

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 9.

Warszawa d. 15 (28) Lutego 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny”. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Ś. p. d-r A. Rothe. Napisał d-r A. Wizeł. PRACE ORYGINALNE. O wodzie Krościeniekiej. Opracowa d-r J. Frączkiewicz. (Dokończenie). — Rzeżączka u mężczyzna a pozwolenie żenienia się. Podał d-r E. Borzęcki. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI Urologia. Choroby nerek i moczowodów. Zestawił A. Leśniowski. — OD-CINEK. Sprawa sanatoryów. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

D-r A Wizeł — † D-r A. Rothe. Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Frączkiewicz Sur l'eau minérale de Krościenko 2) D-r E. Borzęcki — La gonorrhée et le mariage.

Redaction Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

D-r A. Wizeł — † D-r A. Rothe. Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r J. Frączkiewicz — Ueber das Krościenko'sche Mineralwasser. 2) D-r E. Borzęcki — Der Tripper und die Erlaubniss zu heirathen.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

Ś. P. D-r ADOLF ROTHE

W dniu 6 lutego r. b. zmarł w Warszawie ś. p. Adolf ROTHE w 70 roku życia. W zmarłym społeczeństwo polskie utraciło nestora psychiatrów polskich.

Ś. p. ROTHE urodził się w Zgierzu w 1832 r., po ukończeniu średniego zakładu naukowego wstąpił do Akademii medycyko-chirurgicznej w Petersburgu, którą ukończył w 1859 r., dyplom zaś doktorski otrzymał w 1861 r. po napisaniu rozprawy o zwyrodnieniu skrobiowatym. Wkrótce po-

tem otrzymał posadę w szpitalu cywilnym w Kamieńcu Podolskim, w roku zaś 1867 został powołany do Warszawy, gdzie mu ofiarowano stanowisko naczelnego lekarza szpitala św. Jana Bożego (po KRYSIŃSKIM) oraz zarządzającego oddziałem obłąkanych kobiet przy szpitalu Dzieciątka Jezus (po FRYDRYCHU). W szpitalu Dzieciątka Jezus ROTHE pracował do 1895 r., zaś w szpitalu Jana Bożego do 1897 r.

Ś. p. Rothe położył ogromne zasługi dla psychiatrii polskiej. Gdy przybył do Warszawy i rozpoczął swą działalność lekarską i naukową, psychiatria miała u nas wówczas bardzo nielicznych przedstawicieli: FRYDRYCH już nie żył, KRYSIŃSKI ustępował z pola działalności lekarskiej, pozostali ze starszych jedynie prof. JANIKOWSKI, prof. PŁASKOWSKI oraz dr LUBELSKI, inni dopiero zaczynali swoją karierę. W tych to czasach ś. p. ROTHE rozpoczął swą działalność, objawszy ster rządów w dwóch szpitalach psychiatrycznych w Warszawie, a trzeba przyznać, iż do zrobienia było bardzo dużo. Psychiatria polska przedstawiała się nader ubogo. Pierwsze nasiona, rzucone przez FRYDRYCHA, KRYSIŃSKIEGO, JANIKOWSKIEGO, PŁASKOWSKIEGO, na pole, które przedtem zupełnie odłogiem leżało, nie zdołały jeszcze wydać należytego plonu. Wśród ogółu lekarskiego i nielekarskiego panowały jeszcze najdziwaczniejsze pojęcia o chorobach umysłowych i sposobach traktowania obłąkanych, byt chorych umysłowych był, na ogół biorąc, oplakany. Liczne przesady, pochodzące jeszcze z czasów mistycznego zapatrywania się na obłąd, tamowały prawidłowy rozwój sprawy. Świadomy tego, ś. p. ROTHE począł przedewszystkiem walczyć z tymi przesadami i szerzyć racjonalne pojęcia o tem, jak obłąkanych traktować należy. Leczenie i pielęgnowanie chorych umysłowych był to jeden z najulubieńszych tematów ROTHEGO, to też kwestyi tej nieboszezyk bardzo wiele prac poświęcił.

Ale nie ograniczała się na tem działalność społeczno-lekarska ś. p. ROTHEGO. Wszystko, co tylko dotyczyło psychiatrii praktycznej, znajdowało w nim gorącego rzecznika. Byt obłąkanych nie tylko w zakładach, ale i po za zakładami, budowa specjalnych zakładów dla obłąkanych, statystyka chorych umysłowych, wpływ rozmaitych czynników życia społecznego i ekonomicznego na powstawanie i rozwój chorób umysłowych, wszystko to ś. p. ROTHE w licznych swych pracach drobiazgowo rozbiierał.

Działalność ROTHEGO na polu praktycznej psychiatrii najdoskonalszy swój wyraz znalazła w jego rządach w dwóch szpitalach dla chorych umysłowych. Ktokolwiek bliżej dotykał się pracy w zakładach dla chorych umysłowych, ten wie, z jak niezwykłymi trudnościami praca ta jest połączona, ten wie, ile potrzeba siły wo-

li, samozaparcia i poświęcenia, aby wytrwać na stanowisku i zakładem takim rozumnie i energicznie kierować. Ś. p. ROTHE był kierownikiem doskonałym, a jeżeli szpitale, którymi zarządzał, pozostawiały wiele do życzenia, nie jego to wina. ROTHE czynił wszystko, co mógł, aby podnieść szpitale i poprawić los powierzonych pieczy jego chorych. Przy sposobności zaznaczymy tu jeden szczególny rys z działalności szpitalnej ROTHEGO, a mianowicie, ś. p. ROTHE od chwili objęcia rządów w szpitalu św. Jana Bożego ogłaszał co rok do ostatniej niemal chwili sprawozdania roczne o ruchu chorych w tym szpitalu. Sprawozdania takie mają doniosłe społeczno-lekarskie znaczenie, to też za granicą są one wszędzie na porządku dziennym. I u nas dawniej był zwyczaj ogłaszania rocznych sprawozdań. Jeszcze KRYSIŃSKI w 1854 r. ogłosił sprawozdanie ze szpitala św. Jana Bożego za rok 1853, potem ogłosił sprawozdanie z tegoż szpitala PŁASKOWSKI za okres dziesięcioletni, ROTHE prowadził w dalszym ciągu robotę, rozpoczętą przez dwóch swych poprzedników i doprowadził ją do 1890 r. Następnie praca ta się urywa i już więcej przez nikogo podjęta nie była.

Ś. p. ROTHE był nawskroś postępowym i naukowym psychiatrą. Weześnie umiłował psychiatrię, jeszcze bowiem w czasie pobytu swego na Podolu kilka prac psychiatrycznych ogłosił, przez całe życie szczerze jej był oddany, uczył się ciągle, rozwijał wraz z rozwojem psychiatrii i nieustannie poglądy swe doskonalił. Gdy rozpoczynał swą karierę naukową, na firmamencie nauki błyszczały wówczas nazwiska takich mężów, jak GRIESINGER, KAHLBAUM, LEIDERSDORF, MOXEL i in. ROTHE przejęty był wówczas nawskroś ich poglądami. Z biegiem czasu wypłynęły na widownię inne imiona, pojawili się tacy uczeni, jak SCHUELE, MEYNERT, KRAFFT-EBING i in. Wpływ tych uczonych natychmiast się odbił na pracach ROTHEGO, że przytoczę dla przykładu pracę, p. t. „Podstawy psychiatrii tegoczesnej“, pracę, napisaną pod bezpośrednim wpływem MEYNERT'a. ROTHE trzymał nieustannie dłoń na tętnie psychiatrii i wszystko, co tylko ukochanej przez się nauki dotyczyło, gorączkowo w siebie wchłaniał. ROTHE nie tylko z pism i książek wiedzę swą czerpał, ale brał również wprost z życia: zwiedzał często europejskie kliniki i zakłady, brał udział

wspecyalnych zjazdach, komunikował się bezpośrednio z zagranicznymi uczonymi.

Ś. p. ROTHE pocztywał sobie za obowiązek bogatą swą wiedzą dzielić się z ogółem lekarzy, dzięki temu piśmiennictwo polskie pozyskało szereg cennych dla polskiej psychiatrii prac. Nie ulega wątpliwości, że ze wszystkich naszych psychiatrów ROTHE pozostawił po sobie największą spuściznę literacką, że był najpłodniejszym autorem ze wszystkich dawnych i współczesnych psychiatrów polskich. Niżej podajemy całkowity spis prac ROTHEGO, tu zaznaczymy tylko, że w spuściźnie tej znajdują się nawet tak poważne dzieła, jak „Psychiatria“ i „Psychopatologia forensis“. ROTHE miał szczególne zamiłowanie do badań historycznych, temu też zawdzięczać należy powstanie takich prac, jak dzieje psychiatrii w Polsce i Rosyi, prace te bodaj czy nie są najbardziej wartościowe ze wszystkiego, co ROTHE napisał.

Prócz wymienionych dzieł, na szczególnie uwzględnienie zasługują jeszcze trzy studia psychiatryczne: o Torquato Tasso, o Królu Learze i o Iwanie Groźnym.

Przeszczepiając na grunt polski wiedzę zagraniczną, ś. p. ROTHE dbał jednocześnie o to, aby zagranicę informować o tem, co się dzieje u nas. To też prace polskie z zakresu psychiatrii stale referował w czasopiśmie „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“, którego był czynnym współpracownikiem do ostatnich chwil życia.

Dziś cała działalność piśmienniczo-naukowa ROTHEGO ma już przeważnie znaczenie historyczne, zjawily się bowiem nowe pojęcia, nowe prądy, nowe kierunki, które całkowicie zreformowały dawną psychiatrię, na owe czasy jednak, gdy żył i najczynniej pracował ś. p. ROTHE, działalność Jego miała niezmiernie doniosłe znaczenie dla polskiej nauki i dla polskiego społeczeństwa. Cześć Jego pamięci!

Adam Wizeł.

S P I S P R A C.

Bezład postępowy. Przegląd Lek., 1863.
Rys historii psychiatrii. Tygodnik Lek., 1864.
Opis szpitala Św. Jana Bożego w Warszawie. Gazeta Lek., 1868.

Gheel, kolonia dla obłąkanych. Gazeta Lek., 1869.

O pielęgnowaniu obłąkanych i urządzeniu dla nich zakładów. Pam. Tow. Lek. Warsz., 1869.

O leczeniu i pielęgnowaniu obłąkanych w czasach dawniejszych i teraźniejszych. Gazeta Lek., 1871.

Melancholia activa. Opinia sądowo-lekarska. Tamże, 1872.

O wpływie wypadków w latach 1870—1871 na stan umysłowy mieszkańców Paryża. Medycyna, 1873.

Mania epileptyca. Opinia sądowo-psychiatryczna. Medycyna, 1877.

Król Lear, studjum psychologiczne. Warszawa, 1879.

Sprawozdania z czynności lekarskich w Warszawskich Zakładach dla obłąkanych za lata: 1867, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81 i 1882.

Znaczenie statystyki zakładowej. Cele i dążności psychiatrii praktycznej. Gazeta Lek., 1882.

Paraldehyd, nowy środek nasenny. Tamże 1884.

Podstawy psychiatrii tegoczesnej. Tamże 1885.

O samobójstwie. Gazeta sądowa.

Otrucie wyskokowe czyli alkoholizm i jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych. Gazeta Lek., 1882.

Psychiatria sądowa. Pam. Tow. Lek. Warsz., 1868.

Zmiany zaszły w pierwotnym planie centralnego zakładu dla obłąkanych. Tamże, 1869.

Obłąkanie udawane. Tamże, 1869.

Projekt do statystyki obłąkanych w guberniach Królestwa Polskiego. Tamże 1870.

O rozporządzalności i poczytalności winy. Tamże, 1870.

Przezynek do psychiatrii praktycznej na uroczystość 150-letniego jubileuszu szpitala Św. Jana Bożego 1869 r. w Pam. Tow. Lek. Warsz.

Psycho-pathologia forensis (psychiatria sądowa) w jej zastosowaniu do prawodawstwa obowiązującego w Królestwie Polskiem i Galicyi. Kraków, 1879.

Psychiatria czyli nauka o chorobach umysłowych. Warszawa, 1885. (Wydawnictwo Gaz. Lek.).

Rys dziejów psychiatrii w Polsce. 1893.

Po rusku:

Opieka nad obłąkanymi i urządzenie przytułków dla nich. Warszawa, 1868.

Kilka słów o obłąkanych i zakładach dla chorych nerwowych.

Przyczynki do historii i statystyki obłąkanych w Królestwie Polskiem.

Nadużycie napojów spirytualnych w Królestwie Polskiem w stosunku do innych miejscowości.

Sprawozdanie o ruchu obłąkanych w szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie za lata 1883 — 1890. Goniec psychiatrii.

Dzieje psychiatrii w Rosyi i Polsce. Charków, 1893.

Po niemiecku:

Torquato Tasso. Eine psychiatrische Studie. Zeitsch. f. Psychiatr., 1878.

Die russische Gesetzgebung. in ihrer Beziehung zu den Geisteskrankheiten. Psychiatr. Centralbl. Wien.

Das epileptische Irresein. — Kleinere Mittheilungen auf dem Gebiete der Psychiatrie.

Geschichte und Beschreibung der Warschauer Irrenanstalt des h. Joannes a deo. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie.

Jahresbericht über Aufnahme und Entlassung in der Warschauer Irrenanstalt. Tamże.

Projekt zur Errichtung einer neuen Irrenanstalt in Warschau. Vortrag in der psych. Section der 48 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Graz 1875. Psychiatr. Centralbl.

Referate über Arbeiten in russischer und polnischer Sprache aus der Psychiatrie in der Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie.

Geschichte der Psychiatrie in Polen. 1896, Geschichte der Psychiatrie in Russland, 1895.

Johann Wasilewitesch IV, genant der Grausame. 1895.

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chorób wewnętrznych pofr d-ra St. Pareńskiego
go w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O WODZIE KROŚCIEŃSKIEJ.

Opracował

D-r JAN FRĄCZKIEWICZ.

(Dokończenie — Patrz Nr. 8)

W chorobach narządu moczowego, a szczególnie w chorobach nerek wedle zebranych spostrzeżeń woda Krościeńska działa bardzo korzystnie, tak w czasie ostrego, miąższowego, jak i przewlekłego zapalenia nerek, a przedewszystkiem podczas obostrzeń

sprawy chorobowej. Działanie jej w tem cierpieniu da się łatwo wytłómaczyć tem, że, pijąc wodę Krościeńską (do 1 litra dziennie), wprowadza się większą ilość płynu do ustroju i tem samem zwiększa się ilość moczu. Drażniące składniki znajdują się przeto w większem niejako rozcieńczeniu i stają się mniej szkodliwe, z drugiej strony woda Krościeńska przez swoje alkaliczne własności zmniejsza kwasotę moczu — najgłówniejszy cel leczenia w zapaleniu nerek. Według twierdzenia QUINCKE'go wolny bezwodnik kwasu węglowego, w wodach mineralnych zawarty, znakomicie podnosi ich własności moczopędne. Najwymowniej za słusnością przy-

toeczonych uwag przemawiają poniżej zestawione przykłady. Z kilkunastu spostrzeganych przypadków podają tylko cztery, najwięcej pouczające.

Dla krótkości przytaczam tylko szczegóły, tyjące się narządu moczowego.

Przypadek I. Rozalia Michalik leży od kilku dni w oddziale z rozpoznaniem: *Nephritis parenchymatosa chronica*. Ból głowy, nudności, brak apetytu, — przeciętna ilość moczu na dobę 1000 grm. Ilość białka 0,8%. Obrzęki na kończynach dolnych, na krzyżu i twarzy spore. Rozpoczęła pić wodę Krościeńską 7. XI. 1902 r. po 750 grm. dziennie. Dyeta mleczna. Dn. 8. XI. Ilość moczu 1600 ctm. sz. Dn. 9. XI. Ilość moczu 1500 ctm. sz. Apetyt lepszy. Dn. 10. XI. Ilość moczu 2500 ctm. sz. Nudności ustąpiły. Dn. 11. XI. I. m. 2600 ctm. sz. Obrzęki zmniejszają się. Dn. 12. XI. I. m. 2800 ctm. sz. Dn. 13. XI. I. m. 3900 ctm. sz. Dn. 14. XI. I. m. 3900 ctm. sz. Obrzęki tylko na krzyżu. Dn. 15. XI. I. m. 1800 ctm. sz. Biegunka po środku przeczyszczającym. Dn. 16. XI. I. m. 3900 ctm. sz. Dn. 17. XI. Ilość moczu 3900 ctm. sz. Ilość białka 0,1%. Dn. 18. XI. I. m. 3500 ctm. sz. Dn. 19. XI. I. m. 3000 ctm. sz. Ból głowy. Dn. 20. XI. I. m. 3500 ctm. sz. Dn. 21. XI. I. m. 3900 ctm. sz. Dn. 22. XI. I. m. 3500 ctm. sz. Dn. 23. XI. I. m. 3900 ctm. sz. Dn. 24. XI. I. m. 3500 ctm. sz. Dn. 25. XI. I. m. 3500 ctm. sz. Ilość białka 0,05%. Dn. 26. XI. I. m. 3600 ctm. sz. Dn. 27. XI. I. m. 3600 ctm. sz. Ilość białka 0,04%. Obrzęki ustąpiły zupełnie. Podmiotowo chora czuje się dobrze. Na własne żądanie opuściła szpital.

Przypadek II. Marya Zajęc. Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica*. Znaczne ogólne obrzęki. Brak apetytu. Ból głowy. Ilość moczu na dobę przeciętnie 800 ctm. sz. Ilość białka 0,44%. Rozpoczęła pić wodę Krościeńską 7. XI. 1902 r. Dyeta mleczna. Dn. 8. XI. I. m. 1200 ctm. sz. Dn. 9. XI. I. m. 900 ctm. sz. Dn. 10. XI. I. m. 1300 ctm. sz. Dn. 11. XI. I. m. 2000 ctm. sz. Ogólny stan lepszy. Ból głowy ustąpił.

Stolec codziennie. Dn. 12. XI. I. m. 2000 ctm. sz. Dn. 13. XI. I. m. 2000 ctm. sz. Obrzęki prawie ustąpiły. Dn. 14. XI. I. m. 2100 ctm. sz. Tętno 72, regularne, dobre. Dn. 15. XI. I. m. 2100 ctm. sz. Dn. 16. XI. I. m. 2000 ctm. sz. Dn. 17. XI. I. m. 2500 ctm. sz. Ilość białka 0,1%. Dn. 18. XI. I. m. 2500 ctm. sz. Dn. 19. XI. I. m. 2200 ctm. sz. Dn. 20. XI. I. m. 2000 ctm. sz. Dn. 21. XI. I. m. 2200 ctm. sz. Dn. 22. XI. I. m. 1800 ctm. sz. Stolce cztery płynne. Dn. 23. XI. I. m. 1500 ctm. sz. Biegunka. Dn. 24. XI. I. m. 2400 ctm. sz. Dn. 25. XI. I. m. 2500 ctm. sz. Dn. 26. XI. I. m. 2500 ctm. sz. Dn. 27. XI. I. m. 2500 ctm. sz. Ilość białka 0,08%. Obrzęki ustąpiły. Chora czuje się dobrze i na własne żądanie opuszcza szpital dnia 30. XI. 1902 r.

Przypadek III. Regina Wlazło. Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica*. Obrzęki spore Ilość moczu na dobę 1000 ctm. sz. Ilość białka 0,8%. Pije wodę Krościeńską po 750 grm. dziennie od dnia 13. XI. 1902. Dyeta mleczna. Dn. 14. XI. I. m. 2200 ctm. sz. Dn. 15. XI. I. m. 2400 ctm. sz. Dn. 16. XI. I. m. 2700 ctm. sz. Ból głowy przedtem znaczny ustąpił. Dn. 17. XI. I. m. 3700 ctm. sz. Nudności, na które poprzednio ciągle się skarżyła, niema. Dn. 18. XI. I. m. 3900 ctm. sz. Obrzęki znacznie mniejsze. Dn. 19. XI. I. m. 1100 ctm. sz. Stolec 3 razy płynny po *Aqua laxativa*. Dn. 20. XI. I. m. 2000 ctm. sz. Ogólny stan lepszy. Dn. 21. XI. I. m. 3500 ctm. sz. Dn. 22. XI. I. m. 3600 ctm. sz. Ilość białka 0,06%. Chora czuje się podmiotowo dobrze. Obrzęki zupełnie znikły. Chora na własne żądanie opuściła szpital dnia 22. XI. 1902 roku.

