny (1 : 5) w roztworze sterylizowanym i łyżeczkę od kawy *Aquae calcis medicinalis*. Jednocześnie dobrze jest przemywać kiszki (ławatywy z kilku litrów czystej wody ciepłej, które po kilku dniach zamienia się ławatywami 1, 2 litrowemi), do których należy dodać 2 łyżki stołowe liniment. oleo-calcicarinum. Pod wpływem takiego leczenia bóle ustają, po kilku dniach błony z wypróżnień znikają, tak, że po 10 dniach można dawać choremu purée z jarzyn, mięso smażone, gotowane owoce. Dobrze jest jednak przez jakiś czas dawać żelatynę w mniejszych dawkach, a to dla tego, aby zapobiedz pojawieniu się choroby. *M. B.*

387. *Pasteur.* **Ławatywy z wody gorącej zamiast ławatyw odżywczych w ulcus ventriculi.** (Sem. méd. Nr. 22. 1904). Autor przeciwny jest dawaniu obfitego pożywienia wzmacniającego chorym na owrzodzenia żołądka, według metody *Lenhartz'a* (patrz Sem. méd. 1904, str. 24), nie zgadza się też z tymi autorami, którzy dają pożywe ławatywy w celu nie wywoływania pracy żołądka, radzi zaś robić ławatywy z wody gorącej (38°) co 4 lub 6 godzin. Zaczyna się od ławatyw 150—180 gramowych, za każdym razem zwiększając o 30 gr., dopóki się nie dojdzie do 300 gr.; jest-

to maximum, którego autor nigdy nie przekraczał. Ławatywy takie należy robić w przeciagu tygodnia, nie dając żadnego pożywienia (per os), w niektórych przypadkach czekał Pasteur z podaniem pożywienia 10 dni i więcej (14 raz nawet 21 dni). W rzeczywistości ławatywy te służą do zmuszenia chorego do wstrzemięźliwości, jest to nawet podstawą leczenia metodą Fleinera'a (patrz Sem. méd. 1902 r., str. 140). Nie różnią się też te ławatywy od odżywczych, dlatego, że tylko bardzo niewielka część pożywnych części tą drogą się wsysa, a daleko łatwiejsze są do zrobienia, gdy się używa wody gorącej.

*Matylda Bichler.*

388. Köster. **Dyeta w zapaleniu nerek.** (Nord. med. Archiv. XXXVI, 4). Autor twierdzi, że w chronicznem zapaleniu nerek nie trzeba się trzymać wyłącznie mlecznej diety, wywołuje ona obrzydzenie, zaburzenia w trawieniu — nawet biegunkę i w końcu wycieńcza chorych, którzy zaczynają uczuć dotkliwy brak azotu. Doświadczenia robił autor na 100 chorych, z tych ogłasza tylko 21 przypadków. Otóż, w 5 przypadkach ilość białka w moczu mimo diety mieszanej zmniejszyła się, u jednego chorego nastąpiło też nawet po zmianie diety mlecznej wessanie puchliny piersiowej (hydrothorax). U innych mięsna dyeta nie miała wyraźnego wpływu na białkomocz; w 3-ch przypadkach zauważono zwiększenie się ilości białka, toż samo jednak zdarzało się u chorych, którzy byli wyłącznie na mlecznej dyecie.

Następnie doświadczenia robione były z wodami mineralnemi; ani wody, ani mięso czarne lub białe nie miało wpływu na białkomocz. W 2-ch przypadkach wystąpiła tylko uremia i, chociaż można się zapytać, czy toż samo nie byłoby się stało u chorych, jedzących tylko mleko, to jednak autor radzi ostrożność, t. j. powrót do diety mlecznej, o ile choremu grozi uremia, toż samo radzi się w ostrych zapaleniach nerek i w obostrzeniach podczas chronicznego zapalenia nerek i przy nerce skrobiowatej. Köster radzi tu powrót do diety mlecznej, w razie gdyby w osadzie moczu znaleziono czerwone ciała krwi w wielkiej ilości.

