

GAZETA LEKARSKA.

I. MOCZOPĘDNE DZIAŁANIE KALOMELU W CIERPIENIACH NEREK.

Podał

J. Skłodowski.

Od czasu pierwszej publikacji JENDRASSIK'a z 1886 roku pojawiła się w literaturze lekarskiej dość znaczna liczba prac rozmaitych autorów; wszystkie one bez wyjątku stwierdzają fakt skutecznego działania kalomelu przeciwko obrzękom. Obecnie możemy już śmiało twierdzić, że w pomienionym środku zyskaliśmy dzielny lek moczopędny, bardzo prawdopodobnie przewyższający wszystkie inne dawniej znane — i co do częstości działania, i co do skuteczności. Wobec tego wszelkie spostrzeżenia, które pozwalają bliżej się zapoznać z moczopędnymi własnościami kalomelu, posiadają istotną, i to nietylko teoretyczną, ale wprost praktyczną doniosłość. Ale robienie dalszych spostrzeżeń jest jeszcze rzeczą konieczną; bo chociaż każdy lekarz, który miał choć kilka razy sposobność zastosować kalomel w praktyce, musiał się przekonać z własnego doświadczenia o tem, że środek ten dobrze działa, to jednak teoretyczna strona działania kalomelu jest do tej pory bardzo jeszcze ciemną, a przynajmniej w pewnych swoich szczegółach; ale, co gorsza, nie posiadamy dotąd prawie żadnych racjonalnych wskazań, dotyczących użycia tego dzielnego środka. Nie ma ani jednego takiego rodzaju puchliny, w którymby nie skonstatowano pomyslnego wpływu kalomelu i nie ma takiego przypadku, w którym z góry dałoby się przewidzieć, że kalomel napewno podziała. Wprawdzie zarzut powyższy odnosi się w pewnej mierze i do wielu innych środków farmakologicznych i nie są od niego wolne i najstarsze, najlepiej poznane leki moczopędne, jednakże zawsze posiadamy dla tych ostatnich przynajmniej pewne wskazówki, które z natężenia i charakteru poszczególnych zjawisk chorobowych pozwalają nam oczekiwać z wielkiem prawdopodobieństwem takiego albo innego działania.

Jeżeli choremu z wadą zastawkową, który wskutek nieostrożnego postępowania nabawił się po raz pierwszy zaburzenia kompensacyi, przeznaczamy narparstnicę, to działamy prawie napewno. A wrazie jeżeli narparstnica pozostanie bezskuteczną, to już z samego tego jednego faktu możemy wnosić, że mamy przed sobą bardzo ciężkie zaburzenie krążenia. A więc z większej, albo mniejszej skuteczności użytego leku wnioskujemy w danym razie o natężeniu sprawy chorobowej i odwrotnie.

Dla kalomelu podobnie wyraźnego związku pomiędzy ciężkością choroby, a rozmiarami skutku nie dało się dotychczas zauważyć [przynajmniej w obrzękach zależnych od wad sercowych, bo w chorobach nerek zdaje się on być poniekąd zachowanym]. Częstość zdarza się widzieć, że działanie kalomelu występuje typowo w przypadkach zrozpaczonych, na kilka dni, a nawet godzin przed śmiercią, a gdzieindziej zawodzi w niewątpliwie lekkich, w których za pomocą innych środków można jeszcze znakomicie poprawić stan chorego na czas dłuższy. Podobne zachowanie się kalomelu każe przypuszczać, że i warunki, od których działanie jego zawisło, są zupełnie różne i daleko bardziej zawikłane od tych, które rządzą działaniem pozostałych środków moczopędnych, w szczególności zaś środków nasercowych.

Wiadomo też, że skuteczność nasercowych środków moczopędnych zmniejsza się zazwyczaj w miarę dłuższego ich stosowania, tak, że zwykle musimy przechodzić kolejno od jednego do drugiego środka. I pod tym względem zdaje się kalomel zajmować stanowisko odrębne. Tam, gdzie raz już przekonaliśmy się o jego skuteczności, możemy z wielkiem prawdopodobieństwem oczekiwać działania moczopędnego i przy następnych zastosowaniach. Ztąd nierzadko zdarza się widzieć, że chorzy, utrzymywani przez czas jakiś przy życiu dzięki kalomelowi, umierają albo bez obrzęków zupełnie, albo prawie bez obrzęków, z powodu innych ciężkich przejawów zasadniczej choroby, którym kalomel nie jest w stanie zapobiedz. Można powiedzieć, że jedyną znaną nam rękojmnią skutecznego wyniku kuracji kalomelowej jest tylko doświadczenie, zaczerpnięte z poprzednich jej zastosowań u tegoż samego osobnika. Ztąd pierwsze zastosowanie u nowego chorego jest zawsze rodzajem próby i gdzie ta próba raz wypadła ujemnie, tam szanse osiągnięcia działania moczopędnego przy powtórnych zastosowaniach znakomicie się zmniejszają.

Wprawdzie niektórzy autorowie stawiają wskazania dla użycia kalomelu i nawet stawiają je dość ściśle, lecz, na nieszczęście, czynią to raczej na zasadzie przedwczesnego przenoszenia do praktyki swoich nie dość jeszcze uzasadnionych teoretycznych poglądów, aniżeli na podstawie wszechstronnej i obszernej obserwacji klinicznej. Ale w ten sposób, zamiast nowych i pouczających faktów, mnożą się jedynie w nauce szkodliwe uprzedzenia, które niepotrzebnie zwracają uwagę późniejszych badaczy w pewnym kierunku, z góry, a nie dość zasadnie wykreślonym przez ich poprzedników.

A takich hipotecznych teoryj o moczopędnem działaniu kalomelu posiadamy już dotąd bardzo wiele, bo prawie żaden z autorów, zabierających głos w tej trudnej i zawikłanej kwestyi, nie potrafił oprzeć się pokusie postawienia własnej. Nie wymieniając tu wszystkich wygłoszonych dotąd hipotez, muszę zauważyć, że z pośród nich dwie tylko opierają się na wnioskach, wyprowadzonych z doświadczeń. Są to zarazem teoryje dwóch autorów, którzy poświęcili najwięcej pracy na kliniczne badania nad kalomelem, mianowicie: JENDRASSIK'a i ROSENHEIM'a.

Teoretyczne zapatrywania obu pomienionych autorów zupełnie są od siebie różne. Schodzą się one w jednym tylko punkcie, co do którego zdaje się nie zachodzić żadnej różnicy zdań, mianowicie w twierdzeniu, że kalomel nie

działa bezpośrednio ani na serce, ani na naczynia. Dalej nie mają one ze sobą już nic wspólnego.

ROSENHEIM robił doświadczenia swoje nad świeżą nerką psią (*überlebende Niere*) i zauważył, że po zastrzyknięciu do tętnicy nerkowej pewnego rozpuszczalnego związku rtęci następuje początkowo obfity wypływ z moczowodu, a wkrótce potem wydzielanie tą drogą zupełnie ustaje. Na zasadzie powyższego faktu ROSENHEIM osądził, że związki rtęci działają drażniąco na układ wydzielniczy nerek, wskutek czego początkowo wzmagają się produkcja moczu, a po pewnym czasie wskutek nadmiaru podrażnienia słabnie ona i wreszcie ustaje. Uogólniając wyniki swoich doświadczeń, przypuszcza dalej ROSENHEIM, że i moczopędne działanie kalomelu jest również następstwem pierwotnego podrażnienia nerek i na tej zasadzie zalicza go do rzędu środków moczopędnych ostrych (*diuretica acria*).

Jakkolwiek pociągającą wydaje się powyższa teoria na pierwszy rzut oka, to jednak właśnie część jej doświadczalna nie wytrzymuje ściślejszej krytyki, przynajmniej w takiej formie, w jakiej dotychczas została ogłoszona. JENDRASSIK stawia jej następujące zarzuty: ROSENHEIM nie podaje składu cieczy, wypływającej z moczowodu i mamy wielkie prawo przypuszczać, że owa ciecz nie przedstawiała żadnej analogii z moczem, oddawanym przez chorych po skutecznym zastosowaniu kalomelu. Z tej samej pracowni ZUNTZ'a, co i ROSENHEIM'owskie, wyszły w podobnych zupełnie warunkach robione doświadczenia MUNK'a, w których zamiast związku rtęciowego użytą była sól kuchenna. I w tym razie występowało niemiejsze wzmoczenie wypływu z moczowodu, ale badanie otrzymanej tą drogą cieczy wykazało, że jest ona gęstsza i w składniki stałe bogatsza, aniżeli przed domieszczeniem soli. Wobec tego faktu nasuwa bardzo słuszne pytanie: czy i ROSENHEIM nie miał do czynienia z cieczą o własnościach podobnych? A w takim razie wszelką analogię z moczem kalomelowym należałoby nieodwołalnie odrzucić. Wobec jednoczesnego zwiększenia się odpływu krwi z żyły nerkowej, możnaby raczej przypuścić, że pod wpływem domieszki do krwi pewnych ciał obcych następuje rozszerzenie naczyń krwionośnych w nerce i wskutek spowodowanego tą drogą napełnienia organu cieczą, zawarta w przewodach moczowych, zostaje wypchnięta na zewnątrz i ztąd pochodzi ono chwilowo, parę minut zaledwie trwające, wzmoczenie wydzielania, które ROSENHEIM upodabnia do kalomelowego moczo toku. Następujące zaś wkrótce potem zmniejszenie się i zupełne ustanie wypływu z moczowodu zależy prawdopodobnie albo od wytworzenia się zakrzepów w naczyniach nerkowych, albo od obrzęknięcia, a nawet zupełnego zniszczenia tkanek.

Powyższe zarzuty bardzo osłabiają znaczenie badań ROSENHEIM'a i temsamem teorię pierwotnego podrażnienia nerek, która miała w nich znaleźć doświadczone oparcie, sprowadzają napowrót do rzędu czysto teoretycznych hipotez.

Pomimo to powyższa teoria jest do dziś dnia najbardziej rozpowszechnioną. Trzymają się jej między innymi: FUEBRINGER, pierwotny jej twórca, dalej ROSENHEIM, BIEGAŃSKI, STINTZING i wielu innych.

Hołdując panującemu wszechwładnie przekonaniu, że kalomel nie wpływa na obrzęki zależne od nerek, autorowie ci starają się ową bezskuteczność w ten sposób objaśnić, że zapalny stan nerek stanowi bezpośrednią przeszkodę do ujawnienia się moczopędnego działania kalomelu. Niektórzy z nich [FUERBRINGER, BIEGAŃSKI] idą jeszcze dalej i uważają chorobę BRIGHT'a za bezwzględne przeciwwskazanie do użycia pomienionego środka.

JENDRASSIK już w pierwszej swojej pracy wyraził przypuszczenie, że kalomel nie działa bezpośrednio ani na serce, ani na nerki, lecz że zmienia jedynie warunki przesiąkania (*filtratio*) i przenikania (*endosmosis*) pomiędzy naczyniami i tkanką. W późniejszej, przeszłorocznej rozprawie przytoczył on na poparcie swojego poglądu szereg bardzo logicznych rozumowań i sumiennych, dobrze pomysłanych doświadczeń. Ogólny zarys jego teorii jest następujący.

