

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHORÓB KOBIECYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

I. PRZYPADEK

KRWISTEKU ŚRÓDMACICZNEGO W ROGU PRAWYM MACICY DWUROŻNEJ.

WYCIĘCIE NADPOCHWOWE MACICY. WYZDROWIENIE.

(*Haematometra in cornu dextro uteri bicornis. Coelio-hysterectomia. Sanatio.*)

Podał

D-r Jakób Rosenthal,
ordynator oddziału.

— 5 — 3 —

W piśmiennictwie polskim za czas od 1831 do 1897 r. włącznie znalazłem tylko jeden przypadek krwisteku śródmacicznego jednostronnego, o którym ś. p. prof. L. NEUGEBAUER mówił w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskim w r. 1869 (1), przypadek ogłoszony przez L. FEIGEL'a w 1876 r. (2) i przypadek TRZEBICKY'ego z r. 1887 (3). Mniemam więc, iż przypadek poniższy, przezemnie operowany, wzbudzi pewne zainteresowanie, jako ciekawy pod względem wskazania, którem się kierowałem, dla wycięcia macicy ¹⁾.

R. S., lat 24 licząca, niezamężna, z m. Łomży, wstąpiła do szpitala w d. 20 stycznia 1898 r.. W dzieciństwie żadnych chorób nie przebywała; w 15-ym roku życia po raz pierwszy zjawiła się u niej miesiączka wraz z silnymi bólami, a w 4 tygodnie później zjawiła się po raz wtóry, również bolesna. Następna miesiączka nastąpiła dopiero w 16 tygodni, i jak chora opowiada, podczas jednej nocy odeszła wielka ilość krwi, przyczem miały miejsce silne bóle w brzuchu. Następnie w ciągu kilku miesięcy [jak długo chora nie może oznaczyć] miesiączka pojawiała się bardzo nieregularnie, co tydzień, co dwa lub trzy tygodnie i trwała dzień lub dwa dni, następnie jednak przyjęła typ cztero-tygodniowy i trwała po 8—10 dni. Przy każdym pojawieniu się miesiączki chora miała silne bóle i wyczuwała stwardnienie w prawej stronie brzucha. Owe

¹⁾ Przypadku SKAŁKOWSKIEGO [Przegląd Lek. 1894 r., str. 299], jako dotyczącego macicy jednorożnej z krwistekiem w rogu szczytkowym i jajowodzie, nie zaliczam do przypadków krwisteku śródmacicznego jednostronnego.

boleści, trapiące chorą już nie tylko podczas miesiączkowania, a także stwardnienie stale się powiększające, skłoniły ją do szukania pomocy w szpitalu w Łomży, zkąd szan. kol. KARBOWSKI skierował ją do mnie. Dane anamnestyczne podane mi listownie przez kol. KARBOWSKIEGO różnią się od powyżej podanych mi przez pacjentkę i dla tego dosłownie je powtarzam: „Chora, jak pisze szan. kolega, 4 tygodnie temu wstąpiła do szpitala, użalając się na dotkliwy ból w prawej dolnej okolicy brzucha. Przy badaniu znalazłem większą odporność ścianki brzusznej w miejscu bolesnem, a przez pochwę guz twardej konsystencji, niezbyt bolesny. Macicy wymacać mi się nie udało, była bardzo wysoko posunięta ku górze, do takiego stopnia, że nawet silnie uciskając na krocze nie mogłem dojść do szyjki macicznej. Z wywiadów zanotować trzeba, że dwa czy trzy lata temu chora przez dłuższy czas cierpiała na bóle w tej samej okolicy *labii majoris*. W pierwszej chwili myślałem, że mam do czynienia z recydywą *parametritidis*, aczkolwiek dziwnem mi było zkąd zapalenie około maciczne u dziewicy... Jeszcze bardziej wątpić zacząłem, gdy przez cały czas pobytu w szpitalu ciepłota była prawidłowa. Guz w pochwie przybierał coraz większe rozmiary, stał się chelbojącym. Zrobiono próbne przekłucie przez pochwę grubą igłą od aparatu POTAIN'a i za pomocą tego aparatu wyciągnięto około litra cieczy koloru czarnej kawy, bez śladu ropienia lub rozkładu. Ciecz ta niewątpliwie była krwią ze znaczną domieszką śluzu. Po opróżnieniu tej jamy można było dojść do szyjki macicznej, ale dokładnie zdać sobie sprawy, z czem mamy tu do czynienia, nie mogłem. Przypuszczam tylko, czy nie mamy czasem do czynienia w danym przypadku z *uterus biseptus cum atresia unilaterale*“. Tyle kol. KARBOWSKI. Tymczasem chora utrzymuje, że nigdy z niej ropa nie szła, a tylko raz po zatrzymaniu się, po drugiej miesiączce, takowej przez 16 tygodni, odeszła w nocy znaczna ilość krwi. Na żadnej z warg sromnych większych nie mogłem również odnaleźć blizny, któraby musiała koniecznie pozostać po pęknięciu ropnia. Przekłucie próbne miało miejsce na tydzień przed przybyciem chorej do Warszawy.

Badanie chorej, uskutecznione na drugi dzień po wstąpieniu do oddziału, wykazało: blondynka, wzrostu wysokiego, bardzo dobrze zbudowana i odżywiona, z rumieńcami na policzkach. Czynność płuc i serca prawidłowa. Brzuch niewielki, ściana brzuszna gruba z powodu znacznego pokładu tkanki tłuszczowej. Wymacywanie brzucha wykrywa nad pachwiną prawą, więcej ku linii środkowej, ciało twarde, okrągłe, mało ruchome, bardzo bolesne, które jest jakby odcinkiem guza, wklinowanego do małej miednicy. Wargi sromne większe przylegają do siebie; wejście do pochwy otoczone strzępkami błony dziewiczej [zniszczonej skutkiem dokonywanych badań]; pochwa dość obszerna, o ścianach gładkich, długa na 8—9 ctm.. W stropie pochwy nie znajdujemy części pochwowej macicy, ale ze strony prawej wypuklenie wielkości pomarańczy; wypuklenie to, większe po stronie prawej, spłaszcza się nieco ku stronie lewej pochwy i gubi się w sklepieniu lewem. Na wypukleniu owem, bardzo wysoko, w miejscu, w którym gubi się w sklepieniu lewem, wyczuwa się maleńką wyniosłość guzikowatą, z małym dołeczkiem po środku. Wypuklenie to jest

sprężyste i wyczuwa się w nim chelbotanie. Badając dwuręcznie przez pochwę i ścianę brzuszną [pod uspieniem chloroformowem] wyczuwamy macicę niewielką po stronie lewej: dalej znajdujemy płaski pasek odchodzący od macicy i idący do owego wypuklenia, które w zupełności do góry unieść można, a które wraz z owym ciałem twardem, znalezionem przy wymacywaniu brzucha, tworzy jeden guz, kształtu owalno-kulistego, elastyczny. Po podniesieniu guza, występuje opróżnione sklepienie prawe, a macica, wyczuwana na lewo, usuwa się ku linii środkowej, co również ma miejsce w pochwie z ową wyniosłością guziczkową, wyczuwaną na lewo od wypuklenia, lecz niemożliwym jest wprowadzić w dołek na wyniosłości najcieńszego zgłębnika macicznego. Z pochwy wypływa płyn brudno-krwawy, cuchnący. Ciepłota ciała podniesiona wynosi 38° C., tętno 94 uderzeń na minutę.

Pewne rozpoznanie danego przypadku okazało się bardzo trudnem. Nie zaprzeczając przypuszczeniu kol. KARBOWSKIEGO możliwości krwisteku śródmacicznego jednostronnego *in utero bisepto*, mogliśmy jednak ze względu na ruchomość guza, który, obok wyczuwalnej macicy po stronie lewej, dawał się unosić do wielkiej miednicy, a także na elastyczność i chelbotliwość jego pomimo wyciągniętego w znacznej ilości przed tygodniem płynu czarnego, przypuszczać możliwość istnienia torbieli jajnika, o skręconej szypule, wklonowanej do małej miednicy, skutkiem czego macica wypartą została ku górze i część pochwowa jej stała się niewyczuwalną. Z drugiej strony wiadomo, iż przy *uterus didelphys*, *uterus septus*, *uterus bicornis duplex*, pochwa bywa zawsze prawie podzieloną (*vagina septa*), co niema miejsca przy *uterus bicornis unicollis*. Tymczasem w przypadku omawianym miesiączkowanie odbywało się, a więc istniał obok przewodu zarośniętego, drugi przewód, druga szyja, przez którą krew wypływała.

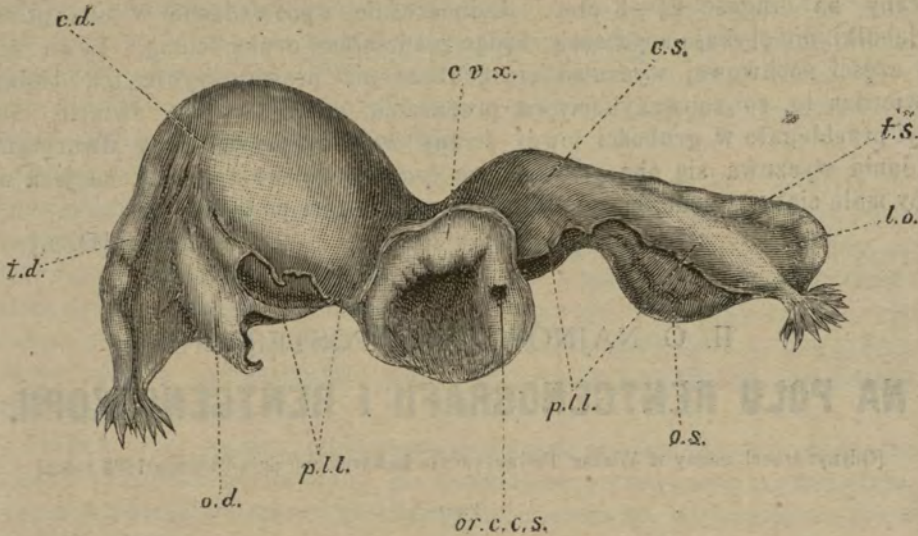
Powyższe względy wpłynęły, iż celem ustalenia rozpoznania, postanowiliśmy chorą poddać dalszej obserwacji, tymczasem w następnych dniach, ciepłota ciała zaczęła się coraz więcej wzmaczać, tak że dochodziła do 38,7° C. przy tętnie 104—116—120, a płyn wypływający z pochwy, pomimo odkażających przestrzykiwań, stawał się coraz bardziej brudnym i cuchnącym. Ponieważ badanie całego ustroju nie wykazało nic takiego, czemby można tłómaczyć podobne podwyższenie ciepłoty ciała, przeto odnieśliśmy je do zakażenia, za źródło którego uważaliśmy płyn zawarty w guzie, odpływający w części przez otwór niewymacalny, pozostały z przekłucia, płyn cuchnący a więc uległy rozkładowi. Celem więc usunięcia owego źródła zakaźnego, przystąpiłem w dniu 24 stycznia, przy ciepłocie ciała 38,5° C. do celiotomii, w asystencji kol. FINKELKRAUTA, BOKSERA, PAPIERNEGO, MUNDSZTUKA i EISENBETA. Po otworzeniu jamy brzusznej cięciem w smudze białej, znaleźliśmy macicę dwurożną: róg lewy mały, o ścianach grubych, mięsistych łączył się z rogiem prawym, wielkości głowy dziecka rocznego, za pomocą twardego płaskiego paska pod kątem rczwartym; obie macice osadzone są na drugim guzie wklonowanym do małej miednicy, wielkości dużej pomarańczy. Między guzem rogu prawego a guzem w małej miednicy znajduje się wyraźna bruzda, tak, że oba te guzy robią wrażenie jednego guza, jakby przewężonego w miejscu owej

bruzdy. Widocznem więc było, że mieliśmy do czynienia z krwistkiem w rogu prawym macicy dwurożnej; bruzda na guzie widoczna odpowiadała ujściu wewnętrznemu a guz dolny był rozciągniętą i wypełnioną krwią i skrzepami szyją. Szyi macicy lewej nie mogliśmy w żaden sposób wymacać. Postanowiłem dokonać wycięcia nadpochwowego macicy i w tym celu nałożywszy podwiązki ciągłe (*ligatura continua*) na więzy szerokie obustronnie, takowe aż do szyi przeciąłem. Ujawszy o ile możliwem było, nisko szyję, tuż przy ostatnich podwiazkach kulociągami, naciąłem na niej otrzewną cięciem kolistym z przodu i z tyłu i odłuszczyłem ją ku dołowi a następnie naciąłem przednią ścianę szyi tuż nad utrzymującymi ją kulociągami. Z nacięcia wytrysnął płyn brudno-brunatny, silnie cuchnący w ilości około litra i róg macicy od razu się skurczył i zmniejszył. Wtedy odciąłem cięciem kolistym górną część szyi wraz z oboma macicami i natychmiast podwizałem widoczne obustronne tętnice maciczne [skutkiem rozszerzenia szyi, nie mogłem ich przed odcięciem ciała macicy podwizać].

