

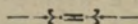
GAZETA LEKARSKA

Z POLIKLINIKI AKUSZERYJNEJ PROF. GUSSEROW'A W BERLINIE.

I. PRZYPADEK CAŁKOWITEGO PĘKNIĘCIA MACICY U PIERWIASTKI PODCZAS PORODU.

Podał

Z. Endelman.



Na poliklinice akuszeryjnej prof. GUSSEROW'a miałem sposobność obserwowania przypadku całkowitego pęknięcia macicy u pierwiastki, przedstawiającego dość dużo ciekawych i pouczających szczegółów.

Pęknięcia macicy nie należą do częstych. W klinice i poliklinice OLSHAUSEN'a, bardzo bogatej w przypadki patologiczne, na 37,000 porodów obserwowano tylko 80 pęknięć; czyli 1:462 ¹⁾. Według innych autorów, częstość pęknięć macicznych w stosunku do ogólnej liczby porodów jest daleko mniejszą: BANDL 1:1183; C. v. BRAUN 1:2383; R. v. BRAUN 1:2000; AUVARD 1:1000; LEOPOLD 1:1220; PISKAČEK 1:3306 i t. d.. Głównie ulegają tej strasznej komplikacji porodowej wielorodzące; u pierwiastek należy ona do wielkich rzadkości. Według FRITSCH'a ²⁾, na 500 pęknięć macicznych przypada tylko 62 na pierwiastki, czyli 12,4%; podług FEHLING'a ³⁾ 12,5%.

Spostrzegany przezemnie przypadek dotyczył 23-letniej służącej, Pauliny K.. Wzrost średni, silna budowa ciała. Chodzić zaczęła w końcu 1-go roku życia swego; w dzieciństwie, prócz odry, żadnych chorób nie przechodziła. Pierwsza miesiączka pojawiła się w 16-ym roku, dość obfita, bez bólu; trwała 8 dni. Po raz ostatni miesiączkowała 22-go marca 1895. Ciąża przeszła bez żadnych zaburzeń. Bóle porodowe rozpoczęły się dnia 1-go stycznia 1896 roku o godzinie 6-ej zrana. O godzinie 12½ nastąpiło pęknięcie pęcherza płodowego, o 1½ — zupełne rozwarcie ujścia macicznego. Do godziny 4-ej po południu bóle były zupełnie prawidłowe i bardzo silne; od tego czasu stopniowo słabły, aż około 5-ej zupełnie ustały.

¹⁾ ALFRED KOBLANCK. Beitrag zur Lehre von Uterusruptur. Stuttgart. 1895.

²⁾ FRITSCH. MÜLLER's Handbuch. Bd. III. S. 685.

³⁾ FEHLING. Über Uterusruptur. Str. 515.

Wieczorem o siódmej odwiedziłem rodzącą, zawezwany przez akuszerkę z powodu „niepostępowania porodu naprzód“ (*Stillstand der Geburt*), i znalazłem, co następuje:

Badanie zewnętrzne prawie niemożliwe z powodu silnego wzdęcia i bolesności brzucha. Tony serca [płodu] bardzo słabe, chwilami zupełnie znikające, słyszałem *in regione mesogastrica sinistra*. Wymiary miednicy: *distansia spinarum*—26 ctm.; *d. cristarum*—29 ctm.; *conjugata externa*—19½ ctm..

Badanie wewnętrzne: ujście—zupełnie rozwarte; przoduje główka, znajdująca się w cieśni miednicy; szew strzałkowy przechodzi w prawym ukośnym wymiarze; duże ciemię daje się wyczuć z prawej strony i z tyłu, małe — z lewej strony i z przodu.

Rodząca wogóle nieźle się czuje, skarży się tylko na bóle „wewnątrz brzucha“; nie robi wcale wrażenia ciężko chorej.

Ciepłota ciała 38,8° C.; tętno—średniego natężenia, 124 uderzeń na minutę.

Zupełny brak bólów porodowych, bolesność brzucha, częste tętno, gorączka nasuwały mi myśl o pęknięciu macicy. Natychmiast zawiadomiłem o tem telefonicznie D-ra STRASSMAN'a, asystenta polikliniki akuszerzyjnej, prosząc go zarazem o pomoc w celu jak najszybszego ukończenia porodu. D-r STRASSMANN przybył na miejsce o godzinie 8-ej. Po krótkiej naradzie zdecydowaliśmy się nałożyć kleszcze, licząc jeszcze na wydobyć żywego dziecka, tembardziej że warunki dla kleszczy bardzo pomyślnie się złożyły [zupełne rozwarcie ujścia macicznego i głębokie położenie główki].

Zachloroformowanie rodzącej dało możność przed wykonaniem operacji wyjaśnienia, *resp.* postawienia pewnego rozpoznania: bezpośrednio pod powłokami brzuszными można było z największą dokładnością wyczuć pośladki i drobne części płodu; z prawej strony znajdował się duży guz, który przyjęliśmy za macicę. Rozpoznanie: *ruptura uteri*. Wydobyć główki za pomocą kleszczy udało się łatwo; natomiast barki robiły dość znaczne trudności, dopiero wprowadzenie całej ręki do pochwy i wydobyć rączki, która pod podbródkiem się znajdowała, umożliwiły przyjście na świat dziecka. Nowonarodzony chłopiec był nieżywy. Waga jego wynosiła 4100 grm., długość—55 ctm.. Wymiary główki: największy obwód—38 ctm.; wymiar prosty—10 ctm.; wymiar poprzeczny mały—8 ctm.; poprzeczny duży—9 ctm.; ukośny mały—10 ctm.; ukośny duży—14½. Obwód barków—42½.

Łóżysko po 5 minutach odeszło. Po odejściu łożyska można było sprawdzić rozpoznanie, poprzednio postawione: w przedniej części dolnego odcinka macicznego znajdowała się ukośna szpara, przez którą palce swobodnie przechodziły do jamy brzusznej, wyczuwając jajnik, jajowód i jelita.

Przebudziwszy się ze snu, chora skarży się tylko na silne kolki przy oddechaniu. Wymiotów, ani omdlenia nie było. Tętno małe i częste [136].

Ponieważ po porodzie nie było najmniejszego krwawienia na zewnątrz, a macica była dobrze skurczona, przeto tamponacyi nie wykonaliśmy; ograniczyliśmy się jedynie na 2 strzykawkach ergotyny i bandażu uciskowym za pomocą przewiązanego nad dnem macicznym ręcznika. W obawie jednak

dalszych następstw, w celu ewentualnego wykonania laparotomii — poradziliśmy przewieźć chorą do kliniki położniczej, co też uskuteczniiono.

Bardzo ostrożne przewiezienie chorej w specjalnym, na ten cel przeznaczonym, powozie nie odbiło się ujemnie na stanie jej zdrowia; przeciwnie, czuła się nieźle; nawet tętno nieco się poprawiło.

Prof. GUSSEROW, odebrawszy sprawozdanie z przebiegu porodu, nie radził robić laparotomii, zalecił tylko lód na brzuch, *analectica*.

W ciągu pierwszych 3-ch dni okresu połogowego stan pacjentki dawał najlepsze nadzieje; ciepota ciała prawidłowa, tętno około 100. Czwartego dnia ciepota podniosła się do 38,9° C., tętno 132; położnica skarży się na bóle w prawym boku, kaszle.

Fizykalne badanie klatki piersiowej wykazuje prawostronne, wysiękowe zapalenie opłucnej. Z każdym dniem stan się pogarsza; gorączka wieczorami dochodzi do 39,2°—39,6° z rannymi zwolnieniami [do 38°]. Odchody połogowe cuchną. 11-go dnia asystent kliniki wykonał ostrożne przepłukanie macicy wodą przekroploną. 12-go dnia wystąpiło silne krwawienie z pochwy; tamponacya miejsca rozdartego, *Secale*. 13-go zrana — świeży krwotok; stary tampon wyjęto — powtórna tamponacya. Po południu tegoż dnia — wymioty, *collapsus*, *mors* [o 8-ej wieczorem].

Protokół sekcyjny: *Sanguis in abdomine. Peritonitis universalis et multiplex incapsulata purulenta. Perihepatitis, peri- et paranephritis dextra purulenta. Ruptura uteri completa. Infiltratio haemorrhagica parametrii sinistri. Endometritis placentaris thrombo-phlebitica levis diphtheritica. Pleuritis dextra diaphragmatica levis purulenta. Anaemia universalis.*

Pęknięcie, znajdujące się na przedniej powierzchni i po lewej stronie dolnego odcinka macicznego, było całkowite, t. j. z rozerwaniem otrzewnej. Brzegi rozdarcia przedstawiały się w postaci strzępków. Listek przodowy lewego więzadła szerokiego uległ także przerwaniu.

Na trupie dokładnie wymierzono *conjugatam veram*, która wynosiła 10 ctm.. [Sekcyę wykonał D-r JUERGENS, asystent prof. VIRCHOW'a].

Pozwolę sobie odnośnie do powyższego przypadku poruszyć kilka szczegółów.

Przedewszystkiem muszę zaznaczyć, że objawy, które towarzyszyły pęknięciu macicy, nie były wcale dla niego charakterystyczne. Bóle porodowe nie znikły nagle, jak to zwykle miewa miejsce, lecz stopniowo na siłę opadały. Na nagłe wystąpienie bólu brzucha rodząca też się nie skarżyła. Krwawienia macicznego w ciągu całego trwania porodu nie było. Właściwego upadku sił także nie można było skonstatować: tętno, chociaż bardzo częste, było średniego natężenia; wymiotów, ani omdlenia nie było; również silnej niedokrwistości nie widziałem.

Wszystko to nadzwyczaj utrudniało postawienie rozpoznania tembardziej, że dostęp do miejsca rozdartego był niemożliwy z powodu głębokiego położenia główki w miednicy. Uśpienie chloroformowe przed nałożeniem kleszczy, pozwalając na dokładne zbadanie zewnętrzne, znakomicie się przyczyniło

do przezwyciężenia trudności rozpoznawczych. Muszę jednak dodać, że niezawsze wyniki palpacyi można uważać za miarodajne: niekiedy, szczególnie u wielorodzących, ściany maciczne bywają tak cienkie, że otrzymujemy uczucie, jakby tuż pod powłokami brzuszniemi znajdowały się części płodu. W wątpliwych przypadkach nie pozostaje nic innego, jak po sztucznem ukończeniu porodu sprawdzić rozpoznanie za pomocą badania wewnętrznego.