Idąc śladem LICHTHEIM'a i BAMBERGER'a, odrzuca JENDRASSIK, OERTEL'owskie przypuszczenie o nadmiernej wodnistości krwi w niezrównoważonych wadach serca. Przeciwnie, w tych warunkach krew staje się gęstszą niż normalnie, wskutek nadmiernego przesiąkania przez ścianki naczyń cieczy, obfitującej w wodę. Skąpe oddawanie moczu u takich chorych jest z jednej strony następstwem względnego ubóstwa wody ich krwi, a z drugiej powolniejszego krążenia w nerkach, będącego wyrazem ogólnego zastoju. Obydwa powyższe względy składają się na to, ażeby uszczuplić ilość wody, przepływającej wraz z krwią w jednostce czasu przez nerki i, co zatem idzie, ograniczyć ilość wody, wydzielonej w tym samym okresie z moczem. Powiększyć ilość moczu możemy dwiema drogami: usuwając zastój z ogólnego krążenia, znosimy odrazu i wszelkie jego skutki mechaniczne, nie wyłączając wadliwego składu krwi; inna droga, mniej radykalna, ale zato w wielu razach jedynie dostępna, polega na pierwotnym wzmocnieniu dyfuzyjnego prądu [przenikania — *endosmosis*] z przestrzeni międzykankowych do krwi. Kalomel podobnie, jak wszystkie sole rtęciowe, przechodzi do krwi pod postacią białkanu. Otóż, obecność owego białkanu rtęci zwiększa własności chłonne krwi, czyli inaczej: wpływa na wzmocnienie prądu cieczy z przestrzeni międzykankowych do naczyń krwionośnych. Wskutek nagłego, a obfitego napływu wodnistej cieczy do naczyń ogólna masa krwi ulega znacznemu rozwodnieniu i nerki natychmiast rozpoczynają energicznie wydzielać zbyteczną wodę, aż dopóki nie doprowadzą krwi do właściwego stanu gęstości.

Na poparcie powyższego rozumowania przytacza JENDRASSIK następujące dane. Jeżeli środki, należące do drugiej grupy, istotnie działają w sposób powyżej opisany, to w samym początku ich działania, czyli na początku dyjurezy, powinno nastąpić pewne rozwodnienie, rozcieńczenie krwi. Natomiast, jeżeli działanie moczopędne zależy od pierwotnego podniesienia czynności nerek, to przeciwnie powinno nastąpić jej zagęszczenie. Otóż, bezpośrednie badania nad procentową zawartością hemoglobiny we krwi, dokonane przez BENCZUR'a i CSATARY'ego, dowodzą, że w samej rzeczy na początku kalomelowego moczotoku odsetka hemoglobiny spada, czyli, że krew staje się rzadszą, wodnistszą.

Ażeby zaś dać faktyczną podstawę swojemu przypuszczeniu o sposobie działania związków rtęciowych na krew, przeprowadził JENDRASSIK szereg badań

nad dyfuzyjnymi własnościami białkanu rtęci. Doświadczenia te przekonały go, że roztwory białkanu rtęci, pomieszczone w dyjalizatorze, znacznie silniej przyciągają ciecz [roztwór soli kuchennej] z zewnętrznego naczynia, aniżeli roztwory czystego białka.

Oto są w krótkości podstawy, na których się opiera teoria JENDRASSIK'a, bezwątpienia najsumienniejszą opracowaną ze wszystkich dotąd wygłoszonych. Niemniej teoria powyższa nie pozwala objaśnić sobie, dlaczego kalomel działa także i w pewnych przypadkach obrzęków niesercowego pochodzenia, w chorobach, w których żadną miarą nie można przypuścić, ażeby ograniczenie wydzielania moczu było następstwem zagęszczenia krwi wskutek zastoju. Dlaczego kalomel działa pomyślnie w niektórych przypadkach obrzęków nerkowych, gdzie krew nietylko, że nie jest uboższą w wodę, lecz przeciwnie ubogą w części stałe? Na powyższe pytania teoria JENDRASSIK'a dotąd jeszcze nie jest w stanie odpowiedzieć. Przeciwnie, jako kliniczny probierz swoich teoretycznych rozumowań i laboratoryjnych doświadczeń, podnosi JENDRASSIK ów fakt, który za niemyślny uważa, że kalomel zwykle działa w obrzękach sercowych, a w nerkowych pozostaje bezskutecznym. Jeżeli od powyższej zasady zdarzają się niekiedy wyjątki, to JENDRASSIK sam przyznaje, że nie potrafi ich objaśnić i wyraża tylko ogólnikowe przypuszczenie, że zależą one prawdopodobnie od jakichś indywidualnych, nieznaných nam warunków.

Ale nawet, gdyby podobne przypadki zdarzały się istotnie rzadko, to jeszcze nie przestałyby one silnie kwestyonować wywodów JENDRASSIK'a. Zarzut ów, sam przez się bardzo poważny, musiał nabrać w naszych czasach tem większego znaczenia, odkąd przekonaliśmy się, że przypadki pomyślnego wpływu kalomelu w chorobie BRICHT'a wcale nie należą do rzadkości. Wykazanie powyższego faktu jest właśnie jednym z celów niniejszej pracy.

Taki jest w ogólnych zarysach obecny stan nauki o moczopędnych własnościach kalomelu. Tylko dwie, powyżej streszczone, teoryje zdołały zainteresować sobą ogół lekarzy, inne nie potrafiły sobie zyskać szerszego uznania. Widzimy też, że obie te teoryje — jakkolwiek każda z innych powodów — odmawiają kalomelowi prawa obywatelstwa w terapii chorób nerkowych.

Badając w ostatnich czasach na wniosek i pod kierunkiem D-ra DUNINA dość znaczną ilość razy wpływ kalomelu w cierpieniach nerkowych, wkrótce wyrobiłem sobie przekonanie, że jednak stosowanie tego środka nie jest ani tak bezpożytecznem, ani, co główna, tak niebezpiecznem, jak mogłem się być tego spodziewać z niepoehlebnych i ostrzegawczych głosów w literaturze. I stało się to, być może, już skutkiem szczególniejszego zbiegu okoliczności, że w tym samym przeciągu czasu spotkałem się z licznymi przykładami niepowodzenia tegoż środka w chorobach serca. Przeglądając obecnie wyniki wszystkich naszych prób z kalomelem, przekonałem się, że wypadły one nieco korzystniej dla chorób nerek, aniżeli dla chorób serca.

Zanim przejdę do opisu własnych spostrzeżeń, pozwolę sobie jeszcze rzucić okiem na ów materyjał, na którym się opiera dotychczasowa zła sława kalomelu. Posiłkować się będę w tym razie głównie danemi, zebranemi przez JENDRASSIK'a i zamieszczonemi w jego ostatniej pracy.

Z zestawienia JENDRASSIK'a przekonujemy się, że większość autorów wypowiedziała się przeciwko użyciu kalomelu w chorobach nerek. Bezskutecznie stosowali go BRUNER, BRUGNATELLI, BIEGAŃSKI, STILLER, MEYES, SNYERS, STINTZING, NOTHNAGEL. Prócz tego 4 niepomyślne przypadki podaje ROSENHEIM, 1 TERRAY, 6 podobnych BIRO. Na ogół autorów jest to zapewne dość dużo, ale na ogół przypadków niewiele, bo z wyjątkiem ROSENHEIM'a i BIRO wszyscy inni opierali się na jednym, lub 2 przypadkach [BRUNER, BIEGAŃSKI, STINTZING], co naturalnie nie daje jeszcze prawa do zabierania głosu w spornych kwestiach terapeutycznych, tembardziej, że przy stosowaniu nowych środków, szczególnie zaś mających sławę bardzo energicznych, rozpoczyna się zwykle od takich przypadków, w których już wszystkie inne środki zawiodły, a więc od przypadków zapóźnionych i najcięższych. Zato prawie wszyscy autorowie, którzy stawali kalomel po kilka razy, wyrażają się już nieco oględniej. Tak ROSENHEIM, oprócz wspomnianych 4 przypadków niepomyślnych (2 *neph. parenchymatosa*, 1 — *ren. amyloid.*, 1 *neph. acuta*), podaje też jeden przypadek przewlekłego zapalenia nerek, gdzie zawiodły: kofeina i naparstnica, a niemniej kalomel podniósł ilość moczu z 500 do 3800 ctm. sześć. W innych dwóch przypadkach zauważył ROSENHEIM podniesienie ilości moczu do 2000, lecz bez wielkiej ulgi dla chorego. COHN z 6 przypadków, we trzech widział pewne polepszenie, jakkolwiek nieznaczne. Czterem pomyślnym przypadkom TERRAY'a nie przyznaje JENDRASSIK większej wagi, jako mieszanym. Obok choroby nerek w jednym z nich rozpoznano przewlekłe śródmiąższowe zapalenie wątroby; w 3 innych istniało współcześnie cierpienie serca i naczyń. We wszystkich powyższych przypadkach moczo-pędne działanie kalomelu wystąpiło w całej pełni. IGNATJEW na 9 przypadków, zdaje się, 2 razy otrzymał wynik pomyślny. Prócz tego widywali pomyślne wyniki PAL, AULD i inni. Sam JENDRASSIK w szeregu nielicznych własnych obserwacji wymienia jedną, w której kalomel wywołał obfitą dyjurezę, a sekcya potwierdziła rozpoznanie przewlekłego zapalenia nerek. Podobnie ERB jeszcze w roku 1888 referuje przypadek przewlekłego miąższowego zapalenia nerek z wielkimi obrzękami, w których kalomel dał wynik pomyślny, pomimo że wszystkie inne środki moczo-pędne i napotne zawiodły. Po kalomelu obrzęki znikły doszczętnie i przez 15 miesięcy pacjentka czuła się zdolną do pracy. Jeszcze jeden podobny przypadek z kliniki ERB'a został niedawno opisany przez FLEINER'a w N-rze 48 *Berl. klin. Woch.* za rok 1890. Autorowi 2 razy w przeciągu kilku miesięcy udało się podnieść ilość moczu z kilkuset centymetrów sześciennych do 5000 i jednocześnie uwolnić chorego od obrzęków, duszności i t. d.. Za 3-im razem skutek był już słabszy, ilość moczu wzrosła tylko do 3000 i to na bardzo krótko. Wkrótce potem chory umarł. Sekcya wykazała przewlekłe miąższowe i śródmiąższowe zapalenie nerek. Chory ten zasługuje na szczególniejszą uwagę ze względu na bardzo znaczne ilości kalomelu, jakie przyjął podczas każdej ze swoich kuracyj. Za pierwszym razem wyżył w przeciągu dni 10-iu 24 dawki po 0,2, za drugim w przeciągu dni 12-tu 23 dawki. Pomimo to nie było żadnych groźniejszych objawów ubocznych i po zakończeniu drugiej swojej kuracyi, chory przez cały miesiąc czuł się bardzo dobrze i nawet zabierał się do pracy.

Na naszym oddziale szpitalnym w przeciągu ostatnich kilku lat, a głównie w ciągu ubiegłego roku, stosowaliśmy kalomel, jako środek moczopędny ogółem do 40 razy. Z tej liczby blisko w połowie przypadków i nerki przyjmowały udział w sprawie chorobowej. Ponieważ jednak starałem się, o ile możności, unikać przypadków mieszanych, a w szczególności powikłań ze strony serca, jako dopuszczających rozmaite sposoby tłómaczenia, a zatem podaję poniżej opis tylko 14 przypadków.

Najsamprzód przytaczam 7 przypadków, w których po użyciu kalomelu nastąpiło typowe podniesienie ilości moczu:

I. Kr.. Szymon, robotnik. Przed 6 dniami opuścił nasz oddział po przebytej: *angina diphterică*. 19 Listopada 1889 roku zapisuje się powtórnie z powodu obrzęku twarzy, który wystąpił 3 dni temu.

20. XI. 1889. Jeszcze wczoraj wieczorem stan zleka gorączkowy, dziś ciepota 37,4° C. Tętno 48, małe, twarde, drżące. Płuca zdrowe. Serce dość znacznie powiększone. Tony silne, czyste. Obrzęki wyłącznie tylko na twarzy. Mocz zleka krwawy, zawiera białko. Dość obfity osad składa się przeważnie z wałeczków szklistych, nabłonkowych i drobnoziarnistych. Czerwonych krążków krwi niewiele.

