

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynę do patologii padaczki połowicznej, skreślił d-r Władysław S—Zawadzki. Przypadek całkowitego przewlekłego wynicowania macicy (Inversio uteri completa chronica), spostrzegł i opisał D-r J. Rogowicz. (Dokończenie). — **Kazuistyka.** Zniknięcie przedwstępnych objawów ostrej niedrożności kiszkowej po usunięciu ciała obcego z odbytnicy, napisał d-r Ignacy Grudzach. — **Streszczenia zbiorowe.** Istota i leczenie błednicy, krytycznie opracował D-r Stanisław Klejn. (Dalszy ciąg). — **Streszczenia i Wyciągi.** 2. Przyczynę do etyologii ropnego zapalenia opon mózgowych u ssawców. — **Odcinek.** W sprawie ukończenia asenizacji Warszawy. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Zawadzki — Contribution à la pathologie de l'hémipilepsie. 2) D-r J. Rogowicz — Un cas d'inversion complète chronique de l'utérus. 3) D-r I. Grudzach — De la disparition des symptômes initiaux de l'obstruction intestinale aigüe après l'extraction d'un corps étranger du rectum.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Zawadzki — Zur Pathologie der Hemipilepsie. 2) D-r J. Rogowicz — Ein Fall von totaler chronischer Inversion der Gebärmutter. 3) D-r I. Grudzach — Ueber das Verschwinden der Initialsymptome von acutem Ileus durch Extraction eines Fremdkörpers aus dem Rectum.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str., 5.

PRZYCZYNEK DO PATOLOGII PADACZKI POŁOWICZNEJ,

skreślił d-r Władysław S—Zawadzki,

b. Ordynator Kliniki Terapeutycznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Nauka o padaczce połowicznej czyli tak zwanej padaczce korowej lub Jackson'a przedstawia pod różnymi względami wiele jeszcze stron ciemnych, które rozjaśnione być mogą przedewszystkiem na drodze licznych spostrzeżeń klinicznych. Nie od rzeczy więc będzie zwrócić uwagę na następujące przypadki:

S. W., lat 26, służąca, pochodząca z nieznanymi rodziców, o ile zapamiętać może, w dzieciństwie była zdrowa. W 12 r. życia zjawiała się pierwsza miesiączka, obfita i bolesna, podczas której W. wśród gwałtownego osłabienia i zawrotu głowy, leżąc w łóżku, straciła przytomność i dostała drgawek. Po napadzie, który trwał bardzo krótko, W. uczuła silny ból głowy ze strony lewej; od tego czasu ból ten z mniejszymi lub większymi przestankami towarzyszył chorej stale. Po pierwszej miesiączce nastąpiła przerwa roczna bez miesiączkowania, a następnie miesiączka zjawiała się bardzo nieprawidłowo, trwała zwykle długo (do 2-ch tygodni) z częstymi, dłuższymi przerwami. Stale podczas miesiączki chora doznawała silnego bólu głowy, zawsze więcej wyrażonego ze strony lewej. W 15-ym roku życia pierwsze spółkowanie i pierwszy poród, następny poród w 19-ym r., trzeci w 21-ym, wreszcie czwarty i ostatni w 26-ym. W 16-ym roku życia podczas, jak się wyraża chora, namiętne-go tańca, W. po raz drugi w życiu uczuła zawrót głowy, straciła przytomność i dostała drgawek. Napad trwał krótko, poczem, jak po poprzednich napadach, pozostał silny ból głowy strony lewej. W 19-ym roku życia, zaraz po

drugim porodzie prawidłowym, i w 25-ym roku, po gwałtownej sprzeczce, W. miała jeszcze dwa takie napady drgawek z utratą przytomności. Napady te chora pamięta doskonale; przypomina sobie, że zawsze poprzedzał je silny zawrót głowy; obecni opowiadali jej, że podczas napadu twarz jej stawała się sina, piana występowała z zaciśniętych ust, obie ręce były zaciśnięte i były drgawki ogólne. Po napadzie zwykle występowały nieznaczne poty, chora czuła się mocno zmęczona, pozostawał na kilka dni silny ból głowy po stronie lewej. W rękach lub nogach W. ani po napadzie ani później nie uczuwała żadnych zmian szczególnych. Chodzić mogła dobrze i zajmowała się ciężką pracą. Lewostronny ból głowy zjawiał się u chorej po każdym silniejszym zmęczeniu, wzruszeniu moralnem, niekiedy po spółkowaniu. Bólowi temu często towarzyszyło bicie serca. Wogóle chora była usposobienia bardzo burzliwego i zmiennego, szczególnie wrażliwość płciowa była bardzo rozwinięta. Chorób wenerycznych nie przechodziła, pijaństwu się nie oddawała.

W połowie października roku 1886, czwartego dnia po ostatnim prawidłowym porodzie, kiedy chora po raz pierwszy podniosła się z łóżka, uczuła zawrót głowy, dreszcze i poty naprzemian, i silny ból w prawej stopie, który następnie posuwał się ku górze na goleń, biodro, brzuch, wreszcie na prawą rękę, poczem W. zemdląła. Drgawek, według słów chorej, nie było wcale. Napad ten zupełnie nie był podobny do 4-ch poprzednich. Nieprzytomność trwała około 2-ch godzin; postawiono chorej 4 pijawki za uszami i stosowano najrozmaitsze środki trzeźwiące. Po przyjsciu chorej do przytomności pozostał, oprócz bólu głowy, stały ból tępy w prawej nodze i prawej stronie brzucha obok wyraźnej ociężałości w ruchach nogi prawej, co jednakże nie przeszkadzało chorej spełniać obowiązków służącej.

W ostatnich dniach listopada tegoż roku, po całodziennej ciężkiej pracy, podczas miesiączki, ból w nodze i brzuchu wzmógł się znacznie i chora bez utraty przytomności spostrzegła dziwne drganie (według wyrażenia chorej szarpanie) w stopie prawej i prawej stronie pokryw brzusznych; — drganie to trwało parę godzin, a następnie co kilka dni powtarzało się w większym lub mniejszym natężeniu. 23 grudnia W. wstąpiła do kliniki. Tu badanie wykryło co następuje:

Chora lat 26, dobrze zbudowana. Skóra i dostępne dla oka błony śluzowe blade, tkanka tłuszczowa podskórna słabo rozwinięta. Żadnych blizn na skórze niema, gruczoły chłonne nieco powiększone. Rogówka lewego oka zmętniała. Pierwszy ton u wierzchołka serca niewyraźny. Wątroba i śledziona nieco powiększone; zresztą nic nieprawidłowego w narządach wewnętrznych wykryć się nie daje. Badanie strony nerwowej narządów zmysłów nie wykazało zmian żadnych (oka lewego z powodu zmętnienia rogowki wzornikiem nie badano). Czucie skórne na całej powierzchni ciała prawidłowe, jak również i sprawność mięśniowa tułowia, kończyn górnych i lewej dolnej bez zarzutu; prawa kończyna dolna jest w stanie lekkiego niedowładu. Chora, chodząc, z trudnością unosi prawą nogę do góry, niekiedy wlecze piętę lub palce po podłodze. Na lewej nodze stać może swobodnie, na prawej jest to niemożliwe; stojąc na dwóch nogach, rozstawia nogi. Przy ruchach biernych uczuwać się daje lekki stopień zesztynienia mięśniowego (*rigiditas*); zresztą wszelkie ruchy czynne i bierne możliwe. Stawy niezmiennione. Odruch kolanowy prawy wzmożony, pobudliwość elektryczna, mięśniowa i nerwowa prawidłowe. Czucie skórne prawidłowe. Pęcherz i odbył funkcyjną dobrze. Żadnych stygmatów (znamion) historycznych wykryć nie można.

Mowa prawidłowa. Strona psychiczna chorej nie pozostawia nic do życzenia, pamięć doskonała: chora na zadawane w dość znacznych odstępach czasu pytania anamnesticzne zawsze daje zgodne i jasne odpowiedzi, ubolewa nad swoim stanem i nie traci nadziei wyzdrowienia. Drgawek żadnych ani przy ruchach, ani w stanie spoczynku nie zauważono. Stan bezgorączkowy; apetyt dobry. Chora skarży się na ból głowy ze strony lewej, silny i nieustanny ból w nodze prawej od stopy aż do krzyża i tępy ból w prawym podbrzuszu.

28. XII. Po kąpieli gorącej i bez wyraźnego napadu lub utraty przytomności, obok znacznego pogorszenia wszystkich poprzednich objawów chorobowych, wystąpiły drgawki w palcach prawej nogi i mięśniach prawej strony brzucha (głównie ramie i przedramie — dłoń swobodna). Podczas ruchów drgawki wzmagają się. Chora może chodzić, ale przy chodzeniu noga prawa zakreśla najrozmaitsze linie krzywe, niekiedy podskakuje do góry. Skurcze występują w oddzielnych mięśniach nie z jednakową siłą. Chora, chcąc wziąć się za nos, zatacza ręką najdziwaczniejsze kręgi w powietrzu i po twarzy, zanim dojdzie do celu. Przy ucisku nerwów doprowadzających skurcze ustają, aby następnie powrócić ze zdwojoną siłą. Lewa źrenica nieco rozszerzona. Czucie skórne prawidłowe. Siła prawej ręki słabsza, niż lewej (30 — 45). Stan taki trwał dni kilka, drgawki stopniowo słabły, pozostał tylko zwiększony niedowład nogi prawej. Chora spełniała różne roboty na sali szpitalnej, pomiędzy innymi szyła i haftowała dużo.

12. I. 87. Zrana, bez wyraźnej przyczyny, powróciły drgawki naprzód w nodze, następnie w brzuchu i ręce. Źrenica lewa nieco rozszerzona. Ból głowy i ból w nodze wzmogły się. Drgawki stopniowo zmniejszały się i po tygodniu pozostały tylko w ręku podczas ruchów, wreszcie znikły zupełnie, pozostawiając po sobie, jak poprzednio, zwiększony niedowład nogi i bóle.

4. II. Po kąpieli powrót drgawek — w tym samym porządku, jak poprzednio.

7. II. Kiedy jeszcze drgawki poprzedniego napadu nie ustały zupełnie, po obiedzie, po śnie lubieżnym, nastąpiło wyraźne wzmożenie drgawek połowicznych (mięśnie szyi i twarzy spokojne), które trwało, stopniowo zmniejszając się, dni kilka. Leczenie przeciwprzymiotowe pozostało [bez wpływu dodatniego.

13 i 26. II., jak również 5 i 12. III. napady drgawek, trwające od 4-ch do 7-iu dni, coraz mniej wyrażone w nodze, natomiast silniej w ręce prawej. W odstępach pomiędzy drgawkami chora prawą ręką spełnia najsubtelniejsze roboty — skarży się tylko na ból lewej strony głowy, ból i odrętwienie prawej nogi.

31. III. Chora silnie rozdrażniona, mowa chwilami utrudniona, odpowiedzi płaczą się. W ciągu dnia kilkakrotne wymioty. Drgawki ręki całej i mięśni tułowia prawostronne.

