

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. T. W d o w i k o w s k i. O mikrochemicznym badaniu kamieni moczowych. — II. J. W i g u r a. Przypadek drgawek porodowych (*eclampsia*) bez białkomoczu. — III. W. M a t l a k o w s k i. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych. — *Dział sprawozdawczy:* 82 C e c i (Prof. D-r Antonio). O zakażeniu krwotocznym. — 83. G a u c h e r. Przyczynki do anatomii patologicznej porażen dyfterytycznych. — Wiadomości miejscowe. — Wiadomości zagraniczne. — Odpowiedzi. — Ogłoszenie. — Na pomnik Mickiewicza.

I. O MIKROCHEMICZNEM BADANIU KAMIENI MOCZOWYCH.

Podał Dr. **T e o f i l W d o w i k o w s k i.**

Lekarz ordynujący w szpitalu miejskim w Odessie.

Sto lat minęło od czasu jak zrobiono pierwszą dokładną próbę chemicznego badania kamieni moczowych. Próby tej dokonał w roku 1776, znakomity szwedzki chemik S c h e e l e i znalazł w badanym przezeń kamieniu kwas moczowy, który z czasem uznanym został za prawidłowy składnik moczu; następnie prace francuzkich chemików: F o r c e r o y i V o q u e l i n ' a, a później B e r z e l i u s ' a i innych, usunęły błędy, popełnione przez S c h e e l e ' g o, a przede wszystkim błąd zasadniczy, mniemanie, że wszystkie kamienie moczowe składają się li tylko z kwasu moczowego; oni to odkryli, że fosforany i węglany, występują jako często się zdarzające składniki rzeczonych kamieni i zdawało się, że na tem się skończyły chemiczne badania tych utworów chorobliwych; następnie jednak naukowa praca nad tym przedmiotem z chemicznego laboratoryjum przeszła w ręce chemików-lekarzy, którzy go zbadali ściślej i gruntowniej, a przede wszystkim uwzględnili genezę kamieni, jako produktów nieprawidłowej przeróbki materji. W tym kierunku największa zasługa należy się angielskim lekarzom-chemikom, a przeważnie W i l l i a m ' o w i H y d e W o l l a s t o n ' o w i i A l e k s a n d r o w i M a r c e t. Pierwszy z nich w początkach swego zawodu był li tylko lekarzem praktycznym, wkrótce usunął się od praktyki, a zajął się wyłącznie chemiją i odkrył cystynę w kamieniach moczowych ¹⁾. Drugi, Szwajcar rodem — bogaty genewski obywatel, opuściwszy ojczyznę, wskutek politycznej zawieruchy za czasów Napoleona I i osiadłszy w Londynie, zajął się praktyką

¹⁾ On Cystic acid, a new species of urinary calculus. — Philosoph. Transactions 1810.

chorób moczowych i wkrótce został profesorem chemii w znamenitym Guy's Hospital. Jako lekarz-chemik, zwrócił on całą swoją uwagę na chemiczny skład kamieni moczowych i zbadał nie tylko kolekcycje wszystkich większych szpitali Londynu i muzeum Hunterowskiego, ale zwiedził większą część Anglii, badając zbiory kamieni szpitali w Norwitsch, Bristoll, Manchester i t. d. Owocem tych badań, jakoteż długoletniego i wielostronnego doświadczenia w tym przedmiocie, była jego znakomita praca, ogłoszona w 1817 roku pod tytułem: *Essay on the chemical History and medical treatment of calculous disorders etc.* Jest to książka uznana nawet w naszych czasach, jako klassyczna w literaturze nauki o kamieniach; zawiera ona zjednoczone w systematyczną całość, a przedtem rozrzucone po rozmaitych chemicznych dziełach i peryjodycznych wydawnictwach, naukowe dane pod względem analizy kamieni, a co najważniejsza — metody tej analizy są tu bardzo uproszczone i tym sposobem dostępne dla każdego praktycznego lekarza; sprawdzenie danych, wynikłych z osobistego doświadczenia, ściśle i proste metody badania kamieni, liczne wywody z poszukiwań nad częstotnością pojawiania się jednych kamieni lub drugich, nakoniec odkrycie w nich *xantyny* — oto jest treść i zasługa tej pracy. Dzieło Marcet'a w ciągu kilkudziesięciolecia — do roku 1860 — było jedynem, w którym lekarz mógł znaleźć wskazówki i wszystko co mu było potrzebnem do badania kamieni i dopiero po zjawieniu się pracy Hellera „O złożach moczowych“ (*Die Harnconcretionen*), niestraciwszy bynajmniej swego znaczenia, musiało ustąpić miejsca tej ostatniej pracy. Czerpiąc dane z dzieła Marcet'a, Heller daleko wszechstronnej niż pierwszy rozstrząsa te kwestyje: niezadawalniając się chemicznym rozbiorem kamieni, Heller stara się wyjaśnić i inne ciemne punkta tego przedmiotu jakoto: pochodzenie, wytwarzanie się kamieni i t. p., a szczególnie ich stosunek do miejscowych cierpień narzędzi moczowych i do ogólnych zmian krwi, zwanych wówczas *crases*: np. *crasis* goścowa, dnawa etc. Obecnie pogląd naukowy na ten przedmiot zmienił się zupełnie; pojęcia o tak zwanych krazach krwi, jakie o nich mieli spółcześni Rokitańsk'y e g o, straciły swoje znaczenie. Tem niemniej Heller'o w i należy się zasługa początkowania w naukowem wyjaśnieniu genezy kamieni, a także w zastosowaniu badania osadów moczowych do ścisłej dyjagnozy rozmaitych rodzajów kamieni pęcherzowych, a szczególnie nerkowych. Heller pierwszy ze ścisłością naukową, posilkując się analizą chemiczną i mikroskopem, nauczył nas dokładnie rozpoznawać części składowe osadów i piasków moczowych i oznaczać zboczenia przemiany materji w organizmie, które służą za podstawę do wytwarzania się tego lub owego rodzaju kamieni. Poświęciwszy się prawie wyłącznie ulubionemu przedmiotowi i wydając w ciągu wielu lat ogólnie znany „*Archiv für physiologische und pathologische Chemie*“ spopularyzował on i rozszerzył między lekarzami badanie moczu, szczególnie w Niemczech i w Rosyji, które, dzięki jemu, stało się jednym z najdzielniejszych środków rozpoznawczych. Jego to znakomitym wykładom w instytucie chemii patologicznej wiedeńskiego szpitala powszechnego, na które w ciągu tak wielu lat zbiegali się słuchacze z różnych krańców świata, jego książeczce nakoniec, w której zawarty został owoc głębokiej wiedzy i obfitego doświadczenia, zawdzięczamy możność nie tylko rozpoznawania obecności kamieni,

ale i zbadania ich chemicznego składu za życia chorego. Zasługa zatem H e l l e r'a w tej gałęzi dyjagnostyki lekarskiej jest niezmierną i nikt ze współczesnych mu uczonych ani z poprzedników jego na tem polu wyrównać mu nie może.

W Anglii, drogą naukową, wytkniętą przez wzmiankowanego M a r c e t'a, poszło wielu uczonych, ale żadna z ich prac, z wyjątkiem książki P r o u t'a ¹⁾, wyszłej w 4 lata po pracy M a r c e t'a, i właściwie tylko popularyzującej badania tego ostatniego, nie ma bezpośredniego związku z badaniem kamieni. Wiadome prace G o l d i n g-B i r d'a, a szczególnie znakomite dzieło P a r k s'a (*On Urine*), traktują tylko o moczu.

Dla Francyi, ściśle zamkniętej w sobie, ignorującej niemiecką naukę i zatopionej niejako we własnej wiedzy, prace i badania H e l l e r'a pozostały martwą literą: wszystko co się tyczyło badania kamieni, Francuzi czerpali z prac własnych i angielskich uczonych, a szczególnie ze wzmiankowanych wyżej dzieł P r o u t'a i M a r c e t'a. Dopiero w szóstym dziesiątku bieżącego wieku, trochę wcześniej przed wydaniem znakomitej „*Chimie anatomique et physiologique*“ R o b i n'a i V e r d e i l'a, w której już dział moczowy tak dokładnie został obróbnym, zjawiała się teza ucznia i laboranta obydwóch wzmiankowanych uczonych S a m u e l'a B i g e l o w'a, traktująca wyłącznie o przedmiocie nas obchodzącym. W pracy, zatytułowanej: „*Recherches sur les calculs de la vessie et sur leurs analyse microchimique*“, B i g e l o w pierwszy, o ile mi wiadomo, zastosował mikro-chemiczną analizę do badania kamieni; zbałał on ich w ilości 200-tu prawie wyłącznie za pomocą tej metody i szczegółowy rezultat ogłosił w rzeczonyj pracy. Teza owa, z wyjątkiem artystycznego wykonania rysunków kamieni, w czem w ogóle Francuzi celują i z wyjątkiem oryginalności zastosowania mikrochemii do badania tych chorobliwych wytworów, niczem więcej się nie zaleca: opisanie metody analitycznej bardzo drobnostkowe, ale nie jasne i częstokroć mylne; ale idea mikrochemicznej analizy jest wyłączną własnością autora i w tem jedynie cała jego zasługa. Wydanie tej pracy było niejako bodźcem dla francuzkich uczonych do zajęcia się tym przedmiotem; jakoż zaraz zjawilo się mnóstwo prac, tyczących się też mikrochemii kamieni moczowych, z których najlepsza i najdokładniejsza wyszła z pod pióra samego nauczyciela B i g e l o w'a, R o b i n'a pod tytułem *Traité des humeurs*. W dziele tem kwestyja mikrochemii kamieni traktowana jest prawie wyczerpująco, treściwie i z całą ścisłością naukową; ale brak tu prostoty wykładu i niezbędnej systematyczności w analizie rozmaitego rodzaju kamieni. Wyliczanie pomniejszych i drobniejszych prac francuzkich pisarzy w tym przedmiocie nie jest moim zamiarem, chcę zaś natomiast przejść do moich osobistych poglądów i badań w tej materii, opartych na własnych doświadczeniach.