Przypadek IV. Zofia Ogórek. Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica*. *Uraemia*. Dn. 6. XI. Chora nieprzytomna prawie, częste wymioty, nudności. Obrzęki znaczne. Ilość moczu na dobę 700 ctm. sz. Ilość białka 0,8%. Rozpoczęła pić wodę Krościeńską dn. 7. XI. po 750 grm. dziennie. Dyeta mleczna. Kąpiele ciepłe. Dn. 8. XI. I. m. 1600 ctm. sz. Dn. 9. XI. I. m.

2000 ctm. sz. Chora przytomniejsza. Wymioty mniej częste. Dn. 10. XI. I. m. 1400 ctm. sz. Kilka stolców po środku czyszczącym. Dn. 11. XI. I. m. 1500 ctm. sz. Wymioty ustąpiły. Nudności mniejsze. Ból głowy. Chora zupełnie przytomna. Dn. 12. XI. I. m. 2300 ctm. sz. Dn. 13. XI. I. m. 2200 ctm. sz. Dn. 14. XI. I. m. 2100 ctm. sz. Nudności ustąpiły. Bólu głowy niema. Stan ogólny znacznie lepszy. Obrzęki na twarzy mniejsze. Tętno 84, regularne, dość dobre. Dn. 15. XI. I. m. 2360 ctm. sz. Dn. 16. XI. I. m. 2000 ctm. sz. Ilość białka 0,3%. Dn. 17. XI. I. m. 2600 ctm. sz. Dn. 18. XI. I. m. 2400 ctm. sz. Stan ogólny coraz lepszy. Apetyt powraca. Dn. 19. XI. I. m. 2800 ctm. sz. Dn. 20. XI. I. m. 2800 ctm. sz. Obrzęki zmniejszają się stale. Dn. 21. XI. I. m. 2700 ctm. sz. Dn. 22. XI. I. m. 2800 ctm. sz. Ilość białka 0,2%. Dn. 23. XI. I. m. 2800 ctm. sz. Dn. 24. XI. I. m. 2750 ctm. sz. Dn. 25. XI. I. m. 2600 ctm. sz. Obrzęki utrzymują się tylko na krzyżu. Dn. 26. XI. I. m. 2700 ctm. sz. Ilość białka 0,1%. Stan podmiotowy dobry. Dn. 27. XI. I. m. 2800 ctm. sz. Dn. 28. XI. I. m. 1500 ctm. sz. Kilka płynnych stolców po *Oleum Ricini*. Dn. 29. XI. I. m. 2000 ctm. sz. Dn. 30. XI. I. m. 2500 ctm. sz. Ślad obrzęku na krzyżu. Chora podmiotowo czuje się dobrze.

Z ogólnych chorób dna przedstawia szerokie pole do używania wody Krościeńskiej. Wedle badań PFEIFFER'a przewlekłe to cierpienie polega na tem, że kwas moczowy znajduje się w organizmie w stanie niezupełnego zobojętnienia, a raczej w połączeniach, które sprzyjają jego wydzielaniu się do tkanek. W dniu organizm wydziela kwas moczowy niestale i nieregularnie. W dniu pojawia się wolny kwas moczowy nie tylko w moczu, ale i wśród innych tkanek i nie w połączeniach z solami, które mają tę własność, jeśli znajdują się w odpowiedniej ilości we krwi, że utrzymują kwas moczowy w rozpuszczeniu. Jeśli wskutek nadmiernej kwasoty w żołądku wszystkie alkalia pokarmów zostaną zużyte do zobojętnienia kwasów, to w takim razie organiz-

mu braknie następnie środków do zobojętnienia kwasu moczowego. Najlepszym przeto środkiem uniknięcia tego jest zwiększone podawanie alkaliów, a doświadczenie wykazało, że najskuteczniejszy w tym względzie jest węglan wapnia, który w połączeniu z innymi składnikami wód mineralnych posiada w najwyższym stopniu własności rozpuszczania kwasu moczowego we krwi, w tkankach i w moczu. A w wodzie Krościeńskiej znajduje się znaczna ilość dwuwęglanu wapnia w połączeniu z innymi alkaliami, i to pozwala przyznać szczerze tej szczególnie korzystne działanie w dniu. Zalecać przeto ją należy u chorych skłonnych do dny lub u takich, którzy już napad jej przebyli, aby jej ciągle lub przynajmniej co pewien czas używali.

Również i przy oksalurii z tych samych prawie powodów używanie wody Krościeńskiej jest wskazane

Woda Krościeńska, jako znakomita szczawa alkaliczno-słona, pobudza ogólną przemianę materii ustroju przez szybsze utlenianie a także wywiera korzystny wpływ na czynności pojedynczych narządów ustroju. W narządzie oddechowym rozpuszcza wydzielinę błon śluzowych i ułatwia wydalanie jej z ustroju. W przewodzie pokarmowym działa pobudzająco na gruczoły trawienne i wydzielanie soku żołądkowego, obniżając zarazem nadmierną jego kwasotę. W narządzie moczowym utrzymuje kwas moczowy w rozpuszczeniu, zmniejszając zarazem jego nadmierne wydzielanie się, działa wreszcie wybitnie moczopędnie.

Wolny CO₂ nadaje wodzie Krościeńskiej przyjemny smak, potęguje jej działanie chemiczne w przewodzie pokarmowym i jest bodźcem przy leniwym mechanizmie tegoż; przyspieszając tem samem wchłanianie treści po-

karmowej, dodaje nadto wodzie Krościeńskiej własności moczopędnych.

Z tych więc wszystkich własności wody Krościeńskiej, które, jak to dowodnie wykazałem, dają się ściśle naukowo stwierdzić na podstawie moich doświadczeń i spostrzeżeń, wynika jasno, w jakich cierpieniach woda ta używana być powinna; a więc: w nieżytych dróg oddechowych, a przede wszystkim w nieżytych oskrzeli, dalej w nieżytych kwaśnych i śluzowych żołądka, nerwicach żołądkowych, połączonych z nadmierną kwasotą, w gnuśności przewodu pokarmowego, w ostrych i przewlekłych cierpieniach jelit, w zapaleniu ostrem i przewlekłym, mięsaszowem i łączno-tkankowem nerek, w dnii i kamicy nerkowej kwaśnej.

Nadmienić także muszę, że u niektórych chorych podawałem wodę tę przez czas dłuższy i nie dostrzegłem żadnych zaburzeń żołądkowych, ani upośledzenia stanu odżywiania ogólnego. Szczawa ta raczej przy głębszych zaburzeniach w przemianie materii okazała się doskonałym regulatorem tej przemiany.

Przy ordynowaniu wody Krościeńskiej trzymałem się ogólnych prawideł balneoterapii i rzadko przekraczałem ilość jednego litra jako dzienną dawkę, musiałem jednak indywidualizować zależnie od przypadku i celu. A więc, raz podawałem ją z mlekiem, to znów ogrzaną, zimną, wystałą i t. p. Przy zboczeniach w ogólnej przemianie materii należy ordynować większe ilości wody Krościeńskiej, jedną do dwóch flaszek dziennie, mniejsze ilości podawać należy np. w chorobach żołądkowych. Jeśli chcemy wyłączyć wpływ i działanie CO₂ podawać należy ogrzaną, w chorobach płuc najlepiej jest stosować ją z mlekiem lub zentycą.

Dyeta przy picciu wody Krościeńskiej stosować się winna do cierpienia chorego, a ogólnie nadmienić wypada, że należy unikać trudnostrawnych i kwaśnych pokarmów.

W końcu dodać należy, że woda Krościeńska nadaje się bardzo dobrze do kuracyi domowej z tego powodu, że można ją wybornie bez zmian dłużej przechować, i że nie traci przytem wybornego smaku i naturalnych swych własności. Napełnianie bowiem flaszek odbywa się w najlepszy sposób i najczyściej, a używana w większych ilościach i przez czas dłuższy nie wywołuje żadnych ubocznych szkodliwych zaburzeń. Przy używaniu wody Krościeńskiej w domu należy się ściśle stosować do poleceń lekarza tak co do ilości, czasu i sposobu, jak i co do diety.

Niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie prof. d-rowsi Stanisławowi PAREŃSKIEMU za pozwolenie korzystania z obfitego materiału klinicznego, za cenne rady i wskazówki, wreszcie za wystaranie się u Zarządu zdrojów Krościenkowskich o bezinteresowne dostarczenie potrzebnej ilości wody mineralnej.

Nie mam zamiaru skromną tą pracą robić reklamy wodzie Krościeńskiej, chcę jednak dać pogląd ogólny czytelnikom, którzy będą używali szczawy tej, jako środka leczniczego, aby się dowiedzieli, z czego się składa, i jakie jest jej działanie na ustrój chorego.

RZEŻĄCZKA u MĘŻCZYZNY a pozwolenie żenienia się.

Podał

D-r Eugeniusz Borzęcki

Prymaryusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych
w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie — Patrz Nr. 8).

Przy dalszem rozpatrywaniu przypadków tej kategorii nasuwa się pytanie: czy sam czas trwania rzeżączki, licząc od ostatniej infekcyi, pozwala na jakie wnioski co do obecności lub braku g e? czy

li innemi słowy: czy po pewnym czasie rzeżączka, choćby nie leczona, nie traci cechy zakaźnej? Z łatwo zrozumiałych powodów statystyka w tym względzie nie może być ścisła i pewna. NEISSER (1), który zbadał 143 przypadki rzeżączki trwające od 3 miesięcy do 8 lat, znalazł: w trwających dłużej, niż rok, w 18 ge, w 20 nie (z tych 11 badano raz), w trwających dłużej, niż dwa lata — 20 razy wynik dodatni, w 25 ujemny (z tych 9 badano raz). Zestawienie tych wyników nie uprawnia więc do żadnych wniosków. Na podstawie więc samego czasu, jaki upłynął od ostatniego zakażenia, *a priori* powiedzieć, choćby przy istnieniu najmniejszych objawów klinicznych, czy w jakimś gruczole błony śluzowej cewki nie ma ogniska ge, nie możemy. Z własnego mego doświadczenia śmiem jednak twierdzić, że w rzadkich przypadkach, nie leczonych zupełnie zabiegami miejscowymi, rzeżączka stracić może swój charakter zakaźny, następuje *sanatio spontanea* zupełna.

Gdybyśmy jednak, mając do rozstrzygnięcia nasze pytanie, mieli przed sobą dwa przypadki rzeżączki, z których w jednym upłynęło od ostatniego zakażenia pół roku, a w drugim np. dwa lata, choćby na podstawie ujemnego w obu razach badania bakteryologicznego, ale przy obecności jakichś cząstek wydzieliny pod postacią nitek, strzępków w moczu, to słusznie powiemy, że w przypadku pierwszym jest większe prawdopodobieństwo, iż przeciw gdzieś w ścianach cewki mogą być ge, niż w drugim. Tu jednak nie rozechodzi się o prawdopodobieństwo, odpowiedź nasza, jak zaznaczyłem na początku, winna być pewna i jasna. Przy badaniu bakteryologicznem czy wydzieliny, czy nitek i t. d. z moczu w przypadkach stanów rzeżączkowych, czy porzeżączkowych przewlekłych cewki pamiętać (należy o tem, że jedno- lub dwurazowy wynik ujemny nie wystarcza, jeżeli mamy wziąć na siebie całą odpowiedzialność, dając choremu pozwolenie żenienia się. Badanie w tych przypadkach winno być wykonane kilka lub kilka-

naście razy w przeciągu dłuższego czasu i z uwzględnieniem wszelkiego przystępnego materiału. Nie dosyć zbadać wydzielinę z cewki lub nitki, wyłowione z moczu (naturalnie, jeżeli w nich ge nie ma), ale należy zbadać wydzielinę z gruczołów, jakie znajdują się w obrębie błony śluzowej cewki. Wiemy bowiem, że rzeżączka, im dłużej trwa, tem więcej ogranicza się do coraz mniejszych odcinków błony śluzowej, a tą kryjówką, z której tak trudno w poszczególnych przypadkach usunąć ge czy też tylko resztki wydzieliny, jest narząd gruczolowy błony śluzowej cewki, zaczynając od gruczołów LITTRÉ'go, zatok MORGAGNI'ego, idąc dalej, gruczoł COOPER'a i krokowy.

Z licznych prac, by wymienić tylko CRIPPA'y (2), FINGER'a, GHON'a i SCHLAGENHAUFER'a (3), NEISSER'a - PUTZLER'a (4), PEZZOLLI'ego (5), wiemy, że ge nie ograniczają się do zajęcia i usadowienia się w samym tylko nabłonku, ale dostają się do światła i ścian gruczołów błony śluzowej cewki, wywołują w nich zmiany zapalne, nieżytowe, stanowiące ogniska najtrudniej przystępne leczeniu. Gdyby błona śluzowa cewki nie miała tego liczego narządu gruczolowego, rzeżączka u mężczyzny dałaby się usunąć w kilka dni. Mając zaś to w pamięci, że sam strumień moczu zabiera to z błony śluzowej cewki, co leży na jej powierzchni, nie możemy ograniczyć naszego badania tylko do tego materiału, który przedstawia czy to wydzielina, z ujścia cewki otrzymana, czy pływające w moczu nitki i strzępki. Badanie nasze bakteryologiczne ob-
jąć powinno:

- 1) wydzielinę z ujścia cewki,
- 2) wydzielinę pod postacią nitek i strzępków, w moczu pływających,
- 3) wydzielinę z gruczołów LITTRÉ'go i zatok MORGAGNI'ego (otrzymaną według sposobu, opisanego przez CRIPPA'ę i PEZZOLLI'ego);
- 4) wydzielinę z gruczołu krokowego (według wskazówek NEISSER'a).

Badanie to, jeżeli wypadło ujemnie, winno być powtórzone kilka lub kilkanaście razy w ciągu dłuższego czasu z tem nadmienieniem, że pacjent w ciągu tego okresu spostrzegania z umysłu przekroczy miarę „*in Venere et Baccho*“, by przez to wywołać, jeżeli to możebne, zaostrzenie istniejącego stanu. Jeżeli i w tych warunkach dokonywane badania dadzą wyniki ujemne co do obecności ge, to pozostaje nam jeszcze, idąc za radą NEISSER'a, wywołać przez użycie stosownych płynów do przepłukania (sublimat 1:5000,0, *Argent. nitr.* 1:300,0) zaostrzenie sprawy i badanie wydzielin przez to zwiększonej. Do tego samego celu dąży wprowadzenie sondy metalowej w przypadkach, gdzie istnieją w błonie śluzowej czy podśluzowej nacieki, zgrubienia, zwężenia, byle użyta sonda działała rzeczywiście, jako narzędzie rozszerzające (o wyborze więc grubości sondy stanowić będzie w każdym przypadku szerokość światła cewki). Ostatnim wreszcie sposobem, po wyczerpaniu wymienionych, byłoby wyhodowanie ge na pożywcę. Słusznie jednak podnosi NEISSER, że wyosobnienie ge w przypadkach zwłaszcza przewlekłych, gdzie spotyka się wiele innych drobnoustrojów, jest bardzo trudne, a wynik ujemny nie jest i tak miarodajny.

Skoro w ten sposób wyczerpaliśmy nasze sposoby badania w danym przypadku, i to z wynikiem stale ujemnym, mamy odpowiedzieć na postawione na początku pytanie: czy pacjent może się żenić? Powiemy bez wahania: tak. Na tem stanowisku dziś stać musimy, na niem stoi cały szereg poważnych autorów, którzy tę sprawę poruszali, jak NEISSER (6), SCHULTZ (7), NEUBERGER (8), JADASSOHN (9), LOEWENHARDT (10) i t. d. Ostatni dwaj na podstawie bardzo licznych spostrzeżeń, dotyczących przypadków, jakimi się zajmujemy, zgodnie stwierdzają, że nigdy nie spostrzegali lub nie dowiedzieli się o przeniesieniu rzeżączki na żonę, opierając wydanie swojego pozwolenia ożenienia się na podstawie ściśle przeprowadzonego ba-

dania bakteriologicznego. Ja sam w ciągu lat blisko dziesięciu miałem liczny szereg pacjentów z kategorii, jaka nas zajmuje.

Stojąc niezmiennie na stanowisku, wyżej określonym, i dzieląc w tym względzie zapatrywania wyżej wymienionych autorów, nie doczekałem się—o ile mogłem to sprawdzić—ani w jednym przypadku przeniesienia rzeżączki. Że badanie takie wymaga dużo cierpliwości, czasu i t. d., rzecz to pewna, ale względ na zło, jakie pociąga za sobą rzeżączka u kobiety, jest dostateczny, by nie zwolnić lekarza od podjęcia tych trudności. Nadmienić należy, że w przypadkach przewlekłych, gdzie w skąnym, dostępnym materiale, obok możności znalezienia ge, znajdują się zazwyczaj liczne drobnoustroje (poszczególne dwoinki), wypadnie często użyć metody barwienia GRAM'a.

Jeżeli po wyczerpaniu wszystkich przystępnych nam sposobów badania i dostępnego materiału spotka nas zawód, a może i zarzut, to lekko go odeprzeć przyjdzie, bo zrobiliśmy wszystko, co było możliwe.

W odpowiedzi na powyższe wywody z usceptyka łatwo nas może spotkać zarzut: wprawdzie nie znalazłem ge, badając 5 czy 10 razy w danym przypadku, a jednak kto wie, czy w jakimś z gruczołów błony śluzowej cewki nie ma ogniska ge, które mimo badań uszło uwagi? I trudno taki gołosłowny zarzut odeprzeć. Czy jednak dlatego, że zdarzyć się może, iż wbrew naszemu rachubom, opartym na bardzo ścisłym badaniu, nastąpiło przeniesienie rzeżączki, mamy prawo ten plan badania uważać za zbyt techniczny lub nawet zły? Myślę, że nie. Dziwnem się przeto wydać musi skrajne zapatrywanie KROMAYER'a (11), który, opierając się na spostrzeżeniu, dotyczącym pacjenta, leczonego jakoby przez JADASSOHN'a i uznanego przez tegoż na podstawie badań bakteriologicznych za zdrowego i mogącego się żenić, a w którym to przypadku nastąpiło przeniesienie rzeżączki na żonę, nie waha się prawie bez zastrzeżeń odmówić wartości naszemu ro-

kowania, opartemu na ujemnym wyniku badania w kierunku *gc*. Oto właśnie jego słowa: *Es muss daher mit aller Entschiedenheit gegenüber dieser engen Doctrin betont werden, dass der negative Nachweis der Gonococcen auch nur einen rein negativen Werth hat, und dass eine Nichtinfec-tiosität der Gonorrhoe nur dann sicher consta-tirt werden kann, wenn nicht nur keine Gonococ-cen gefunden werden können, sondern wenn auch mikroskopisch und klinisch alle Symptome einer krankhaften Secretion der Harnröhrenschleimhaut verschwunden sind*“. Z drugą częścią tego wywodu każdy się zgodzi, i to samo za-patrywanie zaznaczyłem na początku. Ależ te przypadki, w których po przebytej, częściej jed-nak po przebytych rzeżączkach powiodło nam się usunąć wszelki ślad objawów klinicznych, nie są regułą, a może nie mniej jest tych, gdzie po wyczerpaniu wszystkich sposobów leczenia prze-cież nie udało nam się usunąć jakichś resztek wydzieliny w postaci niteczek czy strzępków w moczu.

Czy inne wyniki osiąga KROMAYER — tru-dno przesądzać, powątpiewać jednak można, czy udaje mu się zawsze osiągnąć to idealne kryte-ryum dla wyleczenia rzeżączki. Gdyby każdy z tych, którzy przebyli rzeżączkę jedną lub kilka, jedynie dlatego, że w moczu jego znajduje się jedna lub kilka nitek śluzowych, nie mógł się że-nić, to myślę, że śluby w miastach większych w klasie inteligencji byłyby zdarzeniami nie-zwykłymi. Tyle co do strony badań bakteryolo-gicznych.

Nasuwa się teraz pytanie, czy histologia wydzieliny z błony ślu-zowej cewki nie może przyjsć nam z pomocą i wyświecić czegoś o ich znaczeniu patogenicznym? Trzy są składniki morfologiczne, jakie spotkać możemy w wydzielinie z błony śluzowej cewki: ciała ropne, komórki nabłonkowe i śluz. Wiemy, że im nasilenie rzeżączki jest większe, okres wcześniej-szy, tem więcej na polu widzenia ciałek ropnych.

W miarę zmniejszania się nasilenia wydzielina staje się powoli ropno-śluzową, śluzowo-ropną, by wreszcie w przypadkach wyleczonych usta-pić zupełnie. Obecność samych komórek na-błonkowych i nitek śluzu może być wyrazem fi-zyologicznej deskwamacyi i wydzieliny gruczol-ów śluzowych; inaczej ma się rzecz z ciałkami ropnymi. W stosunku do *gc* są one ich stałymi towarzyszami, t. j., że tam gdzie znajdują się *gc*, będą i ciała wypocinowe.

