

ROK TRZYDZIESTY PIĄTY.

Wychodzi zeszyta-
mi miesięcznymi.

Cena w Warsza-
wie: rocznie rs. 4.—
pół-rocznie rs. 2.—
kwartalnie rs. 1.

PAMIĘTNIK

Redakcja przy ulicy
Nowy - Świat
Nr. 1247 (61),

Cena na Prowincyi
w Cesarstwie i za-
granicą: rocznie rs.
5; półrocz. rs. 2 k. 50

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

Zeszyt 4.

Kwiecień

1872.

CZYNNOŚCI

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

POSIEDZENIA OGÓLNE.

Posiedzenie 7 dnia 5 Marca 1872 r.

Prezes: Kol. B r o d o w s k i.

TREŚĆ. I. Przyjęcie protokołu. II. Korespondencja—Rozprawa konkur-
sowa. III. Opatrywanie ran bez szarpia—Koll. Benni i Orłowski

1. Protokół posiedzenia poprzedzającego, po odczytaniu
przyjęty.

II. Nadesłano:

1) Rozprawa konkursowa na premium Imienia Helbicha
napisana na temat zadany, mianowicie:

„Wyjaśnić stosunek gruźlicy (tuberculosis) do zapaleń,
„tak za pośrednictwem przeglądu dotychczasowych pojęć odno-
„szących się do wymienionych procesów, jak i własnych ba-
„dań, a przedewszystkiem porównania rezultatów zaszczepie-

Pam. T. L. W. t. LXVII.

22

Biblioteka Główna
WUM



www.dlibra.wum.edu.pl

„nia zwierzętom (przez ubiegających się o nagrodę) tak gruźleń-
„ków ściśle oznaczonych, jak produktów zapalenia, zwłaszcza
„oskrzeli, płuc i gruczołów limfatycznych.“ Rozprawa powyż-
sza napisana jest pod dewizą: „Die Aufgabe der Menschheit ist
die Lungenschwindsucht zu überwinden, wie der Scorbut des
Mittelalters überwunden ist“—Virhow, która znajduje się także
na zapieczętowanej kopercie zawierającej nazwisko autora.

Rozprawa ta oddana została do oceny oddzielnemu ko-
mitetowi złożonemu z koll. P r e z e s a, H o y e r a, B a r a n-
n o w s k i e g o i B r u n e r a.

2) Лечение общего сифилиса путем подкожныхъ впры-
скиваний раствора сулемы И. Гейдмана. Тифлисъ 1871
года.

III. Kolega B e n n i. Kilka tygodni temu miałem
zaszczyt przedstawić Towarzystwu Lekarskiemu kobietę, któ-
rą z powodu żmiazdzenia dłoni, odjąłem przedramię w trzeciej
jego części górnej. Chora ta aż do zupełnego wyleczenia opa-
trywana była bez szarpiei,—zaraz po operacyi ściągnąłem ranę
paskami płótna, w końcach tylko posmarowanemi emplastro
adhaesivo—cały zaś środek zmaczany był w solucyi kwasu fe-
nilowego (dr. I na funt wody) na ranę przyłożyłem kompres
zmoczony w tej samej solucyj—kompres ten odmieniał się
przez cały czas leczenia od 8 do 10 razy na dzień, przemywając
za każdym razem ranę solucyą z 1 skr. kaliihypermanganici na 1
funt wody.

Opatrunek podobny, ze stosownemi oczywście, do każdego
oddzielnego wypadku zastosowanemi zmianami, używam we
wszystkich prawie razach, czy to po operacyach, czy też na-
przykład przy wrzodach chronicznych goleni. Unikam tym
sposobem zupełnie użycia szarpiei, korzyści zaś następujące
zdają mi się ztąd wypływać:

1-o. Ropa przez czas znacznie krótszy zostaje w stycz-

ności z raną, ztąd mniejsze niebezpieczeństwo jej rozkładu, jej wessania i zakażenia krwi.

2-o. Unikanie szarpiei, która często, szczególnie po Szpitalach bywa tak złego gatunku, iż obecnością swoją szczególnie dłuższą sprowadzić może zanieczyszczenie rany.

3-o. Opatrunek nader prosty, nie wymaga ani kompresów ani bandaży, unikamy zatem zbytniego ucisku, rozgrzania itd rany.

4-o. Znaczna oszczędność dla administracyi szpitalnej.

Kol. Orłowski. Śmiertelność po operacjach w oddziale Chirurgicznym mężczyzn w szp. Dz. Jezus, w ciągu r. 1871, nie dochodząca nawet 18 na 100, mimomolnie zwraca uwagę; porównyując cyfry te z cyframi lat przeszłych, widzimy procent śmiertelności o 7 do 8 a nawet o 9 na 100 zmniejszonym, na co prawdopodobnie nie mały wpływ wyrzeć musiał zmieniony system opatrunku ran w ogóle, ran zaś po operacyjnych w szczególności; mówię prawdopodobnie, dłuższe bowiem doświadczenie stanowczo dopiero o tem przekonać może.

W pierwszych zaraz dniach po objęciu Oddziału Chirurgicznego w roku przeszłym, zwróciłem szczególną uwagę na szarpię, używaną do opatrunku ran i wrzodów.—Materiał ten posiadający bez wątpienia wiele zalet, które zrównoważyć innym rzeczywiście nader trudno, i dla tego dotąd jeszcze przez wielu niemal wyłącznie zalecany, w praktyce jednak szpitalnej, jest przyczyną niemałej liczby często i nieprzewidzianych, a nader niepomysłnych następstw, tak dobrze wszystkim znanych. Usunąć przyczyny te i tym sposobem stanowczo wpłynąć na przebieg gojenia się ran było i pozostaje dotąd jeszcze jednym z ważniejszych zadań Chirurgów. Materiał opatrunkowy przedewszystkiem odznaczać się powinien swoją czystością, i nie zawierać w sobie szkodliwych substancji, istnienie których w szarpiei przygotowywane zwykle w ogromnych ilościach, jako produkt handlu, lub w szpitalach przez ludzi niemających o przedmiocie należytego pojęcia, a często

z wielką niesumiennością, spełniających swe obowiązki, tylekrotnie potwierdzonem było. — Pewniejszem bezwątpienia od wszelkich środków desinfekcyjnych, jest na wzór szpitali Angielskich i Austryjackich, zupełne jej usunięcie; kompres macerowany w ciągu doby, w słabym roztworze kwasu karbolowego, cienka warstwa waty, wyjątkowo tylko wszelkim wskazaniom zadosyć uczynić nie są, w możności, w ogóle zaś najzupełniej są wystarczającemi. — Materiał opatrunkowy szpitali angielskich, (lint) odznacza się rzeczywiście pod każdym względem swą doskonałością, lecz wysoko nader cena uniemożliwia wprowadzenie go w użycie; w wojskowych zaś i w cywilnych szpitalach w Austrii, szczególnie w ogólnem szpitalu Wiedeńskim, sposób wyżej wzmiankowany opatrywania ran watą, przeważnie wszedł w użycie, i od lat już paru jest bez wątpienia jednym z najdzielniejszych środków, któremu zmniejszenie wielu nie pomyślnych komplikacji zawdzięczać należy. I u nas przykłady gangreny szpitalnej, od chwili usunięcia szarpnii z oddziału chirurgicznego, stosunkowo do lat poprzednich, nader były rzadkie, a mianowicie obserwowaną była w ciągu ostatnich 5-ciu miesięcy u 5-ciu tylko chorych, z których jeden przybył już z takową z miasta; mimowolnie więc zmianie całego systemu opatrywania ran tak małą cyfrę przypisać wypada, inne bowiem miejscowe warunki szpitalne, ogólna nawet ilość chorych, pozostały prawie bez zmiany.

Mówiąc o opatranku ran w ogóle, uważam się w obowiązku, wypowiedzieć swe zdanie, o leczeniu ran amputacyjnych i resekcyjnych w szczególności. Znaczna i jeszcze dotąd trwająca śmiertelność po odjęciu kończyn, szczególnie w szpitalach większych, była nieustającym bodźcem tylolicznych i niezmordowanych badań Chirurgów, szczególnie lat ostatnich, którzy śledząc przyczyny, jednocześnie i środki zaradcze przeciwstawić się starają.

Samo wyliczenie środków tych obecnie nie małą już stano-

włoby trudność, w końcu i zasady na mocy których autorowie pewną wyższość dla zalecanych przez siebie środków udowodnić się sta rają, często najzupełniej są sobie wbrew przeciwne.

Tak zwane leczenie par occlusion pneumatique, sposób postępowania Lister'a, opatrunki watowe Guerin'a, dotąd w różnych miejscach, mniejszą lub większą liczbę zwolenników mają.— W ostatnich jednak czasach, co raz bardziej utrwalają się przekonania, iż choroby ogólne organizmu powstają wskutek resorpcji substancji, które tworzą się w samej ranie, lub w częściach ją otaczających, lub w końcu w pewnym ognisku zapalnym; to było powodem postawienia zasady w prawdzie nie nowej, a przez wielu z rozmaitych nader względów od dawna zalecanej, iż Chirurg przy leczeniu ran amputacyjnych, przede wszystkim starać się powinien o ułatwienie odpływu wydzieliny rany, następnie zaś o zastosowanie środków tamujących powstawanie pierwiastków z rozkładu wydzielin się tworzących. Na mocy tych twierdzeń weszło i coraz bardziej w klinikach Niemieckich wchodzi w użycie tak zwane *offene Behandlung der Wunden*, to jest leczenie ran amputacyjnych i resekcyjnych bez żadnego opatrunku.—Sposób ten leczenia wcale tak nowym nie jest, Dr *Vezin* w roku 1856 w miesiącu Lutym w *Deutsche Klinik* podał sprawozdanie o 27-miu amputacjach, wykonanych w ciągu 21-dni lat w szpitalu miejskim w *Osnabrück*, przez Dra *Bartscher'a* i leczonych bez żadnego opatrunku. W liczbie tej, amputacji uda wykonanych było 14, goleni 6, ramienia 4, przedramienia 2 i 1 częściowa amputacja stopy.

Na 27-dem operowanych, umarło 3, a mianowicie po amputacji uda 2, i po amputacji goleni 1; t. j. ogólny wynik leczenia tak pomyślny, jakim prawdopodobnie żaden z Chirurgów poszczycić się nie może. Nie można jednak nie zwrócić uwagi, że operacje wykonane były w ciągu lat 21, zatem na rok wypada nie wiele więcej nad jedną.

Chirurg zdaniem *Bartscher'a* powinien postępować w sposób następujący: a) operować dopiero wtenczas, gdy chory sam stanowczo operacji domagać się będzie; b) opieką nad chorym, ciągłym okazywaniem mu współczucia, wpływać o iie możność dozwoli na usposobienie chorego; c) nie ograniczać bardzo diety chorego; d) zagojenie rany pozostawić wyłącznie li tylko naturze, unikając wszelkich opatrunków

W lat kilka później a mianowicie w roku 1859 w *Deutsche Klinik* Nr 21 wyszło sprawozdanie Dr *Burow'a* o 62 amputacjach wykonanych przez samego autora i przez jego uczni i w sposób wyżej wzmiankowany również leczonych; z 62 operowanych umarło 3, zatem procent śmiertelności o wiele jeszcze mniejszy niż u *Bartscher'a*—W *Deutsche Klinik* Nr 24 za rok 1866, *Burow* powtórnie starał się zwrócić uwagę na pomyślne gojenie się ran amputacyjnych, bez żadnego opatrunku, i znówu podał pewną cyfrę wykonanych operacji. Doktorowie *Bartscher* i *Burow* w sposobie leczenia nie zgadzają się jednak zupełnie; różnica polega na tem iż pierwszy nie stara się bynajmniej goić rany per primam intentionem, gdy drugi stanowczo to zaleca—Kwasoród powietrza zdaniem *Burow'a* jest środkiem najpewniejszym, rozkład wydzielin ran tamującym i z tej wychodząc zasady autor i sposób powyższy zaleca.