Kamienie moczowe, stosownie do swego składu, mogą być podzielone na trzy grupy: 1) kamienie, wytworzone z kwasu moczowego i z produktów odeń pochodnych, 2) z rozmaitych soli, 3) nakoniec z produktów organicznych jak: *Cystyna*, *Xantina*, *Urostealit* i t. p. Nie mówiąc już o naukowej stronie przedmiotu.

¹⁾ An inquiry into the nature and treatment of gravel, Calculus etc. 1821.

zajmującej samej przez się, chemiczne badanie kamieni w znaczeniu praktycznem przedstawia dla nas nie tylko interes, ale staje się istotną, niezbędną potrzebą, której zadość nieuczyniwszy, nie jesteśmy w stanie przystąpić do racjonalnej terapii kamicy. Zwykle leczenie tej choroby, szczególnie w Rosyi ogranicza się prawie wyłącznie do rękoczynów chirurgicznych — wycięcia lub skruszenia kamieni, terapia zaś zapobiegawcza, przyczynowa, uwzględnienie zbawiennego działania chemicznych rozczywników kamienia, będących w zarodku, mało na siebie zwraca uwagi. Przyczyną tego zdaje się być niedostateczność albo nawet zupełny brak poznania tych złożeń wymiany materji, którymi warunkuje się skłonność organizmu do wytwarzania kamieni; z drugiej strony to, że praktyczni lekarze mało są obeznani z techniczną stroną chemicznych badań tych konkrementów. Chociaż przyczyny kamicy, ukryte w głębi ustroju, dotychczas są nam bardzo mało znane, jednakże współczesna nauka i doświadczenia wskazują nam pewne dane, pewne postulata, na których opieramy przyczynowy związek chorobliwych zmian niektórych organów z niemocą, o której mówimy. Następnie drobnowidz i niektóre zwyczajne chemiczne odczynniki dają nam możność ścisłej analizy konkrementów i kamieni moczowych. Mając pod ręką te dostępne sposoby badania, możemy w danym razie śmiało wytknąć drogę racjonalnego leczenia. Wypowiadam powyższe moje zdanie, przedewszystkiem z tego powodu, że w praktyce, przy leczeniu kamicy, przyjęto za rutynę naznaczać jedynie tylko alkaliczne wody mineralne, lub inne tego rodzaju rozczywniki, które przy pewnych rodzajach kamieni mogą być bezwarunkowo szkodliwymi. Tak u profanów jak i u lekarzy wyrobiło się najfałszywsze przekonanie, które, jak później zobaczymy, jest bardzo szkodliwem dla większości chorych na kamień — przekonanie, że przy tej niemocy jedyną deską zbawienia jest udawanie się do wód: Vichy, Karlsbad, Contréxeville i t. p., które chociaż niezaprzeczenie są pomocne przy kamieniach, wytworzonych z kwasu moczowego i jego soli, ale bezwarunkowo szkodzą przy kamieniach, składających się z fosforanów lub węglanów, dla zwalczania których posiadamy zupełnie inne środki. Łatwo mi dowieść prawdy mego twierdzenia, zwracając uwagę czytelnika, na dwa kamienie, znajdujące się w moim zbiorze, które obydwa, z wyjątkiem jądra, składającego się z zasadowego fosforanu wapnia, zawierają w sobie wyłącznie li tylko moczan sodu, powstały wskutek zbytecznego w ciągu długiego czasu używania wód Vichy. Jeden z chorych w ciągu półczwarta roku wypił 1400, a drugi w terminie stosunkowo krótszym 2000 butelek tej wody. Ordynacja picia Vichy w obu razach pochodziła od lekarzy, a w żadnym razie nie był badany piasek, od czasu do czasu zjawiający się w moczu.

Jeżeli obecnie, przy bardzo niedostatecznej wiadomości przyczyn tworzenia się kamieni, takie ma znaczenie dokładne poznanie chemicznego składu onych, to cóż powiedzieć o przyszłości, która zapewne da nam możność ocenienia tych złożeń organicznej metamorfozy, złożeń będących w przyczynowym związku z kamica; wtedy to właśnie kwestya chemizmu osadów moczowych, nabierze większego znaczenia niż wszelkie inne, tyjące się tej choroby.

Idąc za przykładem Thompsona'a i żywiąc w sobie nadzieję, może zbyt optymistyczną, powiemy, że w przyszłości, przy rozwoju naszej nauki, leczenie ka-

micy będzie głównie polegać na uprzedzeniu cierpienia, za pomocą działania, skierowanego jedynie do wymiany materji, albo na użyciu takich środków, któreby mogły, jeżeli nie uchronić od choroby, to przynajmniej rozpuszczać osady i kamyczki w samym początku ich tworzenia się. Ja sądzę, że to o tyle będzie możebnem, o ile zredukowanie całej chirurgji kamienia do jednej *Lithotrypsyi*, co przepowiada tenże *Thompson*. Ale nim dosięgniemy tego terapeutycznego ideału, już obecnie, jak wyżej powiedziano, daje się nam uczuć w praktyce niezbędna potrzeba dokładnego poznania chemicznego składu kamieni, ażeby być w stanie zastawać w danym razie leczenie prawidłowe, którego doniosłość możemy ocenić mianowicie w dwóch przypadkach: przy wydzielaniu z uryną piasku i małych kamyczków, co Francuzi nazywają *gravelle*, powtóre, przy skłonności do tworzenia się nowych konkrementów, jaka następuje u niektórych pacjentów bezpośrednio po operacji wycięcia lub skruszenia kamienia. W obu razach dokładne zbadanie piasku i usuniętych z pęcherza cząstek kamienia jest dla nas koniecznem dla zadośćuczynienia wskazaniu leczniczemu. Dodamy tu, że owe wydzielanie piasku i kamyczków jest cierpieniem bardzo częstem i że jego podział, jak chcą Francuzi, na *gravelle blanche et rouge*, który ma wskazywać na różnicę chemicznego ich składu, jest tylko zbliżonym do prawdy a częstokroć zupełnie mylnym, tak, że lekarz, aby uniknąć omyłki, zawsze powinien zbadać chemicznie owe konkrementa.

Zobaczymy teraz jakie posiadamy środki do badania kamieni; są one trojakie: 1) Metoda analizy chemicznej, 2) Badanie drobnowidzowe i 3) Mikrochemiczne. Pierwsza metoda czysto chemiczna jest najdawniejszą i jest w użyciu od czasów *Schelle'go*; przeniesiona z laboratoryjum do gabinetu lekarza, uproszczona przez angielskich uczonych, a następnie *Heller'a*, metoda ta dotychczas jest najbardziej używaną i klasyfikacja kamieni we wszystkich muzeach i kolekcjach na niej głównie polega. Za jej to pomocą *Marce't* niegdyś badał kolekcje wszystkich wielkich szpitali angielskich. Za jego przykładem poszli wszyscy lekarze europejscy i niektóre z badań *Bigelowa* we Francji, *Heller'a* i *Ultzmann'a* w Wiedniu, dokonane zostały wyłącznie tą metodą. Zdawałoby się, że sposób ten powinien być najprostszym i najdokładniejszym i jest takim rzeczywiście, ale tylko dla chemika, mającego zawsze na podorędziu cały aparat analityczny i uważającego kamień jedynie jako ciało złożone, które należy utłuc w moździerzu i następnie poddać próbie rozlicznych odczynników. Inaczej rzecz ta przedstawia się lekarzowi, który, jak geolog lub mineralog, oprócz ogólnego składu chemicznego, powinien w danym kamieniu rozpatrzyć całą jego budowę: umiejscowienie i skład jądra, rozkład pojedynczych warstw, ich wzajemny stosunek, przewagę jednej warstwy nad drugą — słowem, powinien wtajemniczyć się, że tak powiem, w całą architekturę kamienia, czego nie może dokazać za pomocą zwykłej analizy reaktywnej. Nie przeczę, że podobne drobnostkowe badanie w praktyce nie ma wielkiego znaczenia, a nawet niekiedy bywa zupełnie zbytecznem i może być tylko nauczającym dla przyrodnika; lekarzowi zaś praktycznemu wystarczy poznanie składu jądra i warstw zewnętrznych ku czemu sama analiza chemiczna jest dostateczną. Kierunek ten badania w rzeczonym znaczeniu jest najprostszym i dlatego otrzymał przewagę nad

wszystkimi innemi, a praktyczni lekarze używają go obecnie prawie wyłącznie. Z tem wszystkim ma on, nie mówiąc już o braku ścisłości naukowej jeden ważny niedostatek, a mianowicie zabiera wiele miejsca i czasu i, pomimo uproszczeń wprowadzonych przez H e l l e r'a, jest zanadto skomplikowanym, wskutek czego bywa dla praktycznego lekarza trudnym, a częstokroć i niedostępnym, gdyż oprócz tego, że potrzeba mieć zawsze pod ręką mnóstwo narzędzi, jako to: młódkierzy, retort, młotków, piecyków parowych i piaskowych, wiele odczynników i t. p. należy jeszcze posiadać pewną wprawę i wiele doświadczenia, słowem być chemikiem *par excellence*, a przede wszystkim trzeba mieć dużo czasu wolnego, a tego to właśnie praktycznemu lekarzowi często brakuje; jeżeli do tego dodamy jeszcze niepewność rezultatu, konieczność doświadczeń sprawdzających, częste omyłki, a będziemy mieli dostateczne wyobrażenie o niedostatkach tej metody; o cóż bowiem chodzi praktycznemu lekarzowi? — o to ażeby dowiedzieć się ściśle pewnie i prędko z czego się składa kamień lub piasek; a właśnie metoda chemiczna tych warunków nie posiada.