Czy jednak w stosunku do rzeżączki męczyzny można powie-dzieć, że obecność choćby niewie-lu ciałek ropnych w wydzielinie, badanej pod mikroskopem, mimo braku *gc*, pozwala na twierdzenie, że sprawa jeszcze nie straciła ce-chy zakaźnej, i że w jakimś gru-czole błony śluzowej cewki znaj-dować się muszą *gc*?

Oto pytanie, na które odpowiedzi różnych autorów się różnią. Kiedy bowiem między inny-mi FINGER, KOPP z obecności ciałek ropnych w wydzielinie z błony śluzowej cewki mimo bra-ku *gc* przecież ich obecność podejrzewają, to LEVEN (12) np. idzie jeszcze dalej, i dla niego ciała ropne dowodzą bez zastrzeżeń gdzieś u-krytych w błonie śluzowej *gc*. W pracy swej nie uzasadnia autor tego ściśle, nie dopuszcza je-dnak z drugiej strony w podobnych stanach nie-żytych porzeżączkowych innych czynników, któreby mogły dać powód do obecności ciałek wypocinowych, o ile nie pochodzą one przypad-kowo z jakiegoś owrzodzenia, czy innej zmiany przyrody odmiennej. Gdyby tak było, mielibyśmy zapewne łatwy i pewny sposób do odpowie-dzi na pytanie, które nas zajmuje. SCHOLZ (13) w odpowiedzi na wywody LEVEN'a słusznie zwraca uwagę, że w przypadkach takich, gdzie w skąpej wydzielinie, czy w strzępkach moczu znajdujemy zwykle dużo drobnoustrojów, których znaczenia patogenetycznego nie znamy, nie możemy jednak twierdzić, że któryś z nich nie był bodźcem dla

stanu zapalnego i wydzieliny z domieszką ciałek ropnych, identyfikowanie obecności ciałek wysiękowych z przypuszczalnymi ge nie wytrzymuje krytyki i pozbawione jest podstaw ścisłych. TANO, badając wydzieliny i strzępki z moczu w różnych stanach, znalazł 32 odmiany drobnoustrojów. Wiemy w dalszym ciągu, że ge w okresach późniejszych rzeżączki usadawiają się w samych gruczołach błony śluzowej, podtrzymując w tkance około-gruczołowej stan zapalny przewlekły, który przy dłuższym trwaniu daje powód do miejscowych mniej lub więcej rozległych nacieków, zgrubień, nie podtrzymywanych przez obecność ge. Tak daleko posunięte zmiany w utkaniu błony śluzowej około gruczołów wystarczają dostatecznie, żeby nimi wytłomaczyć obecność kilku lub kilkunastu ciałek wysiękowych w niteczce lub strzępku, pochodzącym z zajętych przewlekłą sprawą zapalną gruczołów. Duża liczba ciałek ropnych w wydzielinie, w której ge nie znaleźliśmy przy jedno- lub dwurazowym badaniu, słusznie może budzić podejrzenie, że one przecież w jakimś odcinku błony śluzowej cewki znajdować się mogą, ale niczem nie usprawiedliwione jest wnioskowanie z obecności kilku leukocytów o koniecznym istnieniu jeszcze ge. Nie da się zaprzeczyć, że ideałem wydzieliny nieżytowej, wyłowionej np. w postaci wiotkiej nitki z moczu, będzie ta, w której prócz komórek nabłonkowych i śluzu nie znajdziemy ani jednego ciała wysiękowego. Ale jak trudno wszędzie o ideały! Czy jednak dla tego, że w tej nitce znaleźliśmy pod mikroskopem kilka ciałek ropnych mimo stale ujemnego wyniku badań w kierunku ge, pacjentowi nie pozwolimy się zenić? Myślę, że nie. Opierając się na własnym spostrzeganiu, twierdzić mogę, że w wydzielinie, czy nitkach, dających się wyłowić z moczu w stanach porzeżączkowych, gdzie mimo najdokładniejszego badania, przez szereg czasu powtarza-

nego, nigdy ge znaleźć nie mogłem, przecież znajdowałem mniej lub więcej liczne ciała wysiękowe, nie mówiąc już o stanach nieżytowych (14) cewki, powstających z różnych innych przyczyn, w których wydzielinie obecność ciałek ropnych jest regułą.

Pomijam na tem miejscu omówienie powikłań w przebiegu rzeżączki, jak: zapaleń przyjądrzy, zwężeń cewki, zaburzeń czynnościowych w zakresie mocy płciowej i t. d., które ze względu na ożenienie się mają doniosłe znaczenie, jako przekraczające ramy niniejszej rozprawy.

Zestawiając powyższe wywody, sędzę, że pozwolenie nasze na zawarcie związku małżeńskiego pacjentowi, który jakoby z powodu niewyleczonej rzeżączki o zdanie nasze zapytuje, dać możemy, jeżeli:

1) Badanie mikroskopowe (względnie założenie kultury), wykonane kilka czy kilkanaście razy w dłuższym przeciągu czasu, materiału dostępnego do badania, a więc: wydzieliny z cewki, strzępków, nitki z moczu, wydzieliny z gruczołów LITRE'go, zatok MORGAGNI'ego, gruczołu krokowego, pęcherzyków nasiennych (w wyjątkowych przypadkach) dało nam wynik stale ujemny.

2) Jeżeli mimo zastosowania środków i sposobów, zmierzających do zaostrenia istniejącego stanu, również wynik badania pozostał ujemny.

3) Jeżeli mimo stale ujemnego wyniku (sub 1 i 2) przeprowadziliśmy ze względu na istniejące objawy energiczne leczenie przeciw rzeżączkowe.

Gdyby wbrew naszemu rokowaniu przecież nastąpiło przeniesienie rzeżączki, to nie obciążylimy naszego sumienia, bo „*ultra posse, nemo obligatur*“.

LITERATURA.

- 1) NEISSER: Ueber die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhoe. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1886. Nr. 6.
- 2) CRIPPA: Ueber das Vorkomen der Gonococccen im Secrete der Urethral-Drüsen. Wiener Medic. Presse. 1894.
- 3) FINGER, GHON und SCHLAGENHAUFER. Beiträge zur Biologie der Gonococ. etc. Archiv für Dermat. und Syph. 1894.
- 4) NEISSER-PUTZLER. Zur Behandlung der gonorr. Prostatitis. IV Dermat. Congress.
- 5) PEZZOLI. Zur Histologie des gonorrh. Eiters. Archiv f. Dermat. u. Syph. Tom XXXIV.
- 6) NEISSER. Gonorrhoe und Eheconsens. Münchener. Medic. Wochensch. 1899.

7) SCHOLTZ. Gonorrhöe u. Eheconsens. Odczyt w sekcji lekarsk. Towarzyst. szląskiego. 1900.

8) NEUBERGER: Gonorrhoe und Eheconsens Wiener Klinische Rundschau. 1899.

9) JADASSOHN. Jahresberichte Baumgarten's. 1891.

10) LÖWENHARD. IV Dermat. Congress.

11) KROMAYER. Was antwortet der Arzt dem heiratswilligen Gonorrhoeiker. Münchener. Medicin. Woch. 1898. Nr. 24.

12) LEVEN. Wann können wir Gonorrhöe als geheilt ansehen? Archiv f. Dermat. u. Syph. T. 55.

13) SCHOLTZ. Bemerkungen zur vorstehenden Arbeit Leven's (ibidem).

14) BORZECKI. O stanach nieżytowych cewki moczowej u mężczyzn. Przegląd Lekarski. 1898.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

UROLOGIA.

Choroby nerek i moczowodów.

Zestawił

Antoni Leśniowski.

Chirurgiczne leczenie nowotworów nerek, ich gruźlicy, kamieni jest dziś powszechnie znane i przez wszystkich chirurgów chętnie stosowane. Inaczej ma się rzecz z leczeniem operacyjnym spraw zapalnych, przebiegających w omawianym narządzie, już to ostrych, już to przewlekłych. Jesteśmy obecnie w dobie wytworzenia poglądu na tego rodzaju leczenie. Bądź co bądź, i dziś już mamy pewną garstkę faktów, dotyczących omawianej sprawy, i nimi też chcemy podzielić się z naszymi czytelnikami.

Oto EDEBOHLS w pracy swej, noszącej tytuł „Chirurgiczne leczenie przewlekłego zapale-

nia nerek“ opowiada, że od r. 1892 do 1897 operował 5 chorych z powodu nerki wędrującej, cierpiących jednocześnie na przewlekłe zapalenie nerek i 3 operowani zostali zupełnie i trwale wyleczeni z tej ostatniej choroby. To zachęciło go już do świadomego celu wykonania zabiegu na nerce w przypadku szóstym, w r. 1898; i w tym przypadku również otrzymał zupełne wyleczenie przewlekłego zapalenia nerki. Od owego czasu stale ucieka się do operacyjnego leczenia przewlekłej choroby BRIGHT'a; na podstawie 18 własnych spostrzeżeń zachęca do szerokiego stosowania tego rodzaju leczenia. Wprawdzie i w przypadkach ostrego zapalenia nerek otrzymywał autor wyleczenie, lecz sądzi, że nie może to być dowodem leczniczej wartości operacji w zapaleniu nerek ostrem, albowiem ta postać leczy się i bez operacji. Tylko przewlekłe postaci należy zaliczyć do nieuleczalnych na innej drodze.

Z pośród 18 przypadków autora w 5 było prawostronne śródmiąższowe zapalenie nerki, w 4 przewlekłe śródmiąższowe zapalenie lewej nerki, w 4 obustronne śródmiąższowe zapalenie nerki, w 2 obustronne przewlekłe miąższowe zapalenie nerki i w 3 obustronne rozlane zapalenie nerki. W 14 przypadkach operowano na obu nerkach, i mianowicie, w 12 na jednym posiedzeniu, i w 2 w 2 tempa, zaś w 4 przypadkach operowano tylko jedną nerkę, mianowicie, prawą. Z pośród 9 przypadków jednostronnego zapalenia nerki w 6 wydobyto nazewnątrz obie nerki i naocznie i namacalnie przekonano się, że tylko jedna nerka była cierpiąca. To pozwala zrozumieć, dlaczego chorzy na przewlekłą chorobę BRIGHT'a mogą tak długo nieraz istnieć bez objawów uremicznych: druga nerka spełnia czynność obu. Rozpoznanie choroby w 18 przypadkach autora opierało się na wywiadach, na badaniu moczu chemicznem i mikroskopowem, wreszcie na oglądaniu i obmacywaniu nerek podczas operacyi; w 2 udało się zbadać za pomocą mikroskopu wycięte podczas operacyi kawaleczki nerek. We wszystkich przypadkach rozpoznanie przedoperacyjne zostało potwierdzone przez wydobycie nerek nazewnątrz; autor dodaje, że na podstawie więcej, niż 300 operacyi, własnoręcznie dokonanych na nerkach, ma dość wprawy w rozpoznawaniu zmian, zaszłych w nerkach.

Technika operacyjna początkowo polegała na częściowem usuwaniu włóknistej torebki nerkowej, w ostatnio dokonanych operacyach na doszczętnem. Chory leży na brzuchu, ten ostatni jest podtrzymywany za pomocą podanej przez autora poduszki wydymanej. W tem położeniu obie nerki są jednakowo dobrze dostępne. Cięcie od 12 żebra do grzebienia kości biodrowej, na zewnętrznym brzegu *m. erectoris trunci*, bez otwierania powięzi tegoż. Włókna mięśnia najszerzego grzbietu rozsuwają się na tępo, *n. iliohypogastricus* nieuszkodzony odciąga się na bok. Po przeprzecięciu powięzi poprzecznej dociera się do tłuszczu przynerkowego, który rozdziera się na tępo aż do torebki włóknistej. Następuje wyseparowanie nerki wraz z torebką włóknistą i wydobyte nazewnątrz rany. Przecina się torebkę włóknistą podłużnie na wypukłej stronie nerki, oddziera się ją od nerki aż do miedniczki i obcina. Jeżeli nie udaje się wydobyć nerki nazewnątrz, robi się odluszczenie i odcięcie to-

rebki w głębi rany. Wkłada się następnie nerkę do torebki tłuszczowej i ranę zaszywa. Zabieg ten nazywa autor *excisio capsulae propriae renis*, zaś przez skrócenie: *decapsulatio*, lub *decorticatio* lub *denudatio renis*. Do zmieczulania używał E. eteru lub mieszaniny tlenu azotu z tlenem. Z pośród 18 operowanych ani jedna osoba nie zmarła w następstwie zabiegu, aczkolwiek w paru przypadkach stan ogólny chorych przed operacyą był nader ciężki.

Z dołączonej do artykułu tablicy widać, że w trzech przypadkach od chwili operacyi do chwili napisania rozprawy upłynęło zaledwie 4—6 tygodni, czyli termin za krótki, by można z tych spostrzeżeń robić jakieś wnioski. Z pośród 9 przypadków, operowanych dawniej, niż przed rokiem, tylko w jednym nie została wyleczona przewlekła choroba BRIGHT'a. W 4 przypadkach upłynęło od operacyi już 6 miesięcy; w 2 z nich mocz jest zupełnie wolny od białka i wałków, w pozostałych jest znaczna poprawa. Wreszcie w dwóch przypadkach przebieg pooperacyjny był tak powikłany, że trudno z nich wnioskować o wartości zabiegu. Dało się stwierdzić, że pierwsze objawy poprawy czynności nerek zjawiały się mniej więcej po upływie 10 dni od operacyi. Wogóle ma autor 8 chorych zupełnie wyleczonych z ciężkiej choroby; twierdzi to na podstawie obserwowania ich w przeciągu 1—8 lat. Ponieważ w przypadkach tych nie stosowano po operacyi żadnego zgoła lekarstwa, przeto sądzi E., że wyleczenie to zupełnie i całkowicie należy zawdzięczać jedynie dokonanej operacyi.

W jaki sposób działa operacya na przebieg choroby? Początkowo sądził autor, operując tylko w przypadkach nerki wędrującej, że działa leczniczo samo przyszycie tejże. Mając jednak możność naocznego przekonania się, co dzieje się z nerką po operacyi, otrzymał dane następujące: Nerka zrasta się z otaczającą tkanką mocnymi zrostami; w zrostach tych przebiegają bardzo liczne i znaczne naczynia krwionośne, zdążające od tkanki otaczającej do nerki, pomiędzy którymi liczebnie przeważają tętnice. Na podstawie tych faktów sądzi autor, że w następstwie operacyi zjawia się znaczne przekrwienie czynne nerki, które sprzyja prawdopodobnie powolnemu wehłanianiu się nacieczek śródmiąższowych i śródkanałowych. W ten sposób kłębki i kanały zostają zwolnione od nadmiernego ucisku,

ustala się prawidłowe krążenie krwi w nerce, zaś ostatecznie odradza się czynny nabłonek kłębków i przewodów. Wobec powyższego staje się zrozumiałym fakt, że pierwsze objawy polepszenia się czynności chorych nerek ujawniają się po upływie 10 dni od operacji. Oczywiście, chodzi tu o wytworzenie się nowych dróg dla dopływu krwi. Dlaczego odjęcie torebki włóknistej jest zabiegiem leczniczym? Nie dlatego, jak sądzą inni autorzy, że zmniejsza się ucisk nerki, takie tłumaczenie miałyby rację w przypadkach ostrego zapalenia nerek, lecz dla tego, że w ten sposób liczne naczynia tłuszczowej otoczki nerki mają możność wrastania w substancję nerki. Staje się pozatem oczywistym, że stan chorego przed operacją musi być taki, by był on w stanie przeżyć po operacji co najmniej owych 10 dni krytycznych.

(*Monatsbericht f. Urologie B. 7. 1902*).

Tę samą sprawę porusza LÉPINE w artykule „**O stosowaniu zabiegu chirurgicznego w przewłęktem zapaleniu nerek**“.

Dowiadujemy się z niej, co następuje: HARRISON ogłosił w roku 1896, że w kilku przypadkach bólów i krwawień nerkowych na skutek przypuszczalnego ropienia lub kamieni nerkowych dokonał nefrotomii i, aczkolwiek nie znalazł ani ropienia, ani kamieni, otrzymał zupełne uzdrowienie. Ztąd doradza nakłucie lub nawet przecięcie torebki włóknistej nerki w ograniczonych cierpieniach tejże, by znieść wzmożone napięcie mięszu nerkowego. IZRAEL również w roku 1896 ogłosił, że nefrotomia, przedsiębrana z powodu kolki nerkowej, wykazywała mniej lub bardziej rozlaną sprawę zapalną nerki i w następstwie dawała zupełne zniknięcie bólów, jak również białkomoczu, oligurii lub pollakurii. Sądzi on, że w znacznej części przypadków napady kolki nerkowej zależą jedynie od przekrwienia nerki lub wynaczynień w mięszu tejże, na skutek czego mięsz jest znakomicie uciśnięty w swojej torebce włóknistej. EDEBOHLS, operując na początku nerki ruchome i jednocześnie chore na przewlekłe zapalenie, następnie tylko na to ostatnie, miewał dobre wyniki i sądzi, że po zdjęciu torebki włóknistej wrastają w nerkę nowe i liczne naczynia krwionośne. L. sądzi, że już samo przysycie nerki jest zabiegiem wysoce leczniczym, albowiem znosi się tu bardzo ważny czynnik — przeginięcie się moczowodu

i powodowane przez to zatrzymywanie się moczu w moczowodach i kanałach nerkowych. Doświadczenie wykazuje, że po sztucznie wywołanej stazie moczu i wprowadzeniu niebawem do cewki zwierząt drobnoustrojów chorobotwórczych już wkrótce zawiera mocz cylindry ziarniste.

Co się tyczy usuwania torebki włóknistej, to działanie tego zabiegu wypływa ze zmniejszenia napięcia nerki, które zjawia się natychmiast po dokonaniu tego zabiegu, i z rozwinięcia się nowych naczyń krwionośnych w substancji korowej nerki. Usunięcie torebki z nerki prawidłowej nie daje poważniejszych następstw: zmniejsza się napięcie mięszu gruczołu, skutkiem czego szybkość krwioobiegu w nerce zmniejsza się, co zostaje skompensowane przez wzmożenie przemiany molekularnej w kanalikach nerkowych. Natomiast w stanach chorobowych, zmniejszając napięcie narządu, znosimy zastoinę żylną, przez co zwiększa się dopływ krwi tętniczej. Zerwanie torebki powoduje pozatem rozmaitej rozległości wynaczynienia, które działają również pomyślnie, jako środek odciągający. Bądź co bądź, kliniczne spostrzeżenie stwierdza, że po dokonanej operacji znikają bóle i krwawienia nerkowe, które uporeczywie nie poddawały się żadnemu innemu leczeniu.

Doświadczenia autora, dokonane na psach, wykazały, że, usuwając torebkę włóknistą z nerki, w której za pomocą podwiązania żyły nerkowej wywołano zastoinę żylną, bynajmniej nie zwiększa się ilości moczu, wydzielanego przez tę nerkę. Ztąd L. wnioskuje, że nie jest wskazane usuwanie z nerki torebki włóknistej u chorych z nerką zastoinową, spowodowaną wadą serca. Natomiast jest ona pożyteczna, gdy przekrwienie powoduje mocne bóle, nie dające się usunąć za pomocą leków, w przypadku bezmocz, spowodowanego napadem przekrwienia. Wówczas operacja, wykonana na jednej stronie, może przyczynić się do wzmocnienia czynności obu nerek.

Co się tyczy wytwarzania się nowych naczyń krwionośnych, rozumuje L. w sposób następujący: Komórki kanałów nerkowych krętych muszą wykonywać olbrzymią pracę, na skutek czego są niezmiernie wrażliwe na zwyczajną nawet małokrwistość. Jedyne tętnice, doprowadzające krew do tych komórek, są to *art. efferentes*.

W niektórych przypadkach przewlekłego zapalenia nerek światło tych naczyń jest mocno zwężone. Jeżeli przypuścimy, że nowe naczynia, wrastające z torebki tłuszczowej, dochodzą wprost do labiryntu i łączą się nie wyłącznie z *art. interlobulares*, wówczas ukrwienie krętych kanałów znacznie polepsza się, i następuje odradzanie się komórek tych kanałów, i, co za tem idzie, poprawia się czynność wydzielnicza nerek.

(*La Semaine Medicale* 1902).

Inaczej poczynił sobie ze sprawami zapaleniami nerek Pousson, jak widzimy w rozprawie jego, noszącej tytuł: „**O zabiegu chirurgicznym w leczeniu zapaleń nerkowych**“, dotychczas leczonych środkami wewnętrznymi.