Część pozostała szyi tworzyła worek długości 6—7 ctm., w którym napróżno, po usunięciu żeń rozpadłych i cuchnących skrzepów, szukałem otworu, prowadzącego do pochwy. Nie mogąc go znaleźć, przebiłem zgłębnikiem maciczny strop worka, i tak utworzony otwór powiększyłem, nacinając go obustronnie nożem, a następnie, podobnie jak całą powierzchnię wewnętrzną szyi, wypaliłem żegadłem PACQUELIN'a. Jamę szyi wytamponowałem gazą jodoformową, koniec której przeprowadziłem przez ów sztuczny otwór do pochwy, a następnie zeszyłem z sobą szwem katgutowym ciągłym przecięcie ściany przedniej i tylnej szyi, i, tak przecięcie nad podwiazkami w więzach szerokich, jak i szew na szyi, pokryłem szwem surowiezo-surowicznym, t. j. zeszyłem z sobą, szwem ciągłym katgutowym, przedni i tylny listek otrzewny, tak iż wszystkie szwy i podwiązki, jednym słowem całe pole operacyjne znalazło się po za jamą otrzewny. Ścianę brzuszną zeszyłem szwem ósemkowym KERNER'a, przyczem osobny szew katgutowy nałożyłem na otrzewną. Opatrunek zwycajny.

Wycięty preparat składa się z części odciętej szyi długości $3\frac{1}{2}$ ctm., szerokości $6\frac{1}{2}$ ctm., na której osadzone są dwa rogi maciczne oddalone od siebie pod kątem rozwartym $[120^\circ]$. Preparat, zachowany z początku w roztworze sublimatu, a następnie w 2% roztworze formaliny w alkoholu, jest mocno pomarszczony i zmniejszony w porównaniu z preparatem świeżym po operacji. Długość prawego rogu, w którym miał miejsce krwistek, wynosi, mierząc od osady nad szyją 11 ctm., szerokość 7 ctm., grubość ściany jego 2 ctm., długość zaś jamy w nim zawartej 10 ctm. Róg zaś lewy ma 4 ctm. długości, 3 ctm. szerokości, o ścianach grubości 4 mm. Grubość mięśniowej ściany szyi [odcinka górnego] wynosi $2\frac{3}{4}$ ctm., a mały otworek o 3 mm. średnicy, prowadzący do rogu lewego, znajduje się w świetle samej ściany, tak że można przypuścić iż dalsze światło szyi lewej [której przy operacji nie mogliśmy odnaleźć] przebiegało w grubości lewej ściany wspólnej szyi; długość zaś przewodu, przebiegającego w szyi i w rogu lewym, wynosi $4\frac{1}{2}$ ctm. Na zewnątrz od każdego rogu odchodzi jajowód wraz z jajnikiem. Jajowód prawy, długi $8\frac{1}{2}$ ctm., jest krót-

szym od lewego o $1\frac{1}{2}$ ctm., gdyż posiada kilka zgrubień różańcowatych, zawierających w sobie skrzepy krwi [początek tworzenia się *hematosalpinx*]. Jajniki obustronne są zdrowe.



c. v. x. górna część odciętej szyi;—*c. d.* róg prawy;—*c. s.* róg lewy;—*t. d.* jajowódprawy, — *t. s.* jajowód lewy;—*o. d.* jajnik prawy, pokryty przeciętym więzmem szerokim;—*o. s.* jajnik lewy;—*p. l. l.* więz szeroki przecięty;—*l. o.* więz jajnika;—*or. c. c. s.* otwór przewodu rogu lewego, mieszczący się w grubości lewej ściany szyi.

W pierwszych trzech tygodniach okresu zdrowienia, było widocznem codzienne podniesienie ciepłoty ciała, jakkolwiek niewysokie, bo dochodzące do $38,3^{\circ}$ C.. Jednocześnie trwał cuchnący odpływ z pochwy. Badanie, niejednokrotnie uskuteczniane, nie okazało naokoło powstałego kikuta jakichkolwiek wysięków, jak również w brzuchu zapadniętym nie było, za mocnym nawet uciskiem, żadnej bolesności; czynności kiszek odbywały się prawidłowo. Jamę zawartą w kikucie przemywano codziennie przez otwór sztuczny za pomocą kateteru BREUS'a płynem fizyologicznym TAVEL'a, przyczem wydzielaly się strzępki cuchnące zmartwiałej błony śluzowej. Dopiero 10 dnia, gdy miałem pewność zupełnego zarośnięcia zeszytych z sobą ścian kikuta, zastosowano przestrzykiwania roztworem sublimatu 1:2000.

Wieczorne podnoszenie się ciepłoty ciała stopniowo, równocześnie ze zmniejszaniem się odpływu i ustępowaniem cuchnącego zapachu, stawało się coraz niższem, aż w końcu ciepłota stała się prawidłową. Przy zdjęciu 7-go dnia szwów brzusznych, okazało się ropienie w tkance podskórnej i mięśniowej tak znaczne, iż całą ranę skórną otworzyłem. Dzięki osobnemu zeszyciu otrzewna na całej przestrzeni była zarośniętą. Gojenie tej rany, w dolnej części której, po powtórnem jej zeszyciu, utworzyła się przetoka w ścianie brzusznej, wyleczona przez zrobienie kontrapertury, zabrało wiele czasu, tak, iż pacjentka dopiero w dniu 10 maja z oddziału wypisaną została. Uskutecz-

nione wtedy badanie dało wynik następujący: część pochwowa krótka z dwoma otworami, jednym na prawo [sztucznym], przez który przechodzi dość gruby zgłębnik maciczny na długość 5 ctm., a drugi otwór obok, na lewo, nieco wyżej położony małeńki, przez który przechodzi zaledwo cienki zgłębnik chirurgiczny na długość $2\frac{1}{2}$ —3 ctm. Jednocześnie wprowadzone w oba otwory zgłębniki, nie stykają się z sobą, będąc rozdzielone grubą ścianą. Lewa ściana części pochwowej wyczuwa się grubszą niż prawa; wynik ten badania stwierdza to, co zauważyliśmy na preparacie, mianowicie, że światło lewej szyi przebiegało w grubości lewej ściany wspólnej szyi. Przy dwuręcznem badaniu wyczuwa się oba przymacicza (*parametria*) wolne, a w miejscu macicy małe ciało twarde, będące kikutem, pozostałym po operacji.

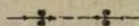
[D. n.]

II. O NAJNOWSZYCH POSTĘPACH NA POLU RENTGENOGRAFII I RENTGENOSKOPII.

[Odczyt trzeci, miany w Warsz. Towarzystwie Lekarskiem, dnia 24 maja 1898 roku.]

Przez

D-ra Med. Mikołaja Brannera.



[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 29].

Z powodu przewagi prądu otwarcia nad prądem zamknięcia, pierwszy właśnie stale jest brany pod uwagę. Rzeczona przewaga prądu otwarcia przyczynia się do uwydatnienia pewnej jego biegunowości, gdyż tenże, idąc w pewnym oznaczonym kierunku, przyczynia się do uwidocznienia tego kierunku, a więc i różnicy potencjałów między anodą i katodą. Z tego więc głównie względu prądy indukcyjne przez prądy zmienne zastąpionemi być nie mogą, jak również nader niekorzystnie przez zwykłe transformatory, dające prądy niezwyklej częstości, zwane przez francuzów: „*Courants de la haute fréquence*“.

Jako przyrządy, służące do przerywania prądu stałego w celu wzbudzenia indukcji, służą różnorodne przerywacze, których dwa główne typy przedstawiają: sprężynowy i rtęciowy. Pierwsze wszystkim Panom są znane w zastosowaniu do przyrządów do faradyzacji przeznaczonych. Naturalnie, że dla cew rumkorffowskich są one znacznie większe i silniejsze, a dla bardzo wielkich zupełnie oddzielne, specjalnie urządzone, o tyle tylko wadliwe o ile sama przez się sprężyna może być wadliwą, t. j. nieprawidłowo, nie matematycznie regularnie drgającą.

Inny rodzaj przerywaczy, t. j. rtęciowe, bez zaprzeczenia są najlepszymi, mianowicie w tej formie zmienionej, w jakiej dziś są używane. Już RUMKORFF przed 30-tu i kilku laty, zbudowawszy swój pierwszy i wielki induktor, dla uniknięcia owej nieprawidłowości drgań sprężyny, a więc niepewnego

otwierania i zamykania prądu przez kontakty platynowe, zbudował zaproponowany przez prof. FISEAUX a zmodyfikowany przez prof. FOUCAULT, przyrywacz rtęciowy, w którym prąd, wchodzący do induktora, niema nic wspólnego z prądem przeznaczonym do drgań samego młotka. Drgania jednakże, a więc za temiż idące przerywania prądu w induktorze, odbywały się zwykle za wolno, z tego względu znów je zarzucono, dając pierwszeństwo szczególnie do naszych celów przerywaczom WAGNER'a lub poprawionym przez HELMHOLTZ'a, lub wreszcie przerywaczowi DEPREZ, który niby za najlepszy z powodu niezwykłej częstości swych drgań uchodził.

Wszystkie jednak przerywacze dla rentgenografii ustąpić musiały miejsca nowozbudowanym przerywaczom rtęciowym, nader prędko drgającym, poruszonym samodzielnie za pomocą odpowiedniego elektromotorku, gdy prąd główny, dla induktora przeznaczony, tylko przez naczynie rtęciowe przechodzi i dalszą drogę przebywa, w niczem nie oddziałując na samą częstość przerw, dowolną prędkość mających. Do prześwietlania jednakże z powodu swej prędkości zawsze pierwszeństwo mają przerywacze sprężynowe, dla fotografii pewniejsze są rtęciowe.

Dodam tylko, że drut nurzający się w rtęci, nie jest jak dawniej platynowy, lecz srebrny zamalغانowany, dla pewniejszego zamykania prądu i dłuższego tegoż działania podczas tych minimalnych zetknięć, a w miejsce dawniej używanego alkoholu powierzchnię rtęci do utleniania i rozbryzgiwania chroni warstwa wody.

Tyle o samym induktorze, a teraz pozwolę sobie raz jeszcze zatrzymać Szan. Panów uwagę nad naturą elementów wtórnych, czyli t. z. akumulatorów, z którymi wielu z Panów od pewnego czasu ma do czynienia.