Drugą metodę mamy w drobnowidzowym badaniu kamieni; wspomniałem o niej pobieżnie w mojem sprawozdaniu o kazuistyce kamienistych inkrustacji błony śluzowej pęcherza moczowego, które było wydane w pierwszym zeszycie wydawnictwa: „Prace lekarzy miejskiego Odesskiego szpitala (Труды врачей одесской городской больницы. Выпускъ 1-ий). Pierwszym z uczonych, który używał tego sposobu, był Anglik V a n d y k e C a r t e r. Opisał on go dosyć niedbale i powierzchownie w książce, wydanej w 1873 roku ¹⁾; mówię niedbale, gdyż C a r t e r zupełnie niepodaje ani prawideł ani techniki, jakimi się posilkował przy przygotowaniu preparatów i przy samem badaniu — a tylko poprostu daje wizerunek tego lub owego kamienia, jak on przedstawia się pod drobnowidzem. Dla chcącego zająć się tym przedmiotem nic innego nie pozostaje, jak samopas bez przewodnika wziąć się do rzeczy i sprawdzić twierdzenie autora; żeby zaś to uskutecznić, należy za pomocą samoistnej pracy stworzyć sobie pewien system badania; tak też i ja zrobiłem, kiedy, po wyjściu dzieła C a r t e r'a, zachęcony pozorną łatwością badania, udatnością pierwszych rezultatów, pięknnością wizerunków drobnowidzowych, zająłem się mikrografiją kamieni. To co powiedziałem we wspomnionym artykule o tym sposobie badania, opierało się na moich pierwiastkowych pracach i doświadczeniach, co też wyraźnie i zaznaczyłem. Pozorna prostota badania, pewność i ścisłość rezultatu, w początku nie mogły nie być dla mnie zachętą. Obecnie też jestem przekonany, że ze wszystkich sposobów dochodzenia i badania kamieni moczowych, ten jest najpewniejszym, przynajmniej odnośnie do niektórych ich rodzajów np. do kamieni składających się z kwasu moczowego i jego soli, a także ze szczawianu wapna; wyznaję jednakże, że w moim artykule było wiele zdań, pisanych pod wpływem pierwszego wrażenia i że największą moją omyłką było zaznaczenie prostoty i łatwości tego sposobu: owszem, dalsze doświadczenie i bliższe zbadanie przedmiotu przekonało mnie, że rzecz się ma całkiem przeciwnie; należy mieć wiele cierpliwości i wprawy, należy

¹⁾ Vandyk Carter; The microscope structure and mode of formation of Urinary Calculi. London 1873.

wynajdywać najrozmaitsze sposoby techniczne, aby otrzymać pewne dane, pod względem samego badania kamieni, i pod względem należytego zrozumienia obrazu drobnowidzowego. Mamy tu mnóstwo trudności do pokonania: rozbijanie kamienia, wypolerowanie go w pewnej płaszczyźnie, zastosowanie tego lub owego odczynnika, a nawet kierunku oświetlenia przedmiotu. Przy rozmaitych sposobach rozbijania i polerowania, przy rozmaitych odczynnikach, otrzymamy rozmaite obrazy i aby je ocenić należyście, trzeba mieć dużo wprawy, nabytej pracą i wytrwałością. Takie więc mozolne badania są dostępne tylko dla tego, kto ma dużo czasu do rozporządzenia, kto posiada gabinet, obficie zaopatrzony we wszystkie narzędzia, drobnowidz o rozmaitych powiększeniach i systematach, młotki, aparaty polerunkowe, mnóstwo odczynników chemicznych i t. p., słowem wszystko co może posiadać uczony badacz, a czego brak lekarzowi praktycznemu; z tego więc powodu dla niego ta metoda, jakoteż poprzedzające, zdaje się być niemożliwą a przynajmniej trudną do zastosowania.

Pozostaje nam jeszcze 3-ci sposób badania kamieni, polegający na ich analizie mikro-chemicznej. Sposób ten, jak wyżej wzmiankowałem, wprowadzony został w użycie przez Francuzów, w początku 6-tego dziesiątka bieżącego wieku i dla praktycznych celów jest najdogodniejszym, o nim też mogę mówić dokładniej i pewniej, opierając się na własnem wieloletniem doświadczeniu. Analiza większej części kamieni, znajdujących się w mojej kolekcji, została wykonaną tym sposobem, jemu oddaję pierwszeństwo tam, gdzie chodzi nam o względy praktyczne; tu widzimy już nie pozorną ale rzeczywistą prostotę i łatwość procedury, szybki i dokładny rezultat, a nadewszystko możemy się tu obejść, co najważniejsze dla praktyka, bez tego mnóstwa narzędzi i odczynników, jakich musimy używać przy tamtych metodach. Niezbędnem jest tylko zupełne i dokładne obeznanie się z mikroskopiją pewnych części składowych moczu i wprawa w niektórych prostych rękoczynach, która się łatwo nabywa doświadczeniem. Poznawszy rozmaite kształty kryształów kwasu moczowego i jego soli, a także szczawianu wapna, kształt osadów amorfnych, węglanów i fosforanów, lekarz praktyczny jest w stanie z łatwością wykryć ich obecność za pomocą tej metody: dostatecznie jest, powtarzam, poznać zasadnicze elementa mikroskopii, nabyć wprawy w rękoczynach, umieć ich zmieniać stosownie do potrzeby, a rezultat będzie zadawalniającym. (D. c. n.)

II. PRZYPADK DRGAWEK PORODOWYCH (ECLAMPSIA) BEZ BIAŁKOMOCZU.

Spostrzeżenie **Józefa Wigury,**

lekarza wschodniego okręgu górniego w Suchedniowie.

Jedną z chorób o najmniej wyjaśnionej etyologii są niezaprzeczenie drgawki porodowe (*eclampsia*). Lekarza praktycznego, oprócz względów wyłącznie naukowej natury, etylogia choroby o tyle obchodzi, o ile prowadzi do postawienia wskazań przyczynowych, skuteczne ratowanie chorego na celu mających. W polskiej literaturze lekarskiej posiadamy bardzo mało spostrzeżeń, odnoszą-

GAZ. LEK. N. 24.

cych się do eklampsji tak mało, że gdyby ktokolwiek chciał z przypadków ogłoszonych wyciągnąć pewną statystykę, miałby materiały więcej jak niewystarczający. A przecież nie wątpię, że w polskich klinikach i domach położniczych drgawki porodowe o tyle często się spotyka, że niezbrakłoby chyba materiału dla spostrzeżeń i zebrania cyfr statystycznych celem ocenienia pewnych metod leczenia. Mając na uwadze głównie praktyczną wartość kwestyi z jednej strony, z drugiej zaś—zbogacenie statystyki jedną więcej obserwacją, postanowiłem niniejszy artykuł podać do „Gazety Lekarskiej“.

W Grudniu, 1878 roku, zostałem wezwany do Maryi K., żony robotnika górniczego, z powodu ciężkiego, powiklanego drgawkami, porodu. Przybywszy na miejsce, zastałem rodzącą, umieszczoną na podłodze, grubym pokładem słomy wysłanej. Był to środek zabezpieczający rodzącą od uszkodzeń, którym łatwo podczas napadu drgawek uleść mogła. W pierwszej zaraz chwili po wejściu do pokoju byłem świadkiem napadu, który w kilku charakterystycznych rysach skreślię: oczy przymknięte, źrenice rozszerzone, usta zaciśnięte, przez nie, przy chrapaniu, wydostaje się różowa piana, język lekko przez zęby skaleczony, twarz biała, kończyny górne i dolne wykonywują szybkie ruchy zginania i wyprostowania; palec wielki u obu rąk pokryty i przyciśnięty przez resztę palców; zupełna nieprzytomność, nieopuszczająca rodzącej i w chwilach wolnych od napadów.

A n a m n e z a. Rodząca jest córką zdrowych i żyjących rodziców. Ani ojciec ani matka na żadne choroby, z drgawkami połączone, nie chorowali. Rodząca ma jeszcze brata i siostrę zupełnie zdrowych i żadnym napadom nerwowym nieulegających; lat ma obecnie 20.

Pierwszy raz dostała regularności w 17 roku życia, bez szczególnych subiektywnych uczuć; przed rokiem wyszła za mąż; w Kwietniu już nie miała regularności, ruchy poczuła po raz pierwszy w początkach Lipca, w drugiej połowie ciąży spostrzegła lekkie obrzęknięcie nóg, doznawała przytem często „zawrotów głowy“.

Pierwsze bóle porodowe uczuła na 3 godziny przed mojem przybyciem, pierwszy napad drgawek nastąpił mniej więcej w godzinę po pierwszym bólu, odtąd rodząca jest w stanie nieprzytomnym.

S t a t u s p r a e s e n s. Brzuch, umiarkowanej objętości, mocno ku przodowi wystający, nie bolesny. Części płodu przez powłoki zewnętrzne wyczuć się nie dają. Bicie serca płodu wyraźne. Badanie wewnętrzne, w chwili bólu wykonane, wykazało, że część pochwowa macicy jest prawie zaniknięta, ujście rozwarte i przedstawia się jako otwór wielkości 3 groszy miedzianych, w którym stawia się niepęknięty pęcherz, a za nim kuliste ballotujące ciało — główka. Zwężeń i zniepodobnień w budowie miednicy nie ma.

Kończyny dolne obrzęknięte na stopach i powyżej kostek. Organa wewnętrzne żadnych zбочeń nie przedstawiają. Wypuszczona kateterem uryna n a w e t ś l a d ó w b i a ł k a n i e z a w i e r a. Obraz drgawek i wystąpienie ich przy porodzie było tak charakterystycznym, że bez wszelkiego wahania, można było rozpoznać drgawki porodowe (*eclampsia*). Najwięcej zbliżoną — padaczkę (*epilepsia*) przy rozpoznaniu różniczkowem stanowczo odrzuciłem. W rodzinie

rodzącej, choroba ta się nie zdarzała, a nadto nigdy dotąd do chwili wystąpienia pierwszych bólów żadnym drgawkowym chorobom rodząca nie ulegała. Drgawki historyczne zupełnie inny obraz przedstawiają, również więc przyjąć ich nie można było.