Autor zaznacza jeszcze, że często stan moczu poprawia się, jeżeli po pewnym czasie stosowania diety mieszanej powraca się do diety mlecznej, chociaż to ostatnie nie wywierało przedtem żadnego wpływu. Zdaje się więc, że należy poddawać chorego na przemian, to dyecie mlecznej, to mieszanej.

*Matylda Bichler.*

389. Lepage. **Leczenie uporczywych krwotoków z nosa.** These de Paris, 1904). Autor dzieli sposoby leczenia na dwie gru-



py. Do pierwszej należą te, które są niedostateczne do powstrzymania uporczywych, powtarzających się krwotoków jak: niemethodyczne tamponowanie, lecz tamponnatio anterior incompleta, iniekcye zimnej wody, iniekcye roztworu antypiryny. Do drugiej grupy autor zalicza te sposoby, które powinny być odrzucone, jako mogące być przyczyną poważnych zaburzeń: zakładanie tamponów nasyconych roztworem kokainy, iniekcji ferri sesquichlorati (mogące wywołać skutek wytworzenia licznych owrzodzeń śmierć), kauteryzacye za pomocą kwasu chromowego, ponieważ kwas rozlewa się na zbyt wielkiej przestrzeni krwawiącej, podwójne tamponowanie (mogące wywołać otitis suppurativa, sinusitis i t. p. Natomiast radzi, co następuje:

1. Kauteryzacye za pomocą galwanokautera tego miejsca, które krwawi (to jednak wymaga pewnej wprawy rynologicznej).

2. Iniekcye roztworu żelatyny do nosa, do roztworu żelatyny należy dodać jakiś środek odkażający, dla tego, że z roztworem aseptycznym można by mieć przykre niespodzianki.

3. Tamponowanie methodyczne (tamponnement anterieur) za pomocą gazy sterylizowanej. Najlepszymi jednak są iniekcye wody gorącej pod słabem ciśnieniem — są one aseptyczne, leczą też jednocześnie przez wywołanie zwężenia naczyń i utworzenia się skrzepów.

Zwężenie naczyń ma miejsce na dużej przestrzeni, nie zaś w jednym punkcie. Technika iniekcji następująca: Najpierw opróżnia się nos od skrzepów za pomocą wody pod silnem ciśnieniem, następnie za pomocą szpryki. Guyon wprowadza wodą ogrzaną do 45, z domieszką antisepticum (naphtol, resorcinum, menthol). W miejsce szpryki można używać wysokiej szklanki z dziobkiem. Pierwsza iniekcya powinna trwać 5 minut, wodę należy wprowadzać tak długo, dopóki nie zacznie wypływać czysta. Jeżeli po kwadransie krwotok nie ponawia się, to można chorego uważać za wyleczonego, w każdym bądź razie nie zaszkodzi jeszcze raz zrobić irygacye, jako środek zapobiegawczy, po upływie 3 lub 4 dni. Wreszcie, chory może sobie wlewać wodę sam za pomocą szklanki. Sposób ten jest trochę bolesny, można jednak ból zmniejszyć tem, że do przelęku i nosa wdmuchuje się trochę roztworu kokainy (1 : 1000) i smaruje nozdrza i wargi wazeliną.

Po iniekcjach opatrunku robić nie trzeba, można jednak dla utrwalenia skrzepu kazać choremu wciągać proszek arystolu, albo wprowadzić do nosa trochę pomady (wielkości grochu) z mentolem.