Jednym z najgorętszych zwolenników leczenia ran amputacyjnych i rezekcyjnych bez żadnego opatrunku jest *Billroth* który przyznając najzupełniej, iż w razie tym poszedł tylko w ślady *Teale'a* i *Burow'a* (*Chirurgische Briefe aus den Feld-Lazarethen etc. Berliner klinische Wochenschrift* Nr 39, 42 r. 1871), na mocy dosyć już licznych klinicznych obserwacji stanowczo przekonać się stara, iż tą tylko idąc drogą, jeżeli nie do zupełnie, przynajmniej do wielu pomyślniejszych rezultatów dojść jesteśmy w możności; dokładnej jednak statystyki porównawczej dotąd autor nie podaje. Teorja najzupełniej postępowanie Chirurga objaśnia.—Znanym jest każdemu i do-

świadczeniem stwierdzonym wpływ obniżonej temperatury na powstrzymanie gnicia ciał i w ogóle na rozkład materji organicznych; obserwacya kliniczna przekonywa iż krew, surowica, ropa i w ogóle wydzieliny ran pozostając w naczyniu nawet przy zwykłej temperaturze pokojowej w ciągu 12—24 godzin rozkładowi nie ulegają i bynajmniej żadnego niemiłego odoru nie wydają; gdy tym czasem w skutek działania o wiele wyższej temperatury ciała, w wydzielinach któremi materiał opatrunkowy w ciągłym zetknięciu z raną powstający jest przesiąkniętym, rozkład następuje; tym więc sposobem sprzyja się mimowolnie, tworzeniu się szkodliwych substancji, resorpcja których, jest przyczyną powstawania często tak zgubnych chorób ogólnych organizmu.—Podwyższona temperatura prawdopodobnie sprzyja również rozwojowi drobnych organizmów jakie w rozkładającej się ropie, posoce znajdujemy.—Ztąd wynika, iż pierwszą jak wyżej powiedziano, czynnością Chirurga, po wykonanej amputacji powinno być ułatwienie o ile możność dozwołu odpływu wydzielin ran, usuwając jednocześnie działanie na nie temperatury tych ran, do którego to celu dojdziemy najpewniej, pozostawiając ranę bez żadnego opatrunku i pozwalając wydzielinom swobodnie sphywać w podstawione naczynie.—Wygląd rany po pewnym przeciągu czasu na pierwszy rzut oka bynajmniej nie jest zadowolniającym: pokryta warstwą skrzepłej krwi, ropy, tworzących strupienki, różni się od powierzchni ran opatrywanych sposobem zwykłym, lecz po delikatnem usunięciu strupów, po opłukaniu i oczyszczeniu rany słabym roztworem kwasu karbolowego, jak to zwykle przynajmniej raz na 24-ry godzin miejsce mieć powinno, powierzchnia rany przedstawia się nam pokrytą piękną ziarniną i w znacznej ilości nic więcej nie pozostawia do życzenia.—W miarę postępującego gojenia się rany a tem samem zmniejszającej się ilości ropy, zmniejsza się niebezpieczeństwo powstawania i resorpcji substancji, zgubny wpływ na cały organizm wywierających, rana więc w sposób zwykły opatrywa-

ną być może. Nieco różnem jest postępowanie przy leczeniu ran rezekcyjnych, po wykonaniu których samo położenie ran tamuje odpływ ich wydzielin; leczenie w tym razie wymaga nader troskliwej nad chorym opieki, w miarę bowiem nagromadzającej się ropy t. j. co parę godzin, usuwać ją wypada, co najdogodniej uskutecznić się daje za pomocą kulek szarpaii, w słabym roztworze kwasu karbolowego, przez pewien przeciąg czasu macerowanych. Na pytanie czy brzegi ran amputacyjnych, w celu wywołania tak zwanej *prima intentio*, za pomocą szwów zbliżyć należy, dotąd jak i przy innych sposobach leczenia w sposób zadawalający odpowiedzieć trudno. *Billroth* po każdej niemal amputacji, nakłada szew przerywany, przy następującej jak wiadomo *prima intentio*, skraca to niekiedy i o wiele cały przebieg gojenia się rany i tym sposobem zmniejsza się i niebezpieczeństwo na które chory podczas trwania procesu jest wystawiony.

Sposób jednak leczenia ran bez żadnego opatrunku jak i wszystkie inne pomimo dosyć pewnych już danych statystycznych, pomimo naukowej powagi Chirurgów z całą usilnością go zalepających, ma zastęp liczny i przeciwników.—Ból na jaki chory po wykonanej amputacji, a bez żadnego opatrunku pozostawiony, przy najmniejszych mimowolnych często ruchach jest wystawionym, stanowi jeden z pierwszych zarzutów jak przeciwko sposobowi leczenia występuje.

Tworzące się na ranie strupy, zdaniem niektórych również dobrze jak i materiał opatrunkowy powstrzymywać mogą odpływ ropy. Następnie jednym z zarzutów najważniejszą odgrywających rolę, jest forma pieńka po odjęciu kończyny i niemal stale istniejące sterczenie na zewnątrz kości, szczególnie po amputacji uda, wymagające następnie powtórnego jej odpiłowania, w razach jeżeli *prima intentio* się nie powiodła. Pod względem dążności gojenia rany *per primam intentionem* lub też pozostawienia jej brzegów bez zbliżenia, różne jak już

wyżej nadmienionem była i to napotyamy przekonania, mniej więcej na znanych wszystkim dowodzeniach oparte.

Do jakich wniosków u nas opierając się na doświadczeniu własnem, leczenie ran amputacyjnych i rezekcyjnych bez opatrunku doprowadza, obecnie nie jeszcze stanowczego wypowiedzieć nie podobna, a to z powodu od tak niedawna dopiero wprowadzonego sposobu leczenia i nader ograniczonej liczby operacji, których w ciągu ostatnich $4\frac{1}{2}$ miesięcy roku przeszłego wykonanych było 24-ry; w tej liczbie wyłuszczeń jednego lub więcej palców ręki a także kości dłoniowych 5, częściowe odjęcie ręki w ciągu czterech ostatnich kości dłoniowych 1, odjęcie przedramienia 1, częściowe wypiłowanie kości promieniowej 1, wyłuszczenie jednego lub więcej palców stopy 2, wyłuszczenie stopy w stawie Chopart'a 1, całkowite wyłuszczenie kości piętowej 1, częściowe wypiłowanie kości piszczelowej 2, odjęcie golei 1, wydobywanie sekwestrów kostnych piszczeli i uda 4; razem więc wyłuszczeń, odjęć mniejszych lub większych członków, wypilowań kości innych ważniejszych na kończynach operacji 19, po wykonaniu których umarło 3 chorych, a mianowicie jeden po wyłuszczeniu 5-tej kości dłoniowej, jeden po amputacji goleni i 1 po częściowem wypilowaniu kości piszczelowej. Słowem cyfry które chociaż za sposobem leczenia w sposób dosyć zachęcający przemawiać już mogą, dalszej jednak obserwacji bezstronnej wymagają jeszcze. W końcu nadmienić muszę iż pozostawiając ranę amputacyjną bez żadnego opatrunku, dla zmniejszenia jednak szczególnie w pierwszych dniach po operacji chorym nader dolegliwego rzeczywiście bólu, w końcu dla nadania i utrzymania już w początku gojenia się rany formy pieńka, by tym sposobem uniknąć sterczenia kości na zewnątrz, postanowiłem brzegi rany zbliżyć za pomocą pasków plastru, zwykle w tym celu używanych. Postępowanie to dotąd przynajmniej mnie nie zawiodło, niekiedy następuje w ranie prima intentio tak dobrze jak i po nałożonych

szwach, unika się zaś często jak przy tych ostatnich, bolesnego obrzmienia i naprężenia brzegów rany, tworzenia się ognisk ropnych; pozostawiona bowiem wolną dolną część rany dla odpływu ropy zupełnie jest wystarczającą,—słowem zbliżanie brzegów ran za pomocą plastrów w niczem na zmianę zasady -eczenia wpływać nie może.

Kol. **K w a ś n i c k i** nie widzi powodu żeby szarpia dobra, przy opatrunku ran, miała mieć niższość względem do płótna, lub waty.

Kol. **S o m m e r** robi uwagę, że szarpia w prywatnej praktyce bardzo dobre usługi oddaje; w szpitalach jest inaczej bo szarpia szpitalna jest w złym gatunku i zanieczyszczona wyziewami i zarazkami szpitalnemi.

Kol. **J o d k o.** Używa zawsze w swoim oddziale szpitalnym szarpi, lecz w dobrym gatunku i czystej, i nie postrzega diphtheritis przy jej użyciu. Zastąpienie szarpi, watą stosownie przygotowaną, ma miejsce od dawnych lat w klinice chirurgicznej Dorpackiej, gdzie do opatrunku ran prof. **Adelmann** używa waty maczanej w spirytusie i następnie wysuszonej.

Kol. **S z o k a l s k i** sądzi, że każdy opatrunek jest dobry gdy odpowiada dwom warunkom t. j. gdy zapewnia łatwy odpływ ropy i desinfekcyą samej rany.

Kol. **J. F. N o w a k o w s k i** przypomina, że prof. **G i r s z t o w t** jeszcze w końcu roku 1867 zaczął używać opatrunku przy ranach z płatów moczonych w roztworze kwasu karbolowego.

Na tem posiedzenie ukończono.

Dr. **W s z e b o r.**

Posiedzenie 8-e dnia 19 Marca 1872 roku.

Prezes: kol. **Brodowski**,

TREŚĆ. I. Przyjęcie protokołu. — II. Korrespondencya. — III. Nowotwór tęczy. Kol. J o d k o. — IV Operacya plastyczna. Kol. K o s i ń s k i. — V Hernia abdominalis incarcerata. Kol. K o s i ń s k i. — VI Carcinomata medularia Kol. B r e d o w s k i. — VII Leukaemia, Kol. B r o d o w s k i.

1. Protokół posiedzenia poprzedzającego z powodu nieobecności Sekretarza odczytanym niezostał.

II. Nadesłano:

a) Протоколы Засѣданія Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества N. 22.

b) Du Diagnostic et de l'extraction des projectiles et particulièrement des projectiles en fonte de fer par Milliot.

c) Thèse pour le Doctorat en Médecine présentée et soutenue le samedi 23 Decembre 1871 p. Milliot.

d) Краткій Отчетъ о Засѣданіяхъ Императорскаго Виленскаго Медицинскаго Общества за 1871 годъ.

III. Kol. J o d k o przedstawił chorego z nowotworem w przedniej komórce oka wyrastającym z tęczy i dotykającym błony rogowej; zajmując $\frac{1}{4}$ część górną i wewnętrzną przedniej komórki, nowotwór ten zdawał się być natury syfilitycznej, chociaż chory wypierał się zarażenia, i dla tego kol. J o d k o używał szarej maści do frykcyi i atropiny do oka. Od użycia tych środków istniejące podówczas zapalne objawy ustąpiły; źrenica mocno zwężona rozszerzyła się i chory lepiej widzi. Przedstawiając chorego k o l e g a J. zapytuje czy uważać ten

nowotwór za gruzełek tęczy, czy za nowotwór innej i jakiej mianowicie natury? Chory chorobę swoją datuje od 10-ciu ygo dni.

Kol. Szokałski widział wypadek gruzełka, ale w innych okolicznościach, bo chory był tuberkuliczny i ziarnko mniejsze.

Kol. Prezes robił uwagę że choć gruczoły limfatyczne u tego chorego cokolwiek powiększone, niedowodzi to wszakże rozwinięcia się gruzelków (Tuberculosis). Zdaje się że ten nowotwór zbliża się do nowotworów miękkich, do Sarcoma, i chociaż chory utrzymuje że ta choroba rozwinęła się u niego ledwie od 10 tygodni, mógłby on jednak być wrodzonym, gdyż wiadomo że bywają nowotwory wrodzone, które istnieją niepostrzeżone przez samego chorego aż do chwili kiedy przez swój wzrost lub inne objawy nie zwrócą na siebie jego uwagi.

Kol. Jodko dodaje że nowotwór ten wczasie pobytu chorego w szpitalu od kilku tygodni nie powiększył się wcale; zapytuje się czy wyciąć go, czy nie? Wyciąć niepodobna, bo techniczne okoliczności przeszkadzają, gdyż tumor jest zanadto wielki, a rozcięcie rogówki będzie zamałe i niepozwoili go wyprowadzić na zewnątrz zwyczajnemi dotąd używanemi środkami.

Kol. Szokałski uważa, że to jest Sarcoma i jeżeli się zgodzimy na to, to w takim razie wątpi żeby co przeszkadzało do zrobienia operacji; zwłaszcza jeżeli tumor jest na powierzchni tęczy i z częściami przyległemi niezrosły.

Kol. Prezes robi uwagę że nowotwory w oczach są po większej części złośliwe i przez zatrucie reszty organizmu mogą być przyczyną śmierci; byłby więc zatem żeby operację rozdzielić na 2 momenty. Jeden dla zbadania natury nowotworu t. j. wyciąć kawałek dla zbadania pod drobnowidzem. Wrazie przekonania o naturze złośliwej nowotworu np. mięszak wielkokomórkowy, przystąpić do 2 momentu t. j. wyłuszczenia

całej gałki ocznej; gdyby zaś natura nowotworu okazała się być łagodną, pozostawić chorego bez dalszej operacji.

Kol. K o s i ń s k i, mówiąc o naturze choroby zwraca uwagę, że jeżeli tumor w ciągu tego czasu jak chory był w szpitalu niepowiększył się wcale, to zdaje się przemawiać za niezłośliwością jego natury, i także jest tego zdania żeby. nierobiąc extyrpacji guza, postarać się wyciągnąć coś z niego dla bliższego zbadania.