Przystępując do sformułowania wskazań lekarskich, przedewszystkiem zadałem sobie pytanie, co było powodem drgawek. Powszechnie przyjęte tłumaczenie zjawiska przez uremię, w danym przypadku, pomimo lekkiego obrzęku nóg, krytyki nie wytrzymało: białka w moczu nie znalazłem. Co zaś do teorii, podług której zatrucie krwi częściami składowymi moczu następuje na drodze ucisku przez ciężarną macicę na moczowody, to i takowa tutaj zastosowaną być nie mogła, gdyż rodząca przez cały czas ciąży i w chwili rozwiązania wydzielała swobodnie mocz niezmienny i w dostatecznej ilości. Wypadało tedy wystąpienie drgawek wytłumaczyć tylko szczególną skłonnością do odruchów. Zjawisko to, tak często u dzieci spostrzegane i tak łatwo nawet niezbyt groźne choroby wikłające (naprzykład drgawki przy robakach, przy napadzie zimnicy), dłaczegóż by istnieć nie mogło u kobiety? Analogiję taką stwierdza nawet ogólna wrażliwość nerwowa i że tak powiem, dziecięca wiotkość tkanek powszechnie u eklamptyczek spostrzegana. Tak zapatrując się na etjologiję danego powikłania — (przyczem bodźcem bezpośrednio odruchy drgawkowe powodującym musiały być gwałtowne bóle porodowe) — całe moje postępowanie skierowałem do tego, aby stłumić lub chociaż zubożnić ową zbyteczną skłonność do odruchów. Uciekłem się do chlorału. Usiłowanie podawania rodzącej lekarstwa przez jamę ustną powiodło się; płyn chora bezwiednie połykała. Zadałem tedy chlorał po 10 gran na dawkę (3jj na 5vj aq.). W godzinę po pierwszej łyżce dałem drugą. Przebieg eklampsji zaraz po pierwszej dawce o tyle złagodniał, że gdy, podług słów otaczających, drgawki powtarzały się poprzednio co chwila, obecnie, pomiędzy pierwszą a drugą dawką, raz tylko wystąpiły, po drugiej zaś łyżce nastąpiła jeszcze dłuższa pauza.

Rodząca wydawała tylko jęki i co chwila, zwłaszcza podczas bólu, zmieniała pozycję ciała, była wszakże nieprzytomną. Badając postęp porodu, spostrzegłem, że wargi maciczne znacznie się rozszerzają; w godzinę po mojem przybyciu otwór już był wielkości dziesięciocztówki, niedługo potem pękł pęcherz i odeszły wody; w trzy godziny zaś po mojem przybyciu urodziło się żywe i donoszone dziecko, płci męskiej. Wkrótce potem odeszło łożysko. Napadów drgawek było przy mnie trzy. Położnica po porodzie zasnęła snem spokojnym i głębokim. Ułożywszy ją z całą ostrożnością na świeżem posłaniu i pozostawiwszy zlecenie babce, aby w razie jakiej nieprawidłowości w przebiegu okresu połogowego mnie niezwłocznie zawiadomiono, odjechałem do domu. Na drugi dzień z rana znowu mnie wezwano, z powodu drgawek, którym kilka razy położnica uleż miała. Zastałem ją pogrążoną w śnie spokojnym; rozbudzona na zapytania nie odpowiadała, jednak spełniała automatycznie co od niej żądano: piła lekarstwo, wodę, posiłek, pozwalała sobie otwierać usta, dotykać języka etc. Ani w stanie ogólnym, ani miejscowo nic nieprawidłowego nie znalazłem. Stan był bezgorączkowy. Brzuch niebolesny. Odchody niecuchnące, dość obfite. Mając na względzie drgawki, którym pomimo rozwiązania położnica jeszcze ulegała, zapisałem

Kali Bromatum (3j na $\bar{\text{v}}$ j Aq.). Od tego czasu położnicy więcej w ciągu połogu nie odwiedzałem. Po dwudziestoczęterogodzinnym śnie obudziła się zupełnie przytomną, a swoim macierzyństwem, jak mi opowiadano, przyjemnie zdziwioną została. Utrzymywała, że nie zgola o tem co się podczas porodu działo nie wiedziała. Połóg przeszedł prawidłowo. Dziesiątego dnia położnica opuściła łóżko.

W Lutym r. b. (1881) znowu przez tę samą kobietę podczas jednego z mych objazdów zaczepiony zostałem. Oznajmiła mi, że jest znowu w ciąży, w drugiej połowie, że doznaje zawrotów głowy i że się obawia, aby ją tak jak „w tą porę konwulsyje nie chwyciły“. Stwierdziłem, że stopy i golenie powyżej kostek ma obrzmiałe. Zażądałem, aby mi przynoszono co pewien czas mocz ciężarnej, zawsze bo trudno oswoić się z myślą, aby eklampsyja bez białkomoczu mogła występować. A tu jeszcze kończyny były obrzękłe. W moczu jednak najściślejsze badanie białka nie wykryło. Przez dwa ostatnie miesiące ciąży zadawałem ciężarnej *Kali Bromatum* (po 20 gran na dzień z kilkudniowymi przerwami). Poród odbył się bardzo pomyślnie i bez wszelkich powikłań. Dziecię przyszło na świat żywe i zdrowe (10 Kwietnia 1881 r.).

W n i o s k i z powyższej obserwacji wyciągnę następujące:

1) *Eclampsia* niekoniecznie powstaje przy białkomoczu (fakt zresztą znany).

2) Tłumaczyć w danym razie drgawki uremiją byłoby nieracyjonalnie; jak powiedziałem, tylko przez pewną szczególną skłonnością do odruchów, analogiczną z podobnym stanem u dzieci da się wytłumaczyć wystąpienie w pewnych razach eklampsyi. Bodźcem bezpośrednim są zbyt silne bóle porodowe.

3) W takich też razach najskuteczniejszym jest niezaprzeczenie chlorał. Ma już on w położnictwie pewną utrwaloną reputację.

4) Bromek potassu może dzielnie działanie chlorału popierać, a w opisywanym przypadku niezawodnie wystąpieniu drgawek przy drugim porodzie zapobiegł. Jeżeli, zadając *Kali Bromatum* epileptykom, osiągamy dodatnie rezultaty (opóźnienie napadów, lub ich lekkość), to dlategoż mamy wątpić w skuteczność tego środka przy eklampsyi, zwłaszcza nie uremicznego pochodzenia?

III. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Podał **W. Matlakowski**.

Asystent kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 18).

VI.

Jędrnie skreślony artykuł S a v o r y' e g o, poparty wybornymi wynikami, wywołał w Anglii żywą wymianę myśli w przedmiocie leczenia ran. Jedni gorąco wystąpili w obronie nowej metody opatrywania, tak potężnie napadniętej,

inni z małemi różnicami w poglądzie zgadzali się mniej więcej z S a v o r y'm. Na zarzut tego ostatniego, że nowa metoda nie ogłosiła wcale swojej statystyki odpowiedział L i s t e r ubocznie, powierzwszy swoje notaty W a t s o n'owi C h e y n e'owi (28), który wybrał z nich wszystkie operacje, dokonane na stawach, przy zachowaniu ostrożności przeciwnilnych i ogłosił jako świadectwo (*crucial test*) niezawodności nowej metody. Podał on 20 operacyj na stawach i 8 ran przypadkowych, drażących, które wszystkie zakończyły się pomyślnie. M e s s e n g e r - B r a d l e y z M a n c h e s t e r'u (29) przyznaje, że rezultaty S. są wyborne i wnosząc z nich należałoby i „prostą metodę (*the simplest method of dressing*)“ zaliczyć do kategorii sposobów antyseptycznych; przyznaje również, że dobre wyniki otrzymać można bez spray'u i patentowanego muslinu nakarbolowanego, stanowczo jednak przeczy temu by środki przeciwnilne (*antiseptica*) były nie niewarte, by drewny były czemś „obrzydliwym“, a śmieje się z tego by doskonałość i prostota polegała na użyciu wody i kataplazmatów. Zdaniem jego L i s t e r niezbiecie dowiódł, że w rękach niedbałych nie ma obfitszych źródeł zarażenia nad wodę i kataplazmy, że wreszcie, bez względu na ostateczne zejścia nader pomyślne, należałoby zapytać, jaki był przebieg gojenia się w przypadkach S a v o r y'e'go. W podobnym duchu wystąpił W i l i a m T h o m s o n z D u b l i n a (30). Zdaniem jego, fakt, że wewnątrz ciała, bez dostępu powietrza powstają ropnie, wcale nie zmniejsza doniosłości antyseptyki ran. Coraz bardziej utwierdza się przekonanie, że zarodniki przez płuca i naczynia krwionośne przedostają się do środka organizmu i u osobników ze słabą odpornością tkanek i krwi wzniecają sprawy chorobne. Twierdzenia S a v o r y'e'go, że zakażenie następuje dopiero wtedy, kiedy rana staje się niezdrową, kiedy leniwo się goi, lub kiedy zostaje powierzchnia granulacyjna uszkodzoną, rozerwaną, nie stanowi również zarzutu, choć jest słuszne; jakaż mamy rękojmię, że dziś lub jutro rana ze zdrowej nie stanie się chorą, lub nie zostanie przypadkowo uszkodzoną; czyż wtedy nie będzie zapóźno? T h o m s o n zbija twierdzenie S., że jego metoda jest prostą. Kto używa katgutów nakarbolowanych, szwów drucianych, oliwy zawierającej $\frac{1}{50}$ fenolu, nie gardzi kwasem karbolowym, nadmagnijanem potassu, wata, i dba o zapewnienie odpływu z rany przez stosowne ułożenie, czy może swoje postępowanie nazywać prostem? W jakim celu używa S a v o r y tej hybrydnej postaci opatrunku antyseptycznego, jeśli działanie środków przeciwnilnych nie różni się od działania wody? Nic to nie znaczy, iż bez metody L i s t e r'a goją się wyborne rany po odjęciu piersi, przy operacjach na twarzy i t. p. I tu dostają się zarodki z powietrza, lecz zostają zniszczone, jak to sam L i s t e r powtarza, przez zdrowe, żywe tkanki, które sprzeciwiają się ich rozwojowi na tej samej zasadzie, na jakiej zdrowe żyjące rośliny opierają się rozwojowi w nich pleśni. T h o m s o n sam przeszedł i wypróbował rozmaite sposoby opatrywania, od czystej wody, do oliwy karbolowej i t. p. i przekonał się, iż tylko pod opatrunkiem L i s t e r'a rany goją się najszybciej, i najbezpieczniej. „Podobnie jak secyny innych chirurgów, tak i mnie powstrzymywały od spróbowania nowej metody okowy starej mojej nauki; przyjąłem tę metodę, ponieważ ona uwolniła chirurgię od trwogi i zapewniła stopień bezpieczeństwa, jakiego nie dawał nam żaden inny sposób“.