Widzimy więc, że zdarzają się przypadki rozdarcia macicy, przy których rozpoznanie jest nadzwyczaj trudne. Przytoczę w tem miejscu zdanie SCHAUTA'y¹⁾, który sądzi, że takie „nietypowe pęknięcia“ bywają przez lekarzy nawet przeoczone.

Prócz rozpoznania, w obserwowanym przeze mnie przypadku zasługuje na krótką wzmiankę etyologia. Wymiary miednicy wykazały bardzo nieznaczne zżewienie [*conjugata vera* — 10 ctm.]; nie mogła więc miednica sama przez się odegrać w etyologii żadnej roli. Całą winę w tym względzie możemy śmiało złożyć na płód [długość—55 ctm.; waga 4100 grm.]. Zwykle jednak przy nienormalnej wielkości dziecka mechaniczną przeszkodę podczas porodu przedstawia główka, którą też spotykamy nad wejściem miednicy. W naszym zaś przypadku główkę przy badaniu wewnętrznem znaleźliśmy prawie w wyjściu miednicy. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że do pęknięcia przyczyniły się głównie, jeżeli nie wyłącznie, bardzo znaczne rozmiary tułowia, *resp.* barków [obwód ich wynosił 42 $\frac{1}{2}$, ctm.]. W dostępnej mi literaturze nie znalazłem ani jednego podobnego przypadku.

Na zakończenie — kilka słów o leczeniu.

Wobec każdego pęknięcia macicy ma lekarz trudne do rozwiązania pytanie: operować, czy też nie? Zdania autorów w tej kwestyi są podzielone. Jedni są zdeklarowanymi pesymistami, będąc tego zdania, że wszelkie metody lecznicze prowadzą do jednakowych złych rezultatów. Inni kopię kruszą za tamponacją *per vaginam*. Większość wreszcie proponuje tę lub inną metodę operacyjną [zeszycie rany macicznej; *operatio Porro*; *excisio uteri per laparotomiam* lub *per vaginam*]. Trudno więc w sprzecznościach się połapać.

FRICTSCH²⁾ na ostatnim kongresie ginekologów niemieckich wyraził się w tej sprawie w sposób następujący: „*Principiell entscheiden können wir die Frage Operiren oder Nichtsthun ganz sicher nicht. Wollt man aber die Frage principiell entscheiden, so würden beim principiellen Nichtsthun die Resultate gewiss besser sein als beim principiellen jedesmaligen Operiren*“.

W moim przypadku było zastosowane t. zw. leczenie wyczekujące. Że ono wogóle ma rację bytu—o tem świadczą przykłady z literatury [NEUGEBAUER³⁾, SAWICKI⁴⁾].

¹⁾ SCHAUTA. Lehrbuch der gesammten Gynäkologie. Leipzig u. Wien. 6 Lieferung. S. 468.

²⁾ Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Sechster Kongres. Leipzig. 1895. S. 363.

³⁾ NEUGEBAUER. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. Nr. 2. 1896.

⁴⁾ SAWICKI. Gazeta Lekarska. Nr. 42, 1894.

Na podstawie jednej obserwacji nie mogę wyprowadzać wniosków na korzyść tej lub innej metody leczniczej. Zwracam tylko uwagę, że w 12-ym i 13-ym dniu okresu połogowego wystąpiły silne krwotoki maciczne, które przyspieszyły śmierć kobiety. Poprzedzające je przepłukanie macicy nie mogło ich chyba wywołać, gdyż pojawiły się dopiero w 24 godziny po wykonywaniu przemycia. Prędzej objaśnić się dadzą ropnem rozmiękczeniem skrzepów, utworzonych w pękniętych naczyniach. Przy keliotomii jednak ewentualność ta byłaby stanowczo zażegnaną.

II. KILKA UWAG

O PÓŻNYM SYFILISIE NOSA.

Napisał

Władysław Wróblewski,

lekarz ambulatoryum dla chorób gardła i nosa w szp. Ewangelickim w Warszawie.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 19].

17. Aleksander D., lat 29, zgłosił się 6. XII. 1893 r. Zadawniony katar nosa od pół roku połączony jest z niezwykle obfitą, złowonną, ropną wydzieliną. Syfilis przed 5 laty. Nos u nasady wklęsły, dno jego obnażone, szorstkie; kostna i chrzęstna przegroda nosa przedziurawione; z dolnej części przedziurawienia sterczą kawałki znekrotyzowanych kości. Muszla średnia prawa cała zmartwiała. Tylna powierzchnia przegrody nosa zniszczona. Mnóstwo twardych, trudno odmywających się, złowonnych strupów w nosie i jamie noso-gardzielowej. W gardzieli po stronie prawej za łukiem tylnym wałek owrzodzony.

Niezależnie od bardzo energicznego leczenia ogólnego, prowadzonego przez kol. BIRONA, stosowałem również energiczne leczenie miejscowe, polegające na przemywaniach nosa, przypalaniach owrzodzeń kwasem chromnym, zasypywaniach jodolem i t. d.

16. XII. Usunęłem sekwestr, stanowiący prawie całą muszłę średnią, jakoteż powyjmowałem znekrotyzowane kawałki lewieszka. Owrzodzenie na dnie nosa zagojone.

20. XII. Chory zgłosił się po raz ostatni przed wyjazdem. Kości obnażonych niema. Strupy cuchnące wytwarzają się w dalszym ciągu. Owrzodzenie w gardzieli zabliznione. Zalecono prowadzenie kuracji ogólnej w domu i dwa razy dziennie przestrzykiwania nosa *Sol. kali hypermanganici* i zasypywania jodolem pół na pół z arystolem.

18. Pan Kl., lat 50, cierpi od 3 tygodni [10. I. 1894 r.] na niezwykle silny katar nosa. Badanie okazuje obrzmienie i czerwoność całej błony śluzowej nosa, przeważnie jednak obrzmienie znaczne

ciał jamistych na przegrodzie nosa po stronie prawej; chory przebywał syfilis przed 20 laty. Zaleciłem przemywanie nosa kwasem borowym, maść (*resorcini, zinci oxydati aa 0,6; cocaini 0,5; vaselini 15,0*) i jodek potasu.

Po tygodniu chory zaniechał leczenia, uważając stan swój za zupełnie dobry; powrócił dopiero 13. III. 1894 roku, z zupełnym zatkaniem nozdrza lewego, skutkiem olbrzymiego nacieczenia muszel i przegrody nosa. Nie widać tam nawet szpary żadnej. Podczas badania chciałem znieczulić kokainą pędzelkiem z waty, obfite jednak krwawienie stanęło temu na przeszkodzie.

Zaleciłem do wewnątrz jodek potasu z *protojoduretum hydrargyri* i leczenie miejscowe. Po kilku tygodniach zupełne wyleczenie. Od tego czasu widuję pana Kl. dosyć często, ostatni raz w listopadzie 1895 r.. Stan zupełnie dobry trwa.

19. Pan Zać., lat 30, od 3 miesięcy [1. III. 1894 r.] bardzo silny katar ból i obrzmienie nosa po stronie lewej. Syfilis przed 6 laty. Lewa strona nosa bardzo zwężona, obrzmieniem skóry skrzydła z nacieczeniem błony śluzowej; wydzielina ropna obfita. Po znieczuleniu kokainą nacieki nie ustępują. Obnażenia kości nie znajdują. W gardzieli rozlana czerwoność, migdały powiększone. W jamie noso-gardzielowej dużo śluzo-ropnej wydzieliny. W krtani zaczerwienienie tylnej ściany. Leczenie ogólne mieszane i miejscowe sprowadziło zupełne wyleczenie w ciągu kilku tygodni.

20. Pan Kn., lat 40, chory od kilku tygodni. [D. 27. III. 1894 r.]. Zauważyłem bardzo duże nacieczenie i ciemną czerwoność całej skóry nosa, rozległe głębokie owrzodzenie na skórnej części przegrody, przechodzące na górną wargę i brzeg skórny dolny lewego nozdrza. Wnętrze nosa, gardzieli, krtani i skóra żadnych zmian nie przedstawiają.

Chory twierdzi, że nigdy dotąd żadnych zgółta objawów syfilisu nie zauważył. Leczenie mieszane sprowadziło w ciągu kilku tygodni zupełne zabliznienie. Blizna jednak wytworzyła niejakie niepodobnienie nosa.

21. Pan Ma., lat 45, przechodził w styczniu r. b. influencę, po której pozostały bóle głowy i katar nosa, zwiększający się wciąż. Przy badaniu 8. VI. 1894 r. znajduję: nacieczenie i czerwoność muszel w nozdrzu lewym, owrzodzenie rowkowate na muszli średniej lewej, przylegającej do przegrody; owrzodzenie na dolnej części przegrody po stronie prawej. W gardzieli i t. d. zmian nie znajduję.

M. przechodził syfilis przed 13 laty. Wyjechał na leczenie do Buska.

22. Pani R., lat 24, od 6 lat zameżna, mająca dwoje zupełnie zdrowych dzieci, zgłosiła się 26. VI. 1894 r. ze skargą na katar nosa, trwający od listopada r. z.. W nosie znalazłem tylko nieznaczne spulchnienie i czerwoność błony śluzowej. Zaleciłem przestrzykiwania i maść rezorcynową.

27. IX. 1894. Widziałem ją po raz drugi; katar nosa więcej jej dokucza niż przedtem, gdyż jest więcej śluzoropnej wydzieliny, a zatkanie sprowadza niekiedy niemożność oddechania.

Przy badaniu znalazłem przewód prawy dosyć wolny, lewy zaś zupełnie zatkany obrzniętymi muszlami, tak, że po zakokainowaniu nawet nie można swobodnie przeprowadzić zgłębnika pomiędzy muszlami a przegrodą. Owrzodzeń nie znajduję. W gardzieli, oprócz zwykłego nieżyty, zmian nie widać. Przy prześwietlaniu widać różową przezroczystość obu jam szczękowych.