Wielokrotnie na tem miejscu niektórzy koledzy, przeważnie laryngologowie przedstawiali ich zastosowanie. Przynosili je w zamkniętych pudełkach, opisywali korzyści jakie one do ich celów posiadają, żaden jednakże ani ich znaczenia, ani budowy, ani sposobu działania lub obchodzenia się z nimi nie podał.

Z tych względów pozwolę sobie nieco o nich powiedzieć, zaczynając od pytania, czemże są one? Francuzi, a przedewszystkiem GASTON PLANTÉ, nazywali je „*Eléments secondaires*“, niemcy nazywają je również elementami drugorzędnymi (*Secondere Elemente*) lub zbieraczami (*Sammler*), lub wreszcie akumulatorami. Pierwsza i druga nazwa znaczenie ich wyjaśnia, są to bowiem przyrządy, które nie wprost i nie same przez się są źródłem prądów elektrycznych, jak np. zwykłe elementy galwaniczne, lecz dopiero odpowiednio zaprawione, energię elektryczną produkować mogą. Energia elektryczna nie jest w nich wprost nagromadzoną, jak w śpichrzu lub zamkniętem naczyniu, jak amoniak, jak skroplony kwas węglany lub wreszcie chlorek etylu i t. d., z których czerpać je można do pewnego czasu.

Energia elektryczna wytwarza się nader szybko pod wpływem spraw chemicznych, których przyczyną była owa energia, a zmiany chemiczne, wewnątrz elementów tych powstałe, są napowrót źródłem do wytwarzania energii pier-

wotnej. Elementy te rozebrane, elektryczności już produkować nie będą, zespane również.

GASTON PLANTÉ, szukając przez długi czas sposobu zbudowania elementów, któreby chociaż przez pewien przeciąg czasu jednostajne napięcie, przy małym ich oporze wewnętrznym, posiadały, jako biegły fizyk, wpadł na myśl zbudowania akumulatorów, opierając się na prawach t. z. polaryzacji elementów, szkodliwie wpływającej na jednostajność ich działania, na przyczynę będącą niestającą troską dawniejszych fizyków. Zamiast kosztownych blach platynowych, używanych w zwykłych woltametrah, na powierzchni których zbierają się cząsteczki tlenu i wodoru, w obec rozkładającej się wody zakwaszonej kwasem siarczanym, użył PLANTÉ blach ołowianych, a dla zwiększenia ich powierzchni, a więc powiększenia osadnika jonów gazowych, takowe, ustawione w niewielkiej między sobą odległości, poprzedziła sukrem, później paskami gumy i spiralnie zwinął. Przepuszczając następnie prąd galwaniczny innych elementów, przez dłuższy przeciąg czasu, przekonał się, że tak zbudowany przez niego element, który nazwał wtórnym (*secondaire*), produkował mu przez dłuższy czas prąd elektryczny równy, t. j. jednostajnego natężenia, a którego siła zależała od oporu przewodnika, jaki na drodze napotykał. Przy następnych ładowaniach tak ten prąd wtórny, jak i czas jego działania, stopniowo wzrastały, lecz płyty pierwotnie użyte traciły swój wygląd metaliczny, jedna z nich stawała się brunatną, druga szarą, matową, pierwsza kruchą i łamliwą, druga zmieniała tylko pierwotne utkanie, przyjmując zarazem: pierwsza charakter elektroda dodatniego [jak w zwykłych elementach węgiel, platyna, miedź i t. d.], gdy druga ujemnego, jak pospolicie używany cynk. Owe przemiany następcze, tak sztucznie wytwarzanych elektrodów, nazywają się formowaniem płyt. Na tę okoliczność zwrócił przedewszystkiem uwagę FAURE, który przekonawszy się, że pierwsza płyta stała się mieszaniną różnych tlenków ołowiu, druga zaś czystym metalem, zbudował akumulator z kilku płyt, utworzonych ze sztucznie z sobą połączonych wspomnianych tlenków, jak minia i gleita, którymi płytki ołowiane oblepiał. Zanurzając następnie takie płytki w rozcieńczony [10^o/o] kwas siarczanym, i przypuszczając przez nie prąd galwaniczny, otrzymał daleko trwalszy, silniejszy i wydajniejszy element, niż PLANTÉ.

Odtąd datuje początek praktycznego stosowania w technice akumulatorów, a twórcą już praktycznych i do celów technicznych mających zastosowanie akumulatorów, staje się TUDOR, który w zasadzie przyjąwszy wynalazek FAURE'a, nadał akumulatorom to znaczenie, jakie dziś posiadają.

Jego płyty nie są to już owe niedołążne, oblepione mieszaniną tlenków ołowiowych blachy ołowiane, lecz dosyć trwałe i odporne elektrody. Płyty TUDOR'a większe lub mniejsze, pospolicie nieprzechodzące wielkością ćwiartki listowego papieru, ramką ołowianą otoczone, opatrzone są komóreczkami lub siatką, podobną do woszczyzny miodowej w zwykłych ulach. Grubość takiej płyty sięga w wielkich akumulatorach do 8 lub 10 milimetrów, w mniejszych, mianowicie przenośnych, rzadko 5 mm. przenosi. Jamki płytek wypełnione są sztuczną mieszaniną tlenków ołowiowych, więcej mechanicznie, niż

chemicznie utrwalonych. Owe płyty, w element złączone, dopiero pod wpływem prądu galwanicznego ulegają różnym chemicznym sprawom, twardnieją i do użytku technicznego mogą być zastosowane.

W jaki sposób odbywa się to t. zw. formowanie płyt, miesiące trwające, do celów technicznych, jakim ulepszeniom i zmianom te płyty uległy dzięki Hergen'owi, Polak'owi Boese'mu, Guelcher'owi i innym, o tem mówić nie będę, gdyż za daleko by to nas zaprowadziło, dość, że Szan. Panom powiem, że postęp w budowie akumulatorów wyrugował z użycia elementy pierwotne. W medycynie to samo od pewnego czasu uwidocznia się i można mieć nadzieję, że w krótkim czasie akumulatory jedynie i do celów lekarskich będą zastosowane.

Najślabszą stroną stanowi t. z. ładowanie akumulatorów, gorszą atoli—szkodliwość nieumiejętnego ich eksploataowania, o czem już wyżej wspominałem.

Najlepsze akumulatory mogą w bardzo krótkim czasie uleść zupełnemu zniszczeniu [przez pokręcenie się lub zupełne rosypanie płyt], jeśli niezachowane będą wszelkie możliwe ostrożności tak przy ich ładowaniu, jak i wyładowywaniu. Tak jak można wywołać niezyt żołądka przez zbyt obfite i przez dłuższy czas na raz podawanie pokarmów, lub częstsze przeczyszczanie chorego w celu obfitszych wypróżnień, tak i akumulatory ładowane zbyt wielkim prądem, lub wyczerpywane nadmierną tegoż ilością, pójdą na zupełną zagładę.

Do tych celów fabrykanci zwykle podają odpowiednie wskazówki, a mianowicie siłę prądu ładującego i wyładowującego maksymalnego w amperach i tej granicy pod żadnym pozorem przekroczyć nie wolno.

Każdy akumulator dobry po naładowaniu wydaje prąd stałego natężenia 2 volt wynoszący, lepsze dają 2,1 V. gorsze po naładowaniu 1,95. Otóż gdy to natężenie spadnie do 1,85, minimalnie 1,80, akumulatory muszą być prawie, że zaraz ładowane i dłużej nad 24 godzin stać bez ładunku nie mogą i nie powinny. Do mierzenia tego natężenia służą t. z. Voltometry, o których budowie zamilczę, polecając jednakże Szan. kolegom, posiadającym akumulatory, nabyć takiego, niezbyt drogiego przyrządu.

Najwyższe ładowanie, które akumulatory znieść mogą, nazywa się ich pojemnością ładunkową (*Ladungcapacität*). Zależy ona od ilości i natury masy zamienionej w nadtlenki ołowiu, a więc od wagi i natury elementów, a mianowicie od powierzchni płyt ujemnych, na których tlenek ołowiu wytworzonym zostaje. Cała zaś ilość elektryczności, którą owe wtórne elementy w całości oddać mogą, nie może być większą, lecz co najwyżej równą, całej ilości elektryczności, jaka przez prąd ładujący uwieczoną pod postacią energii chemicznej została.

Pospolicie wydajność akumulatorów, naturalnie dobrze zbudowanych, wynosi od 80 do 82%, a wyraża się ona w tak zwanych: Amper-godzinach. Stosunek zaś od dawanej energii do użytej do naładowania, stanowi t. z. skutek pożytkowy (*Nutzeffekt*), zależny od dobroci elementów. Nawiasem dodać

mogę, że na 1 klgr. wagi płyty liczy się od 4 do 8 Ampergodzin. Skutek pożytkowy zaś wynosi średnio na 1 klgr. wagi płyt 2,4—2,9 Amperów.

Nakoniec nadmienić muszę, że błędem i niewłaściwym jest używanie elementów wtórnych, jednych i tychże samych do światła i do galwanokaustyki, gdy bowiem siła prądu potrzebna do rozżarzenia 6-cio-świecowej 12-to voltowej lampki elektrycznej wynosi zaledwie jakieś $\frac{1}{2}$ Ampera, to siła potrzebna do rozżarzenia np. pętli lub galwanokauteru 16 do 20 Amperów wynosić może.

Pospolicie akumulatory, któremi koledzy laryngolowie się posługują, przeznaczone są na t. z. 12 Ampergodzin, czyli to znaczy na 12 godzin przy zużyciu 1-go Ampera, na 24 przy zużyciu $\frac{1}{2}$ Ampera, lecz to nie znaczy, żeby one miały dawać 12 Amperów w ciągu godziny lub 24 w ciągu pół godziny. Tego rodzaju szafowanie prądu działa zabójczo na akumulatory.

Niektórzy fabrykanci dodają dla zabezpieczenia akumulatorów od zniszczenia przez nadmierne jednorazowe zużywanie ich siły, tak zwane korki lub paski bezpieczeństwa z drutu lub blaszki ołowianej właściwej grubości.

Prąd elektryczny, przechodzący do miejsca przeznaczenia, napotyka na drut lub cienką blaszkę ołowianą, która przy wzmożonej nad dozwoloną siłę ulega stopieniu a prąd przerwaniu. Siła prądu, wyrażająca się w Amperach, zależną jest bowiem nie tylko od jego natężenia, wyrażonego w Voltach, lecz i od oporu zewnętrznego, wyrażanego w Ohmach.

Tylokrotnie wspominając o Voltach, Amperach i Ohmach, wyrażeniach technicznych fundamentalnych, pozwolę sobie zatrzymać się jeszcze chwil parę nad ich znaczeniem naukowo-praktycznym. Przed paru laty w tej samej sali ś. p. kolega nasz KRYSIŃSKI dwa posiedzenia zajął na zapoznanie nas z t. z. jednostkami elektrycznymi, lecz bynajmniej nie z ich znaczeniem praktycznym. Wówczas i ja miałem w dalszym ciągu z tej ostatniej strony z niemi Szan. Panów zapoznać, lecz po takim mówcy, jakim był mój przyjaciel KRYSIŃSKI, nie miałem do tego dosyć odwagi.

Dziś, gdy lat tyle minęło i nadarzyła się ku temu sposobność, pozwolą Panowie, że ich w krótkości chociaż z temi trzema wielkościami bliżej zapoznam.

Zaczynam więc od tego co znaczy Volt w fizyce, a dla nas w praktyce.

Dla wyjaśnienia nie tylko Voltów lecz i Amperów i Ohmów, musimy prąd elektryczny, przepływający przez jakibądź przewodnik, przyjąć za analogiczny z przepływającymi płynami np. wodą lub parą, jak również przyjąć, że ten przepływ prądu musi się znajdować w zależności od pewnego jakiegoś ciśnienia, od pewnego natężenia, czyli jak się dziś mówi, od różnicy potencjałów, zachodzącej między dwoma miejscami.

