

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O DORAŻNEJ POMOCY PRZY ZATRZYMANIU MOCZU.

Napisał

W. H. KRAJEWSKI

Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

(*Dalszy ciąg*).

II. Cewniki miękkie.

Do niedawna jeszcze fachowi chirurdzy uważali, iż uciekać się do użycia miękkiego cewnika w przypadku zatrzymania moczu jest to poniżać swą godność osobistą, slyszalem sam zdanie takie wygłoszone niejednokrotnie, spotykamy je też w dziełach zupełnie, wydawałoby się, kompetentnych; tak na przykład Geza v. Antal ²⁾ (str. 33) przepowiada miękkim instrumentom zupełną zagładę, a Dittel ³⁾ (str. 22) pisze: „Mit dem elastischen Catheter in der Hand begibt sich der Chirurg der Prærogative seines Wissens und concurrirt mit der Geduld und Zartheit des ungebildeten Laien, denn der Erste kann eben nichts anderes thun als der Zweite, das ist, das Instrument sanft vorschieben und hoffen, dass die Spitze des Catheters selbst den rechten Weg finde”. Podając w następnym rozdziale metody wprowadzania cewników miękkich, postaram się wykazać, iż wymaga ono też umiejętności; że się zaś chirurg zaopatrzy w cierpliwość i ostrożność laika, to mu się przyda, kto wie czy nie więcej jeszcze, przy wprowadzaniu instrumentów metalowych.

Pocieszającym objawem jest to, iż w miarę wydoskonalania fabrykacji instrumentów miękkich, zdobywają one sobie coraz szersze koło zwolenników, i to nawet w szeregach pierwotnie niechętnie na ich rozpowszechnienie patrzących chirurgów. Taki pierwszorzędny autorytet jak Thompson ⁴⁾ (str. 412) stwierdza, iż będąc przed kilkunastu laty, za przykładem większości chirurgów angielskich, sta-

nowczym przeciwnikiem cewników miękkich, powoli, bezwiednie prawie, doszedł do przekładania ich nad twarde. Cewniki te w istocie w większości przypadków mogą przynieść zupełnie ten sam pożytek co metalowe, z tą różnicą, iż ból odczuwany przez chorego jest daleko mniejszy, podrażnienie cewki prawie żadne, a, co za tem idzie, rzadziej następuje krwawienie z cewki i gorączka. Czyż tych przyczyn nie dosyć, aby skłonić do przekładania cewników miękkich nad metalowe, ilekroć się to okaże możliwem? Mniej wprawna ręka powinna stanowczo uciekać się do cewników miękkich i chwycić za metalowy dopiero wtedy, gdy miękkie okażą się niedostatecznymi, co jednak zdarzy się w kolosalnej mniejszości przypadków.

Wielkie korzyści, jakie osiągamy z zastosowania cewników miękkich, skłaniają mię do bardziej szczegółowego rozpatrzenia ich, tem więcej, iż, jak zauważyłem, wiadomości o różnych rodzajach cewników miękkich mało są między praktycznymi lekarzami rozprzestrzenione, co się dzieje naturalnie ze szkodą ich samych i chorych.

Jak to już wyżej powiedziałem odróżniamy: a) cewniki elastyczne i b) cewniki zupełnie miękkie.

A. Cewniki elastyczne.

Myśl stosowania w praktyce cewników miękkich kielkowała od dawna. Avicenna ²⁾ (str. 61) podaje opis miękkich kateterów ze skór różnych zwierząt, Fabricius ab Aquapendente ^{2b)} (str. 228) w 1565 roku używał cewników z płótna napojonego woskiem, Van Helmont ²⁾ robił je ze skóry gemzy i pokrywał powłoką chroniącą od rozkładającego wpływu moczu; Troja ²⁾ przygotowywał cewniki z psiej skóry i powlekał je warstwą lakieru kopalowego. Wszystkie te jednak, mniej lub więcej poronione, pomysły nie mogły wywalczyć instrumentom miękkim prawa obywatelstwa. Narzędzia te ciągle się psuły, pękały, zaciskały się w cewce tak, iż mocz wcale nie wypływał i dla tego powracano wciąż do metalowych. Główną wadą dawnych cewników była zła, zbyt krucha powłoka, którą pokrywano rusztowanie cewnika, przy najmniejszym zgięciu powłoka ta pękała i czyniła cewnik niezdatnym do użytku. Z chwilą wynalezienia rozpuszczalności kauczuku w eterze przez Macquier i Herissant (w 1768 r.) znaleziono odpowiednią powłokę dla kateterów, to też pierwszy Macquier zaczął je

przygotowywać w ten sposób, iż pręcik woskowy odpowiedniej grubości pokrywał warstwą rozpuszczonego w eterze kauczuku, po wyschnięciu pierwszej warstwy, nakładał drugą i t. d., aż do otrzymania należytej grubości warstwy kauczukowej, wtedy pogrążał całość we wrzącą wodę, w której się wosk roztopił i pozostawiała kauczukowa powłoka, której używał jako cewnika.

Theden²⁸⁾ z Berlina w 1777 roku wykazał, iż cewniki Macquier są zbyt miękkie, że światło ich zaciska się bardzo łatwo i podał opis swoich cewników, których rusztowanie było zrobione z cieniutkiego drutu okręconego jedwabiem: drutem takim obwijał spiralnie pręt stalowy i powlekał go roztworem kauczuku w eterze dopóty, dopóki nie powstała dość gruba warstwa kauczuku, wtedy usuwał pręt stalowy i cewnik był gotów. Cewniki te były zbyt sztywne.

Prawie jednocześnie z Thedenem zabrał się do pracy na tem polu jubiler Bernard we Francyi, zastąpił rusztowanie Thedena plecionką jedwabną i udało mu się wynaleźć doskonałą powłokę (którą trzymał w ścisłej tajemnicy) dla napajania rusztowania cewników, co znakomicie wpłynęło na rozpowszechnienie ich użycia. Wynalazek Bernard'a udoskonalili jeszcze Féburier i Lassère, już w naszym stuleciu, i odtąd cewniki elastyczne zdobywają sobie coraz to większe uznanie.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, sposób fabrykowania elastycznych cewników jest dotąd przechowywany w ścisłej tajemnicy i we Francyi jest udziałem kilku rodzin, w których tajemnica przechodzi z ojca na syna. Próby czynione w innych krajach, albo spełzły na niczem, jak w Niemczech lub też doprowadziły do wyrabiania cewników o całkiem innych własnościach, jak w Anglii naprzykład. Różnice we własnościach cewników francuzkich i angielskich są tak znaczne, iż w opisie musimy te 2 rodzaje cewników elastycznych od siebie oddzielić:

1) Cewniki francuzkie. O sposobie ich fabrykowania wiemy tylko tyle, iż rusztowanie jest utkane z jedwabiu (w cienkich numerach) lub bawełny (w grubszych), a następnie powlekane mieszaniną oleju lnianego z kauczukiem rozpuszczonym w eterze (stosunek ich wzajemny jest tajemnicą). Na to, aby powłoka nie pękała należy nałożyć przynajmniej 30 warstw, jedna na drugą, bez względu na

grubość cewnika ¹⁾; następna warstwa może być nałożona dopiero wtedy, gdy poprzednia wyschła zupełnie, w dodatku wysychanie to musi się odbywać przy stosunkowo niskiej ciepłocie (nie przenoszącej temperatury ciała) co trwa czasami 3 do 4 dni. Tak więc fabrykacja jednego cewnika trwa 4 do 5 miesięcy ²⁾ (str. 63). Wobec tak zmuśnej fabrykacji i zmonopolizowania jej w kilku zaledwie rękach nic dziwnego, iż zjawiają się często w sprzedaży złe narzędzia. Najczęściej dzieje się to wskutek chęci przyśpieszenia wysychania, przez podniesienie temperatury suszarni. Cewniki takie są kruche, psują się już po parokrotnem użyciu, a czasem koniec pęcherzowy może się oderwać i pozostać w pęcherzu; toż samo dotyczy cewników powleczonych zafałszowaną mieszaniną oleju lnianego z rozczynem kauczuku, zwykle dodają glejty lub sproszkowanej kości słoniowej w celu oszczędzenia drogiego kauczuku. Demarquay ²⁸⁾ pierwszy zwrócił na to uwagę, iż minimalne uchybienia w fabrykacji są nader szkodliwe i zaproponował nawet ustanowienie nadzoru policyjno-lekarskiego nad fabrykami narzędzi elastycznych, w praktyce okazało się to niewykonalnem. Chcąc mieć dobre instrumenty elastyczne pozostaje jedna tylko droga: zwracać się tylko do firm powszechnie znanych z dobroci wytwarzanych instrumentów ²⁾, i każdy kupowany instrument dokładnie obejrzeć i wypróbować.

Podług Voillemier'a ²⁾ (str. 63) dobry cewnik elastyczny francuzki powinien posiadać następujące własności: 1) Ściany cewnika muszą posiadać dostateczną odporność na to, aby światło nie zostało zamknięte przez skurcz zwieracza cewki. 2) Warstwa powłoki musi być dość gruba na to, aby ochronić rusztowanie od wpływu moczu, a jednak dość giętka, aby nie pękała. 3) Najgrubszy cewnik musi być na tyle miękki, aby się naginał do krzywizny cewki a najcieńszy musi posiadać dość odporności na to, aby się nie złamać. My dodamy jeszcze 4) Cewnik elastyczny powinien być tak zrobiony, aby go łatwo było oczyścić i aby się nie psuł od użycia płynów dezynfekcyjnych. Cewniki fran-

¹⁾ Mniejsza lub większa grubość osiąga się przez wyciąganie mniejszej lub większej ilości nitek z rusztowania cewnika.

²⁾ Jako takie firmy mogą polecić paryzkie fabryki: Galanthe, Lamotte i Vergne, ten ostatni jest obecnie dostawcą kliniki prof. Guyon'a w Paryżu.

cuzkie miękną od pogrążenia w gorącą wodę, twardnieją zaś cokolwiek po wymoczeniu w zimnej wodzie, zawsze jednak pozostają dość miękkie na to, aby zmieniać kierunek zgodnie z kierunkiem cewki; z powodu tej miękkości nie są w stanie zachować podczas wprowadzania krzywizny nadanej im ręką lekarza.

Forma, jaką fabrykanci nadają elastycznym cewnikom bywa bardzo rozmaita (fig. X), po większej części nadają

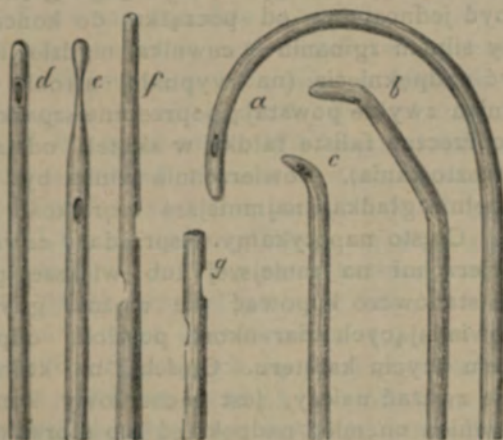


Fig. X.

im kształt rurek prostych, czy to cylindrycznych (d), czy konicznych (f), czy zakończonych oliwką łączącą się z resztą cewnika za pomocą cienkiej szyi (e), czy nareszcie opatrzonych otworem na samym końcu (g); robią jednak i cewniki kolankowato zgięte (c) i podwójnie załamane (b).

Cewnik taki jest albo cały czarny, albo też czarnym jest tylko koniec zewnętrzny, pęcherzowa zaś połowa jest jasno brązowa.

Pęcherzowy koniec cewnika ma zazwyczaj jedno oczko¹⁾; obecnie tę część cewnika, która przedłuża się po za oczko robią pełną dla uniknięcia zanieczyszczeń, oczko zaś takie ma formę rynienki, nie zaś otworu, w skutek czego daleko łatwiej je oczyścić.

Zewnętrzny koniec dawniejszego cewnika był opatrzony obwódka z laku, która się szybko kruszyła. P. Vergne

¹⁾ Dawniej robiono z oczka, obecnie pozostawiono tylko jedno oczko ze względu na łatwiejszą dezynfekcję.

bardzo słusznie zastąpił ją gładkiem lejkwatym rozszerzeniem, w którym doskonale daje się pomieścić zakończenie szprycy, jeśli potrzebujemy robić przestrzykiwania pęcherza. Każdy cewnik powinien być opatrzony pieczęcią firmy i numerem, któremu odpowiada; niefirmowanych cewników stanowczo nie radzę kupować.

Dobry cewnik jest zwykle matowy, zbyt wypolerowanych i błyszczących należy unikać. Przy wyborze cewnika trzeba przede wszystkim wypróbować jego giętkość, która powinna być jednostajna od początku do końca cewnika; nawet przy silnem zginaniu ¹⁾ cewnika, nigdzie nie powinny się tworzyć nadpęknięcia (na wypukłej stronie zginanego, złego cewnika zwykle powstają poprzeczne szparki, na wklęsłej zaś poprzeczne faliste fałdki, w skutek odstawania powłoki od rusztowania). Powierzchnia winna być sucha nie lepka i zupełnie gładka, najmniejsza szorstkość jest niedopuszczalna. Często napotykamy w sprzedaży cewniki o ziarnistej powierzchni na mniejszej lub większej przestrzeni, otóż takich stanowczo kupować nie można, gdyż w miejscach odpowiadających ziarenkom powłoka odpadnie, już po pierwszym użyciu kateteru. Częścią, na którą szczególniej bacznie zważać należy, jest pęcherzowy koniec cewnika: nie powinien on mieć nadpęknięć lub szorstkości, szczególniej zaś takich pęknięć, chociażby drobniotkich nie można tolerować na szyjce, łączącej w cewnikach oliwkowych, oliwkę z resztą cewnika. Oczka muszą być bardzo gładko odrobione, bez pęknięć lub nadżarć. W cewnikach kolanowato zgiętych należy dokładnie obejrzeć miejsce zgięcia i odrzucić wszystkie te instrumenty, w których znajdziemy nierówności, czy to na wypukłości, czy na wklęsłości kolanka, należy nadto wybierać tylko takie cewniki, w których oś dzioba jest dokładnem przedłużeniem osi trzonu (wspominam o tem, gdyż bardzo często, w skutek nie dość dokładnej fabrykacyi, osie te tworzą ze sobą kąt mniej lub więcej rozwarty, a wtedy cewnik jest nie do użytku).

¹⁾ Muszę tu zwrócić uwagę na to, iż próbując dobroć cewnika francuzkiego należy go zawsze *zginać*, nigdy zaś *rozciągać*, jak to robią niekiedy, gdyż przez forsowne rozciąganie można zerwać jedwabne utkanie cewnika, nie naruszając jego elastycznej powłoki, rozumie się, iż przy wyjmowaniu takiego cewnika oderwie się koniec pęcherzowy w miejscu uszkodzenia rusztowania jedwabnego. Analogiczny przypadek, który się zdarzył z zupełnie nowym cewnikiem, nieodpowiednio próbowanym, opisał dr. Rörig ⁴²⁾.

W ostatnich czasach przekonano się, iż, dotychczas używane, cewniki posiadają zbyt małą odporność na działanie środków antyseptycznych ¹⁾ (str. 39). dość jest kilkakrotnie obmyć cewnik francuzki, czy to w roztworze sublimatu, czy to kwasu karbolowego, aby utracił swą elastyczność i zaczął się kruszyć. Niedogodność tę usunął P. Ver-gue, wprowadzając do handlu cewniki opatrzone z zewnątrz i od wewnątrz powłoką chroniącą utkanie od zgubnego wpływu płynów antyseptycznych. Cewniki te są cokolwiek droższe, lecz znacznie trwalsze w użyciu.

Z pomiędzy różnych form cewników francuzkich, podanych na fig. X, najpotrzebniejszymi są: cewniki zakończone oliwką (fig. X lit. e) (à boule d'olive) i kolankowato zgięte (fig. X lit. c) (coudée lub à bequille), pierwszych należy posiadać seryję od 6 do 21 numeru skali Charrière'a, drugich dość mieć kilka sztuk (sześć) różnej grubości (od 13 do 22 n-ru) i wybierać najdłuższe egzemplarze. Lekarz, chcący mieć możliwość wykonywania katetyzacji na kierowniku (patrz niżej) musi też posiadać kilka cewników z obciętym końcem (à bout coupé) od n-ru 9 do 18 ¹⁾. Inne rodzaje cewników francuzkich są mniej potrzebne.

2) Cewniki angielskie posiadają zupełnie różne od francuzkich własności, są daleko twardsze i zachowują, do pewnego przynajmniej stopnia, nadaną sobie formę. Fabrykacja ich datuje się od chwili, w której Sir Everard Home ²⁾ (str. 233) nauczył używać za powłokę dla rusztowania nicianego cewnika mieszaniny oleju lnianego z glejtą. Powoli udoskonalono pomysł Home'a i obecnie cewniki te pod względem gładkości i trwałości nie pozostawiają nic do życzenia, są jednak zbyt twarde, trudniej od francuzkich naginają się do załamów cewki i dla tego są niebezpieczniejsze; mają zaś, nad francuzkimi tę wyższość, iż, rozmiękczone w gorącej wodzie, dają się doskonale modelować i zachowują nadaną sobie formę, po ostudzeniu w zimnej wodzie ²⁾. Cewników angielskich właśnie z po-

¹⁾ Tuzin cewników francuzkich kosztuje 6 rs. 50 kop.

²⁾ Guterbock ²⁸⁾, pisząc o różnicy między cewnikami francuzkimi i angielskimi przypisuje własność zatrzymywania, raz nadanej, krzywizny cewnikom francuzkim, i powołuje się na Thompsona, tymczasem Th. w odnośnym miejscu z naciskiem podnosi zaletę zatrzymywania nadanej krzywizny w cewnikach angielskich i twierdzi, że jest to jedyna ich przewaga nad francuzkimi. Taż sama omyłka, dająca się objaśnić jedynie niezrozumieniem tekstu zakradła się i do artykułu d-ra Ruben'a ⁴⁷⁾.

wodu ich względnej twardości nie używa się nigdy pod postacią prostych rurek, jak większość francuzkich, lecz nadaje im się zawsze formę cewnika krzywego, taką też formę, o bardzo zresztą dowolnej krzywiznie, posiadają cewniki znajdujące się w sprzedaży.

W handlu spotykamy z gatunki cewników angielskich: lepszy gatunek ciemno-wiśniowego koloru, bardzo gładki, starannie odrobiony, z bardzo ściśle utkanem rusztowaniem jest prawie zupełnie nie znanym w naszych składach, zapoznałem się z nim dopiero wtedy, gdym sprowadził cewniki angielskie z Londynu, od firmy Krone and Sesemann; przewyższa on o wiele, tak pod względem trwałości jak i gładkości, gatunek gorszy jasno ceglastego koloru, o luźniejszym utkaniu rusztowania, który jest powszechnie sprzedawany u nas.

Cewnik angielski jest to cylindryczna rurka, ślepo zakończona, o jednym oczku przy końcu pęcherzowym, opatrzona kościaną nasadką, przy końcu zewnętrznym; przez taki cewnik, dowolnie przez fabrykanta skrzywiony, przebiega aż do ślepego zakończenia drut dość gruby, grający rolę prawidła (mandrin), którego zadaniem utrzymać raz nadaną cewnikowi formę.

Cewniki te rzadko bardzo są używane, jedynie ta ich własność, iż zachowując lepiej od francuzkich nadaną sobie formę, może się stać pożyteczną w przypadkach trudnej kateteryzacji przy przeroście gruczołu krokowego; tylko należy pamiętać, iż krzywizny spotykane w handlu są złe, że zatem należy samemu sobie odpowiednie krzywizny porobić. Thompson radzi zawczasu przygotować potrzebne krzywizny, przez odpowiednie zgięcie tkwiącego w cewniku druta, przy czem należy baczyć, aby sam koniec druta był dobrze zgięty i dla tego do zginania go używać szczypczków, gdyż palcami nigdy nie będziemy mogli nadać mu dostatecznego zakrzywienia. Na fig. XI przedstawione są krzywizny najczęściej przez Thompsona używane. Nadto Thompson nadaje niekiedy cewnikom angielskim przesadną krzywiznę (patrz fig. X lit. a) i wprowadziwszy drut pozostawia go w nich na parę miesięcy; dopiero przed samem użyciem cewnika drut się usuwa i cewnik wprowadza się bez prawidła, w skutek jednak długiego przechowywania go w stanie nadmiernie skrzywionym, dziób takiego cewnika będzie miał tendencję do zaginania się w stronę wkle-

słości, a więc będzie ściśle przylegał do górnej ściany cewki.

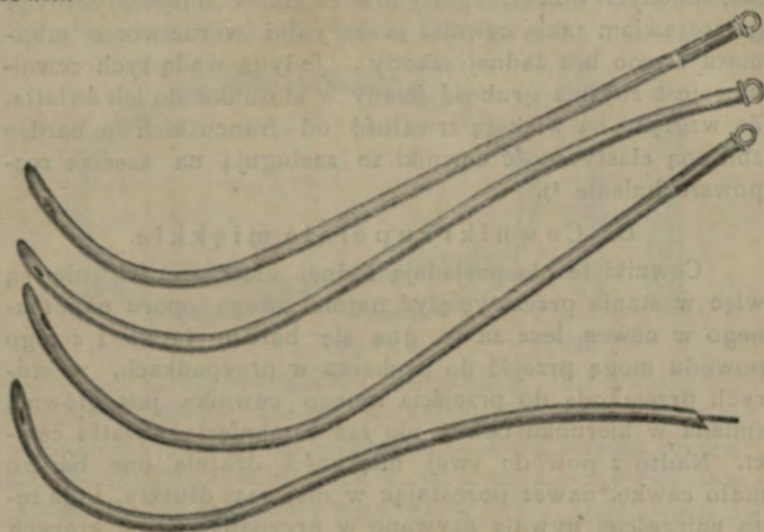


Fig. XI (podług Thompsona).

Przy kupowaniu cewników angielskich należy zwracać szczególną uwagę na ich gładkość, foremność oczka, brak poprzecznych pęknięć na powłoce i czystość (brak rdzy) tkwiącego w nich drutu. Przy używaniu należy pamiętać, że nie można wyprostowywać żadnego angielskiego cewnika przed ogrzaniem go w gorącej wodzie, bo popęka.

Dla praktycznego lekarza wystarczy zaopatrzenie się w parę takich cewników, odpowiadających najgrubszemu numerom skali angielskiej (nr. 8—12¹⁾.

3) Cewniki celluloidowe elastyczne czarne, tak zwane antyseptyczne zostały niedawno oddane do użytku przez firmę Krone and Sesemann. W handlu spotykają się pod postacią czarnych rurek zakończonych oliwką, albo też opatrzonych kolankiem, imitują cewniki francuskie à boule d'olive i à bequille, pod względem zaś elastyczności i giętkości śmiało rywalizować z nimi mogą. Pod wpływem gorącej wody mięknią, dają się modelować, tak, że można z cewnika kolankowatego zrobić na przykład podwójnie załamany, i zachowują nadaną sobie

¹⁾ Cena jednego tuzina lepszego gatunku wynosi u Krone and Sesemann na miejscu rs. 3, tuzin gorszego gatunku cewników kosztuje 1 rs. 50 kop.

formę. Nadto, co najważniejsze, znakomicie znoszą działanie, mocnych nawet, rozczyńców środków antyseptycznych (pozostawiam takie cewniki przez 3 dni w roztworze sublimatu 1:1000 bez żadnej szkody). Jediną wadą tych cewników jest zbyt duża grubość ścian w stosunku do ich światła. Ze względu na większą trwałość od francuzkich a bardzo zbliżoną elastyczność cewniki te zasługują na szersze rozpowszechnienie ¹⁾.

B. Cewniki zupełnie miękkie.

Cewniki te nie posiadają żadnej elastyczności, nie są więc w stanie przewyciężyć najmniejszego oporu napotkanego w cewce, lecz za to gną się bardzo łatwo i z tego powodu mogą przejść do pęcherza w przypadkach, w których przeszkodą do przejścia innego cewnika jest głównie zmiana w kierunku cewki, nie zaś zamknięcie światła cewki. Nadto z powodu swej miękkości drażnią one bardzo mało cewkę, nawet pozostając w niej czas dłuższy, i dla tego najczęściej bywają używane w przypadkach, w których musimy zostawić cewnik na stałe (à demeure). Chcąc użyć taki cewnik tam, gdzie istnieją przeszkody w samym świetle cewki, możemy naciągnąć go na prawidło (mandrin) ²⁾ dla przeprowadzenia, a następnie, usunąwszy twarde prawidło, korzystać z przewagi, jaką przedstawia pozostawianie w cewce miękkiego instrumentu. Do tej kategorii cewników zaliczamy:

1) Cewniki z kauczuku wulkanizowanego. Wprowadzone po raz pierwszy przez Nelaton'a ⁴⁶⁾ w 1863 roku, pierwotkowo przedstawiały się jako szarawe, miękkie rurki o grubych ścianach i małym świetle; powoli udoskonalono ich fabrykację i obecnie cewniki z wulkanizowanego kauczuku, są to miękkie rurki ślepo zakończone, ceglastego koloru, bardzo rozciągliwe, opatrzone przy pęcherzowym końcu jednym tylko oczkiem, u zewnętrznego zaś końca posiadają małe zgrubienie gruszkowate (tak zwane dotychczas katetery Nelaton'a), lub też są równo obcięte (tak zwane katetery Jacques Patent), te ostatnie są daleko lepsze i trwalsze.

Na fig. XII jest przedstawiony taki właśnie cewnik Jacques Patent. Jak już wyżej powiedziałem, cewniki te

¹⁾ Cena tuzina takich cewników wynosi 7 rs. 50 kop.

²⁾ Patrz niżej.

opatrzone są jednym tylko oczkiem; część cewnika, znajdująca się pomiędzy oczkiem a ślepyim końcem, bywa albo pełną (fig. XII lit C), lub też światło cewnika przedłuża się

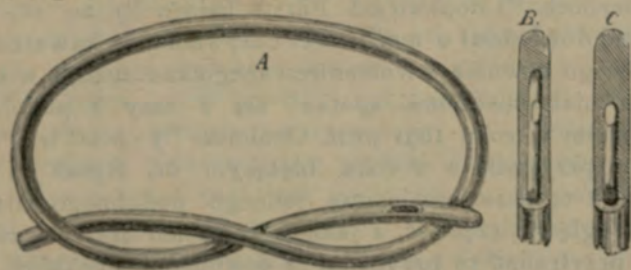


Fig. XII.

jeszcze po za oczko i kończy w mniejszej lub większej odległości od ślepego końca (fig. XII lit. B); pierwszy rodzaj cewników z pełnem zakończeniem daje się łatwiej oczyścić, lecz do takich cewników, jak to niżej zobaczymy, nie można zastosować prawidła, dla tego też używam stale cewników ze światłem, przedłużającym się po za oczko. Trudność w oczyszczaniu takich cewników jest mało ważną z powodu tolerancji ich na mocne roztwory antyseptyczne, w których przez kilka godzin z rzędu, bez szkody, przebywać mogą; muszę tu zaraz zaznaczyć, iż stałe pozostawianie cewników z wulkanizowanego kauczuku w płynach antyseptycznych jest nie dobre, gdyż cewniki te pęcznieją bardzo od wody i stają się w skutek tego niezdatnymi do użytku.

Kupując cewnik miękki należy przedewszystkiem zwracać uwagę na dokładną jego rozciągliwość i miękkość; nigdzie nie może mieć stwardnień i powinien się dać rozciągnąć w trójnasób bez pęknięć. Oczko cewnika powinno być bardzo gładkie, nie wycinane w zrobionym już cewniku, lecz wyrobione podczas samej fabrykacji (tak zwane *Samm eta uge Fürstenheim'a*⁴⁵⁾). Światło ma być możliwie duże, nie należy jednak kupować cewników, w których obszerność światła powstała kosztem grubości ściany, gdyż cewnik o cienkich ścianach staje się bardzo prędko niezdatnym do użytku.

Nie da się zaprzeczyć, iż nieopatrzne użycie cewników miękkih, bez należytego zwracania uwagi na zmiany, jakim taki cewnik ulega, przy leżeniu lub przy częstszem stosowaniu jednego i tego samego egzemplarza, jest połączone z pewnem niebezpieczeństwem. Już Dittel⁵⁾ (str. 23) w 1880

roku opisał oderwanie się i pozostanie w cewce kawałka najlepszego cewnika kauczukowego (Jacques Patent); o tym pojedynczym przypadku, widocznie zapomniano i dla tego to Guterbock ⁴⁶⁾ dopiero od Fürstenheim'a ⁴²⁾ ze zdziwieniem się dowiedział o możliwości oderwania się kawałka pęcherzowego cewnika z wulkanizowanego kauczuku, a wkrótce sam miał sposobność spotkać się z razą z podobnym zdarzeniem; w roku 1891 prof. Obaliński ⁴⁹⁾ opisał trzy analogiczne przypadki a w roku bieżącym dr. Sysak ⁵⁰⁾ pośpieszył z ogłoszeniem jeszcze jednego podobnego zdarzenia. Względna częstość, z jaką w ostatnich czasach zaczęły się przytrafiać te przypadki z cewnikami miękkimi, nie jest następstwem pogorszenia się sposobu ich fabrykacji, lecz wynika w skutek większego rozpowszechnienia się ich zastosowania i to głównie w celu dokonywania kateteryzacji przez samego chorego. Cewniki te, dostając się do rąk ludzi nie dość obznajmionych ze sposobem ich użycia i przechowywania, powoli tracą swą odporność, aż w końcu przychodzi do katastrofy, która najczęściej następuje podczas zbyt raptownego usuwania cewnika.