Z ostrożnie zadawanych pytań wywnioskowałem, że pani R. nie ma najmniejszego pojęcia o syfilisie i nigdy żadnych objawów u niej, ani u dzieci jej nie było. Nie objaśniając jej zupełnie, z czem mam do czynienia, zapisałem jodek potasu; po tygodniu znalazłem już znaczną poprawę, a po 4 tygodniach wszelkie patologiczne zmiany z nosa ustąpiły.

23. Pan Ga., lat 40, ma katar nosa od pół roku, zwłaszcza w nozdrzu prawem, skąd bywają częste krwawienia, niekiedy dosyć obfite.

Przy badaniu 4. X. 1894 r. znajduję po stronie prawej nacieczenie muszli średniej i dolnej; przylegają one ściśle do przegrody nosa; po znieczuleniu kokainą obrznięcie nie zmniejsza się; zgłębnikiem wyczuwa się obnażenie kości muszli średniej. Po stronie lewej nieżyt przewlekły. Nigdzie więcej żadnych zmian przymiotowi właściwych nie widać. Pierwotne zakażenie było przed 15 laty. Zaleciłem jodek potasu z *protoduretum hydrargyri*, przemywanie nosa i zasypywanie jodolem. W końcu października objawy ze strony nosa zupełnie ustąpiły. W początkach grudnia oddzielił się mały kawałeczek kości. Ostatni raz widziałem go w czerwcu r. b. w stanie zupełnie dobrym.

24. Pan Sz., lat 40, cierpi od kilku lat na katar nosa niezwykle uporczywy; w ostatnich tygodniach przyłączyło się do tego cuchnienie z nosa i bardzo obfita śluzo-ropna wydzielina, wychodząca w postaci dużych, zeschniętych strupów. Od dwóch tygodni chrypka i zasychanie w gardle. Kaszle od dość dawna, a przed dwoma laty poważnie chorował na płuca.

Obecnie [5. XII. 1894 r.] gorączkuje wieczorami i bierze dużo chininy i arszeniku.

Przy badaniu znajduję dużo ropnej poprzysychanej wydzieliny w górnych częściach nosa i w jamie noso-gardzielowej, zakrywającej zupełnie pole widzenia. Prześwietlanie wykazuje zupełną przezroczystość obu jam Highmore'a. Błona śluzowa tylnej ściany gardzieli sucha, lśniąca, czerwona; zresztą błona śluzowa podniebienia i jamy ust blada.

Struny głosowe zgrubiałe, perłowo-białe. Błona międzynaławkowa zgrubiała, czerwona. Na zapytanie moje, czy przebywał kiedy syfilis, dał mi stanowczą i kategoryczną odpowiedź, że nigdy go nie miał. Zaleciłem mu skrupulatne przestrzykiwania nosa po parę razy dziennie, wziewania z chlorku amonu i prosiłem o powtórne przybycie po kilku dniach.

Zgłosił się jednak dopiero 12. I. 1895 r., gdyż gorączka nie pozwoliła mu na to. Gorączka wieczorna dochodziła w ostatnich dwóch tygodniach do

39,50; jest on bardzo blady i osłabiony. Z zalecenia lekarzy przebywa po kilka godzin południowych na świeżem powietrzu. Skutkiem dużych dawek chininy skarży się na ciągły szum w uszach i głowie.

Po dokładnem wymyciu i oczyszczeniu nosa, znajduję zgłębnikiem obnażenie kości na muszli średniej lewej i rozlane nacieczenie na muszlach i przegrodzie z tej strony. Po stronie prawej wyniosłość czerwoną, dosyć twardą na przegrodzie i po środku tej wyniosłości owrzodzenie rowkowate, gdzie zgłębnik znajduje obnażenie kości. Rozpoznanie syfilisu nie ulegało już wątpliwości. Zapropnowałem naradę z lekarzem ordynującym, który znał chorego od lat kilkunastu.

Przy badaniu ogólnego stanu znaleźliśmy niezbyt oskrzeli przewlekły, obecnie obostrzony, wybitne zgęszczenie szczytu prawego płuca i niezwykle powiększoną śledzionę, która u dołu wystawała znacznie po za brzeg żeber i była zupełnie łatwo wyczuwalną. Wątroba też jest nieco powiększoną. Gruczoły nie powiększone. Od lekarza domowego dowiedziałem się, że przed 10 laty chory nasz miał jakieś owrzodzenie na członku i z tego powodu radził się kilku syfilidologów, którzy zupełnie wykluczyli zakażenie przymiotowe. Do obecnego czasu żadnych objawów nie było. Zaleciliśmy małe dawki jodku potasu. Od trzeciego dnia przyjmowania jodu gorączka zupełnie ustąpiła, śledziona zmniejszała się z dnia na dzień jakoteż i nacieczenia błony śluzowej nosa. W miarę ustępowania nacieków coraz więcej przekonywaliśmy się, jak rozległe i głębokie zmiany cierpienie to wywołało w nosie.

25. I. 1895 r.. Znalazłem obnażenie przegrody nosa po stronie lewej na przestrzeni przynajmniej złotówki srebrnej; także obnażenie odpowiadające mu po stronie prawej, lecz na znacznie mniejszej przestrzeni. Zalecono duże dawki jodu po 2,0 — 3,0 dziennie przy jednoczesnem leczeniu miejscowem za pomocą przemywań i przypalań kwasem chromnym.

1. II. 1895 r.. Podczas przemywania nosa odszedł cienki, lecz długi [1 ctm.] kawałek zmartwiałej kości, jak się okazało przy rynoskopii tylnej, był to tylny kant przegrody.

1. II. 1895 r.. Śledziona i wątroba w fizjologicznych granicach. Kaszlu prawie niema. W nosie: po stronie lewej obnażenie całej prawie kostnej przegrody nosa i muszli średniej lewej, której sekwestr jest już ruchomy, wydzielina z nosa mniej złowonna. W nocy chory sypia już z zamkniętymi ustami. Stan ogólny uległ znakomitej poprawie. W końcu lutego usunąłem znekrotyzowaną całkowicie muszlę średnią lewą. Objawy ze strony gardzieli i krtani ustąpiły.

Jodek potasu przyjmował chory z małemi przerwami do połowy kwietnia. W lecie otrzymywał leczenie mieszane w Trenczynie, poczem był w ciągu dwóch miesięcy na wsi.

Widziałem go znowu w pierwszych dniach września r. z.. Opowiada mi, że po dwudziestem wcieraniu szaruchy w Trenczynie pokazało się w moczu biało [skutkiem czego przerwano zupełnie leczenie swoiste], którego ślady

trwają do obecnego czasu. W nosie wytwarza się wciąż sporo strupów żółto-szarych i z tego powodu codziennie musi nos przestrzykiwać. Przy badaniu sekwestr przegrody okazał się tak ruchomym, że z łatwością udało mi się go usunąć w całości. Była to blaszka kostna mniej więcej podługowato-owalna długości 2—3 ctm., szerokości 1—1½ ctm.. Od tego czasu ustąpiła zupełnie nienormalna wydzielina nosa i zostały zaniechane przestrzykiwania nosa. W połowie października zaczął pan Sz. znowu gorączkować w ciągu dni dziesięciu. Wtedy, gdy chinina nie pomagała, powrócił do jodku potasu i wkrótce ustąpiła gorączka, a po dwóch tygodniach ustąpił białkomocz.

25. Pani Sa., lat 39, została do mnie skierowaną przez kol. CHELCHOWSKIEGO 21. IX. 1894 r.. Cierpi ona od lat 4 „na wciąż powiększający się rozstrój nerwowy (*status melancholicus*)“ i na utratę pamięci. Z tego powodu leczyła się w ciągu 4 sezonów w Nałęczowie. Od 1½ roku zatkanie nosa, które powiększyło się znacznie od pół roku.

Przy badaniu znalazłem: obustronne zatkanie nosa obrzniętymi muszlami i błoną śluzową przegrody mocno nacieczoną, zwłaszcza po stronie prawej. W nozdrzu prawem na przedniej powierzchni muszli średniej i na muszli dolnej, tam zwłaszcza, gdzie one przylegają do przegrody, widać grube, szare, nieco przezroczyste błony. W nosie sporo śluzę-ropnej wydzieliny. W gardzieli i krtani, z wyjątkiem znacznej bladeści błony śluzowej, innych zmian niema.

Mowa chorej wybitnie nosowa. Zaleciłem przestrzykiwania nosa i maść kokainową, prosząc o poradę z kol. CHELCHOWSKIM w celu porozumienia się co do leczenia swoistego.

Po dokładnem znieczuleniu kokainą, przyczem nacieki nie ustępują, znajdujemy zgłębnikiem obnażoną kość muszli średniej prawej. Błony, wyżej opisane, zdejmują się łatwo kleszczykami, pozostawiając powierzchnię łatwo krwawiącą. Zaleciliśmy chorej [2. X. 1894] jodek potasu, miejscowo zaś maść z *hydrarg. praecip. rubri* i przestrzykiwania nosa.

17. X. Ogólny stan lepszy, drożność nosa stopniowo powraca. Błony w nosie nieco mniej.

5. XI. Nacieczenie muszli bez porównania mniejsze; wydzieliny z nosa mało, chora oddecha lepiej, błony już zupełnie nie widać, obnażenia kości nie znajduję, lecz natomiast następują zrosty bliznowe pomiędzy muszlami a przegrodą.

21. XI. Przypalenie kwasem chromnym zrostów pomiędzy muszlą średnią a przegrodą nosa. Ponieważ reakcja po tym rękoczynnie była dosyć znaczna, usunęłem więc resztę zrostów, t. j. pomiędzy muszlą dolną a przegrodą dopiero w lutym. Drożność nosa przywrócona zupełnie. Ogólny stan bez porównania lepszy; pamięć lepsza. Lato przepędziła na wsi.

10. X. 1895. Chora zgłosiła się znowu z powodu ogólnego osłabienia i nadmiernej senności. Znalazłem ją bardzo anemiczną i zaleciłem pigułki BLANCARD'a. W nosie pozostał jeden cieniutki zrost pomiędzy dolną po-

wierzchnią mnszli dolnej prawej i przegrodę, co jej zresztą zupełnie nie przeszkadza.

9. XI. 1895. Chora czuje się znacznie silniejszą, senność ustąpiła.

[C. d. n.].