M. B.

390. Cohnheim. **Działanie lecznicze dużych dawek oliwy w chorobach żołądka i dwunastnicy: w owrzodzeniu, nadkwaśności, skurczowym i organicznym zwężeniu odźwiernika i w ich następnych stanach** (Gastrectasia). (Zeitschrift für klinische Medizin, Tom. 52. Zeszyt 2). Na podstawie swoich obserwacji, robionych w poliklinice, autor przychodzi do następujących wniosków. Chorych na rozszerzenie żołądka, wywołane nie przez organiczną przeszkodę, lecz przez skurcz odźwiernika z powodu owrzodzenia lub fissury, można wyleczyć wlewaniem wielkiej ilości oliwy (100,0 — 150,0 pro die), lub znacznie ich stan polepszyć. Organiczne zwężenie odźwiernika z następczym rozszerzeniem żołądka można tą kuracją i racjonalnym odżywianiem tak polepszyć, że giną dolegliwości; oliwa działa tem, że usuwa tarcie. Przypadki względnego zwężenia odźwiernika i dwunastnicy, które objawiają się klinicznie przez hypersecretio continua i skurcz wypustu kilka godzin po spożyciu jedzenia, można też tą kuracją albo wyleczyć, albo znacznie polepszyć. Przy rakowatym zwężeniu odźwiernika zmniejsza się olejową kuracją skurcz odźwiernika, nawet zupełnie się usuwa. Przypadki owrzodzenia odźwiernika z nadkwaśnością lub bez niej z kurczowymi bólami po upływie 1—4 godzin po jedzeniu, można wyleczyć albo oliwą, albo mlekiem migdałowym (orszadą), gdy niema komplikacji (Perigastritis). Oliwę daje się 3 razy dziennie na  $\frac{1}{2}$  — 1 godziny przed jedzeniem albo per os, albo za pomocą zgłębnika; rano szklanekę od wina, w południe i wieczorem po dwie łyżki stołowe. W lżejszych przypadkach można zamienić oliwę na orszadę.

Przez użycie oliwy usuwa się skurcz, tarcie się zmniejsza i odżywianie się polepsza, gdyż oliwa i przy zwężeniu wyższego stopnia przenika do dwunastnicy i wsysa się. Oliwa działa jako lek odurzający i nie wywołuje żadnych ubocznych zjawisk. Gdy chorzy niechętnie biorą oliwę, to można zamiast niej dawać zawiesinę z olejku migdałowego. Przy czysto nerwowych, hysterycznych skurczach żołądka dobrych wyników nie osiągnięto. W przypadkach bolesnej pustości żołądka, którą daje się spostrzedz przy nadkwaśności i zaniku żołądka, oliwa działa bardzo dobrze objawowo. Za pomocą kuracji oliwowej można część organicznych zwężeń odźwiernika na tyle poprawić, że można uniknąć chirurgicznego zabiegu. Należy zatem przed każdą operacją z powodu zwężenia najpierw spróbować kuracji oliwą. Nakoniec leczenie oliwą, zastosowane zapobiegawczo w stosownych przypadkach, zapobiega utworzeniu się rozszerzenia żołądka i nawrotom.

W. B.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego.

Posiedzenie d. 18 października r. 1903.

1. K. Jaczewski przedstawił chorego z **osutką kiłową grudkową**, umiejscowioną na grzbietowej powierzchni stóp i rąk obu.

Chory lat 32, zapisał się do szpitala św. Józefa przed 3 dniami. Przy badaniu znaleziono: w rowku żołądźwiowym z lewej strony znajduje się owalna, wyniosła nadżerka, pokryta skąpą wodnistą surowiczą wydzieliną, podstawa jej stwardniała, spoiścioci chrząstki. Gruczoły limfatyczne w pachwinach, na szyi i w przegubach łokciowych znacznie powiększone, nie bolesne, twarde — skóra nad nimi nie zmieniona, ruchoma. Na skórze tułowia i kończyn, nie wyłączając strony grzbietowej obu stóp i rąk obficie rozrzucone bez żadnego systematu wyniosłości — wielkości grochu polnego lub nieco mniejsze. Grudki te są płaskie, okrągłe, koloru miedzianego. Niektóre z grudek wystają mniej, aniżeli inne nad poziom skóry przyległej i mają na brzegach wyniosłości otoczkę z delikatnej łuski. Zabarwienie tych ostatnich grudek jest jeszcze ciemniejsze. Ad anum, na mosznie, powierzchnia grudek sączy się. Choroba trwa od 4 miesięcy — chory dotąd żadnych leków nie używał.