W cewnikach Nelaton'a występują dwa rodzaje zmian zależnie od tego, czy zbyt długo leżały bez użytku w suchym miejscu, czy też za często używano jednego i tego samego cewnika. W pierwszym razie cewnik dobry (Jacques Patent) staje się zupełnie twardym, a przy próbie zgięcia łamie się; gorsze gatunki (właściwe Nelaton'a) nie dosięgają tej zupełnej twardości, zachowują pewną rozciągliwość, co jest gorszem, gdyż może w błąd wprowadzić; jeśli się uważnie przyjrzeć takiemu cewnikowi podczas rozciągania, to się przekonamy, że rozciągliwość zachowała się tylko w głębszych warstwach, zewnętrzna zaś warstwa stwardniała i przy rozciąganiu popękała na wążutkie pierścienie. Rozumie się, iż takich cewników stanowczo wprowadzać nie należy ¹⁾. W skutek długiego używania i nieuniknionego stykania się z różnorodnymi płynami (mocz i pły-

¹⁾ Englisch ¹¹⁾ (str. 129) powiada, że cewnik Nelaton'a stwardniały można doprowadzić jeszcze na czas jakiś do pożądanego stanu, przez napojenie go oliwą, po czem E. pozwala wprowadzić go z ostrożnością, jeśli lepszego cewnika nie ma pod ręką. Mnie się zdaje, iż, wobec mnożących się przypadków oderwania pęcherzowego końca, stanowczo należy zaniechać zastosowania takiego podejrzanego cewnika.

ny antyseptyczne) cewnik Nelaton'a staje się grubszym, a następnie wydłuża się i mięknie, powoli traci swą elastyczność, tak, iż wprawdzie rozciągać się daje, lecz, po rozciągnięciu, nie powraca już do poprzedniej długości, kurczy się cokolwiek, ale będzie dłuższym jak przed rozciągnięciem; tu powinien być kres dalszego używania takiego cewnika, w przeciwnym bowiem razie narażamy się na oderwanie kawałka podczas kateteryzacji. Im cieńsze ściany posiada cewnik Nelaton'a, tem prędzej ulega, opisanym wyżej, zmianom, dla tego też zaznaczyłem, iż należy wybierać cewniki o grubych ścianach; w dodatku cewniki lepsze (Jacques Patent) rzadziej i trudniej się zmieniają jak gorsze (właściwe Nelaton'a), ponieważ jednak znacznie stosunkowo wyższa cena pierwszych ¹⁾ może stanąć na przeszkodzie zastosowania ich u biedniejszych, można więc uciekać się w takich razach do używania gorszych gatunków, należy tylko pamiętać samemu i chorego nauczyć, aby przed każdym użyciem próbował wytrzymałość cewnika przez umiarkowane rozciąganie go lub związywanie na węzeł.

Praktyczny lekarz powinien posiadać przynajmniej pół tuzina cewników Nelaton'a, których grubość odpowiadać powinna średnim numerom skali francuskiej. W trusie d-ra Bazy (trousse d'urgence) znajdujemy sześć cewników Nelaton'a od n-ru 14 do 19.

2) Cewniki jedwabne wprowadzone od niedawna, zrobione są z rusztowania jedwabnego plecionego, pokrytego powłoką jasno słomkowego koloru, bardzo giętą i plastyczną. Pod względem konsystencji zajmują średnie miejsce pomiędzy cewnikami z wulkanizowanego kauczuku a francuzkami elastycznymi; są cokolwiek twardsze od pierwszych, a miększe i mniej elastyczne od drugich. Powierzchnia ich, idealnie gładka, sprawia, iż nie drażnią cewki nawet przy bardzo długim pozostawaniu na miejscu; światło mają obszerne, ściany stosunkowo cienkie, a jednak nie tak ustępliwe, aby je skurcz zwieracza mógł zbliżyć do siebie. Ta obszerność światła i cienkość ścian stanowi główną przewagę tych cewników nad cewnikami z wulkanizowanego kauczuku, nadto posiadają one daleko większą trwałość, nie psują się od suchego ciepła i można je daleko

¹⁾ Tuzin cewników Jacques Patent kosztuje 6 rs. 50 kop. Tuzin zaś cewników Nelaton'a u Vergne'a płaci się 2 rs. 10 kop.

dłużej używać bez jakiegobądź zmiany; za to są bez porównania droższe. W handlu istnieją 2 gatunki tych cewników: lepszy gatunek idealnie miękki i giętki nie jest do nas sprowadzany, różni on się od gorszego gatunku, sprzedawanego w składach warszawskich, delikatnością utkania rusztowania; jednak, nawet ten gorszy gatunek okazuje się bardzo dogodnym i trwałym w użyciu. Więszemu rozprzestrzenieniu tych cewników przeszkadza jedynie wygórowana ich cena ¹⁾. Cewnikom tym nadają formę cylindryczną, kolankowato zgiętą (Mercier) lub też opatrują je oliwką (à boule d'olive), najczęściej używają się cylindryczną tę formę radziłbym jedynie nabywać. Przy kupowaniu należy zwracać uwagę na oczko cewnika i odrzucić te egzemplarze, w których brzegi oczka są choć trochę nadpęknięte.

Na tem kończę opis różnego rodzaju cewników używanych przy zatrzymaniu moczu; jak widzimy zapas jest znaczny, a każdy rodzaj ma swe zalety i wady, które postarałem się w powyższym wykazać; tu jeszcze nadmienić mi wypada, iż własności fizyczne i forma nadawana cewnikom nie pozostają bez wpływu na wskazania do ich użycia i na sposób wprowadzania; szczegółoly pod tym względem znajdzie czytelnik w następnych rozdziałach niniejszej pracy. Tutaj wypada mi opisać jeszcze jedno narzędzie niezbędne, mojem zdaniem, dla niosących pomoc chorym z zatrzymaniem moczu, chcę mianowicie powiedzieć kilka słów o prawidle.

Prawidło ²⁾ (mandrin), jest to mniej lub więcej gruby drut, przebiegający od zewnętrznego aż do ślepego końca cewnika. Pierwiastkowo robiono prawidła z cienkiego drutu i dodawano je do cewników metalowych w celu ułatwienia oczyszczania ich wewnętrznej powierzchni, a do cewników elastycznych dla nadania większej odporności; jeszcze dotychczas większość fabrykantów sprzedaje cewniki metalowe i elastyczne angielskie opatrzone takimi cienkimi drucianami prawidłami. Pierwszy Voillemier ²⁾ (str.

¹⁾ Jeden cewnik w Warszawie kosztuje 1 rs. 20 kop.; w Londynie tuzin cewników lepszego gatunku płaci się 8 rs., tuzin zaś gorszych 6 rs.

²⁾ Nie wiem, czy wybrana nazwa polska jest zupełnie odpowiednią, ale nie mogłem wynaleźć lepszej, mogłem zamiast użytej posługiwać się nazwą kierownik, ponieważ jednak mandrin'em posługujemy się dla nadania kształtu i odporności cewnikom miękkim lub dla wypełnienia świa-

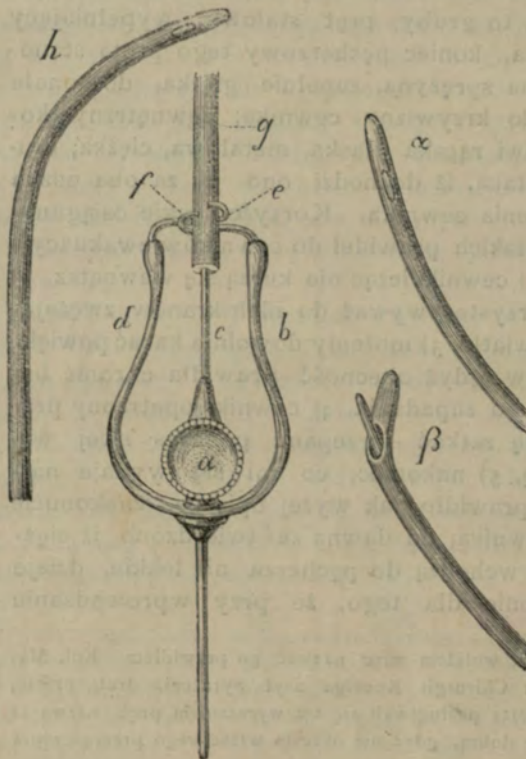
77) zauważył, iż cienki drut włożony do cewnika elastycznego nigdy nie stanowi jednej całości z tym cewnikiem, porusza się i wysuwa podczas dokonywania katetyzacji, może więc wyleźć przez oczko cewnika i zranić cewkę; dla uniknięcia tej niedogodności zaproponował Voillemier używanie prawideł, w których zagięta część, nadająca odpowiednią krzywiznę cewnikowi nie jest okrągła, lecz trójkanciasta i które są opatrzone płaską rękojeścią. Był to pierwszy krok na drodze udoskonaleń, którym stopniowo ulegały prawidła nim je doprowadzono do ostatecznego wykończenia.

Obecnie większość klinicystów do opróżnienia pęcherza używa cewników metalowych bez prawideł, posługują się zaś temi ostatnimi dla cewników o wielkich oczkach, służących do usuwania odłamów kamienia. Ja poleciłem dorobić prawidła do wszystkich moich metalowych cewników ewakuacyjnych. Prawidło przezemnie używane jest zupełnie identyczne z prawidłem cewników Collin'a do lithotrypsyi, a więc jest to gruby pręt stalowy, wypełniający całe światło cewnika, koniec pęcherzowy tego pręta stanowi spiralnie skręcona sprężyna, zupełnie giętka, doskonale się akkomodująca do krzywizny cewnika; zewnętrzny koniec prawidła stanowi rączka płaska, metalowa, ciężka; długość prawidła jest taką, iż dochodzi ono po za oba oczka do ślepego zakończenia cewnika. Korzyści, jakie osiągamy przez zastosowanie takich prawideł do cewników ewakuacyjnych są rozliczne: 1) cewniki leżąc nie kurzą się wewnątrz, 2) nie potrzebujemy przystosowywać do nich kranów, zwężających niepotrzebnie światło, 3) możemy dowolnie kazać powiększyć oczko cewników, gdyż obecność prawidła chronić będzie błonę śluzową od zapadania, 4) cewnik, opatrzone prawidłem nie może się zatkać skrzepami podczas swej wędrówki przez cewkę, 5) na koniec, co mi się wydaje najważniejszem, takie prawidło, jak wyżej opisane, znakomicie powiększa ciężar cewnika; od dawna zaś twierdzono, iż ciężkie narzędzia lepiej wchodzi do pęcherza niż lekkie, dzieje się to prawdopodobnie dla tego, że przy wprowadzaniu

tych cewników metalowych, wolałem więc nazwać go prawidłem. Kol. Matlakowski w tłómaczeniu Chirurgii Koeniga użył wyrażenia drut, pręcik, tłómacze chirurgii Emmerta posługiwali się też wyrażeniem pręt, nazwa ta wydała mi się jednak nie dobrą, gdyż nie określa właściwego przeznaczenia narzędzia.

cięższego narzędzia skłonni jesteśmy zaufać temu ciężarowi i mniej kierujemy cewnikiem, zadawalniając się kontrolowaniem sposobu, w jaki się on własnym ciężarem naprzód posuwa. Zdaje mi się, że, przytoczonych tu korzyści dosyć, aby zachęcić do zastosowania prawideł do cewników ewakuacyjnych metalowych.

Prawidła dla cewników miękkich też powinny być zrobione z grubego drutu stalowego, nie dającego się giąć dowolnie, dla tego też należy mieć przynajmniej z takie druty: jeden o wielkiej krzywiznie Guyon'a, drugi kolankowato zgięty. W ostatnich czasach podano kilka różnych sposobów do należytego utrzymania cewników miękkich na prawidłach, w handlu spotykamy prawidła: Englisch'a, Guyona, Dittla i Hansmanna, opatrzone przyrządami uniemożliwiającymi zsuwanie się z nich cewników; najpraktyczniejszym wydaje mi się przyrząd Hansmanna (z Hamburga) i dla tego podaję tu jego opis i rysunek:



Objaśnienie rysunku. Prawidło dr. Hansmann'a dla cewników miękkich: a śruba, c pręt stalowy, b i d ramiona sprężyny utrzymującej haczyki e i f w ciągłym zbliżeniu, g zewnętrzny koniec cewnika Nelaton'a ulokowany między haczykami, h pęcherzowy koniec prawidła z naciągniętym nań cewnikiem; α zachowanie się prawidła jeśli cewnik jest cokolwiek wydrążony w ślepy koniec poza oczkiem. β przypadek, mogący się wydarzyć jeśli ślepy koniec cewnika jest pełny.

Fig. XIII.

Po pręcie *c* przesuwają się przyrząd opatrzony śrubą *a* pozwalającą na zatrzymanie go na każdym punkcie pręta; przyrząd ten składa się z pochewki, przez którą przechodzi prawidło i dwóch sprężynowych ramion *b* i *d*, zakończonych haczykami *e* i *f*; jeśli naciśniemy na ramiona *d* i *b*, to haczyki oddalają się od pręta *c*, leżącego między nimi, jeśli zaś puścimy ramiona, to się haczyki zbliżą do pręta i ucisną go z boków. Chcąc użyć opisane narzędzie, wprowadzamy pręt do światła cewnika miękkiego, gdy koniec pręta dosięgnie ślepego końca cewnika naciskamy na ramiona *b* i *d*, a po rozsunięciu się haczyków *e* i *f* przesuwamy pomiędzy nimi, po pręcie, zewnętrzny koniec cewnika, gdy następnie puścimy sprężynowe ramiona, haczyki zbliżą się do siebie i uwiężą zewnętrzny koniec cewnika; wtedy, pociągając za cały przyrząd w stronę przeciwną od pęcherzowego końca cewnika (stosuje się to tylko do cewników Nelaton'a), rozciągamy cały cewnik i umocowujemy przyrząd na pręcie, za pomocą śruby *a*. Cewniki naciągnięte na takie prawidło mogą w wielu przypadkach zastąpić metalowe. Cewnik Nelaton'a, do którego chcemy zastosować prawidło, musi być, jak to już wyżej zaznaczyłem, cokolwiek wydrążony w ślepym swym końcu, po za oczkiem, tylko w takim razie daje się on dobrze naciągnąć na pręcie, bez obawy zeskoczenia (lit. α); jeśli użyjemy cewnika o pełnym końcu, to się narażamy na niebezpieczeństwo zeskoczenia jego z pręta przy minimalnym ruchu bocznym (lit. β).

Dobre prawidło, w rodzaju tylko co opisanego, jest nieodzownem dla praktycznego lekarza, uzbrojony niem będzie mógł wprowadzić miękki cewnik tam, gdzie w zwykłych warunkach tylko metalowe przechodzą instrumenty, co jest szczególnie ważnem właśnie w wiejskiej praktyce, w której, ze względu zbyt dużego oddalenia chorego od lekarza, tak często jesteśmy zmuszeni do pozostawiania cewnika na stałe.

Jak to już wyżej powiedziałem, cewniki angielskie są sprzedawane z tkwiącym w nich drutem, otóż drut ten jest potrzebny do tego, aby cewnikom nadać potrzebną formę podczas przechowywania, powinien być jednak wyjęty przed użyciem cewnika, pod żadnym pozorem nie należy wprowadzać cewnika angielskiego wraz z drutem do pęcherza.

Nareszcie muszę tu nadmienić, iż niektórzy klinicyści (Dittel, Englisch) używają jeszcze, oprócz wyżej wymienionych, prawideł z fiszbinu, strun i t. d., są one jednak wogóle mało używane, a i pożytek z ich użycia bardzo wątpliwy.

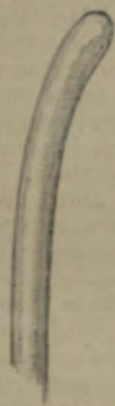
Przechodząc obecnie do opisu narzędzi używanych do badania cewki, muszę tu zaznaczyć, że, wprowadzając zwykły cewnik do cewki, otrzymujemy pewną sumę sensacji, które pozwalają na poczynienie niektórych wniosków co do jej stanu. Manipulowanie jednak w nieznannej cewce metalowym cewnikiem naraża nieraz na smutne następstwa, a w dodatku wiadomości, dotyczące pojemności, elastyczności i kierunku cewki, zdobyte tą drogą, tak są niedostateczne, iż oddawna już zaniechano wprowadzania zwykłych kateterów do cewki w celach dyagnostycznych i zastąpiono je świeczkami eksploracyjnymi. Pomysłów nie brakło:

Karol Bell ¹⁾ (str. 128) używał do badania cewki cienkiego zglębniaka metalowego opatrzonego na końcu gałeczką; instrumentem tym mniej ostrożny chirurg łatwo może spowodować bardzo znaczne spustoszenia i dla tego obecnie prawie zupełnie wyszedł on z użycia. Ten sam los spotkał tak zwaną *Crête urethrale Amussat'a* ²⁾ (str. 140) wymyśloną w celu odnalezienia w cewce zwężeń bliznowatych.

W nowszych czasach też zjawilo się kilka podobnych poronionych pomysłów, do takich należy zaliczyć świeczki plastyczne (*Bougies emplastiques ou à empreintes*) podane przez Ducamp'a i Bigelow'a; pierwsza zakończona była gałką z plastycznego wosku, druga taką gałką z miękkiego kauczuku, przypuszczano, iż, po dojściu do przeszkody, na tych miękkich gałkach odmodeluje się forma cewki w tem miejscu, a z otrzymanego modelu będzie można wnioskować o rodzaju przeszkody. W praktyce okazało się, iż z plastycznego modelu, otrzymywanego za pomocą tych świeczek, rzadko tylko wnioski ważne praktycznie osiągnąć można, a nadto doświadczenie wykazało, iż użycie ich połączone jest z niebezpieczeństwem oderwania się kawałka masy plastycznej i pozostania jej w cewce i to w miejscu, w którym już przeszkoda istnieje. Nic dziwnego, iż wobec tych ujemnych rezultatów zaniechano zupełnie użycia świeczek plastycznych.

Ze wszystkich proponowanych dla badania cewki świeczek znalazły obszerniejsze zastosowanie następujące 3 ich rodzaje: świeczka woskowa, świeczka elastyczna Thompson'a i świeczka z oliwką Guyon'a.

1) Świeczki woskowe chronologicznie najstarsze, były od dawna wprowadzane do cewki w celach rozpoznawczych. Są to cylindryczne paleczki, mające 25 ctm. długości, zrobione z płótna napojonego woskiem. Świeczki, służące do badania cewki, powinny być pokryte dość grubą warstwą miękkiego wosku, na którymby się mogły odcisnąć wypukłości wystające do światła cewki. Świeczki woskowe są dotychczas używane przez niektórych klinicystów, a jednak obarcza je cały szereg poważnych zarzutów, i tak: świeczki grubszego kalibru są zbyt twarde, trudno się zastosowują do krzywizny cewki, cienkie zaś tak się rozmiękcniają od ciepła cewki, iż nie są w stanie przewyciężyć napotkanej przeszkody, lecz się przed nią zginają; nadto świeczkom woskowym nie można nadać dostatecznej gładkości, są one zawsze szorstkie i drażnią cewkę podczas wprowadzania; nakoniec dezinfekcja takich świeczek jest wprost niemożliwa. Te wszystkie względy powinnyby wpłynąć na zupełne zarzucenie używania świeczek woskowych w celach dyjagnostycznych.



2) Świeczka elastyczna Thompson'a (fig. XIV) ma formę cylindryczną, zbudowana z tego samego materiału co wszystkie cewniki angielskie, jest prawie zupełnie prosta, koniec jej tylko pęcherzowy jest cokolwiek zagięty, grubość świeczki najczęściej używanej odpowiada nr. 18-mu skali francuzkiej, w miarę potrzeby można użyć cieńszych numerów. Świeczka Thompson'a jest daleko praktyczniejsza od woskowej, gdyż jest przede wszystkim trwalsza, daleko gładsza, a więc nie drażni cewki, daje się łatwo oczyszczać, a więc i pod tym względem odpowiada wymaganiom nowoczesnym. Wadą świeczki Thompson'a jest jej jednostajna grubość, od jednego końca do drugiego, wskutek tego cała część świeczki pogrążona w cewce jest z jednakową siłą obciskana przez ściany kanału, co sprawia, iż wprowadzająca ręka odczuwa nie tylko wrażenia otrzymywane przez koniec świe-

czki, lecz i te, które otrzymuje pozostała część świeczki, tkwiąca w cewce; z tego powodu, im bardziej się wgłąb cewki posuwamy, tem więcej naraz wrażeń otrzymujemy tem mniej wyraźnie będziemy je rozróżniać.

(Dalszy ciąg nastąpi).

K A Z U I S T Y K A.

Kilka słów o leczeniu ostrej niedokrwistości wstrzykiwaniami podskórnymi soli kuchennej.

Przez

D-ra Stanisława Huzarskiego.

Spostrzeżenie I ¹⁾. S. R., 26 lat, żona subiekta, wątłej budowy ciała, z mierną tkanką łączną podskórną. Zameżna od 7 lat. Przechodziła 4 porody i 1 poronienie. Po 1-ym porodzie, przy którym stały się do porodu nóżki, po dokonaniem przez lekarza wywiązaniu płodu przez pociąganie za nóżki (extractio), przechodziła jakąś sprawę połogową, której towarzyszyły wysoka gorączka i bolesność brzucha: sprawa ta przetrzymała chorą w łóżku 5 miesięcy. Drugi poród miał przebieg prawidłowy. Po trzecim porodzie, który ukończył się bez pomocy sztuki, przechodziła znowu sprawę zapalną połogową, w następstwie której rozwinęło się zapalenie płuc. W obecnej ciąży w 6-ym miesiącu miała jakieś krwawienie z macicy, które ustąpiło przy spokojnem zachowaniu się. Będąc wezwany d. 19. XI. 1889 r. dowiedziałem się, że rodząca jest w 8-ym miesiącu ciąży, że pierwsze bóle, dość rzadkie, wystąpiły w nocy; o godzinie 10-ej zrana (na godzinę przed mojem przyjściem) pękł pęcherz płodowy, przyczem oprócz obfitej wody płodowej pokazała się krew w znacznej ilości, i przy paru następujących bólach wysunęły się z pochwy obie nóżki płodu. Ruchów płodowych podobno w ostatnich dniach nie czuła. Muszę dodać, że akuszerka starała się ukończyć poród przez pociąganie za nóżki (według słów rodzącej). Przy badaniu znalazłem stan następujący: płód urodził się aż nieco poza pępek; sznurek pępkowy wypadnięty nie tętni; brzuch płodu zwrócony do przodu. Przedewszystkiem starałem się zwrócić płód przednią powierzchnią ciała ku tyłowi, co nie przedstawiało zbyt wielkich trudności; następnie dokonałem stopniowej ekstrakcy przez pociąganie za nóżki; wywiązawszy w ten sposób tułów, znalazłem obie rączki wyciągnięte wzdłuż główki, które wywiązałem zwykłym sposobem; wywiązanie główki nie przedstawiało żadnych trudności. Płód płci żeńskiej, dość dobrze rozwinięty, świeżo zmarły, nie przedstawia żadnych oznak rozkładu. Łożysko samo się urodziło po

¹⁾ Przypadek ten ogłosiłem w „Centralblatt für Gynaekologie”, nr. 28, 1890 r.

upływie kwadransa, przy lekkim naciskaniu na dno macicy. Podczas ekstrakcy strata krwi bardzo nieznaczna. Macica dobrze ściągnięta, stoi na wysokości pępka. Położnica czuje się podmiotowo niezłe; puls dobry. Przepisałem sporysz, naprzemian z winem. Opuściwszy położnicę około godziny 12 $\frac{1}{2}$, już w godzinę potem zostałem zatrzymany na ulicy wiadomością, że przed kwadranssem pokazała się krew w obfitej ilości. Przybywszy na miejsce, dowiedziałem się, że mniej więcej w godzinę po mojem odejściu położnica zaczęła narzekać na mdłości, szum w uszach i zawrót głowy; przy naciskaniu przez akuszerkę na dno macicy, która się rozluźniła, wyszła z pochwy spora ilość skrzepów (miska średnich rozmiarów). Przy badaniu znalazłem stan następujący: puls słaby, twarz blada, przytomność zachowana. Z części rodnych krew sączy się w nieznacznej ilości; dno macicy stoi po nad pępkiem. Przestrzyknąłem macię 3 $\frac{1}{2}$ % gorącym roztworem kwasu karbolowego, przyczem usunąłem z niej nieznaczną ilość skrzepów. W szyi macicznej od przodu znalazłem naruszenie ciągłości ściany długie na 2 cm., szerokie na 1 cm. i głębokie na $\frac{1}{2}$ cm. z brzegami nierównymi. Macica dobrze się ściągnęła, krwawienie ustało. Podmiotowo, po podaniu mocnej czarnej kawy i wina, położnica czuje się lepiej. Z tem wszystkiem po jakimś czasie zaczyna znowu narzekać na uczucie przepelnienia w piersi, zawroty głowy, mdłości, puls słaby. Zastrzyknąłem podskórnie dwie szpryczki Pravatz'a eteru z kamforą, poczem puls nieco się podniósł. Pomimo zastosowania gorących okładów na głowę i dalszych dwóch zastrzyknięć eteru z kamforą, położnica narzeka wciąż na mdłości, zawroty głowy; puls bardzo słaby. Widząc, że stan staje się coraz groźniejszym, a podskórne wstrzykiwania eteru z kamforą, jako też inne środki pobudzające, sprawiają tylko przemijające polepszenie, postanowiłem, z uwagi na wyraźne oznaki ostrej niedokrwistości, zastąpić straconą krew przez wprowadzenie do organizmu roztworu soli kuchennej. Nie mając jednak pod ręką odpowiedniego przyrządu, postanowiłem zrobić położnicy irygację z 1000 grm. 0,6 $\frac{0}{0}$ roztworu soli kuchennej. Po dokonaniu takowej do kiszki stołowej, położnica czuje się znacznie lepiej, puls się podniósł i wynosi 130, mdłości i zawroty głowy ustąpiły, wargi ust się zaróżowiły. Widząc, że stan ten się ustalił, o godz. 5-ej po południu opuściłem położnicę, zaleciwszy absolutny spokój, gorącą czarną kawę naprzemian z winem i w dalszym ciągu gorące okłady na głowę. O godzinie 6-ej zostałem znowu wezwany do chorej. Znalazłem ją niezupełnie przytomną, puls drobny, zliczyć się nie daje, kończyny zimne. Wobec groźnego stanu, mogącego lada chwila zakończyć się fatalnie, postanowiłem zastosować podskórne zastrzykiwanie roztworu soli kuchennej. Wezwawszy więc do pomocy kol. J. Rosenthala, zastrzyknąłem chorej podskórnie 900 grm. 0,6 $\frac{0}{0}$ roztworu soli kuchennej. Cała procedura odbyła się w sposób następujący. Przewszystkiem przygotowaliśmy 0,6 $\frac{0}{0}$ roztworu soli kuchennej. Rozpuściwszy w 1000 grm. wody destylowanej 6 grm. soli kuchennej i dodawszy 1 grm.—sody (węglanu sodu), zagotowaliśmy płyn w czystym rondelku emalijowanym, a następnie ochłodziwszy go do 37 $^{\circ}$ C. przelaliśmy do butelki kwartowej. Do zastrzykiwania użyliśmy przyrządu Potain'a, przyczem korek gumowy z dwiema rurkami został osadzony w butelce, napełnionej roztworem soli kuchennej. Przy umiar-

kowanem i jednostajnem poruszaniu tłokiem, płyn zaczął przepływać z flaszki do rurki gumowej, wówczas, uchwyciwszy fałdę skórną pomiędzy łopatkami, poprzednio oczyszczoną karbolem, wkłóliśmy w nią troakar, poczem cofnęliśmy sztylet troakaru. Gdy jednak po jakimś czasie płyn zastrzyknięty, utworzywszy kulę pod skórą, pomimo mięsienia nie dał się rozprószyć, musieliśmy resztę płynu zastrzyknąć w tkankę łączną podskórną na pośladkach. W ten sposób zastrzyknęliśmy chorej pod skórę 900 grm. rozczyńsu, przyczem przy ciąglem mięsieniu udało się płyn doskonale rozprowadzić w tkance łącznej podskórnej. Chora przy nakłóciach nie doznawała zbyt mocnego bólu, samo zastrzykiwanie nie sprawiało jej żadnych dolegliwości. Natychmiast po zastrzyknięciu puls się podniósł, jakkolwiek trudno go jeszcze zliczyć; ogólny stan także się poprawił, mdłości i zawroty głowy ustąpiły. Zaleciwszy w dalszym ciągu mocną czarną kawę naprzemian z winem, jako też gorące okłady na głowę, opuściliśmy chorą.

O godzinie 10^{1/2} wieczorem znalazłem stan następujący: P. 130 latwo wyczuwalny, chora spokojna; zawroty głowy i szum w uszach ustąpiły; nudności powtarzają się jeszcze od czasu do czasu, chora zupełnie przytomna, podmiotowo czuje się znacznie lepiej. D. 20. XI. o godz. 10-ej zrana stan następujący: P. 120, chora w nocy spała trochę, ma mocne pragnienie; w nocy miała wypróżnienie, mocz oddaje sama w małej ilości. T. 38. Zaleciłem przegotowaną wodę z koniakiem, wino, mocny rosół. Akuszerce zabroniłem robić przestrzykiwań pochwy, zaleciwszy jedynie obmywanie zewnętrznych części rodnym rozczyńsem kwasu karbolowego, a na same części rodne watę karbolową. Wieczorem temp. 38,3, P. 130. Od 21. XI. do 25. XI. chora gorączkowała, przyczem ciepłota wahała się pomiędzy 38 a 39°. Przez cały ten czas nie narzekała na żadne bóleści w brzuchu, nie miała wcale dreszczy, odchód pęłogowy skąpy, niecuchnący. Skarżyła się tylko na osłabienie i ból głowy. Ordynacja: alcoholica, excitantia. Puls wahał się pomiędzy 100—120. D. 26. XI. stan bezgorączkowy. Zdawało się, że chora wstępuje w okres rekonwalescencji, gdy nagle w nocy z 26 na 27. XI. jedyne dziecko chorej, które wówczas przechodziło odrę, zapadło na ciężkie zapalenie płuc, poprzedzone drgawkami, co tak na chorą, dotychczas mocno deprimowaną, podziało, że dosła gwałtownych dreszczy, poczem ciepłota podniosła się do 41° C. Od 27. XI. do 2. XII. ciepłota wahała się pomiędzy 39,5 a 40,5° C. Dreszcze więcej się nie powtórzyły; chora dostała rozwolnienia, kaszle bez żadnego umiejscowienia w płucach, ma dokuczliwe bicie serca, skarży się na osłabienie, jest w wysokim stopniu apatyczna, przeczuwa, jakkolwiek nie powiadomiona, śmierć dziecka. Stosowano: kefir, excitantia, alcoholica, antipyretica. Chora jest wyniszczona; zdawało się, że fatalnemu rozwiązaniu nie nie zdoła zapobiedz, gdy d. 3. XII. ciepłota spadła do 37,7° C. i od tej chwili więcej się już nie podniosła. Nastąpił okres długiej rekonwalescencji, wystąpiła mocna hydraemia (obrzemieńie nóg, ischuria). Przy pożywej dyjecie i leczeniu wzmacniającem (preparaty żelaza, tonica), chora zaczęła się poprawiać i już po 2-tych tygodniach była w stanie opuścić łóżko. W styczniu odwiedziła mnie, jest wesół, dobrze wygląda, obrzemieńie nóg ustąpiło.