Najpierw opisuje on przypadki ostrego zapalenia nerek, w których uciekł się do leczenia operacyjnego. Były to przypadki i wstępującego pęcherzowego i zstępującego, ze krwi pochodzącego zapalenia. W przypadku pierwszym 34-letnia pacjentka, dotychczas jaknajzdrowsza, dostała najpierw znacznej gorączki, do której dołączyły się następnie ciężkie objawy ogólne. Wkrótce potem poczęła oddawać mętny mocz, zjawił się ból w pęcherzu moczowym, parcie na mocz, wreszcie ból w prawej okolicy lędźwiowej. Obmacując, znaleziono prawą nerkę powiększoną. Mocz 1200 ctm. sz. na dobę, alkalicznego, zawierającego białko; w osadzie — śluz, liczne leukocyty, liczne nabłonki płaskie, kryształki fosforanu wapnia, wreszcie w dużej liczbie drobnoustroje. Rozpoznano zapalenie miedniczki i przystąpiono do operacji. Nerkę znaleziono powiększoną, napiętą, czarniawo zabarwioną. Na biegunie górnym widzi się szarawą guzowatość. Po przecięciu wypływa z niej ciecz ropna. Nerkę przecięto podłużnie aż do miedniczki; z powierzchni przekroju wypłynęła duża ilość krwi. Ani w kielichach, ani w miednicze ropy nie znaleziono. Wprowadzono do miedniczki sączek, nerkę powyżej i poniżej sączka zaszyto. Zaszyto również i ranę części miękkich, pozostawiając jedynie szczelinę dla sączka. W ciągu tygodnia po operacji gorączka znikła, stan ogólny poprawił się. Lecz, gdy następnie po usunięciu sączka rana zamknęła się, ponownie zjawily się, acz w mniejszym stopniu, gorączka i inne objawy niepożądane. Mocz jednak powoli oczyszczał się. Gorączka, wahając się od 38° do 39°, trwała jeszcze 2 miesiące, następnie pacjentka wy-

zdrowiała zupełnie i ma się dobrze przez 4 lata obserwacji.

W przypadku drugim 60-letni chory przed 30 laty przechodził niepowiklaną rzeżączkę. Przed 5 laty częste parcie na mocz w dzień i w nocy, bóle w pęcherzu moczowym. Mocz mętny, dający obfity osad czerwonawy. Poza tem miewa żywe bóle w cewce, promieniujące do żołędzi. Czas jakiś radził sobie chory sposobami domowymi, wreszcie przybył do oddziału. Ogłędanie pęcherza moczowego wykryło guzowate powiększenie środkowego zrazu gruczołu krokowego, po za owym guzem — uchylek, niezupełne opróżnianie się pęcherza. Mocz mętny. Za pomocą cięcia nadłonowego otworzono pęcherz moczowy, wycięto środkowy zraz gruczołu krokowego i wydobyto 2 kamyki, leżące w uchylku. Po 2½ miesiącach wyszedł z oddziału z zagojoną raną, już wówczas miewał bóle w prawej okolicy lędźwiowej. Przed półtora rokiem skruszono mu nieduży kamień fosforanowy. Przed miesiącem — na nowo bóle pęcherzowe, mocz znów zmętniał, zjawił się ból w prawym boku. Wreszcie przybył do oddziału, mając ciepłotę ciała powyżej 39° C., dreszcze. Mocz alkalicznego 1,100 ctm. sz. na dobę, ciężar gatunkowy 1019. W obfitym osadzie liczne leukocyty, fosforany i węglany, lasecznik okrężnicy. Skóra okolicy lędźwiowej prawej — ciastowata, sama okolica bolesna. Rozpoznano ropienie przynerkowe i cierpienie zakaźne ostre samej nerki. Dokonano operacji. Tkanek przynerkową znaleziono jednak nie zmienioną. W górnej części nerki wykryto guzowatość, z której po nacięciu wypłynęła łyżeczka ropy. Nerkę przepołowiono podłużnie aż do miedniczki. W górnej połowie nerki znaleziono na powierzchni przecięcia liczne bardzo, w dolnej — mniej liczne drobniutkie ropnie wielkości ziarnka prosa. Po dokładnem wyciśnięciu ropy z ropni, przemyto je, wprowadzono sączek do miedniczki. Nerkę ponad i poniżej sączka zeszyto, tak samo postąpiono z pozostałą raną, pozostawiając miejsce dla sączka. Po operacji ciepłota ciała powoli opadała. Stosowano szczerze środki pobudzające. Na początku prawie cała ilość moczu z nerki operowanej wypływała przez sączek, i dla tego zbierana do naczynia dobowo ilość moczu była nie duża. Powoli rana w nerce zablizniała się, ilość oddawanego przez cewkę moczu wzrastała,

tak iż dobiegała do 1,700 ctm. sz. na dobę. Po upływie 3 tygodni od operacji sączek usunięto zupełnie. Stan ogólny chorego poprawiał się zwolna, tak iż po upływie 1½ miesiąca chory opuścił oddział, zupełnie uzdrowiony.

W przypadku trzecim 56-letni piekarz dostał po spółkowaniu krwawego moczu. Badanie po upływie 5 dni wykryło w pęcherzu moczowym mocz czarny. Z moczowodów nie płynię krew; natomiast gruczoł krokowy znacznie powiększony. Na tej podstawie rozpoznano krwawieniena na tle prostatyzmu. Po badaniu krew znikła z moczu. Lecząc po upływie 19 dni zjawiała się ona na nowo. Powtórzone cystoskopowanie wykryło, że ściany pęcherza moczowego są zdrowe, natomiast zwracał na się uwagę ból w okolicy nerki prawej i wzdłuż prawego moczowodu. Dobowa ilość moczu 1,150 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1,011, odczyn słabo alkaliczny. W osadzie liczne czerwone i białe ciała krwi, brak wałków. Stała utrata krwi stawała się groźną i wymagała energicznej pomocy. Po upływie 2 tygodni obejrzano wewnątrz pęcherza moczowego po raz wtóry w uśpieniu chloroformowem. Wokolicy ujścia prawego moczowodu wykryto guzik brunatnej barwy. Po otworzeniu pęcherza moczowego za pomocą cięcia nadłonowego stwierdzono, że ściany tegoż są zdrowe, zaś ów guzik był to skrzep krwi, tkwiący w wylocie moczowodu. Po usunięciu skrzepu wypłynął z moczowodu krwawy mocz, z lewego zaś moczowodu wytryskiwał mocz zupełnie prawidłowy. Wprowadzono do prawego moczowodu cewnik aż do miedniczki, koniec swobodny tegoż wyprowadzono przez cewkę moczową nazewnątrż. Obok niego wprowadzono do cewki cewnik pezzersowski, pęcherz zaszyto doszczętnie. W ciągu kilku godzin wypływał z cewnika moczowodowego mocz krwawy, następnie zatkał się on i dla tego został usunięty. Z cewnika pezzersowskiego wypływał mocz czysty. Stan ogólny chorego uległ raptownemu pogorszeniu: zjawily się dreszcze, gorączka, ciepłota ciała 39,5° C. Nerka prawa powiększyła się. Wobec tego przystąpiono do operacji na nerce. Znalaziono ją znacznie powiększoną, na powierzchni małe, twarde wyniosłości, już to żółte, już to brunatne, wzbudzające podejrzenie sprawy gruzliczej. By nie zakazić tkanki przynerkowej, wycięto nerkę bez uprzedniego przecięcia. Po operacji zginęła z moczu krew, ciepłota ciała

wróciła do stanu prawidłowego. Po upływie 4 dni od operacji było moczu alkalicznego 850 ctm. sz. na dobę, c. gat. 1016, o obfitym osadzie, w którym były nieliczne leukocyty i fosforany. Po upływie miesiąca chorego można było uważać za uzdrowionego. Lecząc po upływie 4 miesięcy zmarł on po dokonaniu przecięcia nerki lewej, zakazanej. Badanie mikroskopowe wykazało, że wspomniane wyżej wyniosłości były to nacieczenia drobnokomórkowe, przypominające ropnie rozmaitej wielkości. Naczynia krwionośne mocno rozszerzone. W kanałach krętych liczne walki krwawe, szkliste i drobnokomórkowe. W wielu miejscach znaczny rozrost tkanki łącznej. Liczne kłębki w zaniku. Nabłonki złuszczone, mocno zmienione. Barwienie skrawków sposobem Gram'a nie wykryło barwiących się tą metodą drobnoustrojów.

Przypadek czwarty dotyczył 44-letniego mężczyzny, który przed 4 laty po raz pierwszy w życiu zachorował, mianowicie, musiał często oddawać mocz mętny, ropiasty. Takim pozostał już mocz stale, i chory był leczony bezskutecznie, jako cierpiący na przewlekłe zapalenie pęcherza moczowego. W oddziale skarżył się na ból w okolicy nerki prawej i na częste oddawanie moczu, nawet na przytrafiającą się niemożność wstrzymania tegoż. Oddawanie moczu połączone z bólem. Ilość dobowa moczu 1600 ctm. sz., jest on kwaśny, mętny, ciężar gat. 1007, z obfitym osadem. W osadzie liczne ciała ropne, rozmaite drobnoustroje, między którymi lasecznik okrężnicy; nie dało się wykryć lasecznika Koch'a. Pęcherz moczowy mięści 50 ctm. sz. cieczy. Obmacywany dwuręcznie, robi on wrażenie macicy; na skutek znacznego skureczenia się pęcherza nie podobna dokonać cystoskopii. Rozpoznano zapalenie dokołapęcherzowe. Ani lewa nerka, ani lewy moczowód nie wymacują się, nie są bolesne. Prawa nerka jest duża, bolesna; tak samo i prawy moczowód. Stan ogólny lichy: brak łaknienia, tętno małe, szybkie; ciepłota 37° — 38° C. Mierzenie ciepłoty okolicy nerki prawej i lewej dawało 3 — 4 dziesiętnych na korzyść tej pierwszej. Rozpoznano wstępujące zapalenie miedniczki nerki prawej. Wobec pogarszającego się stanu ogólnego dokonano operacji. Nerkę znalaziono bardzo dużą, bladą, o powierzchni guzowatej. Na przekroju liczne ropnie wielkości ziarnka prosa do ziarnka gro-

chu. W miedniczce ropny mocz, moczowód rozszerzony. Nerkę wycięto. Na razie chory poprawił się, lecz po upływie 6½ godziny nagle zmarł. Oględziny pośmiertne wykryły, prócz zmian w nerce prawej, również daleko posunięte zmiany w nerce lewej: była ona powiększona, twarda; z powierzchni przecięcia wypływał mocz ropiasty, lecz ropni nie widać. Niepodobna odróżnić substancji korowej od rdzeniowej.

Zestawiając swoje spostrzeżenia z ogłoszonymi przez innych autorów, otrzymał P. 23 przypadki ostrej sprawy zapalnej zakaźnej w nerce, lecz one operacyjnie. Z nich 5 zmarło, lecz tylko 2 bezpośrednio po zabiegu. Z 18 pozostałych przy życiu 17 wyzdrowiało zupełnie, co zostało stwierdzone za pomocą długotrwałego obserwowania operowanych. Dowodzi to, że nerka zakażona może po zabiegu powrócić do stanu względnie prawidłowego. Najczęściej spotykano się z lasiecznikami okrężnicy, i to zarówno w sprawach wstępujących, jak i pochodzących ze krwi. Za wymagające leczenia operacyjnego uważa P. te przypadki cierpienia ostrych nerki, w których sprawa długotrwała, nieraz ukryta, zostaje naraz powikłana zakażeniem ciężkim, ujawniającem się w poważnie upośledzonym stanie ogólnym, i gdzie środki wewnętrzne nie dają żadnego polepszenia. Nie może służyć za przeciwskazanie okoliczność, że obie nerki są chore: doświadczenie stwierdza, że i w takich przypadkach można dokonać zabiegu z powodzeniem już to na jednym, już to na dwóch posiedzeniach. Nie jest słuszna obawa, że po dokonaniu operacji na jednej nerce możemy wywołać sprawę chorobową na drugiej. Z dwóch operacji — nacięcia i wycięcia nerki — autor oddaje stanowczo pierwszeństwo tej pierwszej, albowiem może ona w wielu przypadkach wystarczyć do opanowania sprawy chorobowej; poza tem wycięcie może być wykonane w razie potrzeby następczo. Oczywiście, wycięcie chorej nerki w przypadku, gdzie jest ona jedynem umiejscowieniem zakażenia, daje odrazu warunki do usunięcia groźnych objawów. Natomiast tam, gdzie cały ustrój jest zakażony, zaś nerka została zakażona wtórnie, mianowicie, wyprowadzając z ustroju zarazki chorobotwórcze, tam, wycinając całkowicie jedną nerkę, wystawiamy drugą na tem większe niebezpieczeństwo. Nacięcie nerki działa w taki sposób, że 1) wywołuje obfity upust krwi z nad-

miernie przekrwionego narządu, 2) sprzyja w ten sposób usunięciu z nerki licznych drobnoustrojów, zaś z kanałów nerkowych — produktów rozpadu i 3) pozwala sączkować nerkę i miedniczkę i w ten sposób wyprowadzać bezpośrednio na zewnątrz zakażoną wydzielinę i poddawać odkażaniu miedniczkę i kielichy.

Autor dokonał 8 operacji 6 chorym na przewlekłe cierpienie zapalne nerki.

W przypadku pierwszym 31-letnia kobieta, czująca się pozatem dobrze, poczęła doznawać niemożności oddawania moczu, wskutek czego uciekano się do cewnikowania.

Badanie bliższe wykryło uciśnięcie cewki przez włókniaka macicy, którą też wycięto wraz z włókniakami całkowicie. Po upływie 3 miesięcy poczęła uczuć zmęczenie, osłabienie, brak łaknienia, wychudła. Wkrótce zjawiała się w moczu krew bez skrzepów, bez bólu podczas oddawania moczu, bez potrzeby częstego oddawania moczu. Po 8 tygodniach chora przybyła do oddziału. Tu znaleziono znaczne wychudnięcie; stały ból tępy w lewej okolicy lędźwiowej, wzmagający się od chodzenia, długo trwającego stania, uspokajający się podczas leżenia. Oddawanie moczu prawidłowo częste, bez bólu. Mocz krwawy, bez skrzepów, bez osadu. Ilość dobową 1600 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1012, odczyn słabo kwaśny; pod mikroskopem liczne czerwone ciała krwi, nieliczne leukocyty, gronkowce i drobnoustroje fermentacji amoniakowej. Uciskanie lewej przestrzeni żebrowo-kręgowej powoduje mocny ból, tak samo i uciskanie lewego moczowodu. Pęcherz moczowy podczas badania dwuręcznego nie jest bolesny. Oględziny wnętrza tegoż wykryły, że śluzówka jest biała, prawidłowa. Z moczowodu prawego wypływa mocz prawidłowy, z lewego nie widać wypływania moczu. Po za tem jest pacjentka zdrowa. Po upływie 2 tygodni zjawily się wymioty, bóle głowy, zaburzenia wzrokowe, osłabienie kończyn dolnych. Moczu kwaśnego 1250 ctm. sz. na dobę, c. g. 1008. Pod mikroskopem liczne czerwone ciała krwi, płaskie nabłonki. Objawy powyższe powoli wzmagały się, po upływie jeszcze 2 tygodni dołączyła się duszność bez organicznego cierpienia dróg oddechowych, tętno małe, miękkie. Twarz biała, wystraszona, chora przygnębiona, senna. Po upływie tygodnia stan ogólny nieco poprawił się: wymioty rzadsze, również ból głowy i dusz-

ność, senność. Natomiast dobowa ilość moczu spadła do 720 c. s., ból w okolicy nerki lewej wzmógł się. Skorzystano z tego polepszenia, by przystąpić do operacji. Nerkę, głęboko schowaną pod żebrami, znaleziono dużą, przekrwioną, o barwie fioletowej. Po uciśnięciu szypuły nerki przez pomocnika, przecięto nerkę podłużnie aż do miedniczki. Wypłynęła duża ilość czarnej krwi żyłnej. Zgrubiała substancja korowa jest blade-żółta, substancja rdzeniowa ciemno-czerwona. W miedniczce zmian nie widać. Kawaleczek nerki wycięto do zbadania. Do miedniczki wprowadzono pasek muślinu zamiast sączka i wyprowadzono drugi koniec tegoż nazewnątrz, resztę rany zaszyto.

Stan chorej natychmiast po operacji bardzo ciężki powoli poprawiał się. Ilość dobowa moczu była 1000—2000 c. s., ciepłota ciała obniżyła się, ani wymiotów, ani bólu głowy, ani krwi w moczu. Po tygodniu usunięto pasek muślinu z rany, rana zagoiła się prawidłowo. Lecząc, poczynając od 12 dnia po operacji, dobowy ilość moczu znów zmniejszyła się do 800 ctm. sz., w nim krew; dołączyły się bóle głowy, wymioty; w takim stanie chora opuściła oddział. Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka nerki wykazało, że większość kłębków uległa najrozmaitszym zmianom, aż do zamienienia się na kulkę włóknistą. Nabłonki kanałów krętych i wstępujących ramion pętli HENLE'go w różnym stopniu zwyrodnienia, miejscami mocno uciśnięte, spłaszczone. Tkanka łączna śródmiąższowa przerosła, uciska kanały. W tętnicach zapalenie *mediae et adventitiae*, w wielu miejscach zupełne zniknięcie światła.

W przeciągu 4 miesięcy po wyjściu ze szpitala chora miała wciąż mocz krwawy, bóle w lewej okolicy lędźwiowej, wzmagające się od czasu do czasu; okolica ta powoli obrzmiała. Nareszcie znów zjawily się wychudnięcie, bladeść, brak sił, bóle głowy, osłabienie wzroku, od czasu do czasu wymioty, i dla tego powtórnie przybyła do szpitala. Mocz 900 c. s. na dobę, kwaśnego, z białkiem; w moczu liczne czerwone ciała krwi, nieliczne leukocyty. W przeciągu następnych 24 dni ilość dobowy mocz obniżyła się do 500 c. s. Ilość białka zmienna, krew zawsze obecna, bez skrzepów, bez elementów nerkowych. W moczu drobnoustrojów chorobotwórczych nie wykryto. Nazajutrz ilość dobowy mocz była już tylko

400 c. s., objawy ogólne pogorszyły się. Za pomocą cystoskopu stwierdzono, że po upływie pół godziny od wstrzyknięcia podskórnego błękitu metylenowego z prawego moczowodu wypływał mocz niebiesko zabarwiony, z lewego —krwawy. Postanowiono wyciąć lewą nerkę. Dokonano tego po podwiązaniu za pomocą katgutów osobno naczyń, osobno moczowodu. Po operacji stan powoli poprawiał się, kilka dni ciepłota ciała była jeszcze podniesiona. Wymioty, bóle głowy, zaburzenia wzroku zginęły. Rana goiła się prawidłowo. Ilość moczu zwiększyła się, był on prawie zupełnie prawidłowy. Po upływie 5 tygodni po operacji ilość dobowy mocz dobiegła 1600 c. s., był on alkaliczny, zawierał ślady białka, bardzo nieliczne leukocyty. Stan ogólny doskonały. Usunięta nerka miała 10 ctm. długości, 3 grubości. Górna połowa nerki fioletowo-niebieska, dolna szaro-biała. Z górnej połowy torebka włóknista zdziera się łatwo, z dolnej trudno. Pod mikroskopem w górnej połowie kanały kręte są rozszerzone, zmętniały nabłonek jest prawie wszędzie złuszczone, jądra komórek duże, zniekształcone; w kłębkach nie widać tkanki łącznej. W dolnej połowie zmiany są posunięte dalej. Przypadek opisany może służyć za przykład wspaniałego wyniku zabiegu chirurgicznego w jednostronnem przewlekłym zapaleniu nerki, jak również dowodzi on niewątpliwie odruchu z jednej nerki na drugą.