Data.	Dobowa ilość moczu.	Cięża wia- siewy.	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
21. XI.	—	—	—	<i>Dctum cort. Chin.</i>	Serce jeszcze bardziej powiększone. Uderzenie wierzchołkowe niewyczuwalne. Tony czyste. Tętno 45. Drugie tony u naczyń bardzo silne. Umiarkowany obrzęk twarzy i górnej części tułowia.
22	520	1018	1 ⁰ / ₀₀	<i>Coffeini citrici 0,2 ter pro die.</i>	Tętno 48.
23	750	1016	—	<i>Cont.</i>	Tętno 42. Obrzęki <i>in statu quo</i> .
24	1000	?	—	<i>Cont.</i>	
25	1300	1015	—	<i>Cont.</i>	
26	1500	1014	—	<i>Cont.</i>	W osadzie dość obfite wałeczki, przeważnie szkliste i nieliczne bezbarwne, a także czerwone ciałka krwi.
27	1500	1014	—	<i>Aquilae albae 0,2 Laudani puri 0,015 3 proszki</i>	
28	2500	1013	—	<i>Kali chloric do płukania. dto 3 proszki.</i>	Dziąsła w stanie zadawalającym. Rozwolnienia nie było. Dziąsła w stanie zadawalającym.
29	2000	1012	—	<i>dto 3 proszki.</i>	Granice tępości serca zmniejszyły się wyraźnie. Obrzęki znacznie mniejsze. Tętno 66.
30	4000	1009	—	<i>dto 1 proszek.</i>	Rozwolnienia nie było. Dziąsła w stanie zupełnie dobrym.
1. XII.	2500	1012	1 ¹ / ₂ ⁰ / ₀₀	—	—
2	2500	1009	—	—	—
3	2700	—	—	—	—
4	3000	—	—	—	—
5	1700	—	—	—	—

Obrzęki znikły bez śladu. Chory czuje się zupełnie dobrze i przechodzi na oddział dla rekonwalescentów.

II. Goź... Jan, wyrobnik, w wieku lat 41, zapisał się do szpitala 9 Marca 1891 roku. Dwa tygodnie temu przy objawach ogólnego rozbitcia, połączonych z dreszczykami i potami, po raz pierwszy wystąpiły obrzęki, początkowo na kończynach dolnych, a wkrótce potem na tułowiu, twarzy i rękach. Jednocześnie wzmożła się duszność, której już dawniej w niewielkim stopniu chory doznawał. Od samego początku choroby lekki ból głowy, natomiast bólów w okolicy lędźwiowej nie było wcale. Obecnie chory skarży się na ból głowy, duszność, kaszel, a głównie na obrzęki. Osłabienia nie czuje, łaknienie wciąż ma dobre. Budowa i odżywianie dobre. Obrzęki zajmują obecnie kończyny dolne i tułów, przeważnie okolicę krzyżową; twarz i ręce są zupełnie wolne. W płucach pełno świstów i grubych rzeżeń. Wskutek wysokiego położenia przepony serce *in toto* podniesione ku górze. Granice tępeści rozszerzone. Tętno wszędzie czyste, u wierzchołka nieco głucho. Tętno 48, twarde, drżące. *Ascites*.

Mocz nieobfity, nasycony, ciężaru właściwego 1020, zawiera białko. W osadzie wałeczki szkliste, nieliczne ciała ropne i czerwone krążki krwi, a także komórki nabłonkowe, wielokątne o niewielkim jądrze, grupujące się zwykle po 4 lub 5.

Data.	Ilość dobową w moczu.	Ciężar właściwy.	Białka <i>pro mille</i> .	Leczenie.	U W A G I.
10. III.	—	1020	1,5 ⁰ / ₁₀₀	<i>Dctum chinæ.</i>	—
11	1000	1021	—	<i>Cont.</i>	—
12	600	1023	2 ⁰ / ₁₀₀	<i>Aquilae albae</i> 0,3; <i>laudani puri</i> 0.015. 3 proszki. Płukanie <i>kali chloric.</i>	—
13	700	1020	—	<i>dto</i> 3 proszki i płukanie.	—
14	1000	1020	—	<i>dto</i> 3 proszki i płukanie.	Tętno 64. Trawienie prawidłowe. Dziaśła trochę nabrzękłe i zaczerwienione.
15	1300	1020	1½ ⁰ / ₁₀₀	<i>dto</i> 1 proszek i płukanie.	W nocy silny ból zęba, dziaśła jak wczoraj.
16	1800	1018	—	Płukanie dalej i smarowanie dziaśel 2 razy dziennie. <i>T-rae jodi ana cum t-rae gallarum.</i>	—
17	3000	1012	—	Płukanie i smarowanie dalej.	Rozwolnienia, ani bólów brzucha nie było zupełnie.
18	?	?	—	<i>Cont.</i>	—
19	1800	1014	¾ ⁰ / ₁₀₀	<i>Cont.</i>	Obrzęki znacznie mniejsze. Dziaśła wciąż zaczerwienione.
20	2100	1012	½ ⁰ / ₁₀₀	<i>Cont.</i>	Dziaśła lepiej. W moczu nieznaczna przymieszka krwi.
21	1500	1016	—	<i>Cont.</i>	Świsty w płucach znikły prawie zupełnie.
22	1200	1018	—	<i>Cont.</i>	—
23	1200	1017	—	—	Obrzęki bardzo nieznaczne, tylko na krzyżu.
24	1000	—	—	—	—
25	—	—	—	—	—
26	1500	—	—	—	—
27	1500	1015	½ ⁰ / ₁₀₀	—	—
28	2000	1015	—	—	Mocz zlekką krwawy. Obrzęki znikły. Dziaśła prawie zupełnie dobrze wyglądają.
29	1200	—	—	—	—
30	1750	—	—	—	—
31	1100	1018	—	—	—

D. 1 Kwietnia chory na własne żądanie wypisuje się ze szpitala, wolny zupełnie od obrzęków, czując się zdolnym do pracy.

[C. d. n.]

II. DWIEŚCIE PRZYPADKÓW TRACHEOTOMII PRZY KRUPIE I DYFTERYCIE U DZIECI.

Opisał

Ludwik Krause.

„Ne pas faire cette opération
est un acte coupable“.

TROUSSEAU.

Do XIX wieku operację powyższą wykonywano tylko wtedy, gdy z powodu obecności ciał obcych w krtani lub przelyku choremu groziła śmierć od uduszenia. Czy w tych czasach wykonywano tracheotomię na dzieciach z powodu krupu lub dyfterytu krtani, jest rzeczą bardzo wątpliwą. Dopiero na początku bieżącego stulecia operacja ta przy wspomnianych cierpieniach coraz więcej wchodzi w użycie, tak, iż obecnie zajmuje niemal jedno z pierwszych miejsc w rzędzie operacyj, na dzieciach wykonywanych. We Francji pierwszy raz wykonał tracheotomię na dziecku BRETONNEAU w mieście Tours w 1826 roku, a w 5 lat później młody lekarz TROUSSEAU, nie zrażając się nieszczęśliwymi przypadkami, jakie z początku miał, energicznie propagował ją w Paryżu. Daleko później zabrano się do tracheotomii w Niemczech. Jeszcze w 1848 r. taki dzielny i śmiały chirurg, jak DIEFFENBACH, z powątpiewaniem odzywał się o tej operacji; zdaniem jego, jest to sama przez się niebezpieczna operacja i powinna być wykonywana w wyjątkowych tylko i niezmiernie rozpaczliwych przypadkach. Niebawem przekonano się, że zapatrywania DIEFFENBACH'a zbyt były pesymistyczne; albowiem podczas epidemii dyfterytu, która właśnie w tym czasie w Niemczech wybuchła, dało się za pomocą tracheotomii mnóstwo dzieci uratować. U nas tracheotomija dała długo na siebie czekać. Dopiero gdy wieści z zagranicy o coraz pomyślniejszych wynikach po tracheotomii dochodziły do nas, wzięto się do tej operacji. Pierwszy LE BRUN ¹⁾ w 1857 r. w sprawozdaniu lekarskiem ze szpitala Dzieciątka Jezus, wygłoszonym na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego, wspomina o tracheotomii, którą po raz pierwszy w tym szpitalu wykonał KORZENIOWSKI na 6-letniej dziewczynce, dręczonej najstraszliwszymi objawami krupu. Operacja wykonana została sposobem TROUSSEAU'a 5 dnia choroby. Pomimo wszelkich zabiegów dziecię umarło 7-go dnia po operacji wskutek *bronchopneumoniae*. Po pierwszej tej próbie, aczkolwiek nie uwieńczonej dobrym skutkiem, liczba tracheotomij z każdym rokiem się powiększała. W 1860 roku na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego często przedstawiano dzieci wyzdrowiałych po tracheotomii, lub wspomniano o wykonaniu jej z pomyślnym lub niepomyślnym wynikiem. Tak na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego z dnia 3 Lipca 1860 r. D-r LIBCHEN ²⁾ przedstawia

¹⁾ LE BRUN. Sprawozdanie lekarskie ze szpitala Dzieciątka Jezus za kwartał I, 1857 r. [Pamięt. Tow. Lek. 1857 r. T. XXXVII. str. 290].

²⁾ LIBCHEN. Pamiętn. Tow. Lekarsk. 1860 r. T. XLIV. str. 120.

3-letnie dziecko, na którym D-r MUELLER z powodu dyfterytu krtani wykonał tracheotomię, następnie wspomina o innym przypadku tracheotomii, dokonanej na mieście z wynikiem niepomyślnym, zaś trzeci przypadek, o którym wspomina prof. SZOKALSKI, również przez MUELLERA operowany zakończył się wyzdrowieniem. O pojedynczych przypadkach tracheotomii wspominają jeszcze: prof. ŁUCZKIEWICZ ¹⁾ [4 przypadki operowane przez MUELLERA z dobrym skutkiem], HELBICH ²⁾ [jeden przypadek, operowany przez KORZENIOWSKIEGO, zakończył się śmiercią w 3 tygodnie po operacji z powodu zapalenia płuc, i jeden przypadek, operowany przez MUELLERA z dobrym skutkiem].

Wyniki z większej już liczby przypadków krupu przez siebie operowanych w ciągu 2 lat przedstawił D-r CHWAT ³⁾ na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego z dnia 18 Lutego 1862 roku. W ciągu roku 1860 wykonał on tę operację 16 razy [10 razy na chłopcach, 6 razy na dziewczynkach]; z tych umarło chłopców 7, dziewczynek 3, wyzdrowiało chłopców 3, dziewczynek 3. W ciągu roku 1861 wykonał tracheotomię 13 razy [na 7 chłopcach i 6 dziewczynkach]; z tych umarło chłopców 4, dziewczynek 3, wyzdrowiało chłopców 3, dziewczynek 3. Razem więc w ciągu 2 lat wykonał 29 tracheotomij, 17 z zejściem śmiertelnem [58,6%], 12 z zejściem pomyślnem [41,3%]. Spostrzeżenia swoje nad 4 przypadkami tracheotomii przedstawił prof. KOSIŃSKI ⁴⁾ na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego z dnia 20 Września 1870 r.. Dotyczyły one 2 chłopców i 2 dziewcząt, dotkniętych krupem pomiędzy 3 i 6 rokiem życia. Dwoje umarło [1 chłopiec i 1 dziewczynka], oboje starsze: 5 i 6 lat; drugich dwoje wyzdrowiało, oboje mieli po 3 lata. W jednym z tych przypadków, dotyczącym 3 letniej dziewczynki, dotkniętej krupem, operacja wykonana została już *in extremis*. Po przecięciu skóry dziecko przestało oddechać, operacja jednak dokończoną została; po długotrwałem zastosowaniu sztucznego oddechania dziecko do życia powróciło i po kilku dniach wyzdrowiało zupełnie.

