

GAZETA LEKARSKA.

I. O WPŁYWIE ODDECHANIA NA KSZTAŁT SFYGMOGRAMÓW.

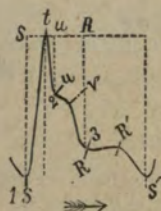
Napisał

Inż. D-r fil. Antoni Hołowiński.

Doświadczenia fizjologiczne stwierdziły już oddawna ¹⁾, że ciśnienie krwi tętniczej podlega zmianom peryjodycznym, zależnym zarówno od oddechania jako też od inercyji ośrodka naczynioruchowego. I tak, w czasie wydechania powietrze zgęszczone powstrzymuje dopływ krwi żyłnej do serca, przyspiesza zaś odpływ krwi tętniczej — co powoduje wzrost ciśnienia [średniego] w rozgałęzieniach aorty. Natomiast przyczyny odwrotne, towarzyszące wdychaniu, zmniejszają ciśnienie w tętnicach.

Dla sprawdzenia wymienionych wniosków na samym sobie, wykreślałem jednorazowo na długiej [zakopconej] wstędze papierowej kilkadziesiąt fal tętna [z tętnicy promieniowej], tak, aby każdy wdych i następny wydech obejmowały po cztery fale. Posługiwałem się przytem moim „mikrofonografem“ ²⁾ który włączony był w obwód ogniwa galwanicznego oraz dwóch telefonów i słyszałem w czasie wykreślenia graficznego każdego sfygmogramu

Fig. 1.



[porówn rys. 1] trzy tony sztuczne synchroniczne z dółkami *s*, *u* i *R* każdej fali. W tych warunkach tętno kreśli [jak wiadomo] fale najwyższe (*maximum* anakroty *st*) w chwili wydechania, których amplituda maleje następnie aż do wdychania (*minimum*), aby wzrastać ponownie do chwili wydechania i t. d. Jednoczesne podrażnienia ośrodka naczynioruchowego zmieniają światło tętnic w peryjodach w poprzedzających chwile wdychania i wydechania, co tłumaczy, dlaczego amplituda fal wzrasta już pod koniec wdychów, zmniejsza się zaś pod koniec wydechów.

Otóż, przy wykonywaniu tych doświadczeń, dostrzegłem jeszcze inne i [o ile wiem] zupełnie nowe zjawisko, mianowicie: trzy tony telefoniczne 1, 2 i 3 każdego sfygmogramu, odpowiadające jego punktom *s*, *u* i *R*, podlegały wówczas wyraźnym odmianom peryjodycznym, zależnym od fazy oddechania. Rytm akustyczny wskazywał, że pierwszy ton [1 w *s*], który przewyższa zawsze swą siłą dwa inne, był jednakże względnie słabszym w czasie wdycha-

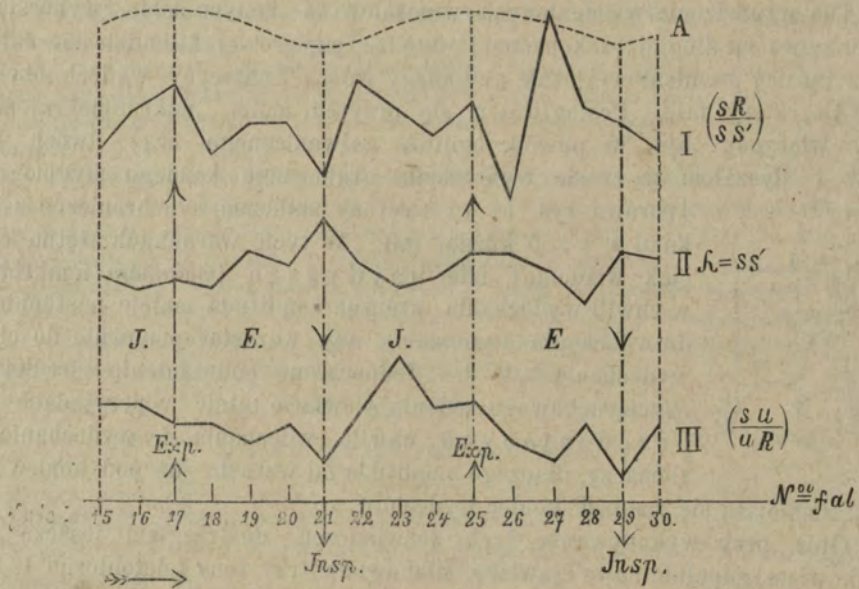
¹⁾ Porów. „Physiologie“ LANDOIS'a, 1891 r., §§ 79 i 90.

²⁾ Opis tego „mikrofonografu“, oraz odpowiedniego mechanizmu zegarowego podany był w rozprawie „Metody do badania fal fizjologicznych“. „Pam. Tow. Lek. Warsz.“ z r. 1891.

nia, aniżeli w czasie wydechania. W fazie wdechania natężenie tonu drugiego [2 w u] przewyższało znacznie siłę tonu trzeciego [3 w R], i stosunek odstępów czasu pomiędzy tonami 1, 2 i 3 [t. j. stosunek $(\frac{s u}{u R})$ na rys. 1] wydawał mi się względnie mniejszym, aniżeli na sfigmogramach odpowiadających wydechaniu, w których tony 2 i 3 były jednakowo słabe, ton 1 — nader silnym, a stosunek $(\frac{s u}{u R})$ — względnie większym.

Dla sprawdzenia omówionych wrażeń słuchu, wykonałem pomiary graficzne ³⁾ odstępów czasu $s u$, $u R$ i $s s'$ na stukilkudziesięciu sfigmogramach (*art. radialis*), przypadających na wdechanie lub też na wydechanie, a rezultaty owych obliczeń zestawiałem porównawczo na krzywych graficznych [linije łamane]—jak to objaśnia przykład na rys. 2 [skala dowolna]. Na linii poziomej oznaczone są [w odstępach równych] numery sfigmogramów od fali № 15 do 30, a falom 17 i 25 odpowiadały chwile wydechu, zaś falom 21 i 29 chwile wdechu [fazy oddechania oznaczone są szematycznie przez strzałki i przez krzywą kreskowaną A]. Rzut oka na krzywą I [której rzędne są proporcjonalne do obliczonych stosunków $(\frac{s R}{s s'})$], oraz na krzywą II [rzędne proporcjonalne do odstępów $s s'$], stwierdza, że krzywe I i II są jakby odwróceniem jedna drugiej. Natomiast krzy-

Fig. 2.



wa III , [rzędne proporcjonalne do $(\frac{s u}{u R})$] przebiega [najczęściej] zgodnie z krzywą I i wykazuje tak samo względne *maxima* przy wydechach, zaś względne *minima* przy wdechach. Zatem w czasie wydechania wzrasta nie tylko częstość tętna [*minima* krzywej II], ale też punkt R sfigmogra-

³⁾ Fizyologowie zwracali dotychczas uwagę niemal wyłącznie [z wyjątkiem MOENS'a] na względne amplitudy [rzędne] w falach tętna, pomijając pomiar odciętych [t. j. odstępów czasu pomiędzy różnymi punktami].

mu [rys. 1] zbliża się nieco do punktu u , powodując przeto *maxima* względne stosunku $\left(\frac{s}{u} \frac{u}{R}\right)$ na krzywej III. Prawidła powyższe nie mogą być uogólnione [gdyż wykonywałem dotychczas pomiary tylko na samym sobie], ani też nie należy spodziewać się zawsze zupełnej ich zgodności z pomiarami graficznymi, gdyż zdarzają się nieraz fale, prowadzące do wniosków wprost odwrotnych. Rezultaty muszą oczywiście być zmienne, skoro wymiary fali tętna zależne są nietylko od oddechania, ale też od wielu innych wpływów, np. od zmiennej inercyacji, od opóźnienia skutków zmiennego ciśnienia, od arytmii serca, od błędów graficznych i t. d.. Wyróżnienie wpływu oddechania na fale tętna od wymienionych nieprawidłowości może być przeprowadzone tylko na zasadzie prawdopodobieństwa, jeżeli wykonywamy doświadczenia spokojnie w czasie dłuższym, gdy oddechamy równo i prawidłowo i jeżeli wyprowadzamy wniosek jako przeciętną z wielkiej liczby pomiarów. Na moich sfgmogramach stosunek $\left(\frac{s}{u} \frac{u}{R}\right)$ [wyrażony w odsetkach z mianownika] wahał się od 67% do 164%, zaś stosunek $\left(\frac{s}{s'} \frac{R}{s'}\right)$ — od 35% do 52%; częstość tętna wynosiła od 68 do 95 na minutę. Zmiany rytmów, które obliczałem dotychczas tylko na tętnicy promieniowej, istnieją niewątpliwie i na innych tętnicach, gdyż, przykładając mój „rytmofon“⁴⁾ do *a. carotis* lub do *a. temporalis*, mogę rozpoznać telefonem, czy dany sfgmogram odpowiada wdechaniu lub też wydechaniu — co sprawdziłem też na kilku innych osobnikach. Względne wzmocnienie tonu pierwszego [w s] w chwili wydechu pochodzi od większej amplitudy tętna, a zatem od większej prędkości⁵⁾ peloty mikrofonografu, po przejściu przez punkt s . Przewaga tonu drugiego [w u] nad tonem trzecim [w R] w czasie wdechu odbija się często graficznie na głębszych dołkach u , tej fazie odpowiednich. Doświadczenia metodą VALSALVY [zamknięcie nosa przed samem wydechaniem] oraz MUELLER'a [nos zamknięty przed wdechaniem] potęgują jeszcze znacznie owe różnice rytmów tętna, pod wpływem zgęszczenia lub rozrzedzenia powietrza.