Pozwalam sobie zwrócić uwagę Szan. Panów, że nazwy jednostek miarowych: Volt, Ohm, Ampere i t. d. dane są na cześć tych wielkich fizyków i że przez świat cały zostały przyjęte.

Ciśnienie.

Jeśli przez rurę w kształcie litery U, opatrzoną np. w pośrodku

Napięcie, natężenie, ciśnienie przy przepływanu elektryczności w zbiorniku.

Jeśli przy ładowaniu elektrycznieścią dwóch, zupełnie równych izolowa-

kranem, będziemy przepuszczać strumień wody w jakimś kierunku i kran otworzymy, to póki ciśnienie trwać będzie, prąd wody będzie przepływać; lecz gdy przerwiemy dopływ wody, przepływ ustanie i t. d.

Aby płyn, dajmy na to woda, mógł przez rurę przepływać, muszą zachodzić różnice w ciśnieniu w rozmaitych punktach.

Przepływ stale odbywać się będzie od miejsca pod wyższym, do miejsca pod niższym ciśnieniem będącego, czyli od wyższego do niższego potencjału, a siła, która ten ruch powoduje jest siłą motoryczną.

Jeśli chcemy wyrazić wielkość tej różnicy ciśnienia, to powiadamy, że się znajduje pod ciśnieniem jednej lub więcej atmosfer. Ciśnienie więc jednej atmosfery [odpowiadającej 0,76 m. wysokości słupa rtęciowego lub 10,33 metrów słupa wody, stanowiące wysokość barometryczną] jest jednostką miarową.

Tyle o Voltach; a teraz przejdziemy do jednostki oporu. Dodam tylko że i kierunek prądu zależny jest od owej różnicy potencjałów, czyli że prąd zawsze iść musi od miejsca wyższego do miejsca niższego napięcia, czyli od anody do katody, od bieguna dodatniego do ujemnego; z tego względu dla mnie niema dwóch prądów elektrycznych, tylko jeden zawsze w tym kierunku idący i to jest też przyczyną, że stosownie do naszej woli możemy nadawać kierunek prądowi elektrycznemu, zależnie do celu jaki mamy przed sobą.

Że pojęcie o Volcie analogiczne z ciśnieniem nie jest żadną fikcją, lecz faktem rzeczywistym, o tem przekonują też prace rodaka naszego LEONA KŁECKIEGO, dokonane w pracowni ś. p. prof. KUNDT'a 1890 roku w Instytucie

nych kul metalowych, za pomocą maszyny elektrycznej, następnie przerwiemy to ładowanie w jednym momencie czasu, wówczas przekonamy się, że elektryczności na obu kulach będą pod jednakowem napięciem, czyli, że elektryczności te będą w zupełnym spokoju, nawet po połączeniu tych kul jednym drutem. Jeśli zaś odciągniemy od jednej kuli pewną ilość elektryczności i połączymy obie kule napowrót, natenczas elektryczność z jednej przepływać będzie na drugą, dopóki w obu napięcie się nie wyrówna.

Aby El. przez przewodnik przepływała, muszą być pewne różnice w napięciu między różnymi punktami przewodnika, a prąd będzie przepływać zawsze od miejsca wyższego do miejsc gdzie niższe napięcie panuje, ku czemu służy siła elektromotoryczna.

Dla określenia więc owej różnicy napięcia za jednostkę miarową przyjęty jest Volt i w tym sensie się mówi, że element BUNSEN'a ma 1,9 Volt Akumulator 2 Volty; DANIEL zaś, przyjęty za jednostkę miarową, ma 1,1 Volt napięcia i t. d.

fizycznym w Berlinie. Klecki czynił badania nad załamywaniem się promieni świetlnych w szkło, będącem pod wpływem różnego ciśnienia. Otóż do tego celu użył on elektryczności statycznej, którą nagromadzał na powierzchni szkła, a stosownie do jej ciśnienia, mógł badać zmiany w załamaniu promieni świetlnych. Różnice znajdowane w załamaniu świadczyły więc i o różnicy w ciśnieniu.

O P Ó R.

W rurach:

Swobodnemu przepływowi wody staje na przeszkodzie opór, wynikający z ich długości i grubości, czyli średnicy w świetle. Im rura będzie dłuższa i im mniejsza jej średnica, tem opór będzie większy i na odwrót.

Opor w rurze można zmniejszyć, zwiększając jej średnicę lub skracając długość, a stosownie do tego oporu, wynikającego ze światła rury i jej długości, zależną jest siła wypływu i ilość wypływającej wody.

Opór wspomniany w przewodnikach metalowych wzrasta z ich ciepłotą, przeciwnie zmniejsza się w płynach. Ciepła woda jest lepszym przewodnikiem od zimnej a dodanie do niej soli lub kwasów przewodnictwo zwiększa.

Opór w przewodnikach mierzy się Ohm'ami.

Jeden Ohm przedstawia opór słupa rtęci długości 1,06, o przecięciu 1 mm. kwadratowego przy ciepłocie 0° C.; ponieważ jednak taki etalon oporu byłby bardzo niedogodny i niepraktyczny w użyciu, z tego względu do użytku gabinetów fizycznych i pracowni technicznych, jednostki oporu przygotowują się z drutów metalowych, izolowanych miedzianych, nikelinowych lub reotanowych i t. p, odpowiedniej grubości, zwiniętych dubeltowo (*bifilar*) na około ebonitowej lub drewnianej szpulki, z zastrzeżeniem redukcji ciepłoty do 0° C.. Masy podobnych szpułek, obliczonych na różne opory, łączą się pospolicie w ten sposób by utworzyć t. z. most WHEATSTON'a, przeznaczony do mierzenia oporów od setnych lub tysięcznych Ohma, aż do milionów Ohmów. Do użytku technicznego lub lekarskiego służą t. z. rheostaty [oporniki] ze zwiniętego spiralnie drutu na porcelanowych lub szyfrowych cylindrach, a zmniejszanie i powiększanie oporu następuje przez wprowadzenie większej lub mniejszej ilości zwojów drutu oporowego odpowiedniej grubości. Doskonały opornik stanowią też lampki żarowe, odpowiednio skombinowane, lecz właściwego dla prądu voltażu.

[D. n.].

W przewodniku:

Elektryczność przy przepływanu napotyka, podobnie jak woda w rurze, na opór, który jeszcze jest w zależności od materiału za przewodnik użytego, czyli od jego swoistego przewodnictwa.

Opór ten wzrasta z długością, zmniejsza się z wzrostem poprzecznego przecięcia przewodnika, czyli że jest w prostym stosunku do długości, odwrotnym zaś do grubości przewodnika.

III. UWAGI KLINICZNE

O KRZTUŚCU I JEGO POWIKŁANIACH.

Podał

Alfons Malinowski,
starszy ordynator Warszawskiego Szpitala dla Dzieci.

— 4 — 3 —
[Dokończenie.—Patrz Nr. 29].

Przypadek nagłej śmierci w czasie kaszlu kokluszowego spostrzegalem przed kilku laty w moim oddziale. Chłopczyk, lat 3 liczący, dotknięty kokluszem od 3 tygodni, który w czasie wizyty lekarskiej siedział spokojnie w łóżecku, w czasie kaszlu padł bez życia na posłanie. Pomimo natychmiastowej pomocy nie mogliśmy go do życia przywrócić. Badania pośmiertne wykazało tylko niewielkie przekrwienie mózgu i jego opon.

Spazm głośni w czasie napadu kaszlu wywołać może odmę piersiową, która przedstawia ciężkie powikłanie, jeżeli chory nie zakończy życia nagle. Przypadek typowy tego rodzaju obserwowałem wraz z kolegą ANDERSEM w roku 1884. Chora następnie leczyła się w moim oddziale i wyzdrowiała. Czytelnik znajdzie opis tego przypadku w N-rze 38 Gazety Lekarskiej z roku 1884¹⁾.

Tam również pomieściłem teorię mechanizmu powstawania odmy piersiowej przy kokluszach i metody leczenia tego powikłania.

Stosunek koklusza do odry. Wobec nieznajomości zarazki odry trudno rozstrzygnąć, czy pomiędzy nią a zarazką koklusza zachodzi związek i jaki. Gdybyśmy nawet znali oba zarazki i z obu otrzymać mogli hodowle, jeszczeby nie było możliwym rozstrzygnięcie tego pytania. Zarazek odry dotychczas jest nie znany; wiadomo tylko, że grzybki, rozwijające się na gnijącej słomie, wywołują chorobę zupełnie do odry podobną.

O ile bakteryologicznie związku w mowie będących chorób dowieść nam trudno, o tyle klinicznie istnieje on niezaprzeczenie.

Dowodzi tego fakt, że epidemia koklusza nasila się i słabnie wraz z epidemią odry, że koklusz często bywa następstwem odry bezpośrednio. Odra rzadziej bywa powikłaniem koklusza i źle wpływa na jego przebieg, sprzyja bowiem powstawaniu ciężkich powikłań.

Nawet wtedy, gdy odra zjawia się w parę miesięcy po przebyciu koklusza, sprzyja ona powrotowi tego ostatniego, a recydywa bywa zawsze dosyć ciężką.

Podobny związek istnieje pomiędzy influencją a kokluszem. Po tej bowiem chorobie, jak wspomniałem, bywa niekiedy okres peryodycznego kaszlu,

¹⁾ MALINOWSKI. Odma piersiowa prawostronna w przebiegu koklusza u dziecka Gaz. Lek. 1884.

który się niczem od kokluszki nie różni, jak tylko mniejszą częstością napadów. Po przebyciu kokluszki lekka influenza już wywołuje recydywę kokluszki nawet w najcieplejszej porze roku.

Nakoniec wszystkie trzy w mowie będące choroby sprzyjają rozwojowi gruźlicy nie tylko u dzieci, ale nawet u dorosłych.

Gruźlica płuc lub gruźlica innych narządów a specjalnie opon mózgowych po kokluszce ma swe źródło przedewszystkiem w ogólnem charłactwie, jakie kokluszka za sobą prowadzi. Takie charłactwo rozwija się stopniowo przy dłuższem trwaniu choroby, pomimo braku powikłań ze strony oskrzeli i płuc. Codzienne doświadczenie daje nam liczne przykłady, że kokluszka nawet bez powikłań może być ciężką chorobą. Takie charłactwo objawia się utratą łaknienia, wychudnięciem, małokrwistością, złem trawieniem [biegunka albo zaparcie stolca], nakoniec podwyższeniem ciepłoty do rozmaitych, zwykle niezbyt wysokich granic. Gorączka bywa albo stała, albo przepuszczająca, z rannymi zwolnieniami, wogóle bez wyraźnego typu, a badanie chorego nie wyjaśnia nam dostatecznie jej przyczyny.

Przy braku wszelkich powikłań uważaną bywa gorączka za *signum mali ominis* i słusznie, gdyż przyczyną jej bywa zwykle ropienie w gruczołach oskrzelowych i innych, które jest pierwszym zwiastunem gruźlicy. Nie należy jednak sądzić, że już wtedy w ustroju znajdują się laseczniki, którym w końcu chory uległ musi. Przeciwnie, gorączka jest tu następstwem ropienia i charłactwa, a charłactwo jest to tło bardzo gościnne dla rozwoju laseczników.

Tysiące chorych pomimo ropienia gruczołów unika gruźlicy, tysiące natomiast ginie od gruźlicy, pomimo, że gruczoły ich są zupełnie zdrowe.

Przed kilkunastu laty robiłem sekcję chorego chłopca, zmarłego w szpitalu, z rozpoznaną za życia gruźlicą otrzewnej, wraz z prof. PRZEWOSKIM, a jednak nie udało nam się znaleźć pierwotnego ogniska gruźlicy.