Z ODDZIAŁU D-RA SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

O SPOSOBACH ILOŚCIOWEGO OKREŚLANIA KWASU MOCZOWEGO

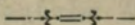
ORAZ

PRZYZYNEK DO TEORYI POWSTAWANIA KWASU MOCZOWEGO.

Podał

Teodor Drabczyk,

asystent oddziału.



[Dokończenie — Patrz Nr. 19].

SALKOWSKI, uzupełniając metodę FOKKER'a, radzi zamiast amoniaku używać nasyconego na zimno roztworu chlorku amonu.

R. POTR ¹⁾, zestawiając wyniki analiz sposobem FOKKER-SALKOWSKIEGO i SALKOWSKIEGO, podaje, że przy sposobie FOKKER-SALKOWSKIEGO strata wynosi przeciętnie 3%. Sposoby omawiane nie zyskały sobie zwolenników już chociażby dlatego, że wymagają od 2-ch do 3-ch dni czasu.

Jednym z bardzo ponętnych sposobów, zalecanych w ostatnich czasach, jest sposób HAYCRAFT'a ²⁾. Ile znam literaturę, nie przypominam sobie, żeby który ze sposobów wywołał tak gorące i wieloliczne dyskusye, jak HAYCRAFT'a, WALTER ³⁾ np., sądzi, że sposób ten jest względnie zadawalającym w celach klinicznych, naukowych zaś prac na nim stanowczo opierać nie można. Inni badacze, jak: GOSSAGE ⁴⁾, JOLIN i SALKOWSKI ⁵⁾, odmawiają temu sposobowi zupełnie znaczenia: różnica cyfr w stosunku do cyfr, otrzymanych sposobem SALKOWSKIEGO, jest rażąca, przeciętnie wynosi 64%. HOFMEISTER ⁶⁾, zestawiając cyfry, otrzymane sposobem HAYCRAFT'a, z cyframi, otrzymanymi sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO, stale znajdował w pierwszym przypadku większą ilość kwasu moczowego, mianowicie o 3 mg. na 100 ctm. sz. moczu. Zwolennicy HAYCRAFT'a twierdzą, że w mozolnym sposobie LUDWIG'a musi się zatracać pewna część kwasu moczowego, a zatem cyfry HAY-

¹⁾ PFLÜGER's Arch. 45. 389.

²⁾ Zeitschr. f. anal. Chem. 25. 165.

³⁾ Jahresber. d. Thierchem. 208. 1887.

⁴⁾ Chem. News. 57. 243. 1888.

⁵⁾ Zeitschr. f. phys. Chem. 14. 42. 1889.

⁶⁾ Zeitschr. f. anal. Chem. 30. 648.

CRAFT'a, jako większe w stosunku do cyfr LUDWIG-SALKOWSKIEGO, są pewniejsze. Uwaga ta jest słuszną o tyle, o ile określenie sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO nie zostało starannie dokonane. Nie mam pod tym względem własnego doświadczenia, bo literatura wcale mnie nie zachęcała do tego, a szczególnie po osobistem porozumieniu się z prof. M. NENCKIM odstąpiłem od zamiaru sprawdzania tego sposobu. Podaję go w streszczeniu. Do 25 ctm. sz. moczu dodaje się 1,0 grm. *natrium-hydrocarbonat* i 2—3 ctm. sz. amoniaku, powstaje osad; do odsączonego płynu dodaje się 1—3 ctm. sześć. amoniakalnego roztworu srebra, wtedy tworzy się osad kwasu moczowego, jako sól srebra; osad ów, zebrany na azbestowym filtrze, starannie przemyty, rozpuszcza się w czystym HNO_3 ; na filtrze lub i przesączu określa się srebro sposobem VOLHARD'a.

Sposób CZAPEK'a ¹⁾, oparty na tej samej zasadzie, co i HAYCRAFT'a, t. j. strącenie kwasu moczowego, jako soli srebra, które określa się VOLHARDEM. Różnica zaś polega na tem, że HAYCRAFT mianuje srebro otrzymane w osadzie, a CZAPEK pozostałe w roztworze. Sam CZAPEK stwierdza, że stale otrzymywał liczby większe w stosunku do liczb LUDWIG-SALKOWSKIEGO, ale za to mniejsze w stosunku do HAYCRAFT'a. W ostatnich czasach podano kilka sposobów, opartych na odtleniających własnościach kwasu moczowego na plyn FEHLING'a. Myśl to nie nowa, bo jeszcze w roku 1889 ARTHAND ET BUTTE ²⁾, a GAUTRELET ³⁾ w 1890 r. ją rzucili. Sposoby te jednak również nie są ściśle, ponieważ w moczu, oprócz kwasu moczowego, istnieją inne związki o odtleniających własnościach. Próby, robione przezemnie z czystym kwasem moczowym, dają wyniki zadawalające; przerabiane zaś na moczu, a sprawdzane sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO dają wyniki większe. Do tych sposobów należy sposób CLARENCY ⁴⁾ i RIEGLER'a ⁵⁾; szczególnie ten ostatni ma przyszłość ze względu na zastosowanie go w celach klinicznych. W celu zestawienia wartości podanych sposobów ilościowego określenia kwasu moczowego szedłem drogą następującą: najpierw sprawdzałem na czystym, wysuszonym i ściśle odważonym kwasie moczowym, rozpuszczonym w pewnej ściśle odmierzonej, przekroplonej ilości wody [w 600 ctm. sz.] naturalnie z dodaniem ługu [2 doświadczenia]. Dalej nieodważaną ilość kwasu moczowego rozpuściłem w odmierzonej [w 510 ctm. sz.] ilości przekroplonej wody; określiłem ilość azotu KJELDHAL'em w 10 ctm. sz. tego roztworu; z ilości azotu teoretycznie wyliczyłem ilość kwasu moczowego [3 doświadczenia]. Następnie brałem swój własny moczu. Porcye moczu, w których określałem kwas moczowy, były naturalnie jednego pochodzenia, t. j. z jednego dnia lub z jednej i tej samej nocy. Byłem wtedy zupełnie zdrow. Dyeta mieszana. Następnie brałem moczu od chorych z oddziału D-ra SOKOŁOWSKIEGO. Porcye do porównawczego określenia również były jednego pochodzenia, t. j. jeden i ten sam chory, jeden i ten sam dzień, noc lub doba. Rozbiorów moczu, jak ró-

¹⁾ Zeitschr. f. phys. Chem. 12. 502.

²⁾ Société de biologie Séance du 9 novembre. 1889.

³⁾ Pratique medical du 28 janvier. 1890.

⁴⁾ Journal de pharm. et de chemie. 3 serie. XXX. 1891.

⁵⁾ Zeitschr. f. anal. Chem. 1896, Zeszyt I.

wniez określenia kwasu moczowego w mięszu śledzony dokonywałem w pracowni szpitali Warszawskich Ę-ra L. NENCKIEGO.

Ilość kwasu moczowego rozpuszczonego w 600 ctm. sześć. wody.	Otrzymano kwas moczowy w 100 ctm. sz. płynu.					
	RIEGLER.	HEINTZE.	FOKKER.	FOKKER-SALKOWSKI.	SALKOWSKI.	LUDWIG-SALKOWSKI.
0,31436	0,0523	0,0465	0,0427	0,0490	0,0511	0,9513
0,74	0,1230	0,1166	0,1139	0,1164	0,1213	0,1214
Ilość azotu w 10 ctm. sześć. rozczyntu nieodważonego kwasu moczowego rozpuszczonego w 510 ctm. sześć.	Otrzymano kwas moczowy w 100 ctm. sześciennych płynu.					
0,00972		0,2840	0,2819	0,2843	0,2875	0,2880
0,0067		0,1940	0,1910	0,1949	0,1982	0,1980
0,0028		0,0774	5,0740	0,0793	0,0822	0,0826

Cyfry te są wyraźnym dowodem wartości podanych sposobów ilościowego określenia kwasu moczowego. Z tablicy widzimy, że sposób LUDWIG-SALKOWSKIEGO daje najmniejszy procent niewykrytego kwasu moczowego, mianowicie 1,46%, gdy tymczasem sposobem HEINTZE'ego różnica przeciętna wynosi 6,4%, FOKKER'a 7,6%, FOKKER-SALKOWSKIEGO 4,2%, SALKOWSKIEGO zaś 1,64%. Okazuje się, że sposób FOKKER'a jest mniej dokładnym, niż HEINTZE'ego. Zauważyć muszę, że przy określaniu kwasu moczowego w moczu różnice procentowe są większe, czego dowodem jest następująca tablica:

	Ilość kwasu moczowego w 100 ctm. sześciennych moczu.				
	HEINTZE.	FOKKER.	FOKKER-SALKOWSKI.	SALKOWSKI.	LUDWIG-SALKOWSKI.
	Mocz zdrowego osobnika.				
Dzienny.	0,0160 0,0284	0,0174 0,0262	0,0200 0,0288	0,0209 0,029	0,0213 0,0300
Nocny.	0,0238 0,0236	0,0267 0,0260	0,0275 0,0272	0,0297 0,0292	0,0300 0,0295
	<i>Rheumatismus acutus.</i>				
Stan gorączkowy.	0,0298	0,0337	0,0343	0,0360	0,0364
St. bezgorączkowy.	0,0250	0,0275	0,0283	0,0300	0,0302

<i>Diasthesis urica.</i>					
Ilość kwasu moczowego w 100 ctm. sześć. moczu.					
	HEINTZE.	FOKKER.	FOKKER-SALKOWSKI.	SALKOWSKI.	LUDWIG-SALKOWSKI.
	0,0440	0,0442	0,0473	0,0507	0,0510
	0,0386	0,0435	0,0447	0,0480	0,0482
<i>Pleuritis purulenta.</i>					
	0,0390	0,0418	0,0427	0,0461	0,0464
<i>Pneumonia crouposa.</i>					
3-ci dzień	0,0299	0,0294	0,0330	0,0360	0,0364
8-y dzień	0,0327	0,0350	0,0351	0,0377	0,0380
12-ty dzień	0,0346	0,0382	0,0399	0,0428	0,0430
18-ty dzień	0,0300	0,0349	0,0356	0,0384	0,0387

Zestawiając wyniki ilościowego określenia kwasu moczowego w moczu normalnym i patologicznym, również się przekonywamy o możliwej ścisłości sposobu LUDWIG-SALKOWSKIEGO, wykonywając tym sposobem ilościowe określenie kwasu moczowego, tracimy *maximum* do 2%, jak nam wykazują wyniki z czystym kwasem moczowym. Sprowadzając więc cyfry, otrzymane różnymi sposobami, do cyfr, otrzymanych sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO, widzimy, że przeciętnie różnica sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO wynosi 1% więcej, niż SALKOWSKIEGO, 6% więcej niż FOKKER-SALKOWSKIEGO, 11% więcej niż FOKKER'a i 19%, więcej niż HEINTZE'go; a więc żaden z podanych powyżej-przeze mnie sposobów nie zasługuje na zaufanie, a szczególnie w celach naukowych. Co się zaś tyczy skargi, że sposób LUDWIG-SALKOWSKIEGO jest zbyt kłopotliwym, śmiem temu zaprzeczyć, ponieważ w ciągu 12-tu godzin można dokonać trzech rozbiórów, nie zaniedbując innych obowiązków. Zarzut zaś co do straty, jaka w rzeczywistości ma miejsce, ma pewne podstawy, jest on w części skutkiem chemicznych spraw, a w części zależy od niedostatecznej wprawy, braku zręczności i cierpliwości wykonawcy w badania wogóle. Co się tyczy sposobu CLARENCY'ego, to wobec niedokładnego opisu, metody tej sprawdzić nie byłem w stanie.