Teoryje fizjologiczne wskazują, że zwiększone ciśnienie krwi tętniczej w czasie wydechania powinno skrócić odstęp czasu, upływający pomiędzy otwarciem i zamknięciem zastawek aorty, a zatem powinno się ono odbić także na nieco skróconej odległości $s R$ w odpowiednich sfgmogramach [o ile obecna teoryja „wzgórka zwrotnego“ $R R'$ jest uzasadnioną [?]]. Względne skrócenie odstepu $s R$ na moich sfgmogramach, w chwili wydechania, mogłoby być także wytłómaczonem, gdyby prędkość przebiegu fal zwiększała się przy większem ciśnieniu tętniczym; za tą hipotezą nie przemawiają jednak dotychczas żadne ściślejsze pomiary owej prędkości.

Sądzę, że w tym razie wszelkie teoryje są przedwczesne, zanim omówione fakty nie zostaną stwierdzone wszechstronnie za pomocą najściślejszych przyrządów chronometrycznych. Możliwą metodę graficzną zastąpić może też

⁴⁾ Opis „rytmofonu“, loco cit.

⁵⁾ Względne natężenie sztucznych tonów mikrofonu zależy od zmian prędkości w ruchu peloty, i jest ono tem większem (*caeteris paribus*), czem dołek fali jest głębszym, t. j. czem sąsiednie anakrota lub katakrota są więcej strome.

wprawne ucho, auskultujące sfigmogramy za pośrednictwem „rytmofonu“ i telefonu: zmiany rytmu fal, w czasie oddechania, okażą się prawdopodobnie użytecznymi nawet w celach dyjagnostycznych. Nadmieniam, że we wspólnej mej pracy z Szanownym D-rem J. PAWIŃSKIM stwierdziliśmy już zależność karydiogramów od wpływu oddechania na licznych chorych szpitala Ś-go Ducha.

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

Opisał

Ludwik Krause.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 24].

Zapalenie nerek spostrzegąłem u 4 dzieci, mianowicie:

1) U chłopca 4-letniego, który, jak się dowiedziałem, 3 tygodnie temu chorował na szkarlatynę. Przywieziono go do szpitala z objawami krupówemi, które wymagały natychmiastowej tracheotomii. Po 15 dniach zmarł przy objawach zapalenia nerek.

2) U 4-letniej dziewczynki, u której z powodu dyfterytu wykonałem tracheotomię. Śmierć nastąpiła 19 dnia po operacji.

3) U 3-letniego chłopca z dyfterytem. Wyzdrowienie.

4) U 5 i pół-roczej dziewczynki z dyfterytem. Śmierć 28 dnia po operacji. Zapalenie więc nerek nie jest tak bardzo częstem powikłaniem dyfterytu, lecz jest powikłaniem bardzo poważnem. Z pomiędzy 4 operowanych dzieci, u których zapalenie nerek wystąpiło, 3 umarło, jedno zaś tylko wyzdrowiało.

Bez wład podniebienia miękkiego przy dyfterycie jest powikłaniem dość ciężkiem, będącem nieraz ważną przeszkodą do usunięcia rurki w przypadkach operowanych, jako też do żywienia chorych, co niemało się przyczynia do zejścia niepomysłnego. Powstaje on, zdaniem TROUSSEAU'a i LASÉGUE'a, wskutek zapalenia podniebienia miękkiego, przez co włókna mięśniowe przez pewien czas tracą normalną swoją kurczliwość. Inni zaś, jak: ZENKER, CHARCOT, VULPIAN, HAYEM, przypuszczają, że zależy on od zajęcia nerwów obwodowych podniebienia, będącego następstwem zapalenia gardła. Znane są jednak przypadki, w których bezwład podniebienia miękkiego miał miejsce wtedy, gdy dyfterytem zajęte były inne części ciała, a nie podniebienie miękkie. Tak ROYER opisuje przypadek bezwładu podniebienia miękkiego i kończyn dolnych u dziecka przy dyfterycie skóry, a GASSICOURT spostrzegł 3 przypadki bezwładu podniebienia miękkiego przy krupie bez zajęcia gardła. Można więc ztąd wnioskować, że główną rolę tu odgrywa zakażenie dyfterytyczne, a nie umiejscowienie nalotu. Bezwład przy dyfterycie, według mniemania LANDOUZY'ego, występuje po większej części w 15 dni, a nawet w 3 tygodnie już po zniknięciu nalotu dyfterytycznego, według SANNÉ'go — występować może i podczas trwania

nalotu między 5 i 11 dniem choroby, czasem nawet między 2 i 3 dniem. GASSICOURT skłania się do zdania ostatniego; na 20 przypadków, bezwład skonstan-
tować było można najczęściej około 7 lub 8 dnia choroby, w dwóch przypadkach
3 dnia, 1 raz tylko 35 dnia choroby, a zawsze podczas obecności nalotu.

GASSICOURT ¹⁾ dzieli wogóle bezwład dyfterytyczny na 3 rodzaje: 1) na
bezwład ograniczony, 2) bezwład ogólny i 3) *paralysie cardio-
pulmonaire*. Bezwład ograniczony dotyczy przeważnie podniebienia miękkiego
i gardzieli. Na 128 przypadków bezwładu dyfterytycznego, jakie autor spostrze-
gał, 103 przypadki na podniebienie miękkie i gardziel, a jeden tylko na kończy-
ny dolne, reszta na inne okolice ciała. Objawy są bardzo proste: głos nosowy,
trudność w połykaniu zwłaszcza płynów, płyn przechodzi przez rurkę, jeśli chory
był operowany, lub przez otwory nosowe. Chory w takich razach zmuszony jest
pić powoli z pochyloną ku tyłowi głową, aby płyn ciężarem swoim przedostał się
do żołądka bez potrzeby połykania. Bezwład taki trwa 10 do 25 dni. Zejście
zwykle bywa dobre, rzadko następuje śmierć z powodu wycieńczenia lub udu-
szenia wskutek dostania się kawałka pokarmu do krtani [TARDIEU, PETER].

Przy bezwładzie ogólnym, prócz podniebienia miękkiego i gardzieli, dotknię-
te są bezwładem i inne okolice ciała. W takich razach czucie w miejscach za-
jętych bywa przytępione lub też zupełnie zniesione. Bardzo rzadko tylko spo-
strzega się nadczułość skóry danej okolicy. GASSICOURT spostrzegał dziecko,
u którego nadczułość skóry była tak wielka, że najmniejsze dotknięcie jej powo-
dowało płacz dziecka.

W przypadkach pomysłnie się kończących bezwład zwykle najpierw ustę-
puje w podniebieniu miękkim, następnie w kończynach dolnych. Bywa także
i odwrotnie. LANDOUZY cytuje przypadek bezwładu, zaczynającego się od po-
dniebienia miękkiego, następnie uległy bezwładowi kończyny dolne, wreszcie
górne. Bezwład kończyn bardzo wyraźny trwał zaledwie 12 dni, bezwład zaś
podniebienia miękkiego 3 miesiące. Trzeba jednak dodać, że ogólny taki bez-
wład nigdy nie bywa normalnym. Jeżeli kończyny dolne zupełnie są bezwładne,
to górne znajdują się w stanie niedowładu; jeżeli jedna część ciała zupełnie jest
znieczulona, to druga albo wcale nie jest zajęta, albo bardzo mało. Mięśnie
twarzy, odbytnicy i pęcherza moczowego bardzo rzadko ulegają bezwładowi.