Odtąd zachęteni dobrymi wynikami chirurgowie ci, rozporządzając znacznym materyjałem, z całą energiją zabrali się do rozpowszechnienia w mowie będącej operacji, śmiało walcząc z jednej strony z przesądami starszych ówczesnych lekarzy, z drugiej strony — z rodzicami.

Podczas zajęć moich przy oddziale chirurgicznym w szpitalu starozakonnych w Warszawie przez lat 8 — 2 lata w charakterze asystenta, a 6 lat w charakterze lekarza miejscowego — miałem sposobność 252 razy wykonać tracheotomię, 7 razy na dorosłych osobach z powodu nowotworu krtani, gruźlicy, lub przymiotu, a 245 razy na dzieciach z powodu krupu lub dyfterytu. Sprawozdanie oraz uwagi, które mi się nasunęły przy spostrzeganiu operowanych, dotyczyć będą tylko pierwszych 200 przypadków, odnoszących się do dzieci z cierpieniem krupowem lub dyfterytycznem krtani.

¹⁾ ŁUCZKIEWICZ. Pamiętn. Tow. Lek. 1860. T. XLIV. str. 204

²⁾ HELBICH. Ibid. str. 268 i str. 400.

³⁾ CHWAT. Pamiętn. Tow. Lek. 1862. T. XLVII. str. 188.

⁴⁾ KOSIŃSKI. Niektóre spostrzeżenia nad tracheotomią. Pamiętn. Tow. Lek. 1871 roku. T. LXV. str. 28.

Z 200 operowanych dzieci [113 chłopców, 87 dziewcząt], z których 14 [chłopców 9, dziewcząt 5] operowałem na mieście, resztę zaś w szpitalu,

wyzdrowiało 98 [60 chłopców, 38 dziewcząt]

umarło 102 [53 chłopców, 49 dziewcząt]

Odsetka wyzdrowienia wogóle 49; odsetka śmiertelności 51.

„ „ chłopców 53,09; „ „ 46,90

„ „ dziewcząt 43,67; „ „ 56,32

Z powyższych liczb widzimy, że więcej podlegało operacji chłopców niż dziewcząt, że prawie połowa dzieci dała się przez operację uratować. Co się tyczy śmiertelności, była ona o 10% większą u dziewcząt, aniżeli u chłopców.

W powyższej liczbie przypadków z zejściem śmiertelnym znajduje się 10 przypadków, które zakończyły się śmiercią podczas operacji lub bezpośrednio po operacji. Były to dzieci, sprowadzone do szpitala w stanie nadzwyczajnie rozpaczliwym; operację na nich wykonano wyłącznie tylko dlatego, aby zadość uczynić naleganiom rodziców, którzy jedynie dla operacji do szpitala je sprowadzili. Niektóre z tych dzieci po wprowadzeniu rurki oddechały jeszcze, lecz tak powierzbownie i przy tak słabem działaniu serca, że pomimo wszelkich środków — do dalszego życia doprowadzić ich nie było można.

Jeżeli rozpatrzemy z jednej strony przypadki czysto krupowe bez nalotu dyfterytycznego na migdałkach, podniebieniu miękkim lub tylnej ścianie gardzieli, z drugiej zaś strony—przypadki, w których prócz objawów krupu nalot dyfterytyczny na oznaczonych miejscach się znajdował, to zobaczymy, że śmiertelność po wykonaniu tracheotomii w przypadkach bez nalotu dyfterytycznego na migdałkach daleko jest mniejszą, niż w przypadkach, w których nalot na migdałkach lub na tylnej ścianie gardzieli zauważyć było można.

I tak: operowałem dzieci czysto krupowych 112 [chłopców 68, dziewcząt 44]; z tych:

wyzdrowiało 63 [chłopców 41, dziewcząt 22]

umarło 49 [chłopców 27, dziewcząt 22]

% wyzdrowień wogóle = 56,25, % śmiertelności 43,75

% „ chłopców 60,29, % „ 39,70

% „ dziewcząt 50,00, % „ 50,00

Dzieci zaś, u których nalot na migdałkach zauważyć było można, operowałem 88 [chłopców 45, dziewcząt 43] z rezultatem następującym:

wyzdrowiało 35 [chłopców 19, dziewcząt 16]

umarło 53 [chłopców 26, dziewcząt 27]

% wyzdrowień wogóle = 39,77, % śmiertelności 60,22

% „ chłopców 42,22, % „ 57,77

% „ dziewcząt 37,20, % „ 62,79

Widzimy więc, że jeżeli w pierwszym razie ogólny procent śmiertelności wynosi 43,75, to w drugim razie dochodzi do 60,22. Co się tyczy płci, to jak w pierwszym tak i w drugim razie zawsze większy procent śmiertelności po stronie dziewcząt spostrzegać się daje.

Następująca tablica przedstawia przypadki, jakie otrzymałem po tracheotomii u dzieci w różnym wieku.

rok	Operowanych			Wyzdrowiało			Umarło		
	chłop.	dziew.	razem	chłop.	dziew.	razem	chłop.	dziew.	razem
1—2	7	9	9	4	—	4	3	2	5
2—3	31	26	57	15	8	23	16	28	34
3—4	33	24	57	14	14	28	19	10	29
4—5	28	14	42	19	9	20	9	5	14
5—6	8	11	19	5	2	7	3	9	12
6—7	4	5	9	3	3	5	2	2	4
7—8	—	1	1	—	—	—	—	1	1
8—9	2	—	2	1	—	1	1	—	1
9—10	—	4	4	—	2	2	—	2	2
Razem	113	87	200	60	38	98	53	49	102

Procent śmiertelności według wieku tak się przedstawia:

rok	liczba przypadków	procent śmiertelności
1—2	9	55,6
2—3	57	59,6
3—4	57	50,8
4—5	42	33,3
5—6	19	63,1

Powyższe tablice wskazują, że najwięcej dzieci podlegało operacji między 2 a 5 rokiem [156 przypadków], najmniejszy procent śmiertelności dawały dzieci między 4 a 5 rokiem [33,3%], następnie między 3 i 4 rokiem [50,8%]. Gorszy procent śmiertelności dawały dzieci między 2 i 3 rokiem i między 1 i 2 rokiem; największa śmiertelność przypadała na dzieci między 5 i 6 rokiem [63,1%]. Liczba dzieci, operowanych w starszym wieku, była tak mała, że trudno z niej jakiegokolwiek wnioski wyprowadzić. W naszych przypadkach u dzieci starszych tracheotomija z powodu krupu lub dyfterytu dawała rezultaty gorsze: krtani bowiem u tych ostatnich jest dość szeroka, błony więc krupowe, które się tworzą w krtani lub tchawicy, a nawet w większych oskrzelach, nigdy nie doprowadzają do takiego zwężenia, aby z powodu duszności tracheotomija była konieczną; jeżeli zaś duszność już doszła do takiego stopnia, że operacja jest nieodzowną, to znaczy, że sprawa znacznie postąpiła i zajmuje już małe oskrzela. Oczywiście rzecz, że rokowanie w takich razach dobrem być nie może.

Między wszystkimi moimi przypadkami obserwowałem 7 przypadków, dotyczących dzieci już starszych, mianowicie: 1 między 7 i 8 rokiem umarło 3-go dnia po operacji; 2 między 8 i 9 rokiem — jedno wyzdrowiało, jedno zaś umarło 4-go dnia po operacji; 4 między 9 i 10 rokiem — 2 wyzdrowiało, 2 zaś umarło [jedno zaraz nazajutrz po operacji, drugie 3 go dnia]. Na 7 więc przypadków 3 zakończyły się pomyślnie, 4 zaś zakończyły się śmiercią. Winienem tu natychmiast nadmienić, że wszystkie przypadki, które zakończyły się śmiercią, operowane były *in extremis*: dzieci przybyły z nadzwyczajnie roz-

winiętą dusznością, sinicą twarzy oraz kończyn w najwyższym stopniu, tętno za ledwie wyczuwalne: już na pierwszy rzut oka nietrudno było określić, że sprawa zajmuje i najdrobniejsze oskrzela. Po operacji, chociaż duszność zmniejszała się, oddech był swobodniejszym, lecz niezupełnie swobodnym, jak to zwykle w przypadkach pomyślnie się kończących bywa; sinica w żadnym z tych przypadków nie znikwała w zupełności. W 13 zaś przypadkach, zakończonych pomyślnie, przystąpiłem do operacji wcześniej, przy niebardzo wysokim stopniu duszności i przy znacznym jeszcze zapasie sił. Zaraz po otwarciu tchawicy dzieci albo same wyrzucały znaczne błony, albo trzeba było błony wydobywać szczypcami; błony takie, niekiedy znacznej bardzo grubości, oddzielały się w ciągu kilku dni, a sprawa cała kończyła się pomyślnie. Przypadki te doprowadziły mnie do wniosku, że właśnie u dzieci starszych przy wystąpieniu objawów zwężenia z powodu krupu lub dyfterytu krtani — co u takich dzieci nietrudno stwierdzić laryngoskopem — należy nie zwlekać, a jak najwcześniej przystępować do tracheotomii. Wtedy zyskamy na tem, że sprawa, zajmująca krtani, górną część tchawicy, przy należytem traktowaniu choroby może nie dojść wcale do drobnych oskrzeli; następnie dziecko jest jeszcze tak silne, że jest w stanie wyrzucać przez rurkę tworzące się błony.

Wszystkie prawie dzieci z cierpieniem krupowem lub dyfterytycznem gardła i krtani sprowadzano do szpitala z tak daleko posuniętymi objawami zwężenia krtani, że tracheotomię musiałem wykonywać natychmiast lub po upływie kilku godzin, bardzo rzadko nazajutrz, w wyjątkowych tylko razach dopiero 3-go dnia po sprowadzeniu dziecka.

Operację wykonywam pod chloroformem nawet na dzieciach bardzo młodych; oddech wtedy, jak słusznie zauważył Bosé, staje się swobodniejszym i lżejszym. Chloroformowanie dzieci przy tracheotomii też bardzo zalecali LANGENBECK, ROSER, SIMON i inni. Tylko przy silnej duszności, w przypadkach z sinicą bardzo rozwiniętą, jest ono naturalnie zbyteczne.

Co się tyczy samego sposobu operowania, to różni chirurdzy różnych używają sposobów. CHASSAIGNAC wykonywał tracheotomię za pomocą swego haka ze żłobkiem; operacja zasadzała się na tem, że odrazu wkłuwał hak do tchawicy poniżej chrząstki obrączkowej i na żłobku przecinał odrazu wszystkie części miękkie wraz z tchawicą. Że wkłuwanie takiego haka, szczególnie u dzieci z grubą szyją, jest bardzo trudne i niezawsze się udaje, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Słusznie też sposób ten w zupełności teraz został zarzuconym. SAINT-GERMAIN ¹⁾ robi cięcie skóry 2½ ctm. długości, przytrzymując krtani dużym i średnim palcem lewej ręki, wskaziciel zaś tejże ręki służy mu jako przewodnik przy przecinaniu części miękkich, następnie unosi za pomocą dużego i średniego palca krtani do góry tak, jakby ją chciał z rany wyjąć, wskaziciel kładzie na chrząstkę obrączkową i poniżej wkłupa nóż w tchawicę. Naczyń krwawiących nie podwiązuje, gdyż jest zdania, że po otwarciu tchawicy krwotok zwykle ustaje. CADET DE GASSICOURT ²⁾ wykonywa operację albo powoli,

¹⁾ SAINT-GERMAIN. Chirurgie des enfans. 1884.