S p o s t r z e ż e n i e II. Pani G. D., żona kupca, 40 lat, do-

brej budowy ciała i dobrze odżywiana. Rodziła 17 razy, raz trojaczki. Przy ostatnim porodzie miała drgawki (eclampsia), podczas których bez pomocy urodziła w mej obecności dziecko żywe, donoszone. Obecna ciąża jest 18 z rzędu. D. 18. IX. 1890 r. zostałem nagle wezwany z powodu szalonego krwotoku, jaki raptownie nastąpił po wstaniu z łóżka. Zastąłem pacyjerkę pływającą we krwi, ze słabym pulsem, niezupełnie przytomną. Z wywiadów dowiedziałem się, że ciąża doszła już do 9-go miesiąca; podczas ciąży nie miała żadnego krwawienia. Przy badaniu przez pochwę okazuje się, że otwór maciczny przepuszcza 2 palce, poprzedza główka, obok główki po stronie lewej wyczuwa się łożysko, pęcherz płodowy cały. Na naradzie odbytej z kol.-J. Rosentalem i H. Frenklem, którzy zostali wezwani jednocześnie ze mną, postanowiono otworzyć pęcherz płodowy i wytamponować pochwę, jako też usta maciczne gazą jodoformową, a w dalszym ciągu zachować się wyczekująco. Podano chorej wino, mocną czarną kawę. Pomimo ustania krwotoku, chora wciąż narzekała na szum w uszach, zawroty głowy i osłabienie. Zastrzyknięto parę szpryczek Pravatz'a eteru z kamforą i zalecono gorące okłady na głowę, poczem stan się poprawił i puls się podniósł. Na naradzie odbytej we dwie godziny później, znaleźliśmy rodzącą mocno osłabioną, puls słaby, narzeka na zawroty głowy i szum w uszach, często mdleje. Wobec tych wyraźnych oznak ostrej niedokrwistości, postanowiliśmy zastrzyknąć chorej pod skórę rozczyń soli kuchennej. Przygotowawszy więc 0,6% rozczyń soli kuchennej w sposób opisany w pierwszym spostrzeżeniu, zastrzyknęliśmy pod skórę 900 grm. takowego. Tym razem do zastrzykiwań użyliśmy zwyczajnego szklanego irygatora, osadziwszy na końcu rury gumowej igłę z kranem z aparatu Potain'a. Pierwszą część płynu zastrzyknięto w tkankę łączną podskórną w okolicy łopatki prawej, resztę zaś w okolicy łopatki lewej. Płyn, utworzywszy pod skórą kulę, dał się łatwo rozprószyć w tkance łącznej podskórnej. Po zastrzyknięciu chora czuje się lepiej, puls się podniósł, zawroty głowy i szum w uszach ustały. Bóle porodowe coraz częstsze, krwawienia z części rodnych niema. Z tych względów postanowiono w dalszym ciągu zachować się wyczekująco. Po upływie dwóch godzin chora znowu zaczyna narzekać na zawroty głowy i osłabienie, a gdy podskórne wstrzykiwania eteru z kamforą, stosowane coup sur coup, jako też środki pobudzające (wino, kawa) okazywały tylko przemijający skutek, postanowiono zastrzyknąć znowu pod skórę rozczyń soli kuchennej. Tym razem zastrzyknięto 600 grm. rozczyń w tkankę łączną obu pośladków, poczem puls się podniósł, podmiotowo chora czuje się lepiej. Tymczasem bóle porodowe stają się coraz mocniejsze i częstsze. O godzinie 4-ej usunięto tampon, celem przekonania się o postępie porodu. Otwór dostateczny, główka przy wyjściu z małej miednicy. W pół godziny potem urodziło się dziecko żywe, płci żeńskiej. Łożysko natychmiast wycisnąłem sposobem Crédégo, poczem, podawszy chorej sporysz, wytamponowałem szyję maciczną, jako też pochwę gazą jodoformową. Po porodzie położnica czuje się nieźle, puls dobry, macica dobrze ściągnięta, krwawienie minimalne.

Przebieg porodu nie przedstawiałby nic godnego uwagi, gdyby nie komplikacja ze strony ropy, które wytworzyły się w kilku miej-

scach po zastrzyknięciu eteru i którym towarzyszyła wysoka ciepłota, dochodząca do 40° C. Muszę nadmienić, że takie ropnie dość często widywałem po zastrzyknięciu eteru, nie mogę orzec, czy należy to przypisać nie dość ściśle antyseptyce przy zastrzykiwaniach, którą w tych groźnych przypadkach trudno skrupulatnie stosować, czy też samym zastrzykiwaniem eteru. Z tem wszystkiem bardziej skłaniam się do ostatniego przypuszczenia. Ropnie takie zwykle po otworzeniu trudno się goją, gdyż wydziela się dużo nekrotycznej tkanki łącznej podskórnej. W naszym przypadku dwa takie obszerne ropnie wytworzyły się po nad obydwoma sutkami. Oba ropnie otworzył na jednym posiedzeniu w mej asystencyi kol. Dinte w drugim tygodniu pogoju. W tydzień potem wytworzył się znowu ropień na lewym pośladku w miejscu, gdzie dokonano podskórnego zastrzykiwania soli kuchennej. Ten ostatni muszę przypisać nie dość ściśle antyseptyce, gdyż w innych miejscach zastrzyknięcia rozczyntu soli kuchennej, które obmyłem starannie rozczyntem kwasu karbolowego, nawet obrzmienia nie zauważyłem. Ropień na pośladku po otworzeniu szybko się zagoił. Chora przez długi jeszcze czas nie mogła się poprawić, pomimo pożywej diety i środków wzmacniających; często narzekała na zawroty głowy, szczególnie przy unoszeniu głowy lub zmianie położenia ciała, tak, że długi jeszcze czas musiała zachować położenie poziome, nawet odżywianie musiało się odbywać w tej niewygodnej pozycyi. Dopiero po upływie 4 tygodni chora mogła wstać z łóżka i zaczęła się nieco poprawiać. Obrzmienia nóg przez cały czas nie było.

Do powyższych historyj chorób uważam za stosowne dodać parę uwag. Najprzód więc, jaka jest fizyologiczna podstawa działania podskórnych wstrzykiwań rozczyntu soli kuchennej? Cohnheim dowiódł, że przy upływie krwi śmierć ma miejsce nie wskutek utraty hemoglobiny i, co za tem idzie, ubóstwa krwi w tlen, lecz wskutek niestosunku pomiędzy objętością naczyń, a ich zawartością i dalej, że serce wskutek niedostatecznego wypełnienia żył, doprowadzających krew do niego, przestaje się kurczyć. Z drugiej znowu strony z doświadczeń Goltz'a widać, że krew pozostała w organizmie człowieka nawet po mocnych krwotokach, zdolną jest utrzymać go przy życiu, skoro znowu zostanie wprowadzoną w ruch. Otóż rozczynt soli kuchennej, wprowadzony do ustroju człowieka, pozbawionego naraz wielkiej ilości krwi, czyni zadosyć obu powyższym warunkom, gdyż z jednej strony znosi niestosunek pomiędzy objętością naczyń, a ich zawartością, przez co podnosi ciśnienie w naczyniach, z drugiej znowu strony rozrzedzając pozostałą w naczyniach minimalną ilość krwi, ułatwia krążenie takowej, przez co przyczynia się do lepszego wypełnienia serca. Drugie pytanie, jakie nasuwa się przy rozpatrywaniu zajmującej nas kwestyi, brzmi tak: czy organizm człowieka, pozbawionego krwi, u którego zatem krążenie w naczyniach prawie ustaje, jest w stanie wchłonąć do krwi z tkanki łącznej podskórnej tak wielką ilość płynu? Samuel twierdzi, że rozczynt soli kuchennej, zastrzyknięty pod skórę, póty może być chłoniącym do krwi, póki istnieje jeszcze krążenie krwi. Cantani, który pierwszy zastosował podskórne wstrzykiwanie soli kuchennej przy leczeniu cholery, zauważył, że 1--1½ litrów płynu zostaje

wchłonię w ciągu 15—65 minut. Że chorzy dobrze znoszą wprowadzenie do krwi tak wielkiej ilości płynu, mamy najlepszy dowód w tem, że puls się podnosi, oddech staje się swobodniejszy, przytomność wraca, i w ogólności chory podmiotowo czuje się lepiej.

Są jednak pewne warunki, wymagane od osobników podległych wpływowi krwi, od których zależy pomyślny lub niepomyślny skutek po zastrzyknięciu roztworu soli kuchennej. Münchmeyer, który ogłosił 7 przypadków z kliniki drezdeńskiej i 1 z praktyki prywatnej d-ra Marschner'a, zwraca uwagę, że pomyślny skutek po zastrzyknięciu roztworu soli kuchennej zależy od stanu zdrowia osoby, podległej wpływowi krwi. Tylko u osób ze zdrowym sercem można liczyć na prędkie wchłonięcie tak wielkiej ilości płynu. U osób ze zmianami w mięśniu sercowym, u których przeto czynność serca i tak jest osłabioną, niema co liczyć ani na wchłonięcie do krwi tak wielkiej ilości płynu, ani też na rozproszenie tego płynu po naczyniach. Drugi warunek pomyślnego skutku stanowi odpowiednia chwila zastosowania zastrzykiwania. U osób, u których czynność serca wskutek wpływu krwi spadła do minimum, niema co liczyć na to, ażeby ono było wstanie przepchnąć przez naczynia tak wielką ilość płynu. Ztąd Münchmeyer wyprowadza wniosek, że nie należy tracić zbyt dużo czasu na stosowanie rozmaitych środków pobudzających, ażeby nie przepuścić chwili, w której można jeszcze liczyć na odpowiednią czynność serca. W przeciwnym bowiem razie, nie tylko nie przyniesiemy choremu żadnej korzyści, ale raczej przez przepelnienie płynem układu krążenia w płucach, coraz bardziej słabnące serce napotyka nieprzewycięzoną przeszkodę, następstwem czego bywa obrzęk płuc z zejściem śmiertelnem.

W końcu parę słów odnośnie techniki samego wstrzykiwania. Przyrząd do zastrzykiwania, używany w klinice drezdeńskiej, składa się z lejka szklanego średnich rozmiarów, z rurki gumowej długiej na 1 metr i z długiej igły do zastrzykiwania. Jak widać z naszego drugiego spostrzeżenia, wystarczy zupełnie szklany irrygator z rurką gumową, do której można kazać dorobić igłę do zastrzykiwań z odpowiednią nasadą, przez co unika się potrzeby ciągłego dolewania płynu do lejka. Ażeby uniknąć niebezpieczeństwa dostania się powietrza pod skórę, wkłówa się igłę w chwili, kiedy płyn zaczyna wypływać z niej. Podczas zastrzykiwania płynu tworzy się pod skórą kula, która łatwo daje się rozproszyć w luźnej tkance łącznej podskórnej przez mięsienie. Jeżeli pomimo mięsienia kula się nie rozchodzi, natenczas przerywamy zastrzykiwanie w tem miejscu i wkłówiamy igłę w drugie, a niekiedy nawet w trzecie miejsce. Dobrze jest, jak nam doświadczenie pokazało, podczas zastrzykiwania przesuwac igłę lekko w rozmaitych kierunkach w tkance łącznej podskórnej, przez co płyn łatwiej się w niej rozprasza. Przy wkłówaniu igły należy skórę, poprzednio oczyszczoną i zdezynfekowaną, ująć w dużą fałdę. Co się tyczy miejsca nakłócia, to Münchmeyer wkłówa igłę w skórę na plecach pomiędzy łopatkami lub w bliskości pachy. Samuel i Keppler uważają za najodpowiedniejszą okolice podobojczykową, gdyż jako położona blisko serca przedstawia najlepsze widoki prędkiego wchłonięcia zastrzykniętego płynu, oprócz tego nie trzeba przy tem chorej obracać.

W naszych przypadkach okolica między łopatkami okazała się nie bardzo odpowiednią, gdyż płyn pomimo mięsienia z trudnością dał się rozproszyć, wskutek czego obraliśmy dla dalszego zastrzykiwania skórę na pośladkach. Samo wkłucie igły nie sprawia chorej wielkiego bólu, jak to mogłem stwierdzić w obu moich przypadkach. W miejscu nakłócia w następstwie zwykle nie występują żadne objawy zapalne, jeżeli tylko zostaną zachowane przepisy antyseptyczne, co stwierdza także Münchmeyer. Co się tyczy ilości płynu, to M. widział najlepszy skutek po zastrzyknięciu pod skórę 500—1000 grm. rozczyntu. Zwraca jednak uwagę, że nie trzeba tej ilości uważać za dostateczną w każdym przypadku upływu krwi; w ogóle należy póty wstrzykiwać płyn, póki nie osiągniemy pożądanego skutku. Ten ostatni występuje zwykle natychmiast po zastrzyknięciu, jak to miało miejsce i w naszych przypadkach, i objawia się podniesieniem pulsu, powrotem przytomności, ustaniem zawrotów głowy; podmiotowo chore także czują się lepiej. M. zauważył w większości swych przypadków, że przy wyraźnem uczuciu pragnienia, wkrótce występuje obfite pocenie się. W naszych przypadkach nie zauważyłem pocenia się, ale za to mocne pragnienie. Najpóźniej M. widział skutek w godzinę po zastrzyknięciu. Gdyby po upływie tego czasu nie widać było skutku, należy ponownie zastrzyknąć płyn, jakiegoś to uczynili w naszym drugim przypadku; trzeba jednak pamiętać, że przez to przepelnia się układ krążenia w płucach, przez co przeciążamy pracą serce, które i tak jest bardzo osłabione. Celem pobudzenia serca do mocniejszej czynności dobrze jest przed zastrzykiwaniem zastosować środki pobudzające, jak eter, kamforę, zawijania w gorące prześcieradła, bandażowanie kończyn i t. d.

Zaleca się największa czystość tak co do igły, którą M. radzi wyjalować nad płomieniem lampki spirytusowej, jako też co do miejsca nakłócia na skórze, którą należy obmyć mydłem i rozczyntem karbolu. W klinice drezdeńskiej używają do zastrzykiwań wody sterylizowanej, w praktyce prywatnej wystarczy rozpuścić 6 grm. soli kuchennej w 1 litrze wody przekroplonej i zagotowawszy w czystym naczyniu, zacząć aż płyn ostudzi się do 37° C., poczem trzeba natychmiast przystąpić do zastrzykiwania.

Z powyższego dadzą się wyprowadzić następujące wnioski:

- 1) w podskórnem zastrzykiwaniu 0,6^o/_o rozczyntu soli kuchennej zyskaliśmy cenny środek dla usunięcia ciężkich następstw upływu krwi.
- 2) Samo zastrzykiwanie jest tak prostym rękoczynem, że daje się zastosować w praktyce nawet przez mniej biegłego lekarza.
- 3) Do wywołania pożądanego skutku wystarcza zastrzyknięcie 1 litra rozczyntu soli kuchennej.
- 4) Pożądany skutek występuje zazwyczaj natychmiast po zastrzyknięciu.
- 5) Samo zastrzykiwanie, zastosowane w odpowiedniej chwili i z zachowaniem przepisów antyseptycznych, nie wywołuje żadnych złych następstw.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

93. Dr. NISSEN. O trujących własnościach krwi przy ostrych sprawach ropnych. (*Leut. Med. Woch., Nr. 2, 1892*).

Przekonawszy się z kilku badań wstępnych, że surowica krwi ludzi zdrowych, zastrzyknięta myszom, nie wywołuje u nich żadnych objawów chorobowych, autor przystąpił do zastrzykiwania im do jamy otrzewnej surowicy krwi osobników, cierpiących na rozmaite sprawy ropne. Ropę chorych poddawał zawsze badaniu bakteryjologicznemu i określił w niej w pięciu przypadkach gronkowca, w 6-ym tylko paciorkowca, w 7-ym zaś paciorkowca i trochę gronkowca białego. W pierwszych czterech przypadkach badanie bakteryjologiczne wykazało brak bakterij we krwi. Surowica jej jednak, zastrzyknięta (1—2 ctm. sz.) myszom do jamy otrzewnej, spowodowała zawsze śmierć w ciągu kilku godzin. Badanie pośmiertne wykazywało surowiczokrwawe wysięki w jamie otrzewnej i opłucnej, bardzo znaczne powiększenie śledziony, stwardnienie oddzielnych płatów płuc, a obok tego zupełny brak pasorzytów we krwi. Widocznie więc, myszy ginęły nie wskutek zakażenia, lecz zatrucia. Zwracamy uwagę, że autor brał przytem krew od chorych żywych, podczas wykonywania im operacji. W 5-ym przypadku wynik takiegoż badania za życia chorego był taki sam. Gdy jednak chory zmarł, i autor zastrzyknął innym myszom krew jego, wziętą w kilka godzin po śmierci z serca i zawierającą mnóstwo pasorzytów (gronkowców), zwierzęta pozostały zupełnie zdrowe. Autor jest zdania, że jad rozkłada się po śmierci chorych. W przypadku 6-ym szczepienia krwi, dokonane myszom, pozostały bez skutku. Być może, zależy to od innego rodzaju pasorzyta chorobotwórczego (paciorkowca). W przypadku wreszcie 7-ym pięć myszy zniosło szczepienie krwi bez żadnej dla siebie szkody, szosta zaś skonała dopiero po 2 dobach. Widzimy więc, że we wszystkich przypadkach zakażenia gronkowcami krew chorych, aczkolwiek sama nie zawiera pasorzytów, posiada własności trujące dla myszy. Autor uważa, że taki sam wpływ wywiera i na inne, większe zwierzęta. *W. Janowski.*

94. RHEINSTEIN. O wymacywaniu pęcherzyka żółciowego. (*Berl. klin. Woch., Nr. 52, 1891*).

Prace o cierpieniach dróg żółciowych i podreżniczki dyagnostyki fizykalnej poświęcają wymacywaniu pęcherzyka żółciowego zaledwie kilka słów; przypuszczają one możliwość w niektórych przypadkach wymacania powiększonego pęcherzyka żółciowego, niekiedy też kamienia w pęcherzyku się mieścącego.

Jak, gdzie i wśród jakich warunków wymacywanie ma być wykonanem, o tem mileżą autorzy. A jednak dla dyja-

gnostyki wielce jest pożądanem zapytania te sobie przedłożyć i ustanowić granice naszego poznania i w tym punkcie.

Poszukiwania autora pod względem wymacywania pęcherzyka żółciowego daly następujące wyniki:

U żywego człowieka, jak i u trupa „prawidłowy pęcherzyk żółciowy znajdujący się w prawidłowem położeniu nigdy faktycznie nie daje się wymacać”.

Przyczyną tego jest głównie słabe napięcie ścian pęcherzyka. W wysokim też stopniu utrudniają wymacywanie pęcherzyka żebra, pod któremi najczęściej tenże się ukrywa. Dalszą przyczyną utrudniającą wymacywanie pęcherzyka żółciowego jest nieznaczna powierzchnia, jaka jest dostępną dla obmacywania. Dno bowiem pęcherzyka żółciowego tak w leżącej, jak i stojącej pozycyi małą tylko powierzchnią przylega do ściany brzusznej.

Z tego cośmy powyżej powiedzieli z łatwością dadzą się wyprowadzić warunki, wśród których pęcherzyk żółciowy dostępnym jest dla wymacywania. Warunki te przytrafiają się tylko w patologicznych stanach i są następujące: 1) zwiększenie konsystencji skutkiem zwiększonego napięcia ścianki lub skutkiem nieprawidłowej zawartości, 2) zwiększenie objętości, 3) zmiana położenia pęcherzyka resp. dna w kierunku ku dołowi. Pierwsze 2 warunki istnieją po większej części jednocześnie i znajdują się przy kamicy żółciowej, wodnej puchlinie lub ropnem zapaleniu pęcherzyka, również przy zwyczajnym zastoju żółci skutkiem przeszkody w przewodach wyprowadzających, przy raku, jako też włóknistem zwyrodnieniu i zwapnieniu ścian pęcherzyka.

Obniżenie pęcherzyka żółciowego znajdujemy we wszystkich przypadkach, w których i sama wątroba jest opuszczoną, co ma miejsce przy każdym powiększeniu wątroby, przy descensus hepatis, jakie się spostrzega u większości kobiet, które rodziły.

By pęcherzyk żółciowy mógł być wymacany, muszą istnieć lub też postarać się należy o odpowiednie warunki. Brzuch nie powinien być wzdętym; ściany jego muszą być o ile można zwolnione, tkanka tłuszczowa i mięśnie brzuszne nie powinny być zbyt silnie rozwinięte.

Pierwszemu żądaniu można zadosyćczynić przez podanie leku czyszczącego; drugiemu przez znieczulenie, które posiada jednak tę niedogodność, że choremu nie można nakazać głęboko oddychać i nie można go badać stojąco, co właśnie jest bardzo pożądanem.

Pozycyja w jakiej chorego badamy jest stojącą lub leżącą. Pierwsza jest przy wymacywaniu pęcherzyka żółciowego bardzo dogodną, w leżącej bowiem pozycyi wątroba a tem samem pęcherzyk żółciowy oddalają się od ściany brzusznej. Autor się wielce dziwi, że badanie w pozycyi stojącej właśnie przy cierpieniach wątroby i pęcherzyka żółciowego jest zaniehdanem.

Obmacywanie w pozycyi stojącej i leżącej jednakowo się

wykonywa. Lekarz staje po prawej stronie chorego, który z otwartymi ustami spokojnie oddycha. Lewą rękę nakłada płasko na prawą okolicę łędźwiową, końce palców skierowane ku kolumnie kręgosłupowej, palec wskazujący na 12 żebrze. Rękę prawą nakłada się na ścianę brzuszną wzdłuż tak, by brzeg łokciowy odpowiadał linii środkowej, a końce palców były zwrócone ku górze i na zewnątrz. Podczas, gdy lewa ręka dosyć silnym równomiernym uciskiem okolicę łędźwiową in toto ku przodowi i do wewnątrz posuwa, prawa ręka przeciwnie posuwa się przy każdym wydechu wgląd i w ten sposób odpycha ścianę brzuszną i łuki żebrów ku tyłowi i na zewnątrz. Trzeba jednak przy manipulacji prawą ręką nie działać zbyt gwałtownie, by nie wywołać gwałtownego skurczu mięśni brzusznych, co by uniemożliwiło wymacywania głębiej leżących narządów.

Skutkiem skreślonych manipulacji, średnica dolnego otworu klatki piersiowej zostaje zmniejszoną; a narządy od siebie oddalone zbliżają się. Dolny odcinek nerki posuwa się naprzód, flexura coli ku wewnątrz i dołowi i w ten sposób utworzoną zostaje stała podstawa, na której spocząć może dolny odcinek wątroby a z nim i pęcherzyk żółciowy. U kobiet, które częściej cierpią na kamice żółciową, przybliżenie dolnego odcinka nerki, która skutkiem poprzednich porodów jest i tak opuszczoną, daje się tem łatwiej dokonać.

Opisaną metodą badania postępuje się autor, „jeżeli nie przemieszczony pęcherzyk żółciowy uległ powyżej opisanym zmianom, t. j. zwiększył swą objętość i posiada zwiększoną konsystencyję. Jeżeli zaś pęcherzyk żółciowy wraz z wątroba się opuścił lub jeśli dno jego samo przez się niżej się znajduje, wtedy inna ważniejsza metoda badania winna być stosowaną”.

W tego rodzaju przypadkach narząd badany jest dostępniejszy dla badającej ręki. Badanie przytem jest tylko dogodnym w pozycji stojącej, gdyż opuszczona wątroba w pozycji poziomej ma skłonność do ukrycia się napowrót pod łuk żebrów i z trudnością daje się utrzymać w miejscu, a z drugiej strony większe guzy pęcherzyka żółciowego w pozycji stojącej możliwie najniżej sięgają i bezpośrednio do ściany brzusznej przylegają. Lewa ręka ma za zadanie ustalić położenie wątroby, a nawet sztucznie obniżyc wątrobę. Prawa ręka nie zostaje ułożoną płasko do wymacywania, lecz niejako do chwytania tak, by badany narząd mógł być uchwyconym między wielki palec a pozostałe 4 palce. W tym celu lewa ręka zostaje umieszczoną z boku pod żebrami tak, że 4 palce znajdują się na okolicy łędźwiowej wielki palec od przodu. Uciskiem prostopadłe skierowanym ku kolumnie kręgosłupowej i współczesnym uciskiem wielkim palcem od przodu ku tyłowi zostaje wątroba lewą ręką unieruchomioną. Prawa zaś ręka zapuszcza się pod ostry brzeg wątroby i tworzy jakby rynnę, przyczem wielki palec umieszczonym jest na przedniej powierzchni wątroby, 4 pozostałe palce na tylnej; w rynnie tej

zatem spoczywa brzeg wątroby. U brzegu wątroby, idąc wielkim palcem z lewej strony na prawo, wyczuwa się pęcherzyk żółciowy. Przy opisanych sposobach badania udaje się patologicznie zmieniony pęcherzyk żółciowy wymacać. Przy opuszczeniu znacznym wątroby i zaniku ściany brzusznej występują warunki, które umożliwiają wymacywanie pęcherzyka żółciowego, w stanie normalnym, o czem autor się niejednokrotnie przekonał.

Autor na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego demonstrował 4 chore z kamcią żółciową; z tych 3 chore nie miały nawet pojęcia o istnieniu u nich tego cierpienia, u chorych tych dał się nie tylko wymacać pęcherzyk żółciowy, lecz i pojedyncze kamienie. W końcu autor sądzi, że internści przy cierpieniach pęcherzyka żółciowego z wyraźnymi objawami chorobowymi daleko częściej będą mieli sposobność przekonać się o tego rodzaju wymacywaniu pęcherzyka żółciowego, aniżeli to jest możliwym przy czysto ginekologicznym materiale, jakim autor rozporządzał.

Przypisek własny. Wobec wielkiej trudności, na jaką często natrafiamy przy rozpoznaniu kamicy żółciowej wielce pożytecznym okazać się sposób badania podany przez autora; sądzimy jednak, że wymacywanie pęcherzyka żółciowego bez narkozy i zwolnienia ścian brzusznych nie da się chyba właśnie sposobami powyższymi zbyt łatwo dokonać. Wiemy bowiem jak wrażliwą jest okolica wątroby u cierpiących na kamieć żółciową nie tylko podczas i bezpośrednio po napadzie kolki wątrobowej, lecz długi czas po przebytych napadzie.

F. Arnstein.

95. J. PAWIŃSKI. **O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek.** (*Gazeta Lekarska* 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 1892).

Na wstępie rozbiera autor chemiczne i fizyczne własności kofeiny i przytacza literaturę danego przedmiotu, poczem przechodzi do własnych, klinicznych spostrzeżeń nad tym środkiem, grupując je w cztery działy: I. Wady zastawek serca. II. Choroby nerek. III. Wady zastawek, powiklane chorobami nerek. IV. Cierpienia mięśnia serca i tętnic wieńcowych.

Ogółem zrobił autor 14 spostrzeżeń, z których wyprowadza następujące wnioski:

Przy wadach zastawek serca stosuje się kofeina jedynie w okresie utraty kompensacji, i to wtedy dopiero, gdy naparstnica i strofantus zawiodą; tym ostatnim lekiem należy się zaw sze pierwszeństwo, skoro wada łączy się z niemiarowością ruchów serca i tętna. Duże dawki kofeiny wzmagają energię serca, oraz zwiększają dyjurezę; na uregulowanie jednak rytmu serca kofeina wpływu nie wywiera. Zatem autor radzi stosować kofeinę w późniejszych okresach wad sercowych, gdy mięsień serca na zwykle środki nasercowe już nie oddziaływa. Pewna ostrożność zaleca się w stosowaniu kofeiny u historyczek i neurosteników, gdzie pobudliwość stroju nerwowego jest już sama przez się wzmożoną.

W chorobach nerek radzi autor stosować kofeinę w śródmiąższowych zapaleniach, kiedy czynność serca staje się niedostateczną; lecz i tu, jak i przy wadach zastawkowych serca pierwszeństwo naparstnicy lub strofantowi pozostawić należy.

Przy mięszzowych zapaleniach nerek autor zachęca do podawania kofeiny przy znacznych obrzękach, a małej ilości moczu, choćby nawet serce wolne było od zaburzeń. Dobre wyniki po kofeinie miał autor i w ostrem zapaleniu nerek, w późniejszych okresach choroby (2-3 tygodni).

Przy wadach zastawek, powikłanych cierpieniem nerek, gdzie i obrzęki jednocześnie występują, radzi autor na zasadzie swych spostrzeżeń oddać pierwszeństwo naparstnicy przez kofeinę.

Najlepsze wyniki otrzymywał autor przy stosowaniu kofeiny w przypadkach cierpień mięśnia sercowego. W sprawach niezbyt posuniętych, kiedy idzie o szybkie pobudzenie układu naczyniowego, wzmożenie energii serca, kofeina szybko i skutecznie pomoc daje. Dopiero w dalszych okresach choroby, gdy zwyrodniałe serce nie jest w stanie podolać zadaniu swemu, wtedy już nie kofeinę, lecz naparstnicę zalecać trzeba.

Autor wspomina tu również o skutecznym działaniu kofeiny w późniejszych okresach cierpień mięśnia sercowego, zwłaszcza zależnych od stwardnienia tętnic wieńcowych, gdy występują napady duszności lub też oddech typu Cheyne-Stokes'a.

W niedomodze serca, występującej niekiedy po wysiłkach fizycznych, gwałtownych wzruszeniach moralnych, lub też w przebiegu chorób gorączkowych, a także przy objawach wyczerpania serca po wypuszczeniu wysięku z opłucnej, kofeina, zwłaszcza podskórnie stosowana, znakomite usługi oddać może.

Spostrzeżenia kliniczne robione na chorych, oraz doświadczenia, wykonywane na zwierzętach, zniewalają do wniosku, że kofeina działa pobudzająco na ośrodkowy układ nerwowy, a tą drogą i na ruchy serca. Wpływu na nerwy hamujące serca nie ma. Co do wpływu na serce, to jedni utrzymują, że przyspiesza, drudzy, że zwalnia częstość uderzeń serca, inni znowu odmawiają jej wpływu na serce.

Podług autora kofeina u ludzi zdrowych i u chorych, bez wyraźnych zaburzeń w krążeniu przyspiesza ruchy serca. U chorych zaś z wadami zastawek, jednocześnie ze wzmocnieniem skurczów serca, otrzymuje się nieznaczne i nie długo trwałe zwolnienie tętna.

Cisnienie krwi pod wpływem kofeiny wzmagą się dosyć znacznie.

Moczo-pędne swe działanie wywiera kofeina głównie w późniejszych okresach chorób serca i nerek.