Paralysie cardio-pulmonaire zaczyna się przeważnie od bezwładu podniebie-
nia miękkiego, po pewnym dopiero czasie występuje bezwład mięśnia sercowego,
następnie płuc. Dziecię odrazu staje się niespokojnym i wydaje przeraźliwy
okrzyk; oddech się przyspiesza, robi się ciężkim; tętno przyspieszone; sinica twa-
rzy, następnie kończyn dolnych i całego ciała; wkrótce dziecko umiera. Napad
taki zaczyna się czasem od objawów ze strony żołądka: ból w okolicy żołądko-
wej, wymioty. Obraz taki trwa kilka godzin, rzadko kilka lub kilkanaście dni.
Wyzdrowienie wyjątkowo tylko może mieć miejsce. Na 101 przypadków bez-
władu dyfterytycznego, jakie spostrzegał GASSICOURT, objawy bezwładu ze strony
serca i płuc 15 razy miały miejsce; w 14 przypadkach nastąpiła śmierć, raz tylko
wyzdrowienie. Wszystkiego 1 tylko raz spostrzegałem bezwład podniebienia

¹⁾ GASSICOURT, l. c.

miękkiego u 3-letniej dziewczynki, cierpiącej na dyfteryt gardła; nalot przeważnie się rozszerzył na tylną ścianę gardzieli. Po 5 dniach choroby z powodu zwężenia krtani zrobiłem tracheotomię. Przebieg prawidłowy. 7-go dnia po operacji usunąłem rurki. W 5 dni później pojawiły się przy czystym zupełnie gardle objawy bezwładu podniebienia miękkiego, które po kilku dniach ustąpiły zupełnie.

Drgawki po tracheotomii zdarzają się albo bezpośrednio po operacji, albo nazajutrz, albo 3-go dnia. Napady bywają jednorazowe, albo kilkakrotnie się powtarzają. Zapowiadają one zwykle zejście śmiertelne. Drgawki, zdaniem GASSICOURT'a, nie zależą od sprawy dyfterytycznej, gdyż powstają nie pod wpływem otrucia, lecz urazu. Napady drgawek spostrzegalem na 200 tracheotomij 4 razy. Wszystkie przypadki zakończyły się śmiercią.

W 3 przypadkach drgawki wystąpiły natychmiast po operacji:

1) U dziewczynki 5-letniej po dokonaniem sztucznem oddechaniu [bezdech po przecięciu tchawicy]. Zmarła w 2 dni po operacji.

2) U dziewczynki 2 i półrocznej. Zmarła w 5 godzin po operacji.

3) U 5-letniej dziewczynki, umierającej po dokonaniem sztucznem oddechaniu z powodu bezdechu, napady podczas dnia kilka razy się powtarzały. Śmierć nazajutrz po operacji.

4) W jednym przypadku pojawił się napad drgawek nazajutrz po dokonanej operacji u 3-letniego chłopca. Śmierć w kilka godzin później.

Podobne napady drgawek spostrzegam JENNY ¹⁾ 2 razy [na 214 przypadków] w przebiegu choroby po dokonanej tracheotomii. Oba przypadki zakończyły się śmiercią. W jednym tylko z tych przypadków moc zawierał białko.

Dla łatwiejszego oryentowania się w przypadkach, zakończonych śmiercią nie z powodu operacji, lecz z powodu powikłania, pozwolę sobie przedstawić je w następującej tabliczce:

Rodzaj powikłania.	Liczba.	Dzień śmierci. po operacji.	U W A G A.
<i>Pneumonia.</i>	8	1) 2	—
		2) 3	—
		3) 3	—
		4) 6	—
		5) 8	—
		6) 17	—
		7) 17	—
		8) 19	<i>Pneumonia w 5 dni po wyjęciu rurki.</i>
<i>Scarlatina.</i>	1	1) 12	—
<i>Variola.</i>	2	1) 17	<i>Variola w 3 dni po wyjęciu rurki. Trudności w usunięciu rurki, przedłużony pobyt w szpitalu.</i>
		2) 5 tygodni	
<i>Nephritis.</i>	3	1) 15 dni	—
		2) 19 „	—
		3) 28 „	—

¹⁾ JENNY, l. c.

Mamy więc, jak widzimy, 14 przypadków, zakończonych śmiercią nie z powodu krupu, lecz z powodu powikłania. Przypuściwszy nawet, że w pierwszych 4 przypadkach, powikłanych zapaleniem płuc, śmierć nastąpiła w tym okresie choroby, w którym mogłaby nastąpić i bez powikłania, to w następnych 10 przypadkach, między którymi i takie się znajdują, jak np. z powikłaniem zapalenia płuc, zakończonych śmiercią 17-go—19-go dnia po operacji, kiedy już rurka nawet była wyjęta, albo z powikłaniem szkarlatyny, ospy, zakończonych śmiercią po wyjęciu rurki, lub nawet w 5 tygodni później, albo z zapaleniem nerek, w których śmierć nastąpiła 15, 19, 28 dnia po operacji, kiedy o krupie już mowy być nie mogło, w tych 10 przypadkach tracheotomija zrobiła swoje i można je śmiało z cyfry statystycznej śmierci wykreślić.

Będziemy więc w takim razie mieli, że na 200 dzieci ze zwięzieniem krupowem lub dyfterytecznem krtani tracheotomija uratowała wogóle 108 dzieci, a 92 uratować nie mogła.

Procent wyzdrowień 54; procent śmiertelności 46. Zważywszy, że między temi 10 przypadkami było 5 z czystym krupem bez nalotu w gardle, a 5 z nalotem dyfterytecznym na migdałkach lub gardzieli, to wypada, że na 112 dzieci czysto krupowych, tracheotomija uratowała 68, a nie pomogła 44. Na 88 zaś dzieci z nalotem dyfterytecznym w gardle tracheotomija uratowała 40, nie pomogła 48.

Procent wyzdrowień u czysto krupowych 60,7; śmiertelności 39,2.

„ „ z nalotem 45,4; „ 54,5.

Dla porównania pozwolę sobie w tem miejscu przytoczyć wyniki innych operatorów.

BUSCH na 72 przypadki wyzdrowiało 10 [13,88%].

VOIGT ¹⁾ na 47 przypadki „ 10 [21,27%].

KOERTE ²⁾ na 149 przypadków wyzdrowiało 34 [22,8%].

SAINT-GERMAIN ³⁾ na 329 przypadków wyzdrowiało 83 [25,2%].

MONTI ⁴⁾ z zestawienia ogromnej statystyki niektórych szpitali oblicza następujący procent.

Operowano 12736 dzieci, wyzdrowiało 3,409 [26,7%].

KROENLEIN ⁵⁾ na 504 przypadków wyzdrowiało 147 [29,2%].

UNTERHOLTZNER ⁶⁾ na 106 przypad. wyzdrowiało 31 [29,2%].

SETTEGAST ⁷⁾ na 754 przypad. wyzdrowiało 235 [31,1%].

HOFMOKL ⁸⁾ na 61 przypad. wyzdrowiało 19 [31,2%].

PINNER ⁹⁾ na 101 przypad. wyzdrowiało 33 [32,6%].

1) VOIGT. Diphtheritis und Tracheotomie. Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1882, Bd. XVIII.

2) KÖRTE. Arch. LANGENB. T. 25.

3) SAINT-GERMAIN, l. c.

4) MONTI. Cyt. u JENNY'ego, l. c.

5) KRÖNLEIN. Cyt. u TRENDELENBURG'a, l. c.

6) UNTERHOLTZNER. Ueber Diphtheritis etc.

7) SETTEGAST. Arch. LANGENB. T. 22.

8) HOFMOKL. Wiener medicin. Presse. 1878.

9) PINNER. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. T. 14.

- ROSE ¹⁾ na 101 przypadków wyzdrowiało 34 [33,6%].
BARDENHEUER ²⁾ na 129 przypadków wyzdrowiało 46 [35,6%].
ZIMMELIN ³⁾ na 141 przypadków wyzdrowiało 52 [36,8%].
BECKER ⁴⁾ na 100 przypadków wyzdrowiało 37 [37%].
JENNY ⁵⁾ na 214 przypadków wyzdrowiało 95 [44,3%].
RANKE ⁶⁾ na 54 przypadków wyzdrowiało 34 [63%].

U nas, oprócz wyżej przytoczonych pojedynczych spostrzeżeń, dotychczas istnieją tylko sprawozdania szpitalne kolegi POZNAŃSKIEGO ⁷⁾, z których widać, że w roku 1887 na 28 operowanych dzieci wyzdrowiało 8 [28,5%], w roku zaś 1888 na 29 operowanych wyzdrowiało 8 [27,5%], czyli na 57 dzieci, operowanych w ciągu 2 lat, wyzdrowiało 16 [28%].

