

GAZETA LEKARSKA.

I. RZADKI OKAZ SYNECHIAE UTERO-SACRALIS,

sub partu acquisitae. Akanthopelys. Exostosis promontorialis, cui cervix uteri adhaeret.

Przyczynek do nauki o nietypowym zwężeniu miednicy wraz z opisaniem
pierwszego w naszym kraju klinicznego spostrzeżenia kręgozmyku.

Podał

D-r Med. Franciszek Ludwik Neugebauer.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 52].

KILIAN (*Schilderungen neuer Beckenformen. Mannheim 1854*) cytuję kilka spostrzeżeń dawniejszych miednicy ościstej w swojej pracy o *Akanthopelvis*, również SCHAUTA w miejscu wskazanem. Nie będę tutaj przytaczał tych przypadków. Jest ich bardzo wiele, a jednak przypuszczam podług tego, co widziałem w różnych muzeach Anglii, Francyi, Belgii, Hollandyi, Niemiec, Austrii, i w naszych Warszawskich zbiorach, że liczba miednic egzostotycznych jest o wiele większą, niż podręczniki akuszerzy podają, o wiele, wiele większą. Śmiało powiedzieć mogę, że osobiście przeszło sto ich widziałem, miałem je w rękę i o ciekawszych przypadkach porobiłem sobie notatki. Przypuszczam, że w wielu przypadkach śmiertelnej lub nieśmiertelnej *rupturae uteri*, uszkodzeń pęcherza, kiszki stolcowej i t. d., przyczyną jest właśnie egzostoza ukryta, której przy badaniu nikt nie podejrzewał, ponieważ brak było wskazówek. Nadzwyczaj pouczającemi są pod tym względem spostrzeżenia BREISKY'ego i HOFMEIER'a oraz SŁAWIAŃSKIEGO, w tej pracy przezemnie zreferowane. Nie mam zamiaru dzisiaj rozbierać kwestyi miednicy egzostotycznej wyczerpująco ze strony patologo-anatomicznej, względem rozróżniania egzostozy i osteofitów, pozostawiając to więcej powołanym, fachowcom anatomii patologicznej. Egzostoza oznacza dla mnie wyrostek kostny na kości, *ergo* jednolity z nią, kostną masą z nią nierozłącznie zlany, osteofit zaś, czyli skostniała chrząstka nie tworzy jednej kostnej całości z kością, a osadza się na niej za pośrednictwem chrząstki lub tkanki łącznej.

Zwykle przyczyna egzostozy, osteofitu, bywa czysto miejscową, podrażnienie, długotrwały stan przekrwienia, stan irytacyjny stawu oraz stawowych końców kości, skutek zbyt wielkiego i nierównomiernego ucisku, jak na przykład przy znacznej skoliozie po stronie wklęsłej kręgosłupa; sprawy zapalne i dyskrazyje (*caries, lues, tuberculosis*), *arthritis deformans rheumatica*, tak zwana przez VIRCHOW'a *arthritis nodosa*, której też trzyma się MEINHOLD dla objaśnienia guzikowatych egzostoz na trzonach kręgów. Uszkodzenie miejscowe

może spowodować utworzenie się egzostozy, jak zobaczymy dalej w przypadku BREISKY'ego. Nareszcie bywają przypadki etjologicznie dotychczas wogóle nie objaśnione. Bardzo ciekawe są rezultaty badań ARBUTHNOT'a LANE w Londynie, który ogłosił cały szereg prac na tem polu, po części przezemnie uwzględnionych w powyżej przytoczonej francuskiej pracy o kręgozmyku. LANE stara się dowieść, że w niektórych przypadkach odpowiednie zmiany formy kręgów nie są bynajmniej rezultatem choroby, jak przypuszczał np. CHARCOT, a poprostu rezultatem jednostronnego, czyli nierównomiernego, długotrwałego ucisku. Nareszcie ogłoszono cały szereg spostrzeżeń, gdzie egzostozy nie są pojedyncze a mnogie na całym szkielecie, np.: FRITZ NEUENZEIT, *gen.* NIEGENTHET: „*Beitrag zur Kenntniss der Becken mit multiplen Exostosen*“. D. I. Breslau, 1872.—MARLE „*3 Fuellen von multiplen Exostosen*“. D. I. Berlin, 1868.—VIX: „*Beitrag zur Kenntniss der angeborenen multiplen Exostosen*“ Giessen D. 1856. S. 10.—ERNST FREY: „*Ein Beitrag zur Casuistik der multiplen Exostosen*“. D. I. 1874. Dorpat.—WEBER: „*Multiple Enchondrome*“ w Archiwum VIRCHOW'a (Band. 85, S. 501) i t. d. Również na działaniu przekrwienia zasadza się tworzenie się kolców i grzebieni przy *Akanthopelvis* KILIAN'a; tak samo tworzą się nowo utworzone wyrostki kostne na brzegach kręgów, które KILIAN nazwał mylnie „*congenitale Stuetzfortsaetze*“ [patrz pracę o Spondylololistezie].