W następującym przypadku 47 letnia prawosławka przed 28 laty po raz pierwszy miała obrzęki na skórze i oddawała ogromne ilości moczu; przeszło to po upływie 8 miesięcy. Po kilku miesiącach ból w okolicy nerek, mocz mętny. Przed 12 laty mocne bóle nerkowe, częste oddawanie moczu, tenże wypływa w małej ilości z krwią i piaskiem. Wstąpiła do szpitala. Dwa dni wcale moczu nie oddawała; miała wymioty, ból głowy, duszność, wreszcie wpadła w śpiączkę, trwającą dwa tygodnie. Po przeminięciu napadu mocznicy, nie zgodziła się na operację i opuściła szpital. Przed 5 laty przebyła trzeci napad nerkowy, połączony z poważnymi objawami, z porażeniem kończyn, przed 2 laty — czwarty. W chwili przybycia do oddziału stale cierpiała na bóle głowy, miała osłabienie wzroku, częste wymioty, ciągle zadyszana, ogromnie osłabiona. Mocny, dokuczliwy ból w obu okolicach lędźwiowych, stały, promieniujący w pachwiny. Ob

macywanie nerki i moczowodu prawego boleśniejsze, niż lewego. Pęcherz nie wrażliwy. Oddaje mocz częściej, niż należy, oddawanie moczu bolesne. Moczu kwaśnego na dobę 400,0 c. s., ciężar gatunkowy 1027, ślady białka. W osadzie moczony, kwas moczowy, szczawian wapnia, nieliczne leukocyty. Stan ogólny chorej powoli pogarszał się. Ilość moczu zmniejszała się. Bóle w okolicy lędźwiowej, mdłości wzmagaly się. Zatrzymanie moczu. Bańki, stawiane na lędźwie, były bez skutku. Wobec powyższego chora domagała się operacji. Rozpoznawano sprawę zapalną nerki prawej na tle kamieni nerkowych i prawdopodobnie odruchową nieczynność nerki lewej. Nerka prawa, obnażona podczas operacji, była duża, mocno przekrwiona. Po przecięciu podłużnym aż do miedniczki, wypłynęła z nerki duża ilość ciemnej krwi. Ani w nerce, ani w miedniczce, ani w kielichach nie wykryto kamieni, ani nawet piasku. Do miedniczki włożono sączek, poza tem szew. Pierwsze trzy dni po operacji stan ogólny chorej bardzo ciężki: śpiączka, tętno 120, małe. Moczu bardzo mało. Gorączka. Od czwartego dnia dała zauważyć się poprawa. Wróciła przytomność, ciepłota ciała prawidłowska, ilość moczu zwiększyła się, łaknienie i trawienie coraz lepsze. Dziesiątego dnia po operacji dobową ilość moczu dobiegła 1,600 ctm. sz. ciężar gat. 1012, odczyn kwaśny, mętny, z lekimi śladami białka. Leukocyty dość liczne, w dużej liczbie ziarnka krochmalu. Lecz po dwóch tygodniach, gdy po usunięciu sączka rana zamknęła się, znowu pogorszenie. Moczu oddawała tylko 600 — 800 ctm. sz., z czasem zjawily się mdłości, bóle głowy, zaburzenia wzrokowe. W takim stanie opuściła oddział. Autor zapytuje siebie, czy w przypadku tym nie należało usunąć prawej nerki całkowicie? Być może, wówczas ustaloby szkodliwe odruchowe działanie nerki chorej na nerkę zdrową.

W przypadku trzecim 45-letni pacjent przebywał szkarlatynę, żółtą febrę, malaryę, żółtaczkę. Przed kilkoma dniami zachorował na influencję. W okresie zdrowienia po niej stan ogólny podupadł, język schnie, obrzęki kończyn dolnych. Mocz krwawy, w małej ilości, wyraźne ślady białka. Powoli stan chorego pogarszał się. Obrzęk z kończyn dolnych rozszerzył się na mosznę, ściany brzucha, klatkę piersiową, na lewą kończynę górną. Zwracało na się uwa-

gę, że obrzmienie jest większe na stronie lewej, niż na prawej. Wkrótce wykryto obrzęk płuc, wodniak obu jamopłucny i osierdzia. Badanie za pomocą florydżyny dało wynik ujemny. Po wewnętrznym zażyciu 10 centygramów błękitu metylenowego pierwszy zabarwiony mocz zjawił się po upływie 4 godzin, najmocniejsze zabarwienie spostrzegano po upływie 13 godzin. Zabawienie zielonawe moczu trwało 6 dni, lecz dopiero po upływie jeszcze 15 dni mocz był całkiem odbarwiony. Dobowa ilość moczu przez pierwszy miesiąc wahała się między 300—400 ctm. sz. Następnie przez dwa tygodnie dobiegala do 1500 ctm. sz., by następnie opaść do 800 ctm. sz. Ciężar gatunkowy moczu 1009, odczyn kwaśny, białka 1,70, nieliczne czerwone i białe ciała krwi; ciężar gatunkowy surowicy krwi 1020. Po upływie 2 tygodni: ciężar gatunkowy moczu 1008, odczyn alkaliczny, białka 1,50; surowica krwi ma ciężar gatunkowy 1029, białka 79,20. Wreszcie badanie trzecie: moczu 750 ctm. sz., ciężar gatunkowy 1017, odczyn alkaliczny, białka 0,60; ciężar gatunkowy surowicy krwi 1022, punkt kryoskopowy 0,70, białka 77. Wszystkie powyższe okoliczności wskazywały na niedomogę nerek. Wobec bezskuteczności leków, zażywanych wewnątrznie, dokonano operacji na nerce lewej. Uśpienie eterowe. Nerka bardzo duża: długość 15 ctm., grubość 4 ctm. Zabawienie ciemne, spoistość duża. Po podłużnym przecięciu nerki, wypłynęła z niej znaczna ilość czarnej krwi, i wówczas nerka zabarwiła się na różowo. Do nerki włożono sączek. Po operacji stan ogólny nader ciężki. Tętno 120 na minutę, małe, słabo wypełnione. Drugiego dnia po operacji chory zmarł. Prawa nerka ważyła 180 gramów, lewa — 200, była miękka, jak śledziona. Badanie mikroskopowe wykryło, że kłębuszki są przeważnie zmienione, mianowicie, włóknisto zwyrodniałe. Nabłonki kanałów wydzielniczych przeważnie spłaszczone, miejscami jeszcze posiadające jądra, miejscami mniej lub bardziej zwyrodniałe; nabłonki rozszerzonych kanałów wyprowadzających — spłaszczone, tu i owdzie złuszczone, zwyrodniałe. Tkanka łączna śródmiąższowa wybujała, tu i owdzie nacieczona komórkami wielojądrowymi. Duże tętnice i żyły mało zmienione, w małych tętnicach — zmieniona błona wewnętrzna i zewnętrzna.

W następnym przypadku 34 letni aktor, al-

koholik, przed 6 laty chorował na żółtą febrę, i w przebiegu tej choroby obrzękły mu kończyny dolne. W następstwie kilkakrotnie miewał napady malarii, bólów głowy, obrzęki twarzy, kończyn dolnych, moszny. W chwili przybycia do oddziału był blady, spuchnięty; miał ból głowy, ciągłą senność. Obrzęki coraz większe. Po zastosowaniu pożywienia wyłącznie mlecznego znikły one, by następnii zjawić się na nowo. Obrzęk płuc. Ilość moczu na dobę 700—800 ctm. sz., zawiera białka 7,0 na litr, wałki szkliste, ślad urobiliny. Po spożyciu 200 gramów syropu cukrowego zjawił się ślad cukru w moczu po upływie 3 kwadransów, zaś po upływie 8 godzin znikł on zupełnie. Po wstrzyknięciu błękitu metylenowego zabarwiony mocz zjawił się po upływie 2 godzin, i wydzielanie się barwnika trwało 4 dni. Objawy powoli pogarszały się, tak iż po upływie 2 tygodni przystąpiono do operacji. Aczkolwiek bez należytego uzasadnienia, obnażono prawą nerkę. Była ona duża, ciemno zabarwiona, przekrwiona. Przecięto ją podłużnie. Wypłynęła z powierzchni przekroju duża ilość czarnej krwi. Włożono sączek do miedniczki, pozatem nerkę i ranę części miękkich zeszyto. Stan chorego po operacji zaczął powoli poprawiać się. Tętno dobre. Ilość dobową moczu po upływie tygodnia dobiegła do 1500 ctm. sz. Obrzmienie prawej połowy ciała zginęło prawie zupełnie, gdy tymczasem na stronie lewej pozostawało bez zmiany. Po upływie 2 tygodni ilość dobową moczu wzrosła do 3500 ctm. sz., zaczęły znikać obrzęki i na stronie lewej, tak iż po upływie 23 dni znikły zupełnie, jak również wszelkie objawy mocznicy. Po upływie miesiąca chory już opuścił łóżko, moczu oddawał na dobę 1550 ctm. sz. Po upływie 1½ miesiąca lekki napad uremiczny, lecz następnie stan chorego poprawiał się coraz bardziej, tak iż po upływie 8 miesięcy opuścił oddział, czując się bardzo dobrze, aczkolwiek mocz zawierał jeszcze białko, i za pomocą mikroskopu wykrywano wałki szkliste.

Autor zwraca uwagę w opisie niniejszego przypadku na to, że po operacji, dokonanej na nerce prawej, najpierw zginęły obrzęki prawostronne. Fakt ten mógłby służyć do potwierdzenia teorii POTAIN'a, że po zachorowaniu jednostronnem nerki ulegają zmianom naczynia włosowate tej samej połowy ciała, a to za pośrednictwem nerwów naczynio-ruchowych.

W przypadku piątym mamy do czynienia z 40-letnim śpiewakiem ulicznym, pijakiem, syfilitykiem. Znaleziono duszność, nie odpowiadającą stanowi płuc, bladeść i obrzmienie twarzy, częste oddawanie zawierającego białko moczu w ilości 300 ctm. sz. na dobę. Po zastosowaniu pożywienia wyłącznie mlecznego krótkotrwała poprawa, następnie stan coraz gorszy. Po upływie 8 tygodni znaleziono wodniak jam opłucny i worka osierdziowego. Dobowa ilość moczu 350 ctm.sz., c.g. 1018, odczyn kwaśny, ślady białka. Próba florydzynowa bez skutku. Obrzmienie stóp. Po upływie 4 dni objawy uremiczne wzmożyły się, obrzęk płuc większy, wykrztusza dużą ilość płwocin ze krwią. Ponieważ leki, zastosowane wewnątrznie, zawiodły, przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Uśpienie chloroformowe. Ponieważ obrzęk prawej kończyny dolnej był nieco większy, niż lewej, i chory miewał niewyraźne bóle w prawej okolicy lędźwiowej, przeto obnażono nerkę prawą. Była ona mała, twarda, ciemno-pąsowa. Z podłużnego przecięcia wypłynęła duża ilość czarnej krwi. Do miedniczki włożono sączek, pozatem rany zaszyto. Chory zniósł zabieg bardzo dobrze. W 3 dni po operacji stan chorego dość ciężki. Tętno dobiegało do 120 uderzeń na minutę, moczu mało. Od 4 dnia spostrzeżono polepszenie. Tętno wolniejsze, moczu mniej, płyn z opłucny i z osierdzia ginie. Ciepłota ciała dosięga 38° C. Po dziesięciu dniach ciepłota ciała prawidłowa. W osierdziu niema wcale cieczy. Łaknienie doskonałe. Po upływie 3 tygodni stan zaczął się znacznie poprawiać. Z rany mocz nie wypływa. Z cewki wypłynęło w ciągu doby 1000 ctm. sz. moczu kwaśnego, lekko mętnego, ze śladami białka, z nielicznymi leukocytami i komórkami nabłonkowymi, ciężar gatunkowy 1018. Przez następne trzy tygodnie ilość moczu nie przekraczała 1,100 c.s., następnie dobiegła do 1500—2000 c. s., białko czasami nie dawało się wykrywać. Chory pozostawał w szpitalu jeszcze kilka miesięcy. Przez ten czas poprawił się znakomicie i opuścił oddział, czując się zupełnie zdrowym.

W przypadku ostatnim 43-letni malarz dekoracyjny, dotychczas cieszący się zdrowiem, przed 3 kwartałami miał obrzmiałe kończyny dolne, mocne bóle głowy, zaburzenia wzrokowe i oddechowe. Po zastosowaniu pożywienia mlecznego wszystko przemienęło. Lecz wkrótce obja-

wy poprzednie powróciły, wzmagały się coraz bardziej, i to zmusiło chorego przybyć do szpitala. Tu znaleziono twarz bladą, obrzmiałą, oczy wytrzeszczone, duszność, oddech znacznie przyspieszony. Obrzęk na kończynach dolnych i na brzuchu, większy na stronie lewej, niż prawej, spostrzega się i nieznaczny obrzęk kończyny prawej górnej. Obrzęk płuc, w jamach opłucny płyn. Zaburzenia wzrokowe. Stan chorego powoli pogarszał się. Wykryto płyn wolny w jamie osierdzia. Ilość dobową moczu nie przekraczała 250 c. s. Ciężar gatunkowy 1014, odczyn kwaśny, ślady białka. W osadzie bezkształtne sole moczanowe. Wobec wyraźnego pogarszania się stanu chorego przystąpiono do zabiegu. Obnażono nerkę lewą. Była ona nadzwyczaj mała, twarda, zrazowata. Gdy przecięto ją podłużnie, wcale nie widziano krwawienia. Natomiast wykryto 3 torbiele wielkości kuli bilardowej, z których jedna zawierała ropę serowatą. Warstwa mięszu bardzo scieńczyła. Do miedniczki włożono sączek, pozatem rany zasztyto. Nazajutrz stan nieco lepszy. Krwotok z rany zmusił do otworzenia tejże i podwiązania krwawiących naczyń. Wstrzyknięto pod skórę 400 c. s. sztucznej surowicy. Następnego dnia stan jeszcze lepszy: tętno i oddech wolniejsze. Dobowa ilość moczu — 2550 c. s., kwaśnego, c. g. 1010, z białkiem. Pod mikroskopem — leukocyty, kryształki fosforanowe. Następnego dnia ciągle poprawa. Obrzęki mniejsze, ilość płynu w jamach opłucny i osierdziu zmniejsza się. Lecząc po upływie 16 dni od operacji stan znów miał się ku gorszemu. Pomimo bardzo dużych dobowych ilości moczu — 2000—3000 c. s. ponownie zjawily się objawy uremiczne. Takie polepszanie się i pogarszanie się stanu chorego powtórzyło się jeszcze parokrotnie, aż wreszcie przystąpiono do operacji na prawej nerce. Znieczulenie somnoformowe. Wydobyta nerka miała 14 ctm. długości i 4 ctm. grubości; powierzchnia gładka, ciemno zabarwiona; na dotyk nerka dość miękka. Otoczek właściwy, łatwo zdejmująca się, została wycięta. Powierzchnia przecięcia nerki, obficie krwawiąca, jest wogóle blada. Do miedniczki włożono sączek, pozatem nerkę i ranę ściany brzucha zasztyto. Wieczorem tegoż dnia wstrzyknięto pod skórę roztwór żelatyny wskutek krwawienia z rany. Nazajutrz stan bardzo ciężki. Tętno 120, ledwo wyczuwalne, ciągle wymioty. Opatrunek zlekka

zwilżony cieczą krwawo-moczną. Bezmocz, śpiączka, zakończona wkrótce śmiercią.

Ogłędziny pośmiertne wykazały, że lewa nerka zamieniła się na nieduży twór włóknisty. Torebka właściwa mocno przyrośnięta. Na przecięciu nie widać odgraniczenia substancji korowej od rdzeniowej; powierzchnia przecięcia jest jednostajnie białoszara, wygląda tak, jakby mięsz znikł zupełnie. Tu i owdzie widać torbiele wielkości ziarnka prosa do ziarnka grochu. Kielichy, miedniczka, moczowód prawidłowe. Nerka prawa ważyła 210 gramów. Po zdjęciu szwów znaleziono w kielichach i miednicze skrępy krwi; moczowód zatkany skrzepem. Na skrawkach z nerki lewej widać niezmierny rozrost tkanki łącznej. Kłębuszki pozamieniały się na kupki tkanki łącznej. Nabłonki kanałów krętych są spłaszczone, zanikowe; tu i owdzie torbiele. W naczyniach daleko posunięta skleroza. W nerce prawej te same zmiany, tylko mniej zaawansowane.

Autor sądzi, że jest uprawniony uważać wyniki swoich zabiegów za zachęcające, gdyż z 6 operowanych 4 pozostało przy życiu, będąc uwolnieni zupełnie lub w znacznym stopniu od ciężkich, poprzednio długi czas trapiących dolegliwości.

Zestawiając swoje spostrzeżenia z ogłoszonymi przez innych autorów, otrzymał on 33 chorých, którym dokonano operacji już to na jednej, już to na obu nerkach, i z pośród których 2 tylko zmarło. Oczywiście, dowodzi to przedewszystkiem, że sam zabieg, jako taki, nie mieści w sobie poważniejszego niebezpieczeństwa. Pozatem, przypadki powyższe pozwoliły ustalić fakt, że często spostrzega się jednostronne umiejscowienie choroby BRIGHT'a. Wobec tego przed przystąpieniem do operacji należy dokładnie zdać sobie sprawę, czy mamy cierpienie obu- czy jednostronne, zaś w tym ostatnim przypadku określić, z której strony mianowicie. Tu może pomódz nam cewnikowanie moczowodów. Lecząc i pewne dane kliniczne mogą pomódz nam w tym kierunku. Ważnym objawem jest ból, już to samoistny, już to wywołany za pomocą uciskania lub opukiwania, następnie obrzęki jednostronne lub większe na stronie chorej nerki, niż na przeciwnej.

(Annales des maladies des organes génito-urinaires, r. 1902, maj, czerwiec, lipiec).

Do mniej znanych spraw chorobowych należy hydronefroza przepuszczająca (*hydronephrosis intermittens*), zaś głównie mało znane są przyczyny tejże. Dla tego też pozwolimy sobie przytoczyć tu pracę BAZY „Przyczynę do powstawania hydronefrozy przepuszczającej“, w której podaje on wyniki podjętych w tym kierunku badań. Najpierw przytacza on spostrzegane przez się przypadki omawianego cierpienia.

W przypadku pierwszym 24 letni chory przybył do oddziału z zakażoną hydronefrozą, w bardzo ciężkim stanie ogólnym. W celach leczniczych autor ograniczył się do nacięcia cho-rej nerki. Wypłynęła w dużej ilości ciecz ropiasta. Moczowód otwierał się do jamy hydronefrotycznej nerki na jednakowej odległości od obu biegunów. Stan ogólny pacjenta szybko uległ znakomitej poprawie. Gdy zebrano mocz, wypływający z powstałej przetoki, przekonano się, że stanowi on czwartą część całej ilości wydzielanego na dobę moczu. Postanowiono więc nerkę zachować. W tym celu dokonano nowego zespolenia moczowodu z miedniczką. Po wycięciu bliźny, dotarto do nerki, z trudnością odwarstwiono mocno zmienioną torebkę tłuszczową i przekonano się, że przetoka jest usadowiona w dolnym tylnym odcinku narządu. Miedniczka umiarkowanie rozszerzona, moczowód prawidłowy. Z przetoki dostać się do górnego otworu moczowodu nie udało się. Wobec tego nacięto moczowód. Z otworu zgłębnik ku dołowi szedł swobodnie, zaś w kierunku ku miedniczce napotkał na przeszkodę, mianowicie zwężenie światła. Wobec tego poprowadzono podłużne cięcie, z moczowodu przechodzące na ścianę miedniczki, długości 1 ctm. Zeszyto przedni brzeg cięcia moczowodu z przednim brzegiem cięcia miedniczki, zaś tylny z tylnym, następnie zaszyto otwór w nerce. Nerkę odprowadzono, włożono w głąb 2 sączki, pozatem ranę zaszyto. Po 4 dniach sączki usunięto. Zagojenie zupełne, niepowikłane.