²⁾ C. DE GASSICOURT. Traité clinique des maladies des enfans, 1884.

albo szybko, albo też bardzo szybko, stosownie do tego, czy chce operować w miejscu, gdzie tchawica leży głęboko, czy też w miejscu, gdzie więcej powietrzchnie leży. Przy niskiej tracheotomii używa sposobu powolnego, przy wysokiej—sposobu prędkiego, w nagłych zaś przypadkach robi „*crico-tracheotomiam*“ i wtedy operuje w 2 tempach sposobem BOURDILLAR'a: za pomocą jednego cięcia przecina części miękkie do tchawicy, za pomocą drugiego cięcia przecina samą tchawicę. Sposób powolny jest to sposób, jakiego używają Niemcy; zasadza się on na operowaniu *per strata*: przecina się skórę dość długim cięciem, mięśnie należy odseparować, i te asystent za pomocą haków tępych odciąga na bok; wszystkie naczynia krwawiące należy podwiązywać, i wtedy przeciąć tchawicę, gdy ze wszystkich części miękkich zostaje ogołoconą. Ranę skórną po wprowadzeniu rurki należy zaszyć szwem węzełkowym. Niektórzy robią bardzo małe cięcie skóry, przytrzymując krtań dużym palcem i wskazicielem lewej ręki, następnie odrazu na ślepo, nie troszcząc się wcale o to, co pod nożem się znajduje—naczynie większe lub gruczoł tarczowy—wkłuwają nóż w tchawicę. Naczyń naturalnie, chociażby najbardziej krwawiących, nie podwiązują. Sposób ten należy do sposobów najszybszych, gdyż w samej rzeczy trwa bardzo krótko i na otaczających, a nawet na asystujących robi nadzwyczaj efektowne wrażenie, lecz tylko na tych, którzy nigdy nie widzieli powikłań, przy tym sposobie się zdarzających i to wtedy, gdy rurka już siedzi w tchawicy. Niech tylko przy pierwszej próbie nie uda się operatorowi wkłuć noża w tchawicę, bądź dlatego, że szyja dziecka jest grubą i krtań leży głęboko, bądź dlatego, że właśnie w tem miejscu krtań i górna część tchawicy pokryta jest gruczołem tarczowym, co się zdarzyć może, wtedy cała operacja się wikła, krew zalewa całe pole operacyjne, dziecko sinieje i przestaje oddechać, a operujący już w pośpiechu wkłuwając nóż w tchawicę; jeżeli się to nie udaje, to drugi raz i nawet trzeci raz, aby tylko operację zakończyć i wprowadzić rurkę do tchawicy. Samo przez się rozumie się, że tak silny krwotok, kilkakrotne przecięcie tchawicy, przedostanie się masy krwi przez nadciętą tchawicę do drobnych oskrzeli i pęcherzyków płucnych nie może mieć dobrego wpływu na dalszy przebieg choroby. Zwolennicy tego sposobu operowania u nas posilkują się nożem pomysłu D-ra CHWATA.

Nóż ten, który ze wszystkich pomysłowych narzędzi tracheotomicznych w samej rzeczy najlepsze oddaje usługi, jest to zwyczajny skalpel, po ostrzu którego w górę i na dół posuwa się pochewka w kształcie rynienki; przy zsunięciu tej ostatniej górna część ostrza jest wolną i wtedy można niem krajać, przy posunięciu pochewki do góry całe ostrze noża jest ukryte. Dogodność tego noża, zasadza się na tem, że po przecięciu tchawicy noża się nie wyjmuje, lecz po posunięciu pochewki do góry stawia się go w poprzek. Otwór w tchawicy, szczególnie jeżeli wypadł za mały, w ten sposób się nie zatracą; można wtedy z łatwością obok noża wprowadzić rozszerzacz (*dilatator*) i w miarę potrzeby cięcie przedłużyć.

Co do sposobu operowania, trzymałem się metody niemieckiej, t. j. operowania *per strata*. W przypadkach bardzo nawet rozpaczliwych robię cięcie skórne około 3 ctm. długie, następnie sondą żłobkowaną rozdzielam mięśnie, i gdy się pokazuje, że tchawica nie jest gruczołem tarczowym pokryta, przeci-

nam ją. Naczynia krwawiące zawsze podwiązuję, chociaż, zdaniem St. GERMAIN'a i GASSICOURT'a, krwotok zawsze ustaje po wprowadzenia rurki; zdarza się bowiem nieraz, że z powodu błony, jaka się w tchawicy znajduje, lub z powodu jakiejś innej przeszkody, rurki przez dość długi czas wprowadzić nie można. Dnia 25 Kwietnia 1890 roku o godzinie 2 w nocy wezwano mnie do Tauby L., 3½ rocznego dziecka dla wykonania tracheotomii z powodu dyfterytu. Dziecko słabo rozwinięte z widocznym nalotem na tylnej ścianie gardzieli znajdowało się w takim stanie, że operację trzeba było natychmiast wykonać. Przy pomocy kolegów GRUENBAUMA i GOLDBLUMA zachloroformowałem dziecko i wykonałem tracheotomię *per strata*. Podwiązałem małe naczynie skórne i 2 żyły dość żywo krwawiące. Po przecięciu tchawicy ukazała się błona, której część za pomocą pincety PÉAN'a wydobyłem. Dziecko przy rozszerzonym otworze za pomocą rozszerzenia oddechało dobrze, lecz rurki wprowadzić nie mogłem, gdyż natychmiast siniało i przestawało oddechać; zmuszony byłem wyjąć rurkę i napowrót wprowadzić rozszerzacz, poczem znów dziecko dobrze oddechało. Kilkakrotne próby wprowadzania rurki pozostawały bez skutku: za każdym razem dziecko przestawało oddechać. Widocznie część błony, która w tchawicy pozostała, zatykała rurkę i przeszkadzała jej wprowadzeniu. Dopiero po półgodzinnej manipulacji udało mi się nareszcie rurkę wprowadzić z dobrym skutkiem. Dalszy przebieg był dobry i 7 dnia po operacji rurkę w zupełności usunąłem. Dość często zdarza się napotkać na przeszkody, uniemożliwiające wprowadzenie rurki. Jeżeli naczynia przed otwarciem tchawicy były podwiązane, nie ma się czego obawiać, gdyż wcześniej lub później przeszkoda daje się usunąć i rurkę można wprowadzić. Jeśli zaś naczyń się nie podwiązuje, a niemożność wprowadzenia rurki trwa tak długo, jak w powyżej opisanym przypadku, to krew przedostaje się do tchawicy i oskrzeli, a wskutek skrzepów tam się tworzących przeszkodę jeszcze powiększa.

Z narzędzi potrzebnych do tracheotomii najgłówniejszemi są: nóż, rozszerzacz i rurka. Używam zwykle noża D-ra CHWATA; wprawdzie niekonieczne jest on niezbędnym przy powolnym sposobie operowania, lecz oddaje znakomite usługi, jeżeli podczas operacji zabodzie potrzeba prędkiego jej ukończenia. Ze wszystkich rozszerzaczy najwygodniejszym mi się wydaje dwuramienny, trójramienny jest mniej wygodny i dosyć często przeszkadza wprowadzeniu rurki. Rurek używam nowo-srebrnych połączanych, podwójnych; rurka wewnętrzna może być cokolwiek dłuższa niż zewnętrzna, gdyż wydzielina, która się naokoło dolnego otworu czasami zbiera, usuwa się przy wyjmowaniu wewnętrznej rurki; haczyk, służący do przymocowania rurki wewnętrznej do zewnętrznej, powinien być z boku. Bardzo ważną jest rzeczą krzywizna rurki, która powinna być odpowiednią do głębokiego lub powierzchownego położenia krtani danego osobnika. Nieodpowiednio skrzywiona rurka wywołuje odleżyny na wewnętrznej powierzchni tchawicy, które czasami groźne mogą spowodować następstwa. GANGHOFNER ¹⁾ opisuje 2 przypadki śmierci z powodu krwotoku z *art. anonyma*, który miał

¹⁾ GANGHOFNER. Ueber tödtliche Blutungen durch Arrosion der Art. anonyma nach der Tracheotomie. Prager med. Wochenschr. 1889. N. 16. ref. Cent. f. Chir. 1889. N. 33.

miejsce po wykonaniu tracheotomii. Pierwszy przypadek dotyczył 7 letniej dziewczynki z dyfteryten, u której 4 go dnia choroby wykonano tracheotomię, a 11-go dnia wskutek krwotoku chora zmarła; drugi zaś przypadek dotyczył 4-letniego dziecka z dyfterytem, u którego 12-go dnia choroby wykonano tracheotomię, a 20 dnia po operacyi dziecko zmarło z tejże przyczyny. W obu przypadkach sekcyje wykazały odleżyny na przedniej ścianie tchawicy, spowodowane rurką, i przedziurawienie ściany *art. anonymae*. W tych i wszystkich tym podobnych przypadkach robiono niską tracheotomię, przy której szczególnie na wybór rurki bardzo baczyć należy.

We wszystkich przypadkach robiłem tracheotomię wysoką, t. j. powyżej *isthm. glan. thyroid.*. Zdarzało mi się nieraz, że przestrzeń między chrząstką obrączkową i górnym brzegiem gruczołu tarczowego bardzo była małą dla przeprowadzenia dostatecznego cięcia; wtedy pomagałem sobie w ten sposób, że sondą żłobkowaną na tępo starałem się gruczoł odsunąć ko dołowi.

Raz jeden gruczoł tarczowy tak był rozwinięty, że pokrywał całą górną powierzchnię tchawicy, całą chrząstkę obrączkową i prawie połowę chrząstki tarczowej; zmuszony byłem cięcie skórne przedłużyć i wykonać tracheotomię niską. W jednym przypadku *isthmus glanidulae thyroideae* przewiązałem z obu stron i po jego przecięciu, przeciąłem tchawicę w tem miejscu (*tr. media*). Rozmaite przypadłości mogą mieć miejsce przy tracheotomii. Cięcie tchawicy, zamiast na linii środkowej, może wypaść nieco z boku. Można zranić przełyk; zdarza się to wtedy, jeżeli się operacyję robi bardzo prędko, szczególnie jeśli się robi *crico-tracheotomiam*, jak to miało miejsce w jednym przypadku St. GERMAIN'a ¹⁾. Bardzo rzadko zdarza się po tracheotomii *emphysema podskórna*, której powstania często sobie wytłumaczyć nie możemy; początki powstaje ona z powodu boczego cięcia tchawicy, następnie z powodu wysunięcia się rurki, jeśli tasiemki luźno były związane, nakoniec jeśli cięcie tchawicy było za długie. Rozedma taka może się niekiedy znacznie rozszerzyć: przechodzi nie tylko na szyję, lecz i na twarz, a nawet zajmuje czasem całą przednią powierzchnię klatki piersiowej. Zwykle nie wymaga ona żadnej interwencyi ze strony lekarza i przechodzi sama przez się. SANNÉ spostrzegł rozedmę podskórną 22 razy na 766 przypadków, zaś GASSICOURT ²⁾ tylko 10 razy na 580 przypadków. Raz tylko jeden na 214 przypadków spostrzegł JENNY ³⁾ rozedmę podskórną, która się rozszerzyła na klatkę piersiową i kończyny górne. Przypadek zakończył się śmiercią z powodu *bronchitidis crouposae*. Na 200 przypadków przezemnie spostrzeganych ani razu rozedmy podskórnej nie zdarzyło mi się zauważyć. Do rzadkich bardzo przypadłości, jakie się podczas operacyi przytrafiają, należy krwotok, którego żadnym sposobem powstrzymać nie można. Zdarza się to u hemofilików. GASSICOURT miał raz przypadek śmierci pod nożem z powodu silnego krwotoku; jak się później okazało, żadne naczynie nie było zranione, a dziecko należało do rodziny hemofilików.

[C. d. n.].