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę ze względu na umiejscowienie osutki na powierzchni grzbietowej obu rąk i stóp, — co zdarza się bardzo rzadko.

2. K. Jaczewski przedstawił chorą z zapaleniem **prostnicy tryprowem**.

N. N., prostytutka, lat 16, zapisała się do szpitala św. Józefa przed tygodniem, uskarżając się na częste i bolesne oddawanie moczu i stolca i ból w dole brzucha. Przy badaniu znaleziono: chora nie gorączkuje. Narządy wewnętrzne bez zmian widocznych. Otwór cewki zaczerwieniony, obrzmiały, błona śluzowa otworu pokryta gęstą ropną wydzieliną; po obtarciu jej kawałkiem waty, widać, że błona jest obrzmiała, wypukła się na zewnątrz, jest silnie przekrwiona. Vestibulum również zaczerwienione, obrzmiałe. Otwory gruczołów Bartholina i same gruczoły bez zmian. Portio vaginalis stożkowata, ujście maciczne okrągłe, wydzieliną ropną, ciągnącą się. Założenie speculi bolesne.

Okolica rzyci pokryta gęstą ropną, cuchnącą, żółtawego koloru, wydzieliną, po otwarciu której widać, że skóra jest silnie zaczerwieniona, miejscami z nadżerkami, a tuż przy otworze stolcowym znajduje się parę rozpadlin. Fałdy otworu znacznie obrzmia-

łe, zaczerwienione, całkiem pozbawione naskórka. Badanie wierzniem nie] mogło być dokonane z powodu silnego bólu. Badanie mikroskopowe wydzielin z cewki, otworu portionis vaginalis i okolicy rzyci wykazało obecność typowych gonokoków. Zakażenie tryprowe rzyci nastąpiło w danym przypadku bezpośrednio wskutek immussio penis in anum przed 2 mniej więcej tygodniami.

3. S. Dobrucki przedstawił chorą po dokonanej **herniometrii z rezekcją kiszki.**

Marjanna Borechowska, 57 lat, od dawna ma prawą przepuklinę biodrową, która jej wcale nie przyczyniała żadnych dolegliwości. Przed 5 dniami nagle wystąpiło uwięźnięcie. 23 września chora przybyła do szpitala z wyraźnymi objawami uwięźnięcia, kałowymi wymiotami, zaparciem stolca, wzdęciem brzucha, bardzo wyraźnym ruchem robaczkowym.

Przy znieczuleniu metodą Schleich'a zrobiono operację. Worek rupturowy zupełnie nie zawierał płynu, natomiast mała pętla jelita cienkiego długości 6 ctm., zupełnie zgangrenowana wewnątrz zawierała płyn zupełnie przezroczysty, gęsty, śluzowy.

Dokonano wycięcia zgangrenowanej kiszki. Rana skórna zeszyta, włożono tylko mały pasek gazy jodoformowej. Zagojenie bez żadnych komplikacji. Obfity stolec zaraz w nocy po operacji.

4. S. Dobrucki przedstawił chorego, 4-letniego Władysława Jachacza, po dokonanej operacji **cięcia nadłonowego** z powodu kamienia w pęcherzu.

Dziecko od roku z trudnością oddaje mocz, parę razy miało kompletne zatrzymanie moczu, tak że było katetyzowane.

Przy badaniu wyraźnie wyczuwamy kamień w pęcherzu. 2 października dokonano w uśpieniu chloroformowym operacji — Cięcie podłużne powłok i pęcherza po poprzednim wypełnieniu rozcynem kwasu borowego.