Z powyższego zestawienia cyfr widzimy, że odsetka wyzdrowienia u różnych autorów różnie się przedstawia. Kolosalna różnica, jaka się tu spostrzegać daje, od wielu zależy okoliczności: od higienicznych warunków, w jakich się dzieci znajdują, od rozwoju fizycznego dziecka, od natężenia epidemii. Tu należy także wiek dziecka, podlegającego operacji, stan choroby dziecka przed operacją. Ci, którzy ani rocznych, ani dwuletnich dzieci nie operują, mają wyniki lepsze, niż ci, którzy przy każdym dyfterytycznym zwężeniu krtani operują bez względu na wiek dziecka. Również mają lepsze wyniki ci, którzy dzieci, *in extremis* będących, nie operują wcale.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że leczenie pooperacyjne ogromny ma wpływ na wynik operacji. RANKE ⁸⁾ właśnie przypisuje duży procent wzdrowienia, jaki w swoich przypadkach otrzymał, pooperacyjnemu leczeniu, jakiego on używa. Zasada się ono na tak zwanem „leczeniu dwupokojowem“. Dla dziecka operowanego potrzeba zawsze 2 pokojów: w jednym drzwi i okna są otwarte, przez co pokój się znakomicie przewietrza, w drugim znajduje się dziecko. Dzieci chore najmniej dwa razy dziennie, a potem co kilka godzin zmieniają pokoje. Podczas chłodnych miesięcy należy poczekać z przeniesieniem dziecka, dopóki temperatura w przewietrzanym pokoju nie będzie odpowiednią.

Co do mnie, jak widać z powyższego sprawozdania, operowałem bez wszelkiego wyboru wszystkie dzieci przybyłe z krupowem lub dyfterytycznym zwężeniem krtani, bez względu na wiek i stan choroby dziecka; warunki higieniczne w szpitalu, pomimo wszelkich starań ze strony zarządu, wiele pozostawiały do życzenia. Niewielka liczba dzieci, operowanych na mieście, należała do rodzin mało zamożnych, warunki higieniczne w tych domach nie lepsze były niż w szpi-

¹⁾ ROSE. HUGGONAL. Dissert. Zürich. 1885.

²⁾ BARDENHEUER. Arch. LANGENB. T. 23.

³⁾ Ueber Blutungen nach Tracheotomie wegen Croup. Jahr. f. Kin. 1873.

⁴⁾ Cyt. u JENNY'ego.

⁵⁾ JENNY, l. c.

⁶⁾ Tracheotom. Resultate etc. Jahr. f. Kinderheilk. 1886.

⁷⁾ Medycyna. 1888. Nr. 34 i 1889. Nr. 38.

⁸⁾ RANKE, l. c.

tal, może nawet gorsze. Wyniki jednak w porównaniu z wynikami innych do wcale dobrych zaliczyć się dają.

Co się tyczy usunięcia rurki po tracheotomii, trzymałem się prawidła, aby usunąć rurkę, jak można, najwcześniej. Jako wskazówkę uważałem: dobry ogólny stan dziecka, brak nalotu w gardle, jeżeli taki miał miejsce, czystą ranę pooperacyjną, swobodny oddech, nieliczne rżenia w płucach, umiarkowaną wydzielinę śluzową przez rurkę, nareszcie brak jakiegokolwiek powikłania, zwłaszcza ze strony podniebienia miękkiego [bezwład]. W razie silnej duszności po wyjęciu rurki, na powrót rurkę na pewien czas wprowadzałem.

Ostateczne usunięcie rurki skuteczniłem: 5-go dnia 2 razy, 6-go — 4 razy, 7 — 8 razy, 8-go — 14 razy, 9-go — 21 razy, 10-go — 6 razy, 11-go 11 — razy, 12-go — 4 razy, 13-go — 7 razy, 14-go — 4 razy, 15-go — 3 razy, 16-go — 1 raz, 17-go — 1 raz, 18-go — 1 raz, 20-go — 1 raz, 22-go — 1 raz, 24-go — 1 raz, 26-go — 1 raz, 28-go — 1 raz, 31-go — raz, 32-go — 1 raz, 33-go — 1 raz, 43-go — 1 raz, 48-go — 1 raz, 49-go — 1 raz, 53-go — 1 raz, 108-go — 1 raz. Razem 100 razy.

Z tych wyzdrowiało 98 dzieci; jedno zmarło po usunięciu rurki z powodu ospy i jedno z powodu zapalenia płuc. Przystępując do usunięcia rurki, staram się odwrócić uwagę dziecka w inną stronę, zabawiając je czemkolwiek, rurkę wyjmuję bardzo ostrożnie, unikając przytem drażnienia tchawicy, aby nie wywołać krztuszenia się dziecka. Na ranę szyi nakładam muślin jodoformowy, kawałek waty odłuszczonej i przymocowuję to paskiem muślinu. Niektórzy nie usuwają rurki odrazu, lecz zastępują rurkę metalową rurką kauczukową z otworem na tylnej ścianie i zatykają zewnętrzny otwór koreczkiem. Jeżeli dziecko przez 24 godziny za pomocą takiej rurki dobrze oddecha, wtenczas ostatecznie rurkę usuwają. Do sposobu tego nie uciekałem się nigdy i przyznać muszę, że nie wydaje mi się on ani wygodnym, ani pożytecznym. Przedewszystkiem otwór, znajdujący się na tylnej ścianie rurki kauczukowej, drażni błonę śluzową tchawicy i jeśli istnieje już przeszkoda dla usunięcia rurki [ziarnina], to w ten sposób jeszcze się ona powiększa, następnie otwór ów może wypaść tak, że nie leży w świetle tchawicy, a opiera się o tylną jej ścianę, wtedy przy zatkniętej rurce dziecko oddechać nie będzie w stanie, chociaż oddechałoby może dobrze zupełnie bez rurki. Najważniejszą jednak rzeczą jest to, że dziecko przez 24 godziny może zupełnie dobrze oddechać za pomocą zatkniętej rurki, a jednak w zupełności jej usunąć nie można, gdyż, jak to czasem bywa, w dolnym odcinku tchawicy znajduje się przeszkoda w formie ziarniny, która przy obecności rurki przylegała do wewnętrznej powierzchni tchawicy, po usunięciu zaś rurki ziarnina swobodnie sobie buja i zatyka światło tchawicy

Niezawsze zaraz za pierwszym razem można rurkę ostatecznie usunąć, czasem dopiero się to udaje za drugim lub 3 razem, niekiedy przeszkody są tak znaczne, że dziecko tygodnie całe nosić rurkę musi i tylko przy użyciu odpowiednich rękoczynów ostateczne usunięcie rurki staje się możliwem. Z ważniejszych przeszkód, nie pozwalających rurki usunąć, są: przewlekły obrzęk krtani, powstały wskutek dyfterytu lub wskutek drażnienia krtani rurką,

za blisko strun głosowych leżącą; kurecz o druchowy głośni wskutek przechodzenia powietrza przez krtani po wyjęciu rurki; niedowład lub też zupełny bezwład mięśni krtani wskutek nieoddechania krtanią przez dłuższy czas. Tu należy także bliznowate zwężenie krtani, zdarzające się najczęściej przy silnym i długotrwałym dyfterycie [BLACHEZ], niekiedy ma nawet miejsce zupełne zarośnięcie krtani twardą bliznowatą tkanką [STEINER]. Niemalą rolę odgrywają tu także przyczyny psychiczne; dzieci obawiają się poprostu oddechać po wyjęciu rurki.

Najważniejszą i najczęstszą przyczyną, utrudniającą usunięcie rurki, jest rozwój ziarniny na wewnętrznej powierzchni krtani. Rozwija się ona przeważnie tam, gdzie tworzą się odleżyny od rurki tracheotomijnej około rany, przeważnie na górnym brzegu. Wogóle rozwija się ona częściej w krtani niż w tchawicy i to tem bardziej, im bliżej rana się znajduje strun głosowych. TRENDELENBURG ¹⁾ dla tego nie radzi przecinać chrząstki obrączkowej. W razie niemożności usunięcia rurki z powodu ziarniny, powstałej wskutek znajdowania się otworu blisko strun głosowych, robi on drugą tracheotomię niską. Górny poprzedni otwór zarasta i po usunięciu rurki dzieci dobrze oddechają. Zdaniem SAINT-GERMAIN'a ²⁾, *crico-tracheotomia* wcale nie jest przeszkodą do usunięcia rurki. Na 83 przypadki wyzdrowienia tylko 2 razy rurki nie wyjął. W jednym przypadku dziecko po wyjęciu rurki przypadkowym sposobem zajrzało do lustra i dostało napadu histerycznego z dusznością; rurkę trzeba było wprowadzić, poczem ojciec nigdy się już nie zgodził na usunięcie jej. W drugim przypadku przyczyną niemożności usunięcia rurki był przerost migdałów. W 4 lata po tracheotomii wyciął on przerosłe migdały i ostatecznie rurkę usunął. Użycie rurki z okienkiem stanowi, jak słusznie przypuszcza TRENDELENBURG, ważną przyczynę tworzenia się ziarniny, a to wskutek tarcia o ranę przedniej części okienka, jeśli to ostatnie nie leży w całości w świetle tchawicy, a przylega do rany. Rurka więc z okienkiem nie jest odpowiednią do zwykłego użycia; natomiast za pomocą takiej rurki odpowiednio zastosowanej można określić, na którym brzegu rany—górnym, czy dolnym—ziarnina się rozwinęła. Jeżeli ziarnina znajduje się na górnym brzegu rany, to przy zatkaniu rurki dziecko oddechać nie będzie, gdyż ziarnina wchodzi w okienko i zatyka je; jeżeli zaś ziarnina będzie na dolnym brzegu rany, dziecko przy zatkaniu rurki dobrze oddechać będzie, a duszność wystąpi dopiero po usunięciu rurki. [D. n.].