10. IV. Wymioty codziennie. Chwilami chora nieprzytomna. Drgawki wciąż połowiczne. Objawy obrzęku płuc. Tętno słabe.

13. IV. Senność, wymioty. Tętno coraz słabsze, nieregularne — oddech ciężki, przyspieszony. Prawa noga w stanie niedowładu; mięśnie prawej połowy tułowia i szyi, jak również prawej ręki, w ciągłych drgawkach, wzmagających się przy ruchach biernych. Czucie skórne wszędzie zachowane. Źrenica lewa zupełnie rozszerzona, prawa nieco zwężona, słabo oddziaływa na światło. Mięśnie oka i twarzy normalne. Mowa bardzo utrudniona. Przytomność zachowana. Chora skarży się na gwałtowny ból głowy.

14. IV. Chora nieprzytomna. Drgawki w prawej ręce wzmogły się. Noga prawa zupełnie spokojna. Chwilami lekkie drganie w palcach lewej nogi. Żrenica lewa zwężona. Na drugi dzień chora zmarła.

Przez cały czas pobytu chorej w klinice nigdy nie notowano podniesienia się ciepłoty nad $37,5^{\circ}$. Miesiączka nie zjawiała się wcale.

Rozbiór zwłok, dokonany dnia 15. IV. 1887 przez prof. PRZEWOSKIEGO, wykazał, co następuje:

Pneumonia hypostatica bilateralis. Serce nieco powiększone, na zastawce dwudzielnej nieznaczne zgrubienia. Wątroba i śledziona powiększone. Nerki w stanie zmętnienia mięszonego. W prawym jajniku mała torbiel skórzasta, z lewej strony *perioophoritis*. Katar żołądka i kiszek. Opony mózgowe i mózg w stanie obrzęku. Lewa półkula powiększona. Żyły przepelnione krwią. W lewej półkuli w górze, na miejscu przejścia powierzchni zewnętrznej na wewnętrzną, na górnym końcu szczeliny ROLAND'a wyczuwa się guz twardy (Fig. I), który od strony zewnętrznej zajmuje górne części *lobi prae-* i *post-centralis*, od strony zaś wewnętrznej *lobulus paracentralis*. Guz kształtu kuli nieprawidłowej $4\frac{1}{2}$ ctm. średnicy. Opony mózgowe przyrosnięte lekko do guza. Po przecięciu pionowem mózgu przez środek nowotworu okazało się, że guz, zrosnięty z oponą miękką i twardą, zniszczył szarą substancję na stronie zewnętrznej i wewnętrznej półkuli i zajął część substancji białej, od której oddziela się kilkomicrometrową warstwą rozmięklej substancji mózgowej. Stosunek guza do całości półkuli mózgowej wykazuje załączony rysunek szematyczny (Fig. II). Sam guz, na przekroju szary, wykazuje na powierzchni zewnętrznej ognisko nieco twardsze i ciemniejsze, przylegające do błon mózgowych, wielkości ziarnka grochu; obok ogniska tego część nowotworu jest zabarwiona na kolor brunatny. Wewnętrzna strona lewej półkuli jest nieco wciśnięta w prawą półkulę. Komory mózgowe zawierają nieco płynu surowiczego. Przy stwardnieniu mózgu guz wypadł z pozostałej masy mózgowej, jak również oddzielił się od opon mózgowych. Badanie drobnowidzowe guza określiło go jako *gliosarcoma*. (D. n.).

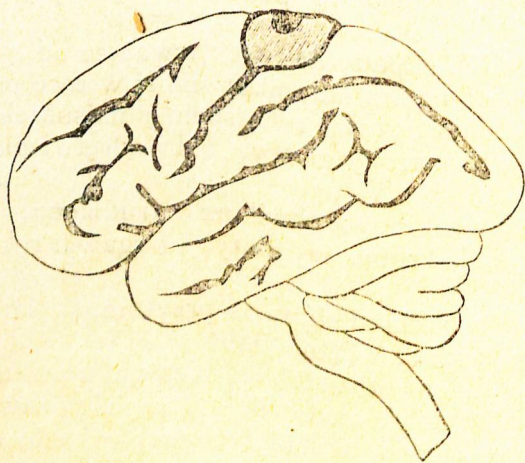


Fig. I.

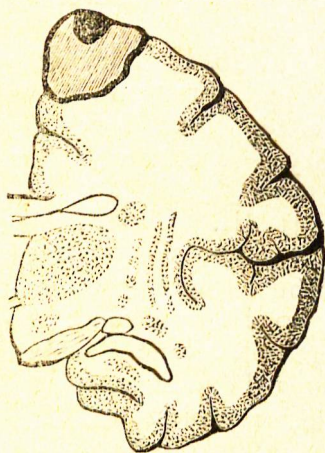


Fig. II.

PRZYPADEK CAŁKOWITEGO PRZEWLEKŁEGO WYNICOWANIA MACICY

(Inversio uteri completa chronica).

Sposzrzegał i opisał D-r J. Rogowicz.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 1).

Co się zaś dotyczy leczenia wyciowanej macicy, to zwrócimy tu uwagę wyłącznie na leczenie zapomocą pęcherza gumowego, napełnianego wodą lub powietrzem rozdymanego, gdyż taki sposób w opisanym przypadku z pożądanym skutkiem stosowaliśmy.

Działanie takiego pęcherza zasada się na wywieraniu ucisku jednostajnego przez czas dłuższy, w dwóch kierunkach spólcześnie, a mianowicie: na dno macicy wyciowanej, z dołu ku górze, w kierunku osi wchodu miednicy, jaki macica posiada w stanie prawidłowym, i na niewyciowany obwód ujścia zewnętrznego macicy, w kierunku odśrodkowym. Cała trudność polega na wywołaniu działania w tych dwóch kierunkach spólcześnie. Że samo wtłaczanie dna macicy z dołu ku górze i ku przodowi, nie prowadzi do skutku zamierzonego, widzieliśmy i w naszym przypadku, w którym wielokrotnie staraliśmy się odnicować macicę zapomocą działania ręcznego, a zawsze daremnie, nawet po zachloroformowaniu chorej. Bezskuteczność takiego działania zależy przedewszystkiem od tego, że nie możemy spólcześnie wywierać ucisku w kierunku odśrodkowym na brzegi ujścia zewnętrznego; uciskanie tych brzegów drugą ręką przez powłoki brzuszne z góry na dół zabezpiecza wprawdzie od oderwania macicy od sklepienia pochwy, co łatwo przy użyciu większej siły do wtłaczania dna nastąpić może, lecz bynajmniej nie zastąpi owego parcia odśrodkowego. Gdyby zwyktemu pęcherzowi gumowemu, napełnionemu wodą, można było nadawać kształt taki, jaki pochwie nadaje macica wyciowana, w niej stercząca, t. j. butelki do góry dnem, o znacznej wklęsłości, wywróconej, jak to L. A. NEUGEBAUER²⁾ na rysunkach swych przedstawia; to i ucisk tak na dno, jak i na brzegi ujścia macicy działałby w pożądanym kierunkach. Jest to jednak niemożliwe, jak to zaraz zobaczymy.

Całkowicie wyciowana macica przedstawia się w postaci guza we wszystkich kierunkach ruchomego, sprężystego, wiszącego jakby na grubej szypule, w środku stropu pochwy uczepionej, i $\frac{3}{4}$ lub całą długość jej zajmującego. Guz ten wprawdzie pod uciskiem palcami ustępuje w górę, nieraz tak wysoko, jak tylko długość naszych palców starczy, lecz o tyle tylko, o ile miejsce przyczepienia jego szypuły także w górę się usunie; po wyjęciu palców z pochwy guz natychmiast zajmuje poprzednie niskie położenie, jakie mu ciężar jego nadaje. Wprowadzamy tedy pęcherz gumowy pusty, zmięty do pochwy i rozdymamy go powietrzem lub napełniamy wodą; ma on natenczas taką wielkość, że wypełniłby całą pochwę nawet wtedy, gdyby w niej guza w postaci wyciowanej macicy nie było. Że zaś ma to miejsce i przy zmniejszonej przez guz jej pojemności, zatem ulecz ona musi odpowiedniemu powiększeniu—rozciągnięciu, a macica wyciowana, przy znacznej swej ruchomości, zostaje

²⁾ „Medycyna“, T. XIV z r. 1886, № 7, str. 104—106.

przyparta do ściany pochwy tem silniej, im pęcherz gumowy będzie więcej rozдутy, i ulegnie jedynie spłaszczeniu. Jeżeli następuje przytem przyparcie guza do tylnej ściany pochwy, co najczęściej się zdarza, to wierzchołek pęcherza może dotrzeć do przodowego sklepienia pochwy i pośrednio działać w kierunku odśrodkowym na przodową część brzegów ujścia macicznego. Toż samo, chociaż rzadziej, dzieje się od tyłu, a mianowicie wtedy, gdy trzon macicy wycinowanej zostanie przyparty przez pęcherz gumowy do przodowej ściany pochwy. Że tym sposobem wywierany ucisk na dno i trzon macicy przez pęcherz gumowy, bezpośrednio do zamierzonego celu nie prowadzi, tak samo, jak wtłaczanie dna palcami, jest tak oczywiste, że nie widzimy potrzeby dłużej się nad tem zastanawiać. To nam nadto uwydatnia przyczynę długiego trwania leczenia zapomocą pęcherza gumowego. Do pewnego czasu takowe leczenie należy uważać za przygotowawcze, a mianowicie do tej chwili, w której zdołamy dno macicy odsunąć palcami aż do poziomu ujścia i na tej wysokości utrzymać podczas zakładania i napełniania pęcherza, co w opisanym przypadku nastąpiło dopiero w 30-ym dniu od rozpoczęcia leczenia. Wprawdzie w ciągu tego czasu byliśmy zmuszeni przerywać po dwakroć na dni 4 i 3 dalsze zakładanie pęcherza, niemniej jednak to leczenie przygotowawcze było długie i uciążliwe.

Pierwsza przerwa nastąpiła pod koniec pierwszego tygodnia z powodu pojawienia się znacznej bolesności w dole brzucha, zwłaszcza po stronie prawej, i gorączki, których dotąd nie było. Wylanie się, po usunięciu pęcherza gumowego z pochwy, około 50 grm. śluzowo-ropiastego płynu, cuchnącego, gęstości i barwy śmietany, wzniewało przypuszczenie utworzenia się ropnia; badanie jednak, przez pochwę i odbytnicę dokonane, wykazało, że przypuszczenie to było mylne. Było to poprostu nagromadzenie się i zatrzymanie zwykłej wydzieliny w tylnym odcinku szyi i w tylnem sklepieniu pochwy przez wycinowany trzon macicy, silnie przyparty do tylnej ściany pochwy przez pęcherz gumowy, większą, bo do 500 grm. dochodzącą, ilością wody napełnioną. Stan gorączkowy objaśniamy wchłonięciem pewnej ilości tak uwięzionej wydzieliny, a bolesność brzucha — podrażnieniem miejscowem, ze znacznego ucisku pochodzącym; cuchnąca woń pochodziła zapewne z nowego pęcherza gumowego, którym zastąpiono przed trzema dniami stary, uległy przedziurawieniu. Drugą przerwę w zakładaniu pęcherza wywołało wystąpienie objawów podrażnienia miejscowego i lekkie naddarcie sromu przy daremnem usiłowaniu dokonania ręcznie odnicowania pod chloroformem, po 12-tu dniach ciągłego stosowania pęcherza gumowego.