Przed dwoma laty leczyłem na kokluszki z recydywą po kilku miesiącach, wywołaną przez odrę, troje dzieci sechotnika, którego matka zmarła na suchoty. U wszystkich bywały wahania gorączkowe, kilkakrotne zapalenie płuc i wycieńczenie w najwyższym stopniu. Chłopczyk 7-letni wyrzucał przy każdym napadzie kaszlu bardzo dużo śluzowo-ropnej płwociny, dziewczynka 5 i 3-letnia nie wiele mniej.

Badanie nie wykryło laseczników w płwocinie i z nadejściem letnich miesięcy przy zmianie mieszkania chorzy przestali gorączkować i kaszlać i wyzdrowieli zupełnie. Zażegnane na razie niebezpieczeństwo wisi jednak nad nimi w postaci dziedziczności. Pomimo to kokluszka słusznie budzi obawę, podkopując siły ustroju i wyradzając usposobienie do gruźlicy nawet u dzieci nie obarczonych dziedzicznością. U dzieci małych gruźlica zjawia się pod postacią zapalenia opon mózgowych, u starszych pod postacią gruźlicy przewlekłej płuc, kiszki, otrzewnej, nerek i innych narządów.

O ile leczenie małego może być skuteczne, o tyle zapobieganie ma wdzięczne i szerokie pole do popisu. Polega ono na zabezpieczeniu chorego od powikłań, chorób następczych i wszelkich innych cierpień, na leczeniu małokrwi-

stości i charłactwa, i dostarczeniu dobrego, łagodnego powietrza i pożywnej dyety. Zmiana klimatu niekiedy jest konieczną, a zawsze pożądaną na zimowe miesiące.

Hartowanie tak modne u nas i również modna hydroterapia w praktyce dziecięcej z wielką tylko oględnością mogą być stosowane; przy przekroczeniu zaś pewnych granic przyspieszają tylko rozwój gruźlicy.

Wysyłając do miejsc leczniczych dzieci bez względu na wiek, należy ściśle określić rodzaj zabiegów hydroterapeutycznych i sposób hartowania, gdyż zdarza się często, że lekarz zdrojowy, nie znający usposobienia chorego i warunków, w jakich był dotychczas wychowywany, postawi chorego w niemożności prowadzenia kuracyi przez narażenie go na zbyt silnie działające bodźce, wywołujące niepożądane powikłania.

Chorych nie należy wysyłać do miejsc leczniczych nawet w lecie dopóki gorączkują.

Wszelkie zaś wyjazdy w porze zimnej zbyt są ryzykowne, abyśmy dzieci schorowane na trudy dalekiej podróży mogli narażać. Natomiast pobyt na wsi w dobrych warunkach higienicznych oddać może chorym wielkie usługi.

Powikłania ze strony przewodu pokarmowego, ze względu na ich rzadkość i dalszy związek z kokluszem, pomieszczam na ostatnim planie. Tu należy nieżył żołądka i nieżył kiszek.

Nieżył żołądka wywołuje brak łaknienia, nieżył kiszek, biegunka niekiedy ze krwią, prowadzi czasem do głębszych cierpień błony śluzowej kiszek. Powikłania te zasługują na uwagę nawet wtedy, gdy niema cięższych powikłań ze strony płuc i oskrzeli, gdyż, jak słusznie zauważył kol. DYTEL, wybór środka leczniczego, który ma zmniejszyć liczbę i natężenie napadów kaszlu, zależy od stanu przewodu żołądkowo-kiszczkowego. Nadto choroby kiszek, wikłające koklusz nie są pożyteczne jeszcze dlatego, że sprzyjają rozwijaniu się charłactwa ogólnego, obrzęków i puchliny; a przy powikłaniach cierpieniem oskrzeli i płuc, krępują lekarza przy wyborze środków, a szczególnie przeszkadzają leczeniu tranem w jakiejby postaci. Na to użycie tranu przy charłactwie kokluszowem i przy przewlekłym astenicznem zapaleniu płuc pragnę w tem miejscu zwrócić uwagę kolegów. Jako środek odżywczy niczem się tran zastąpić nie daje. Zalecam go więc, o ile niema przeszkód ze strony przewodu pokarmowego i ufam jego działaniu.

Zaraźliwość koklusz ogólnie jest znana, usposobienie jednak do tej choroby mniejsze jest, aniżeli do odry. Niektóre dzieci odznaczają się nawet wielką odpornością na koklusz i nigdy go nie dostają. Z dwóch sióstr młodsza 5-letnia w 1892 roku przebywała ciężki koklusz, starsza 6-letnia nie okazała się wrażliwą na tę chorobę, pomimo, że kilkanaścioro dzieci w tym samym domu nie mogło się od niej uchronić; obie zaś dziewczynki w 1891 roku chorowały jednocześnie, co do dnia, na płonicę, a w 1893 na odrę.

Wogóle spostrzeżenia moje dowodzą, że odporność wobec odry i jej recydyw i powtórzeń odry jest nadzwyczaj małą u dzieci, odporność zaś wobec koklusz o wiele częściej się spotyka.

Recydywy koklusz są rzadkie, recydywy odry daleko częstsze.

Wbrew dawniejszym poglądom, że jeden zarazek wyłącza drugi, że jedna choroba zakaźna zabezpiecza od drugiej, koklusz często bywa powikłany przez odrę, szczególnie w porze zimowej, gdy odra panuje epidemicznie. Przebieg naturalnie staje się ciężkim nie tyle z powodu wysypki, która nigdy nie bywa zbyt silną, lecz przeciwnie, bladą i krótkotrwałą, ile z powodu powikłań, do których odra usposabia sama przez się. Wtedy spotykamy często ostre zapalenia krtani, oskrzeli i płuc o bardzo ciężkim przebiegu. Krup nieżytowy wymaga niekiedy pomocy operacyjnej, a zapalenia płuc i oskrzeli mają przebieg długi i asteniczny.

Przypadki tej kategorii często spotykałem w praktyce szpitalnej i miejskiej. I w czasie tych powikłań bywają także powtarzające się napady upadku sił, senności, podrażnienia naprzemian z przygnębieniem, co nadaje chorobie podobieństwo do zapalenia opon mózgowyc.

Płonicę również wielokrotnie spostrzegałem u chorych w przebiegu koklusu. I tu wysypka nie bywa silną, co przypisać należy małokrwistości i charłactwu. Powikłania jednak cierpieniem gardzieli, przechodzącym niekiedy na krtani (*laryngitis acuta*), znacznie pogorsza rokowania i utrudnia leczenie. Naloty w gardle bywają rozlane, atoniczne, rozszerzają się prawie zawsze na jamę noso-gardzielową, trąbki EUSTACHIUSZA, podniebienie miękkie i twarde, a nawet na język i wargi. Jeżeli chory przetrzyma te powikłania, zwykle następuje jeszcze zapalenie nerek o ciężkim i długim przebiegu.

Wszystkie te powikłania czynią koklusz jedną z cięższych chorób w wieku dziecięcym. Jakkolwiek bowiem nie każde dziecko chore na koklusz musi w dalszym jego przebiegu dostać zapalenia płuc, krupu, zapalenia nerek lub moczówki cukrowej, prawie każde z bardzo małym wyjątkiem podlega większemu lub mniejszemu charłactwu, które pozostaje przez czas dłuższy i przygotowuje grunt podatny dla wszystkich innych chorób, a przedewszystkiem dla gruźlicy. O ile przeto ważnem jest leczenie objawowe, t. j. łagodzenie napadów kaszlu, o tyle ważniejszym jest zapobieganie powikłaniom, leczenie ich i rozwijającego się następnie charłactwa. Tu higiena i dyetyka wchodzi w swe prawa i odnosi tryumfy daleko większe, niż medycyna, gdy się chorzy zbyt późno do jej pomocy uciekają.

Częstość powikłań. Wiele przypadków koklusu przebiega bez żadnych powikłań, wielu jednak chorych ulega im w przebiegu choroby lub też rozwijają się u nich choroby następce, których zejścia z góry przewidzieć niepodobna.

Dziecko, u którego się koklusz rozwinął, tem zwykle skłonniejsze jest do powikłań, im ustrój jego jest słabszy od urodzenia, lub skutek poprzednio przebytych chorób. Dzieci przeto dotknięte krzywicą, wodogłowie wrodzonym, obarczone syfilisem dziedzicznym, skrofulami lub gruźlicą, małokrwiste, nerwowe, rekonwalescenci po chorobach zakaźnych i płucnych, skłonne są do powikłań, które przepowiedzieć łatwo, a którym zapobiedz trudno.

Najlepiej stosunkowo znoszą koklusz i częściej unikają powikłań ssawcy i dzieci w pierwszym roku życia, gdyż otoczone bywają większą troskliwością

i mniej narażone na zmiany atmosferyczne w czasie przechadzek, zalecanych „dla szukania świeżego powietrza“.

Rzeczywiście dzieci takie rzadko nadzwyczaj umierają wskutek powikłań, gdyż rzadko im ulegają. Najczęstsze powikłania spotykamy u dzieci w 2—3 roku życia, w następnych latach są one stosunkowo rzadkie.

Oprócz tego powikłania zależą od klimatu, pory roku, warunków higienicznych, a po części od leczenia a raczej łagodzenia samych napadów kokluszki i wczesnego leczenia.

Choroby zakaźne, dołączające się do kokluszki, wpływają na pogorszenie ogólnego stanu chorobowego, tem groźniejszemi czynią powikłania, istniejące lub dołączające się w ich przebiegu.

W praktyce prywatnej średnio zamożnej, w której możliwy jest częstszy dozór lekarski i zachowanie odpowiednich przepisów profilaktyki powikłań i higieny wogóle, kokluszka daleko pomyślniej przebiega, aniżeli w szpitalu, gdzie zakażenia mieszane nie są wcale rzadkością. Leczenie jednak w szpitalu, pomimo częstości powikłań, szczególnie ze strony oskrzeli i płuc, daje lepsze rezultaty ubogim dzieciom, a przeto lepsze szanse wyzdrowienia, niż w domu ubogich i ciemnych rodziców.

Pod tym względem zasługuje na uwagę fakt, że w klienteli żydowskiej pomimo ubóstwa kokluszka lepsze daje rokowanie, niż *caeteris paribus* w klienteli chrześcijańskiej, gdyż tu rodzice inteligentniejsi i troskliwsi często wzywając lekarza, dają mu możność wcześniej zapobiegać chorobom, i wcześniej leczyć powikłania.

Z pośród chorób rozwijających się po upływie dłuższego czasu po przebyciu kokluszki, nie będących jednak na pozór w bezpośrednim związku z tą chorobą, najczęstszą i najgroźniejszą jest gruźlica płuc lub gruźlica opon mózgowych. Źródłem jej są zwykle gruczolę oskrzelowe, lubo za życia nie zawsze można cierpienie ich rozpoznać.

Niekiedy przewlekłe zmiany miąższu płucnego po pewnym czasie dają bodźce do choroby płuc, kończącej się gruźlicą ogólną, rzadziej gruźlicą płuc. Ropienie w gruczolach oskrzelowych niekiedy doprowadzić może do ropnego zapalenia opłucnej, kończącego się śmiercią w ciągu dni kilku. Przypadki takie spotykaliśmy w praktyce szpitalnej w oddziale kokluszowym a badanie pośmiertne potwierdzało rozpoznanie zrobione za życia.