Przypadek drugi dotyczył 36 letniej mężatki, która urodziła troje dzieci, ostatnie przed 3 laty. Po upływie miesiąca od ostatniego porodu upadła na pośladki. Po 3 miesiącach od wypadku miała ból w okolicy nerek, w brzuchu. Pewnego razu oddała ogromną ilość moczu naraz. Następnie miewała od czasu do czasu ból w lędźwiach, czuwała nagłą potrzebę oddania i oddawała dużą ilość moczu; następowała

ulga w cierpieniu. Badając, wymacano w prawem podżebrzu masywny twór, dochodzący prawie do linii pośrodkowej ciała, ku dołowi na poprzeczny palec poniżej pępka, twardy, napięty, chlebocący, o powierzchni prawidłowej, wymacujący się i w okolicy lędźwiowej. Gdy podczas chloroformowania do operacji zaszła potrzeba sztucznego oddechania, wówczas przekonano się, że guz znikł, natomiast z opróżnionego bezpośrednio przed tem pęcherza moczowego wypuszczono 70 ctm. sz. moczu. Badanie wykryło, że jest on alkaliczny, o ciężarze gatunkowym 1010, białka nie zawiera, gdy tymczasem badanie kwaśnego moczu z nerki lewej wykazało ciężar gatunkowy 1021, ślad białka. Po upływie 4 dni chorą uspięno za pomocą eteru i dokonano operacji. Jamę otrzewną otworzono cięciem na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha. Okrężnicę odciągnięto ku wewnątrz. Otrzewną nacięto na prawym brzegu dwunastnicy. Otrzewną od miedniczki wypadło oddzielić nożem. Miedniczka zgrubiała, włóknista, wielkości jaja kurzego. Nerka biała, ruchoma. Moczowód prawidłowy, leży pod poprzeczną taśmą, na wysokości której z trudnością przecięto tkankę tłuszczową. Ostrożnie przecięto ową taśmę; w środku jej znaleziono naczynie krwionośne o zwężonym świetle i mocno zgrubiałych ścianach. W miejscu połączenia się moczowodu z miedniczką i powyżej miejsca uciśnięcia przez ową taśmę spostrzega się rozszerzenie. W miejscu tem wymacuje się zgrubienie. Gdy otworzono za pomocą cięcia miedniczkę, przekonano się, że jest ona przedzielona za pomocą fałdy. Fałdę tę przecięto za pomocą noża. Następnie nacięto podłużnie miedniczkę i moczowód na przestrzeni 3 ctm. i zeszyto następnie dolną połowę brzegów rany z górną za pomocą 9 szwów węzełkowych. Po nad miedniczką zaszyto otrzewną, wprowadzono sączek, po zatem ranę ściany brzucha zamknięto. Po upływie 24 dni opuściła pacjentka oddział. Widziana po upływie roku miała się bardzo dobrze.

W przypadku trzecim 39 letnia pacjentka oddawna cierpiała od czasu do czasu na lewy bok. Nareszcie dostała bardzo mocnego napadu bólu i gorączki; ciepota ciała dosięgała 40° C. Spostrzeżono wówczas obecność dużego guza. Ponieważ na ten raz napad bólów, nie ustając, trwał cały miesiąc, i jednocześnie stan ogólny

chorej zaczął podupadać, zaproponowano jej zabieg. Jamę otrzewny utworzono w linii bocznej, w miejscu nerki lewej. Po odciągnięciu okrężnicy ku wewnątrz, dotarto do miedniczki i po rozcięciu otrzewny dokonano nakłucia tejże. Wypływająca ciecz w ilości 570 gramów była mętna, zakażona, zawierała zaledwie 1 grm. moczownika na litr. Nerka bardzo scieżała. Ujście moczowodu miedniczkowe otwierało się w górnej połowie miedniczki, przy samem wpadnięciu moczowód znacznie zwężony, i dla tego w miarę napełniania się miedniczki załamywał się on i zamykał coraz bardziej. Dokonano wycięcia nerki.

Autor zapytuje siebie, skąd powstają podane wyżej zwężenia i przegięcia moczowodów, powodujące przemijającą hydronefrozę? Otóż w przypadku pierwszym i trzecim możnaby sądzić, że sprawa zapalna zakaźna ze śluzówki miedniczki i moczowodu szerzyła się na tkankę otaczającą i powodowała powstawanie bliznowatej tkanki łącznej. Nie da się to rozumowanie zastosować do przypadku drugiego, gdzie hydronefroza nie była zakażona. By wyświecić sprawę powstawania hydronefrozy, podjął się autor badania miedniczek i moczowodów i wzajemnego ich stosunku u noworodków, a to za pomocą nastrzykiwania. Pokazało się, że postacie moczowodów są nader rozmaite: już to bardzo szerokie, rozciągliwe, już to przeciwnie bardzo wąskie, nie rozciągające się; jedne jednostajnie szerokie na całym przebiegu, inne w rozmaity sposób powężane, poskręcane, pozginane. Z pośród 63 zbadanych moczowodów tylko 15 nie przedstawiało żadnych zbieżności. W 35 przypadkach znaleziono nieprawidłowe osadzenie moczowodu na miedniczce, w 36 były nieprawidłowości na przebiegu moczowodu, już to same, już to powikłane nieprawidłowym stosunkiem moczowodu do miedniczki. Odróżnia autor zwężenia moczowodu, jego przegięcie, wreszcie skrócenie. Najczęściej napotymano to pierwsze: w miejscu wpadnięcia do miedniczki widział oje 31 razy, tymczasem tylko 4 razy przegięcie i raz jeden skrócenie. W 27 przypadkach zwężenie na przebiegu moczowodu, z tej liczby 9 podwójnych; poza tem 2 razy zwężenie zaczynało się na początku moczowodu, 15 razy widziano przegięcia już to pojedyncze, już to wielorakie i w 3 — skrócenia. Zwężenia, czy to pierścieniowe, czy to linijne,

zależały od budowy samej ściany moczowodu. Tymczasem przegięcia i skrócenia chętniej uważa autor za wynik warunków, leżących nazewnątrz narządu, np. przyrośniętych brydów, nierównomiernego zgrubienia tkanki otaczającej. Skoro istnieje zdolność moczowodu do przeginań się, wówczas wszelkie zatrzymanie moczu wywołuje je i coraz bardziej potęguje, zaś skutkiem tego wcześniejszym lub późniejszym jest hydronefroza. Oczywiście dotyczy to zarówno przegięcia na przebiegu, jak i w miejscu połączenia się moczowodu z miedniczką. Co się tyczy miedniczek, to jedne wyglądają na powierzchni nerki, jako spora guzowatość — te autor mianuje zewnętrznymi, inne są niby ukryte we wnęce nerki — te są wewnętrzne, wreszcie mogą być i pośrednie. Poza tem widziano miedniczki podwójne — takich było 3; wreszcie wyglądało i tak, że, jako jamy, nie istniały one wcale, były bowiem niezmiernie małe (10). W 31 przypadkach znaleziono dobrze rozwinięte zewnętrzne miedniczki. Oczywiście, że miedniczki małe, szczątkowe, jak również rozdwojone, nie będąc zdolne zmieniać w znaczniejszym stopniu swego kształtu, powiększać swojej objętości, a więc przemieszczać się na skutek dużej wagi, nie mogą warunkować powstawania hydronefrozy. Przeciwnie ma się rzecz z miedniczkami dużymi. Te ostatnie jednak, stosownie do zachowania się ich podłużnej osi, można podzielić na pionowe, poziome, skośne i zgięte. O ile miedniczki pionowe nie mogą warunkować powstawania hydronefrozy, o tyle mogą jej sprzyjać inne postacie dużej miedniczki. Skoro bowiem w jakikolwiek sposób zatrzymuje się mocz w takiej miedniczce, nerka zyskuje dużo na wadze, opuszcza się, dolna ściana miedniczki załamuje się, i w ten sposób odpływ moczu staje się coraz bardziej utrudnionym. Jeżeli mamy jednocześnie tuż przy miedniczce zwężenie lub skrócenie moczowodu, tem łatwiej powstają warunki dla hydronefrozy. Pewne warunki mogą sprzyjać opróżnieniu się istniejącej hydronefrozy, jak w drugim przypadku uciśnięcie, inne mogą ją ponownie wywoływać, jak np. ruchy sąsiadujących kiszek. Takie powtarzające się opuszczanie się nerki prowadzi do powstawania coraz większego przegięcia, wreszcie może ono być tak znaczne, że hydronefroza staje się stałą, sprzyjają temu zmiany, zachodzące w otaczającej tkance łącznej danej

okolicy; prawdopodobnie w przypadkach tych małego natężenia zapalenie z wnętrza miedniczki lub moczowodu szerzy się na ową tkankę otaczającą. Być może również, że mamy tu do czynienia z zapaleniem aseptycznym, spowodowanym przez nadmiar w moczu kwasu moczowego lub wogóle przez moczu niezwykle kwaśny. Inni chcą widzieć przedostawanie się do tej tkanki zakażenia z sąsiadujących kiszek.

Powyższe fakty pozwalają zrozumieć, że w przypadkach, gdzie moczowód jest gruby, rozciągliwy, może z nerki dostać się do pęcherza moczowego duży kamień, nie powodując żadnych lub bardzo nieznacznych dolegliwości, zaś z pęcherza wydostać się przez wąską szyję pęcherza nie jest on w stanie. Ze znajomości kształtu miedniczek staje się zrozumiałem, dla czego jedne miedniczki stale się opróżniają, inne stale zawierają znacznie większą ilość moczu, co dało się stwierdzić cewnikowaniem moczowodów. Autor twierdzi również, że w większości przypadków nie opadnięcie nerki powoduje hydronefrozę, lecz odwrotnie, hydronefroza jest przyczyną opadnięcia nerki. Za dowód może służyć nieznikanie hydronefrozy po przyszcyciu nerki. Opróżnieniu nerki sprzyja elastyczność miąższu nerkowego, nie ściana miedniczki, i dla tego nierozsądne jest wycinanie kawałków nerki dla zmniejszenia torby hydronefrotycznej.

(*Revue de Chirurgie* Nr 1. 1903).

Jakie stanowisko ma zająć lekarz wobec nerki ruchomej? Przed kilkoma laty panował u nas zapał do leczenia operacyjnego tego rodzaju sprawy chorobowej; obecnie widzi się znaczne zobojętnienie w tym kierunku. Posłuchajmy więc, co mówi o tem lekarz dużego doświadczenia НАНН w rozprawie, zatytułowanej „**O nerce ruchomej i o chirurgicznym leczeniu tejże**“.

Prawidłowo jest nerka ukryta za żebrami, tylko dolny biegun wychyla się z pod 12 żebra. Ciągnie się nerka od 12 kręgu piersiowego do 2 kręgu lędźwiowego. Płaszczyzna, poprowadzona przez końce 10 żeber, odpowiada dolnemu brzegowi nerek. Tylną powierzchnią leżą one na *m. quadratus lumborum*, zewnętrzną na *m. poprzecznym* brzucha. Od przodu graniczy prawa nerka z wątrobą, dwunastnicą i okrężnicą wstępującą, lewa — ze śledzioną, kiszka cienką, trzustką i okrężnicą zstępującą. Okrężnica wstępująca pokrywa tylko dolny biegun prawej nerki; okrę-

żnica zstępująca na większej przestrzeni dotyka nerki lewej. Ponieważ zgięcie okrężnicy śledzionowe jest mocno przyzeczepione do przepony, zaś okrężnica zstępująca pozostaje na znacznej przestrzeni w ścisłym stosunku z nerką lewą, przeto jest ta nerka znacznie umocowana w swoim położeniu, będąc pozatem przytwierdzoną do trzustki i śledziony, gdy tymczasem prawa nerka jest umocowana tylko za pomocą więzów wątrobowo-nerkowego. Nerki leżą wśród 2 blaszek powięzi podotrzewnowej. Pomiędzy temi blaszkami i włóknistą torebką nerki pozostaje przestrzeń, wypełniona tkanką tłuszczową, zwana torebką tłuszczową. Od torebki włóknistej do blaszek powięzi podotrzewnowej zdążają po przez tkankę tłuszczową liczne taśmy łącznotkankowe, wskutek czego nerka porusza się nie wśród torebki tłuszczowej, lecz razem z tą ostatnią. Ruchomość zjawia się wskutek rozluźnienia połączenia między powięzią podotrzewnową i *m. quadrat. lumborum*. I prawidłowo poruszają się nerki nieznacznie; gdy ruchomość zwiększa się o tyle, że wymacuje się większa część nerki, mówimy o ruchomej nerce, zazwyczaj nabytej. Wrodzone przemieszczone nerki są nieruchome. W wysokim stopniu ruchoma nerka opuszcza się aż do kości biodrowej, nawet do małej miednicy, i wówczas, wypuklając przed sobą workowato otrzewną, otrzymuje rodzaj kreski. Zrozumiała jest tedy ostrożność podczas operowania tego rodzaju opuszczonych nerek. Z pośród 100 kobiet, badanych przez autora co do nerki ruchomej, 31 kobiet było bezdzietnych: z tych ani jedna nie posiadała nerki ruchomej. Z pośród 69 pozostałych, które urodziły dzieci, 18 miało nerkę ruchomą i mianowicie prawą. W 9 przypadkach cała nerka obmacywała się z łatwością, w 9 innych podczas głębokiego wdechu. W 11 przypadkach chore nie wiedziały o stanie swojej nerki, umiarkowane zaburzenia miały 4, duże — 3.

Z pośród 25 badanych chłopców ani jeden nie miał nerki ruchomej, z pośród 25 dziewczyn — 1 miała prawą nerkę ruchomą. Mężczyzn zbadał H. 100 i tylko u 2 znalazł nerkę ruchomą. Nie daje się spostrzedz zależności między stopniem ruchomości nerki i stopniem doznawanych przez chorego dolegliwości. Prawdopodobnie bóle zależą od zaburzenia obiegu krwi wskutek przegięcia naczyń lub wskutek przegięcia mo-

czowodu. Nerki ruchome powstają rozmaicie. Przyczyny, wywołujące opadnięcie nerki bezpośrednio, są następujące: guzy, leżące przy biegunie górnym nerki, rosnąc, spychają nerkę ku dołowi. Są to guzy nadnercza, wątroby, śledziony, trzustki; to samo robią cierpienia płuc i opłucny, pchające przeponę ku dołowi lub dające długotrwałe napady kaszlu; należą tu następnie cierpienia, zwiększające wagę nerki — guzy, kamienie, hydronefroza, wreszcie pociąganie moczowodu ku dołowi. Przyczyny nerki ruchomej, właściwe tylko kobietom, są następujące: osłabienie całego ustroju, a więc i zwiócenie wszystkich tkanek wskutek blednicy, małokrwistości, porodów, nieodpowiednie ubranie (obcasy). Uszkodzenia ustroju mogą prowadzić do powstania ruchomej nerki; do takich należą upadnięcia na stopy, miednicę, uderzenia w plecy, szczególnie w okolicę lędźwiową. Długotrwałe siedzenie w mocno zgiętem położeniu sprzyja powstawaniu omawianej sprawy. Wreszcie istnieje niezawodnie i wrodzone usposobienie do powstawania tejże. Należy tu wskazać i na rozmaity kształt zagłębień przykręgowych, mieszczących w sobie nerki. Są one w górze rozszerzone, ku dołowi u mężczyzn zwężają się znacznie, u kobiet są tu daleko szersze, mianowicie na stronie prawej. Przebyte porody wpływają niekorzystnie na kształt tych przestrzeni. Niekorzystny wpływ gorsetów i wiązadeł od spódnic nie dał się stwierdzić. Tak więc najczęstszą przyczyną ruchomej nerki są porody. U dzieci, mężczyzn i nierodzących kobiet powstaje ruchoma nerka wskutek urazu lub jest wrodzona.

Stopień wywoływanych zaburzeń bywa bardzo rozmaity. Czasami są one bardzo nieznaczne, czasami niezwykle ciężkie i dokuczliwe. Przeważnie mamy do czynienia z zaburzeniami przewodu pokarmowego: znajdujemy odbijanie, brak łaknienia, częste wymioty, uporezywe zaparcia. Ruch wzmacnia powyższe zaburzenia. Odbijania, wymioty, często żółciowe, rozszerzenie żołądka — są skutkiem uciśnięcia dwunastnicy przez przemieszczoną nerkę. Bóle nerwicowe zjawiają się w okolicy żołądka i lędźwi, promieniując ku biodrom, kończynom dolnym. Pewna część dolegliwości zależy od przegięcia naczyń i moczowodu. Wymacanie nerki najlepiej udaje się w położeniu poziomem, pół siedzącym lub bocznem podczas najgłębszego wdechu; macać

należy delikatnie. Cierpienia powyższe, aczkolwiek dla życia nie są niebezpieczne, trwając uporezywie czas dłuższy, mogą obrzydzić chorego żywot, zatruwając mu wszelką chwilę pracy i przyjemności. W celach leczniczych zawsze radzi autor ucieć się najpierw do przyrządów. Do tych należą: gorset, obejmujący cały brzuch, klatkę piersiową i miednicę; tam, gdzie brzuch jest napięty, bandaże, zaopatrzone w poduszki, wreszcie szerokie sprężyste pasy, tam gdzie ściany brzucha są wiotkie. Dodać należy, że rzadko widzi się dobry skutek od stosowania przyrządów.

Gdy przyrządy zawiodą, wypadnie ucieć się do operacji. Wykonywane dawniej wycięcie ruchomej nerki przedstawia duże niebezpieczeństwo, albowiem nie rzadki jest brak drugiej nerki, jak również częsta możność wtargnięcia do jamy otrzewny. Mniej niebezpieczne jest dziś częściej stosowane przyszywanie ruchomej nerki — *nephropexis*. By podczas tej operacji zapobiedz utworzeniu otrzewny, należy wówczas rozszyć torebkę tłuszczową, gdy brzegi ramy są szeroko rozciągnięte za pomocą haków, i gdy nerka jest o tyle wypchnięta ku tyłowi, że można poprowadzić cięcie w pośrodku tylnej powierzchni nerki.

Szparę w otrzewnie należy natychmiast zaszyć.

By zapobiedz uszkodzeniu okrężnicy za pomocą szwu, należy ostrożnie nakładać tenże na dolny odcinek nerki. Niebezpieczeństwo zakażenia opłucny powstaje, gdy przyszywamy nerkę do 12 żebra; co najwyżej więc możemy ująć w szew okostną tegoż.

Co się tyczy wyników leczniczych operacji, to te mogą być rozumiane w sensie anatomicznego unieruchomienia nerki i w sensie uwolnienia chorych od dolegliwości. Co się tyczy pierwszego, mamy fakty, że nerka za pomocą operacji unieruchamia się na stałe w zależności od wyboru metody operacyjnej. Co się tyczy drugiego należy powiedzieć, że tu wynik zależy od tego, czy spostrzegane dolegliwości pochodziły z ruchomości nerki, czy też z innych powodów. Oczywiście, tylko w przypadkach pierwszej kategorii otrzymuje się wynik dodatni, jak tego dowodzą liczne spostrzeżenia. Dla tego też przed przystąpieniem do zabiegu musimy jaknajdokładniej zbadać chorego, by mieć niezłomne przekonanie,

że cierpienie zależy tylko od nieprawidłowo uruchomionej nerki, nie zaś od innej przyczyny, jako to: cierpienia narządów kobiecych, histeryi i t. p. Niebezpieczeństwo operacji waha się pomiędzy 1,5 i 3%.

Następnie podaje autor rozmaite sposoby operowania, ogłoszone przez innych autorów, zaś na zakończenie opisuje stosowany przez siebie sposób operowania chorej nerki. Chory leży na stronie zdrowej z podłożonym twardym walcem, przez co strona chora wypukła się i rozszerza. Cięcie skóry poczyna się od 12 żebra w odległości 6 cm. od wyrostków ciernistych i skośnie wzdłuż m. krzyżo-łędźwiowego zdąża ku kości biodrowej. Włókna m. najszerszego grzbietu rozsuwa się na tępo, powięź łędźwiowo-grzbietowa przecina się na brzegu m. krzyżowo-łędźwiowego, następnie zaś m. kwadratowy łędźwi, oszczędzając *n. iliohypogastricum*. Po przecięciu głębokiej powięzi *m. quadrati lumborum* dochodzi się do tylnej powięzi nerkowej (*f. renalis posterior*).

Nerkę odsuwa się ku tyłowi, by leżała w pośrodku rany. Torebkę tłuszczową przecina się i nerkę układa w ostateczne położenie. Wytwarza się następnie duży płat z torebki właściwej nerki, przez co obnaża się duża część tylnej powierzchni nerki. Rozszczepiona torebka tłuszczowa dokładnie przyszywa się do otaczających mięśni i powięzi na całym obwodzie rany, zaś płat z torebki włóknistej przyszywa się do skóry lub tkanki podskórnej. Ranę wypełnia się gazą jodoformową, tak by leżała ona na powierzchni nerki. Koniec jej wyprowadza się przez dolny kąt rany, poza tem ranę zaszywa się. Operowani pozostają w łóżku 4 — 6 tygodni. Wogóle zaś od operacji wymagać należy nie tyle umiejscowienia nerki w jej prawidłowym anatomicznym położeniu, ile dokładnego unieruchamiającego przyczepienia jej na dużej przestrzeni, albowiem spostrzeżenia wykazały, że przyczepienie nerki za jeden tylko biegun — górny czy dolny — daje w następstwie rozmaite dolegliwości, wymagające następnej operacji. Nerka, pozbawiona torebki włóknistej, przyrasta daleko mocniej, niż zachowująca ją. Autor odradza nakładanie szwów na sam miąższ nerki, a to ze względu na kruchość tegoż, jak również wycinanie torebki tłuszczowej, gdyż mieści ona w sobie pasma kanki włóknistej, zdążające od torebki włóknistej

ku blaszkom powięzi podotrzewnowej, i za pomocą ich nerka utrzymuje się we właściwym położeniu; poza tem wycięcie tkanki tłuszczowej pociąga za sobą powiększenie tej luźnej przestrzeni, w której nerka może wykonywać swobodne ruchy. Doświadczenie wykazuje, że przyszywanie nerki pozostaje dla tejże zupełnie nieszkodliwym.