Jakie doniosłe znaczenie mają lub mogą mieć egzostozy na kościach miednicy *sub partu* względem pęknięcia macicy i pochwy, uszkodzenia płodu przez ucisk, opowiada nam bogata kazuistyka akuszerska, z pewnością nie wyczerpująca, ponieważ wcale nie wszystkie przypadki bywają opisywane, a wiele idzie prawdopodobnie do grobu bez rozpoznania. Jeśli zaś liczba przypadków śmiertelnych *post rupturam uteri* nie jest dziś tak znaczną, jak dawniej, zawdzięczamy to postępom nowoczesnym antyseptyki i aseptyki w prowadzeniu porodu i położu. Natomiast cyfra przypadków uszkodzenia pochwy i pęcherza oraz kiszek stolcowej jest szczególnie w naszym kraju wobec braku środków u chłopca na opłacenie, czyli wezwanie lekarza do porodu, uderzająco wielką. Ja osobiście rok rocznie widuję do 20 i więcej przetok pęcherzowych, kol. CIECHOMSKI w szpitalu Dzieciątka Jezus z pewnością nie mniej.

Zrewidujmy ten materyjał: w bardzo wielu przypadkach okaże się, że przyczyną przetoki jest nadmierne wystawianie, czyli sterczenie chrząstki łonowej ku światłu miednicy, aż na 1 ctm. i więcej; równocześnie znajdujemy często silne wystawianie wzgórka kości krzyżowej szczególnie przy *promontorium duplex*, oraz przerost egzostotyczny brzegów kręgów na wzgórku kości krzyżowej. Ileż to razy trafia nam się widzieć przetoki pęcherzowe tej wielkości, że wygodnie można wprowadzać palec do pęcherza i jaknajdokładniej wymacać tylną powierzchnię spojenia łonowego. Jest to fakt, którego prawie żaden podręcznik ginekologii nie przytacza, a który jednak rzuca światło na etjologię przetok bardzo ważne. W Warszawie raz jeden tylko przy porodzie miałem okazję skonstatować egzostozę wzgórka kości krzyżowej; ponieważ kobieta owa już 8 czy 9 razy rodziła poprzednio pomyślnie, miałem nadzieję, że i tym razem natura zwalczy przeszkodę i tak też było. Pierwsze dziecko u tej kobiety ś. p. Ojciec mój odbierał kleszczami, następnie zaś przedstawiał ją w Towarzystwie

Lekarskiem; czy dla egzostozy, czy innej przyczyny—nie wiem. Przy okazji nie omieszkam wrócić do kwestyi wielce ciekawej uszkodzenia części miękkich *sub partu* w miednicy, przez egzostozy zwężonej, a teraz wróćmy do zajmującego nas spostrzeżenia Gertrudy M.... Zaczynam analizę tego przypadku od opisu miednicy znajdującej się w Berlińskiej *Universitäts-Frauenklinik*. W roku 1883 pierwszy asystent prof. SCHROEDER'a, HOFMEIER, dzisiejszy następca SCANZONI'ego w Würzburgu pokazał mi kostny preparat miednicy [patrz figura 17]

Fig. 17.

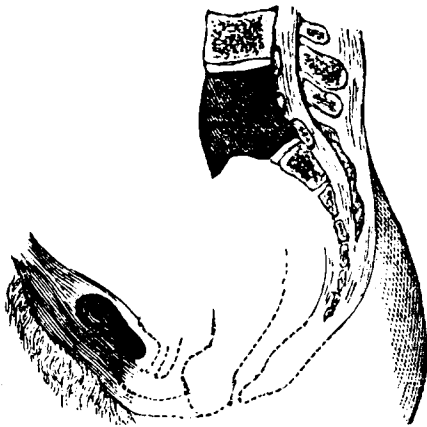


Fig. 17. Spostrzeżenie HOFMEIER'a w Berlinie: „*Stachelbecken*“.