¹⁾ TRENDELENBURG, l. c.

²⁾ SAINT-GERMAIN, l. c.

III. MOCZOPĘDNE DZIAŁANIE KALOMELU W CIERPIENIACH NEREK.

Podał

J. Skłodowski.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 24].

VII. Gaś... Władysław, terminator szewki, lat 19, przybył do szpitala 26 Grudnia 1891 roku. Przed tygodniem zauważył obrzęki, początkowo na twarzy, a później na całym ciele. Jednocześnie wystąpiła duszność i kaszel. Żadnych innych objawów nie było. We wczesnym dzieciństwie przechodził zapalenie lewego stawu biodrowego [prawdopodobnie gruźlicze?], po którym pozostało mu zwichnięcie główki ku tyłowi i górze. Od owej pory nigdy ciężiej nie chorował.

Dnia 27. XII. Z wyjątkiem wspomnianego kalectwa zresztą budowa dobra. Lewa kończyna o 2 cale krótsza, ale zupełnie dobrze rozwinięta. Skóra blada. Błony śluzowe normalnie zabarwione. Stan bezgorączkowy. Tętno 80. Umiarkowany obrzęk twarzy, tułowia i kończyn; moszna wolna. Granice płuc z tyłu trudno jest określić z powodu obrzęku skóry, ale zdaje się, że są obustronnie nieco podniesione. *In linea axillari sinistra* granica przechodzi pod V żebrem, *in axillari dextra* pod VII, *in mamillari dextra* pod V żebrem. Nad obszarem tępości z lewej strony oddechu prawie nie słychać i drżenie głosowe znacznie osłabione. Przekłucie próbne wskazuje na obecność przezroczystej, żółtawego koloru, cieczy, o niewysokiej zawartości białka. Na całej przestrzeni płuc liczne świsty i grube rżenia wilgotne; w dolnych częściach także trochę drobnych rżeń. Znaczna duszność, uciążliwy, przeważnie suchy kaszel. Górna granica tępości serca chodzi do II żebra, prawa zachodzi do połowy mostka, lewej nie można określić z powodu przesłonięcia opłucnej. *Ictus* nie wyczuwalny. Tętno czyste. Drugie tętno u aorty i *art. pulmonalis* mocne. Brzuch wypukły. W dolnej części stępienie i chębotanie. Wątroba niepowiększona i niebolesna. Łaknienie małe, trawienie prawidłowe. Mocz skąpy, jasno-żółtej barwy. Osad nieobfity zawieszony jest w cieczy pod postacią lekkiej, mgły. Zawiera nieliczne wałeczki szkliste i bardzo mało ziarnistych. Prócz tego spotyka się w nim wiele komórek nabłonkowych, w części jednoli-tych, w części ziarnistych, a nadto niewielką ilość bezbarwnych i czerwonych krążków krwi.

Data.	Waga ciała funtów.	Dobowa ilość moczu.	Ciężar wiążący.	Białka pro milie.	Leczenie.	U W A G I.
27. XII.	150	—	—	—	<i>Inf. Ipecacuanh</i> 0,3—200,0	—
28	—	450	1022	5	<i>Cont.</i>	Próba HELLER'a wskazuje na nieznaczna przymieszkę krwi w moczu.
29	—	800	1023	6,5	<i>Cont.</i>	—
30	—	900	1022	5,5	<i>Aquilae albae</i> 0,2 <i>Laudani puri</i> 0,015 3 proszki.	—
					Płukanie ust <i>kali chloric.</i> Pędzlowanie <i>T-rae jodi ana c. T-rae gallar.</i>	
31	—	750	1022	7	<i>ditto</i> 4 proszki.	—
					Płukanie i pędzlowanie. <i>ditto</i> 3 proszki.	3 rzadkie stolce od wczoraj.
1. I.	157	800	1017	5	Płukanie i pędzlowanie.	Dość obfity ślinotok. Działa nieco zaczerwienione, ale niebolesne. Granice tępości serca trochę szersze aniżeli przedtem. Tętno 76.

Data.	Waga ciała funtów.	Ilość dobowo w moczu.	CieŜar właściwy.	Białka pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
2. I.	—	1600	1016	4,5	Płukanie i pędzlowanie.	Od wczoraj 5 płynnych stołców bez boleści. Ślinotok. Dziaśła zaczerwienione, niebardzo bolesne.
3	149	3500	1010	2 1/2	Płukanie i pędzlowanie.	Wczoraj i dziś w nocy jeszcze lekkie rozwolnienie. W nocy zaczęła się obfita dyjureza. Obrzęki nieco się zmniejszyły, głównie na rękach. Granice płuc i serca bez zmiany. Duszność znacznie mniejsza.
4	145	2600	1010	2	Płukanie i pędzlowanie.	Wczoraj 2 obfite płynne wypróżnienia. Ślinotok ustał, ale dźwięk wciąż zaczerwienione i trochę bolesne.
5	142	2600	1012	—	Cont.	Obrzęki z twarzy i rąk zupełnie ustąpiły. Dziaśła lepiej. Granice płuc i serca bez zmiany. Tętno 64 twarde.
6	142	2700	1014	—	Cont.	Rozwolnienie ustało. Dziaśła prawie dobrze.
7	139	3200	1013	2	<i>Dctum Chinac</i>	Brzuch znacznie mniejszy. Golenie i stopy jeszcze dość znacznie obrzękłe.
8	138	2500	1012	1 3/4	Cont.	W górnej części ciała obrzęki zupełnie znikły. Na goleniach i stopach jeszcze się utrzymują. Duszność zupełnie ustąpiła. Kaszlu prawie nie ma. Dziaśła zupełnie dobrze.
9	137	2500	1016	1 1/2	"	—
10	137	2200	1016	1 1/2	"	—
11	135	3000	1013	1 1/4	"	—
12	135	2100	1014	2	"	—
13	134	3000	1014	2	"	—
14	131 1/2	3250	1013	1 2/3	"	—
15	—	2500	1013	1 2/3	"	—
16	131 1/2	2000	1015	1 2/3	"	Obrzęki znikły zupełnie. W lewym płucu z tyłu stępienie na bardzo nieznacznej przestrzeni. Oddech słychać do samego dołu. Rzężenia i świsty znikły. Duszności żadnej. Granice tępości serca znacznie się zmniejszyły. Tony czyste, II ton aorty nieco dźwięczny. Tętno 64, twarde.
17	—	2800	1013	1	—	Stan ogólny bardzo dobry. Łaknienie dobre. Granica tępości <i>in lin. axillari dextra</i> pod VIII żebrem, <i>in lin. axillari sinistra</i> pod VIII żebrem. Od paru ostatnich dni chory pije więcej wody.
18	130 1/2	1750	1015	1 1/3	—	—
19	—	1750	1015	1	—	—
20	—	1700	1018	1	—	—
21	—	2200	1015	3/4	—	—
22	131 1/2	1800	—	—	—	—

Wypisuje się w stanie zupełnie zadawalniającym. Obrzęków nigdzie ani śladu. W dolnej części lewego płuca tylko od tyłu bardzo nieznaczne stępienie i trochę rzeżeń wilgotnych. Oddech pęcherzykowy słychać wyraźnie na całej przestrzeni. *Ascites* znikł zupełnie.

Chory powrócił do pracy i do swoich niehygienicznych warunków życia. W miesiąc później widziałem go raz jeszcze. Ogólny stan jego zdrowia był zupełnie dobry. Obrzęków i przesięku ani śladu; mocz jednak, zawierający do 2‰ białka, świadczył o niezupełnem wygaśnięciu sprawy zapalnej w nerkach.