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie B. 67. 1902*).

Na zakończenie mamy parę rozpraw, dotyczących bardzo interesującej i często spostrzeżonej sprawy chorobowej, mianowicie kamieni nerkowych. Oto O'NEAL opisuje „**Ropień przynerkowy w następstwie kamieni nerki. Wydobycie się kamieni przez przetokę. Wyzdrowienie**“. 46-letni dziennikarz od 20 roku życia często spostrzegał obecność piasku w moczu, po wszelkiem nadużyciu w jedzeniu i piciu obficie wydzieliałmu się z moczem mocznik. Przed 3 laty został zgnieciony między dyszlem powozu i drzewem, tak iż dyszel oparł się od przodu o lewą połowę brzucha, mianowicie podżebrze. Na razie skończyło się zajęcie na niedużym bólu. Po upływie roku zaczął on doznawać bólu w lewym boku. Ból wzrastał się, promieniując do lewego talerza biodrowego i pępka, okolica łędźwiowa lewa obrzmiała, zjawiał się stan gorączkowy, ciepłota dochodziła do 40°. Po upływie 10 dni skóra pękła, i przez powstały otwór wypłynęła duża ilość rzadkiej ropy, zmieszanej z moczem i ze krwią. Wypływanie ropy z moczem, już to w większej, już to w mniejszej ilości trwało 18 miesięcy. Badanie wykryło w okolicy łędźwiowej lewej w odległości 5 cm. od grzebienia kości biodrowej otwór przetokowy, z którego wypływa ropa. Kanał przetoki, długi na 6 cm., kieruje się ku górze i ku wewnątrz ku nerce. Zgłębnik napotyka w głębi ciało twarde, chropawe. Za pomocą rozszerzenia otworu wydobyto nazewnątrz kamień moczanowy wielkości migdała. Po upływie kilkunastu dni rana zagoiła się. Lecz po upływie miesiąca utworzył się w bliźnie nowy ropień, który pękł, i wypływała zeń ropa z moczem. Skoro jednak wyszedł z przetoki jeszcze jeden nieduży kamień, zagoiła się ona zupełnie po upływie 1½ miesiąca.

(*Revue clinique d'andrologie et de gynécologie Nr. 1. 1903*).

RUMPEL opisał „**Przypadek kamieni w obu nerkach oraz przyczynek do czynnościowej dya-**

gnostyki nerkowej⁴. 35-letnia pacjentka, będąc młodą panią, chorowała na jakiś ból w prawym boku. Przed 3½ laty zachorowała na ból w lewym boku, w postaci kolki, mocz był mętny po staniu powstawał na dnie naczynia obfite osady z ropy. Choroba ta trwała 7 tygodni. Ostatnimi czasy znów zjawily się przemijające bóle w lewym boku, znów mocz uległ zmętnieniu. Po pewnym czasie dołączył się ból i w prawym boku, ogólne osłabienie, wychudnięcie. Badanie wykryło znaczne wyniszczenie organizmu. Tętno małe, miękkie, 84; ciepłota ciała 36,8°. Po przez wiotkie powłoki brzucha wymacano pod prawym łukiem żebrowym bolesny guz, sięgający ku dołowi do talerza kości biodrowej, u góry wyraźnie odgraniczony od wątroby dający się przesunąć od tyłu ku przodowi. W lewej połowie brzucha wymacano również pod łukiem żebrowym guz twardy, kształtem swym przypominający dolny odcinek powiększonej nerki. Mocz mętny, cuchnący; mikroskop wykrywa w nim liczne ciała ropne, pojedyncze czerwone, w dużej liczbie rozmaite nabłonki i drobnoustroje. Punkt zamarzania krwi $\delta = 0,59$; zaś co do moczu, to $\Delta = 0,66$, moczn. = 8,20. Cystoskop wykrył tu i owdzie rozpalchnioną, tu i owdzie przekrwioną śluzówkę pęcherza moczowego. Z obu moczowodów wypływa mętny mocz. Mocz prawej nerki, zebrany z osobna za pomocą cewnika moczowodowego, mocno mętny, dał $\Delta = 0,31$, moczn. = 5,13; w ten sam sposób zebrany mocz z lewej nerki, zlekka mętny, wykazał $\Delta = 0,52$ i moczn. = 8,36. Fotografia roentgenowska pokazuje w obu okolicach nerkowych rozległe, dobrze zarysowane cienie, które ze względu na swą wyrazistość oraz stałość zjawiania się na kilku fotogramach zostały uznane za kamienie. Rozpoznano tedy kamienie i rozmaitego stopnia zwyrodnienie hydronefrotyczne obu nerek.

Najpierw zoperowano prawą nerkę, a to za pomocą cięcia skośnego, równoległego do 12-go żebra. Wydobyta nerka była wielkości dwóch pięści. Po uciśnięciu naczyń nerkowych za pomocą palców nacięto nerkę podłużnie. Natychmiast natrafiono na kamień, stanowiący niby odlew miedniczki i kielichów, z licznymi wyrostkami, powrastalymi w substancję nerki. Wydobycie ich było połączone z dużym uszkodzeniem nerki. Po usunięciu wszystkich kamieni wprowadzono do miedniczki sączek gumowy, pozatem

połowy nerki zespolono za pomocą głęboko chwytających szwów. Ranę pozatem wypechano muślinem. Do żył wstrzyknięto 2 litry roztworu soli kuchennej. Usunięty kamień ważył 76 grm., miał długości 11 cm., szerokości 8 cm., grubości 4,5 cm. Na razie po operacyi stan bardzo ciężki, moczu nader mało. Następnie pod wpływem mocnego pobudzania i wprowadzania do ustroju dużych ilości cieczy stan począł poprawiać się, ilość dobową moczu stopniowo dobiegła 2,200 ctm. sz., i wtedy począł wypływać mocz i z włożonego do miedniczki sączka. Badanie moczu pęcherzowego, a więc pochodzącego z lewej nerki i wypływającego z sączka, czyli z nerki prawej, dawało następujące cyfry: nerka lewa $\Delta = 1,40$, moczn. = 18,1‰; nerka prawa $\Delta = 0,78$ moczn. = 8,36‰; nerka lewa $\Delta = 1,53$ moczn. = 19,7‰; nerka prawa $\Delta = 0,83$ moczn. = 8,9‰; nerka lewa $\Delta = 1,28$ moczn. = 14,3‰; nerka prawa $\Delta = 1,06$ moczn. = 9,34‰; nerka lewa $\Delta = 1,30$ moczn. = 13,5‰; nerka prawa $\Delta = 1,12$ moczn. = 11,2‰. Jedenastego dnia po operacyi usunięto sączek, rana zaczęła zaciągać się ziarniną, stan poprawiał się znakomicie. Mocz jednak stale zawierał ropę. Badanie krwi wykazywało $\delta = 0,56$, czyli prawidłowe stężenie.

Po upływie 2 miesięcy od pierwszej operacyi zoperowano nerkę lewą. Operacya zupełnie podobna do poprzedniej; wydobyty kamień ważył 31 g., miał długości 9 cm., szerokości 5 cm., grubości 2,5 cm. I tu po włożeniu do miedniczki sączka nerkę zaszyto. Ten drugi zabieg zniosła pacjentka zupełnie dobrze. Badanie moczu z obu nerek dawało następujące wyniki: nerka prawa $\Delta = 1,19$ moczn. 12,8‰, nerka lewa $\Delta = 0,42$ moczn. = 5,75‰; nerka prawa $\Delta = 1,17$ moczn. = 12,9‰, nerka lewa $\Delta = 0,83$ moczn. = 7,5‰; nerka prawa $\Delta = 1,16$ moczn. = 12,3‰, nerka lewa $\Delta = 0,74$ moczn. = 7,3‰. Po upływie 7 tygodni opuściła chora oddział, czując się doskonale, mając ranę prawostronną zagojoną zupełnie, lewostronną dobrze ziarninującą.

Z powyższego widać, że przed pierwszą operacyą punkt zamarzania krwi wynosił 5,9, co wskazywało na wzmożone stężenie krwi, i czemu odpowiadało zmniejszenie stężenia moczu, wahaające się między 0,6 — 0,9, zaś ilość mocznika między 8 — 10‰. Następnie cewnikowanie moczowodów pozwoliło wykazać, że obie nerki są chore, i że miąższ prawej uległ większemu uszko-

dzeniu, niż lewej, co potwierdzono za pomocą operacji. Wreszcie fotografie roentgenowskie pozwoliły określić obecność kamieni, a nawet wykazać, z której strony jest on większy. Po pierwszej operacji pierwsza nerka zaczęła wydzielać mocz dopiero czwartego dnia, i wówczas badanie moczu, z obu nerek z osobna zbieranego, wykazywało, że ilość moczu, wydzielanego przez nerkę prawą, znacznie wzrasta, jak również wzrasta stężenie moczu, ilość wydzielanego mocznika. Tak samo miała się rzecz i z nerką lewą. Gdy czynność nerek zbliżyła się do prawidłowej, stężenie krwi opadło do $\delta = 5,6$.

Wogóle dałoby się powiedzieć, że już dziesiątego dnia po operacji czynność operowanej nerki pod względem ilości wydzielanego mocznika równała się czynności nerki nieoperowanej. Sądzi autor poza tem, że dokładne badanie czynności nieoperowanych nerek pozwoli w przyszłości klinicytom lepiej, niż anatomiczno-patologom, wysświetlić jej dalsze losy w ustroju. Zdaje się autorowi, że im prędzej zagaja się rana nerki, tem lepsze jest rokowanie co do przyszłej jej czynności. Wydobyte z nerek kamienie składały się: z prawej wyłącznie z fosforanu amoniaku i magnezyi, zaś z lewej z trypelfosforanów i z fosforanu wapnia.

(*Monatsberichte für Urologie Nr. 1 r 1903.*)

Jako przyczynek do dyagnostyki kamieni nerkowych podamy również artykuł KLENBÖCK'a „**O rozpoznawaniu kamieni nerkowych za pomocą fotografii roentgenowskich**“. Tysiącrotnie fotografowano kamienie nerkowe i tylko w pojedynczych przypadkach otrzymywano wystarczająco dokładne zdjęcia. Niepowodzenie to tłumaczy autor stosunkami anatomicznymi. Promienie roentgenowskie muszą przejść objętościowy brzuch, by wywołać zróżniczkowane cienie. Sam brzuch, zależnie od swoich wymiarów, daje mniej lub bardziej wyraźny cień; dodanie doń małego kamyka nie o wiele może cień ten powiększyć. Jednakowoż daje się on zazwyczaj wykazać, gdyż jest o wiele bardziej spoisty od części miękkich; chodzi tu tylko o wywołanie jaknajwiększych kontrastów i o możliwie ostre kontury. Utrudnia otrzymanie tychże, prócz znacznego wymiaru brzucha, niejednorodność zawartości jego, mianowicie obecność jednocześnie ciał stałych, płynnych i lotnych, poza tem ciągle poruszanie się narządów, zawartych w jamie klatki

piersiowej i brzucha na skutek ruchów oddechowych i w przewodzie pokarmowym — ruchów robaczkowych. Niejednakowa spoistość zawartości przewodu żołądkowo-kiszeczkowego powoduje znaczne rozproszenie pożytecznych promieni prostoliniowych, wychodzących z rurki roentgenowskiej, wówczas mianowicie, gdy promienie są nader przenikliwe, a więc gdy powstają w rurkach twardych. Jeżeli używa się rurek za miękkich (za mało opróżnionych), światło nie przechodzi przez brzuch; w przypadku rurek za twardych (za mocno opróżnionych), promienie, przenikające bardzo mocno prawie jednakowo dobrze wszystkie ciała, dają obraz bezkontrastowy i bezkonturowy. Oczywiście więc, należy stosować rurki średnio opróżnione, by otrzymać promienie średnio przenikające; najlepsze kontrasty i najostrzejszy obraz otrzymuje się, stosując najmniejsze z pośród rurek, dających się jeszcze zastosować do fotografowania brzucha.

Gdy wobec bardzo znacznej objętości tegoż musimy uciec się z konieczności do twardej rurki, wówczas wypadnie zastosować dyafragmę z ołowiu, a to by zatrzymać bezużyteczne promienie obwodowe, przez co uda się zapobiec bezkonturowości i bezkontrastowości. Dyafragma ta ma kształt rury i musi być bardzo zbliżona do ciała.

Samo zdjęcie opisuje autor w sposób następujący. Badany leży na stole, grzbietem ku dołowi. Gdy część kręgosłupa grzbietowo-łędźwiowa zanadto odstaje od powierzchni stołu, wówczas, podkładając pod zgięte kolana poduszkę, wyprostowywa się kręgosłup. Płytę fotograficzną, zwróconą powierzchnią czułą ku górze, podkłada pod odpowiednią okolicę nerkową. Rurkę umocowuje skośnie ponad rugim kręgiem grzbietowym, w pośrodkowej płaszczyźnie ciała, w odległości 10 — 20 ctm. od powłok brzucha. Podczas spokojnego oddychania ekspozycja się przy znacznym napięciu światła 10 — 20 sekund, gdy szybkość przerywacza jest bardzo znaczna, i $\frac{1}{2}$ — 2 minuty, gdy jest ona powolniejsza. Tylko osobiste duże doświadczenie nauczy używać rurki odpowiedniego opróżnienia. Następnie wywołuje się płytę. Sprawdzić udatność zdjęcia możemy z wyrazistości konturów kręgów grzbietowo-łędźwiowych, ostatnich żeber i grzebienia kości biodrowej. Na dobrem zdjęciu przez tych grubych mas rozróżnia się wyraźnie wyro-

stki poprzeczne, nawet stawowe z powierzchniami stawowemi. Na obrazie z niewyraźnie zdjętym kośćcem nie możemy spodziewać się znaleźć i zdjęcia kamieni nawet większych wymiarów. Same nerki nie dają zazwyczaj wyraźnego cienia. Gdy wiemy, że nerka jest przemieszczona, należy rurkę i dyafragmę skierować na odpowiednie miejsce. Ponieważ znaczne przemieszczanie się nerki na skutek mocnych ruchów oddechowych daje obraz niewyraźny, przeto należy zalecić fotografowanej osobie po kilku mocnych ruchach oddechowych wstrzymać oddech na czas jaknajdłuższy. Dyafragmę stawia autor wprost na brzuchu bez jakiegokolwiek przyrządów podtrzymujących. W przypadku bardzo dużego brzucha i przypuszczalnie małych lub bardzo lekkich kamieni należy: 1) zmusić średnioopronioną rurkę świecić jaknajmocniej; 2) do zdjęcia możliwie opróżnić żołądek i kiszkę; 3) zastosować dyafragmę i 4) ustawić rurkę blisko powłok brzucha.

Nie należy jednak zapominać, że możemy w ten sposób wywołać mocne podrażnienie skóry, zjawiające się dopiero po upływie dwóch tygodni. Co się tyczy składu chemicznego, to zdaniem bardzo licznych autorów najgorzej przepuszczają promienie roentgenowskie szczawiany, lepiej fosforany i najlepiej moczany. Kamienie amorfne trudniej przepuszczają promienie od krystalicznych.

Następnie przytacza autor 4 przypadki, w których zapomocą zdjęć roentgenowskich rozpoznał kamienie nerkowe. W przypadku pierwszym 25-letni mężczyzna przed 5 laty przeżył zapalenie pęcherza moczowego rzeżączkowego pochodzenia. W następstwie tegoż zjawily się napady bólów w prawej okolicy nerkowej, połączone z gorączką. W moczu wykrywano ropę. Kilkakrotnie robione zdjęcia roentgenowskie wykazywały okrągły ciemny cień o średnicy $1\frac{1}{2}$ ctm., leżący ku dołowi od 12 żebra i mianowicie na wysokości połączenia się 1 kręgu grzbietowego z 2-m, na 2 palce poprzeczne na zewnątrz od kręgosłupa. Gdy podczas operacji obnażono i nacięto podłużnie prawą nerkę, wyskoczył z miedniczki kamień. Przebieg gojenia się zupełnie prawidłowy. Kamień był prawie kulisty, wielkości orzecha włoskiego. Był on zabarwiony ciemno-brunatno, był twardy i ciężki. Największa średnica wynosiła $1,5$ ctm., waga $1,6$ grm.

Badanie chemiczne wykryło, że składał się on ze szczawianu wapnia z nieznaczną domieszką węglanu i fosforanu wapnia.

W przypadku drugim 31-letnia dziewczyna na skutek przebytego prawie we wszystkich stawach reumatyzmu miała stawy zeszywniałe i kręgosłup wykrzywiony ku tyłowi i bocznie. Od 3 lat miewała często bóle w prawej okolicy nerkowej, zaś od roku takie same bóle w okolicy lewej nerki. Kilkakrotne zdjęcia roentgenowskie wykazywały stale w tem samym miejscu na prawej stronie 2 kamienie, stykające się ze sobą, wielkości orzecha włoskiego na wysokości połączenia 1-ego kręgu lędźwiowego z drugim w odległości dwóch palców poprzecznych od kręgosłupa. W lewej okolicy nerkowej, w odległości $\frac{1}{2}$ — 2 palców poprzecznych od kręgosłupa, na wysokości 3-go kręgu lędźwiowego widziano kilka (5 — 7) cieniów kamyków, wielkości ziarnka konopnego do ziarnka grochu. Wobec tak ścisłego rozpoznania dokonano operacji na nerce prawej. Po podłużnem rozcięciu tejże, wydobyto z miedniczki oba kamienie. Operację chora zniosła dobrze, przebieg pooperacyjny pomyślny, bóle prawostronne znikły. Kamienie miały wymiary: jeden 25, 24 i 9 mm., drugi 19, 15, 7 mm., wagi pierwszy 4 grm., drugi $2\frac{1}{2}$ grm. Składały się one ze szczawianu wapnia i miały ciekłą otoczkę z kwasu moczowego. Zdjęcie, dokonane po upływie $\frac{1}{2}$ roku od operacji, nie wykryło żadnych cieniów na stronie prawej zaś na lewej były widoczne nieco powiększone poprzednio widziane kamyki. Wobec zniknięcia bólów lewostronnych operacji na lewej nerce nie dokonano.

W przypadku trzecim 42-letni mężczyzna od lat 7 miewał bóle obustronne, połączone z napadami gorączki i z odchodzeniem wraz z moczem ropy i piasku. Dwukrotnie kruszono mu kamienie pęcherzowe, utworzone z soli fosforanowych. Kilkakrotne zdjęcia stale wykazywały w tych samych miejscach delikatne cienie na wysokości połączenia 3 kręgu lędźwiowego z 4, w odległości 6 ctm. na prawo i na lewo od kręgosłupa. Na stronie lewej wyraźniej zarysowywał się jeden kamień, na prawej — trzy. Dokonana na lewej stronie operacja wykryła w rozszerzonej nieco miedniczce ropę i 2 kamyki, jeden wielkości ziarnka konopi, drugi ziarnka grochu, łatwo rozgniatające się fosforany. Ostatniego

przypadku, jako nie pouczającego, nie przytaczamy.

Wnioski autora są następujące: Roentgenogramy osób chudych pozwalają zrobić rozpoznanie z całą dokładnością, mianowicie brak cienia na wyraźnym zdjęciu dowodzi braku kamieni w nerkach, obecność cieniów rozmaitego natężenia dowodzi obecności kamieni rozmaitej spistości i składu chemicznego. Roentgenogramy

dokładne u osób otyłych, z dużym brzuchem, dając wyraźny cień, dają rzeczywistą wskazówkę rozpoznawczą, nie dając, mogą wskazywać na brak kamienia lub na to, że kamień jest miękki, nie szczawianowy. Za pomocą roentgenogramu da się również określić, że kamień mieści się nie w nerce, lecz w moczowodzie.

(*Wiener Klinische Wochenschrift* Nr. 50 1902).

ODCINEK.

SPRAWA SANATORYÓW.

Najnowszym krachem lekarskim nazwie już niejeden sprawę sanatoryów ludowych, innemi słowy, leczenie gruźlicy płucnej klimatem swojskim, swojskim powietrzem. Przykre uświadomienie w tym względzie wisiało w powietrzu już od dość dawna: od roku, a może i więcej zaczęły odzywać się głosy, z początku nieśmiałe i mało słuchane, stopniowo coraz natrętniejsze, iż wyniki leczenia gruźlicy w sanatoryach swojskich nawet w drobnej części nie odpowiadają pokładanym w nich nadziejom, są wogóle nadzwyczaj skromne, że grozi w tym kierunku zawód bodaj czy nie gorszy od tuberkuliny Koch'a. Ostatecznie przed kilku tygodniami niemal odśpiewano *requiem* nad tą metodą leczniczą tam, skąd ją najusilniej propagowano — w Berlinie.