Co do teorii moczopędnego działania kofeiny, autor na zasadzie swych spostrzeżeń klinicznych przychodzi do wniosku, że główną rolę odgrywa tu zwiększone ciśnienie krwi, oraz napięcie naczyń nerek.

Co się tyczy podawania narkotyków jednocześnie z kofeiną, to autor nie radzi stosować wtedy chloralu lub paraldehydu, jako obniżających znacznie ciśnienie krwi, lecz morfinę, która w połączeniu z kofeiną nieraz nieklamane usługi oddaje. Do wielostronnego działania kofeiny zalicza jeszcze autor i dzia-

lanie nasenne, kofeina niekiedy w chorobach serca i nerek okazała się doskonałym hypnoticum.

Zbiorowego działania kofeina nie ma, z moczem wydziela się dość szybko, objawów zatrucia nie wywołuje; przy dłuższym jednak podawaniu może wywołać przedrażnienie ośrodków nerwowych i naczyniowych, ze strony zaś przewodu pokarmowego rozwolnienie.

Autor zwykle stosuje sole kofeiny: Coffeinum natro-benzoicum i Coffeinum natro-salicylicum; pierwszą w ilości 0,3, drugą w ilości 0,25 na raz, z początku trzy razy dziennie, następnie zwiększa dawkę do 6—8 proszków dziennie. Można stosować kofeinę również i w wodnym roztworze; lub w razie potrzeby z naparstnicą i kamforą. Chcąc wywołać szybsze działanie kofeiny, stosuje się ją podskórnie w dużych dawkach naprzykład: Coff. natro benzoici 4,0. Aq. destill. 14,0. Wstrzyknąć szpryczkę zwykłą Praważ'a na raz. Takich iniekcji w razie gwałtownej potrzeby zrobić można od 10—15.

Gdy kofeina, stosowana per os, wywołuje wymioty, wprowadza się ją w postaci czopków do kiszki. *H. Kuch.*

II. Chirurgija.

96. E. BRAATZ i C. BRUNNER. **O wyjąławianiu catgutu.**

1) Bacteriologische u. kritische Untersuchungen über die Zubereitung des Catgut von dr. E. Braatz (Beiträge zur klin. Chirurgie Bd. VII, str. 70). 2) Weitere Versuche über Catgutsterilisation von dr. C. Brunner. Ibidem Bd. VII, str. 447. 3) Zur Frage der Catgutsterilisation von dr. E. Braatz. Ibidem Bd. VIII, str. 463).

Pomijając stronę polemiczną prac przytoczonych, jak również opis wykonanych przez autorów doświadczeń, dotyczących się sterylizacji catgutu, podajemy tylko główne wyniki, mogące zainteresować lekarzy praktyków.

Lister'owska oliwa karbolowa jest dla catgutu złym antyseptykiem. Z catgutu wyjąławionego w takiej oliwie prawie zawsze można otrzymać hodowle rozmaitych mikrobow (rother Kartofelbacillus Globig'a, grauer Mesentericus Brunner'a), które, o ile się zdaje, są stałymi mieszkańcami przewodu pokarmowego, używanych do wyrobu catgutu zwierząt. Szczerście mikrobów te nie należą do chorobotwórczych. Czasami jednak inaczej bywa: w 1877 r. Volkmann opisał nieszczęśliwy przypadek zakażenia rany węglikiem, przez użycie catgutu wyrobionego z kiszki chorego zwierzęcia. Braatz, a jeszcze wcześniej Reverdin zwrócili uwagę na to, że znajdujący się w handlu catgut zawiera związki tłuszczowe (od 1^o/₀₀—1,5^o/₀), które przeszkadzają wnikaniu środków przeciwniejących w jego włókna. Dlatego też przede wszystkim należy odtłuścić catgut, co Braatz uskuteczniła przy pomocy eteru, w którym; zmieniając go parę razy, trzyma się catgut 2—3 doby, aż wyparowany w próbówce eter nie przestanie pozostawiać po so-

bie osadu. Reverdin w tym samym celu ogrzewa catgut przez 3—4 godzin przy temperaturze 140°. O ile łatwiejszą jest dezynfekcja odtłuszczonego catgutu, dowodzą doświadczenia Brunner'a i Braatz'a. Z zainfekowanego zarodnikami wąglika kupnego catgutu można było otrzymać hodowle nawet po kilkudziesięciogodzinnej trzymacji go w sublimacie (1:1000), podczas gdy odtłuszczowy catgut nie dawał takowych już po upływie 15 minut.

Sublimatowi należy się pierwszeństwo przed karbolem: z Braatz'owskiego catgutu, zainfekowanego wąglikiem i sterylizowanego przez 72 godz. w 5% wodnym roztworze karbolu, prawie zawsze jeszcze można było otrzymać hodowle, gdy tymczasem 1‰ wodny roztwór sublimatu doskonale spełniał swoje zadanie w ciągu niecałych 15 minut. Z ostatniego jednak nie wynika, aby sublimat przez ten czas zabił wszystkie znajdujące się w catgucie mikroby:—catgut taki, zaszczerpiiony pod skórę zwierzęciu wywoływał zazwyczaj śmierć od anthrax'u. Objasnienie tego faktu podał Geppert: wraz z catgutem wnosi się do pożywki pewna ilość związanego z nim chemicznie (Braatz) sublimatu, który odgranicza drobnoustroje od mającej żywicię gleby;—rzecz prosta, że w żyjącym organizmie zachodzą inne warunki i owa doza sublimatu może się okazać niedostateczną dla zátamowania rozwoju mikrobów. Dlatego też, chcąc się przekonać, czy sterylizowany w sublimacie catgut nie zawiera już zdolnych do rozwoju mikroorganizmów, Geppert zobjętnia w nim rtęć siarkiem ammonu. W ten sposób przekonano się, że odtłuszczony catgut dopiero po kilkunastogodzinnej przebywaniu w 1‰ wodnym roztworze sublimatu uważanym być może za zupełnie sterylizowany.

Wodne roztwory sublimatu mają pierwszeństwo przed alkoholowymi: z doświadczeń Braatz'a wynika, że roztwory alkoholowe sublimatowe działają o 100 razy słabiej, niż wodne. Należy więc odtłuszczonej uprzednio catgut wyjałowić w wodnym roztworze (1:1000) sublimatu (24 godz.); alkoholowy roztwór (subl. 1,0 Alc. abs 900,0, Glycerini 100,0) może być używanym tylko dla przechowywania wyjałowionego już catgutu, gdyż w nim catgut mniej traci ze swej mocy, niż w roztworach wodnych; Braatz radzi używać w tym celu sterylizowanego alkoholu.

Inny, Reverdin'owski sposób sterylizacji catgutu polega na ogrzewaniu go w ciągu 3—4 godzin przy temperaturze 130°—140° w odpowiednio urządzonym termostacie (Oelbad).

Jan Świątecki.

97. SAENGER. O drenowaniu jamy brzusznej przy laparotomijach. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, nr. 4, 1882).

Szczelne zamknięcie jamy brzusznej nawet po „nieczyistych laparotomijach” stało się hasłem dla większości niemieckich chirurgów; znalazło ono bowiem należyte uzasadnienie, zarówno na drodze teoretycznej, jak i praktycznej. Wybitniejsi zaś angielscy i amerykańscy chirurdzy, przeciwnie, posługują się na szeroka skalę drenowaniem jamy brzusznej

i otrzymali tą drogą rezultaty równie dobre, jak i niemcy, a nawet lepsze. Wskutek tego Saenger począł stosować drenowanie jamy brzusznej po laparotomijach i przekonał się, że przebieg pooperacyjny staje się przez to w pewnych przypadkach mniej niebezpieczny, a niekiedy drenowanie jest wprost koniecznym warunkiem zejścia w wyzdrowienie. Najczęściej autor skutecznie tak zwane skombinowane drenowanie za pomocą rur szklanych, wypełnianych materiałem hygroskopijnym. O wiele rzadziej ucieka się do wewnątrz brzusznej tamponady za pomocą gazy hygroskopijnej. Dreny szklane, używane przez autora, bywają różnej długości o krzywiznie równej $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ obwodu koła, średnica ich światła dochodzi do 1 cm., ścianki zaś zaopatrzone są licznymi otworami. Po należytem wyjąłowieniu takiego drenu, autor wstawia go w dół Douglas'a w ten sposób, by wgiętą swą krzywizną przylegał do macicy. Wygięte w ten sposób dreny bezpiecznie mogą być wstawiane w miejsca, w których zbiera się wydzielina, aniżeli proste, używane przez angielskich i amerykańskich chirurgów, a oprócz tego wyklucza się zlepianie drenów z kiszczkami i siecią.

Po zamknięciu jamy brzusznej wyciskamy z niej zawartość przez ucisk na boki i wtedy za pomocą miedzianej cienkiej sondy, należyte zastosowanej do krzywizny wstawionego drenu, wsadzamy zwitek gazy aż do pierwszego otworu bocznego w drenie. Gazę należy zmieniać dotąd, dopóki nie oczyścimy jamy otrzewnej. Następnie na ranę nakładamy opatrunek z gazy i waty, który Saenger umocowuje za pomocą pasów z plastra lepkiego. Pierwsza zmiana opatrunku następuje nie wcześniej jak po 24 godzinach. Wydzielina z jamy brzusznej usuwa się w ten sam sposób. Następny opatrunek zakładamy po 24—48 godzinach, stosownie do okoliczności. Dren usuwamy po 3—4 dniach lub trzymamy go dłużej, gdy wydzielina odchodzi jeszcze obficie. Postępując w ten sposób nie dążymy, podług autora, do drenowania całej jamy brzusznej, lecz tych szczelinowych przestrzeni, które znajdują się w okolicy dołu Douglas'a, szerokich więzów macicznych i samej macicy. Zadanie nasze polega na usunięciu z jednej strony wydzieliny, zbierającej się w tych miejscach, a z drugiej na utrzymanie w suchości tych wydzielających przestrzeni szczelinowych, gdyż podług badań Coe, Mundé i innych po 2—3 dniach odgraniczają się one od jamy brzusznej, a znajdującą się w nich wydzielina może stać się dobrem podłożem dla septycznej infekcji. Autor zapewnia, że przebieg pooperacyjny tych przypadków, w których było stosowane tego rodzaju drenowanie, jest mniej niebezpieczny, wolny od niebezpieczeństw pooperacyjnej sekrecji i intoksykacji fermentami krwi. Tamponada wewnątrz otrzewnowa za pomocą gazy, odgrywającej rolę drenu włosowatego, połączona jest, podług autora, z pewnemi niebezpieczeństwami, ponieważ paski gazy, znajdujące się wewnątrz, wkrótce zupełnie nasiąkają wydzieliną, zewnętrzna zaś warstwa gazy, pokrywająca je, tylko w niewielkim stopniu

może temu zapobiedz. Zmiana wewnętrznych pasków gazy jest niemożliwą, ponieważ przy wyciąganiu wyciska się z nich część płynu, który znów powraca do jamy otrzewnej. Na mocy więc osobistego doświadczenia, autor używa tego rodzaju tamponady w tych tylko przypadkach, gdzie silne, nie dające się opanować podwiązaniem krwawienie, zmusza go do zatamponowania rany i gdzie powyżej opisane drenowanie jest niewystarczające. Przytem autor zwraca uwagę, że osuszanie jamy brzusznej należy przekładać nad jej przemywanie, gdyż to ostatnie połączone jest z niebezpieczeństwami, wskazanymi przez Delbet i Polaillon.

Teoretycznie drenowanie jamy brzusznej wskazane jest w następujących przypadkach: 1) gdy miejscowe wylewy krwawe zawierają pierwiastki infekujące lub podatne do infekcyi, których zneutralizowanie znacznie przewyższa siłą rezorbcyjną otrzewnej, 2) gdy należy oczekiwać zbierania się takiej wydzieliny, której rozkład i następnie rezorbcyja może wywołać septyczne zakażenie, 3) gdy należy obawiać się przedziurawień pęcherza, kiszki, wskutek uszkodzenia tych organów i po 4) gdy dążymy do odgraniczenia od jamy brzusznej silnie wydzielających ran jamistych.

M. Korzeniowski.

98. ALBERT LANDERER. **Leczenie złamań.** (*Saml. Klinischer Vorträge, N. 19 (der ersten serie) 1891 r.*).

Leczenie złamań prowadzi się już od wieków, podług prawideł ogólnych: łód unieruchomienie aż do zupełnego zrosnięcia kości, a następnie usiłowania robienia kończyną odpowiednich ruchów. Landerer sądzi, że nie wszystko jeszcze zrobiono w tym kierunku i że należy postawić sobie jeszcze dwa zadania, mianowicie: przyspieszyć sprawę zrastania się kości złamanych i normalną funkcję kończyny w jak najkrótszym czasie powrócić.

Pierwszym warunkiem do wypełnienia pierwszego zadania jest zupełne zaniechanie okładów lodowych na złamaną kończynę. Landerer twierdzi, że lód osłabia proces nowotworzenia, a przez to opóźnia zrost kości, czas, przez który trzymamy lód, jest stracony dla procesu gojenia, bo przy ruchach wywołanych drganiem mięśni, rozrywają się wciąż tworzące się sklejenia. Radzi więc autor jak najprędzse zestawienie odłamków i nałożenie natychmiastowe opatrunku unieruchamiającego. W dalszym ciągu swej pracy L. podaje metodę swoją leczenia niektórych najczęstszych form złamań. Zaczyna od złamania kostki (malleoli) i radzi postępować jak następuje: zestawić złamaną kończynę, nałożyć na grubo owatowaną kończynę gips i ten pierwszy opatrunek zatrzymać 4 do 5 dni. Następnie zdjęć takowy, przekonać się, czy położenie kończyny i zestawienie odłamków dobrze się utrzymało i nałożyć drugi gips już ściślejszy. Po 10—12 dniach drugi ten opatrunek rozciąć delikatnie, rozchylić, sprawdzić położenie odłamków i jeżeli wszystko w porządku, wymyć kończynę spirytusem i wykonać lekkie mięsienie przez pocieranie miejsca złamania i ugniatanie mięśni złamanej kończyny. Po massażu

kończynę układamy znowu w gipsie i bandażujemy. Manipulacje te powtarzać należy odąd codziennie. Na 13—14 dzień można już zdjąć opatrunek i pozwolić choremu o kulach chodzić. Zupełny powrót do zdrowia zwykle następuje na 17—18 dzień.

Osiąga się według autora w ten sposób utworzenie lepszej kostniny i zachowanie kompletne funkcji kończyny.

Landerer dalej mówi o złamaniu kości promieniowej i twierdzi, że 99% wszystkich, tak zwanych distorsji stawu promienio-dłoniowego jest połączone ze złamaniem końca stawowego promienia, radzi więc wielką ostrożność w stawianiu rozpoznania przy tego rodzaju cierpieniach. Co do leczenia złamań promienia, L. postępuje tak, iż najprzód, jak zwykle, stara się jaknajprędzej po uszkodzeniu zestawić złamanie i nakłada opatrunek unieruchamiający. Do opatrunku używa szyny z grubej tektury, zgiętej, po zmoczeniu, w kierunku ku dołowi i ku łokciowej stronie i sięgającej nieco po za art. meta-carpo-phalangeae i z drugiej strony do łokcia. Opatrunek ten po 4 ch dniach należy zdjąć, sprawdzić pozycję odłamków i nałożyć opatrunek znowu, skróciwszy szynę tak, ażeby palce zostawić wolne. Po 8—10 dniach należy opatrunek zdjąć zupełnie, a tylko massować i ruszać palcami.

Złamania rzepki, szczególniej poprzeczne L. leczy odrazu masażem, pomiędzy zaś jednym a drugim posiadzeniem układu kończynę z podniesioną stopą w szynę np. Volmannowską, a odłamki zbliża za pomocą plastru lepkiego. W drugim tygodniu radzi autor już wykonywać ruchy bierne, a w początkach czwartego tygodnia doradza nawet próby chodzenia. Starania o zrost kosty uważa L. za niekonieczne, gdyż, jak twierdzi, nawet w tych przypadkach, gdzie odłamki zrosły się za pomocą tkanki łącznej i oddalone były od siebie o parę centymetrów, chorzy weale dobrze chodzili, gdy tymczasem nawet przy kostnym zroście odłamków po długim unieruchomieniu kończyny nierzadko widziano stężenie stawu i atrofję mięśnia, co, rozumie się, bardzo niekorzystnie oddziaływało na funkcję kończyny. Tak samo radzi autor postępować przy leczeniu złamań wyrostka łokciowego kości łokciowej.

Złamania szyjki anatomicznej kości ramieniowej leczy L. w ten sposób, iż kończynę złamaną zawiesza na chustce (mitella) i przybandażowuje do klatki piersiowej. Opatrunek ten każe choremu nosić przez pierwsze 8 dni, przy końcu tygodnia wykonywa ostrożnie ruchy bierne a w razie silnych bólów kładzie okłady Priesnitz'owskie. Złamania takie niewklonowane należy trzymać w opatrunku nawet gipsowym przez 2 tygodnie, ale zawsze pod koniec trzeciego tygodnia zacząć wykonywać ruchy bierne i masaż. Odlamanie obu guzów kości ramieniowej L. odrazu massuje i odrazu każe kończynę biernie poruszać.

Złamania kości goleni leczą się według metody L. w ten sposób, iż się nakłada opatrunek gipsowy zaraz po przypadku

i ten pierwszy opatrunek zostaje 5 do 6 dni, następnie ten pierwszy opatrunek zamienia się na drugi, trochę ściślejszy. Tą ostatnią nawiązkę zdejmuje się przy końcu 3 tygodnia i wtenczas masuje się kończynę raz, albo dwa razy dziennie, w końcu czwartego tygodnia można pozwolić chorym następować na chorą nogę.

Na złamania kości biodrowej L. nakłada opatrunek wyciągowy, w czwartym tygodniu rozpoczyna już masaż samego callusa i mięśni uda, w 5 lub 6 tygodniu radzi zupełnie zdjąć opatrunek, a w 6 lub 7 pozwala choremu już zacząć chodzić.

Tą metodą leczył autor 90 złamań i nigdy nie żałował tego. Garbowski.

III. Choroby dziecięce.

Błonica i jej leczenie ¹⁾.

99. 1. BAGINSKY. Przyczynek do etjologii błonicy. — Lasecznik Löfflerowski. 2. BAGINSKY i GLUCK. Tracheotomija. 3. ARONSOHN. O Intubacji przy błonicowym wżęzieniu krtani. 4. BAGINSKY. Porażenia błonicowe. 5. ARNHEIM. Anatomiczne badania nad porażeniami błonicowymi. 6. STRELITZ. Przyczynek do nauki o zapaleniach płuc, występujących w przebiegu błonicy. (Poszukiwania bakteryjologiczne).

W IV-ym, V-ym i VI-ym zeszytzie „Archiv für Kinderheilkunde“ z roku zeszłego, znajdujemy szereg prac Baginskyego i jego asystentów, dotyczących błonicy. Materiały dostarczyły dzieci w odosobnionym pawilonie dla błonicowych w szpitalu dziecięcym imienia cesarza Fryderyka i jego małżonki, otwartym w roku zeszłym.

1. Przyczynek do etjologii błonicy

przez Baginsky'ego.

Autor postawił sobie za zadanie przekonać się, czy obecność laseczników błonicy jest zjawiskiem stałym i czy ciężkość cierpienia związana jest z obecnością lasecznika Löfflera.

Przy badaniach swych autor posługiwał się metodą d'Espina i Marignaca ²⁾. Kawalki błonicy posługiwał się metodą d'Espina za pomocą rozgrzanej pincety i dla wydzielenia drobnoustrojów, towarzyszących błonicy, przemywał 20% kwasem borowym, następnie umieszczał je na Löfflerowskiej surowicy krwi w kilku próbkach, które wstawiał do piecyka przy ciepłocie 37°. W ten sposób udało się: 1) towarzyszące lasecznikowi błonicowemu drobnoustroje w większości przypadków na tyle zniszczyć, że lasecznik błonicowy w ciągu 24 go-

¹⁾ Powyższe prace zestawiamy w obszerniejszem streszczeniu, gdyż zawierają w sobie najnowsze poglądy na błonicę u dzieci, sprawdzone na znacznym, jak widać z powyższego, materiale klinicznym, odpowiednio wyzyskanym. (Przyp. red.).

²⁾ Revue medicale de Suisse Romaine, 1890.

dzin prawie lub zupełnie w postaci czystej hodowli się przedstawiał, 2) okazało się przytem, że rozwój lasecznika Löffler'a był bardzo charakterystycznym, typowym i bogatym tak, że przy pewnej wprawie już makroskopijny wygląd próbówki pozwolił stwierdzić obecność lasecznika błonicy. W każdym jednak przypadku przeprowadzono szczegółowe badanie drobnowidzowe, a w wątpliwych dokonano szczepienia na zwierzętach, by zupełnie być pewnym, że się ma do czynienia z lasecznikiem Löfflera. Jak wiadomo, lasecznik błonicy zabija świnki morskie i króliki w ciągu kilku dni przy objawach zapalnego obrzęku w miejscu zastrzyknięcia ze współczesnym wystąpieniem zapalenia kiszek, opłucnej, nerek i kolaptycznym spadkiem ciepłoty.

Z 93-ch przypadków w ten sposób poddanych badaniu w 68 stwierdzono obecność lasecznika Löfflera, już to w postaci czystych hodowli, już w połączeniu z nielicznymi stafilocami i streptokokami. W ten sposób przedewszystkiem przekonano się o znaczeniu lasecznika błonicowego dla błonicy.

Jak ważne znaczenie posiada obecność lasecznika błonicowego pokazuje się z tego, że z 68 przypadków, w których znaleziono laseczniki 27 zakończyło się śmiercią, 38 wyzdrowieniem, o 3 niewiadomo; śmiertelność zatem wynosiła około 40%. Na zaznaczenie jeszcze zasługuje, że większość dzieci pozostałych przy życiu po przejściu błonicy zapadła na mniej lub więcej ciężkie porażenia. Głównie jednak ważność lasecznika błonicowego wyjaśnia przebieg przypadków, gdzie laseczników nie znaleziono. U wszystkich przyjętych na oddział dzieci, należących do ostatniej kategorii, obraz kliniczny nie mógł być za nic innego przyjęty, jak za błonicę. Z przypadków tych tylko 1 zakończył się śmiercią. We wszystkich tych przypadkach znaleziono na błonach wrzekomych strepto i stafilocoki. Przebieg był łagodny, po kilku dniach zniknęły błony, pozostawiając czerwoną powierzchnię błony śluzowej, a dzieci bez wszelkich powikłań opuszczały szpital.

Ze wszystkiego wynika, że obecność lasecznika błonicowego na błonach stanowi jedyne istotne niebezpieczeństwo dla dzieci chorych na błonicę. Jaśniej da się to zdefiniować w następujący sposób:

1) Istnieją dwie postaci chorobowe, które dla nieubrzonego oka klinicznego spostrzegacza w jednakowy sposób się przedstawiają i jednakowe sprowadzają zmiany w gardzieli i na migdałach t. j. błony wrzekome.

Ponieważ obu tym postaciom towarzyszą jednakowe objawy, jak gorączka, upadek sił, obrzmienie gruczołów podszczękowych, przeto kliniczne ich odróżnienie jest niemożliwym. A jednak obie te postaci są różne. Jedna wywołana przez laseczniki błonicowe jest w wysokim stopniu dla życia niebezpieczną i daje około 50% śmiertelności, druga, wywołana przez stafilo i streptokoki jest niewinną i życiu nie zagraża.

2) Obie postaci dają się tylko odróżnić za pomocą badania bakteryjologicznego.

Autor zaleca w praktyce prywatnej następujące postępowanie. Dziecko, podejrzane o błonicę, zostaje natychmiast odosobnionem; z gardzieli dziecka za pomocą wyjąłkowej pincety zdejmuje się kawałek błony i poddaje badaniu bakteriologicznemu, a już w 24 godzin makroskopijnie, a ewentualnie drobnowidzowe badanie rozstrzygnie o obecności lub nieobecności laseczniaka błonicy. Do wyników badania stosować się będzie rokowanie, leczenie, odosobnienie dziecka i dezynfekcyja pomieszczenia.

Dla chorych w szpitalach, autor podaje następujące zasady postępowania:

1) Każdy podejrzany o błonicę chory, winien być umieszczony w odosobnionym pokoju.

2) Zdjęty z podejrzanych błon wrzekomych kawałek poddać należy badaniu, stąd każdy szpital, przyjmujący chorych na błonicę powinien posiadać odpowiednie urządzenia.

3) Przy nieobecności laseczniaków chory może być umieszczony na oddziale dla chorych niezakaźnych.

4) Chorzy, u których znaleziono laseczniaki błonicowe, winni być umieszczeni w oddziale dla chorych na błonicę.

5) Chorzy z błonami w gardzieli, u których nie znaleziono laseczniaków błonicowych, nie powinni być umieszczani w oddziałach dla błonicowych; w przeciwnym bowiem razie naraża się ich na niebezpieczeństwo.

Zgodnie z temi zasadami autor od 4 miesięcy postępuje w szpitalu dla dzieci imienia cesarza Fryderyka. Każde podejrzane dziecko bywa umieszczonem w odosobnionym pokoju aż do czasu, dopóki badanie bakteriologiczne nie rozstrzygnie obecności lub nieobecności laseczniaka błonicy. Tylko w ten sposób, zdaniem, autora należy w szpitalach przeprowadzać odpowiednie postępowanie przy leczeniu chorych na błonicę, ochraniać dzieci niebłonicowe od błonicowych, energicznie leczyć dzieci chore na prawdziwą błonicę; dzieci chore na wrzekomą błonicę zdrowieją przy zwyczajnem leczeniu lub też samoistnie.

W końcu autor robi wzmiankę, że nowsza literatura francuzka bogatą jest w sprawozdania o podobnych badaniach, które autor jednak zupełnie niezależnie od tamtych i samodzielnie podjął.

2. *Tracheotomija.*

przez Baginsky'ego i Glucka.

Od czasu otwarcia odosobnionego oddziału dla chorych na błonicę, przyjęto 244 dzieci. Z tych u 68 okazała się konieczną tracheotomija, która była dokonana wprawdzie nie w ostatniej chwili, lecz nie wprzód, aż istniejące dyspnoe z wciąganiem całej dolnej połowy klatki piersiowej uniknięcie jej czyniło niemożliwym.

W większej części przypadków, bo w 54 dokonana była tracheo-

[tomija superior

w 14 „ „ inferior.

Z tych 68 tracheotomii 23 zakończyło się wyzdrowieniem, co wynosi 33,8%.

Bardzo ważnym dla procentu wyzdrowień jest wiek dzieci, okazuje się, że rokowanie przy tracheotomii jest tem gorsze, im dzieci są młodsze. Ogólny wynik wyzdrowień nie jest bardzo pomyślny, lecz mając na względzie, że większa połowa dzieci nie przekroczyła 3-go roku życia, wynik będzie dosyć zadawalniający.

W nowszych czasach starano się wielokrotnie oddzielić tak zwany czysty krup od prawdziwej błonicy i podług tego oceniać wynik tracheotomii. Otóż tylko 2 razy w przypadkach autora istniał czysty krup, to jest istniały objawy zwężenia krtani bez zajęcia migdałów i gardzieli. Wszystkie inne przypadki były prawdziwą błonicą. Uwzględniwszy ten fakt, 33,8% wyzdrowień w porównaniu z osiągniętymi przez innych wynikami nazwać wypadnie pomyślnym. Ważnym był przebieg pooperacyjny, a w tym względzie na szczególną uwagę zasługują następujące momenty.

Usunięcie kaniuli. W 22 przypadkach kaniula ostatecznie usunięta została średnio w 6,6 dni, co mniej więcej odpowiada 11 dniom choroby. W 2 przypadkach pozostawała ona 4 dni, w jednym przypadku 13 dni, dłużej ani razu.

Trwanie choroby. W 23 przypadkach, które się zakończyły wyzdrowieniem, dzieci opuściły szpital średnio w 4 tygodnie. W niektórych przypadkach, skutkiem wtórnych chorób, okres zdrowienia był bardzo długim. I białkomocz często przedłużał trwanie choroby. Z 45 przypadków, zakończonych śmiercią, $\frac{2}{3}$ umarło przed 3-em dniem po operacji; 7 razy śmierć nastąpiła tegoż dnia zaraz po operacji, 12 razy następnego dnia, 10 razy trzeciego dnia. W połowie przypadków śmierć nastąpiła w pierwszym tygodniu choroby.

Ciepłota ciała. Godnym bardzo uwagi jest związek między przebiegiem ciepłoty ciała, a przebiegiem choroby res. zejściem. Autor w tym względzie podaje następujące prawidła:

1. Szybkie i nagłe podniesienie ciepłoty ciała po tracheotomii ma zwykle złe pod względem rokowania znaczenie.

2. Gdy ciepłota ciała po tracheotomii ma dążność do powolnego, lecz mniej lub więcej ciągłego podnoszenia się jest to dla rokowania niepomyślnem zjawiskiem; przypadek taki nie koniecznie musi się śmiercią skończyć, lecz jest ciężkim.

3. Spadek ciepłoty ciała po operacji jest dla rokowania niepomyślnym, jeżeli łączy się z objawami kollaptycznemi.

4. Powolny spadek ciepłoty do 37° i pozostawanie takiej na tej wysokości pozwala na pomyślne rokowanie.

5. Im nieregularniej zachowuje się ciepłota, szczególnie przez to, że po podniesieniu ciepłoty występuje nagły spadek lub też gdy gorączka jest stała, tem ostatecznie wyzdrowienie jest trudniejszym i bardziej chwiejnym rokowanie.

Zwykle powikłania i choroby następcze pogorszają rokowanie po tracheotomii, a tym zwykle choć nie zawsze towa-

rzyszą wahania ciepłoty. U 25 operowanych śmierć nastąpiła skutkiem na nowo powstałej dusznicy przy objawach zstępującego krupu, nieżyłowego zapalenia oskrzeli i płuc. 10 razy zapalenie nerek musiało być uważane, jeżeli nie za jedyną, to współdziałającą przyczynę śmierci; 9 przypadków przebiegało z ciężkimi objawami septycznymi, a z tych 4 w połączeniu z silną infiltracją tkanki łącznej na szyi, 7 razy przyczyną śmierci były obszernie porażenia, szczególnie podniebienia, utrudniające żywienie chorych. W 2 przypadkach rana pooperacyjna pokryła się błonicowym nalotem, w 4 wystąpiło zapalenie opłucnej i płuc; 1 przypadek łączył się z płonicą, 1 raz śmierć nastąpiła nagle skutkiem prawdopodobnie porażenia serca.