Kol. J o d k o przypuszcza że tumor ten prawdopodobnie uważać należy za tuberculosis iridis.

IV. Kol. K o s i ń s k i przedstawił dziewczynę tę samą, którą kol. L i b c h e n na jednym z przedostatnich posiedzeń pokazywał Towarzystwu, jako chorą cierpiącą na incontinentia urinae w skutek wady wrodzonej organów płciowych, radząc się co począć, a którą kol. K o s i ń s k i prosił ażeby przysłać do fego kliniki dla zrobienia operacji. Otóż obecnie przedstawia ją jako rekonwalescentkę po operacji, która udała się najkompletniej.

Operacja dokonana została w parę dni po przebytej miesiączce.

Mając na względzie że mimowolne oddawanie (incontinentia) moczu zależy od krótkości i szerokości cewki i że przyczyna tych ostatnich jest wrodzony brak górnej części cewki pochodzący od rozszczepienia a raczej niezrośnięcia dwóch połówek podczas rozwoju płodu, zadaniem naszym było wynagrodzić za pomocą operacji to czego natura odmówiła, czyli starać się o trwałe połączenie rozszczepionych i oddalonych od siebie części przeznaczonych do utworzenia górnej części cewki. Można to było uskuteczyć za pomocą plastycznej operacji, która w sposób następujący wykonana została.

Po zachloroformowaniu chorą w pozycji leżącej wznak, i oddaleniu od siebie kończyn dolnych, całą część stanowiącą przestrzeń zawartą pomiędzy oddalonymi od siebie dwiema war-

gami małemi i leżącą pomiędzy otworem pozostałej cewki i spojeniem łonowem, okrwawiłem przez usunięcie kawałka skóry mającego formę dwóch trójkątów rozwartokątnych połączonych ze sobą krótkimi bokami. Połączenie to odpowiadało linii środkowej i szło od otworu cewki do spojenia łonowego. Następnie okrwawioną powierzchnię zetknąłem tak aby dwa wspomniane trójkąty złożyć powierzchniami jeden do drugiego. W celu utrzymania i wywołania zrośnięcia, założyłem podwójny szew, jeden głęboki waleczkowaty, drugi powierzchowny węzłkowaty.

Zrośnięcie powiodło się jak najpomyślniej i po usunięciu szwów gdy chora zaczęła chodzić, okazało się że operacja odniosła pożądany skutek, gdyż mocz niewypływał mimowolnie.

V. Kol. K o s i ń s k i przedstawił drugą chorą, jako rekonwalescentką po hernia abdominalis incarcerata. Chora ta Joanna Władkowska, 36 lat mająca, przed 15 laty w kilka dni po odbyciu trzeciego porodu, w perjodzie połogowym doświadczyła silnych boleści w dolnej części brzucha z prawej strony niżej pępka. Boleści te trwały dni kilka, w ciągu których wytworzył się guz, który wkrótce po kataplazmowaniu przepęknął wyciekła z niego znaczna ilość ropy, ze szczątkami martwej tkanki. Poczem miejsce to zagoiło się, lecz został guz wielkości jabłka, w którym chora doświadczała niekiedy bólu zwłaszcza gdy się zmęczyła lub zawięła jadła. Taki stan trwał do 27 Grudnia 1871 r. w tym zaś dniu chora pompując wodę uczuła silne boleści w brzuchu, a mianowicie w guzie, do których przyłączyły się nudności i wymioty i guz zwiększył się.

Następnych dni boleści powiększyły się i chora zmuszoną była udać się do kliniki. Przy obejrzeniu chorą 31 Grudnia stan jej był następnny: chora przedstawiała się na twarzy zękaną, jakby przestraszoną, puls przyspieszony, nitkowaty, ledwie dający się wyczuć, język suchy, czerwony, pragnienie silne, nudności, wymioty nieustanne, wet łajuiste. Skóra wilgotna

i pokryta zimnym potem, nogi zimne, brzuch wzdęty, przy dotykaniu nadzwyczaj bolesny. Po prawej stronie pępka przedstawiał się guz okrągły, objętości wielkiej pięści, zajmujący przestrzeń na palec niżej pępka idąc w dół do lig. Poupartii, a wewnątrz do linii pośrodkowej, na zewnątrz zaś do linii prostej idącej ku dołowi od końca 11 żebra do spina anterior superior ilei. Powierzchnia guza była gładka, ująwszy guz palcami czuć się dawała pewna sprężystość i chora doznawała nadzwyczajnych boleści.

Uważając chorobę jako hernia abdominalis incarcerata przystąpiono do operacyi 1 Stycznia 1872 r. o godzinie 11 rano. Cięcie było zrobione z góry na dół równoległe do linea alba na 10 centymetrów, ale przeciąwszy skórę, tkankę podskórną tłuszczową i worek przepuklinowy znaleziono kışkę na 4 cali długą, zaciśniętą, koloru fioletowego, nieprzyrośniętą, worek przepuklinowy mocno przyrośnięty do części przylegających i zawierający rozmaitej wielkości torbiele napełnione płynem surowicznym. Wyextyrpowawszy te torbiele okazało się że otwór był wielki i wymagał ściśnienia dla przeszkodzenia wypadaniu kışek, założono więc dwa szwy i nitki wyprowadzono na zewnątrz. Dno rany było oczyszczone i na skórę nałożono szwy. Przy opatrunku, na ranę nałożono szarpię namoczoną w kamforowym spirytusie, na to położono kompres z płótna i obandażowano szerokim pasem. Chorej zalecono lawatywy dla uregulowania stolca. Chora wszakże czuła ból w okolicy przepukliny i ropienie było cuchnące i z krwią mocno zmieszane. Wkrótce jednakże chora zaczęła poprawiać się i 5 dnia czuła się już znacznie lepiej, 7-o dnia brzegi rany w środku prawie się zrosły, tylko w górnym i dolnym kącie rany były jeszcze otwory, z których sączyło się niewiele dobrej ropy; boleści chora nieczuła już żadnych. W nocy 8-o dnia wystąpiło ostre zapalenie oskrzeli (bronchitis cum haemoptysi) a dnia 9-o na prawo od rany na miejscu dawnego guza ukazała się

fluatuacja; po skutecznionem przekłuciu wyszło dużo cuchnącej ropy. 11-o dnia koło rany pokazało się róża, która 12-go zajęła lewą połowę brzucha a następnych dni przeszła nawet na biodra. Stan ten trwał przez 14 dni t. j. do 25 dnia po operacyi, lecz z ustąpieniem róży, chora zaczęła się poprawiać i wkrótce potem zupełnie wyzdrowiała.

VI. Kol. P r e z e s przedstawia nowotwory znalezione przy sekcyi pułkownika M.

Kol. K o s i ń s k i jako wzywany na konsultacye lekarskie do tego pułkownika opowiedział w krótkości historję choroby. Chory od lat kilku cierpiał na ból w krzyżu, zwłaszcza z rana; 10 tyg. temu zaczął doznawać bólu i ściskania w okolicy żołądka udności, a niekiedy i wymiotów, potem przyłączyło się żółtawe zabarwienie skóry i białówek, przyczem wątroba była powiększona, język obłożony. Stan chorego z czasem coraz się pogorszał, wymioty stały się częstymi, ból, w okolicach żołądka i lędźwi coraz bardziej dokuczał, niekiedy rozpromieniając się wzdłuż moczowodu do żołądki tak, że podejrzewano kamienie nerkowe (Dr. Lambi). Na 4 dni przed śmiercią K o s i ń s k i znalazł chorego w stanie śpiączki, już niepoznawał nikogo, język był suchy. Badając okolicę brzucha znalazł rodzaj ciastowatości, ale tumorów niewyczuł. Wątroba chociaż powiększona, ale niebardzo twarda, brzuch wzdęty, szczególnie w okolicy cienkich kiszek,

Kol. P r e z e s komunikuje następujący wypadek badania zwłok pułkownika M:

Po otwarciu jamy brzucha znaleziono mocne wzdęcie żołądka i kiszek, lekkie zaczerwienienie ostatnich i tu i owdzie skrzepy włóknikowe a miejscami słabe zlepiania się pętlic tychże ściany tak cienkich jak i grubych kiszek zasiane guziczkami białocznymi i nie wielka tylko ich ilość dochodziła do objętości ziarnka grochu polnego, reszta była znacznie mniejszych. Sieć w postaci powroza ściągnięta przy krzywiznie wielkiej żołądka,

równie jak i kiszki lecz znacznie większymi zasiana guzikami rdzeniowatymi, zlewającymi się z lewej strony w jedną taką rdzeniowatą masę, dosyć mocno przyrosłą do ścian brzucha. W skutek tego śledziona znalazła się jakby otorbiona. Była ona przeszło dwa razy większą, powłoka jej napięta, wśród przekrwionej i kruchej miazgi znajdowało się kilkanaście rozmaitej wielkości od ziarna grochu szablastego do orzecha turckiego rdzeniowatych wyraźnie odgraniczonych guzków. Obie nerki także przeszło w dwójnasób powiększone; przekrwiona ich substancja korowa zasiana takimiż po większej części wielkości orzecha laskowego guzikami, z których znaczna ilość wystawała nad powierzchnię. Błona śluzowa żołądka najwięcej, mniej nieco kiszki cienkich i jeszcze mniej grubych płaskimi zasiana guzikami wielkości soczewicy. Trzustka było także siedliskiem kilku guzów rdzeniowatych. Więcej niż w trzustce i śledzionie znaleźliśmy ich w wątrobie, która nadto przedstawiała dosyć znaczny stopień nacieczenia tłuszczowego. Tu niektóre, zwłaszcza w głębi położone dochodziły do wielkości orzecha włoskiego.

Po uchyleniu wątroby i usunięciu trzustki, uderzyło niezwykle wypuklenie podługowate przepony ku dołowi w miejscu którym aorta wchodzi do jamy brzusznej. Po przecięciu w tem miejscu przepony znaleźliśmy guz otaczający do koła zwłaszcza z przodu i boków aortę; pokrywał on ją na przestrzeni blisko 8 ctm. był również rdzeniowaty jak i wszystkie wyżej opisane, grubość masy jego począwszy od ścian aorty wynosiła blisko 2 ctm. Nowotwór ten nie tylko w ścisłym związku znajdował się ze ścianami tętnicy głównej owszem zdawał się być zwyrodniałą jej ścianą, lecz nadto wnikał do światła tego naczynia i przedstawiał się tu w postaci biało szarawych o galaretowatym połysku miękkich już płaskich już też wzgórzkowatych wyniosłości. Ani w płucach ani w sercu nic godnego uwagi nieznalesiono

Badania mikroskopowe nowotworu opasującego aortę jak
Pam. T. L. W. t. LXVII.

24.

nie mniej wystających jego części do światła tego naczynia, oraz guzków otrzewnej i trzustki (więcej ukradkiem wziąć nie zdołałem) wykryło, że były to mięsaki wszędzie jednej i tejże samej budowy t. j. rzdzeniowate przeważnie wrzecionowato-komórkowe (*Sarcomata medullaria s. multicellularia et fusocellularia*).

Że pierwotnym nowotworem w tym przypadku był mięsak wrastający do wnętrza aorty to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wszystkie inne powstały w skutek rozproszenia przez krew porwanych przezeń pierwiastków anatomicznych pierwotego nowotworu, tego najdotykalniej dowodzi ta okoliczność, że całe tysiące drobnych guzków powstało w tych tylko tkankach, które zasila aorta abdominalis t. j. poniżej nowotworu będące. Najwięcej zaś ich było w zakresie tętnic biorących początek *ex tripode Halleri* t. j. pierwszego najszerszego tuż pod nowotworem znajdującego się pnia tętniczego.

Jest to rzadki nader wypadek złośliwego nowotworu biorącego początek w błonie zewnętrznej i zwyrodniającego resztę ich w tak potężnem naczyniu tętniczem jakim jest aorta, jak nie mniej piękny przykład rozsiewania się (*disseminatio*) pierwotnego nowotworu za pośrednictwem naczyń krwionośnych.

VII. Kol. P r e z e s przedstawił drugi okaz zmarłego na białaczkę (*Leukaemia*); chorego lat 38 wieku liczący, dawniej w dobrym bycie, a potem z powodu różnych niezależnych od niego okoliczności, podupadłszy na majątku i z ciężkiej pracy rąk utrzymujący się, zaczął oddawać się nadużyciu napojów wysokowych, coraz bardziej upadał na siłach i doświadczał zawrotów głowy. W czasie jednego z nich upadł na ulicy, skaleczył sobie głowę, aż do kości, stracił dużo krwi. Przywieziony do Szpitala Śgo Rocha miał sobie upuszczoną krew z żyły z powodu obawy jaką tamże powzięto o grożący atak apoplektyczny.

Wszystko to spowodowało większy upadek sił, do którego przyłączyły się bóle nieustające w kończynach.