¹⁾ St. GERMAIN, l. c..

²⁾ GASSICOURT. L. c.

³⁾ JENNY. L. c.

NOTATKI LEKARSKIE.

6. Przypadek ropnego zapalenia tkanki około-nerkowej z przebicciem do miedniczki i z zejściem pomyślnym.

Ropnie okołonerkowe należą u nas do chorób niezbyt rzadkich. Takich chorych najczęściej spostrzega się na oddziałach chirurgicznych, chociaż i na oddziałach terapeutycznych widuje się zazwyczaj takich chorych w pierwszych okresach pomienionej choroby, przedstawiającej na razie wielkie trudności rozpoznawcze. Cierpienie, występujące z objawami mocnego bólu w okolicy nerki, z gorączką o typie najczęściej przepuszczającym, może niejednokrotnie dać powód do różnych błędnych rozpoznań [zimnica, zapalenie płucnej, kolka nerkowa i t. d.]. Zazwyczaj po upływie kilku dni lub tygodni sprawa się wyjaśnia: w miejscu dotkliwego bólu występuje łatwo wyczuwalny guz z następczem chelbotaniem i pęknięciem na zewnątrz. Bywają jednak przypadki, w których ropnie okołonerkowe otwierają się wewnątrz. Przebiccia mogą być: do jamy brzusznej, otrzewnej, płucnej, płuc, oskrzeli, pęcherza, moczowodu, miedniczki nerkowej, kiszki, pochwy i t. d.. LE DENTU (*Affections des reins*, 1889) opisuje kilka przypadków, w których ropa, torując sobie drogę do narządów wewnętrznych, spowodowała nader poważne następstwa (*bronchitis putrida, pyo-pneumo-thorax etc.*). Wogóle w przypadkach, w których ropa toruje sobie drogę nie nazewnątrz, lecz wewnątrz, sprawa się zaciemnia. Stosunkowo najrzadziej ropnie okołonerkowe otwierają się do miedniczki nerkowej (FISCHER: „*Ueber paranephritische Abscesse*“); w tych przypadkach zejście jest najszerzejliwszem. Podobny przypadek obserwowałem w miesiącu Lutym r. b. w szpitalu Ś-go Ducha, na oddziale D-ra SOKOŁOWSKIEGO; przypadek ten, jako wyróżniający się pod względem przyczyny, powstania i zejścia, uważam za stosowne tu przytoczyć.

P. M., stróż, lat 47, przedtem zdrów zupełnie, wskutek podniesienia znacznego ciężaru [sześć pudów zboża] wieczorem tegoż dnia uczuł silny ból w pasie [z lewej strony]; pojawiły się mdości i wymioty żółciowe obok gorączki i ogólnego niedomagania. Gdy chory po tygodniowej kuracyi domowej najmniejszej nie doznał ulgi w cierpieniu, zgłosił się do szpitala. Tutaj przy badaniu szczegółowem stwierdzono silny ból w miejscu, znajdującem się pomiędzy ostatniem żebrzem a grzebieniem miednicy, z lewej strony kręgosłupa. Ból utrudniał poruszenie się chorego, a przez to i badanie, przyczem chory stale zachowywał jedną pozycyję, leżąc wznak z nogami zgiętymi w kolanach. Stan gorączkowy odznaczał się znacznemi wahaniami pomiędzy ciepłotą ranną [37°], a wieczorną [39,5°]. Język suchy, obłożony, częste rozwolnienia i zupełny brak łaknienia uzupełniały obraz cierpienia.

Przypuszczając sprawę ropną w tkance łącznej okołonerkowej, zrobiono próbne przekłucie, które jednak śladów ropy nie wykryło. Chory oddawał stosunkowo niewiele moczu [600—950 ctm. sześć.]; rozbiór tak ilościowy jak i jakościowy nie wykrył nic nieprawidłowego. W osadzie moczu nie znaleziono nic takiego, coby mogło przemawiać na korzyść usposobienia moczanowego.

W ciągu następnych dwóch tygodni stan chorego w niczem się nie zmienił; stały ból miejscowy pozbawiał go snu i łaknienia, gorączka o powyższym typie trzymała się stale, chory zaczął podupadać w stanie ogólnym [częste poty].

Po dwóch tygodniach nagle, wśród nocy, bez wyraźnej przyczyny chory poczuł raptowną ulgę w cierpieniu: ból w pasie ustąpił, gorączka spadła krytycznie, jednocześnie zaś z moczem obficie zaczęła się wydzielać gęsta, bródno-żółta, cuchnąca ciecz, sprawiająca ostry ból w cewce moczowej. Ciecz ta w naczy-

niu osiadła grubą warstwą, przyczem badanie osadu wykazało, że ten składa się z ropy i krwi. Następných dni ilość osadu szybko się zaczęła zmniejszać, tak, że po trzech dniach znikła krew, po dziesięciu zaś dniach — ropa. Chory z dniem każdym szybko powracał do zdrowia; wkrótce też odzyskał siły i opuścił szpital w stanie nie pozostawiającym nic do życzenia.

M. Waśkiewicz.

7. Kilka słów w kwestyi wskazań dla upustu krwi.

Od dwóch dziesiątków lat do upustu krwi w calach leczniczych uciekamy się bardzo rzadko. Niektórzy stosują ten środek tylko przy wylewach krwi do mózgu lub przy ratowaniu pozornie zmarłych [przy powieszeniu, otruciach i t.d.]. Tymczasem spostrzeżenia, ściśle zebrane przy łóżku chorego, znacznie rozszerzają zakres wskazań do upustu krwi. Nie mając czasu na wszechstronne i szczegółowe opracowanie tej kwestyi, chciałbym tylko na zasadzie moich klinicznych obserwacyj podzielić się z szanownymi kolegami zebranymi wskazówkami, kiedy upust krwi daje dobre wyniki.

A) Upust krwi daje znakomite wyniki przy niedomodze mięśnia sercowego. Taka niedomoga może wystąpić: a) przy znacznych przeszkodach w małym krążeniu, w przebiegu ostrych chorób, jak: *pneumonia crouposa, pleuritis exsud.* Szczególniej u osób z wadami zastawek serca. Wtedy, prócz środków podniecających, upust krwi jest koniecznym; zmniejsza bowiem ciśnienie wewnątrz serca i całego układu naczyniowego; serce łatwiej odzyskuje siłę i sprężystość i łatwiej zwalcza przeszkody dla krwioobiegu, b) przy przeszkodach w całym układzie naczyniowym z powodu miażdżycy naczyń (*arterio-sclerosis*). Tutaj zwykle mamy zmiany troficzne w mięśniu sercowym (*degener. fibros.*) i, że tak powiem, stałą niedomogę serca. Lecz u takich chorych po wysiłkach fizycznych, wstrząśnieniach moralnych i t. d. może wystąpić ostra, groźna niedomoga, która się objawia dusznością, sinicą, szybko występującymi obrzękami. W takich razach upust krwi, obok środków podniecających, od razu robi ulgę i daje sercu możność odzyskania równowagi.

B) Upust krwi daje dobre wyniki przy zakażeniach produktami nieprawidłowej przemiany materii, jak: przy *diathesis arthrit., uraemia, diabetes etc.*, kiedy występują objawy porażenia ośrodków nerwowych [ból głowy, śpiączka, utrata przytomności i t. d.]. Tutaj należałoby może odnieść i upust krwi przy *eclampsia gravid. et partur.*

C) W ostatnich czasach radzą stosować upust krwi przy blednicy. Pod tym względem nie mam własnego doświadczenia, gdyż wobec występującej w takich razach niedokrwistości trudno się na ten środek zdecydować.

Czesław Wroczyński, [Biała].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

34. Döderlein Albert [Lipsk]. Wydzielina pochwowa i jej znaczenie dla gorączki połogowej.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 22].

Jakie jest pochodzenie wydzieliny patologicznej? Aby wydzielina prawidłowa zmieniła się na patologiczną, trzeba koniecznie, by zmieszała się w pochwie z obfitym materiałem odżywczym, na którym rozwinąć by się mogły zarodki wnikające od zewnątrz, które w wydzielinie prawidłowej rozwinąć się nie mogą.

Sprawa podobna zachodzi w sposób fizjologiczny u każdej zdrowej kobiety podczas miesiączkowania i położu, wskutek domieszania się do wydzieliny pochwowej krwi; krew, oprócz dostarczenia wydzielinie substancyj odżywczych, zmienia zarazem jej odczyn kwaśny na alkaliczny. Już 3-go—4-go dnia po porodzie spozstrzegał autor zniknięcie w wydzielinie pochwowej obecnych do tej chwili laseczników, w miejsce których zjawily się obficie kolonije saprofitów. Dzieje się tak dlatego, że z chwilą, gdy laseczniki pochwowe zostają pozbawione swego istotnego środka obrony przeciw wielu innym drobnoustrojom, mianowicie kwasu organicznego, muszą same zginąć, pokonane przez rozwijające się w cieczy alkalicznej drobnoustroje. Ten sam los spotyka i pleśniawki, które również zginąć muszą w odchodach położowych. Ze własność wydzieliny pochwowej główny wpływ wywiera na to, jaki rodzaj grzybków w danym czasie w pochwie się rozwija, dowodzi i ten, sprawdzony przez autora, fakt, że z chwilą ustania odchodów położowych, na miejsce których powraca na nowo prawidłowa, silnie kwaśna wydzielina, saprofity z pochwy znikają i zjawiają się na nowo laseczniki. Przyczyną przejścia wydzieliny prawidłowej w patologiczną, czyli w wydzielinę kataralną, bywa podrażnienie, powodujące nadmierne przesiąkanie w pochwie, już to wskutek bodźców traumatycznych, już też chemicznych. Tu więc należą podrażnienia, wywołane przez nadużycia płciowe, przez onanizm i przez ciała obce, wprowadzone w celach leczniczych do pochwy, jak: wianki maciczne, gąbki i tampony, wreszcie płyny dezynfekcyjne nieodpowiednie. Dalej podrażnienie swoiste, wywołujące zapalenie błony śluzowej pochwy, *resp.* szyi macicznej. Tu należą zapalenia, wywołane przez drobnoustroje chorobotwórcze, a mianowicie ropotwórcze, a także przez mikrokokki rzeżączki i t. d.. W pierwszym i drugim razie wydzielina pochwowa ulega zmianie, z kwaśnej staje się coraz bardziej alkaliczną i z tą chwilą staje się gruntem odpowiednim dla drobnoustrojów chorobotwórczych, wnikających do pochwy od zewnątrz, które w wydzielinie prawidłowej zginęłyby niezawodnie.