Ogłędziny pośmiertne wykryły w 27 przypadkach zapalenie oskrzeli i płuc; prawie w każdym przypadku znaleziono zmiany mięsiste w mięśniu serca, dochodzące do zwyrodnienia tłuszczowego, równie często mięsiste zapalenie nerek i rozlane folikularne zapalenie kiszek, 4 razy zapalenie opłucnej i płuc, 1 raz zapalenie błonicowe przelyku, 1 raz zapalenie błonicowe żołądka.

Następuje opis metody operacyjnej. Kończą autorzy swą pracę uwagą, że każda statystyka wyleczonych przypadków błonicy musi być przyjmowaną *cum grano salis*. Wyzdrowienie po operacji nie zależy jedynie od wieku i stanu sił dziecka, lecz głównie od charakteru epidemii. Jeden z autorów (Gluck) raz na 30 operacji miał 29 zejść śmiertelnych, innym razem przy mniej ciężkiej epidemii 12 wyzdrowień na 25 tracheotomji.

3. *O intubacji przy błonicowym zwężeniu krtani*

przez Aronsohna.

Intubacja krtani przy jej zwężeniu dokonana była u 18 chorych. Z tych 3 przypadki nie należały do pierwotnych zwężeń; intubacja bowiem dokonana była skutkiem przeszkody w oddechaniu, powstałej po usunięciu kaniuli tracheotomijnej. Pozostaje zatem 15 przypadków, a z tych tylko w 2 nastąpiło wyzdrowienie i to w jednym po dokonanej tracheotomii. Wykluczwszy ten przypadek pozostaje 14 przypadków z 1 wyzdrowieniem.

Wynik więc jest smutny. Należy jednak uwzględnić: 1) ciężkość przypadków błonicy, w tym czasie spostrzeganych w Berlinie, 2) szczególnie niepomysłny okres czasu, w jakim robione były spostrzeżenia autora.

Chwilowy skutek intubacji był prawie we wszystkich przypadkach znakomity, tak samo, jak po tracheotomii. Objawy duszności znikaly, dzieci uspokajały się i zasypiały. Nie trwało to jednak długo; albo występujące napady kaszlu wypychały tubę, albo na nowo występowały objawy duszności z groźnymi przypadłościami tak, że tuba musiała być usunięta, albo tubus zapychał się śluzem, wtedy musiał być usunięty i po oczyszczeniu na nowo wprowadzony, albo przeszkoda okazała

się poniżej tubusa, a wtedy duszność powstawała pomimo wielokrotnego wprowadzania tubusa. I tak we wszystkich niepomysłnie zakończonych przypadkach (u chorego, który wyzdrowiał tubus pozostawał przez 5 dni) był autor zmuszonym wielokrotnie w bardzo krótkim czasie intubację powtarzać. Z tego wynika, że piecza nad małymi chorymi musi być przy intubacji jeszcze większą, aniżeli po tracheotomii, z czego znowu wynika, że intubacja powinna być stosowaną tylko w szpitalach resp.: tylko wtedy, gdy lekarz w każdej chwili może się znajdować pod ręką; nie można bowiem ani jednej chwili być pewnym, czy tubus przy kaszlu nie zostanie wyrzucony lub nie zatka się śluzem.

Drugą wielką niedogodność przy intubacji stanowi trudność żywienia chorych. Niechęć do przyjmowania pożywienia stanowi i tak często najgorszy objaw i powikłanie błonicy. Dzieci tembardziej z przyczyny napadów kaszlu i krztuszenia się przy intubacji nie chcą przyjmować pożywienia tak, że autor zmuszonym się widział żywić je za pomocą zgłębnika. W ten sposób ilość dostarczanego pożywienia musiała być niedostateczną.

Innych nieprzyjemnych przypadłości autor nie spostrzegł. Ważniejszych objawów uciskowych ze strony tubusa, o których wspomina Schwalbe, autor przy oględzinach pośmiertnych nie znalazł np. zapalenia płuc (Schluckpneumonie). Znajdywano za to zaczerwienienie błony śluzowej, odpowiadające miejscu zakończenia tubusa.

Intubacja więc nie okazała się w ciężkich przypadkach, spostrzeganych przez autora, pożyteczną; wielkie jednak usługi oddała ona w 2 przypadkach zwężenia krtani, powstałych po usunięciu kaniuli po tracheotomii. Ciężkie objawy zwężenia krtani wnet ustąpiły, a tubus w jednym przypadku po 2, w drugim po 6 dniach mógł być ostatecznie usunięty. Nowa więc ta metoda zdaje się powołaną jest pod tym względem do oddania znakomitych usług.

4. Porażenia błonicy

przez B a g i n s k y ' e g o.

Z pomiędzy pawikłań i chorób następczych błonicy od dawna porażenia budziły wielkie zainteresowanie wśród klinicystów. Zainteresowanie to zwiększyło się jeszcze od czasu znanych poszukiwań Roux i Yersena, Briegera i Fränkla, które w niewątpliwy sposób dowiodły, że porażenia te ściśle są związane z działaniem wydzielanego przez lasecznika błonicyowego ciała trującego. Wśród 244 przypadków błonicy, spostrzeganych przez autora, w 30 spostrzegano mniej lub więcej ciężkie porażenia, z tych 3 chorych wstąpiło do szpitala już z porażeniami po przebytej błonicy.

Porażenia nie różniły się od siebie, czy wystąpiły wczesnie w 2 tygodniu, czy później w 4 tygodniu. W 8 z 30 przypadków zniknięcie odruchu kolanowego było pierwszym objawem porażenia, w 15 objawy porażenia podniebienia były

pierwszym, a do tych należały zakrztuszanie się, przejście płynów do nosa podczas polykania, napady kaszlu przy polykaniu, wymioty, odcień nosowy mowy. 3 razy współcześnie wystąpiły zniknięcie odruchu kolanowego i objawy porażenia podniebienia. U 3 chorych, którzy w tym stanie przybyli do szpitala porażenia były rozszerzone na liczne grupy mięśniowe. Autor rozróżnia następujące rodzaje porażen:

1. Porażenia występują zwykle tem wcześniej, im ciężiej wystąpiło błonicowe cierpienie gardzieli. Mamy wówczas najczęściej porażenie podniebienia, które się łączy współcześnie z białkomoczem i zapaleniem nerek. W porażeniach tych wcześniej bierze udział serce, a dzieci zwykle umierają przy objawach osłabienia serca.

2. Przy porażeniach, rozwijających się wolniej i później, jakie zwykły występować przy średnio ciężkich, nie zgorzeli-nowych i posocznicych postaciach, obok rozszerzenia się porażenia na prawie wszystkie mięśnie, szczególnie niebezpiecznym jest porażenie przepony.

Porażenie przepony zdarza się częściej, aniżeli dotąd przypuszczają. Odnacza się ono prawie zupełnym bezgłosem; ochryplym afonicznym kaszlem, męczącym wykrztuszaniem obfitej pianistej ciągnącej się plwociny śluzowej. Oddech jest utrudniony (dyspnoe) wdech wyraźnie piersiowy z unoszeniem dolnego odcinka klatki piersiowej. Porażenie przepony kończy się po większej części, lecz nie zawsze śmiercią przy objawach coraz zwiększającej się duszności, przy współczesnem istnieniu zapalenia oskrzeli i płuc (bronchopneumonia), przy objawach asfiktycznych z nagłem zupełnem powstrzymaniem oddechania.

3. Ważne znaczenie kliniczne dla przebiegu całej sprawy chorobowej mają objawy ze strony serca, spostrzegane u dzieci, chorych na błonicę. Są one bardzo różnorodne. Zaczawszy od zmniejszenia naprężenia tętnic a zatem małego słabego z niską falą arytmicznego tętna z objawem zastoinowym, sinicą, chłodnemi kończynami a skończywszy na zupełnem zniknięciu tętna w wielkich tętnicach, spostrzegać można różne stopnie. Przy wysłuchiowaniu serca otrzymuje się oba tony przytłumione lub zniknięcie pierwszego tonu, nierzadko wyraźny galopujący ton.

Rytm galopujący może naprzemian występować ze zjawiskiem oddechowym Cheyne-Stockesa i w ten sposób grozić życiu dziecka przez porażenie serca; nie koniecznie jednak musi się kończyć niepomyślnie; w jednym przypadku, spostrzeganym przez autora pod wpływem odpowiedniego leczenia nastąpiło wyzdrowienie.

Leczenie porażen błonicowych w ostatnich czasach postąpiło znacznie. Dawniej zadawalniano się zwyczajną wzmacniającą metodą leczenia. Obecnie obok tego zwrócono się do bardziej czynnego leczenia. Przedewszystkiem zalecano w ostatnich czasach strychninę w postaci zastrzykiwań podskórnych. I autor wielokrotnie stosował strychninę w dawce *0,003—0,004* dziennie w 3 dawkach. W pierwszych przypadkach

spostrzeganych przez autora w Listopadzie i Grudniu r. z. osiągnięto pozornie dobry skutek, choć i wtedy już w niektórych przypadkach środek ten nie przynosił pożytku; w dalszych przypadkach wczesnych porażen w następstwie septycznej błonicy, połączonej z adynamią serca, bezskuteczność strychniny była tak uderzającą, że w ostatnich miesiącach autor w zupełności zaniechał dalszego stosowania tego leku. W niektórych nawet przypadkach strychnina niejako przyspieszyła porażenie serca.

W ostatnich też czasach autor ograniczał leczenie do możliwie starannego odżywiania dzieci ewentualnie za pomocą zgłębnika, przez który wprowadzano do żołądka mleko, jaja, pepton, wino, koniak. Przy groźnych objawach ze strony serca zastrzykiwano kamforę podskórnie w oleistym lub wyskokowym 100% roztworze. W niektórych przypadkach zastrzykiwano kofeinę (coffeinum natrobenzoicum) lub podawano do wewnątrz coffeinum citricum bez widocznego skutku.

Przy długotrwałych porażeniach, szczególnie kończyn dolnych, stosowano ostrożnie mięsienie w połączeniu ze słabym prądem przerywanym. Do wewnątrz niekiedy podawano żelazo.

Szczególnie trudnem jest leczenie w przypadkach powikłanych zapaleniem nerek w połączeniu ze zboczeniami w czynności serca. W tych razach z przyczyny zajęcia nerek niebezpiecznem jest podawanie pożywienia i leków drażniących. Podając w tych razach mocne wina, koniak i drażniące pokarmy, jak bulijon, pepton, których jednak w zupełności zaniechać niepodobna, zawsze śledzić trzeba za białkomoczem i ilością moczu. Mleko i w tych razach będzie zawsze najlepszem i najważniejszym pożywieniem samo lub w połączeniu z nieznaczną ilością jaj, bulijonu i wina; w innych razach w połączeniu z lekkimi środkami moczopędnymi, jak wodą Wildungen. Jeden ze spostrzeganych przez autora przypadków wskazuje na usługi, jakie oddać może wdechowanie tlenu; choć w niektórych innych przypadkach, pomimo wdechań tlenu, życie utrzymać się nie dało; w każdym razie środek ten, który dziś tak łatwo i tanio otrzymać można, przy którego stosowaniu autor nie dostrzegł żadnych szkodliwych ubocznych przypadłości, zasługuje na dalsze próby.

5. *Badania anatomiczne nad porażeniami błonicowemi*

przez Arnheima.

Pomimo licznych badań nad anatomiczną podstawą porażen błonicowych do dziś dnia panują sprzeczne w tym względzie poglądy. Jakkolwiek od pewnego czasu większość badaczy przypisuje główne znaczenie sprawom neurytycznym, niebrak i takich, którzy obok spraw tych przyjmują i inne przyczyny, jak cierpienia naczyń i mięśni. Ta różnorodność poglądów da się objaśnić tem, że zmiany, znajduwane przy oględzinach pośmiertnych nie są zawsze identyczne, a zmiany drobnowidzowe mogą być w różny sposób tłumaczone.

Nawet i ci autorzy, którzy przeważnie znaczenie przypisują zmianom w nerwach mają wątpliwość, czy cierpienie jest wyłącznie peryferycznego pochodzenia, czy też cierpią wszystkie części narządu nerwowego, tak ośrodkowe, jak i peryferyczne.

Przy badaniach swych autor postawił sobie za zadanie, głównie przekonać się, czy i narząd nerwowy ośrodkowy bierze udział przy porażeniach błonicowych; obok tego zwrócono uwagę i na inne następujące się kwestyje.

W 8 przypadkach przeprowadzono szczegółowe badanie anatomiczne i drobnowidzowe, które dało następujące wyniki.

Przy badaniu mięśnia serca, przepony i mięśni szkieletu nie znaleziono prawie żadnych zmian; włókna mięśniowe utrzymane w całości, poprzeczne prążkowanie zachowane, w nielicznych tylko włóknach mięśniowych znaleziono zmętnienie. Nigdy nie znaleziono zwyrodnienia tłuszczowego lub ogniska rozmiękczenia.

Przeciwnie, badanie świeżych lub w kwasie osmowym przechowywanych nerwów, wykazało w 2 przypadkach wyraźne zmiany degeneracyjne; odpowiadały zmianom, opisanym przez Eichhorsta ¹⁾ i P. Meyera ²⁾ i innych.

Zwyrodnienie rozciągało się na cały peryferyczny narząd nerwowy aż do tylnych i przednich pęczków. I nerwy mózgowe z wyjątkiem pierwszej, drugiej, siódmej i ósmej pary brały udział w zwyrodnieniu.

Obok zmian degeneracyjnych we wszystkich preparatach znaleziono przekrwienie w pochewkach nerwowych i w naczyniach wewnątrz nerwowych. W jednym przypadku znaleziono w pochewce nerwu błędnego i w mleczu rozsiane wylewy krwi kapilarne.

Komórki zwojowe były zawsze bez zmian. Preparaty z przednich rogów mleczu zwojów mleczowych, nerwu sympatycznego i t. p. nie okazały nic nieprawidłowego.

Wyniki badań są zatem następujące:

1. Przekrwienie i włosowate wylewy krwi w nerwach peryferycznych i w mleczu.
2. Nieznaczne sprawy zapalne w mięśniach.
3. Znacznego natężenia zwyrodnienie miąższowe i śródmiąższowe włókien nerwowych.
4. Brak zmian w komórkach zwojowych.
5. Brak cierpień systemowych.

Wobec powyższych wyników badania nieusprawiedliwionym jest pogląd tych, którzy bądź to w wylewach krwi do ważnych ośrodków nerwowych (Maier, Mendel), bądź w zmianach mięśni widzą wyłączną lub główną przyczynę porażen błonicowych.

¹⁾ Neuritis acuta progressiva Virch. Archiv, tom 62.

²⁾ Anat. Befunde bei dipht. Lähmmugus Virch. Arch., tom 85.

Kwestyja, czy sprawa zwyrodnienia ogranicza się do nerwów peryferycznych, czy też rozszerza się na cały narząd nerwowy, a zatem i na mlecz została w ostatnich czasach na korzyść drugiego rozstrzygnięta; niektórzy nawet, jak Dejerine utrzymuje, że pierwotnie cierpi mlecz, choć w nim nieznaczne znalazł zmiany. Jakkolwiek, w rzeczy samej, w niektórych bardzo rzadkich przypadkach do błonicy dołączają się prawdziwe cierpienia mlecza, wogóle jednak, jak to pokazują badania autora, w mleczu znajdujemy tak nieznaczne zmiany w porównaniu ze znacznego natężenia zmianami w nerwach peryferycznych, że niepodobna je uważać za pierwotne siedlisko cierpienia, a nawet w wielu przypadkach udział mlecza musi być wykluczonym.

Z tego powodu zdaje się w zupełności usprawiedliwionym pogląd, że anatomiczną podstawę porażen błonicowych stanowi zapalenie nerwów i to w myśl Virchowa zapalenie mięszkowe i śródmięszkowe (neuritis parenchymatosa et interstitialis).

6. Przyczynek do nauki o zapaleniach płuc w przebiegu błonicy. (Poszukiwania bakteryjologiczne)

przez Strelitz a.

Autor postawił sobie za zadanie zbadać, jakie drobnoustroje wywołują zapalenie płuc w przebiegu błonicy. Badanie swe autor przeprowadził sposobem Weichselbaum'a. Płyn, wy ciśnięty z części płuc, zajętych sprawą zapalną, przerosił na stę żały agar, żelatynę, surowicę krwi i buljjon.

Gdy w probówkach, zawierających agar i żelatynę okazały się wegetacje, przeszczepiano je na płynne ośrodki od żywcze, kartofle i na zwierzęta.

Wnioski: W 8 przypadkach zapalenia płuc znaleziono, już to odosobnione, już to połączone następujące drobnoustroje:

1. Diplococcus Fränkel-Weichselbauma.
2. Staphylococcus pyogenes aureus et albus.
3. Streptococcus pyogenes.
4. Lasecznik Friedländera.
5. Lasecznik błonicowy.

Diplokok był znaleziony 5 razy i to 2 razy w postaci czystych hodowli, 2 razy razem ze stafilocokami, 1 raz ze streptokokiem.

Lasecznik błonicowy znaleziono 1 raz ze stafilocokiem.

Stafylokok znaleziono 4 razy, zawsze razem z innymi drobnoustrojami.

Dwa razy znaleziono laseczniki Friedländera i streptococcus pyogenes, nigdy jednak samych, lecz razem z diplokokiem Fränkla resp. ze stafilocokiem.

Z badań tych wynika, że najczęstszym jest diplokok, z czego autor wnioskuje, że zajmuje on główne miejsce w etyjo-

logii zapalenia płuc w przebiegu błonicy, lecz nie stanowi jedynej przyczyny. W 3 przypadkach, w których nie znaleziono diplokokka możliwym jest, że wcześniej obumarł, gdyż, jak wiemy, warunki dla jego żywotności są bardzo ograniczone.

Obok diplokokka najczęściej znajdowano staphylokokki.

W jednym przypadku znaleziono laseczniki błonicowe. Autor jednak nie sądzi, by te wywołały zapalenie płuc. Że skutkiem rozszerzenia się błon fałszywych na rozgałęzienia oskrzeli, laseczniki błonicowe w ogniskach zapalnych płuc znajdują się mogą, nie ulega wątpliwości.

Badania zatem autora dowodzą: że zapalenie płuc w przebiegu błonicy, czy to zrazowe, czy zrazikowe nie jest w zupełnie bezpośrednim przyczynowym związku z tem cierpieniem, że przy powstaniu zapalenia płuc przy błonicy przeważną rolę odgrywa diplokok Fränkel Weichselbauma; znaleźć go, prawdopodobnie, można przy wszystkich ostrych zapaleniach płuc; niewielka jego zdolność życiowa jest przyczyną, że go nie zawsze znajdujemy. Nie jest on jednak jedyną przyczyną zapalenia; obok niego znajdują się i inne drobnoustroje, które mogą wywołać zapalenie płuc i są nimi laseczniki Friedländera, staphylococcus pyogenes aureus i albus i streptococcus pyogenes.

Feliks Arnstein.

100. Dr. WILHELMY (Berlin). **O leczeniu epidemicznej, zakaźnej błonicy.** (Zur Behandlung der epidemischen infectiösen Diphtherie). (*Deut. Med. Woch.*, Nr. 5, 1892).

Autor w przeciągu 12 lat leczył około 100 chorych na błonicę swoją metodą z bardzo dobrym skutkiem.

Używał on 20% roztworu chlorku cynku; żrący ten środek w odpowiedniej koncentracji i przy energicznem zastosowaniu przenika głęboko tkanki. Zajętą błonę śluzową przyżega się zwykle raz jeden, o ile można jak najwcześniej, gdy sprawa nie jest jeszcze zbyt daleko posuniętą.

Szczególny nacisk kładzie autor na samą technikę przyżegania, gdyż w przeciągu krótkiego czasu trzeba wieloma posunięciami dotknąć się każdego miejsca na migdałach, łukach podniebiennych i tylnej ścianie gardzieli. Używa autor w tym celu pincety ząbkowanej 18 cm. długiej, z nieco zagiętymi końcami, koło których owija mocno płaski kawałek waty. Zagięcie końców pincety nie jest bez znaczenia, umożliwia nam ono pewny i prędki dostęp do tylnej powierzchni łuków i migdałków.

Przycisnąwszy język szpatlem, wprowadza się do jamy ustnej pincetę z watą, dobrze napojoną chlorkiem cynku i wyciera się energicznie wyżej wspomniane części. Znaczna część błon pozostaje na wacie i wydobywa się z nią razem. Na nieznaczne krwawienie, które niekiedy po tym rękoczynnie występuje, zbyt wiele uwagi zwracać nie trzeba. W krótkim bardzo czasie wytwarza się strup. Przeciwno silnym bólom, które po przyżeganiu występują, zaleca autor łykanie lodu, małym zaś dzieciom picie wody lodowej. Obrzęku gardzieli lub krtani nie spostrzegł autor ani razu po tym rękoczynnie.

Prócz tego zaleca zwykle autor płókanie z Aquae Culcis 300,0; Glycerini 30,0; Ol. Menth. gtt. 5 i wino w znacznej ilości nawet małym dzieciom.

Co do dalszego przebiegu choroby, autor w żadnym z przypadków przez siebie spostrzeganych i leczonych nie widział rozszerzania się błon po przyżeganiu, a co najważniejsze przejścia na krtań lub też nos.

Po 3—6 dniach strup odpada i odsłania zdrową błonę śluzową.

Autor ostrzega przed używaniem słabszych od 20%, rozczyńców chlorku cynku, ponieważ roztwór w tym dopiero stężeniu może wywołać żądany skutek. *H. Kucharzewski.*

101. Dr. med. I. CASSEL (Berlin). **O zastosowaniu bromoformu w koklusz.** (*Deutsche Medicinische Wochenschrift, Nr. 5, 1892 r.*).

Autor stosował bromoform w przypadkach, spostrzeganych w Poliklinice swojej w czasie epidemii kokluszowej 1890—1891 r. Środek ten podawano dzieciom jednorocznym w ilości 3—4 kropel 3 razy dziennie, poczem zwiększano dawkę do 5 ciu kropel. Cała ilość zużytego w czasie choroby bromoformu wynosiła od 10—20 grm., ta ostatnia ilość użyta była tylko w jednym przypadku. Żadnego pobocznego działania ani razu nie zauważono. Przeciętny przeciąg choroby wynosił 61,3 dni. Bromoform skutecznie zwalczał ilość napadów kokluszowych, oraz ich natężenie, jak to z przytoczonych przez autora tablic przekonać się można; samego przebiegu choroby bromoform jednak nie skraca; stoi on niżej pod tym względem od belladonny, chininy, chlorału, antipyriny i t. d.; może przy zastosowaniu większych dawek i bromoform nie okazałby się gorszym na tym punkcie, stoją nam tu jednak na przeszkodzie trujące własności tego preparatu, o których niektórzy autorzy wspominają.

Co do samego sposobu działania bromoformu, Stepp utrzymuje, że środek ten w przeciwieństwie do innych preparatów bromowych nie wywołuje depressyi, lecz przeciwnie, działa pobudzająco. Autor przypuszcza jednak, że bromoform, posiadając te same narkotyczne własności, co i chloroform, obniża podwyższoną pobudliwość błony śluzowej dróg oddechowych. W ten sposób tłumaczy się jego wpływ dodatni na zmniejszenie ilości oraz natężenia napadów kokluszowych.

H. Kucharzewski.

102. M. MIRINESCU (Bukareszt). **Roziane zapalenie gruczołów obwodowych i jego znaczenie przy rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci.** (*La polyadénite périphérique et sa valeur au point de vue du diagnostic de la tuberculose infantile. (Rev. mens. des mal. des enf. Mars, 1891).*

Autor zaznacza fakt, że niema pozytywnych oznak, na mocy których możnaby z wszelką pewnością rozpoznać gruźlicę u bardzo młodych dzieci i że nawet w daleko rozwiniętym okresie choroby zmuszeni jesteśmy prawie zawsze zadawałnicę się oznakami, pozwalającemi z pewnem tylko prawdopodobieństwem

stwem stawiać rozpoznanie. Dzięki spostrzeżeniom Hutinela i Le-groux za jedną z takich oznak można uważać ogólne zapalenie gruczołów obwodowych (polyadénite périphérique). Nie wynika ztąd jednak, że wszystkie dzieci z powiększeniem gruczołów obwodowych dotknięte są gruźlicą, ale można powiedzieć, że dziecko z wieloma prawdopodobnymi oznakami gruźlicy najczęściej wtedy okazuje się gruźliczem, kiedy posiada powiększone gruczoły obwodowe, których powiększenia nie można wytłómaczyć zaburzeniami jakiegokolwiek narządów, obfitujących w naczynia chłonne, dochodzące do tych gruczołów.

Dzieci, dotknięte tem cierpieniem, są zazwyczaj małe, podejrzane pod względem dziedzicznym, blade i szczupłe, cierpią na brak łaknienia, zaparcie stołca na przemian z biegunką cuchnącą i stałą. W płucach objawy zapalenia oskrzeli lub bronchopneumonii. Przez skórę, zazwyczaj wiotką, dają się wyczuwać w różnych miejscach (pod pachą, w pachwinie, na szyi) bolesne, ruchome gruczołki twarde nakształt kulek szró-tu. Gruczołki te posiadają 2 wybitniejsze cechy: 1) są ogólnie rozsiane i napotyka się nawet wtedy, kiedy nie widać żadnych śladów zaburzenia w tych częściach ciała, których naczynia chłonne kończą się w odpowiednich gruczołach i 2) nie zmieniają się ani pod względem objętości, ani pod względem konsystencji. Na 16 przypadków autor w 15 znalazł lasecz-niki gruźlicze, a wstrzykując miazgę tych gruczołów (pulpe ganglionnaire) do otrzewnej świnek morskich, zarażał te ostatnie gruźlicą w przeciągu $2\frac{1}{2}$ —3 miesięcy. Zapalenie gruczołów obwodowych napotyka się także przy cierpieniach naczyn chłonnych, przymiocie dziedzicznym i przy impetigo, rozpoznanie jednak różniczkowe (choć nie zawsze łatwe) daje się przeprowadzić. Przy chorobach naczyń chłonnych zazwyczaj adenitides bywają mniejsze w okolicy pachwinowej i pachowej, a większe w okolicy zuchwy (z powodu powtarzającego się cierpienia gardła) i po większej części nie występują tak wczesnie jak polyadenitis tuberculosa, pojawiająca się u dzieci w 14-ym lub 15-ym miesiącu życia. Polyadenitis przy syphillis hereditaria jest mniej uogólniona i później się objawia. Przy impetigo zapalenia różnych gruczołów występują jednocześnie i towarzyszą wysypec na skórze.

Skreśliwszy objawy kliniczne i rozpoznanie różniczkowe polyadenitidis tuberculosa, autor przystępuje do opisu anatomii patologicznej tego cierpienia. Podajemy tu tylko podział makroskopowy autora na 4 grupy: a) a. t. bez zmian gruźliczych, dostrzegalnych gołym okiem, b) grucz. miękkie, czerwone, wielkości ziarnka grochu lub orzecha laskowego z oznakami gruźlicy, c) wielkości orzecha, całkiem zserowaciałe, d) stwardniałe, wielkości ziarnka prosa lub konopi z drobnymi ogniskami serowatemi; odnośnie szczegółów odsyłamy czytelnika do oryginału.

B. Polikier.

103. G. SOMMA. O niedokrwistości śledzionowej (anaemia splenica) u dzieci. (*Jahrb. f. Kinderheilk. T. XXXIII. Z. 3, 1892*).

Autor odróżnia 3 postacię rzeczonyj sprawy chorobowej: 1) *przewlekła postać gorączkowa*, cechująca się woskowo bladym zabarwieniem skóry, powiększoną śledzioną, oraz uporczywą gorączką typu przepuszczającego, 2) *przewlekła bezgorączkowa postać*, w której znajdujemy śledzionę kolosalnie powiększoną i twardą, oraz powiększenie wątroby i wreszcie 3) *przewlekła postać z perijodycznymi nawrotami gorączki*, którą łatwo przyjąć można za gorączkę powrotną, tembardziej, że powiększenie śledziony odpowiada tu w zupełności gorączkowym nawrotom.

Ostateczne wyniki autora, dotyczące wszystkich postaci omawianej choroby są następujące:

1. Anaemia splenica, inaczej białaczka wrzekoma (pseudoleucemia), napotkać się daje przeważnie u dzieci i to wogóle częściej, aniżeli dotychczas mniemano.

2. Choroba rzeczona dotychczas mało była badana; najlepsze prace o niej ogłosili Cordarelli i Luigi Somma.

3. Cechuje się ona ciężką niedokrwistością postępującą, oraz tak znacznym przerostem śledziony, jaki w żadnej innej postaci chorobowej napotykać się nie daje.

4. W przebiegu choroby odróżnić należy trzy powyższej przytoczone postaci, oraz trzy okresy: okres początkowy, rozwoju i charłactwa.

5. Patogeneza choroby jest jeszcze mało znaną; najprawdopodobniej mamy tu sprawę wywołaną przez swoiste zarazki, które, znalazłszy odpowiedni grunt dla swego rozwoju w śledzionie, przechodzą stąd do krwiobiegu i wywołują charakterystyczne objawy.

6. Przebieg jest przewlekły, choroba bowiem trwa zwykle od 8 miesięcy do 3 lat i dłużej.

7. Zejście jest po największej części niepomyślnem z powodu wyczerpania sił chorego, rozmaitych powikłań, oraz chorób następczych.

8. Ze środków lekarskich najlepsze wyniki daje rezoreyna, mniej pomyślne arsen, rtęć, a najgorsze chinina, żelazo, hydro i elektroterapija. Wycięcie śledziony w niektórych przypadkach dało doskonałe wyniki; autor też w ostatecznym razie radzi przystąpić do rzeczonyj operacji. Koral.

104. J. BÓKAI. Wyniki po intubacyi metodą O'Dvyera. (*Jahrb. f. Kinderheilk. T. XXXIII. Z. 3, 1892*).

W r. 1890 autor po raz pierwszy zastosował powyższą metodę w szpitalu dla dzieci w Buda Peszcie i w ciągu jednego roku wykonał ją u 109 dzieci w wieku od kilku miesięcy do lat 12. Z powyższych 109 przypadków 78 dotyczyło dzieci dotkniętych krupem błonicowym, a 31 t. zw. przez autora idyopatycznym. Z pierwszej grupy wyzdrowiało 24 (30%), z drugiej zaś 13 (41%), razem wyzdrowiało 37, czyli 34%. W przypadkach zakończonych pomyślnie, najmniejszy przeciąg czasu niezbędny do usunięcia z krtani rurki intubacyjnej wynosił 10 i 17½ godzin, najdłuższy 157—184 godzin (7½ dni). Ilość intubacyj, przedsiębranych aż do zupełnego wyzdrowienia w owych 37 przypadkach wahała się pomiędzy 1 (12 przyp.)

a 7 (1 przypadek), najczęściej zaś wynosiła od 1—3. Tracheotomię następczą autor zmuszony był wykonać zaledwie 3 razy z wynikiem niepomyślnym. Z ujemnych stron powyższej metody, autor kładzie nacisk przedewszystkiem na trudności w odżywianiu dziecięcia a następnie na dość często występujące odłężyny w okolicy chrząstek nalewkowej i obrączkowej (18 przypadków skonstatowanych przy sekcji).