O sposobie RIEGLER'a dzisiaj nic stanowczego powiedzieć nie mogę. Sprawdzany przezemnie [2 próby] na roztynie czystego kwasu moczowego daje wyniki bardzo ścisłe; z moczem [1 próba] ma się jednak inaczej: cyfry są większe, niż otrzymane sposobem LUDWIG-SALKOWSKIEGO, co zresztą jest bardzo jasnym, ponieważ w moczu oprócz kwasu moczowego są i inne ciała, posiadające własność odtleniania płynu FEHLING'a, a przedewszystkiem zasady ksantynowe. Zdaje mi się jednak, że sposób ten jest dokładnym, ale w celu określenia ciał alloksurowych.

Najnowszy pogląd co do wartości ilościowego określenia kwasu moczowego formuluje się, jak wyżej podałem, w ten sposób: ilościowe określenie kwasu moczowego posiada względną wartość, gdy tymczasem przy jednoczesnym określaniu zasad ksantynowych nabiera rzeczywistej. Zestawiwszy zatem sposób KRUEGER'a i WULLFF'a ¹⁾ ze sposobem RIEGLER'a można się przekonać o wartości tego ostatniego.

Obecnie podaję jeszcze kilka wyników ilościowego określenia kwasu moczowego w celu poparcia teorii HORBACZEWSKIEGO o powstawaniu kwasu moczowego na zasadzie klinicznych spostrzeżeń. Naturalnie używałem sposobu LUDWIG-SALKOWSKIEGO.

Ilość kwasu moczowego w 100 ctm. sz. moczu. *Pneumonia cruposa.*

1.	Chory W.	w 2-im tygodniu	.	.	.	0,0400
2.	"	K.	"	"	.	0,0382
3.	"	L.	"	"	.	0,0440
1.	"	W.	w 3-im tygodniu	.	.	0,0310
2.	"	K.	w 4-ym tygodniu	.	.	0,0210
3.	"	L.	"	"	.	0,0260

	<i>Phthisis destructiva.</i>	<i>Carcinoma ventriculi.</i>	<i>Diabetes melitus.</i>	<i>Cirrhosis hepat.</i>	<i>Ulcus ventriculi.</i>	<i>Nephritis chronica.</i>	<i>Rheumat. chron.</i>	<i>Arthritis deformans.</i>
1	0,0600	0,1020	0,3340	0,0710	0,0226	0,0100	0,0260	0,0020
2	0,0515	0,0933	0,0280	—	0,0190	0,0130	—	0,0100
3	0,0378	0,0700	0,0420 <i>Tub.+Diabet.</i>	—	0,0280	0,0090	—	—

Z wyżej podanej porównawczej tablicy, jak również i z tej ostatniej widzimy stale zwiększoną ilość wydzielającego się kwasu moczowego w pewnych przypadkach patologicznych.

W myśl teorii HORBACZEWSKIEGO wydzielanie się kwasu moczowego idzie w parze z leukocytozą i powiększa się we wszystkich tych cierpieniach, które się cechują szybkim mnożeniem i rozpadaniem leukocytów. Do takich chorób należą gorączkowe, jak np. zapalenie płuc, następnie leukemia, marskość wątroby, rak żołądka i inne. Sprawdziwszy twierdzenie HORBACZEWSKIEGO na zapaleniu płuc, raku żołądka i marskości wątroby, wybrałem analogiczne przypadki: suchoty w stanie rozpadowym, reumatyzm ostry, ropne zapalenie opłucnej i cukrzycę [z nich trzecia była powikłaniem suchot płucnych]. W samej rzeczy w przypadkach tych wszędzie znalazłem powiększoną ilość kwasu moczowego. Chorzy byli o wyglądzie wyniszczonym w różnych stopniach [z wyjątkiem reumatyka], trawieniu upośledzonym, pokarmy spożywali prawie jednakowe [z wyjątkiem dyabetyków, którzy byli na stosownej diecie, ile na to pozwalają warunki szpitalne]; gorączka nie prze-

¹⁾ Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. XX.

wyższała 39° C.. Zastanawiając się nad przyczynami wzmożonego wydzielania się kwasu moczowego, trudno je sprowadzić do stanu gorączkowego lub do pożywienia; natomiast faktem jest, że przy tych stanach patologicznych mamy albo wysięki, w których jest większa lub mniejsza ilość komórek, zawierających nukleinę albo rozpad tkanek ustroju, który powoduje rozkład elementów komórkowych, *resp.* powstawanie nukleiny. Z badań zaś HORBACZEWSKIEGO wiemy, że nukleina jąder jest macierzystą substancją kwasu moczowego i zasad ksantynowych. W przeciwstawieniu do tych przypadków wzięłem reumatyzm chroniczny, zapalenie płuc w stanie zdrowienia, wrzód żołądka i chroniczne zapalenie nerek. I w istocie w tych przypadkach ilość kwasu moczowego okazała się prawidłową lub niżej normy.

Podane przezemnie wyżej 4 przypadki zapalenia płuc, najdosadniej stwierdzają przypuszczenie HORBACZEWSKIEGO o powstawaniu kwasu moczowego z nukleiny jąder. Z rozbioru moczu okazuje się, że ilość kwasu moczowego zwiększa się w drugim tygodniu, w końcu trzeciego już jest mniejszą, a w końcu czwartego dochodzi do stanu prawidłowego. Gdyby rozbiór moczu był wykonywany codziennie i na większej ilości przypadków, mogliśmy stwierdzić według wszelkiego prawdopodobieństwa, że w miarę tworzenia się, a właściwie wessania wysięku, *resp.* zdrowienia, wytwarzanie kwasu moczowego dosięga swego *maximum* w pierwszym tygodniu po spadku, a następnie stopniowo spada do stanu prawidłowego. Naturalnie stosunkowo mała ilość badań nie pozwala mi wyprowadzić i rozwinąć kategoriicznych wniosków; w tej liczbie i formie służyć one mogą tylko jako przyczynek do stwierdzenia omawianej teorii prof. HORBACZEWSKIEGO.

Warszawa Kwiecień 1896 r..

W KWESTYI PROFILAKTYKI CHOROÓB WENERYCZNYCH.

Podał

D-r med. Antoni Elzenberg,

ordynator oddziału dla chorych wenerycznych i skórnych w szpitalu starozakonnym w Warszawie.

— 3 —
[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 19].

Widzimy więc, że już w 1851 r. była wskazana droga wykrywania syfilityków i właśnie w tych miejscach, którym i dziś przyznajemy w tym względzie wielkie znaczenie. Jeżeli zaś próba wykrywania syfilityków w zakładach fabrycznych i przemysłowych, dokonana w Warszawie w 1883 r., doprowadziła do takich rezultatów, iż należało zarzucić cały ten projekt, to dlatego tylko, iż sposób wykonania, ściąganie pewnej ilości robotnic do kancelaryi Komitetu, był niezręczny. Zdaniem naszym, już sam sposób wybierania kobiet podlegających rewizji [tylko kobiety wątpliwego prowadzenia się] był bardzo niezręcznym, gdyż oznaczał toż samo, co wyrzeczenie o kobiecie, iż jest rozpustną i syfilityczką; dalej wybór ten zależał i od właścicieli fabryk,

w których woli było chcieć lub niechcieć zaręczyć za swoje robotnice, a w końcu niefortunne było i dokonywanie badań w komitecie, co widocznie hańbą okrywało kobiety. Na mężczyzn zaś zupełnie nie zwracano uwagi, więc głównie potajemną prostytutkę miano tu na myśli, nie zwracając uwagi na szerzenie się syfilisu zewnątrzplciowe i nieprostytucyjne.

Musimy zwrócić tu uwagę, iż w walce z syfilisem należy jak najściślej odróżniać środki, mające na celu czuwanie nad prostytutką, i środki skierowane przeciw szerzeniu się syfilisu pośród ludności i wszelkimi siłami starać się ich nie łączyć. Ten warunek, o ile się zdaje, mógłby wpłynąć na to, iż społeczeństwo stopniowo przywyknie patrzeć na dążności wykrywania i leczenia syfilityków, nie jako na chęć psucia moralnej opinii danych osobistości, ale jak na zwykle środki sanitarne i może zmieni poglądy społeczeństwa na syfilis, nazywany dotychczas „brzydką chorobą“, grzechami młodości i identyfikowany z rozpustą.

Niechaj więc Komitet trapi tajną prostytutkę, niech prowadzi walkę z syfilisem, rozwijającym się na gruncie rozpusty przemysłowej, ale znów z drugiej strony nie można zapominać o innych źródłach syfilisu.