Kamień, długości  $2\frac{1}{2}$  ctm. i szerokości  $1\frac{1}{2}$ , łatwo udało się wyjąć. Nałożono szwy catgutowe na pęcherz, ranę zaś w powłokach wytamponowano gazą jodoformową. Chory zostawiony bez kateteru. Przez cztery dni ani kropla moczu nie wydziela się przez ranę. Na 5-ty dzień niewielka wydzielina moczowa z rany, włożono cewnik na stałe. Po 6 dniach cewnik został wyjęty, dalszy przebieg bez odczynu.

5. St. Rudzki przedstawił preparaty **zwyródnienia skrobiowego** nerek, śledziony i wątroby.

Chora 23 letnia wstąpiła do szpitala św. Wincentego w Lu-

blinie z obrzękami nóg, twarzy i tułowiu, trwającymi 2 miesiące. Przy badaniu przedmiotowym w sercu zmian nie wykryto; tętno 108 na 1', małe; płuca zdrowe, w jamie brzusznej wolny płyn w niewielkiej ilości; wątroba trochę powiększona, czuła, dość twarda; śledziony nie wyczuwa się. Moczu 300 cmt. <sup>3</sup> na dobę, c. g. 1021, białko w ogromnej ilości (17<sup>0</sup>/<sub>100</sub>), osad bardzo niewielki, zawierający pojedyncze wałeczki ziarniste.

Chora leżała w szpitalu 5 miesięcy: po zmniejszeniu się obrzęków czuła się ona cały czas zupełnie zadowolniająco: ani bólów głowy, ani wymiotów, ani zaburzeń kiszkiowych nie było wcale; widziała i słyszała wciąż dobrze; jedyne, na co uskarżała się, była to trudność w chodzeniu wskutek nie dających się usunąć obrzęków nóg. Serce pozostało nie powiększone; tętno wciąż małe, od 60—100. Ilość moczu wahała się zwykle około 1000—1500 cmt. <sup>3</sup> na dobę, ciężar gatunkowy był przeciętnie 1015 — 1020, oddziaływanie kwaśne, przezroczystość zupełna, ilość białka bardzo zmienne—od 20<sup>0</sup>/<sub>100</sub> do 4<sup>0</sup>/<sub>100</sub> w krótkich odstępach, w centryfugowanym osadzie zaledwo czasami udawało się wykryć pojedyncze wałeczki lub ciała ropne w niewielkiej ilości. Wątroba i śledzioną stopniowo powiększały się, aczkolwiek niezbyt wybitnie (wątroba w końcu wystawała na 4 cmt. z pod łuku żebrowego, śledzionę wyczuwano pod żebrami, oba narządy twarde). Na mocy powyższego obrazu postawiono rozpoznanie amyloid renum.

Ostatnie dwa tygodnie choroby miały przebieg odrębny: u chorej wystąpiła angina follicularis z silnym obrzmieniem migdałów, dreszczami, gorączką do 40<sup>0</sup> C., wymiotami, przyspieszeniem tętna do 130 na 1'. Chora odrazu ogromnie osłabła; na drugi dzień po anginie zjawiła się rozlana czerwoność na dolnych kończynach, która trwała parę dni i przeszła w wielu miejscach w pęcherzykową liszajowatą wysypkę. Dalej powstały silne bóle w krzyżu i w dolnej części brzucha oraz uporczywa biegunka. Po tygodniu wystąpił krwotok silny z nosa i płuc, potem maciczny. W moczu ilość białka zmniejszyła się do 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Chora była nawpół przytomna i przy objawach wzmagającego się osłabienia serca zmarła w 2 tygodnie po pierwszych objawach gardzielowych.

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono: obie nerki bardzo duże (długość 16—17 cmt.; szerokość 9 cmt., grubość 4—4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> cmt.) blade, na przekroju bardzo gładkie, warstwa korowa blado-żółta, miąższ fioletowy; dają odczyn jodowy. Wątroba i szczególnie śledzioną wybitnie zwyrodniałe skrobiowato. W jamie brzusznej mętny płyn, zmętnienie otrzewny; w powłokach brzusznych ropne

zacieki, idące od kości udowej prawej, na główce której wyczuwa się chropawość (chorej przed 2 laty robiono nacięcie aż do kości na prawem udzie). Ztąd też, widocznie, powstało źródło dla amyloidu, a śmierć zależała od ogólnego zakażenia i zapalenie otrzewny po angina septica (autoreferat).