W następujących 2 przypadkach moczopędne działanie kalomelu wystąpiło mniej wyraźnie; niemniej jednak bez użycia żadnych innych środków leczniczych zniknęły prawie bez śladu wszystkie zewnętrzne objawy zapalenia nerek.

VIII. Mar... Franciszek, wyrobnik, lat 32, przybył do szpitala 5 Maja 1891 roku. Od dni 10 ogólne osłabienie, ból głowy i uczucie pełności w brzuchu. Kilka dni temu zauważył lekkie obrzęk na twarzy, a potem na nogach.

D. 6. V. Budowa i odżywianie dobre. Stan bezgorączkowy. Tętno 42, twarde, drżące. Granice serca normalne. Tony czyste. Obrzęk, średniego stopnia, zajmuje obecnie tylko kończyny dolne. Nieznaczny przesięk w jamie opłucnej prawej. Brzuch trochę powiększony, w dolnej części tępość i niejasne chełbotanie. Mocz skąpy zawiera białko. W osadzie niewielka ilość wałeczków szklistych.

Data	Ilość dobowo- wa moczu.	Ciężar wi- sący.	Białko pro mille.	Leczenie.	U W A G I.
7 V.	500	1024	2/2‰	<i>Aquilae albae</i> 0,2, <i>Laudani puri</i> 0,015 2 proszki.	—
8	800	1018	1/2‰	<i>Kali chloric</i> do płukania.	—
9	800	1018	—	<i>dto</i> 3 proszki i płukanie. <i>dto</i> 4 proszki i płukanie.	Rozwolnienie. Działyta w porządku.
10	1000	—	—	<i>Solutio natri bicarbonici.</i>	Rozwolnienie. Działyta w porządku.
11	1500	1014	ślady	<i>Cont.</i>	Rozwolnienie dość silne.
12	1500	1012	—	"	Rozwolnienie.
13	—	—	—	"	Rozwolnienie mniejsze. Obrzęki zmniej- szyły się znacznie.
14	600	1028	—	"	Wciąż jeszcze po kilka stolców dziennie.
15	600	1026	—	"	—
16	1000	1018	—	"	Rozwolnienie ustało. Obrzęki znikły prawie zupełnie.
21	1000	1016	ani ślądu	—	Obrzęki znikły. Objawy przesięku w prawej opłucnej daleko mniej wyra- źne. <i>Ascites</i> nie ma.

24 Maja wypisuje się do domu, jako zdrowy.

W powyższym przypadku nie było żadnego znaczniejszego powiększenia ilości moczu. Niemniej przeto i ta niewielka dyjureza, jaka nastąpiła po kalomelu, w związku zapewne z rozwolnieniem i prawdopodobnie, choć o tem karta szpitalna nie wspomina, ze zmniejszeniem się łaknienia i pragnienia, wystarczyła do usunięcia obrzęków, nie wyłączając nawet i, zwykle daleko uparciej się trzymających, przesięków do jam surowicznych.

IX. Wiśn... Antoni, wyrobnik, lat 18, przybył na oddział 9 Lutego 1891 roku. Od tygodnia lub więcej czuje się ogólnie osłabionym, doznaje przykrego uczucia pełności w brzuchu i bólów

w okolicy nerek. 5 dni temu zaczęły pojawiać się obrzęki, najspierw na brzuchu, potem na twarzy, tułowiu i kończynach. Przedtem był zawsze zdrow i silny.

D. 2. II. Budowa niezła. Barwa skóry i błon śluzowych prawidłowa. Stan bezgorączkowy. Tętno 56, twarde drżące. Znaczny obrzęk całego ciała. W dolnej części prawego płuca lekkie, stępienie i nieliczne rżenia wilgotne. Serce nieco powiększone. Tętno wszędzie bardzo silne, szczególnie 2 ton aorty. U wierzchołka serca 2 ton również przeważa nad pierwszym. Brzuch powiększony. W dolnej części tępość i wyraźne chębotanie. Okolica wątroby bolesna. Trawienie prawidłowe. Mocz skąpy, barwy dość jasnej, zawiera znaczną ilość białka. W osadzie liczne wałeczki, przeważnie szkliste i ciąłka ropne.

Data.	Ilość dobow. wa mocz.	Ciepota ciała.	Białka pro milc.	Leczenie.	U W A G I.
10. II.	500	1025	7	—	—
11	—	—	—	<i>Aquil. albae</i> 0,2; <i>laudani puri</i> 0,015; 2 proszki; płukanie <i>kali chloric.</i>	—
12	1000	—	—	<i>dto</i> 3 proszki i płukanie.	Działa w porządku. Rozwolnienia nie ma.
13	500	—	—	<i>dto</i> 3 proszki	Chory gorączkuje.
14	500	—	—	<i>dto</i> 3 proszki	Chory gorączkuje. Wczoraj wieczorem 38° C.. Tętno 90. W dolnej części prawego płuca z tyłu stępienie, słaby oddech oskrzelowy i wzmocnienie drżenia głosowego.
15	1000	—	—	Płukanie.	Stan bezgorączkowy. Tętno 72. Nad dolną tylną częścią prawego płuca wyraźny oddech oskrzelowy i rżenia trzeszczące. Obrzęki bez zmiany. Działa w porządku.
16	1000	—	—	<i>Acid. muriatic.</i>	Obrzęki bez zmiany; stępienie i rżenia trzeszczące utrzymują się.
17	1800	—	—	<i>Cont.</i>	—
18	2500	1011	1 ^o /100	—	Obrzęki zmniejszają się. W dolnej, tylnej części prawego płuca oddech nieokreślony i nieliczne rżenia.
19	2600	—	—	"	Obrzęki znacznie mniejsze. Tętno 60.
20	2000	—	—	"	—
21	2500	—	—	"	—
22	2000	1014	—	"	Obrzęki znikły zupełnie.
23	2000	—	—	"	—
24	1500	—	1/2 ^o /100	"	—
25	2000	—	—	"	—
27	2000	—	—	"	—
29	2000	—	—	"	—
3. III.	2000	—	1/2 ^o /100	"	—
5	2100	—	—	"	—
9	2100	—	zale-dwie ślady	"	—

Dnia 12 Marca chory wypisał się ze szpitala w zupełnie zadowalniającym stanie zdrowia. Obrzęki znikły bez śladu. Mocz wciąż jeszcze obfity, jasny, zawiera bardzo nieznaczny ilość białka.

Gdyby w powyższym przypadku nie było powikłania ze strony płuc, to mógłby on służyć za niewątpliwą przykłąd skutecznego, jakkolwiek nieco opóźnionego, wpływu kalomelu na obrzęki nerkowe. Jednak w tym razie można

się pokusić i o innego rodzaju tłómaczenie, przypuszczając że rolę bodźca moczo-pędnego odegrało tu normalne zwiększenie wydzielania moczu, jakie zwykle ma miejsce w okresie rekonwalescencji z chorób gorączkowych. Z tego względu zaliczyłem przypadek ten na równi z poprzednim do rzędu wątpliwych.

Obydwa te ostatnie przypadki przytaczam tu nietylę na świadectwo moczo-pędnego działania kalomelu, ile ze względu na ostateczne, bardzo pomyślne ich zejście. Niezależnie od sposobu zapatrywania się w tym razie na rolę kalomelu, nie można żadną miarą zaprzeczyć, że przy użyciu tylko tego jednego środka, poprawa, równająca się prawie wyleczeniu, nastąpiła w czasie stosunkowo bardzo prędkim. Oprócz umiarkowanego rozwolnienia w pierwszym przypadku, nie wystąpiło też żadne inne nieprzyjemne działanie uboczne. Wobec tak rozpowszechnionej wśród lekarzy obawy przed użyciem kalomelu w chorobach nerek sądzę, że i takie obserwacje, jak powyższe, nie są bez znaczenia.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

37. Hoffmann Artur. O zastąpieniu sztucznego przedwczesnego porodu przez ograniczenie pożywienia w ostatnich dwu miesiącach ciąży.

Opierając się na dwu własnych spostrzeżeniach, autor poleca do wypróbowania metodę, dążącą na drodze dyjetycznej do wyrównania niestosunku między płodem i wązką miednicą. Metoda ta znaną była w Anglii już w końcu zeszłego wieku [FOTTERGILL, JAMES LUCAS], a w Niemczech BRUENINGHAUSEN na początku bieżącego stulecia stosował ją kilkakrotnie z dobrym skutkiem. Lecz następnie poszła zupełnie w zapomnienie i dopiero w 1889 roku PROCHOWNICK w Hamburgu powołał ją na nowo do życia (*Centrblt. f. Gynäk. 1889. Nr. 33*).