jętą do kliniki. Zauważono silne rozerwanie *orificii externi uteri*, od pierwszego porodu pozostałe i bliznowaty wygląd *cervicis uterinae*, dalej sterzące znacznie ku przodowi *promontorium*. *Conjugata diagon.* 9 ctm.. Wywołano poród przedwczesny w 36 tygodniu ciąży. Pomimo silnych bólów główka się nie obniża, ujęście się nie rozтворя. Obrót i ekstrakcja bardzo trudna, przy ekstrakcyi napad drgawek, tętno ginie; na czaszszce dziecka wklęsnięcie łyżkowate. Waga dziecka=2350grm.. *Ruptura profunda cervicis dextra*. Ergotyna, gorące natryski; pomimo nieznacznego krwawienia, tętno się nie wraca.

Śmierć w 2½ godz. po porodzie. Sekcja: miednica: *Spinae* 23,5, *Cristae* 25,5, *Conjugata vera* 7,6 ctm., poprzecznik wejścia 12,3, *Diameter recta* ujęcia 11,2, *diameter transversa* ujęcia 10 ctm.. Miednica ogólnie zwężona, płaska, nierachityczna. Synostoza ciał piątego lędźwiowego i pierwszego krzyżowego kręgu; łuki są wolne od synostozy. Lewy *processus transversus lumbalis* 5 skostniały *cum ala ossis sacri*. Najbardziej uderzał dziobaty wyrostek kostny na wzgórku kości krzyżowej o szerokiej podstawie, tak, że forma wejścia miednicy przyjęła kontury serca kartowego. Trudno oznaczyć, o ile kolec ten kostny unosi się nad poziomem kręgu krzyżowego, „*da sich eigentlich der ganze mittlere obere Theil des Körpers bereits allmählig erhebt, um endlich in diese Spitze auszulaufen*“; HOFMEIER pisze dalej: „*Die ganze Form des Fortsatzes ist eine der-*

z muzeum kliniki z zapytaniem, czy nie mamy do czynienia ze spondylolistezą, jak sądził, SCHROEDER, i czy nie widziałem podobnych przypadków w muzeach, lub czy nie znam takowych w literaturze opisanych? HOFMEIER spostrzeżenie swoje opisał w roku 1884 (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Band 10. Heft 1: „Zur Casuistik des Stachelbeckens und der Perforation des DOUGLAS' schen Raumes bei der Geburt“.*

C. S., 23-letnia 2-para urodziła pierwsze dziecko przy pomocy lekarskiej operacyjnej 3 lata temu, pozostała po porodzie przetoką pęcherzowo-pochwową SCHROEDER w klinice zaszył. 2 lata później zaszła ponownie w ciążę i została przy-