Ponieważ dla orzeczenia, co by przedsięwziąć należało przeciw szerzeniu się syfilisu, koniecznym jest posiadać pewne dane o ilości syfilityków wogóle i o ich ilości w pewnych warstwach społeczeństwa, w pewnych grupach—byłoby do życzenia, by wprowadzić w życie następującą innowację: Każdy pracujący w fabryce lub zakładzie przemysłowym, służba zakładów publicznych i domowa obowiązana mieć, oprócz zwykłych dokumentów, wymaganych dla otrzymania zajęcia, jeszcze i świadectwo, iż on, czy ona na żadną chorobę zaraźliwą nie cierpi. Konieczną jest rzeczą, aby wszystko było tak uorganizowane, by otrzymanie takiego świadectwa nie było połączone z żadnymi trudnościami, zwłaszcza pieniężnymi.

W razie przyjęcia tego projektu w zasadzie, należałoby go bliżej rozpatrzyć we wszystkich szczegółach, ustanowić pewne wyjątki, które w pierwszych zwłaszcza czasach mogłyby się okazać niezbędnymi; na szczególną uwagę zasługiwałoby tu pytanie, jak postąpić z tymi, u których się znajdują jakiegokolwiek objawy syfilisu? W razie, gdyby uznano za konieczne leczenie przymusowe takich osób, dla pomieszczenia ich należałoby urządzić oddziały przy wszystkich lub niektórych tylko szpitalach miejskich; dla leczenia zaś prostytutek, przysyłanych przez komitet musi być oddzielny zupełnie szpital.

Co do nadzoru lekarskiego nad przytułkami noclegowymi i o przebywających w nich chorych syfilitycznych i wenerycznych, D-r Troicki oznajmił, iż przytułki te nie mają stałych lekarzy, tylko niektórzy lekarze miejscy dobrowolnie je odwiedzają, lub też wezwani dla niesienia pomocy lekarskiej. Z tego też powodu przytułki noclegowe żadnych danych o liczbie chorych syfilitycznych i wenerycznych dać nie mogą. Prof. TRAUTVETTER proponuje zobowiązać lekarzy komitetu lekarsko-policyjnego, by wszystkich

nocujących w przytułkach badali. Komisya przyjęła ten projekt do wiadomości.

W kwestyi leczenia ambulatoryjnego prostytutek prof. TRAUTVETTER wyraził zdanie, iż nie jest ono wcale pożądanem, o czem komisji jeszcze swój elaborat przedstawi.

Następnie komisya wysłuchała relacji D-ra ŻERY o ruchu chorych w szpitalu Ś-go Łazarza za lata 1889—1893 r..

D-r ELZENBERG odczytał swój komunikat, który komisya postanowiła przedstawić na Zjeździe, a który przytaczamy:

* * *

Szkodliwy wpływ syfilisu i chorób wenerycznych dla społeczeństwa nie może ulegać żadnej wątpliwości—nie jest on jednak do tego stopnia zgubnym, jak starają się dowieść francuscy lekarze, którzy zmniejszanie się ludności w swym kraju syfilisowi przypisują. Zależy ono od innych zupełnie przyczyn, które tu w rachubę wchodzić nie mogą. Syfilis jest szkodliwym dla jednostek i społeczeństw, jego zły wpływ znany jest powszechnie, ale czyż jest on bardziej zgubnym, czy choroba ta jest bardziej rozpowszechnioną, aniżeli niektóre inne choroby zakaźne. Mimowoli nasuwa nam się tu porównanie syfilisu i gruźlicy. Gruźlica jest zaraźliwą zawsze dla otaczających, syfilis tylko przez lat 3—5; w ciągu tego czasu zaraźliwość syfilisu zmniejsza się stopniowo, a przy racjonalnem leczeniu znacznie jeszcze ten termin się skraca. Gruźlica prawie zawsze udziela się potomstwu i w ten sposób wytwarza cały zastęp ludzi chorowitych, inwalidów niezdolnych do pracy i będących balastem dla szpitali; syfilis już w trzecim roku od chwili zarażenia [przy leczeniu się chorego] potomstwu się najczęściej nie udziela, a syfilitycy bardzo często miewają dzieci zdrowe, które śladu nawet choroby rodziców nie zdradzają. Czyż więc w takim stanie rzeczy syfilis może wpływać na wyludnienie? Wszak syfilis od najodleglejszych czasów historycznych istniał, miewał swoje nasilenia i przycichał, nie widzimy jednak, by gdziekolwiek wpływ na zmniejszenie ludności wywarł. Pomimo to jednak jest on plagą i to plagą nieodłączną od człowieka. Jak gruźlicy, ospy i t. p. chorób ludzkość pozbyć się nie może, tak mniej jeszcze jest prawdopodobieństwa pozbycia się syfilisu, a dzisiaj przy tak ułatwionej komunikacji lądowej i morskiej, przy tak ciągłych i rozległych stosunkach narodów szansa ta coraz bardziej się zmniejsza.

Możemy więc dążyć tylko do ograniczenia tych chorób, do złagodzenia ich szkodliwego wpływu. Ale w jaki sposób?

Wiemy, iż choroby weneryczne i syfilis szerzą się najbardziej przez prostytutki kontrolowane lub potajemne, syfilis niewinnych nawet do 5% u nas nie dochodzi. Zniesienie jednak prostytucji jest niemożliwe—musi ona być tolerowaną, choćby ze względu na ogromny wpływ, jaki ma na ludność w ogóle, a na ludność miast w szczególności; wpływ ten jest powszechnie znanym, podnosić go więc tu nie będziemy. Z drugiej znów strony, jak historia wykazuje, przeciwdziałanie jej jest walką z wiatrakami, walką niepożyteczną i szkodliwą. Prostytucja jest nieuniknioną, jak nieuniknionem jest wszelkie zaspakaja-

nie naturalnych potrzeb i popędów ludzkich jest potrzebą niczem niepowstrzymaną.

Z powyższego należałoby wywnioskować, iż nadzór nad prostytutką zło w znacznej części mógłby zmniejszyć. Tymczasem tak nie jest. Drogi, jakimi dotąd postępowano, nie są doskonałymi, nie są bez zarzutu, a wpływ ich na ograniczenie syfilisu jest bardzo wątpliwy, gdyż:

1) Badania prostytutek nie mogą być dostatecznymi i odpowiednimi cełowi z powodu niedostatecznego personelu lekarskiego i pewnych wadliwych urządzeń.

2) Pobyt prostytutek zarażonych syfilisem w szpitalu nie może być dłuższym nad moment ustąpienia widocznych objawów syfilisu, a wtedy prostytutka wypisuje się ze szpitala i łatwo zarażać może w dalszym ciągu.

3) Niedostateczne mamy środki i sposoby śledzenia prostytutek potajemnych w celu legalnego ich zarejestrowania.

Nie wdając się w bliższe rozpatrywanie powyższych kwestyi, zwrócimy uwagę, iż nadzór nad prostytutką nie jest wszystkim, co w tym kierunku zrobić można. Naszem zdaniem, całą usilność w inną jeszcze stronę zwrócić należy i inne jeszcze drogi obrać dla ograniczenia szerzenia się syfilisu. Drogi te uważamy za najważniejsze, opierając się na długoletniej znajomości chorej ludności naszego kraju i zwyczajów oraz przekonań ludzi u nas w ogóle.

I. Jako pierwszy postulat stawiamy: równouprawnienie chorych w enerycznych z innymi chorymi. Jest to może jedna z najważniejszych przyczyn szerzenia się chorób wenerycznych i nieodpowiedniego a potajemnego leczenia się chorych. Jakiś wstręt, obawa tych, o których wiadomo choćby tylko, iż odwiedzają lekarza X. lub Y., znanego jako syfilidologa, a cóż dopiero gdy pewnem się staje, iż rzeczywiście są chorymi. Unikanie, nawet wyłączenie z towarzystwa jest losem weneryka. W instytucjach różnych zapatrują się nań już jak na rozpustnika, jak na człowieka złego prowadzenia, zyskuje złą opinię u swoich naczelników, a nieraz pozbawia go to posady i sposobu zarobkowania. Nic dziwnego, iż tak okropnie zagrożeni ukrywają swą niedolę, strzegą się, by nikt o tem się nie dowiedział, recepty lekarzy swoich niszczą lub inne recepty na swych lekach przyczepiają, a często nawet udają się po poradę do lekarzy, którzy leczeniem chorób wenerycznych wcale się nie zajmują, a to dla tego tylko, by uniknąć znanego specjalisty.

Ludności w ogóle nie można naturalnie zmusić do poczytywania chorych wenerycznych na równi z innymi; przyjdzie to z czasem, powoli, iż pobłażliwiej na nich patrzeć będą, skoro tylko instytucje społeczne swoje zapatrywanie się na nich zmieniają. Z góry przeniknie ten przykład. Wpłynąć by więc przede wszystkim należało na różne zakłady i instytucje, aby, że się tak wyrazimy, nie szykanowały chorych wenerycznych, ale na równi z innymi chorymi ich uważały i równie jak innym nietylko zapomogi na kurację z odpowiednich kas (*Krankenkasse*) wypłacały, ale i połowiczną przynajmniej pensję na wyżywienie chorych i utrzymywanej ich pracę rodziny.

Co jednak mówić o różnych zakładach i instytucjach, kiedy szpitale, instytucje, przeznaczone dla leczenia chorych, tych chorych, najliczniejszych nie-

mal, nie przyjmują! Jakieś przekleństwo nawet i tu ich nie opuszcza. Jest jeden szpital dla chorych wenerycznych, gdzie przeważnie prostytutki leczą, ale pobyt w tym szpitalu piętnuje na zawsze chorego. Pragnęlibyśmy więc, by to równouprawnienie chorych wenerycznych z innymi chorymi zastosowywać i w szpitalach, t. j., by chorych wenerycznych, jak i każdego innych przyjmować do szpitali ogólnych. W tym celu, jak już o tem na innem wspomniałem miejscu ¹⁾, w każdym szpitalu ogólnym należałoby urządzić samodzielny oddział dla chorych wenerycznych i skórnych, jak istnieją oddziały dla chorych chirurgicznych, wewnętrznych i t. p., Wypełnienie tego dezyderatu ułatwi i umożliwi leczenie się chorych w szpitalach, a tem samem wypełni część następnego punktu.