Zdarzają się przypadki, w których dziecko ze znacznymi zmianami w płucach przybywa do szpitala, lub dostaje się pod opiekę lekarza bez ścisłych danych anamnestycznych. Kaszel ma tu charakter peryodyczny, co budzi prawdopodobieństwo kokluszki. Doświadczenie jednak wskazuje, że dzieci, dotknięte przewlekłym cierpieniem płuc, również miewają kaszel przychodzący napadami, a jednak nie mający nic wspólnego z kokluszem. Rozpoznanie w takich przypadkach jest bardzo niepewne, a chociaż co do terapii i rokowania niema ono wielkiego znaczenia, pod względem higieny i odosobnienia takich dzieci ważnem jest i nastęrcza w szpitalu pewne trudności co do pomieszczenia chorego w tym lub innym oddziale.

Niekiedy lekarz musi rozstrzygnąć pytanie; czy można dziecko choremu na koklusz zaszczyć ospę. Sądzę, że w razie panującej epidemii, lub nawet wtedy, gdy dziecko chcemy wysłać na wieś, lub pozwolić na wynoszenie go z domu, ospę bez obawy można zaszczyć. Poważniejsze powikłania z podwyższeniem ciepłoty stanowią tu przeciwwskazanie.

We Włoszech lekarze szczepią ospę w przebiegu koklusu; niektórzy nawet, według komunikatów w sekcji pedyatrycznej na zjeździe lekarskim w 1894 roku w Rzymie odbytym, szczepiąc ospę, zauważyli, że napady koklusu stają się lżejsze a przebieg jest krótszym. Uważają przeto szczepienie jako leczenie poronne koklusu. ¹⁾

Osobiście nie mogłem stwierdzić dotąd wpływu szczepienia ospy na przebieg koklusu, gdyż do szczepienia w takich warunkach nie miałem odpowiednich chorych. Nie wahałbym się jednak, gdyby szło o rozstrzygnięcie postawionego powyżej pytania, jakkolwiek leczenie poronne koklusu za pomocą szczepienia ospy wydaje mi się dotąd jeszcze niedowiedziona.

Wnioski. Z powyższych uwag o koklusu i jego powikłaniach, możemy wyprowadzić następujące wnioski.

1) Odporność na zarazek koklusu jest większą, aniżeli odporność na zarazek oory. Ssawcy a nawet noworodki chorują na koklusz, jeżeli mają sposobność zarażenia.

2) Dzieci, które raz okazały się odpornymi na koklusz, t. j. nie zarażyły się pomimo przebywania z chorymi, zwykle nigdy kokluszem się nie zarażają.

3) Jednorazowe przebycie koklusu nie zabezpiecza od powtórnego zarażenia. Powroty koklusu szczególnie po przebyciu powikłań płucnych są dosyć częste. Powtórne zarażenie kokluszem zdarzają się dosyć rzadko.

4) Odra wpływa na pogorszenie przebiegu koklusu, a nawet wywołuje powroty. Toż samo można powiedzieć o grypie, ostrych zapaleniach gardła i krtani i rozwijających się głębszych zmianach miąższu płucnego.

5) Często kontrola lekarska zapobiega powstawaniu powikłań i chorób następczych.

6) Leczenie w szpitalu chorych kokluszowych daje lepsze wyniki, niż w domu ubogich rodziców; rezultaty wogóle zależą od warunków higienicznych a szczególnie od stanu chorego przed zarażeniem się kokluszem.

7) Przy łagodzeniu napadów kaszlu, należy często [przynajmniej co tydzień] zmieniać środki lecznicze, gdyż dziecko łatwo się do nich przyzwyczaja, a wtedy przestają działać.

8) Zalecać należy staranne oczyszczanie jamy nosogardzieliowej ze śluzu, gdyż to osłabia częstość i siłę napadów zapobiega powstawaniu nieżytych oskrzeli i płuc *per continuitatem textus*.

9) W razie powikłań oskrzelowych i płucnych podtrzymywać siły chorego i wydzielinę śluzu z dróg oddechowych i strzedz się narkotyzacji, powstrzymującej kaszel.

¹⁾ Patrz Dziennik Zjazdu Lek. lub Pamiętnik tegoż. 1894.

10) Nienarażać dzieci chorych na koklusz, na dalekie przechadzki piesze „w celu szukania świeżego powietrza“ nawet wtedy, gdy nie ma poważniejszych powikłań ze strony oskrzeli i zabraniać pobytu po za domem w dnie chłodne i wilgotne. W razie powiększenia ciepłoty, w razie silniejszego niezytu oskrzeli chorych bezwarunkowo trzymać w łóżku, lub przynajmniej zabezpieczyć wszelkich wysiłków mięśniowych, jak bieganie, śpiew, czytanie i t. p.

11) Leczyć troskliwie wszelkie powikłania i choroby następce, przy czem leczenie ogólne należy mieć na względzie.

12) Zalecać należy oddzielanie chorych od zdrowych [szczególniej odnosi się to do dzieci, chodzących do szkoły], i nie wcześniej łączyć rekonwalescentów ze zdrowymi, aż zupełnie kaszel ustanie.

13) Zalecając leczenie klimatyczne, jak wyjazd w góry lub nad morze, należy się upewnić, czy chory nie gorączkuje i czy nie ma jakich ukrytych powikłań. Właściwie jednak chorych dotkniętych kokluszem nie powinniśmy wysyłać do miejscowości kuracyjnych, do których na lato przybywają rodziny z dziećmi, ani do miejscowości, w których się gromadzą suchotnicy na sezon letni. Wszelkie zaś wyjazdy w zimie na wieś uważam z góry za ryzykowne. Najwyżej możnaby zalecić zmianę mieszkania, choć i ten środek rzadko kiedy przynosi chorym istotną korzyść.

14) Dezynfekcyja mieszkania i odzieży chorych, oraz obowiązkowa kąpiel powinny być dokonywane tak po kokluzie, jak po wszystkich chorobach zakaźnych, a rzadko się to bardzo u nas praktykuje. Przy powrocie do szkoły uczniów i uczennic wymaganem być winno przez władzę szkolną świadectwo lekarskie. Dezynfekcyja gmachu szkolnego, szczególnie w klasach niższych, powinna również być robioną w czasie każdych wakacji; dziecko często zaraża się w szkole, pomimo, że inni uczniowie nie zdradzają objawów choroby w mowie będącej.

W czasie przebiegu choroby niezbędną jest dezynfekcyja płowociny chorych, jak również mas wymiotowanych.

15) Nakoniec ważnem jest dostarczenie chorym czystego, bogatego w tlen powietrza o temperaturze stalej nie niższej nad 15° R.. Wszelkie odświeżania za pomocą różnych środków pachnących, tak szeroko u nas stosowane, są niepotrzebne a nawet szkodliwe. Jedyne tylko olejki terpentynowy, jako przyjemny dla chorych i dobrze wpływający na błony śluzowe dróg oddechowych, może być zalecony; zapach kwasu karbolowego, a szczególnie naftaliny, rozdrażnia nerwy i płuca chorych, dla tego to środki te stanowczo wyłączyć należy.

Niekiedy jeszcze rodzice chorych domagają się od lekarza piśmiennego polecenia prowadzenia chorych dzieci do fabryki gazowej dla oddechania gazami węglowodorowymi. Nie sądzę, aby znalazł się jeszcze lekarz, któryby naraził chorych na takie leczenie. Poglądy takie winniśmy zwalczać między publicznością, zalecając przedewszystkiem czyste powietrze w mieszkaniu, staranne przewietrzanie i należyte ogrzewanie.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O DOSZCZĘTNEM LECZENIU SCHORZAŁYCH PRZYDATKÓW MACICY. SKUTKI TRZEBIENIA.

Opracował

D-r Fr. Stępkowski.

— † = † —

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 28].

Pytanie: ile ważną jest rzeczą dla ustroju kobiecego pozostawienie macicy przy odjętych jej przydatkach, jest jeszcze nierozstrzygnięte. Zwolennicy radykalnych operacji pochwowych utrzymują, że obawa skutków usunięcia kilku gramów tkanki mięsnej z punktu fizyologicznego jest płonną a niepowiednią, co do zupełnego wyzdrowienia, jest znacznie lepszą. Po wyjęciu przydatków macica, jeśli była prawidłową, zwykle zanika; gdy zaś jest w stanie zapalnym staje się siedliskiem uporczywych dolegliwości; przedewszystkiem służy ona za wrota dla następczych zakażeń ropnych otrzewnej: tworzą się wysięki w szypułach lub około nich, lub też sprawa przyjmuje charakter więcej pełzający, tworzy się wysięk plastyczno-włóknikowy, pozostaje znaczna ilość zrostów kiszek i sieci, wywołując przez to uporczywe bóle, przewlekłe zaparcie stolca, nieprawidłowe położenie macicy, krwawienie, upławy i t. d..

Macica w tych razach jest dla nich „*une quantité négligéable*” i dla drenowania usunięcie jej ma takie znaczenie, jak wyjęcie kawałka żebra przy *empyema pleurae*. Najlepszym dowodem tego jest następnie znaczna liczba wtórnych wyluszczeń macicy. SAENGER, LWOFF i inni są odmiennego zdania, utrzymując, że po usunięciu przydatków lepiej jest mieć jakąkolwiek macicę, choćby źle miesiączkującą, niż zupełnie jej nie mieć.

Zapewne krzywdę wyrządzamy chorej jeśli, wskutek błędnego rozpoznania obustronnego cierpienia przydatków, pozbawiamy ją możności rodzenia. Obecnie jednak *colpotomia explorativa* uczyniła znaczne postępy i po otworeniu jamy DOUGLAS'a jesteśmy w możności rozpoznać, czy przydatki są chore z obu stron, lub tylko jednostronnie i tym sposobem wstrzymać się w odpowiedniej chwili od operacji. Zresztą dziś jesteśmy w możności nie tylko przez próbne cięcie, lecz i przez staranne wszechstronne badanie, obserwowanie chorej lub przez próbne ukłucie rozpoznać nie tylko jednostronne lub dwustronne cierpienie, lecz i charakter jego: ropny czy też czysto zapalny.

SCHAUTA rozpatrując rezultaty obustronnej operacji *salpingo-oophorectomiae* pod względem kompletnego wyzdrowienia, przekonał się, że ze 172 chorych tylko 59,8% można było uważać za zupełnie zdrowych, a z 17 z jednostronnie usuniętymi przydatkami było zdrowych zaledwie 23,5%.

Widzimy zatem, że skutki obustronnego trzebieńcia z pozostawieniem macicy nie są tak pocieszające, a bardzo wątpliwe przy usuniętych tylko po jednej stronie przydatkach. Z tych powodów, zdaniem SCHAUTA'y, które podziela również LANDAU, należy przydatki usuwać zawsze z obu stron, pomimo że zdają się być zdrowe po drugiej stronie.

Przekonywamy się niejednokrotnie, że gdy podczas wyjęcia przydatków z jednej strony, po drugiej stronie je pozostawiamy, jako mało zmienione lub

zupełnie nawet zdrowe, po pewnym czasie ulegają te ostatnie również cierpieniu w tym samym lub silniejszym stopniu.

W histerektomii pochwowej w następstwie cierpień przydatków, nie trzymamy się jakiegosć ścisłego porządku w operowaniu a usuwamy naprzód to, co nam stoi na zawadzie. Zatem jeśli to będzie torbiel, to ją przekłóamy, jeśli guz twardy, to go kawałkujemy a następnie dopiero kawałkujemy macicę, gdy ona poprzedza, to ją naprzód usuwamy.

Dane statystyczne przekonywają nas, że odsetek śmiertelności przy operacjach pochwowych jest niższy, niż przy operacjach przez cięcie brzuszne. Otóż przy operowaniu przez ścianę brzuszną z powodu przewlekłych cierpień przydatków ropnego i nieropnego pochodzenia, odsetek śmiertelności był następujący:

TERRIER	143 przypadki,	18 śmierć.	= 12,7%
TERILLON	140 "	9 "	= 6,4 "
DOYEN	60 "	6 "	= 10,0 "
SCHAUTA	192 "	10 "	= 5,0 "
ZWEIFEL	140 "	1 "	= 0,7 "
MARTIN	61 "	12 "	= 19,6 "
JACOBS	86 "	5 "	= 5,7 "
GALLET-DUBOIS	93 "	6 "	= 6,4 "
LAWSON-TAIT	474 "	12 "	= 2,5 "
SAENGER	131 "	8 "	= 6,0 "
Razem	1626 operacji	92 śmierć.	= 5,59%

Z tychże samych powodów zrobiona histerektomia pochwowa dała mniejszy odsetek śmiertelności.