Jaką rolę odgrywa wydzielina pochwowa w etjologii gorączki położowej? W zmienionej wydzielinie, zwanej patologiczną, istnieją wszelkie warunki, sprzyjające rozwojowi zarodków chorobotwórczych. Obecnie nie ulega już wątpliwości, że w wydzielinie tej znajdować się mogą *streptokoki*, którym, jak już dawniej wykazano, w powstawaniu gorączki położowej przypada daleko ważniejsze znaczenie, aniżeli stafilocokom. Z wydzieliny patologicznej 87-iu ciężarnych wyhodował autor, obok innych drobnoustrojów, 8 razy *streptococcum pyogenem*. Aby przekonać się o własności chorobotwórczej czystej hodowli tych streptokoków, autor szczepił ją królikom i białym myszom pod skórę, do otrzewnej i na uchu. Z 7-iu rozmaitych hodowli 5 okazało się chorobotwórczemi, wywołały bowiem pod skórą ropnie, z ropy których wyhodowano na płytkach znowu streptokoki. Tak więc nie ulega wątpliwości, że wyhodowane z pochwy streptokoki mogą posiadać własność chorobotwórczą. Dwie zaś z tych hodowli nie okazały własności chorobotwórczej, szczepione bowiem pod skórę i na uchu ropni nie wywołały, przeniesione zaś na otrzewną nie wywołały zakażenia. Dowodziłoby to, że siła jadowitości streptokoków jest zależną od własności odżywczych wydzieliny pochwowej, czyli gruntu, na którym się one rozwinęły. Wiemy, że w prawidłowej, silnie kwaśnej wydzielinie pochwowej streptokoki się nie rozwijają, w wydzielinie zaś patologicznej, posiadającej jednak jeszcze odczyn słabo kwaśny [jak się to zdarza często u ciężarnych], mogą się już rozwinąć i rozmnażać streptokoki, lecz o słabym bardzo stopniu siły chorobotwórczej. Dopiero wydzielina z odczynem obojętnym lub alkalicznym stanowi grunt, szczególnie sprzyjający rozwojowi streptokoków o własnościach bardzo jadowitych. Z tego wypływa, że odróżniać należy wydzielinę patologiczną bez streptokoków chorobotwórczych i wydzielinę patologiczną ze streptokokami chorobotwórczemi. Pierwsza nie mo-

że sama przez się tworzyć dla rodzających, w pochwie których się znajduje, źródła zakażenia; o ile przy porodzie możliwość wszelkiego innego zakażenia od zewnątrz zostanie usunięta, to położnice te pozostaną zdrowymi. Druga zaś już sama przez się może podczas porodu wywołać zakażenie. Nastąpi tu tak zwane samo zakażenie się rodzącej zarodkami chorobotwórczymi, znajdującymi się w wydzielinie pochwowej i przenikającymi z łatwością przez rozdarcia i szczeliny, powstałe w błonie śluzowej podczas porodu, do tkanek głębiej leżących. AHLFELD i KALTENBACH poczytują za samo zakażenie to również zakażenie, które powstać może wskutek przeniesienia na usta maciczne zarodków chorobotwórczych, nagromadzonych w pochwie, zabranych z niej palcami lub narzędziem podczas śledzenia ciężarnej przez pochwę.

Wszystko, co dotychczas powiedziano, da się streścić w dwu wnioskach następujących: 1) Wydzielina pochwowa prawidłowa nie przedstawia niebezpieczeństwa zakażenia połogowego. 2) Wydzielina patologiczna w pewnej odsetce, a mianowicie wtedy, gdy zawiera streptokoki chorobotwórcze, może stać się źródłem zakażenia połogowego.

Wiemy jednak, że odsetka ta jest bardzo nieznaczna, bo po największej części wydzielina pochwowa ciężarnych okazuje się wolną od drobnoustrojów chorobotwórczych. Na 195 ciężarnych, których wydzielinę pochwową badał autor na drobnoustroje, znalazł on tylko w 8-iu przypadkach streptokoki, co=4,1%. Tak więc prawdopodobieństwo samozakażenia jest bardzo nieznaczne.

Z tego wszystkiego można wyprowadzić wniosek następujący dla akuszeryi praktycznej: We wszystkich porodach fizjologicznych niebezpieczeństwo gorączki połogowej zmniejszy się znacznie, albo też będzie je można zupełnie wykluczyć, gdy, celem ograniczenia możliwości zakażenia z zewnątrz, nie będzie wcale, albo też będzie bardzo rzadko i prędko i to palcami zupełnie aseptycznymi, dokonywanem śledzenie wewnętrzne rodzącej. Z tego wypływa, że ograniczenie śledzenia wewnętrznego ciężarnych i rodzących przyczynić się może znakomicie do zmniejszenia liczby przypadków zakażenia połogowego. W ostatnich też czasach dążenie do ograniczenia śledzenia wewnętrznego coraz więcej zyskuje zwolenników. CRÉDE [1886 r.], HEGAR, LEOPOLD i J. VEIT przemawiają za tem, polecając natomiast wydoskonalenie badania zewnętrznego do celów dyagnostycznych. Zupełnie to samo dotyczy i wszelkich innych manipulacyj wewnątrz-pochwowych, jak np. przestrzykiwań pochwy i t. p.. Wszystko to przy porodach fizjologicznych może być porzuconem, jako zupełnie zbyteczne. W zakładach położniczych, zwłaszcza mających zarazem przeznaczenie pedagogiczne, stopień niebezpieczeństwa, zależący od śledzenia wewnętrznego, które musi tam być praktykowanem, znacznie się zmniejszył, gdyby ściśle rozróżniano ciężarne z prawidłową od ciężarnych z patologiczną wydzieliną pochwową. Badanie w tym kierunku nie przedstawia przecież wcale trudności. Wystarczy w tym celu, po wprowadzeniu do pochwy wzornika rurkowego, zbadanie odczynu wydzieliny za pomocą niebieskiego papierka lakmusowego, a zarazem obejrzenie błony śluzowej, wyściełającej pochwę. U ciężarnych z wydzieliną patologiczną należałoby ze względu bezpieczeństwa zupełnie zaniechać śledzenia wewnętrznego lub też, zanim się do niego przystąpi, należałoby przez odpowiednie leczenie miejscowe usunąć niebezpieczeństwo, zagrażające od wydzieliny patologicznej.

A teraz jeszcze słów kilka o tem właśnie leczeniu miejscowem. Przestrzykiwania pochwy roztworami antyseptycznymi, same przez się nigdy nie mogą doprowadzić pochwy do stanu aseptycznego, a to dlatego, że w zagłębieniach i fałdach pochwy zawsze jeszcze pozostaną liczne kolonije grzybków, któ-

rych strumień płynu dezynfekcyjnego wcale osiągnąć nie może. Aby temu zaradzić zalecili STEFFECK i autor grutowne wycieranie błony śluzowej pochwy [czy to palcami, czy nawet kawałkiem gazy jodoformowej, owiniętej na palcu], podczas obfitego jej przepłukiwania roztworami antyseptycznymi. Aby jednak nie pozbawiać w ten sposób błony śluzowej właściwej jej ślizgkości, radzi autor do dezynfekowania pochwy brać razem z kreoliną mollinę albo też lizol, który przywraca błonie śluzowej jej właściwą ślizgłość i jest zarazem nadzwyczajnie skutecznym i pewnym środkiem dezynfekcyjnym.

Wiemy, jak trudnym jest należyte zdezynfekowanie pochwy u rodzących i jak często bywa ono wtedy niewystarczającym; tam więc, gdzie okoliczności na to pozwalają, należy leczenie miejscowe pochwy, zawierającej wydzielinę patologiczną, rozpocząć wcześniej, a mianowicie jeszcze podczas ciąży. W celach leczniczych najbardziej zalecać się winny środki, będące w stanie zniszczyć warunki, sprzyjające rozwojowi w wydzielinie pochwowej saprofitów lub grzybków chorobotwórczych, a wiemy, że drobnoustroje te najobficiej się rozmnażają na gruncie odżywczym o odczynie obojętnym lub alkalicznym. Otóż w celu zmiany tych odczynów na kwaśny, przy którym drobnoustroje tracą warunki dla swego rozwoju, jednym słowem — w celu zmiany wydzieliny patologicznej na prawidłową, postanowił autor przez czas dłuższy przemywać pochwę, zawierającą wydzielinę patologiczną, bardzo słabym [1%] roztworem kwasu mlecznego, powtarzając przestrzykiwania 3 razy dziennie i wlewając za każdym razem $\frac{1}{2}$ litra roztworu do pochwy. Po 3—4, czasem dopiero po 14 i więcej dniach takiego postępowania, wydzielina patologiczna zmieniała swe własności makroskopowe i pomimo zaprzestania przestrzykiwań zachowywała nadal odczyn kwaśny. Badanie zaś bakteryjologiczne wykazywało zniknięcie z niej drobnoustrojów patologicznych i rozwój wyłączny albo przeważny łasiecznika pochwowego.

Das Scheidensekret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber. Leipzig. 1892. Stronic VI i 86). M. Zweigbaum.

35. Prof. M. Litten. O ruchach przepony przy każdym oddechu widzialnych.

Dotąd przyjmowano, że ruchy przepony można widzieć tylko w niektórych przypadkach rozedmy płuc, zapalenia opłucnej oraz u bardzo wyniszczonych chorych. Obecnie autor zwraca uwagę na to, że można je widzieć normalnie u każdego zdrowego i chorego człowieka, jako falę, przebiegającą od wysokości szóstego międzyżebra ku dołowi. Przy głębokiej inspiracji dochodzi ona do łuku żebrowego, zajmując w ten sposób przy głębokim oddechaniu 2—3 przestrzenie międzyżebrowe. Normalnie przy oddechaniu powierzchownem widać ją na przestrzeni 1—1 $\frac{1}{2}$ międzyżebra. Zjawisko to można obserwować tylko w położeniu leżącym chorego, wyraźniej z przodu, niż z tyłu, wyraźniej po stronie prawej klatki piersiowej, niż po lewej i wyraźniej u mężczyzn, niż u kobiet. Badany chory powinien leżeć w ten sposób, ażeby światło dzienne padało wprost na niego; sztuczne oświetlenie powinno padać na klatkę piersiową ukośnie; przy rozlanem sztucznem oświetleniu omawianych ruchów oddechowych przepony widzieć nie można. Zjawisko to jest pouczające, ponieważ daje możność spostrzegania skurczu tak skomplikowanego mięśnia *in vivo*, ponieważ pozwala na bezpośrednie obserwowanie poruszalności dolnej części płuc, ponieważ stwierdza wreszcie, że nawet przy znacznych wysiękach w opłucnej wypuklanie się przepony miewa miejsce. Porównyując w ostatniego rodzaju przypadkach stronę zdrową z chorą, widzieć można, że po pierwszej ruchy przepony są znaczniejsze, niż po drugiej. Zwracając uwagę na skurcze przepony w sposób powyższy, można będzie jednym rzutem oka ocenić jej poruszalność przy oddechaniu, określić jej

położenie po lewej stronie klatki piersiowej [czego opukiwaniem skutecznie nie można było z powodu zlewania się od przodu tępości wątroby z tępością serca], i wreszcie ocenić, o ile pod wpływem danego leczenia warunki zmieniły się na korzyść chorego; można bowiem będzie, jak to już autor robi, oznaczać sposobem graficznym ruchy oddechowe przed leczeniem i po jego ukończeniu i otrzymane w ten sposób dane z sobą porównywać. Przy bardzo niskiem położeniu przepony można ruchy jej widzieć również na brzuchu. Przy powiększeniu wątroby lub śledziony można sądzić o ruchach przepony po przesuwaniu się przy wdechu ku dołowi wyczuwalnego dolnego brzegu tych narządów.

(*Deutsch. med. Wochenschr.* 1892. 13).

W. Janowski.

Wiadomości terapeutyczne.

— 3 —

20. Strontium. *Strontium lacticum*, *Strontium bromatum*. Związki strontu uważano dotąd za trujące dla organizmu i dla tego nie znajdowały żadnego zastosowania w terapii. W ostatnich czasach LABORDE [w Akademii Lekarskiej w Paryżu. 1891 r.] na mocy licznych doświadczeń na zwierzętach i ludziach wykazał, że sole strontu bynajmniej nie są trującymi, i że przeciwnie wywierają bardzo pomyślny wpływ na ogólne odżywianie. Tak doświadczenia LABORDE'a, jako też RICHET'a prócz tego dowodzą, że sole strontu powstrzymują rozwój bakteryj i przerywają fermentacje.

Trujące własności związków strontowych zależą tylko od zanieczyszczeń, głównie zaś od przymieszek barytu; przy stosowaniu zatem przetworów strontu trzeba główną uwagę zwrócić na to, aby przetwory te były zupełnie wolne od wszelkich przymieszek.