II. Ułatwienie i uprzystępnienie chorym leczenia się bezpłatnego. Jak przy każdym szpitalu istnieją ambulatorya bezpłatne dla chorych wewnętrznych, chirurgicznych i innych, tak powinny być także ambulatorya i dla chorych wenerycznych, prowadzone codziennie, nawet w niedziele i święta, w godzinach południowych, między 12 i 2. W ambulatoryach takich, chorzy, oprócz bezpłatnej porady, powinny otrzymywać darmo wszystkie przepisane im lekarstwa z apteki szpitalnej, ewentualnie na rachunek ambulatoryum. Jednocześnie lekarz ambulatoryjny kwalifikowałby do oddziału pragnących leczenia szpitalnego, a ciężko chorych lub groźnych dla swego otoczenia, ze względu na liczne objawy zaraźliwe, łagodną i rozumną namową skłaniałby do zapisania się na oddział.

W ten sposób przez leczenie systematyczne i energiczne skrócić można trwanie objawów, usunąć wcześniej ich zaraźliwość, a przez wpływ i objaśnienia lekarzy chorzy, odpowiednio się zachowując, unikają zarażenia innych. Oto najważniejsze i najskuteczniejsze zadanie profilaktyki.

III. Szerzenie popularnej wiedzy o chorobach wenerycznych, ich zaraźliwości, przenoszenia się syfilisu na potomstwo, miałyby nie mały wpływ na ograniczenie się syfilisu. Wiedziałyby niemal każdy zainteresowany, jakie są ważniejsze objawy, po których syfilityczki poznać można w wielu razach, a przez to uniknąłby niejeden zarażenia się. Myślimy tu o broszurach popularnych w rodzaju LANGLEBERT'a broszury „*Lettres à Emil*“, lub jej podobnych, tylko zwięźle opracowane i w taniem wydaniu, aby je można było rozdawać darmo lub za bardzo niską opłatą.

Ten projekt nie jest tak iluzorycznym, jakby się napozór zdawało; wprowadzenie go w życie przyniosłoby niewątpliwy pożytek. Że objaśnimy to na przykładzie: białe plamy na ciemniejszym tle na szyi kobiety (*leucoderma*), oznaka niedawno minionej wysypki bardzo wczesnego okresu i prawdopodobieństwo istnienia jeszcze objawów w danej chwili, ustrzegłyby od spółkowania z podobną kobietą; toż samo i chrypka, choćby nawet była objawem niewinnym, obrznięcie gruczoły pachwinowe u kobiety mogą wpłynąć na zapalenie, iż nawet w ostatniej chwili okiełzna swe zapędy.

¹⁾ Zapobieganie szerzeniu się syfilisu. Gaz. Lek. 1891. Nr. 41, 42, 44, 46, 47 i 48.

Jednocześnie w broszurach takich byłyby pomieszczane i wskazówki, jak się obserwować, jak się zachować i jak w danym razie postąpić należy. Wpłynęłoby to niewątpliwie i na wczesne szukanie porady u lekarzy ambulatoryjnych, a tembardziej na wczesne zapobieżenie złemu, o ile to możliwe, lub skrócenie trwania objawu zaraźliwego.

IV. Przygotowanie licznego w tym celu personelu lekarskiego, dobrze z przedmiotem obznajmionego. Naturalnie, iż byłoby do życzenia, aby przynajmniej 3 lekarzy specjalistów było w każdym szpitalu: ordynator, asystent i lekarz ambulatoryum i aby w mianowaniu tych lekarzy tylko konkurs decydował. Nie dosyć jeszcze na tem. Pomnąc, iż przynajmniej $\frac{1}{3}$ chorych chronicznych jest dotkniętą syfilisem, należałoby od studujących medycynę takiej wymagać znajomości syfilidologii i dermatologii, jakiej się wymaga znajomości chirurgii lub medycyny wewnętrznej. Mojem zdaniem, może lekarz nie umieć robić operacji katarakty, irydektomii, rezekcyi żołądka lub pęcherzyka żółciowego i t. p., gdyż takie operacje robić tylko może wprawny i doświadczony chirurg, ale syfilidologię powinien każdy znać; gdyż cho- przez ręce każdego lekarza przechodzi i przechodzić musi bardzo znaczna liczba rnych syfilitycznych.

*

*

*

Powyższych kilka punktów, pobieżnie traktowanych, maluje dosyć dobitnie nasze zapatrywanie na sposoby zapobiegania syfilisowi i chorobom wenerycznym. Sposoby te są zgodne z duchem czasu, uszanowaniem praw jednostki, a wreszcie wynikają i z dojrzałego zrozumienia praw natury, która, chcąc zapewnić ciągłą regeneracyę istot żyjących, obdarzyła je w pewnym okresie życia niezem niepowściągniętymi popędami płciowymi, a które są takąż samą konieczną czynnością ustroju, jak i każda inna. Przypadkowo zaś nabyte tą drogą cierpienie nie powinno jeszcze rzucać a na temy na niefortunnego.

Pozornie zdawałoby się, iż naszą profilaktyką stajemy w sprzeczności z dzisiejszemi pojęciami o chorobach infekcyjnych, o zarazku, o sposobach zapobiegania tym zakażeniom. Bynajmniej tak nie jest. Mamy dobrze w pamięci wszystkie zdobycze dzisiejszych nauk lekarskich; musimy jednak odróżniać różne choroby zakaźne, a więc różne sposoby ich szerzenia się, przebiegu, znaczenia dla społeczeństwa, a nie myślimy bynajmniej, by można było zdobyte zapobiegawcze środki dla jednej choroby zakaźnej stosować *in crudo* dla drugiej. Przy syfilisie okazałyby się np. zupełnie bezużytecznymi te środki zapobiegawcze, jakie stosujemy podczas epidemii ospy, cholery i t. p. Z szerzeniem się bowiem zarazka syfilisu i chorób wenerycznych rzecz się ma zupełnie inaczej, aniżeli z zarazkami innych chorób: jest to zarazek, którego się w znakomitej większości przypadków szuka, a przez niedbałe, lekkomyślne zachowywanie się dotkniętego tą zarazą choroba może się udzielić i komuś z otoczenia; dalej—choroba ta jest niezmiernie chroniczna, a zaraźliwość jej średnio do 3—4 lat trwać może. Gdzie więc tu skierować środki zapobiegawcze? Tylko ułatwienie leczenia się, tylko obznajmienie ludności ze znaczeniem, przebiegiem, głównymi objawami choroby, ułatwienie czystego

trzymania się można uznać za prawdziwą w tej chorobie profilaktykę, a jedynie tylko taka, w naszym przekonaniu, powodzeniem uwieńczoną być może.

Jeżeliby przypuścić jakąkolwiek inną profilaktykę, to chyba, coś nieprawdopodobnego, nie liczącego z duchem czasu, godnością ludzką, a może i szerzącego na wielką skalę cynizm i demoralizację—jednym słowem, rozpowszechnienie badań lekarskich na bardzo znaczną liczbę ludności. Wiadomo nam dobrze, iż z łona komisji podobny projekt nie wyszedł; jednakże w tym duchu dały się słyszeć rzadkie głosy między publicznością, a nawet i pojedyncze głosy lekarzy, dla tego też o tem wspomnieliśmy.

Niektórym filistrom dla zapewnienia spokojnego trawienia i drzemki poobiednej trzeba tej pewności, iż ktoś za nich i o nich ciągle myśli, i że im, ani ich rodzinie nie grozi obawa choćby syfilisu. Radziby więc, by dla zapewnienia im tego spokoju niepokoić choćby dziesiątki tysięcy ludzi, a w ruch wprawić ogromną i kosztowną maszynę administracyjno-lekarską, potężnie powiększoną dla ich widzimisię. Chcieliby oni, by służbę naprzykład hotelową, bawaryi, kawiarni, restauracyi, służbę domową, robotników i robotnic, szwaczki i t. p. pozbawić tych praw, na pozbawienie których oni sami nigdyby się nie zgodzili, pozbawić w pewnym kierunku praw wolności osobistej, w najsubtelniejszych i najskrytszych jej życiowych szczegółach. W ten sposób pragnęliby wykrywać chorych i zmuszać ich drogą administracyjną do leczenia się szpitalnego! Dążności to błędne i niemożliwe do urzeczywistnienia, a skutek by wywołały wprost przeciwny zamierzonemu celowi. Przedewszystkiem nie sposób wyjąć z pod praw tak olbrzymiej ilości ludzi bez dostatecznego powodu i oddać ją w ręce niższej służby administracyjnej; powtórę, stokrotne powiększenie służby lekarskiej jeszczeby nie podołało temu bezpożytecznemu badaniu, gdyby ono miało być loicznie i konsekwentnie przeprowadzane. Dalej, wytwarzałyby to w ludziach, zwłaszcza kobietach, często dziewczicach niewinnych, cynizm, utratę wstydlivości niewieściej, demoralizowałyby je i stanowczo popychałyby na tak złą drogę, o jakiej nigdy nawet nie pomyślały. Dodać do tego jeszcze należy dużą stratę czasu przez badanych, wzbudzanie podejrzeń w chlebodawcach, a więc zmniejszenie lub zupełną stratę szczupłego zarobku, a nawet mogłoby przyjść i do zmniejszenia liczby pracujących w fabrykach i t. d., i szukanie sobie przez robotników mniej krępującego zajęcia. Koroną tego wszystkiego musiałoby być ukrywanie swej choroby wszelkimi możliwymi sposobami i środkami, pokątne i złe leczenie się, by uniknąć tylko leczenia przymusowego i to w zakładzie, złą w danej miejscowości mającym reputację.

Tu tylko główne zarysy staraliśmy się nakreślić; łatwo sobie każdy z tą sprawą obznajmiony rozwinać je może, a jeszcze smutniejszy horoskop takim projektem wywróży.

Musimy więc przyjść do wniosku, iż najlepiej i najpożyteczniej jest pozostawić zupełną swobodę chorym wenerycznym i dać im możliwość leczenia się łatwego i bezpłatnego, a dbałość każdego o swe życie i zdrowie skłaniać go będzie do rozsądnego zachowywania się i leczenia. W ten tylko sposób zadość czynić można profilaktyce publicznej.