Naczelne jednak miejsce w dziejach leczenia ran należy się zjazdowi chirurgów w Londynie, w którym brały udział wszystkie współczesne znakomitości chirurgii angielskiej. Sami Anglicy (31) zowią ten meeting erą w rozwoju i rozpowszechnieniu się nowej metody opatrywania ran. Otworzył rozprawy Mc. Cormac (32) przemówieniem, które, z wyjątkiem prac Lister'a, można uważać za najważniejszy artykuł w sprawie opatrunku przeciwnilnego w Anglii (*the most important, that has yet been made in this country by anyone except by Mr. Lister himself*). Mimo całej jego doniosłości, nie widzimy potrzeby zdawać sprawę z przemówienia Mc. Cormac'a, gdyż zawiera ono w streszczeniu pogląd na teorię powstawania gnicia i zakażenia, na zadanie środków antyseptycznych, teorię, stanowiącą podstawę metody listerowskiej, którą C. opisuje w krótki a wyborny sposób. Autor ten wskazuje na powszechne użycie środków antyseptycznych, jako na dowód uznania dla metody przeciwnilnej w ogóle, której postać najściślejszą, najdoskonalszą, stanowi metoda Lister'a. C. wskazuje na ogromny i decydujący wpływ dostępu powietrza na rany, tak widoczny w jaskrawej różnicy przebiegu złamań podskórnych i otwartych. Środki antyseptyczne, podobnie jak cedzenie i ogrzewanie powietrza, niszczą ów szkodliwy wpływ na rany. Z obszernego przemówienia Mc. Cormac'a wyjmiemy tylko ustęp, dotyczący statystyki nowej metody. Zaznacza on, że głębokie przeświadczenie o skuteczności metody Listerowskiej nie tylko gruntuje się na dokładnym zestawieniu cyfr, ile na wrażeniu ogólnem z przebiegu pojedynczych przypadków. Mimo to, co się tyczy cyfr, to z 45 operacyj rozdzielania kości dłutem lub piłą, we wszystkich przebieg był jak najlepszy, gojenie jak najszybsze i najbezpieczniejsze, a staw otwarty pozostawał po operacji zupełnie ruchomym, dalej 16 przypadków złamań powikłanych zagojonych pomyślnie. Tymczasem z 52 przypadków złamań powikłanych, zestawionych przez Pitts'a, leczonych zwyczajnie zmarło 12 (4 z ropnicy, 4 z róży); ci zaś co wyzdrowieli, leczyli się 2 razy tak długo, biorąc przecięciowo, jak chorzy, leczeni ściśle antyseptycznie; do tego ropienie bywa obfite, zatoki częste, wymagające coraz to nowych kontrappertur, chorych nierzadko nawiedza róża i inne powikłania, zanim wyjdą zdrowi ze szpitala.

Co się tyczy owaryjotomii to choć śmiertelność po niej była mimo antyseptyki bardzo wysoką (z 19 przypadków † 7), lecz w żadnym przypadku śmierć nie była następstwem zatrucia krwi. Przechodząc do zarzutów, czynionych listeryzmowi, Mc. Cormac przyznaje, że metoda ta w pewnych razach zawodzi, lecz wielkie zachodzi pytanie, czy w takich razach złe zajście nie zależy od popelnionego błędu. Prawdą jest, że długie stosowanie kwasu karbolowego przeszkadza zabliznianiu się rany, lecz w tym okresie, kiedy już istnieje powierzchnia ziarninowa, można bez obawy zmienić ściśle opatrunek okluzyjny na inny, mniej drażniący. Ściśle zamknięcie rany, wbrew zdaniu Savory'ego, uważa za najważniejszy warunek, zapewniający ranie spokój zupełny, w okresie, gdy tkanki po świeżym traumatyzmie nie posiadają dostatecznej energii do zwalczania wpływu atmosfery, gotowej wzniecić rozkład i gnicie.

Najciekawsze niezawodnie było odezwanie się Spencer-Well's'a. Głos chirurga, który bez pomocy antyseptyki zdołał osiągnąć tak świetne wyniki, jak on w owaryjotomii, musi być uważany niemal za rozstrzygający. S. W. przyznaje,

że w ciągu 20 lat dokładając wszelkiej pieczy i staranności, jakiej tylko dolożyć było można, unikając wszelkich źródeł zakażenia, jakich tylko uniknąć było podobna, korzystając z wszelkich możliwych środków, jakimi wiedza sanitarna rozporządzała, udało mu się osiągnąć wyborne, a tak powszechnie znane wyniki. Mniema on, że jego doświadczenie i przykład wpłynie na wielu chirurgów, którzy ociągają się z przyjęciem nowej metody. Aby usunąć zarzut, że polepszenie jego rezultatów w ostatnich czasach po zaprowadzeniu sposobu Listerowskiego zależało od nabycia większej wprawy, dodaje, że zmniejszenie cyfry śmiertelności było wyższe, niż by z porównania wypaść było powinno. Przed wprowadzeniem metody antyseptycznej miewał seryje po 21, po 27 wyzdrowień z rzędu po owaryjotomii; po zastosowaniu tej metody miał raz seryję 34 wyzdrowień jedno po drugim. Niektórzy chcieli wytłumaczyć owo podniesienie się cyfry wyzdrowień w rękach Spence-Well's'a, po zaprowadzeniu metody antyseptycznej, powszechniejszem zastosowaniem leczenia wewnątrzotrzewnego szypuły. Na to odpowiada S. W. w liście, pisanym do „British Medical Journal“ (1880 str. 10), że w jego rękach leczenie zewnątrzotrzewne dawało daleko lepsze rezultaty, niż wewnątrzotrzewne. W ogóle, nie podobna nie zgodzić się ze S. W. że jeżeli jakakolwiek statystyka może być uważana za pewną i przekonującą, to statystyka pewnej operacji, systematycznie dokonywanej przez jednego i tego samego chirurga. Otóż z takiej statystyki owaryjotomii dochodzi on do wniosku, że metoda Listerowska jest najlepszą.

Knowsley Thornton opowiada, że nauka Lister'a o opatrywaniu ran podbiła go w zupełności. Później, uczęszczając, na operacje Spence-Well's'a przekonał się, że i ten chirurg swoim przykładem i lekcjami zrobił niesłychanie wiele dla postępu chirurgii, może więcej niż którykolwiek z żyjących chirurgów. Tu nauczył się, co to jest staranne przygotowywanie gąbek i narzędzi, świetne i szybkie operowanie, piecza o chorego. Mimo to ani na chwilę nie zachwiał się w przeświadczeniu o wartości antyseptyki. Obecnie można opatrunek zostawiać tydzień lub dłużej bez zmiany, w około szwów niema ani śladu zaczerwienienia i napięcia zapalnego. Jedno odwiedzenie chorego wystarcza dziś tam, gdzie dawniej trzeba było być 3—4 razy. Chory leży wolny od bólu i obawy opatrunku, a chirurg jest bez trwogi o los operowanego. Kiedyś, kiedy zostaną napisane dzieje chirurgii, historyk nie zapomni o Listerze, którego zasługą, że uwolnił chirurgów od tych wielkich obaw i troski.

Newman, który pierwszy wykonał owaryjotomię antyseptyczną, zaznacza, że spór o doniosłość opatrunku przeciwgnilnego nie może być rozstrzygnięty jedynie na podstawie cyfr śmiertelności i wyzdrowień. Zupełny brak gorączki, brak zaburzeń podmiotowych, skrócony czas gojenia się, są to zalety, któremi nie może pochwalić się żadne połowiczne leczenie antyseptyczne, a o których nie ma śladu w cyfrach śmiertelności. Z tem zapatrywaniem się zgadza się Lund z Manchesteru, który na mocy osobistego doświadczenia zle zejścia, zdarzające się przy zastosowaniu metody listerowskiej, tłumaczy nadzwyczajnymi trudnościami ścisłego nałożenia prawdziwego opatrunku przeciwgnilnego; nadto kładzie nacisk na to, że im wcześniej opatrunek ten zostaje zastosowany, tem pewniejszą jest jego skuteczność.