Wiadomo, że z powodu niemożności ścisłego oznaczenia, kiedy płód staje się zdolnym do życia samodzielnego, wybór odpowiedniej chwili do wywołania przedwczesnego porodu w przypadkach zwężenia miednicy średniego stopnia stanowi zadanie bardzo trudne. Błędy w tym względzie przytrafiają się bardzo często nawet i wprawnym akuszerom. Zbyt wczesne wykonanie operacji ma za skutek szybką śmierć noworodka, niezdolnego jeszcze do życia samodzielnego; dowodem tego błędu służyć może wysoka stosunkowo odsetka śmiertelności [40%] dzieci, zrodzonych przedwcześnie drogą operacji. Zbyt znów późne wywołanie porodu mija się z przeznaczeniem tej operacji; albowiem wówczas niebezpieczeństwo zarówno dla matki jak i dla dziecka staje się prawie równoznacznem z niebezpieczeństwem, towarzyszącem porodowi czasowemu. Otóż PROCHOWNICK, przekonawszy się, że widoki na utrzymanie przy życiu dzieci, zrodzonych drogą sztucznego przedwczesnego porodu, wcale nie są pomyślne, postanowił spróbować, czy za pomocą stosownego ograniczenia pożywienia ciężarnej w ostatnich dwu miesiącach ciąży nie uda się wpłynąć skutecznie na powstrzymanie rozwoju kształtów płodu, tak, aby dziecko zdrowe i do życia zdadne, lecz w pokład tłuszczowy uboższe i z kośćmi czaszkowymi miększymi i łatwiej przesuwalnymi mogło się urodzić w terminie właściwym bez szczególnych trudności i bez niebezpieczeństwa dla matki, pomimo istniejącego zwężenia miednicy. Dyjeta zalecana przez PROCHOWNICK'a, przypominająca dyjetę diabetyków, jest następująca: rano ciężarna otrzymuje małą filiżankę kawy i około 25 grm. pieczywa, na obiad — wszystkie rodzaje mięsa, jaja i ryby z niewielką ilością sosu,

nieceo jarzyny tłusto przyrządzonej, sałatę i ser, wieczorem — to samo z dodatkiem 40—50-u grm. chleba i masła do woli. Zupełnie wzbronionemi są: woda, zupy, kartofle, leguminy, cukier, piwo. Za napój służyć może w ciągu dnia 300 do 400-u ctm. sześć. wina czerwonego lub mozelu.

Metodę tę PROCHOWNICK zastosował z wielkim powodzeniem w trzech przypadkach i znalazł wnet naśladowców. BREHM raz jeden (*Pet. med. Wchschrift. 1890. Nr. 9*), ŚWIĘCICKI 4 razy (*Wien. med. Blätter. 1890. Nr. 22*) także z bardzo dobrym skutkiem zastosowali dyjetę PROCHOWNICK'a. BREHM ją jednak zmodyfikował, wykluczając tłuszcze i sole wapnia. W obu przypadkach autora dzieci pierwszej ciąży, wskutek istniejącego zwężenia miednicy, przyszły na świat martwe, przy ostatniej zaś ciąży udało się autorowi przez zastosowanie u ciężarnych przepisów dyjetetycznych, polecanych przez PROCHOWNICK'a, uzyskać dzieci żywe i zdolne do życia.

Tak więc ograniczenie pożywienia w ostatnich dwu miesiącach ciąży pozwoliło ciężarnym uniknąć operacji, nieobojętnej dla nich samych, a stanowczo niebezpiecznej dla ich dzieci. Wszyscy ci autorowie stwierdzają jednoznacznie, że dzieci urodziły się w terminie właściwym siłami natury [*resp.* przy nieznacznej pomocy akuszeryjnej] ze wszystkimi oznakami dojrzałości, lecz ze skąpą podściółką tłuszczową i z bardzo podatnymi i przesuwalnymi kośćmi czaszki.

(*Therapeut. Monatshefte. 1892. Nr. 2*).

M. Zweigbaum.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

W N-rze 21 Gazety Lekarskiej z r. b., w „Odpowiedziach Redakcyi“ jest wzmianka o tem, czy tak pospolite u ludu stawianie szklanek lub nawet garnków na brzuchu może być szkodliwym dla zdrowia, przyczem Redakcyja oświadcza się pośrednio za niewinność tych zabiegów. W ciągu dziesięcioletniej praktyki na wsi niemal co tydzień zdarza mi się widzieć u dorosłych mianowicie pacjentów podbiegnięcia krwawe na brzuchu, jako ślad przystawionej szklanki lub [co rzadsza] garneczka. Zwyczaj ten zdaje się być rozpowszechnionym u ludu w całej Polsce, przynajmniej co do mnie spotykałem go równie często w Krakowskiem, jak obecnie na Podlasiu. Można być pewnym, że każdy chory—lub zwłaszcza chora — uskarżający się na dolegliwości w jamie brzusznej zjawi się do lekarza z odpowiednim sinym kręgiem na brzuchu. U dzieci zwyczaj tego nie praktykują wcale, dlaczego — trudno mi się było dowiedzieć, ale przypuszczam, że szklanka lub garncezek, jako pomocne przedewszystkiem na cierpienia macicy [od których, według ludu, i pleć mężka nie jest wolną], zdarzające się tylko u osób dojrzałych, nie miałyby celu u dzieci. Istotnie u niezmiernie większości przypadków zabieg ten okazuje się dla przebiegu cierpienia nieszkodliwym, prócz naturalnie zwłoki, na jaką naraża chorego w udaniu się do lekarza. Żeby sprawiał jakakolwiekbaż ulgę, żaden chory [a każdego prawie o to dopytuję] twierdząco nie odpowiedział. Tymczasem zdarzają się przypadki — aczkolwiek, przyznaję, niezmiernie rzadko — w których środek ten niewątpliwie okazał się szkodliwym, a nawet przyczynił się do zejścia śmiertelnego. Tak właśnie przypominam sobie z własnej praktyki. Przed 3-ma, czy 4-ma laty przywieziono do mnie kobietę, około 4¹/₂-u lat mającą, wątłą i wyniszczoną, w stanie gorączkowym, która odbyła przed 2 tygodniami połóg 5-ty czy 6-ty w swem życiu i, jak mówi, zupełnie prawidłowo; 6-go dnia opuściła łóżko, poczem na drugi zaraz dzień z powodu boleści w brzuchu zmuszoną była znów się położyć. Wtedy któraś z życzliwych sąsiadek postawiła jej szklankę na pępku; gdy to nie skutkowało, przyniosła spory saganek [garncezek żelazny, żelaźniak] i ten umieściła tak zrećnie, iż „wciągnął do siebie [jak mówiła chora] cały brzuch“. Saganek stał kilka nacie godzin, sprawiając chorej dojmujący ból i po tym czasie z wielką zaledwie trudnością mógł być zdjęty, pomimo to chora z dniem każdym czuła się gorzej i coś 3-go czy 4-go dnia po przystawieniu owego saganka przywieziono ją właśnie do mnie. Po zbadaniu—pamiętam to dobrze—okazało się, iż chora cierpi na *parametritis puerperalis*; ale prócz tego spostrzegłem na brzuchu na około pępka cuchnące, okrągłe

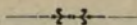
owrodzenie, mające do 20 ctm. w średnicy, pokryte czarniawym strupem. Był to ślad po saganku Nie ulegało wątpliwości, iż, prócz zasadniczego cierpienia, mam jeszcze do czynienia z obumarciem skóry brzucha na znacznej przestrzeni. Chora ta w kilka dni umarła, a sądzę, iż gangrena, wywołana przez przystawienie saganka, niepoślednio przyczyniła się do śmierci. Mając ten przypadek w pamięci, nie omijam żadnej sposobności do tłumaczenia swoim chorym z pośród ludu, aby zwyczajnie tego zaniechali. Pożytku nie przynosi on najmniejszego, a czasem [choć rzadko] może dużą wyrządzić szkodę.

Siemiatycze, gub. Grodzieńska, powiat Bielski.

Pozostaję z szacunkiem.

Ludwik Czarkowski.

Wiadomości bieżące.



— W ostatnich czasach, oprócz tyfusu plamistego, pojawia się dużo przypadków zimnicy. Niektóre formy są dosyć ciężkie. Przytem dodać należy, że, jak rok rocznie podczas upalnych miesięcy, zdarzają się i obecnie przypadki *cholerae nostras*.