W końcu swej pracy autor dochodzi do wniosku, że metoda O'Dvyera w szpitalnej praktyce, w znacznej części zastąpić może tracheotomię, nawet gdyby nie dała lepszych wyników nad te, jakie otrzymano, albowiem daje się szybko uskutecznić i wymaga mniej przygotowań, oraz asystencyi, aniżeli tracheotomija, natomiast z większą trudnością daje się zastosować w praktyce prywatnej ze względu, iż niezbędną się okazuje przy niej bezustanna obecność lekarza, umiejącego obchodzić się z rurką intubacyjną, oraz wykonać w razie potrzeby staute pede tracheotomię ¹⁾. Koral.

105. R. DEMME. O działaniu diuretyny u dzieci. (*Klinische Mittheil. aus d. Gebiete der Kinderheilk. 1891.*)

Środek powyższy autor stosował u 11 dzieci w wieku od lat 2—10, a mianowicie w 4 przypadkach zapalenia nerek po szkarlatynie, w 3 niedomykalności zastawki dwudzielnej, w 2 przewlekłego zapalenia otrzewnej ze znacznym wysiękiem i 2 wysiękowego zapalenia opłucnej. Wyniki, do których doszedł, streścić się dają, jak następuje:

Dzienna dawka diuretyny wynosić ma u dzieci od 2—5 lat 0,5—1,5 grm, od 6—10 lat 1,5—3,0. U dzieci młodszyc nad rok środka rzeczonoego stosować nie należy ze względu na wywoływane przezeń zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Zwykła formuła stosowana przez autora brzmi:

Rp. Theobromini natrio salicylici (diuretini) 1,5
Spiritus vini v. Cognac gtt X
Aq. destilatae 100,0

MDS. Co 2 godz. łyżeczkę od kawy lub deserową.

W zapaleniu nerek diuretyna szczególnie skuteczniejszą okazała się w stadium późniejszym choroby, przy nader skąpej diurezie a znacznych przesiękach (ascites, hydrothorax). Równocześnie środek rzeczony, przechodząc przez filtr nerkowy, nie wywiera szkodliwego działania na nabłonek tegoż.

Przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, działanie diuretyny, jako środka moczopędnego, okazuje się skutecznem jedynie przy zupełnej kompensacie, otrzymanej wskutek dłuższego użycia naparstnicy.

Przy przewlekłym zapaleniu otrzewnej pochodzenia niegruźliczego, po długim użyciu diuretyny ilość moczu stopniowo się zwiększa a wysięk ulega wessaniu.

Wreszcie po dłuższem stosowaniu diuretyny w zwykłych

¹⁾ Zwracamy uwagę Sz. czytelników na toż samość wniosków autora z wnioskami, wypowiedzianymi przez szkołę Baginsky'ego (patrz odnośną pracę w n-rze bieżącym). (Przyp. red.)

dawkach, autor nie spostrzegł ani kumulatywnego działania na organizm dziecięcia, ani też osłabienia efektu leczniczego, spowodowanego przystosowaniem się organizmu do rzeczonego środka. Koral.

106. HENOCH. O przewlekłym zapaleniu otrzewnej u dzieci. (*Berl. Klin. Woch.*, Nr. 2, 1892).

Do ostatnich jeszcze czasów powszechnie przypuszczano, że wszelkie przewlekłe zapalenia otrzewnej u dzieci mogą jedynie rozwijać się na tle gruźliczem. Sama już atoli analogija otrzewnej z opłucną, gdzie napotykamy niejednokrotnie przewlekłe zapalenia z wysiękiem surowiczym, naprowadzić powinna a priori na bezpodstawność dawniejszego poglądu i, rzeczywiście, autor spostrzegł niemałą ilość przypadków powyższego cierpienia, gdzie gruźlica stanowiła wykluczoną być mogła. Poczyna się ono najczęściej około 3-go roku życia bez widocznych danych podmiotowych, cechując się jedynie stopniowym powiększaniem się brzucha, wskutek nagromadzenia się płynu w jamie otrzewnej (ascites). Wątroba, serce i nerki przy badaniu nie wykazują żadnych zmian. Sam płyn zawiera w sobie znaczną ilość białka.

Etyjologia jest po największej części ciemną. W paru przypadkach autora bezpośrednią przyczyną był uraz, w jednym zaś zapalenie otrzewnej wystąpiło po odrze.

Rozpoznanie jest dość trudnem, ze względu ma podobieństwo do gruźliczego zapalenia, przy pierwszym atoli ogólny stan dziecka nie szwankuje. Niekiedy rozpoznanie ułatwia się przez badanie płynu na laseczniki. Tuberkulina Kocha w odnośnych przypadkach nie ziściła pokładanych w niej nadziei. Co się tycze płci, to częściej napotykamy je u dziewcząt.

Leczenie wewnętrzne przewlekłego zapalenia otrzewnej (zwłaszcza gruźliczego) jest bezskutecznem. Hydropatyczne zabiegi, pędzlowanie nalewką jodową, żelazo etc., jako też i przeklócie nie prowadzą do pożądanego celu. Stosunkowo najlepsze wyniki daje przy gruźliczem zapaleniu laparotomija. Autor atoli jest zdania, że znaczną część operowanych z pomyślnym rezultatem przypadków należy podciągnąć pod kategorię zapalenia pochodzenia niegruźliczego. Koral.

IV. Wiadomości pomniejsze.

107. Według komunikatu d-ra Ferraud, opartego na spostrzeżeniach klinicznych i doświadczeniach, gliceryna ma być środkiem prawie swoistym przeciw kolce żółciowej i kamicy. Działa gliceryna, jako cholagogum. Dawki 20—30 gr. przyspieszają zakończenie napadu, dawki 5—15 gr. dziennie z wodą alkaliczną zapobiegają napadom.

(D. M. W. 11).

108. Przepukliny smugi białej często bywają powodem błędów rozpoznawczych. Przedstawiają się one najczęściej jako małe guziczki, wielkości orzecha, na smudze białej pomiędzy pępkiem i wyrostkiem nieczymkowatym. Szczególnie łatwo jest je prześlepić przy obfitej podściółce tłuszczowej.

czowej. Zawartością tych przepuklin najczęściej bywa sieć, która tu zwykle do worka przepuklinowego przyrasta. Umocowany w ten sposób do ściany brzusznej za pośrednictwem sieci żołądek podlega ciągłemu targaniu przy wszelkich nieomal porażeniach chorego, co się odbija na jego czynnościach. Zaburzenia w trawieniu, uczucie ciężaru, odbijanie, wymioty, nieprawidłowość stolca i t. p., często są brane za objawy nieyżu żołądka, wrzodu, kurczów etc. Roth (z kliniki Bergmana) opisuje kilka podobnych przypadków, gdzie objawy powyższe wielu lekarzy w błąd wprowadziły. Chorych leczono bez najmniejszego skutku wewnątrznie; dopiero radykalna operacja od cierpień ich uwolniła. Najłatwiej można taką przepuklinę prześlepić, gdy rozwinęła się nie w skutek urazu, a powoli, spontaneo modo (za pośrednictwem odotrzewnowych tłuszczaków). Przy podejrzeniu na taką przepuklinę należy badać chorego najlepiej po jedzeniu, w pozycji stojącej i nachylonej do przodu. Gdy chory leży, zawartość przepukliny cofa się do wewnątrz, gdy stoi prosto, zwężają się lub nawet zamykają zupełnie wrota przepukliny, wtedy trudniej je przy obmacywaniu zauważyć. (A. A. f. kl. Chirurg. T. 42. Zeszyt I). *Dzierżawski.*

109. Prof. Lewaszew z Kazania, korzystając z obfitego materiału, jakiego dostarcza panująca tam epidemia tyfusu wysypkowego, badał krew chorych pod względem bakteriologicznym. Znajdywał on stale tak we krwi ze śledziony, jak i z palca małego, okrągłe, silnie załamujące światło twory, które na świeżych preparatach bardzo się żywo poruszają. Oprócz tych form, zauważył nitki z główkowatymi rozszerzeniami na jednym końcu, również bardzo ruchliwe, i wolne nitki. Prof. L. nazywa te pasorzyty, które już udało mu się wyhodować (na 1—2% surowicy (płyn przy ascites) agaragarze — Tra 37) spirochaete exanthematicum. We krwi z palca omawiane twory znaleźć trudniej niż ze śledziony. (D. M. W. 13). *H.*

110. Prof. Kisch opisuje (Wiener Med. Presse 14) trzy przypadki nagłej śmierci u otyłych. Pierwszy dotyczył 35-letniego mężczyzny, silnie otyłego i nadużywającego w wysokim stopniu napojów wysokokowych, śmierć nastąpiła piorunująco, kiedy chory, ukończywszy coitum, chciał się podnieść z łóżka.

W trzecim przypadku u 70-letniego starca śmierć również nagle zjawiała się wśród męczącego spaceru.

Nie ma dotąd żadnej rękojmi, któraby z niejaką pewnością pozwalała przewidzieć nagłą śmierć. Tętno nieprawidłowe, powolne, przypadłości anginae pectoris czynią to do pewnego tylko stopnia. Ludzie z temi objawami żyją nieraz długie lata. Jako przyczynę śmierci uważa autor w tych razach ostry obrzęk płuc wskutek porażenia serca, wylew do mózgu, pęknięcie serca (na 21 protokółów odnośnych sekcji był 13 razy obrzęk, 7 razy wylew, raz ruptura cordis). *H.*

111. Dr. Ohmann-Dusmenil (St. Louis) leczy pruritus analis ogólnie i miejscowo. Co do pierwszego, należy brać pod uwagę częste w tych razach zaburzenia w trawieniu i element nerwowy—bardzo dobrze ma tu działać arsenik albo strychnina. Miejscowo stosuje dwa razy dziennie na okolicę odbytu następującą miksturę:

Sublimati	0,03
Ammon. muriat.	0,12
Ac. Carbol.	4,0
Glicerini	60,0
Aq. rosar	115,0.

Jeżeli skóra w okolicy otworu jest stwardniałą, radzi autor jednokrotne zapendzlowanie kreozotem. Bóle przytem są znośne i prędko mijają.
(W. Pr. 14).

PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Dr. FR. GIEDROYĆ. **Prostytutki jako źródło chorób wenerycznych w Warszawie.** Warszawa, 1892.

Broszurka, którą mamy przed sobą należy do tych, które znaleźć się winny w rękach nie tylko lekarzy, ale i zdrowo patrzących dojrzałych działaczy społecznych, dotyka bowiem pytania pierwszorzędno znaczenia. Autor, jako lekarz miejscowy szpitala św. Łazarza w Warszawie, posiadał dość ścisły materiał obserwacyjny, tembardziej, że uzupełnił go wykazami Komitetu policyjno lekarskiego. Ztąd też wnioski, aczkolwiek zaledwo na kilkoletnim oparte materyjale, posiadają niewątpliwą wartość.

Autor podzielił swą pracę na rozdziały: Ludność Warszawy, nierząd publiczny, prostytutki jako źródła zarazy, nierząd pokątny, domy nierządu, stosunek ilościowy nierządu do ogółu ludności miasta. Rozpoznanie chorób wenerycznych w Warszawie.

Trudno nam streszczać na tem miejscu pojedyncze rozdziały, musimy jednak na ważniejsze zwrócić uwagę.

Nie zupełnie np. zgodzilibyśmy się z autorem na pogląd, iż każda prostytutka jest anormalną pod względem fizycznym i moralnym; wprawdzie poglądu tego trzyma się prof. Tarnowski i wielu innych, sądzący jednak, iż jest to zbyt uogólnienie, nie wszystkie obejmujące nierządnicę. Niewątpliwie u znacznej części prostytutek spotkać możemy oznaki zwyrodnienia fizycznego i duchowego, częstokroć jednak jednostka zupełnie zdrowa, nieobciążona dziedzicznie, ze wstrętem oddaje się prostytucyi, jako jedynemu zajęciu, które zdolne jest wyżywić ją a niekiedy i utrzymać rodzinę. W skomplikowanych warunkach społecznych i tu, podobnie jak w innych przypadkach, szablonu trzymać się nie można.

Z tegoż rozdziału dowiadujemy się, że w Warszawie prostytutek jest zwykle około 2 tysięcy, a ruch między nimi jest dość znaczny, gdyż co-rocennie 1,000 ubywa i tyleż przybywa nowych, z których jednak połowę stanowią recydywistki, mało ich wraca na drogę cnoty, chyba z konieczności w wieku późniejszym, gdyż największa ich ilość jest między 15—30 rokiem życia.

Przechodząc do właściwego swego założenia, autor na zasadzie danych statystycznych dochodzi do wniosku, dawno już stwierdzonego licznymi badaniami, iż nierząd tajny jest głównem źródłem zarazy. Prócz owych 2.000 jawnych prostytutek w Warszawie, około 10,000 kobiet po za małżeństwem szuka zaspokojenia swych potrzeb płciowych, a z nich zaledwo część mniejsza po niejakiem dopiero czasie przechodzi do jawnego nierządu. W tej kategorii kobiet wyrobnice i służące najbardziej licznie są reprezentowane, a znaczna liczba ich po przypadkowem zbadaniu okazuje się dotkniętą przymiotem.

Rozpatrując następnie kwestyję domów rozpusty, autor na zasadzie autentycznych danych kreśli smutny obraz nadużyć, popełnianych na prostytutkach, co niewątpliwie przyczynia się znacznie do szerzenia tajemnego

nierządu. Obecny Komitet stara się nadużycia ze strony utrzymujących domy publiczne poskromić, w zupełności jednak kwestyi tej rozstrzygnąć mu się nie udało i nie uda dotąd, póki społeczeństwo nie zrozumie, iż w obecnych stosunkach anormalnych domy publiczne są nader pożądanymi instytucjami i przy odpowiednim urządzeniu dają największą, stosunkowo, gwarancję.

Mniejszą doniosłość, bo na mniej ścisłym materiale opartą, przedstawia poruszona przez autora kwestya rozpowszechnienia chorób wenerycznych, głównie musiał się tu autor opierać na danych, zebranych w szpitalach, co, naturalnie, może dać bardzo tylko dalekie pojęcie o istotnym stanie rzeczy. W każdym razie, już sądząc z cyfr, przytoczonych w stosunku do ludności Warszawa posiada nader znaczną ilość syfilityków.

Obfita w treść broszurka kol. G. czyta się z łatwością. Odsłania ona tak rzadko odkrywana ranę społeczną, którą przecież leczyć, a przed tem jeszcze poznać należy. Czy projekt utworzenia specjalnych przytułków dla prostytutek, dotkniętych przymiotem i zamykanie ich w tym przytułku aż do wygaśnięcia drugiego okresu jest najodpowiedniejszą drogą ku poprawie złego, trudno rozstrzygnąć, tembardziej, iż wiele czasu upływa nim społeczeństwo tak dojrzeje, że wszechstronna dyskusyjna w tej kwestyi stanie się możliwą.

J. Z.

Prof. NAPOLEON CYBULSKI. **Fizjologija człowieka**, wydana staraniem Stanisława Markiewicza, z Kasy pomocy imienia d-ra J. Mianowskiego.

Część II-ga. Warszawa, 1892.

Rok temu przeszło, oceniając I część Fizjologii, wyraziliśmy życzenie, aby część druga nie długo dała czekać na siebie i aby Fizjologija nie podzieliła losu innych naszych wydawnictw zeszytowych. Nadzieje, pokładane przez nas w prof. Cybulskim, nie były płonne, gdyż oto mamy przed sobą II zeszyt fizjologii, a niewątpliwie pozostałe 2 również szybko opuszczają prasę.

Przy dzisiejszym stanie nauki, przy szybkości i obfitości badań naukowych, pisanie podręczników nie należy do zadań łatwych i przedewszystkiem dla autora przyjemnych, tembardziej w języku naszym, gdyż z konieczności autor podręcznika na nader szczupłą ilość czytelników liczyć może. Tem więcej więc oceniamy zasługę sz. profesora, iż w pracy nie ustaje i dzieło ukończyć pragnie.

Obecny zeszyt przyniósł nam fizjologiją krążenia krwi i limfy, oddechania i trawienia. Po ogólnych uwagach sz. autor w sposób rozumiały a ścisły rozpatruje warunki, jakim podlega ruch krwi w naczyniach, jakich używamy przyrządów w celu oznaczenia ciśnienia krwi, szybkości ruchu i t. d.; autor wylicza główne przyrządy tylko, pomijając drobniejsze, a wszystkie objaśnia odpowiednimi rysunkami przyrządów, oraz otrzymanymi przy użyciu przyrządów krzywiznami. Stosunkowo wiele miejsca poświęcił autor fotohaematometrii i wynikom otrzymanym przy tym sposobie, rzecz to ważna, gdyż uwzględniona w niewielu podręcznikach. Przyrząd ten tak ważne oddał już usługi, a niewątpliwie odda ich więcej, iż należało mu się w Fizjologii miejsce poczesne. Fizjologija ruchów serca zajęła również sporo miejsca, unerwienie tego narządu autor rozpatruje szczegółowo, wier-

ny jednak, jak zawsze zasadzie nie przeciążania podręcznika stosami cytaty i nazwisk, na czym sama rzecz niewątpliwie zyskuje; podobnie się ma i z niedość dokładnie jeszcze zbadaną kwestyją krążenia limfy.

Mniej miejsca zajmuje oddechanie i trawienie.

W tym ostatnim rozdziale autor przedewszystkiem daje pogląd na działanie fermentów organizowanych i nieorganizowanych, a następnie kolejno rozpatruje zmiany, jakim podlegają pokarmy pod wpływem rozmaitych soków trawiennych, wreszcie podaje krótki zarys ruchów przewodów pokarmowego.

W całym podręczniku, jak to już zaznaczyłem w pierwszej notatce brak nazwisk i źródeł, rozumieć, że przeciążanie literaturą podręczników jest rzeczą zbyteczną, ale też choć na końcu rozdziału waroby najważniejsze choć źródła wymienić, aby początkujący mógł po szczegóły udawać się do dzieł wskazanych. Sądymy, iż brak ten sz. autor uzupełni w końcu dzieła.

Ze względu na wyborną treść swoją i niską bajecznie cenę (za 500 stron druku 75 kopiejek), Fyzyjologija zasługuje na najszybsze rozpowszechnienie, mamy więc nadzieję, że nakład wyczerpie się szybko.

J. Zawadzki.

Kilka słów wyjaśnienia z powodu „Odpowiedzi” kol. Boryssowicza.

Ton, którym przemawia kol. Boryssowicz z powodu moich uwag o t. zw. „Siodelkowatym odjęciu części pochwowej”, właściwie powinien mnie uwolnić od dalszego z nim polemizowania. Z niechęcią też biorę pióro do ręki w celu napisania słów niniejszych. Czynię to jedynie z tego względu, abym mógł wykazać, że uwagi moje, którym kol. Boryssowicz odmawia „wszelkich cech obserwacji, doświadczenia, a nawet obeznania się z operacją w mowie będącą” nie są tak bezpodstawowe, jak się to koledze Boryssowiczowi wydało.

Zbyt daleko zaprowadziło by mnie szczegółowe roztrząsanie wszystkich twierdzeń, wypowiedzianych przez kol. Boryssowicza. Dotknę więc tylko następujących punktów:

1) W celu udowodnienia, o ile słusznie wyraziłem wskazanie do operacji Schrödera, powolałem się na słowa jego ucznia i długoletniego współpracownika, który utrzymuje, że operację powyższą wykonywa się „przy nieżytych przewlekłym szyi, połączonym z wywiniciem ust macicznych i ze znacznym współudziałem w przewlekłej sprawie zapalnej samego mięszu szyi”. (M. Hofmejer—Grundriss der gynäkol. Operationen r. 1888, str. 176).

2) Kol. Boryssowicz w odpowiedzi swej mówi, że „przy nadżarci ust macicznych (rsp. ich wywiniciu), połączonym z przewlekłym nieżytem dolnego odcinka szyi i z większym lub mniejszym przerostem części pochwowej, nie rezekuje się błony kanałowej, lecz skutecznia się zwyczajna częściowa amputacja Simon'owska, Schröderowska, lub jeżeli kto chce siodelkowata”. Tymczasem tenże kol. Boryssowicz, opisując swą metodę w „Kronice Lekarskiej” (nr. 11, r. 1891, str. 639 i 640) twierdzi, iż przy podanym przez Schrödera rezekcyjnym sposobie odjęcia części pochwowej wycina się kliny o kącie prostym w celu usunięcia większej ilości błony

śluzowej kanału szyi macicznej. Po zestawieniu powyższych dwóch twierdzeń przyzna kol. Boryssowicz, że zachodzi pomiędzy nimi wyraźna sprzeczność, wypada bowiem, że przy rezekecyjnym sposobie Schrödera nie rezekuje się błony śluzowej kanału szyi.

3) Zdaje się, że przez „łagodne zwyrodnienia błony śluzowej (deg. polyposa, adenomatosa, papillomatosa)” należy rozumieć rozrosty brodawkowe i gruczolowe, które jednak nie stanowią odrębnej,—swoistej postaci chorobowej, lecz cechują wyższy stopień rozwoju niezytu.

4) Zdanie kol. Boryssowicza o uleczałości niezytu szyi macicznej (przy zastosowaniu skrobienia i przypałań) byłoby słusznem, gdybyśmy niezystem szyi nazywali wyłącznie przewlekłe zapalenie błony śluzowej *słabego natężenia*. Upředzenie kol. Boryssowicza do zawiąania błony pochwowej do kanału szyi nie wydaje mi się dość uzasadnionem wobec faktu, że często w *zupełnie normalnych warunkach* nabłonek płaski sięga wysoko do kanału szyi (Badania Klotza, cyt. według: Prof. Fritsch—Die Lageveränderungen und Entzündungen der Gebärmutter Deutsche Chirurgie L. 36, str. 360, 361, 362).

5) Nie rozumiem, co ma oznaczać zdanie o „lekarzu nie mogącym przed operacją i bez rozcięcia części pochwowej na oddzielne płyty dokładnie określić z czem ma do czynienia”. Pozwolę sobie zwrócić uwagę kol. Boryssowicza, że ja rozcięciu części pochwowej przypisałem poniekąd znaczenie dyjagnostyczne wyłącznie pod względem *dokładnego określenia, jak wysoko sięgają zmiany błony śluzowej*, przyczem kontrola oka nie jest chyba zbyt cenną. Nie twierdziłem zaś nigdy, aby za pomocą rozcięcia części pochwowej można było ułatwić rozpoznanie jej przerostu, kształtu ryjkowatego lub wywnięcia ust macicznych.

6) Kol. Boryssowicz objaśnia mnie, że w pewnych przypadkach (tam, gdzie jest wskazana rezekecja błony śluzowej) rozcina część pochwową na dwa oddzielne płyty, zakłada u jej podstawy po jednej ligaturze głębokiej i wreszcie wycina kliny. Dowiedziałem się więc, że istnieją dwa rodzaje metody siodełkowej: a) według szematu, podanego pierwotnie i b) według metody podanej w „Odpowiedzi”. Byłoby rzeczą pożądaną, aby kol. Boryssowicz zechciał dokładniej określić wskazania do postępowania pierwszego i drugiego rodzaju, gdyż słusznem wydaje mi się twierdzenie tych, którzy żądają, aby ogłaszający nową metodę operacyjną przedewszystkiem dokładnie podał odnośne wskazania (D. v. Ott-Jauchiger Zerfall etc.—Sammlung Klinischer Vorträge, nr. 34, r. 1891, str. 290). Pominięcie tej zasady stało się przyczyną nieporozumienia. Z całej bowiem treści artykułu kol. Boryssowicza miałem prawo wywnioskować, że szemat podany pierwotnie, został poleconym we wszystkich tych przypadkach, w których jest wskazana operacja Simona i Schrödera (a więc i przy tak zwanym deg. polyposa, adenomatosa, papillomatosa). Obecnie wiem już, że sam kol. Boryssowicz uważa powyższy szemat za nieodpowiedni w pewnych przypadkach, o co i mnie *przecież wyłącznie chodziło*.

7) Przytoczone przezemnie przypuszczenie, co do wpływu krwotoku na inwolucję macicy, wydało się kol. Boryssowiczowi wprost „przyczepką”. Być może, iż podobne przypuszczenie zostało „odrzuceniem i zapomnianem” przez kol. Boryssowicza, lecz bynajmniej nie przez wszystkich; „wygrzebałem” je zaś nie w tak znów starym podręczniku, bo wydanym przez znanego ginekologa w roku 1888-ym (K. Slawianskij—Czastnaja Patologia i Terapija Żenskich Bolezniej. Tom I, str. 448).

8) Po wyjaśnieniu udzielonem mi przez kol. Boryssowicza, o stosowności kulki z gazy jodoformowej, umocowanej przez zawiązanie nitki, nieświadomość moja pozostała taką samą, jaką była poprzednio. Nie mogę bowiem wyrozumić podwójnej roli, jaką kulce tej przypisuje kol. Boryssowicz. Jeżeli bowiem tampon ma pomagać do zbliżenia brzegów szwem połączonych, musi mocno i szczelnie przylegać do nowo utworzonego otworu macicy; gdy zaś mocno i szczelnie przylega, tamuje odpływ wydzieliny, wiadomo bowiem, że ściśle zbita gazą z trudnością wciąga wydzielinę. Wprawdzie utrudnienie odpływu wydzieliny (które uznaje sam kol. Boryssowicz pomimo doskonałej rzekomo przesiąkalności owego tamponu) nie jest jego zdaniem rzeczą szkodliwą, gdyż wydzielina ta „po aseptycznie dokonanej operacji jest aseptyczną”. Nie przesądzam, o ile słusznie może być nazwana aseptyczną wydzielina, która jest ludzko podobną do śluzo-ropy, winienem jednak dodać, że urzeczywistnienie wymagań aseptyki, wobec swoistych warunków pola operacyjnego (wnętrze macicy) w ogóle wydaje mi się rzeczą wątpliwą (p. L. Secheyron — *Traité d'hystérotomie*, r. 1889, str. 41).

9) Podając czas trwania operacji, oparłem się na zdaniu A. Martin'a, który twierdzi, że na dokonanie amputacji klinowej potrzeba 6—10 minut czasu (*Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten*, r. 1885, str. 288). Wprawdzie nie wiedziałem, że kol. Boryssowicz bierze w rachubę rozmaite akty przygotowawcze (chloroformowanie, zdezynfekowanie narządów płciowych), oraz inne zabiegi (skrobanie). Zdaje mi się jednak, że tak pierwsze jak i drugie nie słusznie zostały zaliczone, gdyż z samą operacją nie mają nic wspólnego.

10) Rychłozrosty po klinowatym wycięciu części pochwowej, jakkolwiek wydały się kol. Boryssowiczowi podejrzanemi, zostały stwierdzone nie tylko przezemnie, lecz przez cały szereg innych obserwatorów. Dla przykładu przytoczę pracę Łapina, w której powiedziano, że na 63 przypadki operowane w klinice prof. Sławiańskiego 62 razy otrzymano rychłozrost (*I. Łapin—Czastieczna amputacja włagaliszcznej części*, r. 1887, str. 36).

Nie chcąc zbyt rozszerzać granic niniejszego wyjaśnienia, pomijam resztę niedostatecznie uzasadnionych twierdzeń, oraz wszystkie wyliczki osobiste. Muszę jednak zaprotestować przeciw przypisanej mi przez kol. Boryssowicza chęci „zdyskredytowania metody, a właściwie jej autora”.

Pisząc wzmiankę o metodzie, podanej przez kol. Boryssowicza, starałem się być jak najwięcej obiektywnym. Zaznaczywszy oryginalność pomysłu co do wycinania bocznych piramid, który nazwałem usprawiedliwionym i zasługującym na uznanie, dałem wyraz powątpiewaniu o stosowności poszczególnych aktów operacji, które z samą istotą metody mają bardzo luźny związek. Sądziłem, iż wyszłoby na dobre omawianej metodzie pewne zmodyfikowanie szematu, podanego przez kol. Boryssowicza, pewne ustępstwa na korzyść starych, wypróbowanych sposobów, których wady, jak mi się zdało, zostały przesadnie wystawione.

Te a nie inne względy skłoniły mnie do napisania wzmianki o metodzie, podanej przez kol. Boryssowicza.

A. Karczewski.

ODPOWIEDŹ NA „WYJAŚNIENIA”

kol. Karczewskiego.

We wstępie niniejszej odpowiedzi winieniem zaznaczyć, że chętniej odpisuję na „Wyjaśnienia” kol. Karczewskiego, niż na jego „Uwagi”, gdyż „Wyjaśnienia”, omawiając te same kwestyje, odznaczają się większą dozą obiektywności, a przedewszystkiem pozbawione są tych osobistej natury wycieczek, jakimi była przepelniona 161 str. „Kroniki”, — pomijając już tę okoliczność, że reszta „Uwag” kol. Karczewskiego była trzymana w tym tonie, w jakim się prowadzą rozprawy doktoryzacyjne, gdy źle usposobieni dla doktoranta oponenci, że tak powiem, sadzą się na zarzuty.

Nie więc dziwnego, że z wypowiedzianych w ten sposób „Uwag”, wywnioskowałem o chęci zdyskredytowania metody, a właściwie jej autora.

Po tej wzmiance, usprawiedliwiającej „ton” mojej poprzedniej „Odpowiedzi”, przechodzę do „Wyjaśnień” kol. Karczewskiego, które w dalszym ciągu podtrzymują zarzuty wypowiedziane w „Uwagach”.