Przy wnoszeniu go na salę w szpitalu Śgo Rocha, zaczęło go golenią o drzwi; w miejscu tem powstało phlegmone gangraenosum, dla uleczenia którego przewieziony został do kliniki Prof. Kosińskiego, ztąd po ustaniu tego processu, dla poprawienia sił, odesłany został do kliniki terapeutycznej Prof. Andrejewa, gdzie po niedługim czasie z wycieńczenia zmarł.

Po otwarciu zwłok, znaleziono na przodzie półkuli prawej, a więc w miejscu przeciwległym stłuczonemu na niewielkiej przestrzeni substancją szarą w stanie tak zwanego żółtego zmięknienia (emollitio flava), będącego następstwem, jak tego badania mikroskopowe dowiodły, wylewu krwi z naczyń włosowatych (haemorrhagia capillaris) spowodowanego wzmiankowanym stłuczeniem; przekrwienie opadowe płuc (hyperaemia hypostatica pulmonum), serce wiotkie, w stanie rozszerzenia w skutek stłuszczenia mięśni tegoż; katar żołądka i kiszek, infiltracja tłuszczowa wątroby.

Najważniejsze bez zaprzeczenia były zmiany w kościach zarówno w gąbczastych jak przedewszystkiem w długich a mianowicie w udowych, ilość szpiku była zwiększona i ten był mocno czerwonym a zarazem i miększym. Tylko przy samym dolnym końcu kości udowych szpik przedstawiał się jeszcze żółtym. Badania mikroskopowe wykryły w zmienionym szpiku bardzo nie wielką ilość komórek tłuszczowych, natomiast mocną infiltracją okrągło-komórkową. Większość tych komórek była podobną do komórek ropnych, między niemi tu i owdzie komórki 2—3 razy większe macierzyste, a niekiedy i zawierające krażki krwi

Od czasu jak Neuman, a po nim Rizzoro i inni, poczęli dostrzegać w szpiku kostnym pewne podobieństwo do gruczołów limfatycznych i śledziony, pod względem wytwarzania się ciałek krwi, dwa razy już zauważono zmiany w tej tkance podczas leukaemii, a mianowicie: Neuman znalazł szpik w wielu kościach tak długich jak gąbczastych w takim stanie,

kóry pospolicie nazywają nacieczeniem ropnem, W a l d a y e r zaś w stanie rozrostu. Wskutek czego oprócz leukaemii śledzionowej (lientalis) i lymfatycznej, Neuman przypuszcza trzecią szpikową (l. myelogenica). W każdym z powyższych wypadków zarówno śledziona jak i gruczoły lymfatyczne były znacznie powiększone, nie były więc to czyste formy leukaemii szpikowej.

W naszym wypadku, ani śledziona, ani gruczoły, żadnej zmiany nie przedstawiały, — jest to więc l. myelogenica

Na tem posiedzenie ukończono.

W zastępstwie
L e b i e d z i ń s k i.

PRACE ORYGINALNE.

O OSPIE.

Szanowny Panie Redaktorze.

Pojawiające się obecnie w pismach periodycznych nie lekarskich rozmaite artykuły pro i contra szczepienia limfy ospy ochronnej, pobudziły mię do napisania niniejszych uwag dotyczących tego przedmiotu, o których zamieszczenie w Pamiętniku upraszam Szanownego Pana.

Trzy są powszechnie znane gatunki ospy a mianowicie: ospa rodnia czyli naturalna, ospa złagodzona i ospa wietrzna.

Charaktery, po których się rozróżniają pomienione gatunki ospy dadzą się streścić w następujący sposób:

<i>Ospa rodnia czyli prawdziwa (Variola vera).</i>	<i>Ospa złagodzona (Variolois).</i>	<i>Ospa wietrzna (Varicella).</i>
Znaki zapowiadające trwają dni 5 (spta prodroma) i są	Te same prodroma trwają dni 2,	Znaki zapowiadające trwają dzień 1, a częstokroć za-

bardzo gwałtowne (silna gorączka, wymioty, czasami deliria i konwulsje).

Wysypka występuje w anatomicznym porządku od najbardziej zajętej twarzy ku dołowi na drugich częściach ciała.

Na grudkach tworzą się pęcherzyki (vesiculae) napętnione wypociną (Exsudatęm). Dno ich leży głęboko w skórze (in corio) Później pęcherzyk zamienia się w pustułkę która jest naprężona, regularnie okrągła, wielokomórkowa, z charakterystycznym w środku zagłębieniem czyli dołkiem, a przekłuta w tym okresie pustulka wydziela częściowo treść ropną którą w sobie zawiera.

Zapach podobny do spleśniałego chleba. Zajęcie błony

ale są o wiele łagodniejsze.

Jednocześnie na rozmaitych miejscach a często po 6 lub 8 dniach, jeszcze się gdzie niegdzie nowa pojawia wysypka między już dotkniętymi wysypką miejscami, Wysypkę często poprzedza żywo czerwona, przelotna "Erythema.

Grudki wypełniają się i stają się pęcherzykami, które zresztą bardzo podobne charaktery i warunki jak w ospie rodniej przedstawiają.

Żadnego zapachu, błona śluzowa mało dotknięta.

ledwie spostrzec je dające.

Wysypuje bez porządku jednocześnie w kilku godzinach na wielu miejscach, tak że wszystkie stopnie rozwoju wysypki odrazu mają miejsce.

Vesiculae i pustulki wznoszą się na plamach w przeciągu 6—12 godzin nie tworząc pierwiej grudki; pustulka leży powierzchownie, jest to tylko proste wzniesienie i naskórka, nieregularnie okrągła, wypróżnia zupełnie swoją treść.

Żadnego zapachu błona śluzowa nie zajęta.

śluzowej ust i krta-
ni.

Gorączka trwa cią-
gle, 9 dnia objawia
się gorączka ropna
(Febris suppurato-
ria), każdy pęche-
rzyk potrzebuje 6
dni dla rozwoju pra-
wdziwej ropy.

Różowe zabarwie-
nie skóry i wtórne
obwódki przy prze-
dłużonej dojrzałości
pustulek.

Strupy grube, ro-
gowate, odłamu mu-
szlowatego. Wysy-
chanie zaczyna się
12 albo 13 dnia z
pęknięciem pustuły
w anatomicznym po-
rzątku.

Blizna charakte-
rystyczna wieczna
a często z brodaw-
kowemi wzniesienia-
mi.

Niebezpieczeństwo
wielkie; często na-
stępne choroby.

Szczepienie kro-

Gorączka może
trwać ale zwykle z
okazaniem wysypki
ustaje, niema go-
rączki ropnej.

Nie ma.

Strupy mniej mo-
cne. Wysychanie za-
czyna się bez porząd-
ku i bez poprzednie-
go pęknięcia 5 lub
6 dnia wysypki.

Blizna ma miej-
sce tylko w silnych
wypadkach, jednakże
nie wieczna, bez
punktu i z gładkimi
brzegami. Brodaw-
kowe wzniesienia
mogą długi czas
pozostać. Po więk-
szej części żadnych
blizn, ale przez 1 lub
2 miesiące czerwone
plamy.

Mniejsze.

Variola nie zabez-

Z wysypką, niknie
gorączka, pęcherzy-
ki mętnieją szybko
nie zawierając ropy.
Przebieg aż do wys-
chnięcia (Exsiccatio)
trwa od 2 do 3 dni.

Nie ma.

Strupy cienkie list-
kowate lub grzybko-
wate.

Żadne blizny albo
tylko bardzo po-
wierzchowne bez
wszelkiego stward-
nienia szybko prze-
chodzące.

Żadne.

Vaccina, przebyta

wianki (Vacina) zabezpiecza od ospy.	piecza od Variolois Vaccina także, zdaje się jednak łagodzić przebieg Varioloidów.	Variola lub Variolois nie zabezpieczają od Varicelli.
Dotyka tylko raz w życiu i jest zarazliwą.	Jest także zarazliwą a u osób nie-szczepionych może zamienić się in Variolam veram.	Może kilka razy dotykać i zdaje się być mniej zarazliwą.

Oprócz podanych charakterów rozróżniających trzy te gatunki ospy, Variola i Variolois mogą przedstawiać wysypkę zlewającą się (confluens) i rozrzuconą (discreta). Opa rodnią w której pęcherzyki wypełniają się płynem ciemno-czerwonym nazywa się Ospa czarną (Variola haemorrhagica).

Czy te wszystkie gatunki ospy są jednej rody i tylko wyróżniają się stopniem natężenia i niebezpieczeństwa, kwestji tej nauka stanowczo i ostatecznie nie rozstrzygnęła i zdania Lekarzy pod tym względem są jeszcze podzielone. Jedni bowiem uważają te 3 gatunki ospy za identyczną chorobę, gdy tymczasem drudzy każdą z tych chorób po-czytują za chorobę oddzielną sui generis.

Takie odmienne pojmowanie natury choroby a może jeszcze i inne ważniejsze względy, mianowicie przenoszenie za pośrednictwem szczepienia limfy ospowej, z indywiduum na indywiduum, różnych chorób szczególnie skrofui i syphilis, były zaiste powodem że w ostatnich latach pod względem użyteczności szczepienia ospy ochronnej jako środka zapobiegającego przeciwko ospie naturalnej, nie którzy Lekarze znowu podzielili się na dwa obozy.

Jedni wychodząc z zasady, że rodnia ospa tak samo jak inne wysypki (szkarlatyna, odra) i inne zaraźliwe choroby np. Tyfus, ma swoje niebezpieczeństwo głównie w charakterze panującej epidemii, to jest że epidemie ospy, szkarlatyny, odry, tyfusu, bywają raz słabsze drugi raz silniejsze, innym znowu razem bardzo niebezpieczne, owi Lekarze powiadam, przychodzą do wniosku że szczepienie limfy ochronnej nic tu nie pomaga, bo siła niebezpieczeństwa li tylko od charakteru panującej epidemii zawisła. Biorąc zaś na uwagę tę okoliczność, że za pośrednictwem limfy ospowej, zaszczepiając inne choroby w organizmie przyczyniamy się do charłactwa, pogwałcenia i powolnego upadku młodych pokoleń, stanowczo odrzucają vaccinację uważając ją za środek nie tylko niepotrzebny ale niebezpieczny i zupełnie zgubny.

Drudzy opierając się na wiekowej powadze znakomych mężów nauki, że odkrycie przez Jennera krowianki powstrzymało srogość grassujących ospowych epidemii, dalej opierając się na powyższych faktach, że wskutek podjętego szczepienia epidemie ospy o wiele złagodniały, ono zabezpiecza na przyszłość człowieka od groźnej choroby ospy naturalnej i nakoniec zważywszy że w czasie panującej epidemii w pewnej miejscowości, jedynym, wyłącznym ochronnym, profylaktycznym środkiem jest rewakcynacja, to w interesie tak państwa jak całej ludzkości szczepienie obowiązkowe limfy ochronnej za bezwarunkowo konieczne potrzebne uważać należy.

W ciągu 30 letniej mojej praktyki lekarskiej obserwując w różnych czasach na ospę rodnią, złagodzoną cho-

rujących ludzi, jak niemniej obserwując dzieci szczepione krowianką i limfą z drugich dzieci zbieraną przyszedłem do następujących danych:

1. Widziałem osoby dorosłe która pomimo, że miały znaki zaszczepionej w dzieciństwie limfy ochronnej uległy przecież ospie rodniej, kończącej się śmiercią albo mającej przebieg groźny i niebezpieczny. Wszelako były to wypadki sporadyczne i było ich bardzo mało, a przeciwnie nierównie więcej takich w których ospa rodnia przebiegała łagodnie i pomyślnie się kończyła, właśnie może dla tego, że limfa w dzieciństwie jak należy była zaszczepioną. Zastanawiając się bliżej nad wypadkami ospy które się niepomyślnie ukończyły, zdaje mi się, że one wcale nie mogą posłużyć za dowód, aby szczepienie limfy ochronnej nie zabezpieczało od ospy naturalnej. Być bowiem bardzo może, że zaszczepiona limfa tym osobom które z ospy rodniej zmarły, nie posiadała dobrych własności a wreszcie okoliczność ta jest tylko dowodem, że zaszczepienie limfy ochronnej w dzieciństwie nie zabezpiecza na całe życie od ospy rodniej. Pojęli to dokładnie Niemcy, skoro co kilka lat szczepienie powtarzać uznali za konieczność.

2. Ze szczepienie limfy ochronnej nie zabezpiecza od zachorowania na ospę złagodzoną (Variolois) jest to faktem ustalonym w nauce, o czym każdy łatwo przekonać się może; osoby bowiem zaszczepione limfą ochronną w dzieciństwie, w czasie panującej epidemii podlegają Varioloidom z tą tylko różnicą, że one u nich przebiegają łagodnie, gdy tymczasem u dzieci i osób nieszczepionych

Varioloidy przyjmują charakter ospy rodniej bardzo groźnej a nawet śmiertelnej, czego i w obecnie pojawiającej się epidemii świeże notujemy wypadki.

3. Widziałem dzieci spłodzone ze zdrowych zupełnie rodziców, zupełnie zdrowymi aż do czasu zaszczepienia limfy ochronnej. Po zaszczepieniu dzieci te okazały się być w wysokim stopniu skrofulicznymi a niektóre przedstawiały oznaki wtórnego przymiotu (syphilis). W tych wypadkach konieczne przypuścić muszę, że choroby te nie inną drogą ale za pośrednictwem limfy zaszczepionej dostały się do młodych organizmów, i że tu o to głównie zakażoną limfę materją skrofuliczną a nie inne warunki życia obwinić wypada. Okoliczność ta jednakże nie może jeszcze bezwarunkowo potępić szczepienia, ale jest niezbitym dowodem, że lymfa zbierana ze skrofulicznych dzieci i z takichże samych spłodzonych rodziców, szczepioną być nie powinna.

4. Szczepienie dzieci krowianką otrzymaną z cieląt;— zauważyłem na niektórych po zaszczepieniu obfite, głębokie i długie ropienie na zaszczepionej rączce, tak dalece że pół roku a czasem i dłużej potrzeba było czasu do wygojenia. Sądziłbym więc że krowianka z przyczyny swej ostrości tylko silnym i zdrowym zupełnie dzieciom szczepioną być może, a dopiero z takich dzieci zebrana limfa mogłaby być użytą do dalszego rozpowszechnienia.

5. Kiedy w pewnej miejscowości pokazała się ospa rodnia, zrobiłem rewakcynacją na wszystkich mieszkańcach wioski, szczepienie jak najpomyślniej się powiodło i nikt więcej z nich na ospę nie zachorował.

Rewakcynując osoby dorosłe które miały w dzieciństwie szczepioną limfę ochronną jako też takie które przebyły ospę naturalną, zauważyłem, że powtórnie zaszczepiona limfa przyjmowała się wybornie i z najlepszym skutkiem.

Na podstawie przeto powyżej przytoczonych danych, przychodzę do następujących wniosków:

a) Że ponieważ szczepienie limfy ochronnej nie zabezpiecza na całe życie od ospy rodniej a więc rewakcynacja w pewnych okresach życia indywidualów powtarzana być winna.

b) Że limfa używana do szczepienia powinna posiadać wyborowe własności aby nie przenosić chorób z jednego indywiduum na drugie.

c) Że gdyby nawet potrafiłono dowieść nieskuteczności szczepienia ochronnej lymfy pod względem zabezpieczenia od ospy rodniej, uwzględniając i tę okoliczność że ze szczepieniem przenosimy drugie do organizmu choroby, to jednakże zaprzeczyć nie mogę, że w czasie panującej epidemii rewakcynacja chociażby z zasady jako irritatio substitutiva, chociażby jako malum necessarium przedsięwziętą być winna, bo długoletnie doświadczenie przekonało, że to jest jedyny środek tamujący dalszy postęp szerzenia się złowrogiej zarazy, a drugiego lepszego nad niego nie znamy.

Dla uniknięcia na przyszłość wszelkich złych następstw jakie z niewłaściwego szczepienia ospy ochronnej powstać by mogły zdaje mi się, że wprowadzenie w wyko-

nanie następujących propozycji nie byłoby od rzeczy i na swoim miejscu :

1. Należałoby w każdym powiatowym mieście przy miejscowym szpitalu zaprowadzić Instytucik dla szczepienia limfy ochronnej, którego zadaniem by było przysposobienie na cały powiat rok rocznie wyborowej limfy ochronnej takiej ilości piórek jaka okaże się konieczną podług wykazów statystycznych dla całego powiatu.

2. Mając tym sposobem odpowiednią ilość piórek z limfą wyborową, usunęło by się raz na zawsze szczepienie z ręki do ręki a więc z dzieci niewiadomego częstość pochodzenia i niewiadomego zdrowia.

3. Wskazać w jakich okresach życia rewakcynacja obowiązkowo powtarzana być winna.

4. Zaprowadzić jak najściślejszą kontrolę osób mających się szczepić i rewakcynować.

5. Włożyć na szczepiących obowiązek aby dopełniali tej czynności z całą akuracją.

6. Ponieważ szczepienie po wsiach wymaga kilkakrotnego wyjazdu osób szczepiących w oddalone strony a tem bardziej szczepienie z piórek, nie z ręki do ręki, potrzebuje długiego czasu do ukończenia tej czynności, należałoby od każdego zaszczepianego indywidualnie przeznaczyć przynajmniej 10 kopejek wynagrodzenia za trudy i pracę szczepiącego.

Takie jest moje widzenie rzeczy tego przedmiotu które poddając pod światły sąd członków Towarzystwa

Lekarskiego, sędzę że może kilka uwag pobieżnie tu rzuconych obudzą w łonie towarzystwa naukową dyskusją i że Towarzystwo rozebrawszy wszechstronnie wszystko co dotyczy obecnej kwestji, wskaże nam pewne drogi, podług które postępować winniśmy w tej tak ważnej dla ludzkości sprawie.

C h o d a k o w s k i

Lekarz Powiatu Sandomierskiego.

KRYTYKA.

KILKA UWAG O EKLAMPsii RODZĄCYCH.

W ODPOWIEDZI

Drowi Med. KONITZ

na krytykę rozprawy „Drgawki właściwe ciężarnym, rodzącym i położnicom”
pomieszczoną w tomie 61, zeszytcie Grudniowym Pamiętnika Towarzystwa
Lekarskiego Warszawskiego.

PRZEZ

St. Rybiokiego Lekarza Powiatu Skierniewickiego.

Szanowny Recenzent obok krótkiego streszczenia mojej rozprawy o Eklampsii w niektórych punktach wyraził przeciwne moim przekonania, a mianowicie:

Nie protestując wprawdzie wprost przeciwko zapatrywaniu się memu na istotę Eklampsii, daje widocznie większe znaczenie teopji uraemicznej Frerichsa, powołując się na powagę Spiegelberga który w znakomitej pracy o Eklampsii (1) stwierdził we krwi eklamptyczki niewątpliwą obecność amoniaku i mocznika.

(1) *Spiegelberg*. Ein Beitrag zur Lehre von der Eklampsie. Amoniak im Blute, Archiv für Gynaekologie Band. 1 Berlin 1870.

Chociaż pracy Spiegelberga pisząc moją rozprawę, wcale nie znałem, bo też i znać jej nie mogłem, polegając jednak, na rzetelności opinii innych autorów, przede wszystkim zaś Frerichsa, nie powątpiewałem nigdy iżby we krwi eklamptyczek nie można było znaleźć mocznika i węglanu amonowego i to tem bardziej iż zgodnie ze spostrzeżeniami Krausego ⁽¹⁾ sam stwierdziłem obecność węglanu amonowego we krwi świeżo upuszczonej ciężarnym zdrowym, przynajmniej pozornie;—stając więc w opozycji przeciwko teorii Frerichsa, Brauna i zatem i Spiegelberga, zaprzeczałem tylko wpływu uraemii czy też amoniaemii na wywołanie objawów chorobnych, któremi się Eklampsia cechuje, a nie mogąc objaśnić ich sobie tą drogą, musiałem szukać innej i przyszedłem do przekonań zgodnych ze spostrzeżeniami Traubego i Munka, które zresztą zupełnie odmienne światło rzuciły na to, co dotąd Uraemią nazywano.

Więszym niedostatkim rozprawy o Drgawkach porodowych z winy mojej pochodzącym, była nieznamość (w r. 1869) opinii Rosensteina, który w Niemczech już pierwej i prawie zupełnie w sposób memu podobny, zastosował dla Eklampsii, teorię o uraemii Traubego ⁽²⁾. Opinie więc moje wcale nie były nowemi i tylko mogę się cieszyć tem, że będąc zaledwie dyletantem na polu piśmiennictwa lekarskiego, samodzielnie potrafiłem wyrobić sobie przekonania zgodne z pojęciami innych stokroć zasłużeńszych ludzi pracy i nauki. Otóż opinie Rosensteina i dziś jeszcze dzielają tacy uczeni jak Cohnstein ⁽³⁾; K. Schröder ⁽⁴⁾, i inni którym przecieź praca Spiegel-

⁽¹⁾ *Krause Die Theorie und Praxis der Geburtshülfe Berlin 1853. Band II. die Eklampsie p. 498.*

⁽²⁾ *Rosenstein Path. u Ther. der Nierenkrankh. Berlin 1863-p. 57 i Monatschr f. Geburtshülfe Bd. 23 p. 413.*

⁽³⁾ *Cohnstein Geburtshülfe 1871.*

⁽⁴⁾ *K. Schröder Lerbuch der Geburtshülfe Bonn 1871.*

berga jest dobrze znaną. Zobaczmy co też Schröder w tym względzie powiada (1).

„Pomimo świeżo przez Spiegelberga opisanego przykładu pozostaje i dotąd wątpliwem, czyli teoria Frerichsa może mieć wartość dla jakiegokolwiek bądź wypadku Eklampsii. Jakkolwiek bowiem opis Spiegelberga wazuum jest dla nas, przez niewątpliwe stwierdzenie obecności węglanu amonowego we krwi eklamptyczki, to jednak autor ten nie dowiódł, iżby ów patologicznie zmieniony skład krwi był przyczyną powstania drgawek. Gdy bowiem nawet przez Spiegelberga i Heidencheina z pomocą doświadczeń na zwierzętach, świeżo stwierdzonym został fakt, już pierwiej zresztą innym znany, że przez wstrzykiwanie znacznych ilości węglanu amonowego, skutkiem zatem zmienionego składu krwi, w następstwie drgawki i spiączka występują, to jednak fakt ten nie może być uważany za dowód iżby w przypadku Eklampsii Spiegelberga, gdzie przy czułości odczynnika Nesslera, mimo wybitnie tworzącego się osadu, mała przecież ilość węglanu amonowego znajdować się mogła, iżby mówimy, ta mała ilość szkodliwego pierwiastku miała być przyczyną Eklampsii; pomimo zatem zupełnego uznawania ważności spostrzeżeń Spiegelberga, nie jesteśmy upoważnieni przyznania ich za zupełny dowód teorii Frerichsa, zawsze nam bowiem nastęczać się będzie wątpliwość iż u eklamptyczki której krew małą ilością węglanu amonowego zakażoną została, wystąpienie drgawek spowodowanem zostaje przez wpływy zupełnie odmienne”.

Z drugiej znów strony tenże sam Schröder oceniając pojęcia Rosensteina, wyraża zdanie, iż w dzisiejszym stanie nauk lekarskich w największej liczbie przypadków Eklampsii, tylko z pomocą tych pojęć jesteśmy w stanie tłumaczyć sobie objawy tej choroby.

(1) *Schröder op. cit. p. 567.*

Pomijając przypomnienie wszystkich okoliczności przeciwko teorii Frerichsa mówiących które przytoczyliśmy z resztą w rozprawie o drgawkach porodowych, zastanówmy się jeszcze w jaki to sposób, działać ma węglan amonowy na wywołanie napadów eklamptycznych:—Według teorii Frerichsa nieznanym bliżej czynnik (ferment) wywołuje przemianę mocznika w węglan amonowy a ten dopiero staje się przyczyną przypadłości eklamptycznych; Frerichs więc widocznie uważa wytworzenie się węglanu amonowego za przyczynę powodową Eklampsii. Przemiana jednak mocznika z wytworzeniem znacznej ilości węglanu amonowego, nie podobna aby się odbyć mogła w jednej chwili, jakim więc sposobem objaśnić te przypadki Eklampsii, gdzie wybuch jej nie zdradza się najmniejszymi nawet zwiastunami i gdzie drgawki nagle, niespodziewanie powstają? Tembardziej trudno przyjąć, aby na ową zmianę mocznika w węglan amonowy, wpłynąć mogły nagle zwiększone lub w rodzaju zmienione bóle porodowe, a że takowe w pewnych warunkach są wstanie nagle Eklampsię wywołać, niech nam posłuży nowy tego przykład, niedawno przezemnie spostrzeżany.

W dniu 3 Grudnia 1871 r. wezwany zostałem w Skierniewicach do 16 letniej Ludwiki E. pierwiastki, z powodu trzydniowego przeciągania się u niej porodu. Dziewczyna ta, którą pierwiej już kilkakrotnie w ciąży odwiedzałem, doznawała w ostatnich miesiącach, w ciepłej kąpieli mianowicie, mocnych napływów mózgowych (congestio), przy których twarz jej mocno zaczerwieniała się, przybierając nawet odcień fioletowy; ciężarna doznawała zawrotu tak, iż chwilowo, opuszczała ją przytomność, a parę razy przyszło w następstwie do spazmatycznych drgań mięśni twarzy i kończyn;—z tych powodów zabroniłem używania kąpieli, zaleconych przez Akuszerkę. Indywiduum tłuste, przeważnie lymfatyczne, ociężałe,—wszelki

ruch był dla niej w ostatnich miesiącach ciąży w strętnym, natomiast objawiała się ciągle skłonność do snu.

Obrzmień na cieleżadnych niebyło, mocz zawsze oddawała obficie. Podczas porodu chora nasza była zupełnie przytomna, jedynie długie przeciąganie się czynności porodowej było dla niej męczącym i bardzo ją niecierpliwilo; poród zresztą nie był wcale dokuczliwym z powodu bólów, te bowiem od początku nader były małe, krótkie i niebolesne, choć dosyć częste, co też najważniejszą było przyczyną nadmiernie długiego czasu trwania porodu. W chwili przybycia mego, rano w dniu 3 Grudnia zastałem drugi okres porodu: ujście rozwarte na wielkość 5 złotych, same brzegi ujścia cienkie, przodowała główka w położeniu pierwszym, część dolnego odcinka macicy przed przodującą główką miała grubość zwykłej tektury i z powodu jędrności mało była rozciągliwą;—wody już pierwszej odeszły. Główka zaraz nad wchodem miednicy ustalona, podczas małych bólików porodowych nie a nie nie napierała na palec śledzący. Miednica zupełnie dostateczna; części miękkie pochwy jędrne bardzo mało rozciągliwe, w pochwie mało śluzu, krocze także mało podatne.

Widząc iż główną przyczyną opóźniania się porodu były niedostateczne skurcze porodowe macicy, poleciłem rodzącej przechadzać się, rozcierać często brzuch, zażywać od czasu do czasu napar cynamonu, i zastosowałem kilkakrotnie prąd indukcyjny celem pobudzenia czynności macicy. Ponieważ wszystkie te środki okazywały się zbyt mało skutecznymi, począłem po południu (dnia 3 Grudnia) zwolna, bardzo łagodnie i z częstymi przestankami, z pomocą dwóch tylko palców, rozszerzać ujście maciczne, chcąc tym sposobem z jednej strony, pobudzić do większej działalności macicę, z drugiej zaś, sztucznie zastąpić brak pęcherza płodowego, sama bowiem główka nie prawie podczas bólów nie napierała,—a rodząca tak już była porodem zmęczona i znudzona iż sama żądała przyspieszenia rozwiązania. Tym sposobem przed wieczorem ujście było rozszerzone tak

dalece iż z niego pozostały tylko od przodu i od tyłu, dwa wązkie rąbki a główka we wchodzie zupełnie się ustaliła. Dziecię wówczas było żywym, tętno jego wyraźnie dochodziło do 130 uderzeń na minutę. Ze względu na niepodatność części miękkich pochwy i krocza, pragnąłem o ile się da uniknąć zakładania kleszczy, dla tego też na godzin kilka, zostawiłem jeszcze w spokoju rodzącą, ciesząc się zawsze nadzieją, że po pewnym wypoczynku, bóle porodowe się jeszcze wzmogą i że tym sposobem okres 3 i 4 porodu odbędą się siłami natury,—tembardziej iż w przypadku obecnym, należało mi mieć jeszcze pewien wzgląd, aby części płciowe 16-to letniej niezamężnej pacjentki ile się da uchronić od uszkodzeń.—Gdy jednak po kilku godzinach oczekiwania, poród w niczem niepostąpił, ale owszem, bóle prawie że w zupełności ustały, wtedy to poleciłem podanie 10 granowego proszka sporyszu— co 15 minut; po zażyciu proszka, bóle widocznie zaczęły się wzmagać, ale mimo to główka w trakcie bólu nie napierała, w pół godziny zatem, podano drugi takiż sam proszek, a po nim bóle stały się prawie ciągłe, drobne, nader dokuczliwe, rodząca pierwszej spokojna, zaczęła się kręcić i głośno narzekać, twarz jej mocno się zaczerwieniła i gdy o godzinie 8 minut 10 wieczorem, wystąpił przeciąglejszy i bardzo widocznie bolesny skurcz macicy, chora zaczęła wymawiać niezrozumiałe wyrazy i pojawiły się u niej drobne drgania w twarzy i kończynach i natychmiast w ślad za niemi pierwszy napad drgawek porodowych (Eclampsia) który w całości trwał około jednej minuty;—zaraz po napadzie chora mocno zbladła.—Nieczekając już dłużej poleciłem rodzącą ułożyć poprzecznie z głową o ile możności wysoko, obłożyć głowę wodą lodową i nie widząc żadnej przeszkody ale owszem okoliczności naglące, natychmiast założyłem kleszcze;—pociągania niemi długo były bezskuteczne, zwłaszcza że drobne kurczowe bóle porodowe nie były nam w niczem pomocne. W 20 minut po pierwszym, wystąpił drugi taki sam napad drgawek,—po tym napadzie wróciła jeszcze do przytomności,

ale już widocznie stawała się senną;—tętno jej wówczas było drobne bardzo częste i prędkie;—tętno płodu dotąd jeszcze było słyszalnym, po blisko godzinnej mozolnej pracy, zdołałem nakoniec sprowadzić główkę do wychodu miednicy, a gdy ją kleszczami począł wyprowadzać w otwór szpary sromowej, nagle i nie spodziewanie, wystąpił nader silny, tą razą prawdziwie skuteczny, ból porodowy, który sam prawie, odrazu, wypchnął na zewnątrz całą główkę dziecka, przyczem krocze uległo matemu naddarciu.

W trakcie też tego bólu wystąpił trzeci, przeciąglejszy od poprzednich, napad drgawek.—Dziecię natychmiast wydobyłem lecz już żadnych oznak życia nie dawało i nie udało mi się go dotrzeźwić;—wygląd dziecięcia był cyanotyczny, wielkość pod każdym względem prawidłowa, uniarkowana, płeć męzka, na głowie małe przedgłowie, nigdzie ono nie zostało kleszczami uszkodzone.—pragnąc jak najprędzej ukończyć całkowicie poród wydobyłem z pochwy już i tak w całości odklejone łożysko, poczem żadeu krwotok nie miał miejsca;—drgawki też więcej wcale się nie pojawiły. Chora po porodzie wpadła w sen głęboki i w nim też zostawała aż do dnia drugiego.—Nazajutrz w moczu upuszczowym cewnikiem znalazłem dość znaczną ilość białka, lecz białkomocz ten przeciągał się zaledwie dni dwa po porodzie, poczem bardzo szybko zginął.

Tu jeszcze nadmienić mi wypada iż chora nasza, zaraz na trzeci dzień zapadła na zapalenie wewnątrz maciczne z podrażnieniem zapalnym otrzewnej macię otaczającej (*Eudo et perimetritis puerperalis*) z mocnym odpływem ropnym z części płciowych, że jednak przy stosownem leczeniu i troskliwości domowej, zdrowie jej po kilku tygodniach choroby było już zapewnionem, rekonwalescencja tylko połączona ze znacznem osłabieniem ciągnęła się u niej czas długi, dzisiaj cieszy się zdrowiem zupełnie pożądanem.

Zadajemy teraz pytanie, jak z pomocą teorii Frerichsa wytłomaczyć w wyż opisanym przypadku nagłe powstanie

drgawek porodowych i nagle ich ustanie po zupełnem dokonaniu rozwiązania rodzącej.

Niejednokrotnie (·) zwracałem już uwagę, na niewątpliwy wpływ silnych, szczególnie zaś przeciągłych i bolesnych lub nieprawidłowych skurczów macicy (bólów) na wywoływanie i podtrzymywanie napadów Eklampsii, dopiero co opisany przypadek, daje nam nowy i dostateczny tego dowód. Czyliżby więc kurczowe bóle porodowe miały tu być owym fermentem Frerichsa, zmieniającym odrazu, jakby różczką czarodziejską, obecny już we krwi mocznik w węglan amonowy, a ten wybuch drgawek porodowych powodował? Co się stało z tym węglanem amonowym, który po rozwiązaniu rodzącej już przestał być czynnym, i to tak nagle jak nagle się wytworzył? A może własność jego szkodliwa już wówczas ustała? Są to pytania na które niechaj siłą się odpowiedzieć zwolennicy teorii Frerichsa.

Tymczasem zechcijmy zauważyć iż właśnie w przyjętej przez Rosenstejna, Cohsteina, Schrödera a bronionej przezemnie teorii znajdziemy najprostrze i najwięcej zadawalniające tłumaczenie, wystąpienia drgawek porodowych w opisanem tu przypadku: Mieliśmy przed sobą indywidualum lymfatyczne, pierwiastkę, u której jeszcze w ciąży występowały objawy zwiększonego napływu krwi do środków nerwowych, dowodzące podniesienia w nich tensji wewnątrz-naczyniowej;—było to usposobienie chorobliwe, które z postępem ciąży niewątpliwie coraz bardziej wzrastało, usposobienie w obec którego podrażnienie nerwowe spowodowane kurczowemi i dokuczliwemi a nagle pod wpływem sporyszu powstałemi bólami, było na drodze odruchu najbliższą powodową przyczyną wywołania drgawek porodo-

(·) Patrz moją rozprawę i „Dwa przypadki drgawek porodowych” opisane przezemnie *Klinika* tom VIII Nra 8, 9, 10 i 11 z r. 1871.

wych. Z ustaniem przyczyny powodującej ustały bezpowrotnie i drgawki, bo podrażnienie ośrodków nie doszło jeszcze tej wysokości izby w nich trwalsze zmiany wywołać, a stąd stać się przyczyną samodzielnego występowania drgawek.

Oprócz tego przypadek opisany nauczył nas, jak należy być ostrożnym z podawaniem sporyszu, wszędzie tam gdzie można mieć nawet najmniejsze powody przypuszczania możliwości wystąpienia drgawek porodowych.

Mając na uwadze okoliczności obecnie rozebrane, dowody zestawione w mej rozprawie i takich stronników jak Rosenstein, Cohnstein i Schröder, sądzę iż jestem upoważniony bardzo powątpiewać, iżby obecność mocznika lub węglanu amonowego we krwi, miała być przyczyną wybuchu drgawek porodowych, czem, bynajmniej nie myślę przeczyć rzetelności doświadczeń Spiegelberga wykazujących że we krwi Eklamptyczek znaleźć można węglan amonowy.

Doświadczenie robione na zwierzętach którym zastrzykiwano do krwi *znaczne* ilości węglanu amonowego, wykazały wprawdzie że pod wpływem tego zatrucia drgawki mogą występować, ale w największej liczbie tych doświadczeń, o ile mi wiadomo, zwierzęta tak dalece zostały zatrutemi, iż w krótszym lub dłuższym czasie, w skutek tego, umierały. Anologicznie zatem rzeczy biorąc, aby drgawki wywołać, zatrucie musiało być i u człowieka w największej liczbie przypadków tak wielkie, iżby ogólnie śmierć tylko spowodowało,—na szczęście przecież dzieje się zupełnie inaczej.

Ostatniemi czasy Dr. T. Halbertsma professor Ginekologii w Utrechcie (1) czyni teorii Rosensteina następujące zarzuty:

1. Że mimo ogólnie zauważonego rozcieńczenia krwi i mimo stale u wszystkich rodzących zachodzącego podniesienia

(1) Centralblatt f. d. med. Wissenschaften 1871 Nr 27.

parcia w układzie aortycznym, w skutek pracy porodowej, wybuch jednak eklamptycznych konwulsji bywa tak niestosunkowo rzadkim.

2. Że w przypadkach hydraemii i jednoczesnego parcia w układzie aortycznym u nieciążarnych lub mężczyzn, tak rzadko słyszymy o pojawieniu się przypadłości eklamptycznych.

3. Że obrzęk i niedokrwienie mózgu nie zawsze znajdujemy przy badaniach zwłok eklamptyczek.

4. Nakoniec że zachodzi pytanie czyli jesteśmy upoważnieni do porównywania doświadczeń Munka ze sprawami zachodzącymi przy Eklampsii.

Halbertsma powątpiewa także o prawdziwości teorii Friedrichsa powołując się na dowody zestawione w dziele Schrödera a mimo to zwraca uwagę na zbyt częstą koincydencję czynnościowych zaburzeń w narządzie moczowym z wystąpieniem Eklampsii. Wspominając iż jeszcze Cruvelhier zwracał uwagę na rozszerzenie moczowodów u kobiet ciężarnych przy sekcjach znajduwane, wpada na myśl, czyliby przyczyną owej koincydencji nie mógł być *ucisk ureterów* ciężarną macicą spowodowany. Przyjąwszy to Halbertsma stara się i to loicznie tłumaczyć wszelkie okoliczności występowania eklampsii przez ten ucisk i następne zatrzymanie moczu a w końcu stawia następującą hipotezę: „Największa liczba przypadków połogowej Eklampsji jest następstwem zatrzymania się części składowych moczu wskutek ucisku uretrów. Ich powstanie wywołanem zostaje przez przekrwienie i rozlane zapalenie nerek“. O zatrzymaniu składników moczu we krwi eklamptyczek od czasu stwierdzenia faktu tego przez Spiegelberga, Halbertsma już nie powątpiewa, tym sposobem jest on pośrednio zwolennikiem teorii uremicznej.

Na zarzuty czynione przez Halbertsma teorii Rosensteina nie będąc po szczególe odpowiadał, starałem się bowiem w rozprawie mojej, dać na nie uprzednio jeszcze możebne objaśnienia i zdaje mi się iż przywiezione przezemnie tłumaczenia,

dorównywają mocy tłumaczeń, jakimi się posługuje prof. Halbertsma stosując swą teorię ucisku ureterów dla Eklampsji. Zrobiłbym tu tylko tę uwagę, iż dwa pierwsze z jego zarzutów czynionych teorii Rosensteina, mogą być zarówno przeciw jego pojęciom użyte, a mianowicie:

1. Że mimo ogólnie możliwego ucisku ureterów w końcu ciąży i przy porodzie, Eklampsja tak rzadko przecież się zdarza.

2. Że w przypadkach zatrzymania z jakich bądź powodów moczu u nie ciężarnych kobiet lub też mężczyzn, nawet u dzieci, tak nie stosunkowo rzadko słyszeć się daje o występowaniu już nawet nie Eklampsji ale choćby tylko przypadłości do drgawek porodowych zbliżonych. W praktyce mojej przypadków takich miałem już dosyć, widziałem przy nich bardzo często spiączkę, a nawet spiączkę kończącą się śmiercią,—nigdy jeszcze konwulsji, a tembardziej tak charakterystycznych jak Eklampsja rodzajnych.

Że jednak u eklamptyczek zatrzymanie moczu jest możliwym i że ono nawet, przy sekcji zwrócić może uwagę, dowodzi mi tego badanie Sądowe-lekarskie dokonane przezemnie w roku 1871 na zwłokach 20 letniej dziewczyny, pierwiastki zmarłej nagle z powodu nader gwałtownej Eklampsji, we wsi Wola Pękoszewska. Badanie to wykazało: Ostre przekrwienie i ostry obrzęk mózgowia i opon, w komórkach mózgowych bocznych znaczną ilość płynu surowiczego, krwią zabarwionego, przekrwienie i ostry obrzęk płuc; przekrwienie wątroby i nerek; miedniczki nerkowe i moczowody znalazłem znacznie rozszerzone, te ostatnie miały objętość wielkiego palca u ręki; miedniczki i moczowody wypełnione były moczem mętnym, gęstym, którego za to w pęcherzu prawie nic nie było; badanie moczu wykazało znaczną zawartość białka. Dziewczyna ta zmarła nie rozwiązana, w macicy znaleziono dziecię płci żeńskiej, donoszone wielkości normalnej, ustawione w pierwszym położeniu czasz-

kowem; ujście maciczne rozwarte było na wielkość kopiejki; napadów eklampsji było przeszło dwadzieścia; występowały one natarczywie jeden po drugim (1).

O możliwości zatem zatrzymywania się moczu skutkiem ucisku ureterów u eklamptyczek nie myślę wcale powątpiewać, a nawet gotów jestem przyjąć, iż takowy może być jedną z przyczyn powodowych Eklampsji, nie mogę jednak przystać na przyjęcie przypuszczenia iżby działanie tej przyczyny, następowało dopiero skutkiem zakażenia pierwiastkami moczowemi (tem mniej węglanem amonowym), chociaż przypuszczam że pierwiastki te we krwi znajdować się mogą.

Sądziłem również iż powodowe działanie zatrzymania moczu skutkiem ucisku ureterów, na wywołanie Eklampsji, równie dobrze a nawet lepiej, objaśnić się daje właśnie nadmiernem podniesieniem parcia wewnątrz naczyniowego w środkach nerwowych, które koniecznie i bezpośrednio sprowadzić musi— jak zakażeniem moczowem.

Jeżeli zresztą broniona przezemnie teoria nie jest w stanie zupełnie zadawalniająco tłumaczyć wszystkich bez wyjątku przypadków Eklampsji, to tenże sam zarzut spotkać może i hipotezę Halbertsma; niechże bowiem postara się nam wytłumaczyć uciskiem ureterów i zatrzymaniem moczu, te przypadki Eklampsji, gdzie wybuch drgawek pierwotnie dopiero w połogu następuje i to w kilkanaście godzin po porodzie, przy obfitej nawet diurezie?

Wyżej rozebrane okoliczności, niechaj usprawiedliwiają mię w oczach Szanownego mego Recenzenta iż dotychczas, skłonniejszy jeszcze jestem obstawać przy uprzednich moich

(1) Przykład powyższy może być jednym z dowodów praw dziwieśc przekonani wyrażonych w rozprawie mojej „Drgawki właściwe i t. d., na str. 65 a mianowicie że w przypadkach Eklampsji, doraźnie śmiertelną się kończących, badanie zwłok wykazuje oznaki przekrwienia w mózgowiu.

przekonaniach, zamiast przechylić się na stronę teorii Frerichsa, chociażby ta nawet popartą była przez Spiegelberga. Tak więc w rozprawie mojej, wyrażając ostatecznie opinię o sposobie powstawania Eklampsji popełniłem ten tylko błąd, iż silnie wierząc w to co piszę zbyt może stanowczo wypowiedziałem zdanie: Główną znaną nam a *może i jedyną* przyczyną do drgawek porodowych usposabiającą jest pewne maximum leuco-hydremicznego stanu krwi, w obec podniesionej jednocześnie tensji wewnątrz naczyniowej w środkach nerwowych, przy której pod wpływem przyczyn (bodźców) powodujących, drgawki te przychodzą do skutku, z powodu zmniejszonej stopniowo przez wadliwe odżywianie odporności, wspomnianych ośrodków, — Szanownemu Recenzentowi wydało się to zbyt jednostronnem tłumaczeniem przedmiotu, w czem mu zupełną słuszość oddaję; nie wątpię bowiem iż jedna i taż sama sprawa chorobna u różnych ludzi z różnych przyczyn powstawać może. Nie płoną także mam nadzieję iż przy ciągłym postępie nauk lekarskich przyjdzie kolej i na rozbierany dziś przezemnie przedmiot, że może ważne jakie odkrycia zmieniają dotychczasowe o nim pojęcia, dokąd jednak to nie nastąpi muszę raz jeszcze powtórzyć zdanie Schrödera że broniona przezemnie teoria, daje zadawalniające objaśnienia dla największej liczby przypadków Eklampsji, dziś więc muszę ją za najlepszą uznawać.

Ponieważ ostatecznie przypuszczam możebność zakażenia pierwiastkami moczowymi a nawet węglanem amonowym u eklamptyczek i tylko zaprzeczam iżby one miały być najbliższymi przyczynami występowania drgawek porodowych, niech więc mi wolno będzie postawić tu przypuszczenie, czyli czasem obecność tych zakażeń nie jest *jedną z przyczyn* tej ogólnie zauważonej skłonności eklamptyczek, następnego podlegania chorobom połogowym, które w połowie prawie przypadków stają się przyczyną śmierci po eklampsjach? Zgadzało by się to między innymi z faktem, że przy jednoczesnej obecności choro-

by Brighta i Eklampsji, zatem w tych wypadkach gdzie zakaze-
nie owo łatwiej do skutku przychodzi, zejścia połogu po Eklamp-
sji bywają stosunkowo gorsze niż tam gdzie chorobnych spraw
nerwowych nie zauważono. Jestto z resztą przypuszczenie dla
którego potrzeba więcej jeszcze stanowczych dowodów.

Reszta zarzutów czynionych moim przekonaniem przez
Szanownego Recenzenta, dotyczy leczenia Eklampsji, na nie
wyc z kolei odpowiedzieć mi wypada.

Szanowny Recenzent zarzuca mi iż celem rozwiązania
eklamptyczki, nie obawiam się dokonywania rozszerzenia ujścia
palcami, które drażniąc macicę, może być przyczyną powtarza-
nia się napadów drgawkowych. Ponieważ najracjonalniejszym
sposobem przerwania napadów Eklampsji jest podług nas
spieszne rozwiązanie rodzącej, na co zresztą i Szanowny Re-
cenzent zgadzać się zdaje, w pierwszym więc i drugim okresie
porodowym należy nam już myśleć o możliwości jak najspiesz-
niejszego wykonania stanowczej operacji położniczej, ta bowiem
jedynie rzeczywistą pomoc przynieść może;—obawa pobudze-
nia jednego lub paru napadów drgawkowych jest niczem w po-
równaniu z obawą zupełnej niemożności rozwiązania eklamp-
tyczki, tem bardziej że czasowo przy jednoczesnem użyciu
znaczących drgawek narkotyków, możemy rodzącą, tak dalece
obeczulić, iż nietylko że nie odczuje naszego drażnienia przy
rozszerzaniu ujścia palcami, ale nawet napady drgawkowe od-
wleką się u niej pewno na godzinę lub więcej; w ciągu zaś tego
czasu w zwykłych warunkach, prawie zawsze uda się nam,
ujście już nieco i tak już rozwarte, dostatecznie do zrobienia
wskazanej operacji rozszerzyć. Tak więc przy jednoczesnem
użyciu narkotyków, albo też tam gdzie do całkowitego rozsze-
rzenia ujścia nie wiele czasu potrzeba, obawa rozszerzania pal-
cami zupełnie jest nie stosowną.

Co się tycze doraźnego robienia nacięć ujścia, zamiast sto-
pniowego rozszerzania palcami, jak tego chce Szanowny Re-
cenzent, opinji jego w tym względzie nie możemy podzielać

różniąc się z nim zupełnie w zdaniu iżby nacięcia miały być bezpieczniejsze od stopniowego i ostrożnego rozszerzania ujścia.

Najpierw nie wiemy dla czego by rozszerzenie palcami tylko w wyjątkowych przypadkach miało być łatwym i nieszkodliwym,—robiliśmy je już wiele razy, przy Eklampsji zaś kilka razy, a dotąd jeszcze nie zdarzyło się nam spotkać z przypadkiem koniecznej potrzeby uciekania się do nacięć nożem,—nie widzieliśmy też żadnych szkodliwych z tego powodu następstw w położu. Jakkolwiek nie potępiamy nawet i nacięć nożem, jak tego dowodzą opinie, najwyraźniej wypowiedziane w rozprawie o Drgawkach porodowych na str. 104, to jednak zgodnie z Braunem, radzilibyśmy tylko w ostateczności t. j. przy widocznej niemożności rozszerzenia palcami, uciekać się do podobnych sposobów; bo chociaż doraźne niebezpieczeństwo z nacięć, nie jest być może tak wielkie jak to niektórzy przypuszczają, to jednak takowe w położu mogą łatwo stać się punktem wyjścia ważnych, często śmiertelnych chorób zapalnych.

Z tych to powodów, w przypadkach gdzie doraźne rozszerzenie palcami, nie jest natychmiastowo możebnem, wolemy raczej uciec się pierwiej do użycia znacznych dawek narkotyku i czasowego nawet założenia kolpeurynteru, jak od razu uciekać się do nacięć, tembardziej jeżeli okoliczności rzeczywiście jeszcze nie naglą—choć już za chwilę naglić mogą—np. jeżeli w początku pierwszego okresu porodu, napady Eklampsji dopiero co pojawiać się poczęły, a wpływ narkotyku zdołał ich częstość i gwałtowność znacznie osłabić, tak iż dajmy na to napady powtarzają się zaledwie raz na godzinę, na półtóry lub więcej. Za to w przypadkach widocznej niepodatności ujścia, zupełnie podzielamy zdania Szanownego Recenzenta, iż najlepiej bezwzględnie uciec się do zrobienia nacięć nożem, użycie bowiem w tych razach innych środków do skutku by nie doprowadziło.

Że w rozprawie mojej rozbierając cel działania i sku-

teczność narkotyków, dałem przed chloroformem pierwszeństwo morfinie, nie w tem nie widzę dziwnego, boć przecie narkoza wywołana iniekcją morfiny, daleko jest trwalszą od uśpienia chloroformem. Jakże zresztą stosować mamy chloroform w obec Eklampsji? Czy tylko podczas każdego napadu? Czy też od pierwszego napadu, przez cały czas trwania porodu? W pierwszym razie cel będzie chybiony, bo raz rozpoczęty napad, mimo użycia chloroformu przetrwa swoim porządkiem do końca, w drugim razie, stosowanie chloroformu kilkogodzinne niekiedy, choćby nawet z przerwami, celem utrzymywania eklamptyczki w obezczuleniu, może z wiadomych powodów być bardzo szkodliwym. Oprócz tego zastosowanie chloroformu, wymaga obecności umiejętnego pomocnika, któryby podając środek baczył na jego działanie, operator bowiem sam wszystkim na raz zajmować się nie może, a niestety największa liczba lekarzy prowincjonalnych bez pomocników obywać się musi. Dla tego też nie przecząc iżby chloroform mógł być środkiem dość skutecznie uspakajającym w Eklampsji, znajdujemy tylko iż trudności w zastosowaniu go są bezporównania większe jak przy użyciu morfiny podskórnie—dla tego też oddajemy jej pierwszeństwo. Schröder dla wywołania prędkiej narkozy u eklamptyczki radzi najpierw uśpić ją szybko chloroformem, co gdy nastąpi, przez iniekcje morfiny starać się trwalsze uśpienie sprowadzić;—taki sposób użycia chloroformu, przy wielkiej natarczywości napadów drgawkowych, w zupełności pochwalamy.