DOYEN	61 przypadków,	3 śmierć.	= 4,9%
JACOBS	149 "	3 "	= 2,0 "
PÉAN	150 "	1 "	= 0,66 "
RICHELOT	169 "	11 "	= 6,5 "
ROUFFORT	52 "	2 "	= 3,8 "
SEGOND	120 "	11 "	= 9,1 "
Razem	701 przypadków,	31 śmierć.	= 4,4%

W taki więc sposób różnica będzie o 1,19% na korzyść pochwowego wyluszczenia macicy. Przy wyjęciu macicy od strony pochwy z powodu ciężkich ropnych spraw podają:

ROUFFORT	42 przypadki,	11,4% śmierć..
RICHELOT	55 "	9,0 "
SEGOND	114 "	11,4 "
JACOBS	100 "	2,0 "
Razem	311 operacji	= 7,06% śmierć..

Podczas gdy z tychże powodów wykonane cięcie brzuszne dało 9,6%; zatem różnica 2,5% przypada na korzyść operacji pochwowych.

BANDRON taki stosunkowo duży odsetek śmiertelności u SEGOND'a objaśnia znaczną liczbą przypadków operowanych w prywatnej praktyce, w której warunki dla operowania są znacznie gorsze. Obecnie SEGOND śmiertelność ma wiele mniejszą od czasu, gdy zaczął stosować wyskrobywanie jamy macicy przed operacją.

Według RICHELOT'a zupełne wyleczenie po operacji *salpingo-oophorectomiae per coeliotomiam* nastąpiło w 64%, a po pochwowej histerektomii w 94%. Według LANDAU'a, nawet po sprawdzeniu po kilku latach, wyleczenie zupełne i zdolność do pracy otrzymano po pochwowem wyluszczeniu macicy w 92,8%. Kobiety, wyglądające przed operacją nędznie z powodu ropienia i bólów, po operacji przedstawiały się w kwitającym stanie zdrowia.

Co do uszkodzeń przy operacjach pochwowych sąsiednich narządów, jak: pęcherza moczowego, kiszki stolcowej, moczowodu, to się one nie zdarzają często, jak to widać z następującej tablicy:

Operator.	Ilość przypadków.	Uszkodz. pęcherza.	Uszkod. moczowodu.	Uszkod. kiszki stolcowej.
L. LANDAU . .	277	1	1	5
JACOBS . .	149	2	0	2
RICHELOT . .	169	1	1	1
SEGOND . . .	200	5	0	2
ROUFFORT . .	52	0	2	1
LAFOURCADE .	138	3	0	0

Wskazania do operacji pochwowych są obecnie znacznie rozszerzone. Do 1892 roku operowano przez pochwę tylko powiększone i opuszczone jajniki, torbiele jajowodowo-jajnikowe i zwykłą owaryektomię BATTERY'a. Obecnie przez pochwę operujemy znacznej wielkości guzy, dochodzące do pępka lub nieco wyżej nawet z zawartością 10—15 litrów płynu, lecz z warunkiem, żeby były ruchome i niezrośnięte ze ścianą brzuszną, ani z kiszkami. Do bardzo niedawnych czasów torbiele więzadeł szerokich operowano tylko przez cięcie brzuszne; dziś wielu autorów zgodnie twierdzi, że dadzą się one również pomyślnie operować od strony pochwy. Nie ma potrzeby zresztą wycinać całego worka, ponieważ po odcięciu części jego odżywianie będzie o tyle upośledzone, że pozostała część worka zaniknie. Nawet w razie zrostów lub wyrosli brodawkowych, możemy również operować od strony pochwy.

W przewlekłych cierpieniach przydatków ropnego i nieropnego pochodzenia mamy następujące sposoby operacji pochwowych:

- 1) *Colpotomia anterior* [DUEHRSEN, A. MARTIN, SCHAUTA i inni].
- 2) *Colpotomia posterior* [HEGAR, LANDAU, MACKENRODT i inni].
- 3) *Colpo-hysterectomia (castration de PÉAN)*.
- 4) *Colpo-hystero-salpingo-oophorectomia* [SAGOND, DOYEN, L. LANDAU, JACOBS].

Przez cięcie brzuszne są następujące sposoby:

- 1) *Coelio-salpingectomia i coelio-salpingo-oophorectomia uni s. b lateralis*.
- 2) *Coelio-salpingo oophorectomia bilateralis cum hysterectomia sapravaginati* [ZWEIFEL, H. KELLY, SAENGER].
- 3) *Coelio-salpingo-oophoro-hysterectomia totalis* [brzuszna radykalna operacja] [KRUG, DELAGÈNIÈRE, SCHAUTA i inni].

Wreszcie mieszany sposób operowania od strony pochwy i przez ściany brzuszne:

Hystero-salpingo-oophorectomia abdomino-vaginalis [L. LANDAU, CHAPUT, TRAZZI].

Wskazania do operacji PÉAN'a będziemy mieli:

- 1) w uporczywych i długotrwałych ropieniach tkanki łącznej miedniczej, gdy ropa znajduje się w kilku oddzielnych workach, pozrastanych z sąsiednimi narządami a także w ropotokach jajowodów, składających się z wielu oddzielnych worków, gdzie przecięcie i drenowanie byłoby zabiegiem niedostatecznym;

2) tam, gdzie dokonane cięcie brzuszne nie dało pożądaných wyników, t. j. pozostały ogniska ropne wokoło macicy lub przetoka.

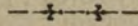
LANDAU na podstawie anatomicznych i klinicznych danych proponuje dla „*suppuration pelvienne*“ następujące leczenie:

1) Należy ściśle rozdzielać cierpienia jednostronne lub obustronne, pojedyncze ogniska ropne lub znaczniejszą ich ilość. Macicę należy usuwać tylko przy obustronnem ropnem cierpieniu przydatków.

2) Przy pojedynczym ropniu cięcie prowadzimy od strony pochwy lub przez ściany brzuszne. W razie wielu ropni po jednej stronie wycinamy je, zdrową zaś stronę pozostawiamy w spokoju.

[D. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



100. A. Baginsky. Najnowszy napad na leczenie błonicy surowicą.

Na posiedzeniu Tow. Lek. w Wiedniu w dniu 27. V. i 3. VI. r. b. usiłował Kassowitcz¹⁾ poddać w wątpliwość wszystkie dotychczasowe doświadczenia o dodatnim wpływie surowicy przeciwbłonicej.

Czcza szermierka językowa, wypływająca z braku własnego doświadczenia klinicznego, nie zasługiwałaby, zdaniem autora, na odpowiedź, gdyby nie potrzeba liczenia się z faktem, że istnieje spora ilość lekarzy, jeszcze większych od Kassowitcz'a sceptyków, gdyby nie obawa, że ci ludzie, znajdując poparcie w jego fałszywych wywodach, zaniechają użycia cennego środka w ciężkim przypadku błonicy. A wszakże idzie tu o życie ludzkie!

W odpowiedzi na wywody Kassowitcz'a, że stosunkowa cyfra śmiertelności spadła po wprowadzeniu surowicy wskutek ogólnego wzrostu ilości przypadków [a to mogło powstać przez wciąganie do rubryki „*dyphteritis*“ przypadków lekkich, dawniej za błonice nie uważanych], przytacza autor dane statystyczne ze swego szpitala, z których widać, że ogólna liczba przypadków w r. 1896, 1897, 1898 [po wprowadzeniu surowicy] była mniejsza, niż w r. 1892, 1893 [przed stosowaniem surowicy], a mimo to, stosunkowa śmiertelność wynosiła 8—13%, podczas gdy dawniej była 36—42%. Przytem stosunek ilościowy przypadków ciężkich do lekkich wcale się nie zmienił: w obu okresach wynosił on 1:5. B. zwraca uwagę na to, że po wprowadzeniu surowicy nie ma się w szpitalu do czynienia przeważnie z przypadkami lekkimi, jak to mniema Kassowitcz, lecz przeciwnie, z wielką ilością bardzo ciężkich.

Otrzymana przez Kassowitcz'a cyfra śmiertelności absolutnej, która przy stosowaniu surowicy, wcale się nie zmniejszyła, a w niektórych miastach [Londyn] nawet wzrosła, jak wykazuje B., pozbawiona jest wszelkiej wartości krytycznej, gdyż stanowi w danym razie jedynie wynik bezmyślnego dodawania: Kassowitcz nie zastanawia się wcale nad tem, czy dana śmierć, która częstokroć jego cyfry stanowi, nastąpiła, pomimo należytego leczenia surowicą, z uwzględnieniem wszystkich niezbędnych warunków. A przecież właśnie w Londynie, na który się Kassowitcz powołuje, i wogóle w całej Anglii, jak wykazały prace specjalnej komisji, fabrykowano surowicę, której ilość jednostek, na etykietach oznaczonych, daleką była od rzeczywistości zawartych.

¹⁾ P. Gaz. Lek. z r. b. Nr. 29. str. 753.

Ztąd wynika, że statystyka angielska bynajmniej nie dowodzi braku wszelkiej wartości leczniczej surowicy, lecz przeciwnie wskazuje, jak straszną chorobą jest dyfteryt, jeśli się nie ma do walki z nim środka istotnie działającego. Wskutek tego powtarza autor już raz wypowiedziane zdanie, [które KASSOWITZ na niekorzyść autora zmodyfikował], że na pomoc surowicy można tylko wtedy liczyć napewno, jeżeli się ją stosuje w należytej ilości i jak najwcześniej.

Po załatwieniu się ze statystyką, przystępuje autor do omówienia strony klinicznej.

Przytoczony przez KASSOWITZ'a chirurg ROSE nie może być sędzią miarodajnym w sprawie działania surowicy, gdyż nigdy jej nie stosował, będąc z zasady nieprzyjacielem tej metody leczniczej. BROWNE powstawał tylko przeciwko zapaleniu nerek, jakoby przez surowicę powodowanem, lecz został pobity przez lekarzy angielskich. Co zaś do WINTER'a, to BRAANNAN [w tym samym, co i WINTER szpitalu czynny] zbił systematycznie wszystkie jego wywody.

Objawy patologiczne ze strony serca i nerek, które KASSOWITZ przypisuje surowicy i uważa za powód dostateczny, aby ją usunąć z użycia, czyni autor zależnymi od jadu dyfterytycznego: ten ostatni powoduje tem większe szkody w ustroju, aż do zupełnego unicestwienia, im później daną będzie odtrutka w postaci surowicy.

Oświadczenie KASSOWITZ'a, że w przypadkach, w których uciekał się do surowicy, nigdy nie mógł osiągnąć szybkiego spadku ciepłoty, a przeciwnie często obserwował jej podniesienie, tłómaczy autor niestosownem [zbyt małe ilości na raz] dawkowaniem.

Zdzisław Markiewicz.

(Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 27. 1898).