John Wood, prezes zgromadzenia, przypomina, że wnet po doświadczeniach Lemaire'a o działaniu fenolu, zaczął stosować go w chirurgii, a następnie, od czasu ogłoszenia w 1867 r. pierwszej pracy Lister'a, pilnie śledził i wypróbowywał metodę przeciwnilną. Zaznacza, że przy ocenianiu doniosłych rezultatów chirurgii angielskiej nie należy zapominać o zmianach sanitarnych w szpitalach londyńskich. Celem o ile możności zrównania warunków spostrzegania, starał się leczyć analogiczne przypadki na swoim oddziale, jedne—sposobem listerowskim, drugie — zwykłym; dalej, korzystał z operacyj jednakowych u tego samego osobnika (np. odjęcia obu sutek u tej samej kobiety, leczone na jednej stronie sposobem zwykłym, na drugiej przeciwnilnym). Otóż na podstawie swoich doświadczeń przychodzi do wniosku, że wprawdzie i bez antyseptyki ścisłej można mieć takie rezultaty jak Callender i Savori, że widział wyzdrowienie i ruchomość stawu kolanowego po jego przedrenowaniu, a mimo to wszystko przeświadczony jest o nadzwyczajnej wartości opatrunku antyseptycznego, który stosuje we wszystkich operacjach na jamie brzusznej, w herniotomijach, połączonych z wycięciem worka przepuklinowego, przy usuwaniu żylaków i t. p. Uznając atoli samą metodę, Wood nie przyjmuje teorii, na której ona się opiera. Zdaniem jego przed przyjęciem teorii pasorzytniczej, należy wytłumaczyć: 1) Dlaczego bakteryje, jeśli rzeczywiście obdarzone są taką siłą straszną w swych skutkach, nie okazują swego działania w 999 przypadkach na 1000 ran? 2) Dlaczego nieraz chory umiera z ropnicy, źródłem której jest jakiś głęboki ropień, zupełnie niełączący się z powietrzem? 3) Dlaczego bakteryje mogą istnieć w ropniach głębokich, niekommunikujących z atmosferą, nie sprowadzając zakażenia krwi? 4) Wreszcie, dlaczego rany twarzy, i jej jam, goją się tak szybko i bez powikłań, choć w jamie ustnej znajdują się massy grzybków? Przeciw zarzutowi niekonsekwencyi broni się tem, że nieraz już metoda lecznicza okazała się w skutkach wyborną, choć jej tłumaczenie i podstawa rozumowa, na której została oparta, z czasem okazały się mylne; lecz za to zgola nie rozumie tych, którzy, przyjmując samą teorię pasorzytniczą, nie uznają metody listerowskiej (przytyk do Savori'ego). „Jeśli chmury bakteryj unoszą się w powietrzu, szukając, kogoby mogły pożreć, najpewniej pobić je zdołamy tumanem spray'u przeciwnilnego“. W końcu wina wina Listerowi jego skutecznej i niezmordowanej pracy około chirurgii antyseptycznej, która zapewni mu miejsce w świątyni chwały naukowej, jego stanowiska profesorskiego, które zapewniło mu powagę, darów fortuny, która dostarczyła mu środków, i darów natury która dała mu:

„The patient thought, the steadfast will
Resolve and foresight, strength and skill“

(myśl cierpliwą, wolę stateczną, stanowczość, przezorność, siłę i biegłość), a które on złożył na ołtarzu cierpiącej ludzkości.

Nie tak zupełnie zdecydowanymi są inni chirurdzy. Marrant Baker naprzykład uważa się za zwolennika środków antyseptycznych, przyznaje, że w obecnym stanie wiedzy, byłoby zbrodnią (*criminal*) nieużywać metody listerowskiej w pewnych razach, lecz w innych wydaje mu się ona niepotrzebną. I tak, nie używa jej przy amputacjach. Z dokonanych bez jej pomocy 52 amputacyj i wyluszczeń (3 *exart. fem.*, 15 *amp. fem.*, 1 *exart. genu*, 12 *amp. cruris*, 6 *exart. cubiti*, 3 *amp. brachii*, 12 *antibr.*) jeden tylko chory zmarł od przyczyny, stojącej

w związku z operacją i to w 5-ym tygodniu po niej — prócz tego zmarło 5 chorych: 2 z szoku, spowodowanego przez traumatyzm, w kilka godzin po operacji, 3 zaś z suchot i zwyrodnienia mączkowego, w chwili kiedy już rany poamputacyjne były pogojone. Mniema on, że opatrunek Lister'a może spowodować zatrucie (jakie?), wywołać nacieczenie (jakie?) i skrywać z początku krwotok. Z drugiej strony twierdzi, że dziś nie można otwierać stawów bez ostrożności postępowania antyseptycznego ścisłego, t. j. listerowskiego.

Barwell przypomina, że ze stosunków londyńskich trudno jest wnosić o wpływie listeryzmu, lecz w szpitalach niemieckich, gdzie kilka lat temu srożyła się ropnica i róża, metoda przeciwna zrobiła przewrót. Przed wprowadzeniem u siebie opatrunku listerowskiego, po wypilowaniach kolana i kości udowej zawsze obserwował podniesienie ciepłoty po nad normę (100° Far.), teraz zdarza się to bardzo rzadko.

Bryant przyznaje Lister'owi zasługę opracowania i niez mordowanego szerzenia metody antyseptycznej; przyznaje dalej, że należy się mu prawdziwa wdzięczność za to, że dowiódł jak ważne są drobne szczegóły, na które dotychczas nie zwracano uwagi. Uznając atoli jego niezaprzeczony udział w postępie współczesnej chirurgii, mniema, że dobre wyniki otrzymać można nie tylko przy użyciu ścisłej metody Lister'a, (*spray and gauze-method*), lecz że takie same rezultaty osiągnąć można i w inny sposób, i że miano chirurgii antyseptycznej rozciągnąć należy do wszystkich sposobów, które opierają się na teorii neutralizowania skutków gnicia za pomocą środków antyseptycznych.

McNamarra zwraca uwagę na to, aby zbyt nie polegać na cyfrach statystycznych, niema bowiem dwóch przypadków zupełnie do siebie podobnych; wiek, budowa, pora roku i t. d. wpływają na zejście operacji. Takiegoż samego zdania jest znakomity chirurg angielski Tymoteusz Holmes, który powiada, że proste wyliczenia zejść po operacji kwestyi nie rozstrzyga. Przyznaje on wprawdzie, że nauka Lister'a wywarła wielki wpływ na wszystkich chirurgów, którzy wszyscy potrosze stali się antyseptykami; nie ujmuje zasług nieoszacowanych, jakie oddał Lister praktyce chirurgicznej i samym chirurgom, lecz z listu jego (33) widać, że nie należy do zwolenników nowej metody. Przede wszystkim, podobnie jak Wood, nie wierzy w teorię pasorzytniczą. Jeśliby atmosfera miała taki wpływ szkodliwy, to system otwartego leczenia powinienby dawać najgorsze rezultaty, a tak bynajmniej nie jest. Sam Holmes umyślnie jeździł do Edynburga, aby wystudjować metodę listerską; od owego czasu używa antyseptyki w tej lub innej formie, lecz nie wszędzie, a mimo to rezultaty jego nie są wcale gorsze od listerskich (t. j. przy ścisłym wykonaniu przepisów Lister'a). H. z nieporównaną logiką zbija wnioski, wyciągane z cyfr, dostarczonych przez autorów angielskich na dowód wyższości metody listerskiej nad innymi, zarzucając im nieścisłość. Owe stronne liczby „zwane niesłusznie statystycznymi danymi“ nie pozwalają robić wniosków ostatecznych. „Czego nam potrzeba — to faktów, t. j. porównania pewnej liczby przypadków, o ile można jak najpodobniejszych, uszykowanych wraz ze szczegółami. Zapewne, zejścia — t. j. śmierć lub wyzdrowienie — są między nimi najważniejsze, lecz nie rozstrzygają wątpliwości; potrzeba nam wiedzieć wiele innych rzeczy, a mianowicie: czy opatrunek listerski rzeczywiście wyklucza gorączkę traumatyczną, czy stanowczo

usuwa zawsze niebezpieczeństwo powikłań wtórnych, niedopuszcza ropienia długiego a obfitego, czy rany pod nim szybciej się goją?” H. jest przekonany o korzyściach drenowania (przeciwnieństwo z S a v o r y'm), lecz nie jest przekonany naocznie o wyższości metody Lister'a. „Wierzę, że ta ostatnia spoczywa na teorii pasorzytniczej, lecz brak na nią dowodu; nie mogę uznać, by kwestyja tak trudna i tak czysto fizycznej natury, mogła być rozstrzygnięta przez proste wyliczenie procentów śmierci“.

Niepodobna zaprzeczyć, że to, co mówi H o l m e s, o płytkości dowodów wyciąganych z chudych cyfr pseudostatystycznych, tak szeroko nadużywanych, jest arcyprawdziwem, i dla tego nie wahał się tu przytoczyć jego słowa. Przekonanie H o l m e s'a podziela we względzie statystyki J o n a t h a n H u t c h i n s o n. Zdaniem jego, cała kwestyja jest jeszcze tak zawiła i trudna, że nie można wyrzec ostatniego słowa. Pomija więc teorię pasorzytniczą i zajmuje się jedynie praktyczną wartością listeryzmu, który zowie „*spray nad gauze-plan of dressing*“. Mówi on: „nikt dziś nie wątpi o użyteczności środków antyseptycznych, lecz niektórzy wątpią jeszcze o porównawczej wartości specjalnej metody, listerowską zwanej. Oto moje wyznanie wiary w tym względzie. Wierzę, iż metoda ta jest w stanie zabezpieczyć wydzielinę ran od gnicia, co jest nadzwyczajnej doniosłości w zapobieganiu gorączce przyrannej i zatruciu krwi. Wierzę, iż nie tylko jest w stanie zapobiedz działaniu powietrza, w którym tkwią przyczyny gnicia ciał martwych, lecz że jest nawet zdolną zabić zarodki, od których zależą pewne formy zapalenia, jak róża i t. p. Nie wątpię, że środki te zapewniają pomysłny bieg gojenia, nawet w warunkach nieprzyjaznych. Widziałem obszerne ropnie, otwierane i opatrywane pod spray'em, gojące się bez ropienia w sposób całkiem niepraktykowany przy użyciu dawniejszych metod. Widziałem też wiele dużych operacyj, kończących się szczęśliwie bez ropienia i bez gorączki. Wierzę, że szczegóły opatrunku Lister'a są istotne w swoich skutkach“. Wypowiedziawszy takie wyznanie wiary, H. przebiega w krótkich słowach rozwój stopniowy i powolne doskonalenie się chirurgii i szpitali angielskich. Wspomina o zasłudze S i m p s o n'a, który zawsze kładł nacisk na zbyt wygórowaną śmiertelność w szpitalach, o ciągłych usiłowaniach w celu udoskonalenia lub zastąpienia ligatury tętnic, o zastosowaniu fenolu do opatrywania ran, o znaczeniu ścisłej statystyki S p e n c e r W e l l s'a dla zbadania rzeczywistych przyczyn śmierci po operacji i wykluczenia powodów, dających się uniknąć. Wszystkie te okoliczności jeszcze przed Lister'em przygotowały grunt do wielkiej reformy, we współczesnej chirurgii. W ten sposób rzuciwszy szeroko po za siebie oczyma H. przygotowuje drogę do odpowiedzi na pytanie: Dlaczego, jeśli metoda Lister'a jest skuteczna, ci, co jej niestosują, mają również dobre rezultaty? Dowodem są tu dane Callender'a S a v o r y'ego, B r y a n t'a, którzy okoliczność tę podnosili jako dowód bezskuteczności listeryzmu. Otóż wyjaśnić tę sprzeczność można jedynie uwzględnivszy wiele punktów. I tak wielu używało innych jakichś środków antyseptycznych. S a v o r y i C a l l e n d e r używali oleju karbolowego, B r y a n t jodyny i terpentyny, H u t h i n s o n spirytusu i wody ółowianej. 2) Przyczyniło się do takich wyników przekonanie o szkodliwości nieczystego powietrza i obawa róży, rop-