To, cośmy powyż przytoczyli, nie obejmuje kobiet publicznych, które spółkują, o ile się nadarzy, gotowe do tego każdej chwili, nawet gdy są chore, które spółkują z każdym, z pierwszym lepszym, nie znając go i widząc po raz pierwszy, spółkują dla zarobku, uważając to za swój jedyny sposób do życia. Takie osobistości już są groźne dla społeczeństwa, chociaż konieczne i przez warunki społeczne i samą naturę ludzką wytworzone; tolerować je należy, ale zarazem należy je mieć bacznie na oku. Te, jakieśmy to już na początku wzmiankowali, jak najściślej kontroli poddać należy. Tylko, trzymając się ściśle określenia, jaką kobietę za prostytutkę poczytywać należy, zauważylibyśmy, iż nazwanie kobiety prostytutką, pozbawienie jej przez to pewnych praw, innym przysługujących, i oddanie w ręce komitetu lekarsko-policyjnego, tylko przez specjalny sąd, na wniosek prokuratora lub jego towarzysza może mieć miejsce, dając jednak podsądnej możność tłumaczenia się z zebranych podejrzeń lub zarzutów. W ten sposób tylko unika się szkalowań, zemsty osobistej, jakieby w innym razie mieć mogły miejsce.

* * *

W końcu posiedzenia prof. TRAUTVETTER, mówiąc znów o rekomendadyi mamek, zwrócił uwagę Komisji na konieczność ścisłego nadzoru nad stanem zdrowia mamek i niedopuszczaniem ich zetknięcia z ludźmi zdrowymi, oraz o konieczności dawania i mamkom gwarancyi, [iż się nie zarażą od dziecka, które karmią. Komisya postanowiła kwestyę tą poruszyć na zjeździe.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— * — * —

34. Winternitz. Hydroterapia suchot płucnych.

W terapii lekarzowi nie wolno być specjalistą, t. j. ograniczać się na jakieś jednej ulubionej przez siebie metodzie; gdy idzie o dobro chorego, lekarz powinien być obeznany z tem wszystkim, co może być dla chorego pożytecznem. Zalecając suchotnikom np. hydroterapię, nie należy zapominać o wszystkich środkach dyetetycznych, higienicznych, niekiedy farmaceutycznych.

Co się tyczy suchot płucnych, przedewszystkiem należy jasno zdawać sobie sprawę z tego, że jest to choroba u l e c z a l n a. Z protokółów sekeyjnych dowiadujemy się, że u połowy ludzi zmarłych na inne choroby znajdujemy ślady suchot płucnych i wyleczenie z tychże w postaci blizn, stwardnień, zwapniałych jam i t. d.. Autor dzieli się z czytelnikami owocem swojego długoletniego doświadczenia na polu leczenia suchot płucnych hydroterapią.

Leczenie zapobiegawcze nie potrzebuje żadnej obrony, gdyż wszyscy wiedzą o tem, że o b o k i n n y c h w a r u n k ó w, hydroterapia dzielnie wpływa na odżywianie i uodpornienie organizmu, zwłaszcza przeciwko skłonności do zaziębień.

W przypadkach poczynającej się gruźlicy dobrze i systematycznie przeprowadzona metoda leczenia zimną wodą daje najlepsze wyniki.

Najtrudniej jest pogodzić się lekarzom z hydroterapią w już rozwiniętych, a nawet daleko posuniętych suchotach płucnych, a jednak autor od hydroterapii widział w takich razach dużo lepsze i prędsze wyniki, niż od wszelkich innych metod leczniczych.

Przechodząc do metody leczenia, autor stawia za przykład mało znane spostrzeżenia szwedzkiego lekarza ERNESTA ABERG'a, ogłoszone jeszcze w r. 1890.

Człowiek ten, zupełnie nieobeznany z literaturą, na sobie samym wypróbował zbawienne skutki leczenia zimną wodą, a stosując tę metodę u swoich chorych przez lat 22, uważa ją za *panaceum* przeciwko wszelkim chorobom. Pominąwszy pewną jednostronność, właściwą samoukom i entuzyastom, praca ABERG'a robi wrażenie głębokiego i niewzruszonego przekonania. Metoda jego ma to do siebie dobrego, że jest arcy-prostą i dostępną dla każdego. ABERG różni 3 stopnie zabiegów wodoleczniczych w suchotach płucnych: 1) obmywanie (*Waschung*) karku, grzbietu, twarzy i piersi gąbką z następczem wytarciem z początku tylko rano, potem i wieczorem; po wysuszeniu chodzić lub iść do łóżka. 2) Oblewanie (*Begiessung*) tych samych części; zachowanie się i stopniowanie, jak wyżej. 3) Kąpiel całkowita (*Vollbad*), polegająca na całkowitem zanurzeniu się na chwilę, wraz z głową z następczem dokładnem wytarciem. Do obmycia i obłania używa ABERG wody ciepłoty 0°, do kąpeli całkowitej 7°; najwyżej 18°. Ta ostatnia okoliczność stanowi oryginalność jego metody. WINTERNITZ na mocy własnego doświadczenia zapewnia, iż obawa nieznoszenia tak niskich temperatur jest tylko teoretyczną. „Zróbcie suchotnikowi, wycieńczonemu gorączką i potami, obmycie lub obłanie wodą raz ciepłoty 0°, drugi raz 16°, nie mówiąc mu, jaką była użyta temperatura, z pewnością odpowie wam, że ta pierwsza była, jeżeli już nie przyjemniejszą, to przynajmniej lepiej na niego działającą“.

To działanie, które otrzymuje ABERG przy bardzo niskiej ciepłocie, WINTERNITZ otrzymywał przy nieco wyższej, stosując jednocześnie silniejsze bodźce mechaniczne. Zamiast 0°-stopniowych, częściowych obmywań, WINTERNITZ używa 7°—8° stopniowych częściowych obmywań całego ciała, z następczem silnem wytarciem. Zamiast oblewań W. używa 7°—8° prześcieradeł. Zamiast całkowitej kąpeli—zimnych natrysków (*Regendouchen*), albo zanurzeń (*Tauchbäder*) na 12°—14°. Obok tego W. stosuje t. zw. krzyżówki (*Kreuzbinden*) na klatkę piersiową.

Działanie tych zabiegów, na pozór tylko heroicznym, w gruncie rzeczy możliwym do stopniowania i łatwym, a nawet z pewnym entuzjazmem przez chorych znoszonym, polega na prędkim polepszeniu wszystkich objawów choroby w przypadkach nawet daleko posuniętych i uważanych za stracone.

(*Deut. Med. Woch.* № 16. 1896).

A. Puławski.

36. Gumprecht. Opukiwanie serca przy pochyleniu tułowia naprzód.

Opukiwanie serca nie jest łatwym. Napotyka się tu trudności tak przy oznaczaniu t. zw. tępości bezwzględnej, jak i względnej.

Co do pierwszego. W tępości bezwzględnej wprawne ucho potrafi odróżnić kilka odcieni odgłosu i dla tego na granicę tępości trudno się nieraz

zdecydować [J. MEYER, KOBETT, DRESCHER, EDLEFSEN]. Dalej przeszkadzać tu może występowanie w okolicy serca odgłosu bębennego, co przede wszystkim ma miejsce u dzieci i osobników dorosłych wątlej budowy [MATTERSTÖCK, LAACHE]. Wreszcie rozedma płucna tak zmienić może przestrzeń tępości serca, że o istotnych wymiarach serca żadnego pojęcia mieć stąd nie można.

Co do drugiego. Wobec wymienionych trudności wielu [BAMBERGER, GERHARDT, GUTTMANN] uważa za niezbędne określanie tępości względnej. Co do granic wszakże tej ostatniej, dotąd niema zgody. I tak np. kiedy jedni [FRIEDREICH, WEIL] za prawą granicę względnej tępości serca mają lewy brzeg mostka, to inni [SAHLI] — prawy; według jednych [STRUEMPEL] przebiegać ma ona ukośnie przez mostek, według innych [v. DUSCH, EWALD, SEITZ] znajduje się na prawo od mostka. Okazuje się z powyższego, jak poważną rolę przy tem badaniu odgrywa subiektywizm.

Idąc za przykładem K. DRESCHER'a [1869 r.], który u osobników zdrowych określał zmiany, zachodzące w tępości serca przy pochyleniu tułowia naprzód, autor przeprowadził szereg badań nad rozmiarami tępości serca we wzmiarkowanej pozycji tak u zdrowych, jak i u chorych.

Badanie odbywa się w łóżku i wtedy badany opiera się na kolanach i wyprostowanych rękach lub w postawie stojącej i wtedy badany pochyła tułów naprzód. Oczywiście opukiwanie dla badającego jest w tych wawarunkach niewygodne. Z szeregu doświadczeń okazało się, że w takiej postawie u zdrowych granice bezwzględnej tępości serca mało się zmieniają: prawa granica — lewy brzeg mostka, górna — na IV żebrze, lewa — dochodzi do linii sutkowej i staje się więcej ku górze wypukłą. Inaczej zupełnie rzecz się przedstawia u chorych, mianowicie też w przypadkach rzędmy płucnej. W tym ostatnim razie za pomocą omawianego sposobu badania udaje się wykazać nieraz znaczne powiększenie podłużnego wymiaru serca, podczas gdy przy zwykłym badaniu nie o tem wiedzieć nie można. Poprzecznego wymiaru tępości serca pochylenie tułowia naprzód w przypadkach rozedmy płucnej zwykle nie uwydatnia. Wogóle biorąc, zalecany przez autora sposób badania nad zwykle używanym ma tę przewagę iż tępość występuje tu wyraźniej, i dla tego badanie jest łatwiejszem, a otrzymane wyniki pewniejsze.

(*Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI Bd. 5, 6 H.*)

A. Ch.

Wiadomości drobne.

— A. CHAUFFARD obserwował trzy przypadki wysiękowego zapalenia opłucnej, które wystąpiło po urazie [złamania żeber]. Hodowle z płynów, otrzymanych z opłucnej, dały wynik ujemny. Po wstrzyknięciu do otrzewnej świnikom morskim płynu z opłucnej chorych № 2 i № 3 wystąpiły u świnek objawy niewątpliwej gruźlicy; płyn chyrego № 1 nie sprowadził żadnych zmian chorobowych. Na podstawie tych spostrzeżeń autor przychodzi do przekonania, iż pod wpływem urazu