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku zeszyt II Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, zawierający prace: J. LUXENBURGA, A. SOKOŁOWSKIEGO, K. STRÓŻEWSKIEGO, J. SUNDERLANDA, W. ZAHORSKIEGO, J. W. SAWICKIEGO, protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego od d. 22. II. do d. 31. V. r. b., rocznik Zarządu Towarzystwa oraz Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1897. Przegląd obejmuje referaty z 693 prac, ogłoszonych w różnych czasopismach polskich w r. 1897. Układ w nim został o tyle zmieniony, że podział na grupy zastosowano do porządku, przyjętego w „Wykazie oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1830 do r. 1890“, przez co Przegląd piśmiennictwa stanowi dalszy ciąg „Wykazu“, ułatwiający orientowanie się w nagromadzonym materiale. Z przyjemnością zaznaczyć należy, że Przegląd ma oddawna stałych współpracowników, którzy doskonałymi referatami wydawnictwo to zasilają, a jest to fakt wyjątkowy, gdyż od referatów w czasopismach lekarskich poważniejsi pracownicy przeważnie się uchylają. To poczucie obowiązku względem swojskiej literatury naukowej, wyrażające się sumienną a bezinteresowną pracą, zasługuje na wielkie uznanie.

Przełąd piśmiennictwa podzielony został na 25 działów, które mają następujących referentów: I. Anatomia, histologia i embryologia, E. W. ZIELIŃSKI. II. Fiziologia i chemia, E. W. ZIELIŃSKI. III. Anatomia patologiczna, J. RAUM. IV. Patologia ogólna i doświadczalna, K. CHEŁCHOWSKI. V. Bakteryologia i parazytologia, K. CHEŁCHOWSKI. VI. Dyagnostyka, J. PRUSZYŃSKI. VII. Terapia ogólna, J. PRUSZYŃSKI. VIII. Farmakologia, K. RZĘTKOWSKI. IX. Patologia i Terapia szczegółowa. A. Choroby przemiany materii, J. PRUSZYŃSKI. B. Choroby zakaźne, W. DĄBROWSKI. C. Choroby

narządów oddechowych, M. JAKOWSKI. *D.* Choroby serca, naczyń, śródpiersia i nerek, A. PUŁAWSKI. *E.* Choroby narządów trawienia, WŁ. BRUNNER. *F.* Choroby umysłowe, mózgu, rdzenia, nerwów obwodowych oraz nerwice, M. MĘZKOWSKI i R. RADZIWIŁŁOWICZ. *X.* Laryngologia i rinologia. *A.* Choroby gardzieli, krtani i nosa, W. SZUMLAŃSKI. *B.* Choroby uszu, W. SZUMLAŃSKI. *XI.* Chirurgia, *A.* Chirurgia ogólna, WŁ. SZTEYNER. *XI. B.* Chirurgia szczegółowa, *a)* Chirurgia głowy, WŁ. SZTEYNER, *b)* Chirurgia szyi, WŁ. SZTEYNER, *c)* Chirurgia klatki piersiowej i kęgosłupa, WŁ. SZTEYNER, *d)* Chirurgia jamy brzusznej, B. SAWICKI, *e)* Chirurgia narządów moczopłciowych, A. CIECHOMSKI, *f)* Chirurgia kończyn, A. CIECHOMSKI. *XII.* Choroby kobiece, ST. ZABOROWSKI. *XIII.* Akuszerya, M. ZWEIFBAUM. *XIV.* Choroby oczu, B. R. GEPNER [syn]. *XV.* Choroby weneryczne, J. GRABOWSKI. *XVI.* Choroby skórne, WŁ. KOPYTOWSKI. *XVII.* Medycyna sądowa, WŁ. ŚWIĄTECKI. *XVIII.* Hygiena i policja lekarska, J. LANDSTEIN. *XIX.* Klimatologia, balneologia i hydroterapia, H. DOBRZYCKI. *XX.* Epidemiologia, W. DĄBROWSKI. *XXI.* Szpitalnictwo, statystyka, sprawozdania, T. KORZON. *XXII.* Historia medycyny, bibliografia i życiorysy, H. DOBRZYCKI. *XXIII.* Varia, K. RZĘTKOWSKI. *XXIV.* Nowe przyrządy, W. ŚWIĄTECKI. *XXV.* Nowe książki, WŁ. JANOWSKI.

Spis rzeczy starannie przez redakcyę ułożony, ułatwia wyszukanie referatów, tembardziej, że tytuł pracy w nim raz tylko jest podany mianowicie tam, gdzie jest streszczony. Przegląd piśmiennictwa, obejmujący 353 stron streszczeń i 47 stron spisu rzeczy wyjdzie w oddzielnej odbitce. Cena odbitki kop. 50.

— Wobec zniszczenia, jakiemu uległ pomnik ś. p. GIRSZTOWTA w kościele św. Krzyża, Towarzystwo Lekarskie ma zamiar zastąpić go tablicą pamiątkową z bustem brązowym. Sprawą tą zajmuje się komitet, złożony z prezesa Towarzystwa, kolegi GEPNERA [ojca] oraz PESZKEGO i PRUSZYŃSKIEGO.

Zmarł 18 lipca r. b. w Krakowie

Dr. ALFRED OBALIŃSKI

profesor kliniki chirurgicznej Wszechnicy Jagiellońskiej.

Zawiadamiając czytelników o tym nowym bolesnym ciosie, jaki dotknął chirurgię polską, obszerniejszą wzmiankę o zmarłym odkładamy do następnego numeru.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Przegląd Lekarski*, № 29 BALLABAN, O cewkowym chorobie łączno-tkankowych w ciałku szklanem. BABIŃSKI, O objawie paluchowym. LEWKOWICZ, O fenokolu, analgenie, chinopirynie i euchininie, jako środkach przeciwwimniczych [dok.]. — *Pamiętnik Towarzystwa Lek.* Warsz. Z. II. J. LUXENBURG, Przyczynki do hematologii nerwice czynnościowych [hi-

sterylizacji i neurastenii]. A. SOKOŁOWSKI. Kamienie nerkowe niezwykłego składu i wielkości. K. STRÓŻEWSKI. Słów kilka w kwestyi leczenia władu rdzeniowego (*tabes dorsalis*). J. SUNDERLAND. 220 przypadków zwężenia i częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy pochodzenia poporodowego. W. ZACHORSKI. Zarys dziejów Cesarzowskiego Towarzystwa Lekarskiego w Wilnie [1805—1897] [dok.]. J. W. SAWICKI. Palowanie nerwowe jako równoważnik zjawisk psychicznych. — *Medycyna* Nr. 29. SACZEWICZ K. O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. STERLING S. Olej sezamowy. — *Kronika lekarska* Nr. 14, DOMAŃSKI St. Z dziedziny ubezpieczenia od przypadków.

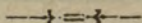
Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu D-ra ROMUALDA PŁĄSKOWSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1900 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim w terminie od d. 24 czerwca roku 1896, jako rocznicy śmierci testatora do dnia 31 marca 1900 roku, bądź też w rękopiśmie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1900 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rs. 185 kop. 25. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem co do prac w rękopismach — zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego,
W. Kosmowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z legatu śp. ROMUALDA PŁĄSKOWSKIEGO udzieloną będzie w miesiącu czerwca roku 1900 zapomoga pieniężna w kwocie rs. 185 kop. 25 dla delegata na jeden ze zjazdów psychiatrycznych, jakie w tymże roku odbyć się mogą, czy to w kraju, czy też za granicą. Delegat, w myśl woli testatora, obowiązany będzie po powrocie, w jaknajkrótszym terminie złożyć Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu treściwe sprawozdanie naukowe, które następnie wydrukowane będzie w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego. Prośby o powyższą zapomogę nadsyłane być mogą pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ [ulica Niecała Nr. 7], w czasie od dnia 1 stycznia do dnia 1 kwietnia roku 1900, z podaniem dokładnego adresu kandydata i wymienieniem zajęć lub prac w dziedzinie psychiatrii.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego,
W. Kosmowski.

DO PP. PRENUMERATORÓW.



Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty za 2-gie półrocze r. b., tych zaś Pp. Prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Вiсшави 19 Іюля 1898,

Друк Ковалевського. Warszawa, Mazowiecka 8

WINO SAINT-RAPHAËL

rokoznają się jako:

toniczne, wzmacniające i pomagające trawieniu.

Wybornego smaku.

Zachowuje się sposobem Pasteura.

Każda butelka opatrzona pieczęcią Rossyjskiej komory celnej i broszurą D-ra de Barre: O winie Saint-Raphaël, jako środku pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Studyum D-ra de Barre w ruskim, niemieckim, francuskim i polskim języku wysła się na żądanie.

Wino Saint-Raphaël sprzedaje się w lepszych handlach win, aptekach i aptecznych składach Rossyi.

Towarzystwo Saint-Raphaël
w Valence, Drôme (Francya).

12-12



OSTRZEŻENIE.

Compagnie du Vin de **Saint-Raphaël**
Valence, Drôme, France, założona w 1872 r.

podaje do wiadomości, że zjawilo się w sprzedaży fałszowane wino Saint-Raphaël, dla tego też prosi P. P. kupujących wino, by zwracali uwagę na fabryczny stempel (Trade mark) naszego wina. Każda butelka naszego wina jest opatrzona pieczęcią komory celnej, marką fabryczną i marką Związku fabrykantów dla walki z fałszyfikatami (Union des fabricquants pour répression de Contrefaçons) i broszurą D-ra de Barre o winie Saint-Raphaël jako o środku pożywnym, wzmacniającym i uzdrawiającym.

Nasze wino sprzedaje się.

w Warszawie u P. P. Ludwik Spiess i Syn, Seidel i S-ka, Singer i Stecki, J. Mrozowski, Unitas, F. Venoulot i S-ka, K. Lützner, A. Skorupski, Waligórski i we wszystkich lepszych aptekach.



H. KUCHARZEWSKI.

Główny Skład Wód Mineralnych naturalnych

przy APTECE, ulica Miodowa Nr. 4, Telefonu Nr. 753.

Z tegorocznych świeżych czerpań nadeszły wody mineralne wszystkich europejskich źródeł, jak również i krajowe.

Wraz z wodami nadeszły przetwory z tychże źródeł, tak do kąpiei, jak i wewnętrznego użytku.

Broszury oraz wskazówki zachowywania się przy wodach na żądanie są dołączane.

O czem mam honor WW. PP. Doktorów i Szanowną Publiczność zawiadomić.

Wody z mego Składu znajdują się w wielu Zakładach kąpielowych i w Aptekach.

H. Kucharzewski.

Magister Farmacyi.

12—7

Dom zdrowia dla nerwowych i umysłowych chorych.

Lublin. D-r Olechnowicz, Ordyn. oddziału dla chorób umysłowych przy szpitalu Św. Wincentego w Lublinie.

16—13

ŻEGIESTÓW w Galicyi nad POPRADEM

kolej, poczta, telegraf w miejscu

Najsilniejsza szczawa żelazista. Pora kąpielowa trwa od 20 Maja do końca Września. Kąpiele borowinowe, żelaziste, hydropatyczne i popradowe.

WODA ŻEGIESTOWSKA znajduje się we wszystkich wielkich Składach Wód Mineralnych.

Lekarz Ordynujący D-r Edward Brühl.

10—7

Sanatorium i zakład wodoleczniczy Bystra, obok Bielska, Szlak polski:

Stacya kolei Dziedzice - Żywiec,

2 godz od Granicy.

50 m. n. p. m. w przeszlicznej losistej okolicy. Ścisły internat. Najnowsze urządzenia wodolecznicze, elektroterapia, Kąpiele elektryczno-świetlne, sala dla gimnastyki leczniczej czynnej, biernej i szwedzkiej, kuracyo dyetetyczne i terenowe. Z komfortem urządzone sale wspólne: jadalna, konworsacyjna, bilardowa, fumoir i czytelnia. Elektryczne oświetlenie wszystkich ubikacyi, water-closets, wodociągi, i t. d. Telefoniczne połączenie ze Lwowem, Krakowem i Wiedniem.

Właściciel i kierownik:

D-r Ludwik Jekeles,

były sekundaryusz c. k. szpitala Rudolfa w Wiedniu. 6—6