Ponieważ najczęstszymi zanieczyszczeniami przetworów strontowych bywają związki barytu, przeto bardzo praktycznymi mogą okazać się wskazówki ÉGASSE'a (*Bullet. gen. de therap.* 1891), służące do szybkiego wykrywania barytu: 1) Sole strontowe barwią płomień lampki spirytusowej, albo gazowej BUNSEN'owskiej na czerwono; barytowe zaś sole — na zielono. 2) Dwuchromian potasu osadza sole barytowe, nie strąca zaś soli strontowych, a zatem w czystym roztworze związku strontowego nie powinien powstać osad za dodaniem dwuchromianu potasu.

Pierwsze wyniki LABORDE'a o zupełnej nieszkodliwości związków strontu zostały potwierdzone następnie przez innych badaczy francuzkich, a przytem okazało się, że niektóre z tych związków mogą z pożytkiem znaleźć zastosowanie w terapii.

Strontium lacticum. Mleczan strontu jest to proszek biały, rozpuszczający się w wodzie. CONSTANTIN PAUL (*Sem. méd.* 1891. 460) podaje, że pod wpływem mleczanu strontu [od 6 do 10 gramów na dobę] zmniejsza się bardzo wydatnie białkomocz przy miąższowem zapaleniu nerek (*nephritis parenchymatosa*). Stan bezgorączkowy nie stanowi przeciwwskazania do użycia tego środka. Przy zapaleniu nerek śródmiąższowem (*nephritis interstitialis*), oraz przy albuminurji kachektycznej u suchotników mleczan strontu pozostaje bez wpływu na ilość dobową białka; również i przy mocznicy środek ten nie ma żadnego znaczenia terapeutycznego.

DUJARDIN-BEAUMETZ i BUCQUOY spostrzegali takż sam wpływ pomyślny mleczanu strontu na białkomocz i to nie tylko przy zapaleniu nerek, ale i u osób, dotkniętych wadami serca. DUJARDIN-BEAUMETZ wnioskuje przytem, że zmniejszenie wydzielania białka przez nerki wskutek zażywania mleczanu strontu zależy od pomyślnego wpływu wzmiankowanego środka na czynność trawienia, a mianowicie: pod działaniem mleczanu strontu tworzenie się toksyn w przewodzie pokarmowym ma zmniejszać się do *minimum*, a wiadomo przecież, że toksyny, wessane z przewodu pokarmowego do krwi, szkodliwie oddziałują na nerki.

Drugie zastosowanie znalazł dotąd mleczan strontu przeciw tasiemcowi (*taenia*). LABORDE [w Akad. Lék. Paryż. 1892] przy swoich doświadczeniach zauważył, że psy, którym podawał mleczan strontu, traciły tasiemce. Otóż, i u człowieka, jak przekonały następne spostrzeżenia, mleczan

strontu jest doskonałym środkiem przeciwko tasiemcowi: po pięciu dniach zażywania roztworu mleczanu strontu tasiemiec na pewno zawsze odchodził.

Sposoby przypisywania:

- 1) Rp. *Stronti lactici* 20,0, *Aqu. destill.* 120,0, *Glycerini* 25,0. *M. D. S.* 2 łyżki stołowe dziennie. Jestto przepis LABORDE'a przeciwko tasiemcowi.
- 2) Rp. *Stronti lactici* 50. *Aqu. destill.* 250. *M. D. S.* Rano i wieczorem łyżkę stołową. Każda łyżka zawiera 3 gramy mleczanu strontu.
- 3) Rp. *Stronti lactici* 30,0, *Syrup. cort. Aurant.* 200. łyżka stołowa tego syropu zawiera 3 gramy mleczanu strontu; można bez szkody, według zapewnienia ÉGASSE'a, zalecić 5—6 łyżek dziennie.

Strontium bromatum. Bromek strontu jest to proszek biały, rozpuszczalny w wodzie. Dwie istnieją odmiany bromku strontu, a mianowicie: *strontium bromatum crystallisatum* i *strontium bromatum pulv. anhydricum*. Ponieważ jeden gram przetworu krystalicznego równa się 0,7 gr. bezwodnika, przeto właściwie lekarz powinien wyraźnie zaznaczyć na receptce, jakiego preparatu żąda; nie jest to jednak koniecznem i zbyt ważnem, to też u żadnego z lekarzy francuzkich nie spotykałem tego wyszczególnienia; przepisują oni wprost: *strontium bromatum*.

O ile wiemy z poprzedniej notatki, pomyślne działanie związków strontu przeciwko białkomoczowi DUJARDIN-BEAUMETZ stara się objaśnić tem, że pod wpływem tego środka zmniejsza się do *minimum* wytwarzanie toksyn w przewodzie pokarmowym.

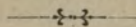
Otóż, prof. GERMAIN-SÉE, wychodząc z tej zasady, zastosował bromek strontu przeciwko zaburzeniom żołądkowym, a głównie przeciw dyspepsyi — w 32 przypadkach, między którymi u wielu chorych istniała nadmierna kwaśność soku żołądkowego (*hyperaciditas*), a u niektórych i rozszerzenie żołądka. Środek wzmiankowany, rozpuszczony w wodzie, przepisywano w dawce 2—4 gramów *pro die*; chorzy lekarstwo przyjmowali trzy razy dziennie przed jedzeniem, albo podczas jedzenia. We wszystkich przypadkach, według zapewnienia GERMAIN-SÉE'a, nastąpiła znaczna poprawa, a w wielu — wyleczenie; uderzającym było znaczne zmniejszanie się gazów. W 8 przypadkach nadkwaśności soku żołądkowego poprawa nastąpiła wskutek działania bromku strontu przeciwko fermentacyi octowej i mlecznej. W jednym przypadku wymiotów nerwowych i w trzech przypadkach nadeżności żołądka bromek strontu zawiódł w zupełności.

Na zakończenie dodać mi tu potrzeba, że kilku lekarzy francuzkich [FÉRÉ, CONSTANTIN PAUL, LABORDE, DUJARDIN-BEAUMETZ] podaje, iż bromek strontu z pożytkiem może zastąpić miejsce bromku potasu — przeciwko epilepsyi, szczególnie u chorych, u których bromek potasu wywołuje zaburzenia żołądkowe. Dawka na dobę w tych razach może dojść aż do 10 gramów, najmniejsza zaś wynosi 2 gramy. Lek ten, roztworzony, w wodzie, podawać należy trzy razy dziennie przed jedzeniem.

Sposoby przypisywania:

- 1) Rp. *Stronti bromati* 20. *Aqu. destill.* 300. *M. D. S.* 2—4 i więcej łyżek dziennie. łyżka zawiera jeden gram bromku strontu.
- 2) Rp. *Syrup. Aurant. dulc., Syr. Aurant. amar. aa* 150. *Stronti bromati* 30,0. łyżeczka zawiera 1 gram bromku strontu. Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.



— W Nr-ze 3 Nowin Lekarskich z roku bieżącego w dziale „Rozmaitości“ czytamy, co następuje: „Na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich poruszono myśl wydawania archiwum, w którym umieszczone być miały prace lekarskie większych rozmiarów. Myśl ta, jako jeszcze niedojrzała, nie stała się przedmiotem bliższej i obszerniejszej dyskusyi, a całą sprawę odroczone... na później. Ze względu na to, że wydawnictwo takie, wydawane w języku polskim, nie może z na-

tury rzeczy, ponieważ językiem naszym nie wszyscy władają, stać się tak znane i tak czytane, jakby spodziewać się należało, ze względu, że Szwedzi z tego samego jedynie powodu wydają od lat kilku z wielkim powodzeniem i uznaniem naukowego świata w języku niemieckim *Schwedisches Archiv für Physiologie*, a i Węgrzy zaczynają z sukcesem dla swego narodu publikować również w niemieckim języku *Ungarisches Archiv f. Medicin*, wartoby może pomyśleć o tem, czyby i nasi klinicyści polscy nie zdecydowali się, temi samemi kierowani pobudkami, wydawać *Polnisches Archiv f. die gesammte Medicin*, zamiast umieszczać rozproszone prace swe w najróżnorodniejszych czasopismach zagranicznych więcej lub mniej znanych. Projekt nasz podajemy w pierwszym rzędzie pod światły sąd Krakowa i Warszawy⁴.

Skoro Redakcyja „Nowin“ przyznaje, że myśl wydawania archiwu w języku polskim nie jest jeszcze dojrzała, to poco zachęca do przedsięwzięcia stokroć ryzykowniejszego, które ani zagranicą, ani tembardziej w kraju na powodzenie liczyć nie będzie mogło. Redakcyi „Nowin“ wiadomem jest dobrze z własnego doświadczenia, jak trudno u nas pismu lekarskiemu, nawet o kierunku praktycznym, utrzymać się z prenumeraty, a cóż mówić dopiero o archiwie, o piśmie z natury rzeczy mało poczytnem, gdyby ono do tego jeszcze po niemiecku było wydawanem. Wątpimy, aby pismo takie znalazło sympatyję u piszących i czytających. Wogóle przy wydawaniu książek i pism powinniśmy mieć przedewszystkiem na względzie rzeczywisty pożytek własny; wydawanie zaś pisma archiwalnego po niemiecku dlatego tylko, żeby stać się zagranicą „znanymi i czytany“, uważamy, co najmniej, za zbytek, na który tracić pieniędzy nie należy. Niechże sobie nań pozwalają Szwedzi i Węgrzy, skoro im to przypada do gustu; my ich w tem naśladować ani nie możemy, ani nie powinniśmy. Zresztą prace polskie są obecnie coraz częściej uwzględniane w pismach sprawozdawczych zagranicznych, a sami autorzy, dbając o to, przesyłają do pism zagranicznych streszczenia, a nawet tłumaczenia prac własnych. To powinno wystarczyć. Czas swój „Sborník lékařski“ wydają po czesku; celem zaś poinformowania zagranicy o tem, co w ich archiwie się mieści, podają pod każdą pracą streszczenie jej w języku francuzkim. Oto, co najwyżej mogłoby być godnem naśladowania.

— Kol. ALFRED ROSE z Zamościa z d. 3 Czerwca r. b. otworzył w Otwocku [stacyja drogi żelaznej Nadwiślańskiej] zakład kumysowy.

— VI zebranie Towarzystwa Anatomicznego odbędzie się w Wiedniu między 6—9 Czerwca r. b. pod przewodzący prof. His'a z Lipska.

— We Francyi wychodzi w r. b. 162 pisma lekarskie, o 17 więcej niż w roku zeszłym.

— W jednej z restauracyj Paryzkich raczono się w tych dniach mięsem wieloryba (*Balaenoptera rostrata*), pociętego w Muzeum historii naturalnej, z którego przygotowano *filet de baleine* i *escalopes de baleine à la Valois*. Mięso ma być smaku młdego, nieprzyjemnego, podobnego do mięsa wołowego, ugotowanego, nadpsutego.

— W Paryżu zaczęto niedawno wydawać „*Bibliothèque médicale* CHARCOT-DEBOVE“ przeznaczoną dla monograficznego opracowywania najważniejszych kwestyj z medycyny praktycznej. Dotąd wyszły:

HANOT. *La cirrhose hypertrophique avec ictère chronique.*

DEBOVE et COURTOIS-SUFFIT. *Traitement des pleurésies purulentes.*

COMBY. *Le rachitisme.*

TALAMON. *Appendicite et péritéphyllite.*

DEBOVE et RÉMOND. *Lavage de l'estomac.*

SÉGLAS. *Des troubles du langage chez les aliénés.* Cena zeszytu 3 fr. 50 cent.

Zmarł w Mozyrzu [Gubernija Mińska] D-r PAWEŁ KORZUN w wieku lat 82.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowych książek“, księgarni E. Wendego i S-ki za miesiąc Kwiecień 1892 r. oraz ogłoszenie o Domu Zdrowia D-ra DOBRZYCKIEGO.