W dyskusyi Chodźko zwraca uwagę, że tego rodzaju rozpoznania wymagają mikroskopowego badania preparatu.

6. Tołwiński odczytał pracę: **Statystyka szczepienia ospy w Królestwie Polskiem**. Rzecz ta wywołała obszerną dyskusję.

Posiedzenie d. 4 Listopada 1903 r.

1. S. Dobrucki opisuje w krótkości metodę Auschütz'a operowania wrodzonych przepuklin pachwinowych, demonstrując całą metodę na specjalnie przyrządzonym fantomie.

Metoda ta stanowi połączenie metody Winckelman'a przy operacyi hydrocele testis et funic. spermatici z metodą Bassiniego. O rezultatach dalszych trudno obecnie coś stanowczego powiedzieć wobec zbyt niedawno stosowanych operacyi. Zdaje się jednak, że metoda Auschütz'a stanowi krok naprzód w leczeniu przepuklin.

2. A. Majewski przedstawił chorego, u którego z powodu ostrego wgłobienia jelita (invaginatio iliaca wyciął wgłobienie, i odnośny preparat.

Wincenty W., lat 41, rolnik z pod piasek Luterskich. Zachorował nagle w nocy: dwukrotna biegunka, bóle w dole brzucha i wymioty; rano w podbrzuszu w linii środkowej ponad pęcherzem stwardnienie i silna bolesność; parcie, brak wiatrów i stolca. Drugiego dnia choroby parokrotne wymioty, czkawka. Po kilkakrotnych Hegar'ach — czysta woda, a w parę godzin kawałeczki kału w płynie silnie zabarwionym krwią. Bóle w dole brzucha mniejsze.

Trzeciego dnia—znowu wymioty, czkawka, odbijanie—cuchnące. Tętno—160. Po Hegarach — w parę godzin wydzielina cuchnąca koloru czarnej kawy, zabarwiona krwią. Opierając się na tych danych, kol. Jaroszyński z Piasek rozpoznał u chorego wgłobienie kiszki i wraz ze szczegółowym opisem przebiegu choroby odesłał go do szpitala.

Osobnik dobrze zbudowany. Twarz blada, oczy podkrążone. Brzuch umiarkowanie wzdęty, głównie w części środkowej; wypuk

w okolicy pęcherza stłumiony; pozatem dźwięczny. Ruch robaczkowy jelit—widoczny. Tętno—120.

Zaraz po przybyciu, —w 4 doby od początku choroby — laparotomia w uśpieniu chloroformowem. W podbrzuszu nieco na lewo od linii środkowej podługowaty ruchomy guz — długości około 15 cmt.—wglóbiecie jelita (invaginatio iliaca). Przy odgłabianiu okazał się w części wglóbiecionej otwór w zmartwiałej ścianie kiszki; wobec tego M. wyciął całe wglóbiecie w zdrowym jelicie w odległości około 10—15 cmt. od wglóbiecia w obie strony, poczem oba końce zeszył (enteroraphia circularis). W dolny kąt rany powłok — worek Mikulicza; po 4 dniach stopniowo go usunięto. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, prawidłowy, stolec 4-go dnia; wyzdrowienie.

3. A. Majewski przedstawił chorego, u którego z powodu powikłanego **wglóbiecia kiszki ślepej** (invaginatio ileococcalis) zrobił laparotomię.

Marcin L., lat 31, z Zakrzówka. Zachorował przed 4-ma tygodniami nagle; dostał bólów w prawem podbrzuszu i krwawych stolców; bóle, przelewania się i kruczenia—o mniejszem lub większem napięciu—trwały cały czas; krwawe stolca w ciągu 1 tygodnia kilkakrotnie się powtórzyły; później ustały, ustąpiwszy miejsca względnemu zaparciu stolca.