Wogóle przez 23 dni, podzielone na 3 serye, 6, 12 i 5 dni pęcherz gumowy pozostawał w pochwie, a od rozpoczęcia takiego leczenia do odnicowania macicy ubiegło dni 30. Aczkolwiek nie jest to niezwykły przeciąg czasu, w każdym razie nie jest on krótki, a zawsze bardzo uciążliwy nietylko dla chorej, lecz i dla leczącego.

To właśnie stanowi stronę ujemną tego najłagodniejszego ze wszystkich sposobu leczenia, a, jak widzimy, zależącą od niemożności nadawania pęcherzowi gumowemu takiego kształtu, jaki ma pochwa, zmieniona przez wycinowaną macicę, a tem samem niemożności wywierania spólcześnie ucisku z dołu do góry na dno i w kierunku odśrodkowym na sklepienie pochwy w całej jego rozległości. Tymczasem podczas leczenia przygotowawczego, to ostatnie przeważnie ma miejsce, lecz tylko częściowo, gdyż raz z tyłu tylko, innym razem jedynie z przodu, albo też z jednego lub drugiego boku, co zależy po-

prostu od tego, gdzie jest najwięcej swobodnego miejsca w chwili napełniania pęcherza, które on w pochwie zajmuje. Po wstrzyknięciu do pęcherza gumowego pierwszej syrenki wody (100 grm.) można jeszcze, chociaż już niełatwo, wprowadzić palec obok niego do pochwy i przekonać się, jaką jej okolicę zajmuje macica wyciowana; lecz położenia jej już zmienić niepodobna z powodu braku miejsca. A gdyby nawet udało się ustawić dno macicy w zagłębieniu wierzchołka pęcherza, to przy wstrzyknięciu doń następnej syrenki wody, zostanie ono stamtąd wyparte, gdyż wtedy zagłębienie to się wyrówna, a przy trzeciej syrendze wody na wypuklenie się zmieni i macica zajmie obok pęcherza to miejsce, na które on najmniejszy stosunkowo ucisk wywiera. Działanie przeto pęcherza gumowego ogranicza się na rozpieraniu pochwy i części jej stropu, o ile wierzchołek pęcherza do sklepienia pochwy dochodzi; przy małej ilości wody nie ma to miejsca, a przy większem napełnieniu pęcherza wzmagają się niepożądany ucisk boczny na trzon macicy. W każdym razie rozciąganie częściowe sklepienia pochwy nie jest bezużyteczne, albowiem sklepienie pociąga za sobą w kierunku odśrodkowym ściany szyi wyciowanej macicy; samo zaś uciskanie jej przez pęcherz działa na nią jak mięsienie (*massage*), rozluźniając i powolnie wprowadzając, lecz ostatecznie do odnicowania doprowadzić może bez użycia innego sposobu, jak tego znane są przykłady. Niebrak jednakże i takich przypadków, w których pożądaný skutek i po miesiącu ciągłego zakładania pęcherza nie nastąpił, co zniewalało do zmiany dotychczasowego postępowania, jak to i w naszym przypadku uczyniliśmy.

Zmiana ta polegała na odsunięciu dna wyciowanej macicy do poziomu jej ujścia i utrzymaniu go na tej wysokości tak podczas zakładania pęcherza, jakoteż rozdymania go powietrzem. Że zaś nie mogliśmy zmiany tej dokonać wcześniej, przeto cztery tygodnie trwające t. zw. leczenie przygotowawcze nie było bezużyteczne. Sądzymy jednakże, że czas ten można skrócić przez wypełnianie miejsc wolnych dookoła macicy gazą jodoformową, przed każdym wprowadzeniem pęcherza, jak to radzi BYLICKI³⁾, i tym sposobem do pewnego stopnia umożliwić wywieranie ucisku bezpośrednio przez pęcherz na dno macicy z dołu do góry, a pośrednio przez gazę w kierunku odśrodkowym na sklepienia pochwy. Tym sposobem w krótkim stosunkowo czasie możemy pozyskać warunek, do wymienionej zmiany postępowania konieczny, a mianowicie wtłoczenie dna w ujście zewnętrzne wyciowanej macicy.

W naszym przypadku utrzymywaliśmy dno macicy w tem położeniu lewą ręką, działającą przez powłoki brzuszne i spychającą przodową ścianę pochwy na dół i ku tyłowi tak, że dno macicy na tej ścianie spoczywało dopóty, dopóki drugą ręką nie wprowadziliśmy do pochwy pęcherza i asystent nie rozdał go powietrzem. Takie zepchnięcie przodowej ściany pochwy jest możliwe jedynie przy znacznej wiotkości powłok brzusznych. Że zaś jej nie brak u każdej chorej z macicą wyciowaną, skutkiem ciągłego krwawienia źle odżywianej, przeto sędzę, że ten sposób w każdym przypadku da się zastosować. Gdyby to było niemożliwe, w takim razie należy pójść za radą BYLICKIEGO (*l. c.*) i ułożyć chorą nieuśpioną w raczka (*à la vache*) i tym sposobem dno w górę odsunąć, szyję gazą jodoformową wypełnić i założyć pęcherz gumowy.

Na zakończenie zastanówmy się nad zagadnieniem: czy jest i jaka różnica w działaniu pęcherza wypełnianego wodą, a rozdymanego powietrzem? Z góry odpowiadamy, że różnica istnieje dosyć znaczna i na korzyść rozdymania po-

³⁾ Nauka o chorobach kobiecych. Kraków. 1894, str. 303.

wietrzem przemawiająca. Woda, zawarta w pęcherzu gumowym, w pochwie chorej, nawznak leżącej, się znajdującym, według prawa układania się wszelkich cieczy do równowagi, zbiera się przeważnie od tyłu, gdzie pochwa z powodu wklęsłości kości krzyżowej jest najobszerniejsza, i po części od przodu czyli u dołu t. j. w części pęcherza zwężonej, jego szyi, a tem samem odbytnica, po za tylną ścianą pochwy się znajdująca, i szyja pęcherza moczowego, od przodu będąca, doznają największego ucisku; co dla chorej nie jest obojętne, gdyż przy znacznej ilości wody, której ciężar ucisk ten jeszcze powiększa, chore skarżą się nieraz na dolegliwości nie do zniesienia, a zawsze na niemożność wydalania moczu i stolca.

Przy rozdymaniu pęcherza gumowego powietrzem, ani ciężar jego, ani też dążność do równowagi całkiem w rachunek nie wchodzi. A natomiast znaczna ściśliwość i rozprężliwość powietrza sprawiają to, że tak napełniony pęcherz posiada wielką dążność do przyjęcia takiego kształtu, jaki pochwie nadaje macica wycinowana, a tem samem równomierny wywiera ucisk tak na jej dno i trzon, jakoteż na sklepienia i ściany pochwy. Że zaś rozprężliwość powietrza jest w stosunku prostym do jego ściśliwości, zatem o ile zagłębienie w wierzchołku pęcherza, wywołane parciem nań z góry na dół dna macicy wycinowanej, będzie większe, o tyle kolistą krawędź tego zagłębienia będzie sięgała wyżej, tak dalece, że dosięgnie obwodu ujścia zewnętrznego i wywierać tu będzie tak pożądany ucisk w kierunku odśrodkowym. Dla otrzymania takiego skutku należy pęcherz gumowy z początku napełniać taką tylko ilością powietrza, jaką on zawiera przy zwykłym ciśnieniu atmosferycznym. Silnie powietrzem rozdęty pęcherz gumowy tem się nadto różni w działaniu od pęcherza, napełnionego większą ilością (600 grm.) wody, że jest lżejszy o cały ciężar użytej wody, a przez to sprawia chorej mniejsze dolegliwości, jak to w opisanym przypadku stwierdziliśmy.

Streszczając to, co o leczeniu przewlekłego wycinowania macicy zapomocą zwykłego pęcherza gumowego wypowiedzieliśmy, widzimy: 1) że nadawanie temu pęcherzowi kształtu pochwy, zmienionego przez macicę wycinowaną, jest zadaniem niezmiernie trudnem i zaledwie w niewielkim stopniu do spełnienia możebnem, i to przy umiarkowanem napełnianiu takiego pęcherza powietrzem; 2) że wypełnianie sklepień pochwy gazą jodoformową, przed założeniem pęcherza, sprzyja nadaniu macicy pożądanego kierunku i wywieraniu ucisku na sklepienia pochwy w kierunku odśrodkowym; 3) że jakkolwiek jedno i drugie dalekie jest od wymaganego stopnia natężenia i dokładności kierunku działania, to jednakże jako działanie przygotowawcze ma niemałe znaczenie; 4) że ostatecznie odnicowanie zupełne wtedy dopiero następuje, gdy dno macicy zostanie wtłoczone w ujście zewnętrzne, a trzon jej w pochwie nie zalega; to jest wtedy, gdy pęcherz gumowy, należycie rozdęty, nie tylko prze dno macicy jeszcze wyżej, lecz i sklepienia pochwy rozpięra jednostajnie odśrodkowo w kierunku promieni koła na wszystkie strony równomiernie; 5) że rozdymanie pęcherza gumowego powietrzem na pierwszeństwo przed napełnianiem go wodą zasługuje; 6) że wreszcie jest to sposób leczenia wprawdzie powolny i uciążliwy, lecz nie przedstawia żadnego dla chorej niebezpieczeństwa.

W piśmiennictwie naszym znaleźliśmy 5 przypadków przewlekłego wycinowania macicy, leczonych wprowadzaniem pęcherza gumowego do pochwy, a mianowicie:

I opisał JĘDRZEJEWICZ, z Płońska, pod nazwą „Wynicowanie macicy (*inversio uteri*) w jedenastym roku trwania wyleczony“⁴⁾). W tym przypadku przez 5 tygodni wytrwale zakładano pęcherz gumowy (kolpeurynter BRAUN'a) i wypełniano go wodą.

II Jakóba ROSENTHALA, z Warszawy, pod nazwą „Wynicowanie macicy, odprowadzenie, pęknięcie pochwy, wyzdrowienie“⁵⁾). Autor po założeniu pęcherza gumowego, rozdzięciu go powietrzem i pozostawieniu w pochwie macicznej przez jedną dobę, przystąpił do ręcznego odnicowania macicy, które o tyle tylko się powiodło, że dno jej wtłoczono w zewnętrzne jej ujście, przyczem „nastąpiło pęknięcie poprzeczne pochwy na 1 ctm. poniżej przyczepu jej do macicy, w sklepieniu tylnem. Pęknięcie to, około 4½ ctm. wynoszące, miało brzegi nierówne i z łatwością kiszka przez nie przechodziła“. Wobec tego, dalszego odprowadzania macicy zaniechano, wypadniętą pętlę jelita wsunięto napowrót do jamy brzusznej, a pochwę zatłano watą zwilżoną oliwą karbolizowaną. Operowana ostatecznie wyzdrowiała po 23-ch dniach pobytu w szpitalu.

III-go przypadku opis znajdujemy w pracy L. A. NEUGEBAUERA pod nazwą „Przypadek pomyślnego wyleczenia przewlekłego wynicowania macicy (*inversionis uteri chronicae*)“⁶⁾). Odnicowanie nastąpiło 20-go dnia od rozpoczęcia leczenia zapomocą pęcherza gumowego, napełnianego wodą.

IV przypadek opisał Wł. BYLICKI, ze Lwowa, pod nazwą „Kilka słów o wynicowaniu macicy i przypadek wyleczenia go“⁷⁾). Leczenie polegało na zakładaniu pęcherza gumowego, napełnianego wodą, i próbach odnicowania macicy zapomocą działania ręcznego po zachloroformowaniu chorej; próby te powtarzano 7-go i 14-go dnia od rozpoczęcia leczenia, lecz bezskutecznie. I trzecia taka próba, 4-go dnia po ostatniej dokonana na chorej nieuspionej, lecz ułożonej w raczka (*à la vache*), się nie powiodła. Atoli autor przekonał się, że w tem położeniu chorej można wypełnić szyję macicy gazą jodoformową, aby utrzymać dno po nad ujściem zewnętrznym, co też uczynił; poczem dwoma palcami, przytrzymując gazę w szyi i naciągając kleszczykami brzegi ujścia, odwrócono chorą w położenie na wznak i kleszczyki odjęto, nie wprzód jednak, aż wówczas, gdy asystent ustalił od zewnątrz lejek wynicowania, poczem obok palców autora wsunął pęcherz gumowy i wypełnił go wodą w ilości 775 gramów. Nazajutrz, po usunięciu pęcherza, znaleziono macicę w położeniu prawidłowym. Dodajemy nadto i ten szczegół, że B. „już 2-go dnia leczenia, po założeniu pęcherza, napełnionego 400 grm. wody, zauważył, że macica była przyciśnięta do przodowej ściany pochwy, co zdawało mu się być niewłaściwym. Odtąd przed założeniem pęcherza wypełniał dokoła sklepienie pochwy skrawkami gazy jodoformowej tak, że macica zajmowała położenie środkowe. Sprawilo to jedynie ten skutek, że macica była rozplaszczona, zmniejszona i środkowo leżała“.

V wreszcie przypadek opisał Ed. KOHN, z Częstochowy, pod nazwą „Przypadek pomyślnego wyleczenia przewlekłego wynicowania macicy“⁸⁾). Cierpienie trwało 12 tygodni i zostało usunięte po 9-u dniach zakładania pęcherza gumowego, napełnianego wodą.

We wszystkich tych przypadkach, jakoteż i w moim, wynicowanie macicy nastąpiło u kobiet młodych: 15 — 22 lat wieku mających, pierwszy raz rodzących, i trwało: w przypadku JĘDRZEJEWICZA 11 lat, NEUGEBAUERA 2 lata, ROSENTHALA i BYLICKIEGO 6 miesięcy, KOHNA i w moim 12 tygodni. We wszystkich, oprócz pierwszego (w którego opisie niema żadnej wzmianki o przebiegu porodu), w okresie łożyskowym akuszerka lub t. zw. babka wiejska wydobywała rękami łożysko; wszystkie bowiem przypadki w tym okresie porodu powstały, a narazie nie dostrzeżone, lub też pozbawione doraźnej i odpowiedniej pomocy, stały się cierpieniem przewlekłym, — zaniedbanem.

⁴⁾ Klinika. T. II z r. 1868 № 10.

⁵⁾ „Gazeta Lekarska“. Ser. II. T. I. r. 1881 № 41.

⁶⁾ „Medycyna“. T. XIV r. 1886, № 2—7.

⁷⁾ „Przegląd Lekarski“. Rok XXVII r. 1888, № 2 i 4.

⁸⁾ „Gazeta Lekarska“. Ser. II. T. X. 1890 r. № 21, str. 426—428.

Już po przygotowaniu rękopisu do druku wyszedł I zeszyt T. II z 1894 r. „Przeglądu chirurgicznego“, wydawanego w Warszawie i podającego obok prac oryginalnych w języku polskim, streszczenia tychże prac po francusku, celem zapoznania z nimi cudzoziemców i przysporzenia przez to wszechnarodowej sławy naszym autorom. W zeszycie tym (str. 157—161) znalazłem „Przyczynę do leczenia przewlekłego wycięwania macicy“, skreślony przez CZAPLICKIEGO Aleksandra z Kielc, zawierający opis przypadku wycięwania macicy, od roku trwającego, ileczony przez autora od d. 24 marca do 9 maja 1886 r. za pomocą ciągłego zakładania przez cały ten czas, t. j. 47 dni, z jednodniową tylko przerwą (d. 14 kwietnia t. r.), pęcherza gumowego, napełnianego 6 — 8 uncjami wody. Odnicowanie nastąpiło d. 9 maja 1886 r.

Nie możemy nadto pominąć milczeniem następującego wyjątku z tego „Przyczynku“, a mianowicie: „Nie mając źródeł odpowiednich, mówi Cz., pod ręką, nie jestem w stanie dokładnie wykazać, ilekroć sposób BOCKENDAHL'a⁹⁾ był stosowany w leczeniu przewlekłego wycięwania macicy. Przypuszczam jednakże, że dotychczas nie znalazł on jeszcze tak powszechnego uznania, na jakie bezwarunkowo zasługuje. Przypuszczam zaś może opieram na pracy L. NEUGEBAUERA¹⁰⁾, ogłoszonej w języku niemieckim w r. 1890, w której znajdujemy wzmiankę o 8-iu zaledwie przypadkach, leczonych w sposób przezemnie zastosowany. A mianowicie metodą tą posługiwali się: BOCKENDAHL, JĘDRZEJEWICZ (z Płońska), K. SCHROEDER (z Berlina), FINKEL (z Kijowa), VETTERLEIN (z Bremy), Józef SPAETH (z Wiednia), SPIEGELBERG (z Wrocławia) i NEUGEBAUER starszy (z Warszawy)“.

Z tego omówienia należy sądzić, że w Kielcach łatwiej spotkać „Centralblatt f. Gynaekologie“ z 1890 r., niż „Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego“, od 17-tu lat w Warszawie wydawany. Albo też, że autor nie uważał za potrzebne chociażby przejrzenie „spisu rzeczy“ w tem wydawnictwie, albowiem mógłby był wtedy powołać się przynajmniej na przypadki znane w naszym piśmiennictwie, jak to my uczyniliśmy. Że każdy autor przedewszystkiem winien uważać za święty obowiązek uwzględnienie w pracy swojej piśmiennictwa narodu, do którego należy, o tem dwóch zdań być nie może; czynią to skwapliwie cudzoziemcy, a tylko my jedni zbyt często o tem zapominamy.

Ale wracajmy do rzeczy najciekawszej. L. A. NEUGEBAUER¹¹⁾ w swej pracy, na którą CZAPLICKI się powołuje, mówi, że pęcherza gumowego napełnianego wodą używali z pomyslnym skutkiem: „BOCKENDAHL, JĘDRZEJEWICZ in Polen, SCHROEDER in Berlin, FINKEL in Kijew, VETTERLEIN in Teddingshausen bei Bremen, Joseph SPAETH und SPIEGELBERG“. Jeżeli to porównamy z tem, co CZAPLICKI podał, to okaże się, że musiał on korzystać z innego jeszcze źródła, które jednak miało pozostać w ukryciu. Zdradzamy tę tajemnicę i podajemy wyjątek odpowiedni z obszernej pracy tegoż L. A. NEUGEBAUERA, w języku polskim ogłoszonej¹²⁾, a który niewątpliwie posłużył CZAPLICKIEMU do przytoczenia go w jego artykule. Otóż N., w № 5-ym „Medycyny“ z 1886 r. na str. 70 mówi: „JĘDRZEJEWICZ w Płońsku w Królestwie Polskiem, Karol SCHROEDER w Berlinie, FINKEL w Kijowie, VETTERLEIN w Teddingshausen pod Bremą, Józef SPAETH w Wiedniu, SPIEGELBERG w Wrocławiu“. Na poprzedniej zaś stronie 69-ej wymienia BOCKENDAHL'a. Z tego zatem okazuje się, że CZAPLICKI wyjątek z czasopisma polskiego podaje jako pochodzący z „Centralb. f. Gynaekologie“. Czyż się godzi pomijać milczeniem swoje rodzinne piśmiennictwo i potajemnie wyzyskiwać je na korzyść obcego...?!

⁹⁾ BOCKENDAHL pierwszy zastosował w 1858 r. pęcherz gumowy napełniany wodą przy leczeniu wycięwania macicy.

¹⁰⁾ Centralblatt f. Gynaekologie № 38.

¹¹⁾ Beitrag zur Lehre von der hydrostatischen Behandlung der chronischen Uterusinversion. Bericht über d. Verhandlungen d. IX internationalen Kongresses zu Berlin von 4—9 August 1890. Boilage z. Centralblatt f. Gynaekologie 1890, str. 141—143.

¹²⁾ Przypadek pomyslnego wyłączenia wycięwania przewlekłego macicy (*inversionis uteri chronicae*). „Medycyna“. T. XIV z r. 1886 № 2—7.

KAZUISTYKA.

Zniknięcie przedwstępnych objawów ostrej niedrożności kiszkowej po usunięciu ciała obcego z odbytnicy.

Napisał D-r Ignacy Grundzach.

Wżmaju 1894 r. zostałem wezwany do mężczyzny trzydziestokilkoltniego, do-
brzo mi znanego i inteligentnego p. H. Chory uskarżał się na silno bóle całego brzucha, na wzdęcie, niemożność oddania stolca i wiatrów i utratę łaknienia; stan ten trwał już od 24 godzin, po spożyciu obfitej kolacji. Chory bardzo niespokojny, przyjął już tego dnia z własnego przepisu 6 gran. kalomelu w dwóch dawkach, a następnie łyżkę oleju rycynowego bez żadnego skutku: ani wiatrów, ani stolca nie było; chory uczył jakies parcie w otworze stołcowym i zaniopokoil się tem, że w 6 godzin po przyjęciu kalomelu skutku nie było.

Badanie chorego dało następujące wyniki: żołądek wzdęty, odgłos opukowy bębniasty na znacznej przestrzeni, brzuch przy obmacywaniu bolesny, nie wykazuje nic prócz jednostajnego znacznego wzdęcia całego przewodu kiszkowego. Rysy twarzy zdradzają obawę bólu. Zresztą nic więcej na razie nie znalazłem. Powziąłem podejrzenie, że mam tu do czynienia z rozpoczynającym się obrazem zamknięcia światła kiszkowego, nie sądziłem bowiem, by zwykła niestrawność kiszkowa mogła te objawy wywołać. Na pytanie moje, z czego składała się kolacja, chory w toku opowiadania przypomniał sobie, że połknął oś rybią, utrzymywał jednakże, że nie zrobiło mu to wówczas żadnej przykrości. Jak wyżej wspomniałem, żadnego punktu szczególnie bolesnego nie znalazłem przy obmacywaniu brzucha, gdyż ucisk brzucha był jednakowo wszędzie bolesny. Wiedząc jednakże, że ciała obce często sadowią się po przejściu przewodu kiszkowego w odbytnicy, wprowadziłem (z pewną trudnością) wskaźnicel do odbytnicy i natrafiłem końcem palca w odległości 8 ctm. od otworu stołcowego na przedmiot twardy, boleczkowy i wpoprzek leżący. Oba konce przedmiotu tego silnie opiorały się o ścianę кишки (lub w niej tkwiły), tak, że palec, zagięty zlekka po nad tym tworem, nie mógł go sięgnąć na dół bez wywołania bardzo silnych bólów. Przyrzędów żadnych ze sobą nie miałem, a kaleczyć кишки nie chciałem. Wreszcie po pewnym czasie udało mi się jeden ostry koniec przedmiotu nieco sięgnąć ku dołowi, przyczem chory, będący w położeniu *à la vache* przy tym rękoczynie, skarżył się na chwilowy, ale dotkliwy ból; następnie, popychając palcem ku dołowi, uchwyciłem przedmiot w dwa palce i wydobyłem. Była to rybia oś, dość gruba, długości prawie 6 ctm. (5 z ułamkiem). W pierwszej chwili po wyjęciu owej ości, chory zauważył ze zdziwieniem, że boleści brzucha w jednej chwili ustąpiły, brzuch nieco zmiękł i na ucisk był prawie niebolesny. Wkrótce potem odeszły wiatry (bezwonne) i chory po upływie pewnego czasu oddał kilka stołców półpłynnych i brunatno zabarwionych.

Z powodu tego przypadku pozwolę sobie zrobić kilka uwag: 1) Można połknąć tak duży twardy i ostry przedmiot, jak owa oś, bez zwrócenia na to dostatecznej uwagi; chory dopiero później sobie ten szczegół przypomniał. 2) Przedmiot taki może przewędrować cały przewód pokarmowy, nigdzie się nie zatrzymując, utkwic dopiero w kiszce prostej (*ampulla recti*), na co warto zwrócić uwagę i o czem godzi się pamiętać, gdyż jest to szczegół dyagnostycznie bardzo ważny, a tak łatwy do stwierdzenia w każdym poszczególnym przypadku chorobowym. 3) Zatrzymywanie się ciał obcych w *ampulla recti* należy sobie tłumaczyć z jednej strony tem, że z ważkiej części od-

bytnicy przedmiot przedostawać się musi do szerokiego odcinka (*ampulla*), tu więc łatwo ulega zmianie położenia i opiera się o ścianę kiszki, z drugiej zaś strony — obfitością nerwów czuciowych w odbytnicy, wywołującą odruchowo ściąganie, kurczenie się warstwy mięśniowej. 4) Zauważyłem, że końce ości siedziały tak mocno, że bez wywołania silnych bólów nie mogłem ich początkowo z miejsca poruszyć. Niewątpliwie była kiszka w tem miejscu mocno ściągnięta (kurczowo) i to utrudniało wydobycie ciała. Kurcz ten objawił się i tem, że palec do odbytnicy wchodził z trudnością, napotykając przeszkodę w postaci skurzonego zwieracza odbytu. 5) Ów skurcz kiszki na pewnej przestrzeni wywoływał wzdęcia brzucha, bolesność brzucha wskutek wzdęcia gazami, niemożność oddawania wiatrów i stolca. 6) Szczególną jest rzeczą, że chory prócz uczucia parcia żadnych bólów w dole brzucha lub w odbytnicy nie odczuwał, natomiast istniały rozlane bóle po całym brzuchu, które po wyjęciu ości w tej chwili ustąpiły. 7) Zauważyć się godzi również, że przejście całego przewodu pokarmowego nie zmieniło prawie owej ości; była ona twarda, normalnie elastyczna, nie zaś zmięczona, przetrawiona pod wpływem soku żołądkowego i soków kiszkowych, jakby się spodziewać należało. Można było wyraźnie odróżnić obydwie końce: ostry śpiczasty i ostry splaszczony; barwa jedynie uległa zmianie, stała się brunatną. 8) Często-kroć zmuszeni jesteśmy uciekać się do narkozy chloroformowej, jeżeli zniszczenia, wywołane przez ciała obce (zranienie ostrym przedmiotem, owrzodzenie, ropienie), są znaczne, kurcz zwieraczy silny i bez wywołania strasznych bólów nie możemy ciała obcego usunąć. Tak było np. w przypadku opisanym w „Medycynie“ 1893 r. przez kol. MUCHE, z ambulatoryum szpitalnego kol. J. KRAMSZYKA. Będąc obecnym przy przyjęciu chorego, poradziłem, aby chłopca zachloroformować i pestki śliwkowe (w ilości kilkudziesięciu sztuk siedzące w odbytnicy) wydobyć, co przez kol. GUTWEINA uskuteczniło zostało. Odbytnica w przypadku tym była poraniona, w kilku miejscach owrzodzona, a z owrzodzeń sączyła się ropa i krew. Chory ten, jak wiadomo, wyzdrowiał. 9) Wreszcie godzi się zaznaczyć, jak ważną jest rzeczą w odpowiednim przypadku zbadać otwór stolcowy i odbytnicę zapomocą palca, jakkolwiek to niobardzo przyjemna czynność ani dla chorego, ani dla lekarza. Wiemy, jak często zbadanie zapomocą palca odbytnicy sownie nam tę podwójną przykrość wynagradza: tu natrafiamy na szyszki hemoroidalne, polipy, raki, wgłobienia, wypadnięcia kiszki, guzy kałowe (nioraz olbrzymie), ciała obce i t. d. Z własnego doświadczenia powiedzieć mogę, że często badanie to bywa zaniedbywane przez lekarzy tam nawet, gdzie ono jest niezbędne, gdzie jedno wprowadzenie palca do odbytnicy sprawę chorobową całkowicie nieraz wyświeśla. Rzecz prosta, że korzystamy również z innych metod badania (oglądanie, wziernik i t. d.).

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Istota i leczenie blednicy,

krytycznie opracował d-r Stanisław Klejn, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zob. Nr. 1).

II.

TREŚĆ: Znaczenie objawów blednicy: zmiany we krwi: morfologia i chemia krwi blednicowej; stosunek tych zmian do zmian, występujących przy innych anemiach wogóle, a przy niedokrewności złośliwej w szczególności. — Żelazo krwi. — Ilość krwi. — Wiek, płeć, oraz miesięczkowanie jako objaw i jako przyczyna blednicy.

Do objawów, które większość autorów uważa za stałe i dominujące objawy blednicy, należą następujące: zmiany ze strony krwi, wiek i płeć chorych, zaburzenia

w miesiączkowaniu, zaburzenia żółdkowo-kiszkowe, zaburzenia i zmiany w układzie naczyniowym, zaburzenia nerwowe, zmiana wyglądu i ogólnego składu ustroju oraz zejście choroby.

Najstalszy objaw blednicy—bładość powłok i błon śluzowych—zwróciła odrazu uwagę badaczy na krew chorych, dzięki czemu posiadamy obecnie dość szczegółowy obraz zmian hematologicznych, napotykanych przy tem cierpieniu. Z badań tych okazało się, że w pewnej liczbie przypadków ilość krążków jest niezmniejszona, częściej jednak zdarzają się przypadki z wybitnie zmniejszoną ilością krążków. Tak np. EICHHORST na 35 przypadków własnych w 11 tylko znalazł ilość krążków prawidłową lub cokolwiek mniejszą od normy, reszta zaś przypadków wykazywała zmniejszenie dość znaczne i dochodząco niekiedy do 1,400,000. REINERT na 247 własnych i zebranych z literatury przypadków w 99 tylko znalazł cyfry prawidłowe, w pozostałych zaś ilość krążków była niższą od normy. Własny mój materiał do tego samego doprowadza wyniku. Niezależnie od ilości krążków ilość hemoglobiny jest zawsze zmniejszona, i to w stopniu daleko wyższym, niż ilość krążków, z czego wynika fakt charakterystyczny dla blednicy, iż każdy krążek jest uboższy w hemoglobinę. Prócz tego zwraca uwagę jeszcze jedna okoliczność. Oto w przypadkach z prawidłową ilością erytrocytów ilość hemoglobiny, szczególnie w postaciach ciężkich, bywa nieraz tak niska, że cyfry, jakie tu znajdujemy, okazują się nie tylko względnie niższymi od cyfr, znajdujących w przypadkach blednicy z wybitnie zmniejszoną ilością krążków, lecz nieraz nawet i bezwzględnie. Wogóle odsetka hemoglobiny może spaść do bardzo niskiej cyfry. W przypadkach EICHHORST'a najniższa odsetka hemoglobiny przy prawidłowej ilości krążków wynosiła 40, ja sam spostrzegłem przypadki z 34% i 32%. Tam zaś, gdzie ilość krążków jest znacznie zmniejszona, ilość hemoglobiny może wynosić 20%, a nawet mniej.

Zmniejszona często ilość krążków przy blednicy dała pobop GRAEBER'owi do wypowiedzenia poglądu, iż często blednica przebiega z normalną ilością krążków; tam zaś, gdzie ilość ta jest zmniejszona, blednica powiklana jest niedokrwistością, zależną od rozmaitych przyczyn. Gdyby rzeczywiście tak było, należałoby przypuszczać, iż powikłanie to występuje bardzo często przy blednicy. Na to znów często nie mamy wcale dowodów, gdyż przypadki ze zmniejszoną ilością krążków niezem klinicznie się nie różnią od przypadków z prawidłową ilością krążków. Wobec niedokładnej znajomości naszej warunków, wywołujących zubożenie krwi w krążki lub w hemoglobinę, można byłoby conajwyżej przypuścić, iż owa oligocytemia jest zjawiskiem, zależnym albo w dalszym ciągu od przyczyny, wywołującej blednicę, albo też jest następstwem już oligochromemii. Wiemy, co prawda, iż, oprócz świeżej niedokrwoności pokrwotocznej, większość anemii cechuje się nasamprzód oligochromemią, później zaś przyłącza się oligocytemia. Zdarzają się znów z drugiej strony przypadki niedokrwoności, szczególnie pochodzenia intoksykacyjnego (*sepsis*), gdzie ilość krążków odrazu zaczyna się zmniejszać, gdzie prawdopodobnie substancje trujące w pierwszej linii wywołują rozpad krążków. Jaki rodzaj przyczyny działa w blednicy—nie wiemy; z cyfr jednak, przez nas przytoczonych, sądziłoby należało, iż przy blednicy często bardzo następuje rozpad krążków; czy to zawsze jednak ma miejsce, trudno powiedzieć. Być może, iż rozpad ten w lekkich postaciach blednicy istnieje, lecz w nieznacznym stopniu, i szybko zostaje zrównoważony przez działające jeszcze dobrze narządy krwiotwórcze.

Z innych zmian hematologicznych, które zwróciły na siebie uwagę dopiero w ostatnich czasach, zanotować należy fakt, iż ciężar gatunkowy surowicy krwi przy blednicy jest prawidłowy (1,030). HAMMERSCHLAG na 30 przypadków ani razu nie zauważył wybitnego zmniejszenia, najniższe zaś cyfry, jakie otrzymał, były 1,026 przy ciężarze gatunkowym całkowitej krwi 1038,5, oraz 1,027 przy ciężarze gatunkowym krwi 1,043. Natomiast ciężar gatunkowy krążków jest zawsze znacznie zmniejszony, co wyraźnie wskazuje, iż głównem siedliskiem zmian w krwi są krążki. Są one bardziej wodniste, zawierają mniej białka i hemoglobiny, niż krążki prawidłowe (JAKSCH), jednakże w stosunku do niedokrwoności wtórnej rozwodnienie to jest mniejsze, co zależy znów od mniejszego spadku ilości krążków przy blednicy (STINTZING i GUMPRECHT).

Zmiany w postaci krążków (poikilocytoza) występują dość często, szczególnie w przypadkach z małą ilością krążków, albo z bardzo małą hemoglobiną; wogóle są tu krążki mniejsze od prawidłowych (HAYEM).

Krańki z jądrami znajdują się niekiedy we krwi chorych na blednicę, lecz w ilości niewielkiej (2—3 w jednym preparacie). Nie zawsze jednak bywa ich tak mało. W ostatnich czasach dwaj jednocześnie badaczo, HAMMERSCHLAG i NEUDORFER, zauważyli, iż niekiedy przy blednicy napływa do krwi olbrzymia ilość krążków z jądrami (normoblastów), niekiedy także zjawiają się i t. zw. megaloblasty (dużo krążki z dużym jądrem) w nieznacznej ilości. Fakt ten dotychczas był spostrzogeny kilkakrotnie tylko przy niedokrwistości złośliwej i po największej części poprzedzał poprawę stanu chorych. Coś podobnego miało miejsce i u chorej NEUDORFER'a, która bezpośrednio po tem zjawisku szybko zaczęła się poprawiać (brak żelazo), tak, że po krótkim czasie stan jej się znacznie poprawił. Nie rozbiorając kwestyi, czy w przypadkach przytoczonych rozpoznano było dokładnie (Przypadek N., o ile z opisu sądzić można, był niewątpliwie blednicą), i zgodziwszy się na fakt występowania znacznej ilości normoblastów i megaloblastów przy blednicy, będziemy mieli przed sobą 2 alternatywy: albo blednica w ciężkich postaciach okazuje pewne podobieństwo do niedokrewności złośliwej, albo też, że normoblasty i megaloblasty nie mają żadnego znaczenia rozpoznawczego dla tej ostatniej. Ze blednica, szczególnie w postaciach ciężkich, jest bardzo podobną do lekkich postaci niedokrewności złośliwej, zauważono już dawniej (IMMERMANN); co się zaś tyczy tych ostatnich, to wiemy o nich mało, gdyż rzadko udaje się nam je obserwować. Sądzę jednak, że w tym względzie można się oprzeć na przypadkach niedokrwistości złośliwej uleczonych, albo będących w okresie blizkim wyzdrowienia. Otóż na zasadzie własnych moich spostrzeżeń, ośmieliłbym się twierdzić, iż wczesne okresy niedokrwistości złośliwej są tak do złudzenia podobne do ciężkiej blednicy, że niejeden wprawny badacz rozpoznałby blednicę tam, gdzie cały poprzedni przebieg choroby wskazywał niedokrwistość złośliwą. Podobieństwo to zależy od tego, iż ów charakterystyczny stosunek hemoglobiny do krążków, niewątpliwie występujący w ciężkich postaciach niedokrwistości złośliwej, w przypadkach dążących do poprawy zmienia się w ten sposób, że ilość krążków wcześniej poczyna się zbliżać do normy, niż ilość hemoglobiny, która dochodzi do tego kresu znacznie później, tak, że bywają okresy nieraz dość długie w przebiegu choroby, gdzie hemoglobiny jest mniej, niż ileby powinno było być, sądząc z ilości krążków. Jeżeli do tego obrazu hematologicznego dodamy cały obraz kliniczny, w zupełności niekiedy podobny do obrazu blednicy, to zdanie nasze o pokrewieństwie blednicy z niedokrwistością złośliwą nie wyda się chyba paradoksalnem.

(D. c. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

2. SCHERER. Przyczynki do etyologii ropnego zapalenia opon mózgowych u ssawców. Dość znaczną liczbę drobnoustrojów chorobotwórczych, uważanych dotąd za przyczynę ropnego zapalenia opon mózgowych (*leptomeningitis, arachnitis purulenta seu simplex*) powiększa autor przez dodanie *bacterium coli s. bacillus coli communis*. Dotychczas znajdowano przy wspomnianem cierpieniu przeważnie następujące drobnoustroje: 1) *staphylococcus albus*, 2) *staphylococcus aureus*, 3) *streptococcus pyogenes*, 4) *streptococcus* (KRAUSE, FRAENKEL), 5) *pneumococcus* FRAENKEL-WEICHELBAUM'a, znajdujący w przypadkach samoistnego zapalenia opon, również jak i w wnikających zapalenie płuc, 6) nieznaną *coccus* w dwóch przypadkach WEICHELBAUM'a, 7) *bacillus typhi abdominalis*, znajdujący przy *meningitis posttyphosa*, 8) *bacillus meningitidis putridae (diplococcus intracellularis)* NEUMANN-SCHAEFFER'a.

SCHERER spostrzegł w krótkim czasie 3 przypadki ropnego zapalenia opon u ssawców, wszystkie z zejściem śmiertelnem.

Pierwszy dotyczył sześciotygodniowego dziecka, które nagle zachorowało i we dwa tygodnie potem zmarło. Rozpoznanie kliniczne stwierdzone oględzinami pośmiertnymi: *leptomeningitis purulenta baseos et convexitatis, otitis media suppur. sinistra*.

Drugi—dwutygodniowy noworodek we dwa dni zmarł przy objawach zapalenia kiszek. Na sekcji rozpoznano: *leptomeningitis sero-fibrinosa-purul. baseos et convexitatis, otitis media suppur. bilateralis*.

Trzeci—czterotygodniowe dziecko nagle zachorowało: niepokój, drgawki, gorączka etc., we dwa dni śmierć. Rozpoznanie kliniczne stwierdzone na stole sekcyjnym: *leptomeningitis convexitatis et baseos purulenta, otitis media suppur. bilateralis*.

Ścisłe badania mikroskopowe, bakteriologiczne i doświadczalne, na zwierzętach przeprowadzone, we wszystkich trzech przypadkach wykazały w wysięku ropnym na oponach miękkich nieliczną ilość prątków, dobrze barwiących się karbol-fuksyną i całkowicie się odbarwiających według metody GRAM'a. Hodowla na agarze, żelatynie, bulionie, kartoflu, mleku, jajku i t. d. oraz morfologia i biologia prątków skłoniły autora do niewątpliwego rozpoznania w nich *bacterium coli s. bacillus coli communis*, tego niby niewinnego drobnoustroju, który jednakże w pewnych niezbadanych warunkach wywołuje ciężkie zaburzenia, jak *enteritis acuta, angiocholitis purulenta* i t. d., wreszcie *leptomeningitis purulenta*. Dodać należy, że autor w badanej ropie nie znalazł domieszki innych drobnoustrojów, a zatem tworzyła ona czystą hodowlę wspomnianego pasorzyta. We wszystkich przypadkach znaleziono *bacterium coli* w ropie, wziętej ze średniego ucha, w dwóch—we krwi, wziętej z serca, a w jednym—w śledzionie. Doświadczenia na zwierzętach dały następujące wyniki: wstrzyknięta białym myszom w tkankę podskórną hodowla na agarze stale wywoływała surowiczo-ropne zapalenie otrzewnej; podskórne wstrzykiwania u szczurów wywoływały ropnie; a króliki, którym wprowadzano hodowlę na agarze do jamy opłucnej, zdechały wskutek zapalenia opłucnej ropnego, serowatego, również jak i świnki morskie, którym wstrzykiwano rozcieńczoną hodowlę bulionową. W wysięku stale znajdowano *bacterium coli*.

Powyższe mikroskopowe, bakteriologiczne i doświadczalne próby upoważniają autora do uważania *bacterium coli* za przyczynę choroby w trzech wyżej opisanych przypadkach *meningitidis purulentae*.

Praca SCHERER'a nie stoi odosobniona w literaturze. Podobny przypadek zapalenia opon, wywołanego przez *bacillus coli communis*, opisał ADENOT, a również *bacillus meningitidis putridae* NEUMANN-SCHAEFFER'a z opisu całkiem przypomina *bacterium coli*.

Ciekawy jest pogląd autora na źródło zarazy w opisanych przypadkach. Ropne zapalenie średniego ucha, a zwłaszcza znalezienie w ropie, stąd wziętej, we wszystkich 3-ch przypadkach ogromnej ilości *bacterium coli* bez domieszki innych drobnoustrojów, zniewala autora do uważania średniego ucha za wrota dla zakażenia. S. przypuszcza, że podczas kąpieli zanieczyszczona kałem woda przedostawała się przez jamę ustną lub też przewód uszny zewnętrzny do ucha średniego, gdzie *b. coli*, znajdujący się w kale, spotyka u ssawców nader sprzyjające swemu rozwojowi warunki, gdyż *otitis media* u ssawców należy do bardzo częstych cierpień. RASCH u 75% zmarłych dzieci znajdował *otitis media*. TROELTSCH, WREDEN, NETTER i inni doszli do podobnych wyników. To też pogląd SCHERER'a zdaje się opierać na praktycznej podstawie.

(*Jahrbuch f. Kinderheil. Band XXXIX, H. 1*).

A. Simon.

ODCINEK.

W sprawie ukończenia asenizacyi Warszawy¹⁾.

II.

Czytelnicy nasi przypominają sobie burzliwe widowisko, jakie się odbywało w publicystyce i w rozmaitych gronach specjalistów, przed 25 laty, pod hasłem: wywózka czy kanalizacja. Najdzielniejsi technicy wszystkich krajów namiętnie wtedy prowadzili spory, a z lekarzy zabierali głos tacy, jak VIRCHOW, VARRENTRAPP, PETTENKOFER i wielu, wielu innych. U nas początek walki za i przeciw kanalizacji sięga

¹⁾ W N. 1 „Medycyny“ podana została mylnie cyfra wyrażająca długość wszystkich dotąd zbudowanych kanatów w Warszawie. Długość ta wynosi przeszło 90,000 metrów bieżących, czyli około 85 wiorst. Cyfry podane w N. 1 „Medycyny“ odnoszą się do długości kanatów wykonanych w seryi IV.

roku 1868, po ukazaniu się sprawozdania z pracy VARRENTRAPPA: Ueber Entwässerung der Städte (1867). Na dobre jednak burza zawrzała w r. 1879, z pojawieniem się lindleyowskiego projektu i z ujawnieniem się zamiarów Starynkiewicza.

Z rozmaitych, po części bardzo poważnych stron, projekt ów i owe zamiary przyjęto... ze zgrozą. Zamiast uzdrowotnienia, miastu dostać się miało najstraszniejsze zakażenie powietrza. Pod względem technicznym projekt miał być po części niwykonalny, po części nacechowany elementarnymi błędami. Pod względem ekonomicznym Warszawa miała być wystawiona na oczywistą ruinę i bankructwo, z powodu konieczności zaciągnięcia pożyczki. A dalej, jakaż to straszna, całemu już krajowi, grozić miała klęska, z powodu „marnowania nieczystości“! To znowu, skądże obywatele miasta, zmuszeni do kanalizowania swych domów, wozną potrzebnych instalatorów, kiedy ich wcale niema? Jakże to wypadnie wielkie z tego powodu ciężary ponosić, jakże okrutnem jest wystawianie większości właścicieli domów na najoczywistsze bankructwo! „Będziemy mieli kanały, nie będziemy mieli kosztu!“ Tym wykrzyknikiem kończyły się sotno narady strwożonych obywateli miasta. A nawet ci wszyscy, którzy bądźco bądź, pragnęli gruntownej zmiany w stosunkach higienicznych miasta, z wielkim sceptycyzmem odnosili się do projektu kanalizacji, niepewni wyników sanitarnych zamierzanego przedsięwzięcia, nieufni w możność dźwignięcia przez miasto pożyczki, boleśnie dotknięci grożącą jakoby współobywatelom ruiną.

Do tych pogłębiających hasel i uczuć przybywało złośliwie pomysłano kłamstwo, iż inżynier W. Lindley, przystąpił mający do kierowania robotami, nie jest tym samym, z którym pierwotnie zarząd miasta układ zawierał, że jest to człowiek bez doświadczenia i że miasto pada ofiarą lekkomyślności zarządu.

Jeszcze 15 lat temu, taki ponury obraz przedstawiała opinia przeważnej liczby warszawian, bardzo znacznej liczby miejscowych techników, pewnej liczby lekarzy i niemal wszystkich właścicieli domów, z matadorami o pięknie brzmiących nazwiskach na czele! Jakże to niedawno, a *qualis mutatio rerum!* Jeszcze nie upłynęło lat 15, jak zwolennicy projektu otrzymywali obelżywe listy bezimiennne z groźbami, za „szpetne nowinki niemieckie“, któremi chcą zgubić Warszawę!

Dzisiaj przeciwników głośnych kanalizacji nie posiada; dzisiaj dla każdego kanalizacja jest równoznacznikiem asenizacji; dzisiaj poważne grono obywateli podpisuje memoriały, wykazujące konieczność dokończenia kanalizacji miasta w całej rozciągłości pierwotnego projektu i to w bezpośredniej łączności z robotami obecnie wykonywanymi; dzisiaj nawet ci, o ile sądzić można, nieliczni, ale wpływowi przeciwnicy takiego zupełnego programu dalszych robót nie osmielają się zaprzeczać temu, że dokończenie kanalizacji, w całej rozciągłości pierwotnego planu, jest ze stanowiska higieny pożądane. Przypnać jednak trzeba, że argumentów, rzekomo przemawiających przeciwko spełnieniu w najbliższym czasie postulatów, tak głośno i tak ze wszech stron dzisiaj wypowiedzianych, argumentów, dążących do zredukowania *ad minimum* programu zamierzonej V seryi, jest bogactwo wielkie w rozporządzeniu opozycji. Z argumentami tymi zapoznać nam się trzeba, by ich doniosłość ocenić i aby je, o ile na to zasługują, odeprzeć. Posłuchajmy.

Dokończenie całego planu V seryi wymaga, według kosztorysu W. Lindleya, na roboty kanalizacyjne 3 miliony rubli, niezależnie od 3,600,000, potrzebnych na wykonanie robót wodociągowych, co do objęcia których V seryą opozycyji niema. Miasto, wobec obecnego i przewidywanego budżetu dochodów i wydatków, nie będzie w możności płacić ewentualnych procentów i amortyzacji od tej nowej pożyczki, łącznie z płaconymi dzisiaj procentami i amortyzacją od już zaciągniętej pożyczki 10 milionowej.

Argument to najpoważniejszy, który naturalnie musiałby stanowczo decydować o najbliższej przyszłości kanalizacji Warszawy, gdyby co do jego zasadności nie nastroczały się powno poważne wątpliwości. W dyskusyi, dotyczącej tego przedmiotu, jak to z natury rzeczy wynika, są z jednej strony nieliczne fakty finansowe, a z drugiej, nad miarę liczne horoskopy, mniej lub więcej różowe, mniej lub więcej czarne. Strony, spór toczące, używają jednych lub drugich barw, według upodobania, z czego im nikt cięższego zarzutu uczynić nie ma prawa. Ocenie wydolności finansową miasta, na kilka, a tembardziej na kilkadziesiąt lat z góry, to rzecz zawsze wielce trudna.

Czy perspektywa wydolności finansowej Warszawy, przed laty 15, była dla trzeźwego spostrzegacza lepsza, niż nią jest dzisiaj? „A cóżby się było stało z asenizacją miasta— odezwał się niedawno jeden z najpoważniejszych i najostrożniejszych finan-

sistów miejscowych—gdyby Starynkiewicz nie miał był zaufania do możliwości finansowej Warszawy? Miasto po dziś dzień nie zrobiłoby ani jednego kroku na drodze postępu i uzdrowotnienia. Dzięki temu zaufaniu, które nie zawiodło, Warszawa posiada dziś wodociągi i kanalizację²⁾.

Faktem jest, że dochód, jaki do kasy miejskiej wpływa z opłaty za wodę i za korzystanie z kanalizacji, w ciągu ubiegłych lat 10 ciągle wzrastał i wciąż wzrasta, tak, że z końcem roku bieżącego ze źródła tego kasa miejska otrzymywać będzie sumę, prawie równającą się sumie procentów i amortyzacyjnej spłaty od dotychczasowej pożyczki wraz ze sumą kosztów eksploatacji tak wodociągów, jak i kanalizacji²⁾.

Jakichbądź danych, przemawiających za tem, iżby owa suma wpływów zmniejszać się miała w najbliższym czasie, absolutnie niema; przeciwnie, trzeba by oddawać się rozmyslnemu pesymizmowi, nie wierząc, że wpływy te wzrastać, a nawet szybko wzrastać będą. Poważnie do ich zwiększenia się przyczyni się dochód, jaki wyniknie z zupełnie słusznie osiągnięć się mającej już w r. 1895 opłaty z wszystkich nieruchomości, położonych przy ulicach już skanalizowanych; nieruchomości te, chociażby z siecią kanalizacyjną we właściwy sposób (przykanalikiem) nie połączone i samo nie skanalizowane, spuszczać swe ścieki podwórzowo do rynsztoka ulicznego, oczywiście korzystają z kanału ulicznego, a tem samem do opłaty na równi z nieruchomościami skanalizowanymi pociągnięte być winny i pociągnięto będą. Opłata ta, jak wiadomo, wynosi 40% opłaty, wnoszonej za wodę z danego domu czy placu. Kasa miejska odnieść stąd dochód niemały, a jednocześnie do łączenia się domów z siecią uliczną danym będzie bodziec dzielny.

Wobec takiego stosunku dochodów, osiąganych za wodę i kanały, do kosztów, jakie miasto na eksploatację tych urządzeń i na umarzenie pożyczki na nie zaciągniętej ponosi, okazuje się, że z początkiem roku 1896, to jest z chwilą zaciągnięcia nowej ewentualnej pożyczki na wykonanie robót seryj V-cj, miasto znajdzie się w położeniu, jeżeli nie lepszem, to przynajmniej takim samem, w jakim było przed zaciągnięciem pożyczki pierwotnej i przed pierwszą seryą robót.

Dość tu jeszcze trzeba, że biletu pożyczki dotychczasowej mają wciąż kurs wyborny i że pod względem możliwości znalezienia kapitałów na nową pożyczkę 6,600,000 rubli, według jednomyślnej opinii najpoważniejszych firm bankierskich miejscowych, najmniejszej trudności miasto nie spotka.

Dowiadujemy się z poważnego źródła, że uznana została możność ponoszenia ciężarów nowej pożyczki nie wyższej nad 4,500,000 rubli, z czego 3,600,000 przeznaczają się na wodociągi, a tylko 900,000, zamiast wymaganych planem W. Lindleya 3 milionów, na kanalizację,—kanalizację zredukowaną. W piśmie lekarskiem niepodobna wehodzić nam w szczegóły motywów, zresztą cyfrowo bardzo zamglonych, nakazujących rzekomo ową zredukować; powiemy tylko, że dołączony do wspomnianego wyżej memoriału obywateli wykaz przewidywać się dających dochodów i wydatków miejskich, wykaz, oparty na przypuszczeniu, niezawodnie słusznem, postępującego zwiększania się konsumpcji wody i stąd wzrostu opłaty za wodę, na przypuszczalnym przybytku ciągłym nowych budowli i t. d.; że wykaz ten, jakkolwiek może w niektórych punktach nazbyt optymistyczny, bardziej przemawia do przekonania tych, którzy bacznie śledzą postęp ekonomiczny Warszawy i dobrze stosunki miejscowe znają, aniżeli horoskopy opozycji, według których wzrost naszego miasta, tak uderzający w ostatnim lat dziesiątku, już się ma ku końcowi; według których wzrost przemysłu w Warszawie, z powodu otaczających miasto fortyfikacji, nie jest prawdopodobny; według których pewne spodziewane przepisy prawodawcze (zniesienie opłaty rogatkowej) uszczuplą znacznie dochody kasy miejskiej; według których wreszcie miasto będzie teraz przez szereg lat musiało ponosić wydatki na inne cele higieniczne i porządkowe (bruki, opłata personelu sanitarnego), wobec ważności których kanalizacja, przynajmniej czasowo, na drugi plan zejść powinna.

Jesteśmy pewni, że czytelnicy wraz z nami z wielkiem powątpiewaniem przyjmą przytoczone tu horoskopy, a na końcowe wymaganie już bezwarunkowo się nie zgodzą, jako ze stanowiska praktycznej higieny nieusprawiedliwione.

²⁾ Według zamierzenia budżetowego na rok 1895 obrachowano, opierając się na faktycznym dochodzie z lat ubiegłych, że dochód za dostarczanie wody do 3,300 domów wyniesie 663,420 rs., a dochód za spuszczenie ścieków do kanałów z 1,550 (skanalizowanych) 139,500 rs., razem 802,920 rs. Wydatek na spłatę procentów i amortyzację zaciągniętej dotychczas pożyczki, wraz z kosztem eksploatacji wodociągów i kanalizacji dotychczas zbudowanych, wyniósł w r. 1894 ogółem rs. 858,000.

Tak więc dla nas lekarzy i dla obywateli, rzetelnie dobra miasta pragnących, w żadnym razie argumenta finansowe przeciw dokończeniu pełnego planu kanalizacji w seryi V nie istnieją, a jesteśmy pewni, że i w najwyższych sferach rozstrzygających istnieć nie będą, wobec dominujących dwóch względów: że ochrona publiczna zdrowia wymaga kanalizacji w całym mieście zarówno i że pomnikowo, zaszczyt wykonawcom i miastu przynoszące dzieło ukończone być powinno co do planu i co do kierunku — jednolicie. (D. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Łupież pstry (*Pityriasis versicolor*), powszechnie uważany za mało znaczącą chorobę skóry, nabiera niekiedy — z powodu swego umiejscowienia na twarzy, szyi i grzbiecie rąk — ważniejszego znaczenia — zwłaszcza u kobiet — choćby ze względów kosmetycznych. Leczenie tej choroby przedstawia nieraz trudne do zwalczenia przeszkody, gdyż wykwitły, po pozornym ustąpieniu, uporczywie powracają. Dwie są przyczyny tych ponowień. Pierwsza z nich leży w biologicznych stosunkach grzybka łupieżowego — *Microsporon furfur*, który, zajmując zupełnie powierzchowne twarde warstwy naskórka, nie tylko szerzy się z łatwością na okolice, lecz, niemogąc wyczerpać swego suchego podłoża, uporczywie gnieździ się na raz obranym miejscu, a szczególnie przy otworach torebek (*follicul*). Drugą przyczynę stanowią: zdarzające się niekiedy, bardzo delikatne, blad o-czerwone, niewyraźne wykwitły, które, przy stosowaniu naskórnych środków, łatwo mogą być przeoczone. Odpowiednio tym dwom przyczynom, zaleca BEHREND (Berlin), celem doszczętnego usunięcia łupieża pstrego, zastosowanie przez 5—6 dni chryzarybiny, który to środek, sprawiając prędkie i energiczne łuszczenie naskórka, zabarwia jednocześnie niewyraźne wykwitły na kolor ciemniejszy, przez co zabezpiecza od pomijania przy leczeniu tych pozornie niezajętych, miejsc skóry. Użycie chryzarybiny przy wykwitach na twarzy wymaga pewnych ostrożności, gdyż łatwo wywołuje podrażnienie, a nawet zapalenie łącznicy oka. Prócz tego chryzarybina plami bieliznę na kolor fioletowy. (Berl. klin. Woch, N. 47). *J. M.*

= KOEHLER przedstawił w Towarzystwie chirurgów w Berlinie kobietę, dotkniętą obrzękiem śluzowym, powstałym na tle promienicowego zapalenia gruczołu tarczowego. Po dokonaniu operacji, polegającej na przecięciu ropnia i wyskrobaniu tkanki, zajętej sprawą zakaźną, nastąpiło polepszenie: sprawa miejscowa ustąpiła, w ogólnym zaś stanie widać powrót do stanu normalnego.

= Na posiedzeniu Londyńskiego Tow. Klinicznego z d. 14 b. m. d-r WASHBOURN podał wyniki stosowania surowicy przeciwbłonicowej w 72 przypadkach. W 61 z tych przypadków wykazano łasecznika LOEFFLER'a.

Wyniki były następujące: Od 14. IX do 22. X 94 r. leczono bez surowicy 72 przypadki. z tego zmarło 28=38,8%; od 23. X do 27. XI 94 r. stosowano surowicę w 72 przypadkach, z tego zmarło 14=19,4%. Surowicy dostarczał Brit. Institute of Preventive Medicine. (Münc. med. Woch. № 52. 1894).

= W kwestyi działania surowicy przeciwbłonicowej podaje A. BAGINSKY następującą statystykę porównawczą przypadków błonicy, leczonych w berlińskim szpitalu dla dzieci w czasie od dnia 1 stycznia do dnia 30 listopada roku 1894. Wszystkich przypadków było 533—303 szczepionych i 230 nieszczepionych. Z pomiędzy szczepionych zmarło 40 t. j. 13,2%, z pomiędzy nieszczepionych — 110 t. j. 47,82%. Ze względu na wiek śmiertelność szczepionych i nieszczepionych przedstawiała się w następujący sposób:

Przypadki nieszczepione			Przypadki szczepione.		
Wiek.	Ogółem.	Zmarli. %.	Wiek.	Ogółem.	Zmarli. %.
0—2	33	23 69,7	0—2	34	8 23,5
2—4	56	37 66,1	2—4	82	16 19,5
4—6	50	27 54,0	4—6	81	7 8,6
6—8	44	15 34,1	6—8	46	5 10,9
8—10	24	7 29,2	8—10	30	3 10,0
10—12	14	1 7,1	10—12	18	0 0
12—14	9	0 0	12—14	12	1 8,3

Z. S.

= W instytucie dla chorób zakaźnych w Berlinie, według najnowszego sprawozdania KOSSEL'a, od 15 maja do 15 grudnia 94 r. stosowano surowicę w 117 przypadkach błonicy, z tego wyzdrowiało 104, zmarło 13. Pierwszego dnia choroby zastrzyknięto 14 dzieciom, wyzdrowiały wszystkie, drugiego dnia 30, zmarło jedno, trzeciego dnia 29, wyzdrowiały wszystkie. Młodszych, niż dwuletnie dzieci było 7, zmarło jedno. Na oddziale chorób dziecięcych w Charité śmiertelność z błonicy w latach 1889/90 wynosiła 52,4%, w 1890/91—60,1%, w 1891/92—60,8%, w 1892/3—56,4%, tymczasem śmiertelność w instytucie za czas od marca do grudnia wynosiła 12,2%. Zmniejszyła się również i absolutna liczba zejść śmiertelnych z błonicy, gdyż w wyszczególnionych latach umierało przecięciowo 73 dzieci rocznie, za czas zaś od marca do grudnia zmarło w instytucie i w Charité razem 27 dzieci dotkniętych błonicą. (Deut. med. Woch. № 51. 1894).

Wiadomości bieżące.

— Od jednego z naszych prenumeratorów otrzymujemy certyfikat, dotyczący Słownika lekarzów polskich, przez ś. p. KOŚMIŃSKIEGO opracowanego, z prośbą o informację. Certyfikat powyższy w dosłownem brzmieniu jest następujący: „Zawiadomienie. Nabywcy Słownika lekarzów polskich otrzymają jeszcze w ciągu roku bieżącego, za zwrotem niniejszej kartki, w księgarniach, w których Słownik nabyli, dodatek bezpłatny, zawierający: tytuł całego dzieła, przedmowę oraz skorowidz prac zawartych w Słowniku, ułożony podług działów umiejętności. Warszawa dnia 13 lipca 1888 r. (Podpisano) D-r med. Józef PESZKE“. Ponieważ w sprawie tej nic nam bliżej nie jest wiadomo, odwołujemy się więc do podpisanego o łaskawe wyjaśnienie.

— Nakładem Kasy Mianowskiego wyszło w tych dniach dzieło p. t. **Dyagnostyka kliniczna chorób wewnętrznych**. Wykład o metodach badania w chorobach wewnętrznych przez d-ra WESENER'a. Dzieło objaśnione 100 rysunkami i 12-stu tablicami chromolitograficznymi wybornie wykonanemi, stronice 536. Przekład dokonał d-r St. MARKIEWICZ. Cena dzieła rs. 2, t. j. jedną trzecią część tego, co kosztuje oryginał. Skład główny w księgarni Wendego w Warszawie. O tem dziele, którego brak dawał się uczuwać zarówno uczącym się jak i lekarzom, wkrótce uapiszemy obszerniejsze sprawozdanie.

— Redakcyja „Deut. med. Woch.“ w pierwszym numerze swego pisma z r. b. wzywa lekarzy z całych Niemiec, aby pod adresem jej pisma przysyłali dane statystyczne co do wyników leczenia błonicy zapomocą surowicy przeciwbłonicowej. W tych czasach mają być rozesełane w znacznej ilości odpowiednie karty, wypełnienie rubryk których nie będzie przedstawiało żadnych trudności dla lekarza. Ostateczny termin do zamknięcia tej statystyki redakcyja oznacza na 1 kwietnia r. b.

— D-r Herman WEBER doręczył „Royal College of Physicians“ w Londynie sumę 50,000

mk. dla utworzenia nagrody, wyznaczanej autorowi co 2 lub 3 lata za najlepszą pracę o gruźlicy. Prace, ubiegające się o nagrodę, mogą dotyczyć zarówno etyologii jak i patologii, profilaktyki i leczenia gruźlicy.

— Zarząd miasta Sydney (Australia) zdecydował, ażeby kaźden, kto w miejscach publicznych lub na ulicy splunie na ziemię, zapłacił karę w ilości 25 fr.

— Z końcem roku ubiegłego liczba studentów medycyny na wydziale lekarskim w Paryżu wynosiła 5,144, a w tej 1,002 cudzoziemców. Francuzek, uczących się medycyny, jest tylko 26, gdy cudzoziemek 169. Od lat ośmiu liczba studentów medycyny prawie się podwoiła, pomimo tego — robi uwagę „Révue scient.“ — liczba lekarzy wiejskich wcale nie powiększa się, tak, iż, jak dotąd, po za wielkimi miastami niedostatek pomocy lekarskiej dotkliwie czuć się daje. W Niemczech stosunki te są znacznie lepsze, gdyż rozmieszczenie lekarzy w całym kraju jest o wiele jednostajniejsze, niż we Francyi, a tembardziej u nas. Tłomaczy się to tem, iż wymagania młodych lekarzy są tam mniejsze, a nadto, że życie towarzyskie w Niemczech o wiele jest znośniejsze, niż gdzieindziej. Był materyalny naszych kolegów, osiadłych po małych miasteczkach, jak wiadomo, jest nędzny, w przeważniej przynajmniej liczbie przypadków. Jeżeli do tego dodać nieświetne warunki intelektualne naszych miasteczek lub osad, to rzeczywiście niema się czemu dziwić, że wyjazd na prowincyę młodemu koledze wcale się nie uśmiecha. Przeludnienie lekarskie po wielkich i większych miastach, a niedostatek lekarzy na prowincyi jest zjawiskiem, z którem się bodaj we wszystkich krajach spotkać można. Stosunki te prawdopodobnie będą trwałe, przynajmniej u nas, dopóty, dopóki samo społeczeństwo nie zapewni bytu lekarzowi, tworząc na prowincyi odpowiednie stowarzyszenia w tym celu i zakładając chociażby jaknajskromniejszych rozmiarów szpitale, których liczba obecnie nie odpowiada nawet jednej czwartej części potrzeb ogólnego zaludnienia.

OD ADMINISTRACYI.

Uprasza się Szanownych abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1895, oraz o wniesienie zaległej.

Rok XXX-ty.

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1895 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przedewszystkiem na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytywać będzie uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możebne, rozszerzeniu ulegną. W obec zformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty, lub litografie, obejmuje tekstu minimum stron 20, większego w porównaniu z numerami z przed roku 1892-go formatu; co razem stanowi rocznie tom o tysiąc kilkuset stronicach.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 5, półrocznie rs. 2 kop. 50, kwartalnie rs. 1 kop. 25.

Na prowincyi i po za Warszawą w ogóle rocznie rs. 6 — lub półrocznie rs. 3. (Kwartalnie na prowincyi prenumerować nie można).

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub naukowej pomocy i t. d. i t. d. zwracać się należy pod adresem: **Redakcyja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**, z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Marszałkowska 129.**

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Довольно Цензурою. Варшава, 29 Декабря 1894 г.

Друк К. Ковалевскиго, Mazowiecka 3.