Historia znana jest niewątpliwie wielu moim czytelnikom. Na posiedzeniu berlińskiego towarzystwa lekarskiego w dniu 14 stycznia r. b. wystąpił d-r J. KATZ z ponownym rozbiorem pytania, o ile sanatoria ludowe (t. j. leczenie klimatem swojskim) wolno nadal uważać za oręż „społeczny“ do walki z gruźlicą. Prelegent opierał się na materyale urzędowym, ogłoszonym w r. 1901 przez ENGELMANN'a, a dotyczącym ogromnej cyfry, bo 6273 przypadków, leczonych w 31 sanatoryach ludowych niemieckich, przeciętnie po 3 miesiące każdy. Otóż wynik ostateczny okazał się bardzo smutny, w przeciągu bo-

wiem 3½—4 lat z liczby wymienionej chorych już 56% zmarło lub też są zupełnie niezdolni do pracy. Rezultat jest tem przykrejszy, iż z liczby 1424 suchotników początkujących, o jakich właśnie dobijają się sanatoria, po tym okresie czasu ledwie 14,4% jeszcze może pracować; reszta wymarła lub dogorywa. Wobec tak olbrzymiej śmiertelności jakże może być mowa o sanatoryach swojskich, jako orężu do walki z gruźlicą?

Odczyt KATZ'a bynajmniej nie wywołał zdumienia, ani zaprzeczeń; jak się okazuje, potwierdził on tylko istniejące już przekonanie ogółu berlińskich lekarzy-praktyków co do wartości leczenia sanatoryjnego względem „wyleczenia“ z gruźlicy płucnej. W tym samym duchu, jak prelegent, przemawiali w dyskusyi choćby znany A. FRAENKEL oraz SENATOR, który podnosił odwagę prelegenta w wypowiedzeniu słów prawdy. „Suche sprawozdanie nie daje zresztą dobrego pojęcia o nastroju całego posiedzenia“ — zaznacza w końcu referent *Münch. med. Wochensch.* (Nr. 3, 1903), skąd czerpiemy wiadomości powyższe; „w tem bowiem nader liczne zebraniu (uczestniczyło w niem około 500 lekarzy) częste głośnie uwagi słuchaczy uwydatniły powszechne przekonanie, iż wedle doświadczenia praktyków, właśnie ludzie najpierw powołanych do oceny pytania — sanatoria nawet w drobnej części (nicht entfernt) nie spełniają tego, co sobie obiecywali od nich ich twórcy, i że sceptycyzm, który od początku panował w szeregach lekarzy-praktyków

względem tego przedsięwzięcia był zupełnie usprawiedliwiony". „Jeden tylko uczeń LEYDEN'a", dodaje redakcyja od siebie w dziale „Kroniki", „próbował nieśmiało bronić nauki swego mistrza, ale, zdaje się, nie uczynił wielkiego wrażenia na zebranych".

Takie są fakty. Zawód może być istotnie olbrzymi, bo jakże wyobrażał sobie znaczenie i sprawność sanatoryjów ogół, przedewszystkiem ogół nielekarski, wśród którego rozwinięto tak wielką agitacyę na rzecz tego rodzaju instytucyi? Ni mniej ni więcej — tylko że dość będzie posłać suchotnika do takiego sanatoryum na kilka tygodni lub miesięcy, a wyjdzie on ztamtąd z drów, wyleczony, a co najmniej z taką poprawą, że będzie mógł zarobkować równie dobrze, jak przed chorobą.... Ile tą drogą zaoszczędzi się dóbr ekonomicznych, zważywszy, iż każda jednostka pracująca jest pewnego rodzaju kapitałem „*in potentia*", łatwo zrozumieć... A nie zapomnijmy i o tem, iż przez umieszczenie w sanatoryum suchotnik, przedewszystkiem suchotnik z klasy ubogiej, mieszkającej zwykle ciasno, brudno i ciemno, przestaje być źródłem zarazy dla otoczenia, że w sanatoryum bezwiednie uczy się, jak takim źródłem przez swą osobę nie być...

Takie były horoskopy. Zapewne, może nie były one zawsze tak wyraziste, tak uświadomione, szczególnie co do zupełnego „wyleczenia" z suchot — jak je tutaj przedstawiamy, ale nikt nie zechce zaprzeczyć, iż cały sens wewnętrzny mniemań ogółu był właśnie taki, a nie inny. Dowodem tego choćby te olbrzymie sumy, jakie w Niemczech przez ubiegłe lat kilka nie zawahały się poświęcić na rzecz sanatoryjów ani rządu, ani towarzystwa ubezpieczeń od niedoleżstwa i starości, ani nareszcie ofiarność publiczna (około 40 milionów marek).

I za to wszystko, po kilkoletniem doświadczeniu, cyfra: 56% zmarłych i dogorywających! Czyż nie zastanowi ona nawet najmniej świadomego laika? Czyż to nie jest to samo, co było i bez sanatoryjów, co widzieliśmy i widzemy w szpitalach? Czy ta cyfra naprawdę nie dowodzi bankructwa całego systemu?

Odpowiedź stanowcza nie może być udzielona, zanim nie pomówimy obszerniej o kilku odnośnych punktach. Pomówić potrzeba już dla tego samego, że nowoczesna sprawa sanatoryjów

do leczenia gruźlicy jest i prawdopodobnie pozostanie jedną z najciekawszych kart w historii myśli terapeutycznej, jednym z najbardziej pouczających dokumentów słabego uświadomienia w ogóle lekarskim niektórych zasadniczych pojęć patologicznych, zarówno jak podstaw poznania terapeutycznego.

II.

Faktem empirycznym, znanym już w czasach starożytnych (GALEN), jest, iż suchotnicy mogą się znakomicie poprawiać, nawet wyleczać, w pewnych miejscowościach z klimatem ciepłym. To samo stwierdzono, zdaje się, dopiero w wieku ubiegłym odnośnie klimatu wysokogórskiego, przynajmniej pewnych miejscowości z takim klimatem. Nareszcie uznano pożytek dla suchotników i w miejscowościach z łagodnym klimatem morskim (także ciepłym klimatem morskim). Chcąc naśladować Anglików, którzy już w końcu zaprzeszłego wieku (XVIII) mieli sanatorya na brzegu morskim, sławny LAENEC kładł porosty morskie pod łóżka suchotników, by wytwarzać dla nich „une atmosphère maritime artificielle".

I to są fakty, które każdy lekarz, nieco dłużej pracujący na niwie zawodowej, z własnego doświadczenia potwierdzić może. Każdy lekarz, a i wielu nielekarzy łatwo odnajdzie w swej pamięci, jeśli nie pacjentów własnych, to znajomych, krewnych czy kolegów, którzy przedstawiali obraz nieraz już rozwiniętej klinicznie gruźlicy płucnej — krwotoki, kaszel, gorączka, wyniszczenie, objawy lokalne, laseczniki w płwocinie — i po pobycie dłuższym np. w Meranie, a w czasach nowszych np. w Davosie, od lat wielu (10—15) są zupełnie zdrowi i nie przedstawiają żadnych albo tylko bardzo drobne objawy zaburzenia funkcji.

Niewątpliwie, nie wszystkim tak się dobrze udaje. Każdy z nas pamięta przypadki, chyba stanowczo liczniejsze, niż pierwszej kategorii, gdzie chorzy mimo dłuższy pobyt w Meranie czy Davosie, na Rywierze w Mentonie, czy San Remo, czy nareszcie w popularnych miejscowościach nad jeziorem Garda (Arco, Riva, Gardone Riviera), pobyty od „pierwszych początków" choroby, po roku, dwóch, trzech przenieśli się „do lepszego bytu".

Przypadki pierwszej kategorii mogą, bądź co bądź, moeniej tkwić w naszej umysłowości, jako każdemu z nas lekarzy bardzo trudno przypomnieć sobie przypadek niewątpliwej gruźlicy płucnej, nb. przypadek w wieku młodszym, któryby w naszym klimacie, np. tu w Warszawie albo nawet gdzieś na wsi u nas, mimo wszelkie wymagalne warunki dyetetyczno-higieniczne, wykazał tak szybką i stanowczą poprawę, czy wyleczenie, jak to się zdarza w Meranie, Davosie i t. p. Pomijam, naturalnie, doświadczenie szpitalne, doświadczenie, zdobywane w biednych warstwach ludności.

Na czem polega istotny wpływ leczniczy Meranu, Davosu i t. p. — było sporo objaśnień i tłumaczeń, jak także wiadomo każdemu lekarzowi. Nie potrzebuję też szczegółowo przypominać tego wszystkiego, i tego np., co przypuszczał BREHMER, znany inicjator leczenia gruźlicy klimatem wysokogórskim. Zasługuje bardziej na uwagę, iż przez dość znaczny przeciąg czasu istotą leczenia wysokogórskiego było dla wielu podniesienie łaknienia, a więc i wzmożenie odżywiania — *unde* wzmożenie odporności ustroju przeciw zgubnej działalności laseczników gruźliczych. Część tych pojęć wsiąkła na stałe do terapii gruźlicy; stosownie zaś do nich przed 10 — 15 laty forsowne odżywianie suchotników (w razie potrzeby przy pomocy sondy żołądkowej) było nawet specjalną metodą szpitalno-kliniczną.

Stopniowo punkt ciężkości przeniósł się w inną stronę. Głównie dzięki DETTWEILER'owi zaczęło się w ostatnim dziesięcioleciu upowszechniać przekonanie, iż istotą leczenia sanatoryjnego nie jest klimat ciepły, morski wysokogórski *per se* — ale sama czystość powietrza. Stosownie do tego leżalnie (werandy) stały się podstawowem i niedozownem urządzeniem w sanatoryach, i „leczenie świeżem powietrzem“ na takich werandach popularyzują już nawet pisma ilustrowane. Stosownie też do nowego zwrotu pojęciowego coraz śmieiej przy zakładaniu sanatoryów schodzono z gór, coraz śmieiej budowano niemal na równinach, byle w zupełnie czystem powietrzu. Istotnie renomowany zakład samego DETTWEILER'a w Falkensteinie zbudowany był ledwie na wysokości 480 metrów nad poziomem morza (Davos 1600 metrów).

Zastanawiałem się i szperałem, na jakiej pierwszej podstawie zaznaczony czynnik, a nie inny — np. stosunek wilgotności powietrza do ciśnienia barometrycznego, samo zmniejszenie tego ciśnienia i t. p. — uznano za istotny w leczeniu gruźlicy płucnej, ale doszukać się tego bardzo trudno. Pewne uzasadnienie logiczne pogląd rzeczony niewątpliwie posiadał i posiada. Za główną w s p ó ł n ą cechę klimatu wysokogórskiego, morskiego, leśnego i t. p. możemy, jak dotychczas, uznać właśnie czystość powietrza, brak w nim kurzu mineralnego i zarodków chrobotwórczych; z drugiej zaś strony powietrze „nieczyste“ w mieszkaniach ciasnych, fabrykach pylnych uznajemy za jeden z ważnych czynników ułatwiających, warunków do rozwoju gruźlicy płucnej. Jeszcze więcej — bo powietrze „nieczyste“ prowadzi w gruźlicy płuc do wtórnych zakażeń drobnoustrojami ropnymi, co wedle przekonań współczesnych nieraz więcej znaczy w przebiegu gruźlicy, niż samo zakażenie lasecznikami Koch'a. *Ergo* — jaknajwięcej powietrza czystego, by nie ułatwiać i nie podtrzymywać takiego wtórnego zakażenia.

Nareszcie za poglądem omawianym mogły przemawiać (później) i względy empiryczne, jako iż sanatoria, pobudowane nie w klimacie wysokogórskim (właśnie sanatorium DETTWEILER'a), zaczęły ogłaszać równie dobre wyniki, jakie znano dla Meranu, Davosu, czy innych miejscowości, już uznanych.

Tak czy inaczej, mniemanie, iż istotą leczenia klimatycznego gruźlicy jest sama czystość powietrza, było i pozostaje dotychczas tylko przypuszczeniem, hipotezą, właściwie dedukcją terapeutyczną, którą wolno było uczynić, ale która dopiero czekała na potwierdzenie empiryczne. Tymczasem bardzo szybko stało się mniemanie to wprost dogmatem, na którym śmiało oparto całe dalsze postępowanie.

Niewątpliwie do szybkiego zwycięstwa poglądu DETTWEILER'a przyczyniła się w stopniu niemalym okoliczność, iż przyjęcie tego poglądu odrazu rozwiązywało ręce lekarzom i olbrzymio ułatwiało leczenie suchot, że powiemy, *en masse*. Przedtem trzeba było szukać gór, ciepłego klimatu i t. d., i nieliczne sanatoria w tych miejscowościach były dostępne tylko dla pewnej liczby ludzi zamożnych. Obecnie zaś wszędzie, gdzie jest kawałek lasu i „świeże po-

wietrze“ (obok niektórych innych warunków, jak suchość, przepuszczalność gruntu, dobre oświetlenie), możemy budować sanatoria i choćby przez odpadnięcie kosztów transportu czynić leczenie klimatyczne suchot dostępnem dla mniej i mało zamożnych warstw ludności.

I oto głównie za inicjatywą LEYDEN'a zaczęła się w Niemczech gorączkowa działalność w tym kierunku. Pobudowano już cały szereg sanatoriów ludowych dla leczenia powietrzem „swojskiem“. Oczekiwano od nich nawet lepszych wyników, niż od sanatoriów wysokogórskich, Meranu, Mentony i t. d. Wszak suchotnik i po odbytej kuracji pozostaje w tym samym klimacie, jak poprzednio; jego ustrój nie potrzebuje więc przyzwyczajać się na nowo, nie potrzebuje przenosić tego wstrząsu, jaki wskutek zmiany warunków czeka każdego, powracającego do ojczyzny z krain górskich, czy nadmorskich.

„Statystyka“ zaczęła początkowo znakomicie potwierdzać te przypuszczenia. Zapewne, może „wyniki“ nie okazały się tak świetne, jak w dobrze płatnych zakładach w Görbersdorfie, Davosie, czy Falkensteinie — tutaj bowiem procent „wyleczeń“ ustanowiono niemal na 40—50%. Ale zawsze i w sanatoriach ludowych narachowano z 15—20% wyleczeń, ze 60% czy więcej zupełnych, znakomitych popraw¹⁾ — wypadków zaś śmiertelnych w samych sanatoriach prawie nie było i niema...

¹⁾ Szczegóły w tym kierunku patrz w artykule K. RZĘTKOWSKIEGO, Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoriach. *Gazeta lekarska*. 1902. Nr. 40—41. Także T. DENIX. Walka z gruźlicą. *Odczyty kliniczne*. 121, 122 1899.

(C. d. n.)

E. Biernacki.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= LAUNAY opisał przypadek podwójnej rany postrzałowej lewej komory serca, zakończony pomyślnie. 26-letni chory strzelił sobie w okolicę serca z rewolweru. Z rany małej wyciekło mało krwi (w 3 godziny po wypadku). Tętno ledwo wyczuwalne i nie dające się zliczyć. Przy opukiwaniu cała lewa przednia część klatki piersiowej dawała odgłos jasny. Oddechu z lewej strony nie było słyhać. Tętno serca bardzo słabe i głuche. Po uśpieniu chorego wprowadzono pod skórę 2 litry roztworu soli. Przy operacji znaleziono opadnięcie lewego płuca i obfite nagromadzenie krwi w jamie opłucny. Z jamy osierdzia w pobliżu wierzchołka sączyła się zwolna i ciągle krew. Serce uderzało z wielką siłą. Na przedniej powierzchni lewej komory, 2 ctm. od wierzchołka i bli-

żej lewego brzegu, widniała rana, przez którą podczas rozkurezu wypływała krew równomiernie. Po zaszyciu jej katgutem krwotok natychmiast ustał. Podniósłszy serce autor znalazł drugi wyjściowy otwór na tylnej powierzchni lewej komory u podstawy w pobliżu brzozy komorowo-przedsionkowej. Nałożenie drugiego szwu o wiele było trudniejsze. W dolną część osierdzia wstawiono sączek. Operacja trwała do 40 minut. Oddech był swobodny. Po 12 godzinach chory czuł się dobrze. Po 2 dniach ciepłota opadła, tętno było prawidłowe. Rana zagoiła się doraźnie. 10 dnia chory wstał. W 2 miesiące później na nie się nie skarżył. Badanie promieniami X wykryło kulę w częściach miękkich na lewo od kręgosłupa. (*Gaz. d. hop.* 21. VIII 1902).
P.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczemi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dzieciennej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty — jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu — wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wstrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wstrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najzwyczajniejsze mieszaniki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu — prawdziwego Hematogenu Hommela.

KILKA NOWSZYCH OPINII LEKARSKICH.

Stosowałem Hematogen D-ra Hommela w leczeniu czystej postaci anemii u 6 osób. Spostrzeżenia uroje nad działaniem Hematogenu są dla tego tak zajmującemi, że w roku zeszłym u tych samych 6 osób stosowałem różne preparaty żelaza z bardzo wielkim rezultatem; po zastosowaniu Hematogenu Hommela otrzymałem wyniki bardzo dobre, które nawet po upływie 1½ miesiąca od zaprzestania używania Hematogenu się utrzymują a nawet się potęgują. Jednym z najbardziej znamienitych działań Hematogenu jest szybko poprawienie łaknienia (Starszy lekarz Władyczkaukaskiego Korpusu Kadetów Dr med. Szulc. Władyczkaukaz).

Hematogen D-ra Hommela stosowałem u dwóch chorych z uporczywą przewlekłą neurastenją: przy braku apetytu, ogólnem upadku odżywiania w przygnębionem stanie ducha. Doskonali i stały wynik wystąpił wkrótce: u obu chorych bardzo szybko zjawił się apetyt, humor się poprawił, i widoczna wystąpiła poprawa ogólnego odżywiania. Tymczasem w ciągu trzech miesięcy z wielkim niezadowoleniem zmuszony byłem zmieniać jeden środek na drugi, bez żadnego pożądanego wyniku. (Dr med. Rzezywisty Rad. Stanu Moją. Mik. Popow S. Petersburg).

Hematogen Hommela rzeczywiście działa skutecznie przy anemii, objawiającej się osłabieniem, zawrotami głowy, złym apetytem przy niepramidlowem i bolesnem miesiączkowaniu, i po czterotygodniowym używaniu tego środka chora zupełnie wyzdrowiała.

(Lekarz Korpusowy Dr med. Tajny Radaca Willamowskyj. Wilno. Im częściej wypada mi leczyć małych dzieci swych paacyentów

Hematogenu D-ra Hommela, tem bardziej się przekonywam że Hematogen w wielu przypadkach nie da się niczem zastąpić. Przedewszystkiem okazał się skutecznym przy upadku sił i odżywiania, przy anemii, krzywicy zółzach, w okresie zdrowienia po chorobach wyniszczających przy rozwolnieniu i t. p. Wygląd chorego szybko się poprawia, prędko następuje zwiększenie wagi ciała, kolor skóry przybiera normalny odcień, siły wracają, objawy krzywicy i zółzów przyciechają, jednym słowem Hematogen Hommela bardzo często musi, być uważany w praktyce dzieciennej jako potężny i niedający się niczem zastąpić środek leczniczy.

Lekarz ambulatoryjny Warszawskiego żydowskiego szpitala dla dzieci Dr. Kraushar. Warszawa.

Hematogen D-ra Hommela wypróbowałem w przypadkach uporczywej anemii u 37 letniego mężczyzny i w przypadku silnej anemii u 14 letniego chłopca w okresie zdrowienia po resekcji żebra przy ropnem pleuritis przyczem działanie Hematogenu było bardzo skuteczne głównie w pierwszym przypadku, w którym poprzednio długotrwałe podawanie innych preparatów żelaza i arsenu nie wywierało żadnego wpływu.

Ordynator szpitala na Pradze D-r K. Zieliński Warszawa
Hematogen Hommela stosowałem kilka razy w przypadkach wybitnej anemii po silnych krwotokach porodowych i poronieniach i jestem z wyników zupełnie zadowolony, widząc zawczasu poprawę ogólnego stanu i subiektywną u chorych przyjmujących Hematogen Hommela. Ordynator Kijowsko-Kiryłowski szpitala dla Dr Jarowij Kijów.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycy: **APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE w S. PETERBURG.** Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!). Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¼, uncy) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya).