

GAZETA LEKARSKA.

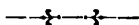
Z PRACOWNI CHEMICZNO-LEKARSKIEJ SZPITALI WARSZAWSKICH.

I. KILKA SŁÓW O OCZYSZCZANIU WODY.

[Rzecz czytana na połączonych sekcjach: technicznej i chemicznej, przy oddziale Warszawskim Towarzystwa Popierania Przemysłu i Handlu w dniach 13. III. i IV. 1894].

Podali

D-rowie Leon Nencki i Józef Karpiński.



I.

Szanowni Panowie!

Panujące w ostatnich dwóch latach, tak u nas, jak i za granicą, epidemie cholery azyatyckiej i endemie tyfusu brzuszego wykazały niewątpliwie, iż jedną z głównych przyczyn powstawania i rozprzestrzenienia się powyższych chorób zakaźnych jest bezsprzecznie używanie za napój złej wody.

W ostatnich też dwóch latach, dzięki ulepszonym metodom badania, udało się niejednokrotnie wykryć w wodach studziennych i rzekach spirylle cholery azyatyckiej i laseczniki tyfusu brzuszego. Że wody studzienne rzeczywiście w wysokim stopniu są zanieczyszczone produktami rozkładu odpadków ludzkich i zwierzęcych i że zawartości z wychodków bezpośrednio przedostają się do studzien, pozwalamy sobie jako dowód przytoczyć niektóre dane z dokonanych badań w pracowni higienicznej miejskiej w Warszawie z pracy drukującej się w Pam. Tow. Lek. Warsz., podanej przez jednego z nas i W. Trzciskiego. Aby ocenić, w jakim stopniu wody studzien warszawskich są zanieczyszczone, przypominamy, że woda zdatna do picia nie powinna zawierać chloru więcej nad 30 mlgr. w jednym litrze, amoniaku i kwasu azotowego nie powinna zawierać wcale, a ilość tlenu z nadmanganianu potasu potrzebna do utlenienia ciał organicznych, zawartych w jednym litrze, nie powinna wynosić więcej nad 3 miligr.. Ogółem zbadano 753 wód studziennych, z których na Warszawę przypada 446, a na Pragę 307. Z 446 wód studziennych, przypadających na Warszawę, zawierało chloru mniej niż 30 mlgr..

W jednym litrze	8 studzien, czyli	.	.	.	.	1,79%
Od 30 do 100 mlgr.	45	"	"	.	.	10,09%
Więcej nad 100 mlgr.	393	"	"	.	.	88,11%
Na azotany [N ₂ O ₅] badano wód studziennych 421.						

Z nich zawierało azotanów:

dużo	237	studzien, czyli	. . . . .	56,29%
mało	120	" "	. . . . .	28,50%
ślady	22	" "	. . . . .	5,22%

Zaś wcale nie zawierało azotanów 42 studzien, czyli 9,47%.

Badano na azotony [N₂O₃] wód studziennych 451; z nich zawierało:

dużo	92	studzien, czyli	. . . . .	20,39%
mało	92	" "	. . . . .	20,39%
ślady	102	" "	. . . . .	22,31%

wierało wcale 165 " " 36,58% zaś nie za-

Badano na amoniak wód studziennych 446.

Z nich zawierało	dużo	116	studzien, czyli	. . . . .	26,00%
	mało	72	" "	. . . . .	16,14%
	ślady	67	" "	. . . . .	18,02%
	nie zawierało wcale	191	" "	. . . . .	42,82%

Badano na utlenialność wód studziennych 439.

Z nich zużywało mniej niż:

3 mlgr. tlenu wód	50, czyli	. . . . .	11,38%
od 3 mlgr. do 10 mlgr.	254	"	57,85%
więcej nad 10 mlgr.	135	"	30,75%

Na Pradze badano wód studziennych 307.

Na chlor badano wód 253:

a z nich: zawierało chloru mniej niż 30 mlgr. w litrze wód	5, czyli	1,62%,
od 30 do 100	38 wód, czyli	. . . . . 12,37%
więcej niż 100 mlgr.	263, czyli	. . . . . 85,66%

Badano na azotony [N₂O₅] wód 202, a z nich zawierała względnie:

dużo wód	121, czyli	. . . . .	39,41%
mało	73	"	23,77%
ślady	4	"	1,30%
nie zawierało N ₂ O ₅	4	"	1,30%

Badano na azotony wód 209, a z nich zawierało azotonów względnie

dużo wód	10, czyli	. . . . .	3,26%
mało "	51	"	16,28%
ślady "	58	"	18,89%
wcale "	90	"	29,31%

Badano na amoniak wód 307, a z nich zawierało amoniaku względnie

dużo wód	94, czyli	. . . . .	30,42%
mało "	69	"	22,41%
ślady "	56	"	18,24%
wcale "	84	"	27,35%

Na utlenialność badano wód 304, na utlenienie potrzebowało tlenu mniej,	niż	3 mlgr. 33 wód, czyli	. . . . .	10,74%
	od	3—10 " 211 " "	. . . . .	68,22%
	więcej nad 10	" 50 " "	. . . . .	16,25%

Z powyższego zestawienia wynika, że prawie wszystkie studnie warszawskie i przedmieścia Pragi posiadają wodę nieodpowiednią do picia ze względu na niewątpliwe zanieczyszczenie składnikami wydzielin ludzkich i zwierzęcych. Te same wyniki zanieczyszczeń wód studziennych wykazały badania, dokonane w pracowni chemiczno-lekarskiej szpitali Warszawskich, okolic Warszawy, a mianowicie: Woli, Pelcowizny, Ochoty, Czystego, Wawru, Marek i różnych okolic kraju naszego. Badania dokonano chemicznie i bakteryologicznie; w niektórych wodach studziennych udało się nam wykryć spirylle cholery azjatyckiej.

Wobec zatem faktów, już dzisiaj bezsprzecznie stwierdzonych, że zanieczyszczona i użyta za napój woda jest przyczyną wybuchu i szerzenia się chorób zakaźnych, dostarczenie ludności dobrej i wolnej od zarazków wody do picia, ze stanowiska ochrony zdrowia publicznego, staje się kwestyą nader żywotną. Na mocy rozporządzenia dyrektora Departamentu lekarskiego w Petersburgu zbadano prawie wszystkie wody studienne w naszym kraju. Wynik badania okazał się wszędzie jeden i ten sam: wysokie zanieczyszczenie wód i łączność studzien z wychodkami. Z rozporządzenia odnośnych władz studnie pozamykano. Ludność pozbawiona została zupełnie wody do picia. W jaki zatem sposób zaradzić złemu, aby ludności dostarczyć dobrej i nie zawierającej bakterii wody do picia?

Wiadomo, iż wogóle wodę użytkową czerpiemy albo z wielkich naturalnych zbiorników, to jest z rzek lub jezior, albo ze sztucznie za pomocą studzien i pomp wydobywanej wody gruntowej. Jedne i drugie w stanie pierwotnym zawierają zarówno pewną ilość składników chemicznych, zdrowiu szkodliwych, z rozkładu istot organicznych powstałych. W celu oczyszczenia wód, zarówno rzecznych, jak i studziennych, oddawna starano się zastosować takie urządzenia, któreby możliwie dokładnie usuwały z wody wszelkie drobnoustroje. Są niemi filtry i oczyszczanie chemiczne.

O ile chodzi o zaopatrywanie całych wielkich miast za pomocą wodociągów w wodę filtrowaną, potrzeba urządzać wielkie filtry żwirowe i są też one rzeczywiście w wielkiej liczbie miast zaprowadzone. O sposobie ich działania i wpływie na czystość wód wodociągowych pomówimy poniżej szczegółowo. Lecz jak sobie radzić w miejscowościach mało zaludnionych, we wsiach i w osadach, które dla kosztowności urządzeń wodociągowych nie mogą o nich pomyśleć, nawet w razie blizkiego sąsiedztwa wielkich zbiorników wody czystej i wskutek tego zmuszone są zaopatrywać się we wodę użytkową i do picia, ze studzien płytkich, wygrzebanych w zanieczyszczonym gruncie, lub sadzawek również zanieczyszczonych. Nadto zwrócić należy uwagę, iż studnie, jakie się u nas zwykle po wsiach i miastach buduje, nie odpowiadają warunkom zdrowotnym, ponieważ ich cembrowiny nie są nieprzepuszczalne, bo cembrowina drewniana ulega gniciu i butwieniu, a cembrowina murowana nawet na cement ulega pęknięciu; wskutek więc tego cembrowiny drewniane i murowane muszą przepuszczać ścieki z górnych warstw gruntowych i przeto nie mogą chronić wód studziennych od zakażenia. Wspomniane przez nas rozbiory wód studzien Warszawskich i podmiejskich tę prawdę wymownie przedstawiają.

Jako wzór studni zdrowotnej zalecają w ostatnich czasach studnie o cembrowinie żelaznej w postaci rury żelaznej, tak zwane po niemiecku: *Eisentröbrenbrunnen*.

Liczne i szczegółowe badania, jakich dokonano głównie w ostatnich czasach nad działaniem wielkich filtrów żwirowych, tak co do powstawania i znaczenia warstwy filtrującej, szybkości przepływu wody przez filtr i ilości znalezionych drobnoustrojów, wykazały, że, aby filtry dobrze działały, t. j. aby woda filtrowana wolną była od drobnoustrojów, muszą filtry rzeczzone zadosyć czynić następującym warunkom ¹⁾:

1) Szybkość wody filtrowanej nie powinna przekraczać 100 mm. na godzinę.

2) Woda z każdego filtru, dopóki ten jest czynny, powinna być badaną raz dziennie na ilość bakteryi.

3) Woda filtrowana, zawierająca więcej, niż 100 bakteryi w 1 ctm. sześciennym, nie powinna być zlewaną do zbiornika wody czystej, i dlatego filtry powinny być tak urządzone, aby woda przefiltrowana, a zanieczyszczona, mogła być wydaloną z filtru bez uprzedniego zmieszania z wodą czystą.

Jako dowód wielkiej doniosłości dla ochrony zdrowia publicznego, jaką odgrywa woda filtrowana przez filtry piaskowe, pozwalamy sobie przytoczyć spostrzeżenie, jakie zrobiono w Niemczech na trzech miastach, a mianowicie: Hamburgu, Altonie i Wandsbecku. Trzy te miasta graniczą ze sobą bezpośrednio i stanowią niejako jedno miasto. Miasto Hamburg otrzymuje wodę niefiltrowaną powyżej z rzeki Elby, Altona wodę filtrowaną poniżej z rzeki Elby, a Wandsbeck wodę filtrowaną z zanieczyszczonego odchodami jeziora Landsee. Miasta te wogóle nie różnią się między sobą, ani co do położenia, ani co do składu gruntu i t. p.. Jak wiadomo, w Hamburgu cholera srożyła się bardzo, gdy tymczasem Altona i Wandsbeck prawie były wolne od cholery, jeżeli wyłączymy te przypadki, które do miast tych z Hamburga zostały zawleczone.

Głównym czynnikiem, filtrującym w filtrach piaskowych, nie jest piasek, a warstwa błoniasta, osadzająca się na powierzchni filtrów, powstała z ciał mineralnych i roślinnych, zawieszonych w wodzie. Zależnie od rodzaju i stopnia zanieczyszczenia wody filtrowanej, warstwa błoniasta osadza się wolniej lub prędzej: z wody, zawierającej muł, osadza się już po 8—10 godzinach; z wody, zawierającej szczątki roślinne, dopiero po 24 godzinach. Filtry piaskowe, to jest wspomniana przez nas warstwa błoniasta, zatrzymują prawie wszystkie bakterye; ta bowiem ilość bakteryi, która przechodzi poniżej przyjętej normy, pochodzi głównie z warstw dolnych filtrów i zawiera zupełnie nieszkodliwe bakterye, zwykłe mieszkanki wody, pozostałe tam przy ładowaniu materiałem filtrującym [kamienie, żwir, piasek]. Oprócz bakteryi, zostają przez filtr zatrzymane—i to w znacznej ilości—ciała organiczne i amoniak, kwas azotny bardzo mało, a chlor wcale nie. Jeżeli filtr dobrze działa, to woda filtrowana nie zawiera więcej nad 100 bakteryi w 1 ctm. sześciennym, nawet wówczas, gdy

¹⁾ R. Koch. Wasserfiltration und Cholera. Zeitschrift für Hygiene und Infectiouskrankheiten. 14 Bd, 3 Heft. 1893.

woda przed filtrowaniem jest wysoce zanieczyszczona i zawiera duże ilości bakteryi. Że badanie bakteryologiczne wody filtrowanej jest rzeczą konieczną i to badanie dokonywane nie raz jeden na miesiąc, lub raz jeden na tydzień, ale badanie codzienne i to ilościowe; że znaleziona ilość bakteryi kontroluje dobre działanie filtru i wykazuje najmniejsze zmiany, tak co do prawidłowego osadzania się warstwy błoniastej, jak i co do zwiększonej prędkości wody przesączonej; że, jeżeli przytoczone dopiero co warunki nie będą jak najściślej przestrzegane, przesączona woda będzie nosić tylko miano wody przesączonej, a w rzeczywistości zaś będzie prawie tak samo zanieczyszczoną, jak i przed filtrowaniem i że cel, dla którego wyłożono ogromne koszty na budowę filtrów zostałby chybiony: to ilustruje wymownie spostrzeżenie, dokonane nad epidemią cholery i endemią tyfusu brzuszego w zakładzie dla obłąkanych w Nietleben.

Zakład dla obłąkanych w Nietleben, oddalony o kilka kilometrów od Halli, otrzymuje wodę z jednego ramienia rzeki Saali. Zakład wodociągowy nie posiada przyrządu regulującego. Ilość wody przefiltrowanej, obliczona pierwotnie na 700 mieszkańców, wkrótce starczyć musiała dla 1000 mieszkańców bez odpowiedniego powiększenia filtru. Aby zwiększyć wydajność filtru zwiększono szybkość filtrowania. Czyszczenie filtru odbywało się coraz częściej, w końcu zaś miało miejsce dwa razy tygodniowo; wskutek tego szybkość przysączania wody wzrosła z 100 mm. do 170 mm. na godzinę, osadzanie się warstwy błoniastej również stało się nieprawidłowem. Cholera i tyfus coraz więcej zabierały ofiar, ale przyczyny srożącej się epidemii nie umiano odszukać. Badanie chemiczne i bakteryologiczne jakościowe wody przesączonej nie wykryło również nic nadzwyczajnego. Dopiero prof. PFULL, wydelegowany *ad hoc* z państwowego Urzędu Zdrowia z Berlina, zajął się ilościowem badaniem bakteryologicznem i odnalazł w zanieczyszczonej wodzie rzeki Saali 302,400 kolonii w 1 ctm. sześć., a 52,410 kolonii w wodzie filtrowanej; nadto wykazał tak w wodzie nie filtrowanej, jak i przefiltrowanej, spiryllę cholery azjatyckiej. Po doprowadzeniu filtrów do porządku, unormowaniu szybkości przesączania wody i pozostawieniu właściwego czasu osadzaniu się warstwy błoniastej, ilość bakteryi powróciła do normy: 100 bakteryi w 1 ctm. sześcienn. i epidemia cholery i endemia tyfusu zupełnie wygasły.

W celu zakomunikowania Sz. Panom, że przytoczone powyżej przez nas normy są uwzględnione i przez stacyę filtrów warszawskich, uprosiliśmy Sz. P. inżyniera Ludwika BĄGIŃSKIEGO, zarządzającego stacyą filtrów i D-ra PALMURSKIEGO o liczbowe dane, dotyczące się filtrów Warszawskich. Przystane nam łaskawie odpowiedzi w oryginale odczytujemy.

Warszawa d. 5 lutego 1894.

Szanowny Panie Doktorze!

Na pismo Szanownego Pana z dnia 2 b. m. mam honor objaśnić:

Co do 1-go pytania: 1) „Jaka jest norma szybkości wody filtrowanej w filtrach Warszawskich—i czy szybkość ta może być dowolnie regulowaną?”

W projekcie W. H. LINDLEY'a przyjętą była norma wydajności filtrów, na 2,4 metrów kubicznych w 24 godzin z kwadratowego metra powierzchni piaskowej, czyli przyjęto prędkość wody nad powierzchnię piasku na 100 milimetrów na godzinę. Po dzień dzisiejszy największa prędkość, do jakiej dochodzimy, wynosi tylko 82 milimetry na godzinę, a to z powodu małego jeszcze zużycia wody w mieście.

Co do właściwej prędkości wody filtrującej się, to jest prędkości, z jaką woda przepływa przez sam piasek i materiał filtracyjny, to ta wielokrotnie jest większą od poprzedniej, jest zmienną zależnie od stopnia zamadzenia powierzchni piaskowej i od powstającego stąd ciśnienia. Pierwsza prędkość zależną jest od ustawienia aparatu regulacyjnego, dla każdego ustawienia jest stałą, znaną, a druga zależy od stopnia zanieczyszczenia samej wody, od samego przebiegu filtracji — zależy ona również od pierwszej — od grubości ziarn materiału filtracyjnego, i jak się powiedziało, od stopnia zamadzenia powierzchni piasku, jest ona zmienna i tylko w przybliżeniu obliczyć się daje.

Co do 2-go pytania, a mianowicie: „Czy filtry Warszawskie tak są zbudowane, że w razie, gdy woda z danego filtru okaże się zanieczyszczoną, może być wydalona, a tem samem może nie być wpuszczoną do ogólnego zbiornika wody czystej?”

Ponieważ dla oczyszczenia każdego oddziału filtrów, można go odseparować od pozostałych i opróżnić z wody, spuszczać takową do kanału, przeto i dla każdego innego celu, jako to: dla reperacji, lub też nieprzesyłania wody w nim filtrowanej do użytku mieszkańców, można taką operację wykonać.

Co do 3-go „Jak często ma miejsce badanie bakteriologiczne wody filtrowanej?” Od czasu pojawienia się u nas w r. 1892 cholery analizy bakteriologicznej dokonywaną bywa w laboratorium D-ra BUJWIDA raz na tydzień.

Co do 4-go. „Jaką ilość bakterii przyjęto za normę w 1 tm. sześciennym?” Około roku 1884 tylko w Niemczech, i tylko D-r KOCH, a za nim jego adepci, przeto i D-r BUJWID, jako normę przyjęli cyfrę 300 kolonii, rozwijających się w ciągu dni 2—4-ech w żelatynie. Cyfra ta 300 przyjętą była, zdaje się, na tej zasadzie [jak to również miało miejsce dla norm chemicznego zanieczyszczenia wody], że wody źródlane czyste i uznane za zdrowe, taką ilość bakterii w żelatynie dawały. KOCH w roku 1889 normę 300 zmniejszył na 100, wskutek doświadczeń, przeprowadzonych z filtracją na małą skalę, wszakże normę tę nie wszyscy adepci przyjęli. W końcu roku 1892 niemiecki państwowy Urząd Zdrowia ogłosił tak zwane „praktyczne prawidła” eksploatacji filtrów piaskowych i w nich również normę kolonii na 100 oznaczył i od tej chwili w Niemczech [a nawet i u nas] zaczęto ją powszechnie przy analizowaniu wód stosować. W październiku roku 1893 niemieccy inżynierowie wodociągowi, na zjeździe w Berlinie zaprotestowali przeciwko wyżej wspomnianym przepisom — jako niepraktycznym i niezgodnym z naturą rzeczy — i w podaniu, zaniesionem do kanclerza CAPRIVÉ'ego, prosili o naznaczenie komisji mieszanej, złożonej z higienistów państwowych i z wy-

branych z pomiędzy siebie inżynierów, celem ułożenia innych praktycznych przepisów, eksploatacji filtrów piaskowych dotyczących. Posiedzenia tej komisji mieszanej miały miejsce w Berlinie w końcu roku zeszłego i początkach bieżącego; wiem, że na nich przepisy poprzednie obalono, jakie jednak są przepisy, czy też prawa nowa, a w nich jaka norma liczby kolonii, i czy wogóle norma w tym kierunku postawioną była — jeszcze wiadomości nie mam.

Co do 5-go. „Czy ilość bakterii kontroluje dobre działanie filtrów?“ Na to pytanie mogę tylko w przybliżeniu odpowiedzieć, że według mojego sposobu widzenia, dalekiem jest ono do stanowczego rozwiązania. Pod względem mechanicznym uważam, że jakkolwiek bakterie o wiele większe od drobnego mułku często przez filtr przedostają się, pomimo że drobniejszy mułek nie przechodzi, to wszakże przedostawanie się pierwszych, lub też ich zarodników, daje niejaka miarę zdolności oczyszczającej filtrów. Pod względem higienicznym, kwestya ta mogłaby być tylko wyjaśnioną szeregiem ścisłych badań, czy i o ile bakterie szkodliwe na równi z innymi, lub w mniejszym stosunku, przedostają się do filtratu. Bardzo wielu bakteriologów jest zdania, że higienicznej skuteczności filtracji nie należy oceniać z liczby bakterii, ale raczej z liczby ich gatunków.

Ponieważ sama bakteriologia, a zwłaszcza bakteriologia wody, datuje się od niedawna, ponieważ wiele jest kwestyi niezbadanych jeszcze — wiele ciemnych — sądzę przeto, że na to pytanie, przez Szanownego Pana postawione, nie tak rychło znajdzie się odpowiedź stanowcza.

Szanowny Panie Doktorze! Na Pańskie pytania starałem się, o ile możliwości, w krótkości odpowiedzieć; gdyby Szanowny Pan znalazł co nie dosyć jasnym, gotów jestem osobiście w razie potrzeby dopełnić. Przy tej sposobności łączę wyrazy poważania i szacunku, z jakim piszę się

L. Bagiński.

Warszawa d. 27 stycznia 1894.

Szanowny Doktorze!

Obowiązkowo bakteriologiczna analiza na filtrach bywa dokonywana raz na tydzień. Jednocześnie badam wodę z Wisły [na stacji filtrów miejskich], z osadnika, jednego z filtrów, ze zbiornika i z kranu wodociągowego u siebie. Jako normę przyjmowałem zwykle i jeszcze przyjmuję liczbę bakterii, podaną przez Koch'a, t. j. 100 w 1 ctm. sześć. wody filtrowanej. W większości analiz liczba ta nie dochodzi 50, bywa dość często mniejsza, np. 15, bywa i większa, jak: 270, 400, a nawet 770. Liczba bakterii w 1 ctm. sześć. wody ze zbiornika również podlega wahaniom, *minimum*, jakie otrzymałem od stycznia 1894 r., było 28, *maximum* 400. Wahania te w wodzie filtrowanej są zjawiskiem częstym: np. liczba bakterii w 1 ctm. sześć. w filtrze działającym od 3 tygodni z 35 podnosi się w przeciągu kilku dni do 1500, potem następuje obniżenie do kilkudziesięciu lub mniej. To zjawisko powtarza się jednocześnie we wszystkich filtrach bez widocznej na razie innej przyczyny, oprócz powiększenia ilości bakterii w wodzie Wiślanej.

Od początku stycznia 1894 pracuję nad wyjaśnieniem kwestyi, od czego zależy i co szczególnie wpływa na powiększenie ilościowe bakteryi w wodzie filtrowanej. Pod ścisłą, codzienną kontrolą mam wszystkie filtry. W kwietniu lub w maju mam nadzieję skończyć obserwacye, wtedy będę mógł podać wyniki swych dość licznych spostrzeżeń w kwestyi działania filtrów piaskowych. W swych badaniach uwzględniam wszystkie możliwe czynniki, mogące wpływać na sprawę filtracyi. Przy sposobności załączam swe pozdrowienie.

Z poważaniem
Wł. Palmirski.

[D. n.]

Z ODDZIAŁU D-RA MED. A. SOKOŁOWSKIEGO W SZPITALU ŚW. DUCHA W WARSZAWIE.

II. PRZYCZYNEK DO KLINICZNEGO STOSOWANIA NIEKTÓRYCH ZWIĄZKÓW GRUPY AROMATYCZNEJ.

Podał

J. Szurlo,
asystent oddziału.

— † — † —

II. Parachlorofenol.

Profesor M. NENCKI z Petersburga nadesłał w końcu roku zeszłego D-rowsi SOKOŁOWSKIEMU jeden z chlorofenolów, mianowicie parachlorofenol, proponując wypróbowanie tego preparatu na oddziale i bliższe określenie jego własności leczniczych. Własności fizyczne i chemiczne, jak również i działanie antyseptyczne i fizyologiczne chlorfenolów były zbadane przez KARPOWA i zakomunikowane ogółowi lekarskiemu w №№ 34 i 35 Gazety Lekarskiej na rok 1893.

Przysłany przez prof. NENCKIEGO parachlorofenol przedstawiał się w postaci przezroczystego płynu, o ostrym przenikliwym zapachu chloru i fenolu. Korzystając ze żrących własności czystego preparatu, postanowiliśmy w tym kierunku wypróbować jego własności lecznicze, stosując go przy cierpieniach natury przerostowej jamy nosowej, gardzielowej i krtani, jak również przy gruźlicy krtani. W sprawach przerostowych stosowaliśmy preparat czysty, w owrzodzeniach gruźliczych 25% i 50% roztwór tego preparatu. Używaliśmy go więc przy przerostach muszli nosowych, przy zatkaniu światła przewodów nosowych nowowytworzoną tkanką, przy rozroście ziarniny na tylnej ścianie gardzieli, przy rozrostach na strunach prawdziwych. Wszystkich spostrzeżeń mieliśmy 26; wyniki tych spostrzeżeń są następujące.

Przerosty muszli [przypadków 10]. W przypadkach tych znajdowaliśmy znacznie przerosłe dolne muszle, jednego lub obu przewodów nosowych, w 3-ch przypadkach przerost muszel średnich; zmianom tym towarzyszyła występująca od czasu do czasu niedrożność kanałów nosowych, zatkanie w nosie i silny nieżyt. Przerosłe muszle pędzlowaliśmy czystym para-

chlorofenolem. W tej chwili po zapędzowaniu powierzchnia muszli stawała się mleczno-białą; zjawiało się dość mocne palenie, ustępujące jednak po kilku minutach. Jednocześnie występowały objawy znacznego podrażnienia miejscowego: błona śluzowa stawała się krwawo-czerwoną i obrzękłą, wypływ z nosa znacznie się powiększał; oddechanie przez nos stawało się zupełnie niemożliwym, wobec zjawiającego się natychmiast bardzo silnego i upartego kichania. Objawy te trwały z jednakowym natężeniem przez kilka godzin, często nawet do dnia następnego. Na drugi dzień znajdowaliśmy muszlę mocno czerwoną i obrzękłą; przypalone miejsca pokryte były białą wydzieliną, która pod drobnowidzem przedstawiała się złożoną wyłącznie z bezbarwnych ciałek krwi. Po usunięciu wydzielinę znajdowaliśmy powierzchnię jaskrawo czerwoną, pozbawioną nabłonka i łatwo krwawiącą. Po 2-ch, 3-ch dniach objawy podrażnienia zmniejszały się znacznie, zatkanie jednak zwykle pozostawało. Po trzykrotnem, a nieraz i częściej powtarzanem przypalaniu objawy zatkania ustępowały również, objętość muszli zmniejszała się, wypływ z nosa ustawał. Efekt taki zjawiał się dopiero po 15-u do 20 dniach. Nie we wszystkich jednak przypadkach rezultat był tak pomyślny. W trzech przypadkach, w których obok przerostu muszli dolnej istniał i przerost muszli średniej, efekt pomimo kilkakrotnego przypalania obu muszel był bardzo nieznaczny.

Zatkanie przewodu nosowego nowowytworzoną tkanką [2 przypadki]. W jednym z tych przypadków mieliśmy do czynienia z początkującą się twardzielą nosa. Nowowytworzona tkanka była jeszcze młodą, dość miękką, podobną do ziarninowej; zatykała ona światło przewodu nosowego lewego u przedniego końca muszli dolnej. W tym przypadku przypalanie robione było systematycznie co 3-ci dzień, przyczem po 3-ch tygodniach nowowytworzona tkanka w górnej części została zniszczoną, a na jej miejscu zjawił się otwór wielkości około 3-ech młm. średnicy. Pod wpływem dalszego przypalania otwór stopniowo się powiększał, tak, że po miesiącu światło przewodu nosowego prawie w zupełności wróciło; pozostała tylko w dolnej części nieznaczna ilość twardzielowej tkanki. Chora oddechała zupełnie swobodnie przez nos. Objawy podrażnienia miejscowego i tu były dość silne; ból trwał znacznie dłużej, bo przeszło godzinę; na miejscach przypalonych znajdowaliśmy wydzielinę ropną. W drugim przypadku, w którym mieliśmy do czynienia również z twardzielą nosa, gdzie rozrost jednak był znacznie większy, a całe nozdrze było zatkałe twardą, bladą, chrząstkowatą masą, przypalanie parachlorfenolem pozostało bez skutku.

Nieżyt przewlekły przerostowy tylnej ściany gardzieli [4 przypadki]. W przypadkach tych mieliśmy do czynienia z rozrostem oddzielnych ziarnin na tylnej ścianie gardzieli, wielkości od konopnego ziarnka do ziarnka grochu, jak również z rozrostem fałd bocznych (*pharyngitis lateralis*). Z objawów podmiotowych na pierwszy plan występowała nadmierna wrażliwość tylnej ściany gardzieli na dotykanie zgłębnikiem, uczucie ciała obcego, tkwiącego w gardzieli, uczucie nadmiernej suchości. Przypalanie tak bocznych fałd, jak i oddzielnych granulacji wywoływało silny ból, trwający jednak dość krótko [5 do 10 minut] i napady silnego kaszlu gardzielowego. Odczyn

miejscowy był dość znaczny. Po dwu dniach na przypalonych miejscach widać było złuszczenie spalonego nabłonka, zaczerwienienie błony śluzowej; wrażliwość jednak znacznie się zmniejszała, pozostawało natomiast uczucie suchości w gardle. Po kilkakrotnych przyżeganiach granulacje zmniejszały się, zupełnego jednak ich usunięcia doczekać się nie mogliśmy.

Nabłonia k powierzchni na strunie prawdziwej lewej [1 przypadek]. W przypadku tym, jak to badanie histologiczne wykazało, mieliśmy do czynienia z nadmiernym rozrostem nabłonka, który w postaci odnóg przenikał w leżącą pod nim tkankę. Przypalenie dwukrotne parachlorofenolem nie dało żadnego dodatniego wyniku. Rozrost trwał dalej. Dopiero użycie bardziej energicznych środków przyżegających [kwas chromny], jak również usunięcie pozostałych resztek za pomocą operacji wewnątrzkrtańowej powstrzymało dalszy rozwój nabłoniaka.

Gruźlica krtani [5 przypadków]. W przypadkach tych mieliśmy do czynienia 3 razy z nacieczeniem gruźliczem i owrzodzeniami na nagłośni, w dwóch pozostałych, oprócz nacieczenia nagłośni, znajdowaliśmy jeszcze nacieczenia tylnej ściany i strun fałszywych i owrzodzenia na strunach prawdziwych.

Objawy podmiotowe polegały na bólu przy łykaniu, uczuciu suchości w gardzieli i krtani i bólu rozpromieniającym się w kierunku ucha. Przyżegania w tych razach rozpoczynaliśmy od 25% roztworu parachlorofenolu, następnie przechodziliśmy do 50% roztworu tego preparatu. We wszystkich przypadkach w tej chwili po zapędzowaniu występowała bardzo silna reakcja miejscowa, zaczerwienienie stawało się jaskrawszem, występował obrzęk nagłośni; ból przytem był nadzwyczaj silny i trwał zwykle od 3-eh do 5-ciu godzin; przez ten czas chory nie był w stanie przyjmować żadnych pokarmów, przyczyną czego w pewnym stopniu był obrzydliwy smak i zapach preparatu. Po kilku godzinach ból ustawał, chory czuł się znacznie lepiej, możność przelknięcia zjawiała się na nowo. Badanie wziernikowe wykazywało stałe zwiększanie się nacieczenia zajętych części krtani: cała powierzchnia pędzlowana była pokryta białawą, ropną wydzieliną, pod którą widać było mocno zaczerwienione i przekrwione części krtani, przypalane parachlorofenolem. Pędzlowanie to zawsze, nawet po uprzednim zakokainowaniu, było bardzo bolesne, boleśniejsze znacznie, aniżeli przy użyciu mocnych roztworów kwasu mlecznego; chorzy po nich czuli się znacznie osłabieni i zdenerwowani, poddawali się im więc ze wstrętem i odrazą, prosząc o jak najrzadsze używanie tego środka. Nacieczenie przytem wcale się nie zmniejszało, tak, że we wszystkich przypadkach musieliśmy powrócić do kwasu mlecznego, nie otrzymawszy żadnych dodatnich wyników po użyciu parachlorfenolu.

Wyniki, otrzymane przez nas przy stosowaniu parachlorfenolu w cierpieniach natury rozrostowej nosa, gardzieli i krtani, jako też i gruźlicy krtani, pozwalają nam pokrótce wyciągnąć następujące wnioski.

a) Parachlorofenol nie posiada własności znieczulających fenolu; zapach jego i smak przy zastosowaniu szczególnie w gardzieli i krtani budzą wstręt

i odrazę u chorych, czyniąc użycie jego w w cierpieniach tych narządów bardzo ograniczonem.

b) Stosowany na błonę śluzową niszczy nabłonek, wywołuje prawie natychmiast silny miejscowy odczyn; na miejscach, które poddane były działaniu tego środka, często występuje ropienie; kilkakrotne zaledwie pędzlowanie parachlorofenolem sprowadza ściąganie i zmniejszanie się objętości przerosłej tkanki; ustępuje więc on znacznie takim środkiem żrącym, jak kwas chromny, nie mówiąc już o żegadle galwanokaustycznym.

c) W cierpieniach gruźliczych krtani wywołuje obrzęk części przypalonych, sprawia długotrwały i mocny ból, odbiera łaknienie, wskutek tego przynosi nieznaczne w porównaniu z innymi środkami [kwas mleczny, kwas karbolowy, mentol] korzyści.

Doświadczenia nasze i próby na oddziale i w ambulatoryum prowadzimy dalej; być więc może, że dalsze wyniki okażą się pomyślniejszymi dla tego preparatu, tembardziej, że prof. SIMANOWSKIJ z Petersburga w przedostatnim numerze „Wracza“ ogłasza bardzo dodatnie wyniki, które otrzymywał w chorobach nosa i krtani po zastosowaniu parachlorofenolu.

Marzec 1894 roku.

Z ODDZIAŁU GINEKOLOGICZNEGO SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

III. Przypadek utworzenia się kamienia w jamie pęcherzo-pochwowej po zupełnem zaszyciu przewodu pochwowego

(*colpocleisis*).

Podał

D-r Jakób Rosenthal,
ordynator oddziału.

— † — † —

W dniu 21 listodada r. z. wstąpiła do oddziału Ides C..., mężatka, lat 42 licząca, uskarżając się na mimowolny odpływ moczu i silne bóle w dole brzucha. Dowiedziałem się od chorej, że lat temu koło 20-u przebyła pierwszy poród, skutkiem którego powstała przetoka pęcherzo pochwowa. Niejednokrotnie poddawała się z tego powodu operacyi, ale zawsze bez dodatniego wyniku, a dopiero przed 5-oma laty zgodziła się na poprzeczne zeszytanie pochwy (*colpocleisis*), którego dokonał ś. p. prof. L. NEUGEBAUER. Od tego czasu mocz mogła oddawać dowolnie, lecz ten zawsze w niewielkiej tylko ilości odchodził. Przed półtora rokiem zaczęła doznawać bólów w dole brzucha, od roku zaś bóle się zwiększyły i mocz mimowolnie odpływa. To skłoniło chorą do udania się do szpitala.

Osoba wzrostu średniego, blada, mocno wyniszczona, tak, iż ma wygląd 70-letniej staruszki. Srom, pokryty płynem ropiastym, cuchnącym, jest zaczerwieniony. W dolnej części pochwy znajduję bliznowatą przepoń, zamykającą

przewód pochwoy. Przepona ta powstała skutkiem zeszcicia poprzecznego przewodu pochwoyego, nie zamyka w zupełności pochwy, gdyż na każdym końcu jej znajdował się otwór, w który cewnik łatwo wprowadzić można. Cewnikiem tak wprowadzonym wyczuć można było w pochwie ciało twarde wypełniające ją i dające za uderzeniem odgłos, jaki daje metal, uderzając o ciało twarde i toż samo ciało wyczuwano w pęcherzu przy wprowadzeniu cewnika przez cewkę moczową. Mieliśmy więc do czynienia z kamieniem moczowym, utworzonym w jamie pęcherzo-pochwovej, skutkiem niedostatecznego odpływu moczu.

Wskazanie było jedno, t. j. usunięcie kamienia. W tym celu, przeprowadziwszy cewnik metalowy pod przegrodę przez wyżej opisane otwory w niej, naprężyłem ją na cewniku i tępo paznogciem otworzyłem ową przegrodę. Wprowadziwszy palec do pochwy, znalazłem kamień, usadowiony górną częścią w pęcherzu i więcej ku przodowi, dolną zaś częścią, dłuższą i grubszą, wnikałą do pochwy, której prawie całe światło wypełniał i trudno go było z miejsca poruszyć. Uchwyciwszy kamień w kleszczyki okienkowane w wymiarze przednio-tylnym, starałem się wyprowadzić go na zewnątrz, co jednakże w zupełności nie udało mi się skuteczniej; część bowiem kamienia, usadowiona w pochwie, uległa skruszeniu, w całości zaś wydobyłem część mniejszą z pęcherza. Część ta, barwy szaro-brunatnej, postaci stożka, w górnej części zaokrąglonego, długości i grubości 4 ctm., ma w obwodzie poprzecznym nadkruszonym $11\frac{1}{2}$ ctm., jest na powierzchni przedniej równą i wypukłą, na tylnej spłaszczoną i chropawą, waży zaś 25 gramów.

Sądząc z części tej, wnosić należy, że cały kamień miał długości około 10-u ctm., a obwód jego w dolnym końcu musiał wynosić wiele więcej, niż $11\frac{1}{2}$ ctm., gdyż w żaden sposób bez skruszenia z pochwy wydobyć go nie mogłem. Po przemyciu jamy pochwoy-pęcherzowej, przyczem znaleziono zniszczenie prawie całej ściany przedniej pochwy, chorą ułożono w łóżku, a po kilku dniach, widząc, że o jakiegokolwiek operacji celem usunięcia przetoki w tej chwili mowy być nie może z powodu znacznego osłabienia i wyniszczenia chorej, pacjentkę ze szpitala wypisałem.

Przeglądając dostępną mi literaturę, znalazłem opisane 3 przypadki utworzenia się kamienia po kolkoplejzie, a mianowicie: Prof. L. A. NEUGEBAUERA [Gazeta Lekarska. 1883. str. 411 i *Centralbl. für Gynaekologie. 1883. Nr. 9*], BERGMANN'a z Elberfeldu (*Centralbl. f. Gynäk. 1888. Nr. 50*) i BAAS'a z Worms (*Centralbl. f. Gynäk. 1889. Nr. 21*). Prof. NEUGEBAUER wspomina również o przypadku BURCHARDT'a, pobieżnie przez FREUND'a opisanym (*w Klinische Beiträge für Gynäkol. BETSCHLER. 1863. I Heft. str. 105–106.*). Przypadek NEUGEBAUERA jest prawie identycznym z moim; w przypadku BERGMANN'a u kobiety 61-letniej, która podrzednio przebyła chorobę nerkową, powstała przetoka skutkiem noszenia wianka macicznego. Już w 2-im roku, po skutecznym zeszcieniu poprzecznym pochwy, utworzyły się 3 kamienie wielkości jaja gołębiego. Przypadek BAAS'a jest o tyle ciekawym, że kamień wielkości i grubości palucha ukazał się w otworze zewnętrznym cewki moczowej i tą drogą przez pociąganie palcami na zewnątrz wydobyty został.

Przy dzisiejszych sposobach operowania, gdzie nawet dokonywa się *coelotomiae* celem zeszcycia pęcherza moczowego (Prof. DITTEL. *Deutsche med. Wochenschrift*. 1893. Nr. 38. str. 92), zdaje się, że kolpoklejsza nie ma racji bytu. Jeżeli jednak na innej drodze, z powodu nadmiernego zniszczenia przegrody pęcherzo-pochwowej, uleczenie kalectwa tego nie jest możliwem, to właściwszą operacją, zdaniem mojem, jest zalecona w r. 1877 przez ROSE'ego „*obliteratio vulvae rectalis*“, t. j. zamknięcie wejścia pochwowego i cewki moczowej, po uprzednim utworzeniu przetoki odbytniczo-pochwowej. Myślą przewodnią tej operacji jest, jak ROSE utrzymuje, zużytkowanie odbytnicy w roli pęcherza moczowego, a zwieracza odbytu jako zwieracza cewki moczowej. W tym celu skutecznia się t. zw. „*episiokleisis*“, t. j. zamknięcie przewodu pochwowego przez zaszcycie pionowe otworu sromnego i cewki moczowej, po uprzednim utworzeniu przetoki pęcherzo-pochwowej i przeprowadza się mocz wraz z kałem przez odbytnicę. Operacji tej po ROSE'm dokonali: ANTAL (*Archiv f. Gynäk. T. XVI. p. 316*), CAZIN (*Archives générales de médecine. 1881. vol. 1*), DITTEL (*Wiener. med. Jahrb. 1881. Heft. 3—4*), BROESE (*Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. 10. str. 126*), KALTENBACH (*Centralbl. f. Gynäk. 1882. Nr. 48*), FRITSCH (*Centralbl. f. Gynäk. 1885. Nr. 26*) i w końcu BIELAJEW (*Centrbl. f. Gynäk, 1890. Nr. 25*). Jakkolwiek nie wszyscy powyżsi operatorzy mieli rezultaty dodatnie, to jednakże „*obliteratio vulvae rectalis*“ musimy praktykować dotychczas z konieczności, nie mogąc na innej drodze usunąć wstrętnego tego dla samej nawet chorej kalectwa.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

16. Prof. A. Kehrer [Heidelberg]. W sprawie leczenia wypadnięcia pochwy i macicy.

Zadaniem leczenia wypadnięcia pochwy i macicy jest przywrócenie prawidłowego położenia, wielkości, formy i, o ile to jest możebne, budowy dotkniętych narządów. Przy wypadnięciach wtórnych należy jeszcze usunąć chorobę podstawową [puchlina brzuszna, nowotwory brzucha i jamy miednicy]. Jak wogóle przy chorobach przewlekłych, tak też i przy wypadnięciach leczenie może mieć widoki powodzenia tylko wtedy, kiedy znamy dobrze warunki ich powstawania; nieraz zresztą musimy się zadowolić względną tylko poprawą wobec niemożności usunięcia wszystkich przyczyn, które się na kalectwo to złożyły.

Warunki niezbędne przy powstawaniu wypadnięcia pochwy i macicy są następujące:

1) Niezwykła długość, nieznaczna sprężystość i niedostateczna kurczliwość narządów, dźwigających organy płciowe.

Macicę wraz z pochwą utrzymują w prawidłowem położeniu mięśnie, unoszące odbyt (*mm. levatores ani*), pasma włókniste górnej powięzi miednicy (*fascia pelvis sup.*), fałdy DOUGLAS'a, naczynia i nerwy, wychodzące ze ścian bocznych miednicy i z otworów krzyżowych ku sklepieniu pochwy, wreszcie t. zw.

przegroda miednicy, składająca się ze skóry z pokładem tłuszczowym, z dolnej powięzi miednicy (*fascia pelvis inf.*), z mięśni, naczyń i nerwów ¹⁾.

Przy każdym porodzie rozciągają się i wydłużają owe narządy, dźwigające pochwę i macicę. Wypadnięcia zaś bywają najczęściej następstwem tych porodów, przy których usta maciczne długo leżą przed główką w postaci pierścienia i nie wracają zawczasu w górę do jamy miednicy, lecz zostają pociągane przez główkę aż do szpary sromnej, co może mieć miejsce przy porodzie naturalnym, jak niemniej przy kleszczowym i wogóle przy wydobywaniu płodu (*extractio*) przed zupełnem otwarciem ust.

2) Obszerny przedsionek i obszernie wejście do pochwy.

Obszerność taka bywa najczęściej następstwem wielu przeżytych porodów. Jednak i u pierwiastek może ona powstać wskutek szybkiego i gwałtownego rozciągnięcia wejścia do pochwy przez kleszcze lub inne jakie zabiegi w celu wydobycia płodu. Samogwałt, częste spółkowanie i inne jeszcze wpływy mogą nawet u nierodzących być źródłem wypadnięcia. Całkowite jednak wypadnięcie u dziewic stanowi prawdziwą rzadkość.

Ażeby obszerność dolnych części narządów rodnych mogła ułatwić wypadnięcie, muszą współcześnie jeszcze istnieć warunki najpierwej wymienione, albo też musi istnieć:

3) Zwiotczenie sromu i wejścia do pochwy, a zatem i mięśnia zwieracza sromu (*m. constrictor cunni*).

Łatwo jest przekonać się, że przy wypadnięciach wargi, krocze i ściany pochwy straciły swoją sprężystość, a zwieracz sromu swoją kurczliwość. Jeżeli mięsień ten jeszcze się jędrnie kurczy, to chociażby nawet wejście do pochwy było łatwo rozciągalne, to jednak wypadnięcie do skutku nie przyjdzie. Wcale nie rzadko spotyka się kobiety, które pomimo że wiele rodziły, jednakże zachowały, dzięki owej jędrności mięśnia, ciasne wejście do pochwy. Zwiotczenie bywa następstwem zbytniego rozciągnięcia, rozdarcia lub nacięć sromu podczas porodu. Ogólne zaburzenia w odżywianiu, zwłaszcza niedokrwistość, mogą w okresie połogowym wiele przyczynić się do niezupełnego powrotu narządów rodnych do stanu prawidłowego.

4) Powiększenie ciśnienia w jamie brzusznej.

Zawartość jamy brzusznej i jamy miednicy mniej lub więcej wypukła i rozciąga powłoki brzuszne i spycha zarazem ku dołowi narządy jamy miednicy. Stale powiększone ciśnienie w jamie brzusznej bywa następstwem znacznej otyłości, wzdęcia kiszek, przepelnienia kanału pokarmowego, dalej przesięku lub wysięku, wreszcie nowotworów jamy brzusznej i miednicy. Powiększona w czasie ciąży i w czasie połogu macica może przy jednocześnie sprzyjających innych warunkach dać początek wypadnięciu lub powiększyć już istniejące.

Gwałtowne dźwignięcie lub podniesienie wielkiego ciężaru nie może od razu pociągnąć za sobą wypadnięcia; prędzej powiększy ono już dawniej istniejące, choć może nie dostrzeżone; zdarza się to właśnie często u kobiet

¹⁾ Pominął jeszcze autor więzy okrągłe macicy (*lig. uteri rotunda*) i—co prawda, mniej w tym względzie ważne—więzy szerokie (*lig. lata*).

ciężko pracujących, które wiele stoją, wiele chodzą, a po odbytych porodzie do zwykłych zajęć zbyt wczesnie wracają, t. j. wtedy, kiedy pochwa i srom jeszcze są niezwykle obszerne i wiotkie.

Silny i ciągły kaszel może być w niektórych przypadkach jedną z przyczyn wypadnięcia.

5) Małe pochylenie miednicy uważane jest przez RUETER'a za czynnik, sprzyjający wypadnięciu.

6) Przepelnienie pęcherza moczowego i kiszki prostej może przyczynić się do wypuklenia pęcherza lub odbytnicy (*cysto- et procto-cele*), lub też powiększyć dawniej już istniejące wypadnięcie.

Ważniejsze metody leczenia wypadnięcia są następujące:

1) Zakładanie wianków (*pessaria*) jest w wielu razach nieskuteczne, a niekiedy nawet szkodliwe. Jeżeli pochwa ma postać cylindryczną lub stożkową, z podstawą ku dołowi zwróconą [jak to bywa u starych kobiet], to o założeniu wianka nawet mowy być nie może. Przy zapaleniu zaś macicy lub przy przeroście szyjki wianek często wywołuje nieznośne bóle. Wszelki wianek, a niemniej i histerofor IWANCK-SCHILLING'a, leżąc długo w pochwie, rozszerza ją, wywołuje obfitą wydzielinę, odleżyny i t. d.

2) Histerofory składają się z pasa i z peloty, która się opiera o srom i dźwiga sterzący do pochwy klocek lub gruszkę kauczukową. Pelotę trzymają 3 taśmy, idące do pasa. Przyrząd ten może być użyty przy cylindrycznej lub stożkowej pochwie w razie, jeśli się chora na operację nie zgadza, lub jeśli istnieje jakie przeciwwskazanie do operacji.

3) Mięsienie, tak zachwalane przez THURE BRANDT'a i jego zwolenników, może być tylko w lżejszych przypadkach pożyteczne, w cięższych zaś sprowadza zaledwie przemijającą tylko poprawę.

4) Zeszycie ściany pochwowej (*kolporrhaphia*), t. j. wycięcie dużych płatów ze ścian pochwy [ewentualnie także i wycięcie warg macicznych] i zeszywanie brzegów otrzymanej rany. Uciekamy się do zabiegu tego wtedy, kiedy już średniej wielkości wianek nie zdoła podtrzymywać wypadającej macicy. Operować lepiej na dwóch posiedzeniach: na pierwszym zeszyć przednią ścianę pochwy i, jeśli potrzeba, odjąć część pochwową; na drugim — zeszyć tylną ścianę pochwy.

Niedokrwistość złośliwa, białaczka, krwawiaączka (*haemophilia*), plamica (*morbus maculosus*), cukrzyca mogą, ze względu na niebezpieczeństwo utraty krwi i niepewność rychłozrostu, stanowić stosownie do przypadku stałe lub czasowe tylko przeciwwskazanie.

Podeszły wiek sam przez się jeszcze nie stanowi przeciwwskazania, jedynie tylko uwiąd starczy i rozległe miażdżycowe zwyrodnienie naczyń. Z wieku 60—70 letnich kobiet operowanych stracił autor jedną tylko, a to z powodu pęknięcia podczas operacji miażdżycowo zwyrodnionej tętnicy udowej i powstałej przez to zgorzeli kończyny.

Przy syfilisie trzeba przed operacją przeprowadzić leczenie swoiste.

Scisle przeciwwskazaniem jest ostre uwięzgnięcie wypadnięcia z zapaleniem ropnym (*phlegmone*) i świeżą zgorzelą

błony śluzowej. Należy wtedy wypadnięcie wprawić, a jeśli się to nie uda, to stosować odpowiednie okłady dopóty, dopóki stan zapalny zupełnie nie minie, poczem dopiero można przystąpić do operacji.

Jeśli mamy do czynienia z zupełnym wypadnięciem pochwy, nie dającym się wprawić, a dokoła macicy i pochwy są przytem stare wysięki, to przez odpowiednie leczenie [systematyczne mięsienie, kąpiele nasiadowe i inne] staramy się przedewszystkiem doprowadzić do tego, ażeby wypadnięcie dało się wprawić; w przeciwnym razie nie pozostaje nic innego, jak tylko wyciąć macicę i zeszyć pochwę.

Ciążkę, połówgi i karmienie, jak również wszelkie ostre choroby zakaźne najlepiej jest przeczekać.

Kolporafia radykalnie wypadnięcia nie leczy; usuwa bowiem tylko pewne warunki jego powstawania: nic też dziwnego, że w pojedynczych przypadkach powroty są nieuniknione. Na drodze operacyjnej zwęzić możemy pochwę, wejście do niej i srom, ale skrócić wszystkie wydłużone tkanki, dzwigające narządy płciowe, byłoby niemożliwym, jak również niemożliwym jest na drodze operacyjnej wpłynąć na zwiotczenie sromu i wejścia do pochwy.

A teraz kilka słów co do samej operacji:

1) Ręce operującego i jego pomocników, jak również narzędzia i pole operacyjne winny być przygotowywane według zasad ścisłej antyseptyki. Podczas operacji wystarcza aseptyka.

2) Co do formy wycinanego spłata, to w większości przypadków wycinamy z przedniej ściany podłużne wrzeciono [SIMON, HEGAR], z tylnej zaś ściany pięciokąt [SIMON], albo trójkąt [HEGAR], albo też dwa symetryczne trójkąty z wspólną poprzeczną podstawą [FREUND]. W niektórych przypadkach należy wprowadzić pewne odmiany.

a) Jeśli na miejscu guzika pochwowego (*caruncula vaginae*) widać mocno sterczącą, poprzeczną fałdę, a za nią dopiero wyraźnie oddzieloną część ściany pochwy wypadniętej, wtedy prócz zwykłego płata z wypadniętej ściany wycinamy także ową poprzeczną fałdę i ranę zamykamy za pomocą podłużnych szwów; takie same podłużne szwy nakładamy na tylną część wypadniętej przedniej ściany; jeśli środkowa jej część jest bardzo szeroka, wtedy szwy podłużne na owej tylnej części wraz z poprzecznymi na przedniej łączą ranę formy \perp .


b) Jeśli sklepienie pochwy jest bardzo obszerne wtedy zamiast tylnej połowy wrzeciona wycinamy 2 trójkąty z wierzchołkami, rozbiegającymi się w strony i ku górze, a podstawami na tylnej granicy przedniej połowy wrzeciona. Dwa boki każdego trójkąta zeszywamy ze sobą i otrzymujemy ranę w kształcie Λ .

c) Jeśli na miejscu pojedynczego guzika pochwowego (*caruncula vaginae*) widzimy dwie podłużne, wyraźnie od siebie oddzielone grube fałdy, wtedy każdą z nich oddzielnie wycinamy i rany zeszywamy za pomocą poprzecznych szwów.

W razie przerostu części pochwowwej wycinamy kliny z jednej lub obu warg.

Z rozmaitych metod zeszywania tylnej ściany pochwy (*kolporrhaphia posterior*) autor przekłada te, przy których kolumna tylna pochwy,

a przynajmniej środkowy jej odcinek pozostaje na miejscu, wycina więc np. 2 trójkąty z podstawami przylegającymi do kolumny tylnej, a bokami i wierzchołkami, sięgającymi bocznych ścian pochwy. HEGAR'a metodę uważa autor za nieodpowiednią, a to z powodu zbyt mocnego napięcia brzegów rany, częstego puszczenia szwów i, co za tem idzie, rzadkiego bardzo rychłozrostu. Odpowiedniejszą ma być metodą FREUND'a i odmiany jej, metody MARTIN'a i BISCHOFF'a. Ze względu na to, że często przy wypadnięciach zewnętrzne narządy płciowe bardzo są ku dołowi opuszczone zaleca autor, prócz owych dwóch trójkątów w pochwie i wypukłego ku tyłowi cięcia na kroczu [tuż po za wędzidełkiem], wyciąć po wązkim trójkącie z tylnej części dużych warg w ten sposób, ażeby wierzchołek trójkąta obrócony był ku przodowi i ku górze, bok jeden stawiał dalszy ciąg wypukłego ku tyłowi cięcia na kroczu, drugi zaś bok u podstawy łączył się z podstawą trójkąta w pochwie. Po zeszytciu na każdej stronie boków trójkąta w pochwie, a następnie boków trójkąta na dużej wardze i przeciwnych brzegów wypukłego ku tyłowi cięcia na kroczu

powstaje rana w kształcie 

3) Po zdjęciu płatów ze ścian pochwy należy wypukłone części pochwy sfałdować poprzecznie w kierunku odpowiednich jam [pęcherza moczowego, odbytnicy lub jamy DOUGLAS'a]; szwy na te fałdy trzeba nałożyć w kierunku podłużnym [strzałkowym]; będą to szwy głębokie, powierzchowne zaś szwy w kierunku poprzecznym łączą brzegi rany.

4) Unikać należy, o ile możności, miażdżenia tkanek; autor woli z tego względu trzymać brzeg rany w palcach, niż w pincecie.

5) Gdzie można, należy kawałkami błony śluzowej zdejmować i zaraz szwy nakładać. Będzie to, rozumie się, nieodpowiednie tam, gdzie płat ma być dość szerokim.

6) Nitki, przeprowadzone przez brzegi rany, powinny nie tyle leżeć na powierzchni rany, ile przechodzić przez tkankę pod powierzchnią rany; w ten sposób unika się t. zw. martwych przestrzeni. Pamiętać trzeba o nakładaniu zwalnających i spajających szwów (*Entspannungs- und Vereinigungs-Naht*).

7) Pole po operacji należy zdezynfekować, opruszyć jodoformem lub dermatolem, w pochwę włożyć pasek gazy jodoformowej, a na srom warstwę waty. Przepłukiwania robić należy tylko w razie ropnej wydzieliny i po wyjściu szwów.

8) Szwy zdejmować należy późno: po 2—3 tygodniach [autor używa drutu do szwu i jest bardzo z niego zadowolony].

9) Chora powinna przez 3 tygodnie leżeć spokojnie w łóżku, a potem unikać długiego stania i ciężkiej pracy.

10) Dyeta zwykła. Począwszy od 2-go dnia po operacji, zwalczać należy zaparcie stolca.

11) Zakładanie cewnika po operacji może się okazać koniecznym.

(*Przypisek sprawozdawcy*). Autor zaleca przed operacją zeszytciu ściany pochwy zastrzykając 1—2 strzykawek 5% roztworu kokainy w okolicę pola

operacyjnego; w 60 przypadkach stosował to i uważa, że kokaina ma tę wyższość nad chloroformem, iż może być użyta w każdym przypadku, a więc i w razie przeciwwskazania do dłuższego chloroformowania [wadę serca, stłuszczenie serca, rozedma płuc]. Przypuszczam jednak, że: 1) kokaina jest przy omawianej operacji zupełnie zbyteczną, albowiem ściana pochwy jest na ból niezουλą, co innego przy nacinaniu i zeszywaniu kroczą; 2) kokaina wcale nie jest mniej niebezpieczną, niż chloroform, przy wadach serca, rozedmie płuc; powiem nawet, że chloroform ma w tych razach tę wyższość, że w każdej chwili można podawanie jego przerwać, podczas kiedy dawkę kokainy z góry wyznaczamy i całą ilość na raz zastrzykujemy.

Co się wogóle tyczy sprawy leczenia wypadnięcia macicy, to autor w pracy swojej bynajmniej nie wyczerpał ważniejszych metod leczenia; np. wspomnę o operacji NEUGEBAUERA i o innych rozmaitych sposobach utrzymywania macicy w jamie miednicy, czy to przez skracanie więzów [operacja ALEXANDER ADAMSA], czy też przez przyszywanie rogów lub dna macicy do ściany brzusznej przez cięcie lub bez cięcia brzuszego (*centrif. catio uteri, hysteropexis*).

(*Berliner klinische Wochenschrift*, Nr. 37 i 38, 1893). M. Wolkowicz.

17. L. Galavielle. O paraliżach rzekomo opuszkowych pochodzenia mózgowego.

W pracy niniejszej autor staje w obronie starej idei LEPINE'a, wyrażonej jeszcze w 1877 r. o bezwładach pseudobulbarnych. Wbrew twierdzeniu, wypowiedzianemu w 1886 r. przez OPPENHEIM'a i STEMMERLING'a, iż większość spostrzeżeń, ogłoszonych pod nazwą paraliżów pseudobulbarnych, nie zasługuje na tę nazwę, albowiem w spostrzeżeniach tych prawdopodobnie były jednocześnie zmiany w opuszce, tylko zostały przez autorów przeoczone, GALAVIELLE utrzymuje, iż pogląd LEPINE'a był słuszny i że istotnie zbiór objawów, znanych pod nazwą „*paralysie glosso-labio laryngée*“, może być pochodzenia czysto mózgowego.

Paraliże rzekomo-opuszkowe można podzielić na trzy kategorie: pierwsza zależy od zmian w zwojach ośrodkowych (*ganglia*), druga od zmian w mózdzku, trzecia od zmian w korze mózgowej.

Co do zwojów mózgowych, to zazwyczaj zajęty jest *nucleus lenticularis*, przyczem niekiedy zauważyć się dają jednocześnie zmiany w torebce zewnętrznej albo w wzgórku wzrokowym. Zwoje ośrodkowe mogą same tylko cierpieć, albo dotkniętymi mogą być jednocześnie jądra nerwów opuszkowych, a także mózdzek.

Co do drugiej kategorii, to raz jeden tylko [w spostrzeżeniu BROSSER'a] cierpienie umiejscowienie było wyłącznie tylko w mózdzku. Co do trzeciej wreszcie kategorii, to zmiany mogą istnieć wyłącznie tylko w korze albo w korze i substancji białej korowej, albo w korze i zwojach ośrodkowych, albo wreszcie w korze i w jądrach nerwów opuszkowych.

Po przytoczeniu spostrzeżeń [przeważnie cudzych i znanych już w literaturze], przemawiających na korzyść idei autora, GALAVIELLE podaje szkic objawów bezwładu pseudobulbarnego i dane różniczkowo-rozpoznawcze.

Bezwład rzekomo-opuszkowy można przyjąć za: 1) bezwład wargowo-językowo-krtaniowy DUCHENNE'a, 2) bezwład opuszkowy apoplektyczny 3) ostre zapalenie opuszki—LEYDEN'a, *polyencephalitis inferior acuta*), 4) powolny ucisk opuszki, 5) bezwład opuszkowy wtórny, 6) diplegię twarzową BELLA, 7) bezwład dyfterytyczny.

1) W bezwładzie DUCHENNE'a początek jest powolny, bezwład stopniowo ogarnia mięśnie, unerwione przez nerw twarzowy dolny i podjęzykowy; w bezwładzie mózgowym początek jest ostry, chory nagle po zawrocie głowy lub napadzie dostaje bezwładu warg, języka i t. d., przyczem objawom tym niekiedy towarzyszą objawy mózgowe [osłabienie pamięci, zaburzenia inteligencji hemiplegia, napady konwulsyjne, kontraktury].

W bezwładzie DUCHENNE'a bezwład jest jednakowy z obu stron, w bezwładzie pseudobulbarnym zwykle z jednej strony jest silniejszy, niż z drugiej.

W bezwładzie pseudobulbarnym niema zaniku mięśni, gdy tymczasem w bezwładzie DUCHENNE'a zanik sparaliżowanych mięśni istnieje [wskutek cierpienia jąder nerwów opuszkowych].

W bezwładzie DUCHENNE'a istnieją zmiany w odczynie elektrycznym, zmian tych niema u pseudobulbarnych paralityków.

2) Bezwład opuszkowy apoplektyczny [wskutek embolii lub krwotoku w opuszce] ma początek nagły tak samo, jak bezwład pseudobulbarny. Cechy różniczkowe: przy bezwładzie apoplektycznym istnieją inne jeszcze objawy cierpienia opuszki lub mostu WAROLA, jak: *hemiplegia alternans*, bezwład obu połów ciała po jednym napadzie, oddech CHEYNE-STOCKES'a, zaburzenia czynności serca, wymioty, cukromocz i t. d..

3) Najbardziej odróżniającą cechą przy *polyencephalitis inferior acuta* jest cierpienie *n. vagi*, co pociąga za sobą śmierć.

4) Od ucisku wskutek guzów, tętniaków odróżniamy na mocy bezwładu w tych razach wszystkich kończyn i braku zaburzeń mózgowych.

5) Zanim wystąpią objawy opuszkowe, istnieją naprzód objawy rdzeniowe.

6) Nerwy twarzowe są sparaliżowane *całkowicie*, mięśnie języka nietknięte.

7) Z anamnezy wiadomy jest dyfteryt.

W ostatniej części autor rozbiera fizjologię patologiczną danej kwestyi. W korze mózgowej istnieje ośrodek krtaniowy, który jest umiejscowiony na wysokości podstawy trzeciego zawoju czołowego i brzozy, dzielącej go od zawoju czołowego wstępującego. Od ośrodka tego idą włókna, dążące do opuszki. Przechodzą one przez część zewnętrzną kolana torebki wewnętrznej, tworząc w *funiculus geniculatus* pęczek ruchomy krtaniowy, niezależny od pęczka afazy i nerwu podjęzykowego, porażenie tego wspólnie z porażeniem ośrodka twarzowego i podjęzykowego daje zbiór objawów bezwładu rzekomo-opuszkowego. Objawy te występują również przy porażeniu włókien, idących od tych ośrodków do opuszki.

Dotąd jeszcze nie została rozstrzygniętą kwestya, czy ośrodek krtaniowy korowy działa jednostronnie, czy też obustronnie. To tylko wiadomo, że naj-

częściej bezwładny wargowo-językowo-krtaniowy występują przy obustronnem porażeniu ośrodków korowych, co przemawiałoby za dwustronnem działaniem owego ośrodka.

Co do znaczenia zwojów ośrodkowych w sprawie pseudobulbarnych bezwładów, to autor poddaje krytyce dwie tyżące się tej kwestyi hipotezy: według jednej, *nucleus lenticularis* jest specjalnym ośrodkiem, regulatorem mowy; według drugiej objawy pseudobulbarne pochodzą ze zniszczenia włókien, które, idąc z kory, przechodzą przez *nucleus lenticularis*, aby dojść do *pedunculus*. Autor bardziej skłania się do tej drugiej hipotezy.

Co do pseudobulbarnego bezwładu pochodzenia mózdkowego, to jakkolwiek istnieje kilka spostrzeżeń zakłócenia mowy przy sklerozie mózdku, jednakowoż autor wstrzymuje się od wszelkiego sądu; dotąd bowiem spostrzegano jeden tylko przypadek [BROSSER'a] pseudobulbarnego bezwładu przy cierpieniu mózdku.

(*Montpelier 1894*).

Adam Wisel.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 16. I. 1894.

MAYZEL przedstawił drobnowidzowe preparaty i okazy bąblowca nerki, wydalonego samodzielnie z moczem u kobiety na pozór zdrowej. Osoba 25-letnia z klasy inteligentnej, matka dwojga dzieci, ostatnio przed kilkoma tygodniami poroniła w 2—3 miesiącu, a przez czas dłuższy przedtem uskarżała się jedynie na nielady w sferze płciowej. Od czasu do czasu miewała tylko nieokreślone i słabe bóle w krzyżu. Przed kilkoma miesiącami zauważyła guz w podżebrzu lewym z tyłu, odpowiednio nerce; guz konstatawali również lekarze, nie przypuszczając atoli cierpienia nerki, gdyż chora nie skarżyła się na żadne dolegliwości ze strony oddawania moczu, który, według jej zapewnienia, nigdy nie był krwawym, ani mętym. Raz nawet mocz był analizowany i nie przedstawiał podobno widocznych nieprawidłowości, prócz śladów białka. W d. 10 stycznia, bez żadnego wysiłku lub widocznego powodu, chora doznała nieokreślonego i słabego bólu w krzyżu i oddała z moczem, wrzód napierań, płyn bardzo mętny w ilości $\frac{1}{2}$ litra; w płynie tym zauważyła pęcherz wielkości dużego jaja kurzego i kilkadziesiąt drobnych pęcherzyków wielkości orzecha laskowego, grochu i ziarna soczewicy. Czuła się przytem wcale nieźle i nie uważała się za chorą. W ciągu kilku dni następnych mocz okazywał się mniej mętym, czwartego dnia dawał już nieduży osad, w którym nie można było odszukać części składowych bąblowca, mianowicie uwarstwionych błonek i haczyków. Wydalone mniejsze pęcherzyki bąblowcowe okazały się napełnione skoleksami w rozmaitej ilości i zawierały niemałą ilość kryształów zupełnie podobnych do kryształów CHARCOT'a rozmaitej wielkości. Kryształy te również znajdowały się i w mętym płynie o odczynie kwaśnym, wydalonym razem z bąblowcami, obok wielkiej ilości komórek, zaokrąglonych, stłuszczonych i nie-

znacznej stosunkowo ilości leukocytów. Ciąłka krwi zaledwie gdzieniegdzie pojedynczo dały się znaleźć zarówno w płynie mętnym, jak i w moczu na 4 dzień po wydaleniu się pęcherzy. Czy przypadek ten stanowi całkowite samodzielne uleczenie przez samoistne wydalanie się bąblowca z nerki, dalsza obserwacja wykaże. (*Autoreferat*).

SĘDZIAK przedstawia okaz guza jamy noso-gardzielowej, pochodzący od 52-letniego mężczyzny, który skarżył się na zupełne zatkanie nosa, trwające od roku. Przy badaniu stwierdzono obie jamy nosowe, wypełnione polipami śluzowymi oraz wypuklenie znaczne podniebienia miękkiego. Po odchyleniu tego ostatniego za pomocą zgłębnika zakrętego okazało się, że cała jama noso-gardzielowa wypełniona jest masą nowotworową. Bez uprzedniego zakokainowania S. wprowadził przez jamę ustną pętlicę zimną [HARTMANN'a] do jamy nosogardzielowej i przy pomocy wskaziciela ręki lewej założył ją na guz, o ile się dało, najwyżej. Przy użyciu stosunkowo niewielkiej siły usuniętym został guz, bardzo znacznych rozmiarów [5 ctm. w wymiarze poprzecznym, 5½ ctm. w podłużnym, a 2½ ctm. szerokości], dość blade, wazki, o powierzchni nierównej, z większych i mniejszych zrazików utworzony. Badanie drobnowidzowe okazało, że był to typowy brodawczak (*papilloma*); część środkowa guza, nieco odmiennie się przedstawiająca, gładka na przekroju oraz jeden z usuniętych przez mowę polipów, miały budowę miękkiego włókniaka. Zasługuje na zaznaczenie fakt, że podczas operacji nie było znacniejszego krwawienia, czego można się było *à priori* spodziewać przy przypadkowym użyciu pętlicy zimnej z powodu braku pod ręką pętlicy galwanokaustycznej. Bezpośrednio po operacji i po przeszprycowaniu jam nosowych, chory uczył znaczną ulgę, po raz pierwszy od roku mogąc swobodnie oddechać nosem. Badając jamę nosogardzielową za pomocą lusterka, skonstatowano, że guz miał początek u tylnego końca muszli lewej. W przypadku powyżej opisanym na zaznaczenie zasługują: 1-o rozmiary guza, 2-o jego charakter, 3-o przyczep, 4-o sposób operowania przez jamę ustną. (*Autoreferat*).

Następnie SĘDZIAK mówił „o rozpoznaniu skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa“. Rzecz ta ogłoszoną będzie w Gazecie Lekarskiej.

W dyskusyi WRÓBLEWSKI nie uznaje za odpowiednią nazwę skrytych postaci wobec istnienia wielu charakterystycznych objawów dla ropotoków zatok bocznych nosa. Polipy nosa częściej, aniżeli przy zajęciu jamy HIGHMOR'a, bywają przy cierpieniu zatok czołowych, klinowych i sitowych; co się zaś tyczy ropotoków jamy HIGHMOR'a, to często zależeć one mogą od próchnienia zębów. Prześwietlanie uważa W. za metodę ważną, w celu otrzymania jednak za pomocą tej metody wyników pewnych należy wykonywać je zrana, gdy zatoka wypełniona jest ropą. Toż samo dotyczy punkcyi próbnej, która zawsze się WRÓBLEWSKIEMU udawała, choć w wielu przypadkach niejednokrotnie w kilku miejscach wkuwać igłę wypadało. Pod względem rozpoznania różniczkowego W. nie uznaje istnienia charakterystycznych objawów dla cierpienia tej lub innej zatoki; najpewniejsze dane otrzymać można przez próbne przekłucie, które w 2 przypadkach ropotoku zatoki klinowej wykonał za pomocą długiej, prostej igły. Co się tyczy sondowania zatoki czołowej, to metodę tę W. uwa-

za za niepewną i niebezpieczną; przy zachowaniu bowiem wszelkich ostrożności i uwzględnieniu wymiarów wobec rozległych zmian w górnej części nosa trudno orzec, czy zgłębnik wszedł do zatoki, czy też go wyżej posunąć należy.

SREBRNY sądzi, że rozpoznanie ropotoków jam nosowych nieraz ze znacznymi trudnościami bywa połączone; do ważniejszych objawów tego cierpienia zaliczyć należy polipy i znaczne zaczerwienienie błony śluzowej w odpowiedniej stronie nosa. Prześwietlanie i przekłucie próbne nie stanowią decydujących momentów rozpoznawczych, gdyż w przeważnej liczbie przypadków nie mamy jamy ropą wypełnionej, lecz ściany jej są ropą pokryte. Według zdania SREBRNEGO, wejść zgłębnikiem do jamy czołowej jest bardzo trudno, a przekłucie grubej przedniej ściany jamy klinowej bywa niemożliwym; tam zaś, gdzie ściana ta jest ścięczała lub zniszczona, przekłucie próbne jest zbyt łatwym.

WRÓBLEWSKI dodaje, że w przypadkach, w których obecności ropy skonstatować nie można ani przez prześwietlanie, ani przez przekłucie, niema również wskazania do operacji.

Prof. PRZEWOŚKI widywał na sekcji ropotoki zatok HIGHMOR'a u ludzi zmarłych na inne choroby. Ropa w tych jamach bywa albo płynna, cuchnąca, albo też gęsta, ciągliwa, a ilość bywa rozmaita. Przypadki, w których wysięk przedstawia się jako płyn surowiczy, gdy tymczasem błona wyścielająca zatokę jest włóknisto zwyrodnioną, a kość sklerotyczną, mówca objaśnia przeistoczeniem ropy w wysięku ropnym. Ilość ropy nie jest w związku z objawami subiektywnymi, a przypadki ze znaczną ilością ropy do rzadkich nie należą.

BORSUK opisuje 3 przypadki zaniedbanych ropotoków jamy czołowej, które powstały wskutek nowotworów w narządach sąsiednich [gałce ocznej, gruczole łzowym i szczęce górnej], a które stwierdzono dopiero przy operacji.

SAWICKI sądzi, że prześwietlania za bezwzględnie pewną metodę uważać nie można, a szczególna ostrożność zaleconą być winna tam, gdzie objawy, wzbudzające podejrzenie cierpienia jamy HIGHMOR'a, występują po urazie twarzy. W jednym z takich przypadków za namową laryngologa na podstawie danych otrzymanych przy prześwietlaniu wykonano trepanację, po której ropy nie wykryto.

W odpowiedzi SĘDZIAK zaznacza, że skrytymi postaciami z ZIM'em i LICHTWITZ'em nazywa te przypadki ropni w zatokach bocznych nosa, w których absolutnie brak wszelkich objawów i które tylko przypadkowo, np. na trupie [jak to miało miejsce 16 razy na 100 przypadków u GRADENI'ego], bywają rozpoznawane. Fakt, że WRÓBLEWSKI częściej spotykał polipy przy ropotokach zatok czołowych, aniżeli przy ropotokach jam HIGHMOR'a, uważa S. za przypadkowy; z własnej statystyki prelegenta, jako też i innych autorów [KUECHENMEISTER, GRUENWALD, MAC-DONALD i inni] wynika, że polipy zdarzają się w połowie przypadków ropotoków jamy HIGHMOR'a. Co do podanej przez WRÓBLEWSKIEGO częstości próchnienia zębów, jako przyczyny ropotoków jamy HIGHMOR'a, S. zaznacza, że na 30 obserwowanych przez siebie przypadków ropotoku jamy HIGHMOR'a 22 razy przyczyna tkwiła w chorobie nosa, 8 zaś razy tylko w próchnieniu zębów; MAC-DONALD na 22 przypadki tylko 4 razy, a statystyka ZUCKERKANDEL'a i innych zdanie to potwierdza. Że przeświet-

lanie nie jest metodą pewną, dowodzi tego choćby przypadek przez SŁAWICKIEGO przytoczony, a że przekłucie zatok nosowych do trudnych rękoczynów należy, o tem przekonywają doświadczenia prelegenta, oraz prof. CHIARI'ego, którym w wielu przypadkach przekłucie kości grubej nie powiodło się.

Wiadomości terapeutyczne.

13. **Chloralosum. Chloraloza.** O nowym tym środku nasennym podałem krótką wzmiankę w roku zeszłym [Wiadomości terapeutyczne. Gazeta Lekarska. 1893, str. 896]. Obecnie, korzystając z nowej, obszernej pracy KAROLA RICHET'a (*Revue neurologique. 1894. 4*), podam o chloralozie kilka bliższych i ważniejszych szczegółów.

RICHET i HANRIOT jeszcze w roku zeszłym otrzymali z połączenia chlorału z glukozą dwa nowe związki izomeryczne, krystaliczne i nazwali je chloralozami. Jeden z tych związków jest rozpuszczalny i nosi nazwę ortochloralozy; drugi zaś jest nierozpuszczalnym i nazywa się parachloralozą.

Parachloraloza, jako zupełnie nierozpuszczalna, nie wywiera żadnego działania na organizm ludzki i zwierzęcy; dlatego też w celu doświadczeń fizyologicznych i spostrzeżeń terapeutycznych używa się tylko ortochloralozy, którą dla krótkości nazywa się wprost chloralozą.

Chloraloza przedstawia się pod postacią proszku białego, krystalicznego, smaku bardzo gorzkiego, przykrego. Rozpuszcza się bardzo łatwo w alkoholu gorącym, mniej łatwo w alkoholu zimnym i w wodzie gorącej, a jeszcze trudniej w wodzie zimnej. Na litr wody, mającej 15° C., rozpuszcza się około 8 gramów chloralozy; jednakże przy dłuższem staniu takiego roztworu osadzają się na nowo kryształy wzmiankowanego środka.

U zwierząt chloraloza wywołuje sen, który różni się jednak tem od snu, wywołanego przez inne środki, że jest niespokojnym. Zwierzę ma wprawdzie oczy zamknięte, jednakże mięśnie całego ciała są w ciągłym drżeniu, w ciągłym ruchu; głowa i kończyny przyjmują najdziwniejsze pozycye. Najmniejszy szelest, najslabsze stuknięcie wywołują drżenie całego ciała. Jeśli zwierzę po zażyciu środka nie zaraz wpada w sen, to przedtem przechodzi okres upojenia, jak po zażyciu chlorału lub alkoholu. Wszelako już w tym okresie można zauważyć zawsze bardzo ciekawy objaw: zwierzę się porusza, łązi z kąta w kąt, ale świadomość jego jest zupełnie zniesiona. Zjawisko to RICHET bardzo dosadnie określa w sposób następujący: mózg śpi, a rdzeń czuwa; władza odruchowa rdzenia jest wzmożoną, a władza woli, czyli czynność mózgu, jest obezwładnioną. Nawiasowo napomknąć tu należy, że u zwierząt, np. u psów, po chlorału następuje jednocześnie i uspienie mózgu i uspienie rdzenia. Z doświadczeń tych wnosić można, że chloraloza przede wszystkim działa na mózg, a oszczędza inne ośrodki nerwowe, zwłaszcza rdzeń i rdzeń przedłużony.

Dalszy ciąg doświadczeń na zwierzętach wykazał, że pod wpływem chloralozy ani ciśnienie krwi, ani sama krew nie ulegają zmianie.



Chloraloza, podana zwierzętom w bardzo dużych dawkach [0,5 na kilogram wagi zwierzęcia — u psa], wywołuje śmierć zwierzęcia przy objawach paraliżu rdzenia przedłużonego. Na organizmy niższe chloraloza nie wywiera żadnego działania, nie posiada ona również własności antyseptycznych.

Co się tyczy działania chloralozy u człowieka zdrowego i chorego, to obecnie literatura lekarska, francuska i włoska, dać już nam może wiele cennych wskazówek, z których tu skorzystamy.

Po jednej dawce [0,1] chloralozy, przyjętej w opłatku, w 1/2 godziny nagle, bez żadnych przedwstępnych objawów, występuje niepomamowana skłonność do snu: człowiek nagle traci wszelką świadomość i usypia snem twardym, który trwa całą noc bez przerwy, bez marzeń. Przebudzenie się ze snu zrana przychodzi również szybko do skutku. Niema ani ociężałości głowy, ani nudności; łaknienie bywa nawet większem, aniżeli dni poprzednich. Wszelako przy starannej obserwacji można zauważyć czasami lekkie drgania włókienkowe niektórych mięśni zupełnie tak samo, jak to nieraz bywa po zażyciu 0,5 chininy.

Z tego, co powiedziano o działaniu chloralozy u człowieka, wnosić by należało, że środek ten pod każdym względem przewyższa wszystkie dotąd znane środki nasenne. Tak jednakże nie jest; ma i chloraloza swoją stronę ujemną. Przedewszystkiem nie ma ona żadnego wpływu na bóle, a powtóre, co jest najważniejsze, działanie jej bywa rozmaite nie u wszystkich osób jedno i toż samo. Taką samą dawką, jak wyżej [0,4], podana osobie nerwowej, histeryczce, albo osobie dotkniętej alkoholizmem, wywołuje cały szereg objawów niezwykłych, wprawdzie nie grożących życiu, jednakże bardzo nieprzyjemnych tak dla lekarza, jak i dla pacjenta. U takich osób sen jest bardzo niespokojny, występują drżenia mięśni, następnie najrozmaitsze ruchy bezładne, napady podobne do ostrej histeryi, a nawet napady prawdziwego somnambulizmu; sen jednak pomimo tego nie zostaje przerwany, tak, że chory na drugi dzień nic nie wie o tem, co w nocy z nim się działo. Taki napad nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa; tętno i oddechanie nie ulegają zmianie. Nawet ogromna dawka [4,0], przyjęta raz przez chęć samobójstwa, prócz objawów upojenia podobnego do upojenia alkoholowego i prócz głębokiego snu trwającego dwie doby, żadnej szkody nie przyniosła chorej. Wspomniane objawy upojenia i niepokoju mięśniowego najczęściej większe dawki chloralozy wywołują tylko u histeryczek i u alkoholików. Bywają wszelako zdarzenia wyjątkowe, że także same objawy powstają po chloralozie—u osób na pozór zupełnie normalnych. Dlatego też w każdym razie u osób nerwowych, u histeryczek, u alkoholików bezwarunkowo zacząć trzeba od małych dawek — 0,10 grm.; a u osób na pozór zupełnie normalnych również lepiej będzie wypróbować najprzód działanie chloralozy, zaczynając od małych dawek. MARAGLIANO na mocy doświadczenia, nabytego w kwestyi działania chloralozy, stanowczo utrzymuje, że środek ten jest probierzem i odkrywcą chorób nerwowych utajonych, histeryi, alkoholizmu, płasawicy, neurastenii, somnambulizmu.

Chloraloza, w odpowiednich dawkach stosowana, ma bardzo ważne zalety, wyróżniające ją od innych środków nasennych. Przedewszystkiem nie spowodza żadnych zaburzeń w przewodzie pokarmowym: nigdy nie wywołuje ani

nudności, ani wymiotów; łaknienie pod jej wpływem nawet się zwiększa, tak, że szczególnie jest wskazaną w przypadkach bezsenności, połączonej z dyspepsyą, w tych bowiem razach prócz działania nasennego wywiera i działanie właściwe środkiem gorzkim. Powtóre, nie wywiera ona zgubnego wpływu na krążenie krwi: ciśnienie w tętnicach nie zmniejsza się, uderzenia serca są regularne i silne, a tętno duże i pełne. W istocie, doświadczenie dotychczasowe wykazuje, że bardzo zbawienną jest chloraloza przeciw bezsenności, towarzyszącej niektórym chorobom serca (*angina pectoris*, *asystolia*).

D a w k a. 0,10—0,15—0,20—0,30—0,40; u chorych umysłowych 0,50.

Wiktor Grostern.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNY REDAKTORZE!

Na list kolegi STRZELBICKIEGO, umieszczony w N-rze 10 Gazety Lekarskiej, a dotyczący artykułu mego i kol. TROCZEWSKIEGO p. t.: „Ciężki przypadek płamicy krwotocznej, wywołanej miejscowem zakażeniem, wikłającem ranę kłutą stopy“, umieszczonego w N-rze 6 Gazety Lekarskiej i na dołączony do tego listu dopisek Redakcyi czuję się zmuszonym dać następujące wyjaśnienie.

Jakkolwiek wyraziliśmy się przy uwagach nad naszym przypadkiem, że mieliśmy do czynienia z 2 sprawami chorobowemi [a nie chorobami], t. j. z zakażeniem krwi i typowo przebiegającą chorobą WERLHOFF'a, wywnioskowaliśmy jednak, że druga jest bezpośredniem następstwem pierwszej. W wywodach zaś dalszych staraliśmy się uzasadnić pogląd jeszcze dziś mało rozpowszechniony, że płamica krwotoczna w ogólnem tego wyrażenia znaczeniu, a tem samem tak zwana choroba WERLHOFF'a, nie jest żadnem cierpieniem swoistem, ale następstwem intoksykacyi krwi. Intoksykacya ta może mieć bardzo różne źródła, stąd i płamicę krwotoczną można spostrzegać i w istocie się ją spostrzega przy lub w następstwie różnych cierpień pochodzenia zakaźnego, t. j. wszędzie tam, gdzie ma miejsce tworzenie się toksyn. Źródło więc płamicy krwotocznej jest, naszym zdaniem, zawsze jedno i to samo. Z tego powodu odróżnienie prawdziwej płamicy krwotocznej — *purpura haemorrhagica, sic dicta* w znaczeniu etyologicznem, od nieprawdziwej, jak to chce kolega STRZELBICKI, nie wytrzymuje ścisłej krytyki. Z tego też powodu uważamy proponowane zatytułowanie naszego artykułu: „Zakażenie wikłające ranę kłutą stopy objawami choroby WERLHOFF'a“ za nieuzasadnione. Już prędzej do przekonania naszego trafił proponowany w swoim czasie przez Redakcyę Gazety Lekarskiej tytuł: „Ciężki przypadek posocznicy z wylewami krwi“.

Nie uważaliśmy naszego przypadku za czystą posocznicę, zaznaczyliśmy jednak wyraźną analogię z tem cierpieniem; powtarzam tu dosłownie: „powstanie płamicy krwotocznej w naszym przypadku drogą otrucia jest analogicznem z innemi sprawami chorobowemi, a przedewszystkiem z posocznicą, z którą wiele było podobieństwa“. Przyjęliśmy w naszym przypadku istnienie tak zwanej dyatezy krwotocznej, jaką przyjmują dotychczas piszący o płamicy krwotocznej, i w tem leży pewna sprzeczność w poglądach naszych i Redakcyi.

Dopóki choroba WERLHOFF'a nie zostanie wykreślona jako oddzielna postać chorobowa, nieuniknioną będzie tego rodzaju sprzeczność w poglądach.

Z głębokim szacunkiem

Feliks Arnstein.



Wiadomości bieżące.

— GEBHARD. O leczeniu operacyjnym tętniaka aorty piersiowej. Autor na posiedzeniu d. 8. V. 1893 Towarzystwa Chirurgów w Berlinie opisuje przypadek tętniaka pnia bezmiennego, operowanego przezeń przed 8 miesiącami sposobem BRASDORWARDROP'a za pomocą podwiązki obwodowej, poczem objętość i tętno guza, jako też objawy odeń zależne zmniejszyły się znacznie. Przy sposobności omawia autor doniosłość rozmaitych sposobów operacyjnego leczenia tętniaków aorty w jej części piersiowej. Opierając się na statystyce, ogłoszonej przez ROSENSTEIN'a w 1886 r. w archiwie LANGENBECK'a, oraz powołując się na zebrane przez siebie później 21 przypadków, operowanych powyższym sposobem, autor zgodnie z ROSENSTEIN'em zaleca szczególnie podwiązanie prawej tętnicy szyjowej i podobojczykowej, oddając mu wogóle pierwszeństwo przed innymi rękoczynami, mającymi na celu wywołanie krzepnięcia zawartości worka [nakłucie, galwanopunktura i inne]. BERGMANN nie uznaje opisanego na wstępie przypadku za wyleczony, LINDNER zaś sądzi, że tak pomyślny na razie wynik nie stwierdza jeszcze skuteczności zalecanego sposobu; rokowanie bowiem pomyślne w danym razie na czas dłuższy jest zbyt przedwczesne. (*Deut. med. Wochschrft. 1893. Nr. 46*).

Wacław Łapiński.

— Po przeszło miesięcznej przerwie, w roku bieżącym po raz wtóry zjawila się cholera w Warszawie. W ciągu ubiegłego tygodnia przywieziono do oddziału cholerycznego trzech chorych mężczyzn w okresie zamartwiczmy cholery. Wszyscy trzej zmarli. Byli to: Lewek Abraham, kowal [ze Śliskiej Nr. 50], Baumgart Mendel, krawiec [Pańska Nr. 39] i Bilski Stanisław, stróż domu [Pawia Nr. 25]. Przed zachorowaniem Lewka, w jego mieszkaniu chorowała i zmarła jego córeczka, wśród objawów ostrego nieżytu żołądkowo-kiszczkowego. Dane epidemiologiczne co do wymienionych czterech przypadków niewiadome. Rozpoznanie cholery stwierdziły badania bakteryologiczne [kol. JANOWSKI] i sekcyjne [prof. PRZEWOŃSKI]. Prócz powyższych przypadków, przybył do oddziału chory na ostry nieżyt przewodu pokarmowego M. Antoni, prowizor farmacyi z Raciąża, gub. Płockiej. Już w drodze miał rozwolnienie, a po przybyciu do Warszawy dostał na ulicy napadu wypróżnień górą i dołem. Chory ten ma się już obecnie dobrze. W wypróżnieniach jego nie znaleziono przecinkowców Kocir'a. Wobec tego przypadek ten uważać należy za *cholera nostras*.

Władysław Świątecki.

— D-r A. BECK odbył z powodzeniem w Krakowie [15 marca r. b.] wykład habilitacyjny [o fizyologii odruchów] na docenta fizyologii w uniwersyteckie Jagiellońskim.

— W szpitalu Ś-go Łazarza w Krakowie otwarto oddział chorób krtani [10 łózek], który prowadzić będzie prof. PIENIĄŻEK.

— D-r FAJERSZTAJN został referentem z prac polskich z dziedziny biologii w *Biologisches Centralblatt* i uprasza niniejszem autorów, by prace swe z zakresu biologii nadsyłali mu pod adresem: Lwów, ulica Brayerowska 5.

— Po śmierci HIRSCH'a współredakcyę „*Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte der gesammten Medicin*“, obok VIRCHOW'a, objęli GURLT i POSNER.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: „O usilnem leczeniu gruźlicy za pomocą węglanu kreozotu bukowego“ przez D-ra E. CHAUMIER oraz cyrkularze: „Wiadomości terapeutyczne“ i „Oleokreozot [HEYDEN]“.