Skuteczności działania wodanu chloralu, wcale nie zaprzeczam, chociaż sam nie miałem jeszcze sposobności sprawdzenia takowej; pod tym względem poprzestaję na opinii Cohnsteina, Schrödera a wreszcie na zapewnieniu Szanownego Recenzenta.

Co się tycze stosowania upustów krwi ogólnych przy eklampsjach, których Szanowny Recenzent jest widać gorącym zwolennikiem, utrzymując iż mało kto je odrzuci z powodu do-

broczynnego ich wpływu na przebieg Eklampsji, o tem pozwolę sobie powiedzieć zdanie, iż gołosłowna pochwała nie jest dowodem, potrzeba na to postawić fakta, albo przynajmniej loiczne rozumowanie. Ja w mej rozprawie potępiając ogólnie krwi upusty przy Eklampsji, na poparcie swoich przekonań stawilem zgodne pod tym względem opinie K i n k a, S e d y w i c k a, B l o t a, L i t z m a n n a, K i w i s c h a i B r a u n a, przywiodłem cyfry B r a u n a, R o g o w i z c a i moje (dzisiaj mam już 7 przypadków eklampsji z praktyki własnej bez użycia upustów krwi, a z nich tylko jeden zakończył się śmiercią w położu); nakoniec z zupełnie podobnem do mego rozumowaniem pod tym względem spotykam się w dziele Schrödera, mam więc jakie takie przynajmniej powody, odrzucania symptomatycznych krwi upustów przy Eklampsjach, jeżeli więc Szanowny Recenzent chce osłabić stanowczość moją w tym względzie lub dowieść wyższości swych przekonań, niechaj również postara się o fakta i cyfry, wówczas być może zmuszonym będą odstąpić od dzisiejszej opinji, że stosowanie ogólnych upustów krwi przy Eklampsjach jest najczęściej bezskuteczne a nawet szkodliwe.

W zakończeniu tych uwag, wyrazić mi należy, szczere podziękowanie Szanownemu Recenzentowi za trud jaki sobie zadał nad oceną rozprawki mojej o drgawkach porodowych.

KRONIKA ZAGRANICZNA

WIADOMOSCI

Z AKUSZERYI I NAUKI O CHOROBACH KOBIET

podał Dr. Med. **Apte.**

Cieczenie macicy ciężarnej (Hydrrhoea uteri gravidi).

Wypływ serwateczanego płynu z macicy ciężarnej kobiety, pochodzi albo od tak zwanych fałszywych wód, albo z zawartości Amnion. Nie zawsze można rozróżnić który wypadek ma miejsce—dopiero przy porodzie przekonać się można z kąd woda płynęła.

Fałszywe wody zdarzają się albo między amnion i kosmówką, albo między ścianą macicy i błonami jaja płodowego—albo też między błoną ościenną i odwróconą. (Tunica parietalis et reflexa). Odpływ tych wód zawsze może mieć miejsce kroplami, albo w większej ilości. Jeżeli wypływ jest częsty, co z pewną peryodycznością bywa połączonem, to on pochodzi z drugiego lub trzeciego wymienionego miejsca. Wypływ pochodzący z błony odpadającej (caduca) najczęstszy bywa w pierwszych trzech miesiącach ciąży, a wody między chorion i amnion nagromadzone w późniejszym okresie wyciekają. Wypływ prawdziwej wody płodowej właściwy jest dwom ostatnim miesiącom i rzadko wcześniej się pojawia. Wypływ fałszywych wód rzadko bywa powodem poronienia lub wczesnego porodu.

Jeżeliby kurczenia macicy się pojawiły, to przy ściśle spokojnem zachowaniu się i lewatywach z opium one ustąpią. Upust krwi z ręki bardzo rzadko będzie wskazany. Wpływ prawdziwej wody płodowej z pewnością, wywołuje poród w kilka dni lub wyjątkowo po kilku tygodniach. Poznać można ten wpływ przez zmniejszenie objętości macicy i z małej ilości jeszcze pozostałej wody na około płodu; podczas porodu najczęściej pęcherz się nie stawia albo ilość odpływającej wody jest bardzo nieznaczna. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości że niektóre suche i powolne porody szczęśliwie bez pomocy się kończą, to jednakże nie należy spokojnie zdać się na usiłowania natury. Fabbri, przekonany że takie porody mogą być niebezpieczne dla matki i dla dziecka radzi uciekać się do sztucznego ukończenia porodu, jeżeli od wypływu wód upłynęło już kilka dni, i zachodzi obawa śmierci płodu. Dla wywołania porodu wskazanem jest tamponowanie a może i natrysk pochwoy.

(Fabbri, w Schmidts Jahrbücher 1871. Nr 12).

Obłąkanie połogowe.

Dr Thompson D i k s o n po przytoczeniu całego szeregu historji chorób, dochodzi do następujących wniosków;

1) Tylko część wypadków obłąkania podczas połogu jest *manią*; zdarzają się bowiem i inne formy obłąkania (melancholia, Monomania).

2) Najczęściej, a może zawsze, obłąkanie przeważnie jest dziedzicznem albo przypadkowem—tak dalece że zdaje się jakby nie akt rodzenia sam przez się obłąkanie wywoływał, tylko że połóg sprzyja objawieniu się choroby już istniejącej.

3) Wczesne leczenie jest skutecznem, chociażby było połączone z wydalaniem chorej z domowego otoczenia. Lecze-

nie wymaga zupełnego spokoju, posilnej diety i środków pobudzających (Stimulantia).

(Schmidt's Jahrbücher 1871. Nr 12).

Działanie Chininy na macicę.

Monteverdi w Cremonie, zauważał że siarczan chininy wywołuje silne kurczenia macicy. Przez pobudzenie bólów porodowych nie tylko akt rodzenia przyspieszał, ale środek podawany w położu działał * na wypchnięcie łożyska. Chinina działa silniej na kurczenia macicy niż secale cornutum, nie posiadając przytem jego szkodliwych własności. Działanie występuje na jaw w pół godziny do dwóch godzin. Podawać należy jeden gram (gr xvj) w czterech dawkach półgodzinnych.

Przez dodanie opium, własność podrażnienia macicy zostaje usunięta, i dla tego jeżeli zachodzi potrzeba przepisania tego środka podczas ciąży, to zawsze dodatek makowca będzie wskazany.

(Schmidt's Jahrb. 1871. Nr 12. Str. 244).

Dr. Med. A p t e.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

XYLOL

NOWY ŚRODEK PRZECIWKO OSPIE.

W Numerze 51 Berliner Klinische Wochenschrift zamieszczona była wiadomość o Xylolu jako o środku skutecznie używanym w ospie u chorych w Szpitalu Berlińskim Charité, przez Dra Z u e l z e r tamże ordynującego.

Dr Z u e l z e r miał otrzymać bardzo dobre wypadki z zadawania chorym na ospę Xylolu, lecz kładzie nacisk na konieczność użycia chemicznie czystego preparatu. Dawka Xylolu u dorosłych wynosi 10 do 15 kropeł co godzina do trzech godzin (u dzieci 3 do 5-ciu kropeł). Ubocznych złych następstw z użycia xylolu nie obserwował, nawet przy użyciu dawek znacznie większych od tu podanych. Zacząć zadawać należy jak najwcześniej aż do zupełnego wyschnięcia krost ospowych.

P. Magister Farmacji Schmidt, właściciel Apteki przy ulicy Mazowieckiej, sprowadziwszy zupełnie czysty Xylol, ofiarował bezpłatnie pewną ilość tego środka dla przekonania się o użyteczności jego na chorych w Szpitalu Dzieciątka Jezus na ospę leczonych. Od paru tygodni, chorzy mężczyźni

ospą dotknięci w Szpitalu znajdujący się, mają sobie zastosowany środek w mowie będący i o wypadkach naszych obserwacji nie zaniedbamy donieść publiczności lekarskiej, która niezawodnie skwapliwie przyjęła by środek pewniejszy działania w tak strasznej chorobie jaką jest ospa.

Tymczasem prosiliśmy znanego naszego chemika P. Milicera by zechciał nam podać szczegóły odnoszące się do chemicznych własności Xylolu. Podajemy poniżej dosłownie dostarczoną nam przez pana Milicera wiadomość o tym środku:

Xylol pod względem chemicznym, zaliczany jest do szeregu jednobudowych aromatycznych węglowodorów które reprezentuje benzol. Szereg tych węglowodorów ma następujące empiryczne wyrażenia:

Benzol $C_6 H_6$.

Toluol $C_7 H_8$.

X y l o l $C_8 H_{10}$.

Pseudo Cumol $C_8 H_{10}$.

Pseudo Cymol $C_{10} H_{14}$.

Xylol odkryty po raz pierwszy przez Warren de la Rue i H. Müller'a w nafcie z Burmah, wydzielony następnie przez H. Müller'a z produktów suchej destylacji węgla kamiennego, po raz pierwszy dokładnie został zbadany przez Beilstein'a, wreszcie drogą pośredniej syntezy otrzymany został w 1864 przez Fittig'a.

Z danych znajdujących się w pracach Cahours'a, Mansfield'a, Pelletier i innych, wynika że chemicy ci znajdowali w surowym alchoholu drzewnym, smołach węgla kamiennego lub też produktach suchej destylacji żywic Pinus Maritima, nieczysty Xylol, pomieszany zwykle z Toluolem, bliżej więc natury tego związku określić nie mogli.

Przy dzisiejszym rozwoju przemysłu anilinowego łatwo jest o materiały surowe Xylol zawierające. Fabrykacja bowiem

anilinowa polega na oddzieleniu z całej masy smoły gazowej, lotnych węglowodorów dla wydzielenia z nich następnie benzolu i toluolu, które zmienione znanym sposobem w Anilinę i Toluidynę służą do otrzymania materji barwiących. Ciecze więc przechodzące powyżej punktu wrzenia benzolu i toluolu zawierają znaczne ilości Xylolu, zwłaszcza biorąc pod uwagę frakcję wrzącą pomiędzy 130° i 160°. Ciecz taka poddana destylacji daje produkta wrzące około 141° które zatrzymują się osobno, obrabiają mieszaniną kwasu siarczanego angielskiego i kwasu Nordhauseńskiego w której to mieszaninie Xylol się rozpuszcza wydzielając w formie nierozpuszczalnej warstwy węglowodoru ogólnej formuły $C_n H_{2n+2}$. Tak otrzymany kwas Xylosiarczany poddany destylacji daje Xylol, który dla ostatecznego oczyszczenia potrzebuje być wymyty, osuszony i kilkakrotnie oddestylowany. Tak otrzymany węglowódor jest cieczą jasną słabiej łamiącą promienie światła od benzolu, posiada słabo aromatyczny zapach niczem benzol nie przypominający. Ciężar właściwy 0,86 w 19° Cels., przy ciśnieniu normalnem wrze w temp. 139°.

Wreszcie Xylol daje się otrzymywać metodą Fittig'a, działaniem sodu metalicznego na mieszaninę jednobromtoluolu i jodku metylu, podobnie jak toluol działaniem sodu na mieszaninę jednobrombenzolu i jodku metylu. Z tąd wypadają formuły racjonalne dla powyższych węglowodorów:

$C_6 H_6$ Benzol.

$C_6 H_5 CH_3$ Jednometylbenzol v. Toluol.

$C_6 H_4 (CH_3)_2$ Dwumetylbenzol, Xylol.

Ostatnia ta metoda powstawania Xylolu niesłychanie doniosła dla teorii węglowodorów aromatycznych, dla przemysłu chemicznego jest bez wielkiego znaczenia, tak że Xylol znajdujący się w handlu jest Xylolem z smoły gazowej, otrzymanym powyżej podaną metodą Beilstein'a.

Dr. Ws.

Choroby panujące w Warszawie w miesiącu Kwietniu 1872 roku.

Zapalenie płuc zrazikowe u dzieci bardzo częste, również u dorosłych.

Katar kanału pokarmowego, w rozmaitych formach.

Ostre cierpienie nerek, u dorosłych z krwią i białkiem w moczu — najczęściej zaziębnieniem spowodowane.

Rheumatyzm mięśniowy.

Zapalenie błon mózgowych u dzieci z konwulsjami, i wodogłowie.

Ospa naturalna.

Ospa złagodzona.

Skarlatyna, niekiedy bardzo złośliwa w następstwach.

Dr. Med. A p t e.