— I znówu prof. ADAMKIEWICZ przedstawił Towarzystwu Lekarskiemu Wiedeńskiemu [na posiedzeniu dnia 20 Maja r. b.] chorego, znajdującego się właśnie w trakcie leczenia metodą jego. Ponieważ pomimo wycięcia raka z dolnej wargi i dwukrotnego wyluszczenia gruczołów zrakowatych, nastąpiła znówu recydywa pod postacią guza gruczołu podszczękowego, więc chory, zniechęcony już do operacyi, zwrócił się o pomoc do ADAMKIEWICZA. W chwili pierwszego wstrzyknięcia płynu A., pod kątem prawym dolnej szczęki znajdował się guz twardy, niebolesny, kształtu jaja, niewielki, nad którym skóra była zupełnie przesuwalną i prawidłową. Po kilku wstrzyknięciach, stosowanych jak zwykle nie do guza samego, lecz w tkanki zdrowe otaczające, guz zaczął mięknąć, a po 10 wstrzyknięciach wytworzyła się na wysokości jego wyniosłość biała, chęłbocząca, która dnia następnego sama się otworzyła, a z otworu wypłynęło dużo białej, gęstej miazgi, podobnej do zawartości kaszaka, która pod drobnowidzem okazała się być masą zmartwiałych komórek rakowatych. Tak więc, powiada A., pod wpływem wstrzykiwań nastąpiła eliminacja nowotworu jako następstwo nekrozy pierwiastków specyficzných i zapalenia odczynowego, przez nią wywołanego, a z tego już nie waha się on wnioskować, iż wstrzykiwania jego, wywołując na drodze sztucznej zamieranie komórek rakowatych, tworzą tem samem podstawę do wyleczenia.

W dyskusyi KUNDRAT przypomina, że miękniecie i otwieranie się raków przerzutowych, rozwijających się w gruczołach szyjowych, przychodzi nadzwyczaj często i samodzielnie do skutku nie może więc służyć za dowód działania środka ADAMKIEWICZA. W przypadku jego mogło właśnie nastąpić samodzielne zmięknienie guza. DITTEL zaś nie sądzi, aby nekroza i rozplynięcie się guza dowodziły tendencyi do wyleczenia. Przedstawiony przypadek — to rozrastający się szybko (*fröhlich*) rak gruczołów i nie więcej.

Z.

— „Przegląd Lekarski“, w N-rze 24 podziela pogląd na projekt wydawania archiwu lekarskiego w języku niemieckim dla prac polskich, jaki wypowiedzieliśmy w N-rze 23 naszego czasopisma. Ze swej strony „Przegląd“ dodaje, na co piszemy się najzupełniej, „że my oddawna posiadamy już rodzaj archiwu w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“, który to organ atoli, przeznaczony właśnie dla większych prac naukowych, liczy bardzo skromną liczbę abonentów; jeżeli więc lekarze polscy czują rzeczywistą potrzebę archiwu, to zamiast robienia prób, wypadaloby tylko poprzeć wychodzący oddawna „Pamiętnik“ licznym abonentom, a wtedy redakcyjna, a względnie właściciele „Pamiętnika“ zgodziliby się zapewne na poczynienie w wydawnictwie zmian, jakie większość abonentów uważalaby za potrzebne; tym sposobem mielibyśmy archiw odpowiedni polski bez znacznego nowego nakładu, a z drugiej strony przez poparcie ogólne oddalibyśmy hold zasłudze jednego z najdawniejszych naszych wydawnictw.

— Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w roku bieżącym w Krakowie d. 12, 13 i 14 Lipca.

— D-r STANISŁAW BRAUN habilitował się w końcu Maja r. b. na docenta położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Prof. fizjologii w Wiedniu EXNER ogłosił odezwę do lekarzy o nadsyłanie składek pieniężnych w celu wzniesienia pomnika BRÜCKE'mu w dziedzińcu Uniwersytetu Wiedeńskiego.

— Zarząd zdrowy w Krynicy donosi: „Wysokie c. k. Ministerjum rolnictwa w Wiedniu przyzwoliło reskrytem z dnia 8 b. m. L. 6477 na bezpłatne udzielanie wód mineralnych Krynickich, o ile na to dozwolone kredyty starczą, do osobistego użytku P. P. Lekarzy. Uprasza się przeto tych P. P. Lekarzy, którzyby zamierzali z tego przyzwolenia korzystać, aby racyli wnieść podanie za pośrednictwem c. k. Zarządu zdrowego w Krynicy do c. k. Dyrekcji dóbr skarbowych we Lwowie, która zastrzega sobie w tej mierze prawo decyzji“.

Ze swej strony dodamy, iż w innych wodach zagranicznych dość lekarzowi pośłać kartę wizytową, by otrzymać w zamian bilet na bezpłatne używanie kąpieli i wód, gdy tymczasem w Krynicy, wedle powyższego uwiadomienia, potrzeba czekać będzie kilka dni i to jeszcze możliwie na odpowiedź odmowną, gdyż „kredyty“ mogą często szwankować.

— Obok przedstawienia danych co do syfilisu w Berlinie, w broszurze „*Die Verbreitung der Syphilis in Berlin*“ 1892 r., jednym z głównych celów BLASCHKI było zwrócenie uwagi na wadliwe prawa instytucyj „kas dla chorych“ (*Krankenkassen*), które chorym wenerycznym najczęściej odmawiają należnej pomocy pieniężnej przez czas choroby, a dają ile można najmniej, bo pomoc lekarską i lekarstwa [dawniej i tego nawet takim chorym odmawiano]. Powstając przeciw tak ciasnym pojęciom, i zwracając uwagę na ważność równouprawnienia chorych wenerycznych z innymi chorymi, choćby tylko ze względu na interes społeczny i państwowy, BLASCHKO chciał wpłynąć na zmianę decyzji parlamentu niemieckiego, toczącego wtedy debaty nad prawami *Krankenkass.* Należy pamiętać, że kasy te nie mają zadania instytucyj moralizujących, lecz higienicznych.—Pomijając optymistyczne wnioski Bl. o wpływie zniesienia domów publicznych na zmniejszenie ilości chorych syfilitycznych i t. p., podajemy tu tylko niektóre dane, tak niedokładne lub przybliżenie obliczone, jak wszystkie tego rodzaju dane liczbowe bywają. W r. 1860 w Berlinie na 528900 mieszk. było prostytutek kontrolowanych 989, w roku zaś 1889 na 1,520.000 ludności liczba prostytutek dochodziła do 3713. Chorych zaś prostytutek, leczonych w szpitalu Charité, ilość zmniejszyła się ze 107% [w 1860 r.] do 50% [w 1889 r.]. Z pośród tych chorych w ostatnich latach było: syfilitycznych 32%, z wrzodem wenerycznym 41%, z tryprem 27%. Każda prostytutka w ciągu roku 1889 była badana przecięciowo 26 razy.

Co do garnizonu berlińskiego [wynoszącego około 20 tyś. ludzi], dostarczył on chorych:

w r. 1873—1878 wenerycznych	56,3 ⁰ / ₀₀	syfilitycznych	11,3 ⁰ / ₀₀
w r. 1878—1883	51,8 ⁰ / ₀₀	„	9,8 ⁰ / ₀₀
w r. 1883—1888	36,8 ⁰ / ₀₀	„	7,8 ⁰ / ₀₀

W berlińskim „*Gewerkskrankenverein*“ również zmniejszenie ilości chorych daje się zauważyć. Podczas gdy np. w r. 1867—6,4% członków, albo 7,13% wszystkich chorych członków, cierpiało na choroby weneryczne, w r. 1888 było chorych wenerycznych tylko 2,3% wszystkich członków, lub 3,4% wszystkich chorych członków.

Za zmniejszeniem liczby chorych syfilitycznych przemawia również i mniejsza ilość rodzących się w owym okresie czasu nieżywych dzieci, czego syfilis, jak wiemy, najczęściej bywa powodem. W r. 1860 stanowiły one 46,2⁰/₀₀ wszystkich porodów, w r. 1870 — 40,9⁰/₀₀, 1880 i t. d. 37,7⁰/₀₀. Obliczając przybliżenie dla Berlina ilość syfilityków, podług powyższych danych, Bl. wnosi, że każda 9 lub 10 osoba w Berlinie ma lub miała syfilis. W ostatnich jednak trzech latach rzecz nie tak różowo już się przedstawia; ilość bowiem syfilitycznych i wenerycznych chorych ciągle wzrasta.

Odpowiedzi Redakcyi.

Panu A... B..., przyrodnikowi z Cz... Dym tytuniowy przy „zaciąganiu się“ wchodzi głównie do krtani i tchawicy, część jego tylko i to przy głębokiem zaciąganiu się istotnie może iść dalej do oskrzeli i dalej. Do żołądka zaś zwykle dym się nie dostaje, chyba przy umyślnych ruchach pokładowych podczas palenia, albo też bardzo nieznaczna część ze śliną, rozpuszczona w tej ostatniej.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na II-e półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.