W chwili przybycia do szpitala badanie dało dane następujące: chory dobrze zbudowany, wychudzony, bez objawów jednakże zapaści, ciepłota niepodniesiona. Tętno prawidłowe. Brzuch umiarkowanie wzdęty. W prawem podbrzuszu ponad Poupart'em wyczuwa się w głębi guz mało ruchomy, twardy, wielkości pomarańczy, mało bolesny, wypuk powierzchniowy ponad nim daje ton dźwięczny; wypuk głęboki—ton lekko przytłumiony.

W prawem podżebrzu przy linii środkowej ponad pępkiem wyczuwa się drugi guz podłużny, kielbasowaty długości około 10 ctm., miękki, elastyczny; wypuk ponad nim dźwięczny; guz ten jest ruchomy; z łatwością przesuwac się daje, szczególnie w prawo. Związku między guzami wyczuć nie można.

W uśpieniu chloroformowem laparotomia w linii środkowej. Guz ruchomy okazał się wglóbieciem w okrężnicy poprzecznej; przy nacisku nań od strony lewej ku prawej guz ten, zmniejszając się stopniowo, posuwał się przez okrężnicę wstępującą ku kątnicy. Tu jednakże natrafiał na niedającą się przewyciężyć, przeszkodę w postaci drugiego dużego guza. By go sobie udostępnić, M. cięcie w linii środkowej rozszerzył ku dołowi i na wysokości pępka

dodał do niego drugie cięcie poprzeczne wprawo, długości 12 cmt. Guz nieruchomy okazał się kłębem zrośniętych z sobą jelit. Zrosty były płaszczynowe trwałe; oddzielanie ich skutecznie się dało jedynie przy użyciu znacznej siły; oddzielone jelita wyszły z tego zabiegu uszkodzone z poobdzieraną miejscami surowiczą; po obszyciu ran jelit i ich odsunięciu, doszliśmy do kątnicy. Wyrostka robaczkowego odkryć się nie udało; przy poszukiwaniu go natrafiono przy kątnicy przy zewnętrznym brzegu na ognisko ropne. Po usunięciu wacikami niewielkiej ilości ropy, założono przez dolny kąt cięcia śródkowego worek Mikulicza.

Pozostałe cięcia zaszyto warstwowo, trzypiętrowym szwem — przebieg pooperacyjny bez ważniejszych powikłań. Ciepłota ani razu nie podniosła się ponad normę. Worek Mikulicza usunięto w ciągu tygodnia; poczem jeszcze w ciągu 10 dni zakładano sączonek jodoformowy. W ciągu miesiąca od zabiegu—w pojedynczych głębokich szwach z Crin de Florence — odczyn miejscowy. Obecnie, w 2 miesiące od zabiegu chory utył; doskonale samopoczucie; w jamie brzusznej niema nigdzie -- miejsc bolesnych ani guzów, łaknienie bardzo dobre, stolce prawidłowe codzienne, blizny zagojone—trzymają ścianę dobrze.

4. A. Majewski pokazał bandaże z crêpe velpeau.

5. W. Tołwiński wygłosił przemówienie, poświęcone pamięci ś. p. Włodzimierza Brodowskiego.

6. Ustanowiono stałą komisję przemysłowo-lekarską, mającą za zadanie, drogą doświadczenia produktów przemysłu krajowego lekarskiego, współdziałać jego rozwojowi.

## Kronika bieżąca.

(w) *Z Dalekiego Wschodu.* W bitwach 17, 18, 19 Lipca na przełęczy Siaonlin został kontuzjowany starszy lekarz Piotr K o l o m y j e c.

(w) Od połowy Lipca obok ospy mamy w Warszawie epidemię włóknikowego zapalenia płuc (Pneumonia crouposa) o przebiegu łagodnym.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.