Otóż pierwsze sześć punktów „Wyjaśnień”, ni: miałyby racyi bytu, żeby kol. Karczewski, przed napisaniem „Uwag” i obecnych „Wyjaśnień”, zechciał uwzględnić tę okoliczność, że w moim artykule (Siodełkowate odjęcie części pochwowej), w liczbie 8-u wskazań do amputacji części pochwowej *w ogóle*, nie figuruje ani jedno wskazanie, zależne od zmian chorobowych powstałych *w głębi kanału szyi macicznej*. Odjęcie więc części pochwowej, czy to *całkowite* (nietypowe), lub też *częściowe*, dokonywane podług jakiegobądź metody (Hegar’a, Simon’a, Schroedera, lub siodełkowej), ma na celu w pierwszym przypadku amputację całkowitą, w drugim zaś tylko *skrócenie* części pochwowej. Schroeder’owska więc rezekcycja, czyli wycięcie *blony śluzowej kanału szyi macicznej* (Excision der Cervixschleimhaut), sięgające czasami aż do ujścia wewnętrznego macicy, jest samodzielną operacją, niezależną od amputacji części pochwowej, gdyż ma na celu nie odjęcie lub skrócenie części pochwowej, lecz wycięcie błony śluzowej kanału szyi macicznej. Operację tę opisuje Schroeder w swoim podręczniku jako odrębną operację i niezależną od amputacji części pochwowej. Jeżeli więc błona śluzowa kanału szyi macicznej uległa tylko niezbytowi (lekki niezbyt kol. Karczewskiego), to po bezskutecznem wypróbowaniu innych środków, co najwyżej przystępujemy do wyłęczekowania tej błony (abrasio) — *przy następstwach zaś niezytu*, t. j. przy śluzakach, brodawkach lub gruczolakach, wypełniających kanał szyi macicznej, uciekamy się do wycięcia błony śluzowej tego kanału i zastąpienia jej normalną błoną pochwową, podług metody podanej przez Schroedera i nazwanej przez niego Excision der Cervixschleimhaut, t. j. wycięciem błony śluzowej kanału szyi macicznej, a nie amputacją.

Przy częściowej amputacji części pochwowej¹⁾, przedsięwziętej w jakimkolwiek celu Schroeder zalecił, po przepołowieniu części pochwowej na 2 płaty, wycięcie klinów o kącie prostym, z mięszu każdej z warg macicznych. Kliny takie, zcieńczając mięsz warg macicznych i usuwając większą ilość błony kanałowej w stosunku do błony, pokrywającej część

¹⁾ Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane IX Auflage, pag. 199—200.

pochwową, z jednej strony ułatwiają zbliżenie błony pochwowej do kanałowej, z drugiej zaś, zapobiegają wywinięciu się błony kanałowej (ectropion) w kierunku pooperacyjnym, które się tak często przytrafia, po wycięciu klinów Simon'a o kącie ostrym. Istnieje zatem zasadnicza różnica pomiędzy wycięciem błony kanałowej Schroeder'a i jego amputacją, gdyż przy rezekcyi wycięcie błony kanału szyi macicznej uskutecznia się w celu leczniczym i w miarę zmian chorobowych, zaszłych na tej błonie, wycięcie to może sięgać przez całą długość nie tylko części pochwowej, ale i szyi macicznej, aż do ujścia wewnętrznego, — przy amputacji zaś części pochwowej wycięcie (właściwiej przycięcie) większej ilości błony kanałowej w stosunku do pochwowej, należy uważać jako *środek* (nie cel), użyty li tylko dla ułatwienia techniki operacyjnej, dla ułatwienia zbliżenia błon i uniknięcia następczego wywinięcia błony śluzowej kanału szyi macicznej. Rezekcyja więc Schroeder'a z amputacją części pochwowej (Schroeder'a lub inną) rzeczywistego związku niema (*cel—środek*), chyba że w danym przypadku istnieją wskazania do wykonania obu operacji, i taki podwójny rękoczyn winniśmy nazwać amputacją części pochwowej, dokonaną wraz z wycięciem błony śluzowej kanału szyi macicznej.

Te same względy, które skłoniły Schroeder'a do usuwania większej ilości błony kanałowej w stosunku do pochwowej, przy amputacji części pochwowej, miałem i ja na widoku, skoro zaleciłem uskutecznić odjęcie części pochwowej „za pomocą 2-ch cięć, przebiegających w linii niezbędego odjęcia, po przedniej i tylnej powierzchni części pochwowej i stykających się ze sobą w środku kanału szyi macicznej, pod kątem rozwartym, zwróconym do macicy” (Siodelkowane odjęcie fig. 7). Przy siodelkowej więc amputacji, zarówno jak i przy Schroeder'owskiej lub zmodyfikowanej Simon'owskiej, błona pochwowa, górując, że tak powiem, nad błoną kanałową (więcej przyciętą), służy do pokrycia rany, a raczej do obrąbienia nowoutworzonego otworu zewnętrznego macicy, — że jednak tylko Schroederowską amputację nazwałem rezekcyjną, usprawiedliwiam to tem, że Schroeder zastosował do amputacji klin o kącie prostym, zbliżony do klina, używanego przy rezekcyi błony kanałowej.

Po tych wstępnych wyjaśnieniach przystępuję do odpowiedzi na 10 zarzutów kol. Karczewskiego.

1) Wskazanie Hofmeijera do uskutecznienia operacji Schroeder'a (wycięcia błony kanałowej), zacytowane przez kol. Karczewskiego jest skomplikowane i mało określone, gdyż „przy niezycie przewlekłym (w jakim stopniu?) połączonym z wycięciem ust macicznych (jakiego pochodzenia?) i ze znacznym współudziałem w przewlekłej sprawie zapalnej samego mięszu szyi”, — stosownie do natężenia lub przewagi któregośkolwiek z wymienionych, a dokładnie nieokreślonych, objawów chorobowych, może być wskazaną albo amputacja, albo rezekcyja lub też operacyja Emmet'a. To też wolę trzymać się jasnego wskazania samego Schroeder'a, niż jego ucznia, do wykonania wycięcia błony śluzowej kanału szyi macicznej (nie amputacji), gdyż Schroeder stawia to wskazanie jedynie na podstawie zmian, zaszłych w samej błonie kanałowej, a dopiero jeszcze usilniej operację tę zaleca, jeżeli i mięszsz szyi przyjął udział w tych zmianach, („zu diesen Fällen, in denen es sich um stärkere drüsige Wucherungen der Cervixschleimhaut handelt, kann ich nicht warm genug die Excision der kranken Schleimhaut empfehlen. Dieselbe ist doppelt indicirt, wenn, wie das in alten Fällen nicht selten ist, der entzündliche Reiz auch zu unre-

gelmässigen Wucherungen des Cervixgewebes selbst geführt hat.“ I. c., p-g. 199).

2) Pogląd mój, wypowiedziany w „Odpowiedzi” na twierdzenie kol. Karczewskiego, a właściwie parafrazę Hofmejera, że „przy nadżarciu ust macioczynych (rsp. ich wywinięciu, połączonym z przewlekłym niezłym dolegno odcinka szyi i większym lub mniejszym przerostem części pochwowej) *nie rezekuje się błony kanałowej*, lecz uskutecznia zwyczajna częściowa amputacja Simon'owska, Schroeder'owska lub jeżeli kto chce siodełkowata”, — wcale nie jest w sprzeczności z twierdzeniem mojem, wypowiedzianem przy opisie metody Siodełkowatej (nr. 11 „Kroniki” z r. 1891, str. 639, 640), gdzie mówię: „że przy podanym przez Schroeder'a *rezekecyjnym sposobie odjęcia części pochwowej* (lecz nie rezekecyi błony kanałowej), wycina się kliny o kącie prostym, w celu usunięcia większej ilości błony śluzowej kanału szyi macicznej” — gdyż, jak to już wyżej obszernie wyjaśniłem, przy każdej amputacji, *w widokach techniki operacyjnej*, należy więcej wycinać błony kanałowej, w stosunku do błony pochwowej.

3) Nie mając nic do nadmienia w tym względzie, że rozrosty brodawkowe i gruczolowe są następstwem niezytu błony śluzowej, nie mogę się jednak zgodzić z kol. Karczewskim żeby takie rozrosty mianować „*wyższym stopniem rozwoju niezytu*”, a niezyt bez tych zmian „*ślabego natężenia niezytym*”, — gdyż powyższe zmiany chorobowe posiadają utarte nazwy kliniczne, jak śluzaki, gruczolaki etc.

4) „Ślabego natężenia niezyt”, t. j. bez zmian dających się makroskopijnie odróżnić, powszechnie nazywają *niezyltem*, nie więc dziwnego, że uważałem taki niezyt za uleczalny i nie wymagający wycięcia błony kanałowej, co kol. Karczewski uważał za konieczne, nie nadmieniając, że ten „*niezyt jest w wyższym stopniu rozwoju*” (patrz. Przy nadżarciu ust macicznych (rsp. wywinięciu) i t. d.

Niesłusznie jednak, z tego powodu, posądza mię kol. Karczewski, jakoby miał „*uprzedzenie do zawijania błony pochwowej do kanału szyi macicznej*”, skoro ten rękoczyn uskuteczniłem przy siodełkowatem odjęciu części pochwowej, stosując swoje cięcia o kącie rozwartym (fig. 7), a przy grubej i twardej części pochwowej doradzając wycięcie zmodyfikowanych klinów Simon'a lub Schroeder'a (fig. 8). Dla prawidłowego dokonania amputacji części pochwowej i przy normalnym stanie błony śluzowej kanału szyi macicznej (collum conicum, hypertroph. port. vaginal uteri etc.) usuwa się nieco więcej tej błony (przycina się), w stosunku do pochwowej, lecz się to uskutecznia dla zapobieżenia następczemu wywinięciu się błony kanałowej, a nie w celu zastąpienia jej przez pochwę, co jedynie jest wskazanem przy „*następczostwach niezytu*”, które wymagają wycięcia błony kanałowej, t. j. rezekecyi a nie amputacji.

5) Kwestya niemożliwości rozcięcia kanału szyi macicznej przy siodełkowatej amputacji upada wobec tego, że po wycięciu piramid i założeniu szwów u podstawy części pochwowej (właściwie na sklepieniu), doradzam przy grubej i twardej części pochwowej (co się najczęściej zdarza), wycięcie klinów Simon'a lub Schroeder'a, które inaczej nie mogą być wycięte jak po rozdzieleniu części pochwowej na 2 oddzielne płyty (fig. 8).

6) Opis rezekecyi błony śluzowej kanału szyi macicznej z zastosowaniem trójkątnych piramid, charakteryzujących amputację siodełkowatą, podałem w mojej „Odpowiedzi” jedynie dla odparcia zarzutu kol. Karczewskiego, że jakoby ligatury założone u podstawy części pochwowej, ma-

ją przeszkadzać do wycięcia klinów Schroeder'a. Wniosek więc kol. Karczewskiego, że są dwie amputacje siodełkowate i domaganie się określenia wskazań do tych amputacji jest nieuzasadniony. Błędnie też kol. Karczewski podaje opis rezekcji, opisanej w mojej „Odpowiedzi”, zmieniając porządek idących po sobie czynności, inne zaś pomijając (Porówn. ostatni ustęp, str. 192 z 6-m zarzutem „Wyjaśnić”).

7) Wszelkie racjonalne zarzuty powinny być stawiane, wychodząc z zasady pewników, a przynajmniej na mocy faktów cieszących się ogólnym uznaniem w danej chwili, że zaś kol. Karczewski wytworzył mi zarzut z powodu „przypuszczenia pewnych autorów, że „dobroczynny wpływ amputacji zależy od obfitego krwotoku, wstawiającego się podczas amputacji”, dla tego też zarzut taki nazwałem „przyczepką”. Że cytowany przez kol. Karczewskiego podręcznik (Czasztnaja Patologija i Terapia Żeńskich Boleźniej, K. Słowianskij, 1888), zawiera ten niepotrzebny balast, wypowiedziany przez C. Braun'a, przed 28 laty, i prędko zapomniany nie tylko przeze mnie, lecz przez ogół ginekologów, łatwo się przekonać, gdyż:

a) Obfite miesiączkowanie (mennorrhagiae) wpływałoby dobroczynnie na uleczenie przewlekłego zapalenia macicy.

b) Jeżeliby operacyjny krwotok miał tak skutecznie działać na przebieg zapalenia przewlekłego macicy, to zamiast amputacji części pochwowej, dokonanie takiej nacięcia pewne i trudności, przedsięwzięto by obfite upusty krwi, za pomocą głębokich nacięć części pochwowej (scarificationes profundae), przy których liczne gałązki żyłne i tętnicze mogłyby uleść przecięciu.

c) Najznakomitsi ginekologowie Schroeder, Martin, Emmet i wielu innych, nie mieliby racji zdobywać się na pomysły (tasiemki, ligatury czasowe, ligatury elastyczne, przyrząd Maysonneuv'a) do utrzymania w karkach krwotoku operacyjnego, które to środki i sposoby tamujące dopiero wówczas zostały zarzucone, gdy wynalazcy ich nabyli zdumiewającej wprawy, w nakładaniu szwów na brzegi rany (Martin).

8) Kulka gazy jodoformowej przykrywająca nowo utworzony otwór zewnętrzny macicy i umocowana w tem położeniu za pomocą miernego związania 2-ch ligatur, pochodzących z głębokich szwów, przedniej i tylnej wargi, posiadającą pewną sprężystość, niezawodnie zdolną jest do wyrównania falistości, powstających na brzegach błon kurczliwych, już połączonych ze sobą za pomocą szwów. Że kulka ta jest przesiąkliwą, dowodzi tego obfity surowiczy odpływ z zewnętrznych części płciowych, w ciągu pierwszych 4-ch dni po operacji. Odpływ ten wcale nie jest skąpszym a nawet bywa obfitszym od odpływu, który ma miejsce po lyżeczkowaniu macicy (bez amputacji), i po wprowadzeniu paska gazy jodoformowej do wnętrza macicy (rękoczyn powszechnie stosowany). Jeżeli co, to pręcej ten pasek gazy, wprowadzony do macicy, może wpłynąć na utrudnienia odpływu z jej wnętrza, gdyż przechodzi przez całą długość wąskiego kanału szyi macicznej, kulka zaś pokrywająca otwór zewnętrzny macicy przylega do warg macicznych *tylko w linii związania*, boki zaś jej nie są niczem uciśnięte i między niemi a kulką pozostają przestrzenie, służące do odpływu z wnętrza macicy. Kulka będąc przesiąkliwą i miękką, tkanka zaś maciczna posiadając w wysokim stopniu zdolność rozszerzania się, przy najciślejsem nawet zetknięciu się ze sobą nie są w stanie zatamować a nawet utrudnić odpływności wydzieliny z wnętrza macicy. Co do wydzieliny podobnej do śluzo-ropy, która się daje zauważyć podczas wyjęcia tamponu, to jak po

zwyczajnem lyżeczkowaniu, tak też i po amputacji, wydzieliną nigdy nie bywa cuchnącą, makroskopijnie jest zupełnie identyczną,—i jak po lyżeczkowaniu, tak też i po amputacji żadnych złych następstw z powodu obecności tej wydzieliny nie daje się konstatować.

9) Pisząc swoje „Uwagi” o moim sposobie operowania, kol. Karczewski wiedział aż nadto dobrze, że wnioski moje co do czasu niezbędego dla dokonania amputacji części pochwowej, wyprowadziłem z praktyki prywatnej, i że zatem nie jestem w możności obliczyć ile każdy akt czynności, mających związek z operacją zużywa czasu. Za niestosowne więc uważam, chyba w celu pomnożenia liczby „Uwag”, zestawieniu szybkości zaliczania operacji w praktyce prywatnej i w klinice, gdzie się wszystko odbywa, jak w dokładnie funkcjonującej maszyneryi. (Assystenci liczni i rozumiejący każdy gest operatora, stół operacyjny, chloroformowanie i aseptyczne przygotowanie chorej poza salą operacyjną, wszelkie potrzebne przyrządy w miejscu właściwym i t. p. ułatwieniu).

Lecz nawet przy jednostajnych warunkach i udogodnieniach niestosownem byłoby porównanie szybkości, jaką dokonywa operacje Martin, którego można nazwać akrobatą operatorem, z przeciętnymi lekarzami, o których nadmieniałem, zaliczając i siebie do tej kategorii. Że mam słuszność, zarzucając kol. Karczewskiemu niewłaściwość powyższego zestawienia, powołałam się na str. 285 podręcznika Martin'a ¹⁾, który w tak krótkim czasie jak 6—10 minut, może oprócz 6-u cięć na części pochwowej, może założyć 22—28 szwów na wargi i boki kikutu pooperacyjnego.

10) Rozprawa doktoryzacyjna Łapina, na którą kol. Karczewski powołuje się, dla odparcia zarzutu mojego, wypowiedzianego w „Odwiedzi”, — że po amputacji klinowej, rychłozrosty, spostrzegane stale przez kol. Karczewskiego uważam za podejrzone, — jeszcze bardziej utwierdza mnie w tej podejrzliwości, gdyż jest nieprawdopodobnem, żeby z 63 amputacji, dokonanych ściśle podług metody Simon'a, otrzymano aż 62 przypadki rychłozrostów. Sądzę, że odwrotna statystyka byłaby bardziej zbliżoną do rzeczywistości, chyba, że klimat północny oddziaływa na zanik włókien sprężystych, przebiegających w głębi błony śluzowej pokrywającej część pochwową, które zawsze i stanowczo wpływają na rozejście się brzegów rany. Zawdzięczając istnieniu tej okoliczności, dają się widzieć na kikutcie podczas zdejmowania szwów (10—14 dni po operacji), 4 grzędy, przedzielone 3-ma brózdami, z licznymi poprzecznymi zagłębieniami, które powstają po mocno zacisniętych ligaturach. Że tak jest i być musi, można się przekonać z tego, że Pr. Słowiańskij (l. c.), w podręczniku swoim (str. 451 - 452), zaleca jak najmocniej zaciskać szwy i radzi je zdejmować dopiero po upływie 3—5 tygodni. Czy więc przy takim postępowaniu można mówić o rychłozroście lub się spodziewać, że otrzymamy kikut kształtny bez zniepodobnień?

Sądzę jednak, że tak krańcowo sprzeczne wyniki obserwacji dla Łapina i innych ze spostrzeżeniami moimi i licznych kolegów, biorących udział w rozprawach sekcji ginekologicznej, — muszą polegać na niejednakowem zapatrywaniu się na kwestyję, jaki stan kikutu należy uważać za wygojony doraźnie, t. j. przez rychłozrost. Widocznie antagoniści moi zaliczają do rychłozrostów te przypadki, w których się zrosły li tylko powierzchownie płatów, bez względu na to, czy brzegi tych płatów, okalające

¹⁾ Martin. Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, 1885.

nowoutworzony zewnętrzny otwór maciczny, są zrośnięte i pokryte nabłonkiem. Jeżeli tak, to kwestycja rychłozrostów jest załatwioną, lecz jak w takim razie nazwać zrośnięcie płatów otrzymane po amputacji siodełkowej, gdy po upływie 10 do 12 dni po operacji, widzimy część pochwową ostatecznie wygojoną.

Na zakończenie i w odpowiedzi na przedostatni nienumerowany ustęp „Wyjaśnień” kol. Karczewskiego winieniem tylko zapytać, kto z nas dwóch ma prawo pierwszeństwa do użytkowania stereotypowych narzekają na niewłaściwość „tonu”, brak „objektywności” i niczem nieusprawiedliwione „wycieczki osobistej natury”? — (Patrz 161 str. „Kroniki Lekarskiej”),

T. Boryssowicz.

Kronika miesięczna.

— Rozszerzający się stopniowo zakres działalności naszego pisma i nawał gromadzących się przytem zajęć zmusza nas do podziału pracy redakcyjnej, której część powierzamy stałemu naszemu współpracownikowi koledze Józefowi Zawadzkiemu.

— Departament lekarski ministerjum spraw wewnętrznych zawiadomił zarządy lekarskie, że kobiety mają prawo pracować w aptekach prywatnych w charakterze uczennic aptekarskich, ale pod warunkiem, żeby mieszkaly po za apteką, a pracowały w aptekach tylko w ciągu dnia.

Podobno, jak donoszą pisma codzienne, p. S., posiadająca patent prowizora farmacyi, robi w departamencie lekarskim starania o pozwolenie otwarcia w mieście naszym apteki, obsługiwanej przez kobiety, oraz szkoły przygotowującej przyszłe farmaceutki do egzaminów wstępnych.

— Z początkiem roku zeszłego w szpitalu dla Starozakonnych przy ulicy Pokornej otwartem zostało ambulatoryjum dla dzieci, prowadzone przez kol. Wolberga i Rappla. Jak się dowiadujemy od kol. W., przyjął on w ciągu ubiegłego roku 2,382 dzieci (3,566 porad). Kol. Wolberg zwraca uwagę na to, że o ile latem liczba przynoszonych dzieci dochodzi 20—30 dziennie, o tyle zimą spada do kilku zaledwie.

Pochodzi to ze słusznej zresztą obawy rodziców przed zaziębnieniem dzieci w czasie przynoszenia i odnoszenia; za to pozostają one wskutek tego po większej części bez wszelkiej pomocy lekarskiej. Ztemu temu mogłoby zaradzić tylko utworzenie oddziału dla dzieci w szpitalu Starozakonnych. Wobec nader szczupłej liczby miejsc w szpitaliku przy ul. Ślizkiej, kwestycja ta powinna być wzięta pod uwagę w planach budowy nowego szpitala dla Starozakonnych.

— Z powodu wybuchłej w mieście naszym epidemji tyfusu wysypkowego przy szpitalu Dzieciątka Jezus otwarty został czasowy oddział dla chorych zakaźnych na 80 łóżek. Epidemija odznacza się dość łagodnym przebiegiem, przypadki śmiertelne należą do wyjątków. Zdaje się, że w obecnej chwili liczba chorych zaczyna się zmniejszać. Oddział prowadzi kol. Jakowski i Chelmoński.

— Pani Kuczalska, po dłuższym pobycie w Sztokholmie, otworzyła w mieście naszym (Oboźna 9) zakład gimnastyczny według szkoły szwedzkiej, w którym, oprócz t. zw. gimnastyki higienicznej, ma być stosowana i gimnastyka lecznicza (ortopedyczna, ginekologiczna) przez wykwalifikowaną szwedkę pod kierunkiem, a właściwie według ordynacyi lekarzy.

Życzymy nowemu zakładowi powodzenia i pomyślnego rozwoju, o ile nam się jednak zdaje, będzie on pewniejszym przy więcej jednolitym kierunku, mianowicie, jeżeli większy nacisk położony będzie na gimnastykę higieniczną, niż leczniczą.

— Dr. med. Ziemiński, nasz współpracownik, mianowany został ordynatorem szpitala Oftalmicznego w Warszawie.

— Wyszedł z druku pierwszy tegoroczny zeszyt „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego”, pod redakcją kolegi M. Jakowskiego. Zarówno ze strony zewnętrznej (lepszy papier i druk) jak i z treści, zeszyt robi dodatnie wrażenie. Oprócz artykułów dotyczących spraw Towarzystwa, znajdujemy w nim 5 prac oryginalnych; z kilku tablic bardzo korzystnie wyróżnia się wykonana w litografii I. Plewińskiego.

— W Kole obchodził jubileusz 50-letniej praktyki lekarskiej dr. Maurycy Koellner. Jubilatowi wręczono puchar srebrny oraz dyplom na członka honorowego Towarzystwa lekarskiego kaliskiego. Pisywał niegdyś do „Tygodnika lekarskiego”.

— W tegorocznej sesji odczytów na rzecz Instytutu dla moralnie zaniedbanych dzieci, wypowiedzieli odczyty: kol. St. Kramsztyk „Szpitale i zakłady lecznicze”, kol. R. Jasiński „O konieczności pielęgnowania sił fizycznych” i kol. H. Nusbaum „Co to jest choroba?”

Wartoby pomyśleć o zbiorowych odczytach z higieny i medycyny dla publiczności, w których systematycznie należałoby wyłożyć najgłówniejsze zasady nauki. Niewątpliwie w odpowiednim opracowaniu tego rodzaju odczyty miałyby większe powodzenie, niż oderwane, często wypowiedziane bez żadnego planu. Którakolwiek z instytucji filantropijnych, a najprędzej Kassa wsparcia dla wdów i sierot po lekarzach, propozycję niewątpliwie przyjęłaby z gotowością.

— Przypominamy Szanownym kolegom o naszych zapytaniach, umieszczonych w zeszłym numerze „Kroniki”, a to tem skwapliwiej, że dotąd żadne z pism lekarskich wychodzących w Warszawie, nie raczyło przedrukować zapytań. Wobec takiej obojętności na pytania pierwszorzędne znaczenia, nie dziwnego, że brak solidarności odczuwać się daje.

— Warszawski Urząd zdrowia wystąpił z projektem do ministerjum, o wstrzymanie wydawań pozwolenia na otwieranie nowych aptek w Warszawie i o zastosowanie do Warszawy ustawy co do otwierania nowych aptek, obowiązującej w Petersburgu i Moskwie. Ministerjum odpowiedziało odmownie, nadmieniając, iż niebawem ma być wydana nowa ustawa aptekarska.

— Według gazet miejscowych czynią się starania o otwarcie nowej apteki. Apteka ta będzie 47-ma z rzędu.

— Pisma petersburskie donoszą, iż na przyszłym zjeździe lekarzy ruskich ma być poruszoną kwestyja dopuszczenia kobiet na kursa weterynaryjne

— Nowe pismo lekarskie ma wychodzić w Filadelfii p. t. „The International Medical Magazine”.

— Obchodzono temi czasy w Monachjum jubileusz 50-letni prof. Biehnera.

— We Frankfurcie nad M., zaczęło wychodzić pismo specjalne, poświęcone lekarzom prowincjonalnym p. t. „Zeitschrift für ärztliche Landpraxis”.

— Po prof. M. Nenckim, objął katedrę w Bernie prof. Drechsel z Lipska.

— W Lipsku ma wychodzić od 23 b. m. pismo p. t. „Allgemeine deutsche Bädertage”. Współpracownikami pisma będą znani balneolodzy niemieccy.

— Towarzystwo lekarskie wiedeńskie przystępuje do budowy nowego gmachu, według planu Ludwika Richtera. Gmach stanie niedaleko Votivkirche.

— Prezydentem rady zdrowia na Węgrzech został mianowany prof. Fr. Korany, wiceprezydentem prof. K. Müller.

— Prof. Török, zasłużony profesor medycyny sądowej, obchodził temi dniami 50-letni jubileusz w Buda-Peszcie.

— Prof. dermatologii w Buda-Peszcie został mianowany dr. E. Schwimmer.

— Komisya edukacyjna pruskiej izby deputowanych rozbięrała 22 Marca petycję, podaną przez hanowerskie i międzynarodowe towarzystwa antywiwiskcyjnistów, żądającą zupełnego zabronienia wiwiskcji. Z uwagi, że już za ministryum Gosslera wydane było ograniczenie w tym kierunku (dozwalające wykonywania doświadczeń na żywych zwierzętach tylko ciała profesorskiemu) i z drugiej strony zważywszy, że nadużycia w tym względzie należą do rzadkich wyjątków, postanowiono przejść nad petycją do porządku dziennego. (D. W. 13).

— Nowe prawo, zawotowane w Marcu przez Izbę i Senat francuzki, znosi na przyszłość swym pierwszym paragrafem stopień t. zw. officier de santé. (Progr. Méd., N. 12).

— W szpitalach paryzkich wydane zostało rozporządzenie, aby z sal operacyjnych usunięto wszelkie przedmioty i okazy sztuk pięknych (biusty, obrazy etc.), jako sprzeciwiające się wymaganiom antyseptyki.

(Progr. Méd. N. 11).

— Prof. Charcot odznaczony został stopniem komandora orderu legji honorowej.

— Jedną z wybitnych cech wszelkich gatunków małp jest zdolność zawisania na rękach, występująca już u nowonarodzonych. Dr. Robinson badał, jak pod tym względem zachowują się noworodki ludzkie i ogłosił następujące wyniki swych poszukiwań. Z 60 badanych niemowląt (w większości przypadków zaraz po urodzeniu) wszystkie (oprócz dwóch) mogły się utrzymać zawieszone rękami w ciągu co najmniej 10 sekund, bądź to na palcu badającego, bądź na paleczce odpowiedniego rozmiaru. W 12 przypadkach upłynęło całe 1/2 minuty zanim puścili palec, w trzech przypadkach cała minuta! Około 4—5 dnia siła piąstek noworodków jest największą, mogą się one utrzymać około pół minuty (do 1 1/2 i więcej)

Załączone do artykułu fotografie, uderzająco przypominają położeniem ciała — odpowiednie pozycje małp. (L. 12).

— Dr. Goodall przypuszcza, że przewaga prawej strony ciała, zwłaszcza prawej ręki nad lewą, pochodzi od pewnych oddalonych szkodliwych wpływów, jakim podlega mózg podczas porodu. Ciśnienie w znacznej większości porodów (prawidłowo) dotyczy głównie prawej strony czaszki, co pośrednio wywołuje pewne upośledzenie funkcyi ruchowych tej połowy, nad którą zatem bierze przewagę strona lewa. Oprócz tego gra tu rolę i dziedziczność. (W. Pr. 13).

— W niektórych stanach Ameryki Północnej, lekarze są pozbawiani prawa wykonywania praktyki na zawsze lub na pewien przeciąg czasu za następujące wykroczenia: 1) wywoływanie poronienia, nie wymaganego przez naukę, 2) utrzymywanie faktorów w celu zdobywania sobie przez nich pacjentów, przekupywanie właścicieli hotelów etc., 3) branie zapłaty za obietnicę wyleczenia z choroby nieuleczalnej, 4) niezachowanie tajemnicy lekarskiej, 5) reklamy ogłaszające rzeczy fałszywe lub nieprawdopodobne, 6) ogłoszenia o środkach, sprowadzających regularne miesiączkowanie, 7) przestępstwa, za które byli karani sądowno, 8) pijaństwo nalogowe.

(Med. Rec. Stycz.).

— *Lekarz jako handlowiec.* Przed niedawnym czasem wyszła w Ameryce książka zatytułowana „The Physician as a Business Man”, pióra J. Taylora, z której widać, że i na drugiej półkuli kwestyja bytu lekarzy nie o wiele rozkoszniej się przedstawia niż w Europie. „Fakt to powszechnie znany”, powiada T., „że, jakkolwiek zawód lekarski uchodzi za zyskowny i niezależny, niemniej jednak lekarze są zazwyczaj jednostkami ubogimi pod względem materialnym. Żadna klasa ludzi nie wkłada równej ilości kapitału siły intelektualnej, oraz naukowego wykształcenia i nie poświęca równej ilości czasu zajęciu, które tak mało przynosi zysku im samym i ich rodzinom, jak lekarze-praktycy. W całym kraju (Ameryce) zarówno w miastach jak i po wsiach nie są bynajmniej rzadkością takie rozpaczliwe przykłady, iż lekarze, wyróżniający się pod względem naukowym i zostawiający wspomnienie pożytecznej działalności i szlachetnych czynów, spędziwszy żywot na entuzyjaszczym poświęcaniu się dla ulgi cierpiącej ludzkości, giną w końcu, pozostawiając swoich najbliższych w najniepomyślniejszych warunkach egzystencji”...