nicy i zgorzeli szpitalnej; ztąd oddziały dla odosobnienia chorych, staranne oczyszczanie gąbek, bandaży. Być może nawet, że chirurgowie, wykazujący tak niezwykle mały procent śmiertelności, pomimo zaniedbania specjalnych przepisów listeryzmu, należą do najskrupulatniejszych i najostrożniejszych w doborze przypadków operacyjnych. H. uważa, iż przy ranach, które były wystawione na wpływy zakażające, lepiej używać innych środków, zamiast metody Lister'a, która nie znosi już rozpoczętego zapalenia. Za to metoda ta jest wyborną tam, gdzie sam chirurg zadaje ranę, a zwłaszcza przy otwieraniu jam surowiczych, stawów, przy osteotomiach, wycięciach guzów, przy wszystkich otwarciach ropni i większości amputacyj.

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

82. Ceci (Prof. Dr. Antonio). O zakażeniu krwotocznem. (*Ueber die hämorrhagische Infection*).

Na klinię prof. Jacksch'a w Pradze przybyła kobieta z wysoką gorączką i majaczeniem. Cała skóra jej była usiana znaczną ilością plam, zależnych od wylewów krwi w skórę i tkankę łączną podskórną. W moczu spostrzeżono krew i białko. Chora ta umarła po trzech dniach choroby. Na trupie znaleziono: wszędzie krew płynną i ciemną, a nadto rozmaitej wielkości wylewy krwi w skórze, w tkance łącznej podskórnej, w osierdziu, w opłucnej, w otrzewnej, w mięśniu serca, także w błonie śluzowej żołądka, kiszki grubej, kiszki prostej, w miedniczkach nerkowych, dalej wylewy krwi pod torebką nerek i wątroby, jak również w samych nerkach i jajnikach. Oprócz tego zauważono przekrwienie oskrzeli i opon mózgowych. Aorta i niektóre z wymienionych wyżej organów były zabarwione haematyną krwi; śledziona duża i miękka, migdałki pokryte strupami nekrotycznymi. Świeże skrawki z krtani i otrzewnej okazywały w naczyniach włosowatych nagromadzenia mikrokokków.

Klinicznie postawiono dyagnozę: „*scarlatina haemorrhagica*“, anatomicznie zaś: „*variola haemorrhagica*.“

Gdy parę kropel krwi z żyły szyjowej i z nerek zastrzyknięto pod łącznicę królika, to tenże zdechł w dwa dni bez znacniejszych objawów gorączkowych. Na trupie znaleziono wszędzie ciemną i płynną krew, a oprócz tego wylewy krwi w całej muskulaturze, w mózgu, w płucach, w nerkach i w oponach mleczajowego.

Krew z tego pierwszego królika zastrzyknięto drugiemu, z drugiego trzeciemu, z trzeciego czwartemu, z czwartego piątemu i z tego ostatniego szóstemu. Króliki: drugi, trzeci i piąty zdechły w parę dni po zaszczeniu. Czwarty i szósty zostały zabite. U trzeciego, czwartego i piątego znaleziono rozlane wylewy krwi. Drugi zaś i szósty nie przedstawiały żadnych wylewów.

Króliki, którym zaszczeniu krew ludzką z hodowli (kultur), urządzonych na rozpuszczonym kleju, nie chorowały. Króliki zaś, którym szczepiono części z kultur na moczu, zdychały w różnym czasie: jeden po czterech dniach, drugi po dwóch dniach, inny po 27 godzinach i wszystkie okazywały na trupie liczne wylewy krwi.

I króliki, którym szczepiono części z krwi królika z hodowli na moczu także zdychały skutkiem wylewów krwi.

Dalej, gdy krew z ostatnich królików, szczepiono czterem zdrowym królikom, to i te zdechły z powodu wylewów krwi. Nadto krew z ostatniego szeregu królików zabiła znowu skutkiem krwotoków dwie żaby.

Przy dalszych przeszczepianiach na nowe szeregi zwierząt stopień zaraźliwości stopniowo malał.

Krew ludzka i królicza zagotowana traciła zaraźliwość. Toż samo pozostawały bezskutecznymi szczepienia krwi zgnilej, lub kultur, które stały za długo i t. d.

W ogóle krew ludzka i krew królików zdechłych, po zaszczeniu skutkiem wylewów krwi, dawała rezultaty dodatnie.

Kultury, których szczepienie dawało rezultaty dodatnie, okazywały mętnienie, przybierały odczyn alkaliczny i czasami wydawały zapach gnicia. We wszystkich takich hodowlach znajdowano liczne, nadzwyczaj małe organizmy kulistej lub jajowatej formy. Czasami były one wydłużone jak *bacillus*, tylko nieco krótsze i zwykle zjawo się poruszały. Takie same organizmy znajdowano we krwi i rozmaitych organach zwierząt zdechłych skutkiem krwotoków.

Opierając się na powyższych danych, jakoteż na tym fakcie, że klinicznie i anatomicznie choroby wyżej przytoczonej kobiety nie można było stanowczo podciągnąć pod żadną dobrze ustanowioną formę patologiczną, autor myśli że ma do czynienia z nową chorobą zakaźną. Nazywa ją: „*Infectio haemorrhagica*“, co po polsku możnaby oddać przez „zakażenie krwotoczne.“ Choroba ta ma powstawać skutkiem zakażenia krwi niższymi organizmami, wskazanymi wyżej. Wywoływać one mają chorobę, albo

- a) przez bezpośrednie uszkodzenie ścianek naczyń krwionośnych, albo też
- b) skutkiem wywołania we krwi pewnych zmian chemicznych.

(*Archiv f. experim. Pathologie. 1881. Bd. XIII. Hf. VI.*)

Przypisek sprawozdawcy. Pracę niniejszą, ogłoszoną dopiero w postaci doniesienia tymczasowego, streściłem obszerniej dlatego, że u nas, w pracowni anatomo-patologicznej, już od lat kilku zwrócono uwagę na formy chorobowe zupełnie analogiczne. Obserwowaliśmy mianowicie cztery podobne wypadki: dwa w 1873 roku, jeden nieco później i jeden w tych dniach, Prof. Brodowski dwa najpierwsze przypadki demonstrował na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego w dniu 2 Grudnia 1873. (Pam. Tow. Lek. Warsz. Tom LXIX 1873 r., protokół posiedzenia siedemnastego p. 100—101). Jeden z tych przypadków odnosił się do 20-letniej, drugi do 60-letniej kobiety. W jednym i drugim choroba przebiegała bardzo gwałtownie mniej więcej w przeciągu jednej doby. Przebieg był mocno gorączkowy i z zupełną nieprzytomnością. W obu tych przypadkach na trupie znaleziono: krew wszędzie płynną, niekrzepnącą; *tumor lienis acutus*; mętne nabrzmienie (trübe Schwellung) mięszu wątroby i nerek, oraz rozległe, powodujące śmierć wylewy krwi w oponach ośrodków nerwowych, w samych tych ośrodkach, w niektórych błonach śluzowych i surowicznych. Dalej zauważono ostry katar przewodu kiszkiowego, miedniczek nerkowych, moczowodów i pęcherza moczowego. Nakoniec, na błonie śluzowej miedniczek, moczowodów i pęcherza znaleziono wiele guziczkowatych wyniosłości, wielkości ziarnka prosa, które zależały od miejscowo powiększonej infiltracji błony śluzowej ciałkami limfoidalnymi przyżinnych zmianach właściwych ostremu katarowi.

Opierając się na tych zmianach, prof. Brodowski domyślał się już wówczas, że ma do czynienia z jakąś szczególną chorobą, cechującą się oznakami „ogólnego głębokiego skażenia krwi“ i innymi zmianami w śledzionie, wątrobie, nerkach i t. d., które kazały mu zaliczyć te przypadki do chorób infekcyjnych.