— *Skarga na lekarza.* W jednym z tegorocznych numerów czasopisma „Medical Record” znajdujemy wzmiankę o osobliwym procesie, który miał być wytoczony jednemu z lekarzy paryżkich. Lekarz ten, mając pacjenta chorego na szkarlatynę, zawiadomił gospodarza o potrzebie zarządzenia dezynfekcyi domu. Gdy takowa została dokonana, właściciel domu zażądał pokrycia kosztów takowej od pacjenta. Ten ostatni wniósł skargę na lekarza z powodu zdradzenia przez tegoż tajemnicy zawodowej.

— Dr. Smee, główny lekarz Towarzystwa ubezpieczeń na życie „Gresham” wykazuje, że influenza przyczyniła Towarzystwu w ciągu 2½ lat więcej strat, niż cholera w ciągu 48. Towarzystwo wypłaciło z tego powodu 52,700 funtów st. Na 100 przypadków śmierci z influenzy przypada 14% poniżej lat 20, 25% między 20—40 rokiem życia, 36% pomiędzy 40 i 60 i 25 powyżej 60 lat. Influenza najniebezpieczniejszą jest zatem dla osób w średnim wieku, zwłaszcza mężczyzn. Co się tyczy następstw influenzy, to sądzi dr. Smee, że są one mniej ważne niżej 40 lat, za to po 65 roku można ocenić, że skracają życie o 15—20% (St. P. 5).

— *Aforyzm Lawson Tail'a:* „W zawodzie naszym droga do powodzenia w praktyce polega nie tylko na umiejętności zachowania się wobec choroby, ale także na umiejętności zachowania się wobec osoby dotkniętej chorobą”.

NEKROLOGIJA.

— Dr. med. *Felicjan Michniewicz*, inspektor lekarski gub. Kieleckiej, w m. Kielcach.

— Dr. *Narcyz Zawrocki*, zmarł na Podolu w początkach z. m., w wieku lat 63.

— Dr. *O. Trębecki*, b. lekarz zakładu w Szczawnicy.

— 24/III r. b. zmarł w Meranie *Maksymilian Leśnik*, praktykujący w Suwałkach, w 33 roku życia. Zmarły kolega studyjował w Warszawie, Krakowie, w Bernie, gdzie napisał rozprawę doktorską pod tytułem: „Ueber einige Ester der Salicylsäure und ihr Verhalten im Organismus”. Oprócz tego ogłosił kilka prac drobniejszych w tutejszych pismach lekarskich. Ś. p. *Leśnik*, jako dobry lekarz, zażyty kolega i człowiek, zostawił po sobie szczerzy żal we wszystkich, co mieli sposobność bliżej się z nim zetknąć. M. R.

— *Karol Crédé*, znakomity ginekolog, autor wielu prac ginekologicznych, b. redaktor „Monatschrift für Geburtshilfe” i „Archiv für Gynäkologie”. Zmarły urodził się w Berlinie w 1819 r., zmarł z. m. w Berlinie. Akuszerzyja zawdzięcza mu zaprowadzenie cephalotrybu, sposobu usuwania łożyska i profilaktykę blenorrhoea neoratorum. St. K.

Przegląd prac oryginalnych pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu MARCU 1892 r.

- 1) *Z. Srebrny i O. Bujwid*. Przypadek twardzieli nosa. (Nowiny Lek. nr. 3).
- 2) *W. Łepkowski*. Przyczynę do nauki o chemicznym składzie zębów. (Now. Lek. 3) niedok.
- 3) *A. Ożegowski*. Sposób leczenia błonicy. (Now. Lek. 3).
- 4) *L. Guranowski*. O ciałach obcych w uchu. (Med. nr. 8, 9, 10).
- 5) *Bojasiński*. Do pozostawiania ciał obcych w narządach wewnętrznych. (Med. 10).
- 6) *St. Radziszewski*. Wypadnięcie polipa znacznych rozmiarów z tylnej części przewodów nosowych do przelyku etc. (Med. 10).
- 7) *A. Chełmoński*. Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych. (Medycyna nr. 10).
- 8) *St. Bernstein*. O syringomyelii. (Med. 11). niedok.
- 9) *J. Drzewiecki*. Uwagi nad leczeniem nowotworów złośliwych. (Now. Lek. 3).
- 10) *Z. Lubliner*. Zwężenie tchawicy pochodzenia przymiotowego. (Med. 13) niedok.
- 11) *M. Lebensbaum*. Rak pochwy powstały w przebiegu raka ciała macicy drogą samozaszczepienia. (G. L. 10, 11).
- 12) *Dr. med. W. Świątecki*. Praktyczny sposób barwienia preparatów mikroskopowych. (G. L. 10).
- 13) *T. Heryng i M. Rejchman*. O zastosowaniu prześwietlania elektrycznego do badania jam i organów ustroju. (G. L. nr. 9 i 10).
- 14) *Dr. med. J. Pawiński*. O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek. (G. L. nr. 1, 2, 3, 4, 9, 10), (streszczony w dziale referatów pod n-rem 95).
- 15) *M. Jakowski*. W kwestyi etjologii zapalenia opłucnej. (Gaz. Lek. 11, 12).

16) *W. Wróblewski*. Przyczynnik do patologii i terapii migdalka językowego. (G. L. 12) niedok.

17) *E. Biernacki*. Przyczynnik do nauki o syryngomyelii. (G. L. 12).

18) *J. Kohn*. Przypadek zupełnego wynicowania macicy. (G. L. 12).

19) *St. Popławska*. Przypadek mimowolnej ekstrakcji soczewki. (G. L. 12).

20) *K. Ciągłiński*. Przypadek idyjosynkrazyi względem chininy. (G. L. 13).

21) *Prof. Parczński i dr. St. Blatteis*. O pasorzycie zimnicy. (Przeg. Lek. 10, 12) niedok.

22) *M. Misiewicz*. Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnej patologji. (Przeg. Lek. nr. 9, 10, 11).

23) *K. Szyntkiewicz*. O plombowaniu zębów obumarłych. (Przegł. Lek. nr. 9, 10)

24) *Wł. Horajewicz*. Kilka przypadków leczonych elektrycznością podług metody d. ra Apostolego. (Przegł. Lek. nr. 11)

25) *T. Heryng*. Elektroliza w zastosowaniu do cierpień nosa, gardzieli i krtani. (Przegł. Lek. 1, 2, 7, 8, 11, 12, 13).

1) Chory lat 40, od 3-ich miesięcy duszność, od roku zatkanie lewej jamy nosa. Przy badaniu znaleziono znaczny przerost muszli dolnej lewej—kostnej konsystencyi. W krtani pod strunami głosowemi prawdziwemi widać dwa grube wały, kolo:u ciemno czerwonego.

Początkowo autor postawił rozpoznanie t. zw. ropotoku Stoerka na zasadzie objawów typowych dla tego cierpienia. Leczenie polegało prócz szprycowań nosa inhalacyj na metodycznem rozszerzaniu krtani. Ze względu na wzrastającą duszność dokonano przecięcia tchawicy.

Dla zbadania bakteryjologicznego (Bujwid) odcięto nożyczkami przedni koniec dolnej muszli, oraz guz z do'nego lewego przewodu nosa, pierwotnie niedostrzeżony. Znaleziono typowe laseczniki twardzieli. Autor zwraca uwagę na znaczenie dyjagnostyczne hodowli tych tworów na agarze—hodowli typowej, występującej już na drugi dzień, podczas, gdy badanie skrawków nosa czasami rezultat ujemny, w ogóle zaś jest trudnem. *J. S.*

3) Autor w ciągu lat 10-u nie miał ani jednego przypadku śmierci skutkiem błonicy, lecząc ją w sposób następujący: pę:elkiem z waty pę:tuje co 2—3 godzin części pokryte nalotem rozczynem: Acidi carbolici crystallis. Acidi citrici oystal. Trae jodi aa. 3.00—5.00. Cognac (fine Champagne) 100.00. U starszych dzieci zaleca obok tego płukanie rozczynem chloranu potasu albo soli kuchennej. Mleka pié nie pozwala, za napój daje limonadę z soku cytrynowego. *W. Sz.*

4) Nieumiejętne próby wydobywania ciał obcych z ucha, spowodują częstokroć ciężkie zaburzenia funkcjonalne, a niekiedy mogą nawet zagrażać życiu przy wepchnięciu ciała obcego do jamy bębenkowej. Aby zapobiedz tym smutnym następstwom, autor podaje różne sposoby usuwania ciał obcych z ucha, pomiędzy któremi pierwsze miejsce zajmuje energiczne przestrzykiwanie ucha zewnętrznego ciepłą wodą. *W. Sz.*

6) Przypadek dotyczył kobiety lat 40, której autor usunął za pomocą cążków kilka polipów nosa. W kilka tygodni potem przywieziono chorą z objawami zaduszenia. Przy zbadaniu okazał się w jamie ustnej polip dużych rozmiarów, wychodzący z lewego tylnego otworu nosowego. Polip odcięty został nożyczkami. *J. S.*

7) Autor poddawał gniciu nastój z mięsa wołowego, gotował go, filtrował, i przesąc zastrzykiwał chorym na tyfus brzuszny (określiwszy uprzednio do pewnego stopnia odczyn występujący po pewnych dawkach u królików i ludzi zdrowych); otrzymano przytem to spadek krytyczny, to lityczny, poprawę ogólnego stanu i poszczególnych objawów. *H.*

9) Autor zestawił z literatury przypadki, w których spostrzeżono większy lub mniejszy wpływ róży na nowotwory i poleca stosowanie toksyn hodowli pasorzytu róży w celu leczenia raka. *H.*

11) W opisanym przypadku wystąpiły w 5-ym tygodniu po normalnym porodzie krwawienia obfite, z pochwy, które, pomimo tamponowania i wylęczkowania, doprowadziły chorą do wysokiego stopnia bezkrwistości. Autor widział chorą w 10 tygodni po pierwszym krwotoku. Wówczas znaleziono owrzodzenie pochwy; badanie drobnovidzowe nie wykazało charakteru rakowatego. Po zagojeniu się owrzodzenia nastąpił silny krwotok z macicy. Badanie palcem wykazało guz w jamie macicy, a drobnovidz stwierdził, że guz jest rakiem. Jednocześnie w bliźnie po owrzodzeniu pochwy rozwinął się rak, podobnej budowy do raka macicy.

Po usunięciu guza pochwy wyluszczone macicę, chora jednak zmarła w 6 dni po operacji.

Autor tłumaczy przypadek powyższy, jako rak wtórny pochwy, powstały drogą zaszczepienia przez wydzielinę z macicy, opierając się na ujemnym wyniku badania pierwotnego owrzodzenia, na szybkim wzroście nowotworu w bliźnie, na podobieństwie budowy obu nowotworów i wreszcie na całym szeregu danych z literatury, stwierdzających możność szczepienia raka, lub przedstawiających analogiję z opisywanym przypadkiem. *A. N.*

12) Autor rozprawdza badany płyn między dwoma szkiełkami przedmiotowemi, pokrywając nim do $\frac{3}{4}$ powierzchni. Wyszuszony preparat pokrywa jedną lub kilkoma warstwami bibuły, pokrajanej w cienkie paski i nalewa na nie barwnik. W ten sposób preparat zostaje zabarwiony zawsze świeżo przefiltrowanym barwnikiem. Ogrzewamy go, trzymając szkiełko w kleszczykach nad płomieniem. Odbarwianie kwasami odbywa się bez bibułki. Podbarwianie zaś tła ma znowu miejsce przez bibułę, po czem następuje zwykle oplukanie i badanie preparatu. *W. J.*

13) Autor podaje dalsze wyniki nad prześwietlaniem zatoki Highmora. W 30 przypadkach rozpoznał ropne zapalenie antri bez uciekania się do próbnego przekłucia (metoda Schmidt'a). Dalej autor wspomina o próbach prześwietlania zatok czołowych (metodę Vohsen'a uznał za lepszą), oraz wyrostka sutkowego (wraz z kol. Guranowskim). Wspólnie z kolegami Elsenbergiem, Zweigbaumem i Krajewskim, próbował autor prześwietlać pęcherz moczowy, jako też tylną i przednią ścianę pochwy. Wynik był pomyślny. Pod kierunkiem prof. Nawrockiego wykonał autor doświadczenia na zwierzętach (kot) w celu prześwietlania płuc i aorty z rezultatem dodatnim. Wraz z kol. Goldflamem udało się autorowi potwierdzić rozpoznany za życia rak kiszki za pomocą prześwietlania trzew brzusznych na trupie. Wreszcie z kol. Rajchmanem zajął się autor prześwietlaniem żołądka i kiszki za pomocą specjalnego przyrządu swego pomysłu t. zw. diafanoskopu. Żołądek pierwotnie napelnia się wodą i wprowadza doń powyższy przyrząd. Badając chorego w pozycji stojącej, zauważyli autorowie na przedniej ścianie brzucha „plamę świecąca, żywo czerwonego koloru, która to plama odpowiada położeniu i granicom dolnej i bocznej żołądka”. Również dolna i lewa granica wątroby dały się tą metodą okre-

ślić, jako też rozmiary i położenie poprzecznic (w przypadku rozszerzenia jej — colectasia). J. S.

15) Autor zbadał pod względem bakteryjologicznym 52 przypadki zapalenia płucnej. Badał on wysięk pod mikroskopem na laseczniki gruźlicze, oraz sposobem Gram'a na inne pasorzyty, a nadto szczepił go na agarze. Otrzymane na ostatnim pasorzyty szczepił czasami zwierzętom. Z pomiędzy badanych wysięków było 30 surowicznych i 22 ropne. 10 z pomiędzy nich powstało, klinicznie biorąc, pierwotnie, 13 przy gruźlicy, 14 przy zapaleniu płuc, pozostałe przy innych chorobach. W pierwotnych wysiękach autor znalazł 7 razy pneumokokki Fraenkla, które uważa za najczęstszą ich przyczynę. W pozostałych 3 przypadkach stwierdził obecność pasorzytów ropotwórczych. Obecność tych ostatnich w wysięku surowicznym przepowiada skłonność jego do zropnienia, a więc, stwierdzona wcześniej, pogarsza rokowanie. Zapalenia płucnej przy pneumonii krupowej zależą też przeważnie od pneumokokka Fraenkla. Rokowanie przy nich jest prawdopodobnie dla tego tak pomyślne, że odpowiednie pasorzyty odznaczają się małą energią życiową. Z pomiędzy 13 przypadków zapalenia płucnej przy gruźlicy, autor nie mógł w siedmiu nie wyhodować. Twierdzi on, że wogóle przypadki, w których badanie bakteryjologiczne daje ujemne wyniki, są pochodzenia gruźliczego. Świadczą o tem liczne autopsyje, oraz szczepienia wysięku zwierzętom. Wysięki ropne przy gruźlicy i tyfusie są skutkiem wspólnego działania pasorzyta pierwotnego i ropotwórczych, a więc zakażenia mieszanego. W przypadkach natury septycznej można pasorzytów w wysięku nie znaleźć, co zależy od tego, że wysięk gnijący nie przedstawia już dogodnych warunków życiowych dla pasorzytów, które go wywołały. W 2 przypadkach zapalenia płucnej przy gościu autor znalazł pasorzyty ropotwórcze; to samo odnosi się do pewnego przypadku surowiczowłóknistego zapalenia płucnej przy wadzie serca. W jednym przypadku, wklajającym zapalenie nerek, oraz w jednym, wklajającym zapalenie osierdza, autor znalazł pneumokokki Fraenkla. Ogólnym wnioskiem autora jest, że „niema takiego zapalenia płucnej, któreby nie zależało od drobnoustrojów chorobotwórczych, jakkolwiek nie zawsze udaje się je wykryć w wysięku”. W. J.

17) Streściwszy obecny stan wiedzy o syryngomyelii, autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek tej choroby. U chorej, 21-letniej, służącej, bez dziedziczności, z przyczyn przypadkowych w 8-ym roku życia rozwija się skrzywienie kręgosłupa. W 14 ym roku bóle w palcach i dłoniach, z zanikiem postępowym mięśni, najprzód w lewej, następnie w prawej ręce, oraz uczucie zimna w kończynach. Następnie paronalia i klóć sięga wyżej i od 3-ich lat zanika częściowe rozprzestrzeniają się na przedramiona. Bóle i zawroty głowy. Od roku osłabienie kończyn dolnych, zgrubienie lewego kolana, bóle w nogach. Przy dłuższem mówieniu duszność i uczucie ciężaru w piersiach.

Badanie szczegółowe wykazuje zwężenie szczeliny powiekowej lewej z wciągnięciem gałki ocznej, lewa źrenica węższa, oddziaływanie obu źrenic na światło i akomodacja prawidłowa, pareza n. twarzowego lewego, obustronny zanik m. thenaris hypotenaris i międzykostnych; położenie ręki „Krallen Hand.,” na przedramionach zanikł mięsień przedniej powierzchni, zwłaszcza po lewej stronie, oraz deltoideus po prawej. Pobudliwość mechaniczna tych mięśni zmniejszona, pobudliwość elektryczna zniesiona lub odczyn zwyrodnienia (w mięśniach dłoni). Czucie dotykowe i mięśniowe

wszędzie zachowane, lecz czucie bólu zmniejszone na całej kończynie górnej prawej. Czucie ciepłoty na tejże kończynie górnej prawej bardzo osłabione, chora nie odróżnia ciepłot 2° — 50° C.; czucie ciepłoty na k. g. lewej upośledzone lecz mniej i zachowane w niektórych miejscach na wyprostnej powierzchni tej kończyny. Odruchy ścięgnowe na górnych kończynach zniesione, na dolnych wzmożone. Odruchy skórne osłabione—kręgosłup w dolnej okolicy szyi i górnej grzbietowej skrzywionej w lewo (scoliosis sinistra).

Autor podnosi w danym przypadku wczesne skrzywienie kręgosłupa na 7—8 lat przed innymi objawami choroby i radzi u chorych ze skrzywieniami kręgosłupa bez widocznej przyczyny poszukiwać objawów syringomyelii.

Co do dysocjacji czucia, właściwej dla syringomyelii, autor przytacza przypadek wiadu rdzenia w średnim okresie tej choroby, w którym na całej powierzchni kończyn dolnych czucie bólu i ciepłoty było znacznie upośledzone tak, że chory nie odróżniał różnic ciepłoty między 2° a 56° C. Przypadek powyższy nie może być zaliczony do typu tabetycznego syringomyelii (Rott, Oppenheim) ze względu na całość objawów. Dysocjację czucia podobną do syringomyelitycznej spostrzegano w histeryi, neuritis, gliomacie rdzenia. Według Fr. Schultza dysocjacja czucia w syringomyelii charakteryzuje się zajęciem znaczniejszych przestrzeni, niż przy gliomacie rdzeniowym, nie odpowiada przebiegowi nerwów, jak przy neuritis i nie jest zjawiskiem przechodniem.

Autor dochodzi do wniosku, że co się tyczy czucia trzeba wiele rze czy uwzględniać przy rozpoznaniu syringomyelii, a przedewszystkiem opierać się na całości objawów i ich przebiegu. W danym przypadku syringomyelija opiera się prawdopodobnie na wrodzonych zmianach w rdzeniu.

R.

18) Zupełne wynicowanie nastąpiło po nagłym porodzie przedwczesnym, w skutek pociągania za pępowinę przy nieoddzielonem jeszcze łożysku. Autor przybył na miejsce zaraz po przypadku, dzięki czemu odprowadzenie udało się bez chloroformu i bez nacinania warg macicznych.

Dz.

19) U 65-letniego chorego po uderzeniu okiem o poręcz krzesła nastąpiło pęknięcie błon zewnętrznych na granicy rogówki i twardówki; przez ranę tę soczewka wyskoczyła z oka. Chory na razie nie widział, prawdopodobnie wskutek wylewu krwi do komory przedniej. Po trzech dniach wzrok odzyskał, ale nie mógł widzieć z bliska. Badanie oka prócz dużych zmian starczych (gerontoxon), które stały się sprzyjającą okolicznością dla opisanego przejścia, nie wykazało poważniejszych zaburzeń. H.

20) Chora 22-letnia, panna, w $\frac{1}{2}$ godziny po zażyciu 5 gran siarczianu chininy dostała silnego bólu w brzuchu, wymiotów, rozwolnienia (stolce czarne, cuchnące), wysypki przemijającej. Chora ta już przed kilku laty miała podobne objawy po chininie i odznacza się występowaniem idyjosynkrastycznych objawów i pod innymi względami (nie znosi morfiny, poziomek). Objawy ustąpiły szybko po zastosowaniu kawy czarnej etc.

Autor dodaje uwagę, że skonstatowawszy istnienie idyjosynkrazyi w jednym kierunku, należy być ostrożnym przy podawaniu leków wogóle. H.

22) Białkomocz fizjologiczny dość często się zdarza u ludzi zdrowych, trwa on krótko i jest objawem przejściowym. Za taki uważać go można, gdy mocz nie zawiera części morfotycznych, a sama ilość białka nie

jest wyższą nad 0,4⁰/₀. Białkomocz, występujący u dzieci podczas rozwoju płciowego (albuminuria cyclica), przyjmuje autor za stadium decrementi poronnej formy choroby nerek. Co się tyczy białkomoczu w sprawach patologicznych, to prócz chorób nerek, spotykano go w chorobach zakaźnych, w anemii złośliwej, ogólnem charactwie i t. d. przy działaniu pewnym bodźców fizycznych i chemicznych. Nakoniec wspomina autor o białkomoczu zwrotnym (albuminuria reflectoria) Prócz zwykłego białkomoczu różniami należy jeszcze: białkomocz ropny, peptonuryję, propeptonuryję i hyalinuryję. Następnie przechodzi autor do opisu białkomoczu prawdziwego (choroby nerek, otrucia, sprawy zakaźne i t. d.) i przy każdym dziale podaje odnośne zmiany anatomo-patologiczne na podstawie protokółów sekcyi, oraz preparatów drobnowidzowych.

Autor wspomina również o białkomoczu, powstałym wskutek nie- drożności przewodu moczowego i o białkomoczu brzemiennych (albuminuria gravidarum), któremu Blanc przypisuje zakaźne pochodzenie. Białkomocz, wywołany chorobą nerek, powstaje przedewszystkiem wskutek zmian patologicznych w kłębkach (glomerulo-nephritis); i dopiero później mięsz i tkanka łączna mniejszy lub większy udział w sprawie chorobowej przyjmują. Białkomocz w chorobach zakaźnych polega przeważnie na zgorzeli ciałonka wskutek zaburzeń w krążeniu i odżywianiu, lub też wskutek zatoków drobnych naczyń czopkami hyalinowemi (embolia glomeruli). Białkomocz z zastoju powstaje wskutek zaniku i zwyrodnienia tłuszczowego ciałonka, kanalików, z powodu braku ozonu i chromatyny. Wreszcie białkomocz w sprawach charłacznych powstaje wskutek zaburzeń w regeneracyi czerwonych ciałek krwi, oraz wskutek zatoru kłębków, zwyrodniałemi ciałkami krwi. Mówiąc o leczeniu, przy białkomoczu zwrotnym, radzi autor leczenie przyczynowe, przy białkomoczu nerkowym zwykle środki moczopędne i napotne, parówki

H. Kuch.

23) Po przeglądzie krytycznym różnych sposobów postępowania dla przygotowania takich zębów do plombowania, podaje Szymkiewicz swój sposób, polegający na stosowaniu na przemian na oczyszczoną mechanicznie jamę suchego, gorącego powietrza i stężonego kwasu karbolowego. Jeżeli naokoło korzenia jest zapalenie okostny, wtedy stosuje Szymkiewicz tak nazwane przez siebie „drenowanie ochronne“, polegające na wprowadzeniu w odśrodkowy koniec kanału korzeniowego nitki (umaczonej w oliwie), którą po wypełnieniu jamy cementem, wyciąga. Otwór takiego „drenu“ powinien być, o ile można, pod dziąsłem, które wtedy jest jakoby kłapą, pozwalającą na swobodny odpływ wydzieliny z wewnątrz, a niedopuszczającą do wnętrza kanału ciał obcych z jamy ust.

Dz.

24) Opis trzech różnych przypadków, leczonych galvanizacją. W pierwszym (przypuszczony włókniak macicy) i w trzecim (endometritis, metritis, salpingitis et perisalpingitis gonorrhoeica) nastąpiło usunięcie głównych objawów, w drugim (anteflexio uteri, stenosis, dysmenorrhoea) czasowe zupełne wyleczenie.

A. N.

25) Po krótkich wstępnych uwagach, dotyczących się istoty, oraz działania elektrolizy, jako też historycznych danych co do stosowania tej metody w celach leczniczych (1-y Crusel — w ostatnich czasach Voltolini, Kuttner i inni), przechodzi autor do opisu baterji elektrycznych i narzędzi pomocniczych. Dalej wspomina o swych własnych doświadczeniach nad elektrolizą. Pierwsze próby wykonał autor w gardzieli, mianowicie przy przeroście migdałków, próby te jednak nie wypadły zbyt zachęcająco,

Jeszcze mniej skuteczną okazała się elektroliza w cierpieniach nosa, a więc przerostach muszel, skrzywieniach przegrody nosa (w jednym przypadku nawet nastąpiło perforatio septi). W jednym przypadku przymiotowego zwężenia jamy gardzielowej, autor użył z powodzeniem elektrolizy. W zwężeniach krtani natury bliznowatej posiłkował się autor cynowemi bołcami Schwetter'a. W ogóle stosował elektrolizę w 27 przypadkach, z tych 12 w krtani (w 11 przy suchotach). W dalszym ciągu autor przytacza szczegółowo historyje choroby 5 przypadków gruźlicy krtani, w których elektroliza dała mu wcale niezłe rezultaty.

I tak w 1-ym przypadku nasięku guza nagłośni udało mu się zniszczyć, przyczem po 3-ich tygodniach nastąpiło zabliznienie. Takież same zabliznienie, stwierdzone na stole sekcyjnym i badaniem drobnowidzowem, uzyskał autor w przypadku 2 im z owrzodzeniem i nasiękiem gruźliczym nagłośni. W 3-cim przypadku przy nasięku gruźliczym strun prawdziwych, metoda ta również okazała się skuteczną. W przypadku 4-ym nastąpiło zabliznienie na miejscu guzowatego nasięku nagłośni. W przypadku tym również ustąpił naciek struny fałszywej lewej. Wreszcie w ostatnim (5-ym) przypadku leczenie to z powodzeniem było stosowanem zarówno na nagłośni, jako też tylnej ścianie i strunach fałszywych. Oprócz powyższych przypadków, stosował autor jeszcze elektrolizę w przypadku gruźlicy języka (zabliznienie owrzodzenia), i w przypadku „rhino et laryngo sceleroma”.

Autor na podstawie własnego doświadczenia przychodzi do wniosku, że elektroliza, bądź co bądź jest pożyteczną metodą, zwłaszcza przy leczeniu gruźlicy krtani, jakkolwiek nie może zastąpić chirurgicznego leczenia w tem cierpieniu.

J. S.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. med. A. Śmiechowski. Ueber das erste Auftreten des Haemoglobins bei Hüknerembryonen. Dys. inaug. Dorpat, 1892.

M. Flaum. Ueber die chemischen Unterschiede zw. gen. Eiweiss, Albumose u. Pepton. Odb. z Schweizer. Woch. f. Pharmacie, 1891.

Sprawozdanie roczne z działalności lekarskiej zakładu ginekologicznego w Warszawie, podane przez współwłaścicieli ordynatorów Zakładu. Odb. z „Medycyny”.

Rozprawy wydawn. dzieł lek. polskich w Krakowie:

Dr. E. Rosenblatt. Nowsze sposoby leczenia krztuśca. Ser. I. N. 8.

Dr. W. Momidowski. O istocie i leczeniu hysterii. Ser. I. N. 7.

Dr. Karliński. O obecnym stanie badań nad przyrodą błonicy gardła. Ser. I. N. 6.

Prof. dr. Korczyński i prof. dr. Gluziński. Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzuszonym. Odb. z Now. Lek.

L. L. Kruszynski. Rukowództwo k mikroskopiczeskomu izsledowaniju miasa na trichiny. Łowicz, 1892.

A. Chelmoński. Nowa metoda leczenia chorób zakaźnych. Meł. 11.

L. Guranowski. O ciałach obcych w uchu. Odb. z Medycyny.

Medicynski Sbornik Warszawskiego Ujazdowskiego Wojennago Hospitála.

R. Olshausen. O drgawkach porodowych. Nr. 39 Odczytów klinicznych. Przekład d-ra Kondratowicza.

Dr. J. Bogdanik. Eine neue Schnittmethode zur Resektion des Sprung oder Fersenbeines. Odb. z Centr. f. Chirurgie.

J. Bogdanik. Ein Kaiserschnitt wegen Carcinom d. Portio und Vagina. Odb. z Centralbl. f. Chir., 1892.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1892/93 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. d ra Walentego Koczorowskiego, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojcekim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wy-szczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczony stypendyja, winni wnieść prośby do Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała nr. 7) najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, dr. *Brodowski.*

— Towarzystwo lekarskie warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1892/93 wakować będzie stypendyjum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego Gołębiowskiego, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta wydziału lekarskiego Cesaarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczony stypendyjum, winni wnieść prośby do Towarzystwa lekarskiego warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (curriculum vitae). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa władzy uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, dr. *Brodowski.*

— Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Jana Bączewicza udzielone być mają w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczzone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacyjje w Kancelaryi Towarzystwa lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała nr. 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów lekarskich przy Rządach gubernijalnych (w gubernijach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kassą Wsparcia
Dr. J. Rogowicz.

— Komitet Kassy Wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Leona Lande udzielone ma być w dniu 18 Lutego 1893 r. jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata—podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie, lub sierotom po nim; albo też, w razie braku takich—lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała nr. 7) oznacza się do dnia 15 Grudnia 1892 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy, członków Kassy Wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy, lub sierot. Osoby, na prowincyi zamieszkałe (w gubernijach Królestwa Polskiego), przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego Zastępcy w interesach Kassy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek Zarządzający Kassą Wsparcia
Dr. J. Rogowicz.

OGŁOSZENIA.

Księgarnia E. Wende i Sp.

Krakowskie - Przedmieście Nr. 9,

otrzymała na skład główny:

Cybulski N., Prof. Dr., Fizjologia Człowieka

Część II. Cena k. 75.

Wydanie z zapomogi kasy imienia d-ra J. Mianowskiego. 3—1

Wydawca:
Dr. K. Sterplński.

Numer wyszedł d. 14 Kwietnia.

Redaktor:
Dr. med. O. Hewelke.