W parę lat później umarł skutkiem zupełnie podobnej choroby jeden ze znakomitszych obywateli naszego kraju (J. Zam). W tym przypadku jednak przebieg był nieco dłuższy i gorączka słaba. Wylewy krwawe w tym razie, jak wykazała autopsja, dokonana przez prof. Brodowskiego, przeważnie były w skórze, w tkance łącznej podskórnej, na błonach śluzowych (przedewszystkiem żołądka), na błonach surowicznych (głównie w opłucnej i osierdziu) i w mniejszym

daleko stopniu w mięśniach. Przy badaniu mikroskopowym w naczyniach włosowatych wątroby i innych organów znaleziono znaczne skupienia punkcikowatych i pałeczkowatych niższych organizmów. Punkcikowate grzybki tu i owdzie występowały w postaci *zooglea*.

Nakoniec, kilka dni temu w Szpitalu Dzieciątka Jezus umarła 35-letnia kobieta na zupełnie taką samą chorobę. Przebieg choroby trwał tu około 3 godzin.

D-r Przewoski.

83. Gaucher (Ernest). Przyczynek do anatomii patologicznej porażen dyfterytycznych. (*Note sur l'anatomie pathologique des paralysies diphtheritiques*).

G a u c h e r obserwował dwa przypadki porażen dyfterytycznych.

W pierwszym chorowało dziecko dwuletnie. *Angina diphtheritica* przeszła szczęśliwie i prędko, jednak już w dwa tygodnie po zachorowaniu pokazały się porażenia mięśni. Zaczęły się one od porażenia podniebienia miękkiego, następnie rozszerzyły się stopniowo na kończyny dolne, później górne, na koniec na mięśnie grzbietu i karku. Nie były to porażenia zupełne, tylko pareza w bardzo wysokim stopniu. Ale czucie i ruchy zwrotne zostały zachowane. Dziecko umarło nagle, w miesiąc po ukazaniu się paraliżów. Przy otwieraniu ciała znaleziono: wyniszczenie znaczne i nie wielkie zrazikowe ostre zapalenie płuc (*pneumonia lobularis acuta*) w dolnych i tylnych częściach płuca prawego. Oprócz tego, przy szczegółowym makro i mikroskopijnym badaniu nigdzie żadnych zmian nie znaleziono.

W drugim przypadku przedmiotem obserwacji było dziecko 11½-letnie. *Angina diphtheritica* przebiegała u niego ciężko. Przeszła wszakże, lecz już w 20 dni pojawiło się utrudnienie tykania. Następnie porażenia rozszerzyły się prędko na kończyny górne, dolne, dalej na mięśnie tułowia i karku. Czucie i odruchy zostały wszędzie nienaruszone. Oddechanie jednak stało się tak trudne, że dziecko umarło w 40 dniu choroby, skutkiem *asphyksyi*. Na trupie znaleziono: przekrwienie mózgu i mózdzku. Mlecz przedłużony i pacierzowy na oko wydawały się zdrowe. Pod mikroskopem wszystkie te nerwowe organy, badane starannie na całej przestrzeni, nie okazywały najmniejszych zmian. Mikroskopowo również badane nerwy obwodowe, jak *medianus*, *ischadicus*, *phrenicus* nie przedstawiały nie nie prawidłowego. Korzenie tylne nerwów rdzeniowych i ich zwoje także nie okazywały żadnych zmian. Zmiany były wyłącznie umiejscowione w korzeniach przednich nerwów rdzeniowych i to przeważnie w okolicy lędźwiowej. Nawet w tych korzeniach połowa albo 2/3 włókien, pozostały nie zmienione. Inne zaś włókna okazywały takie zmiany:

a) *Myelina* zupełnie znikła (nie były to jednak włókna nerwu sympatycznego, bo te nigdy nie bywają w tak dużej ilości).

b) W pochewce Schwann'a jądra powiększyły się co do objętości i znacznie pomnożyły co do liczby.

c) Cylinder osiowy, wszędzie widoczny, nigdzie nie przedstawiał żadnych zmian, podobnie jak i

d) *Neurilemma*.

Mięśnie ani we włóknach, ani w śródmiąszkowej tkance łącznej bynajmniej nie były zmienione. (*Journal de l'anatomie et de physiologie normales et pathologiques*, 1881. Nr. 1). D-r Przewoski.

WIADOMOŚCI MIEJSCOWE.

— W N-rze 23 „Medecyny“, w sprawozdaniu o przyznaniu nagrody konkursowej imienia Chałubińskiego, znajdujemy kilka uwag, których znaczenia, ani celu, nie rozumiemy.

Przedewszystkiem zwracamy uwagę na małą pomyłkę, że dzieł do konkursu przedstawiono nie 4, lecz 7. Dalej, zarzut — że Prezes Towarzystwa sam „zakwalifikował“ do konkursu dzieło, które zostało nagrodzone, nie będąc do tego upoważnionym przez autora i nie pytając się go, czy on sobie życzy współzawodniczyć z mniej od niego zamożnymi autorami — nie ma najzupełniej podstawy w obec szóstego paragrafu Ustawy konkursowej. Przy tem, dziwnem i wysoce niewłaściwem wydaje się nam wprowadzenie pojęcia o niezamomości autora, jako „zasadniczej myśli“, którą się mają kie-

rować sędziowie konkursu. Myśl podobna znajduje wyborne zastosowanie w ustawach Towarzystw dobroczynności, ale jeszcze nie była zastosowaną w przepisach konkursu na napisanie najlepszego dzieła, treści lekarskiej. Jeżeli więc taką była „zasadnicza myśl tych, co się najwięcej koło ustanowienia tej nagrody krzątali“, to cieszyć się należy, że została ona „spaczną“. W Ustawie zresztą powyższa myśl nigdzie nie przebija.

† D-r Mieczysław Muśnicki zmarł w Tomaszowie Lubelskim.

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE,

Zmarli:

- † H e s c h l, profesor anatomii patologicznej w Wiedniu.
- † M. P e r l s, profesor anatomii patologicznej w G i e s s e n.
- † L i t t r é, słynny pozytywista francuzki, autor kilku dzieł lekarskich, między innymi znanego słownika lekarskiego (*Littre et Robin*).

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

D-rowsi S. w Ejragole. Polecamy: Braun „Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie. 1873“. Jako najlepsze, chociaż już dawno wydane dzieło o zwichnięciach, polecić możemy: Malgaigne „Traité des fractures et des luxations. Paris 1859“, którego tom drugi wyłącznie zajmuje się zwichnięciami. Z późniejszych wymienić trzeba H. I. P a u l. „Die chirurgischen Krankheiten des Bewegungsapparaten. Lehr. 1861“, R a v o t h. „Handbuch der Fracturen, Luxationen und Bandagen. Berlin. 1870“. W ostatnich czasach H a m i l t o n w języku angielskim wyzerpująco opisał złamania i zwichnięcia, dzieło jego zostało przetłumaczone na język niemiecki. Oprócz tych dzieł, specjalnych zalecamy nowe wydanie chirurgii N é l a t o n a, „Eléments de pathologie chirurgicale“ i K ö n i g a „Lehrbuch der speciellen Chirurgie“, którego trzecie wydanie obecnie wychodzi; dział dotyczący zwichnięć w tych dwóch dziełach, a szczególnie w pierwszym, jest bardzo dobrze opisywany.

D-rowsi M. w Jenisejsku. Ostatnimi czasy bardzo zachwalanym środkiem i w powszechnem — zwłaszcza we Francyi — użyciu przeciw tasiemcowi (*taenia solium*) będącym, jest *pelletierina*-alkaloid otrzymany w r. 1879 przez T a n r e t a z kory korzenia granatu (*Cortex radices Granati*). Podają go w postaci soli siarczanej i to zwykle w mieszaniu z tanniną. Działa on w sposób podobny do kurary, a mianowicie na zakończenie nerwów ruchowych, niszcząc ich *neurilitatem*. Działanie to jednak jest tylko chwilowe, trzeba więc przedko podać środek przeczyszczający, któryby unieruchomionego solitera wydalil z kiszki, *pelletierina* bowiem jest tylko *taenicidium* a nie jest *taenifugum*. Autorowie francuzcy zalecają następujący sposób postępowania: w przeddzień podania *pelletieriny* oczyścić dolną część przewodu pokarmowego za pomocą lewatywy, pozwolić jeść rzeczy niedające stałych pozostałości (mleko). Nazajutrz rano dać naczecz gr. 5 (0,30) siarczaniu *pelletieriny* w roztworze zawierającym gr. 8 (0,50) tanniny, a najpóźniej w 3 godziny środek przeczyszczający (olej rycynowy, sól gorzka i t. d.) Zwykle w 4 godziny odechodzi soliter. Przy używaniu *pelletieriny* chorzy doznają zawrotu głowy i zaburzeń ocznych.

Obecnie w handlu ma się znajdować i *pelletierina* niemiecka, ma ona działać nie tak pewno jak francuzka.

D-rowsi F. S. w Zawichoście. Dołączony rs. 1 oddaliśmy na pomnik Mickiewicza.

OGŁOSZENIE:

Ktoby z kolegów lekarzy zechciał podjąć się zastępować lekarza powiatowego w jednym z miast gubernii Łomżyńskiej — przez ciąg 2 miesięcy (zaczynając od połowy Czerwca), za mieszkanie stół, pensję w s t a n k u do pobieranej i dochód z praktyki, zechce zgłosić się do Redakcyi naszego pisma.

Na pomnik dla Mickiewicza złożyli: D-r prof. Dogiel, z Kazania, rs. 10. — D-r prof. Hoyer rs. 5 — D-r Dunin, rs. 3. — D-r Samborski, z Zawichosta, rs. 1. D-r Połoński, z Korea, gub. Wołyńskiej rs. 3.—D-r Minkiewicz, z Tyflisu, rs. 10. Razem z poprzednio złożonemi **rs. 198.**

Do dzisiejszego numeru „Gazety Lekarskiej“ dodaje się dla wszystkich prenumeratorów. Ogłoszenie o Zakładzie leczniczym D-ra Wincentego Brodowskiego, oraz Ogłoszenie o instytucie wód mineralnych w Ogrodzie Saskim, D-ra M. Weinberga.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 29 Мая 1881 г.

Druk K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 23.