artige, wie man sie etwa an Knochenstellen sieht, an denen vielleicht in pathologischem Zustand ein andauernder Zug in einer bestimmten Richtung stattgefunden hat: so spitz ist das Ende des Fortsatzes in der Richtung nach vorn und unten ausgezogen. Vergeblich habe ich mich in der Litteratur nach Publicationen ähnlicher Faelle umgesehen". Według HOFMEIER'a, dziwić się wypada, że wobec częstych porażeni części miękkich, w przednim sklepieniu pochwy. położonych, stosunkowo tak bardzo rzadko spotykamy uszkodzenia tylnego sklepienia, perforacyją jamy DOUGLASS'a z otworzeniem jamy otrzewnej i t. d., tembardziej, że ucisk przy wzgórkę kości krzyżowej wywierany musi być większy, niż wywierany przez spojenie łonowe; z drugiej strony ściany tylne składają się z tkanek o wiele mniej odpornych, niż części miękkie w przednim sklepieniu. Przetarcia części miękkich, spowodowane obecnością wyrostków kostnych i t. d. ostrych grzebieni na wzgórkę kości krzyżowej, prowadzą do rozdarcia macicy, podług NAEGELE'go do tworzenia się przetok kiszkowo-pochwowych. SPIEGELBERG przypuszcza możność przetarcia tylnej ściany macicy, czyli szyi macicznej, przez egzostozę, lecz twierdzi, że rzadko tego rodzaju uszkodzenia widzujemy, ponieważ zwykle prowadzą do pęknięcia macicy ze śmiertelnem zejściem. Wogóle zdaniem SPIEGELBERG'a przedziurawienie otrzewnej na tylnej ścianie szyi macicznej ma być arcyrzadkiem, czego przyczynę należy szukać w tem „*dass der Geburtsdruck die vordere Beckenwand viel stärker und laenger träge*". SCHROEDER zaś według HOFMEIER'a, już w roku 1882 pisze, że przetarcie tylnej ściany *tractus genitalis* uważa za bynajmniej nierzadkie zjawisko, jeśli zaś rzadko je spotrzegamy, to dlatego jedynie, że pozostaje zwykle skrytem, bez jawnych objawów. Zanim nastąpi kompletne przedziurawienie ściany jamy DOUGLAS'a, już wytwarza się *peritonitis localis adhaesiva reparatrix*. Otóż, HOFMEIER w swoim przypadku bardzo trafnie widzi dowód uzasadnienia twierdzenia swego nauczyciela. Przy sekcji wyjęto preparat części miękkich w całości dla odszukania blizny po przetocze dawniej operowanej pozostałej, zatem bardziej przypadkowo niż naumyślnie zachowano preparat w spirytusie. HOFMEIER, gdy kilka tygodni później otrzymał z trupiarni miednicę zmacerowaną i odpreparowaną, spostrzegł ów dziób kostny na wzgórkę kości krzyżowej: zdawało się nieprawdopodobnem, że w danym przypadku nie nastąpiło raczej przedziurawienie jamy DOUGLAS'a niż pęcherza. Zbadał więc nanowo preparat i znalazł to, czego szukał. Na tylnej ścianie pochwy, naprzeciwko blizny po przetocze pęcherzowej, na 1½—2 ctm. poniżej brzegu tylnej wargi macicznej znalazł lejkowate, bliznowate zagłębienie. Akurat na tem samym miejscu w jamie DOUGLAS'a znalazł fałdę sagitalną, szeroką i grubą, rozdzielającą jamę na prawą i lewą połowę; fałda ta nie sięgała wyżej jak na 3 ctm. powyżej najgłębszego miejsca jamy DOUGLAS'a. „*Es hat also unzweifelhaft an dieser Stelle eine Defectbildung mit theilweiser entzündlicher Verwachsung der Blaetter des Douglas stattgefunden; und wir haben hier den unzweifelhaften anatomischen Beweis für die Thatsache selbst sowohl wie auch für den daran sich anschliessenden Heilungsprocess*". W historii choroby najmniejszej wzmianki o tej ciekawej sprawie nie ma, ponieważ nie zdradzała się za życia objawami klinicznymi, a przynajmniej nie podejrzrywano jej pomimo skonstatowanego *post partum secundum* pęknięcia tylnej ściany macicznej.

HOFMEIER jako dowód równoczesności uszkodzenia przedniej i tylnej ściany kanału rodnego przytacza jeszcze jedno spostrzeżenie własne: H. Br., 32-letnia, I-a para przy pierwszych bólach we właściwym okresie ciąży wstąpiła do kliniki. *Conjugata externa* 18 ctm., *diagonalis* 11 ctm. Poród przewlekły trzy dni już trwa. Trzeciego dnia przy katetyrzowaniu pęcherza zauważono smolkę w moczu, a więc już podczas porodu utworzyła się przetoka pęcherzowo-pochwowa. Następnie założono kleszcze, wydobyto asfiktyczne dziecko, [wagi 3500 grm.]. Z macicy wypływa cuchnący płyn, z gazami zmieszany; podczas badania przy wewnątrzmacicznym przepłukaniu dezynfekcyjnym, prócz przetoki pęcherzowo-pochwowej, HOFMEIER skonstatował przedziurawienie tylnego sklepienia pochwy w jamie DOUGLAS'a szerokości palca, odpowiednio najwięcej występującym brzegom *promontorii*. HOFMEIER był przygotowany na śmiertelne zejście *ex peritonitide*, tymczasem, ku wielkiemu zdumieniu jego, połów okazał się dosyć prawidłowym i położnica wyzdrowiała. Chora pozostała w klinice tak długo, dopóki nie można było zaszyć przetoki pęcherzowej. Przy wypisaniu się jej z kliniki po 3 miesiącach w tylnym sklepieniu pochwy skonstatowano szeroką bliznę i unieruchomienie szyi macicznej. „*Wir haben auch hier also ein Krankheitsbild, in welchem die Folgen der Durchreibungen der vorderen Beckenwand in exquisitester Weise in den Vordergrund treten, während die Verletzung der hinteren Scheidenwand gänzlich unbeobachtet vorübergegangen wäre, wenn nicht hier in Folge besonderer Verhältnisse gleich nach der Geburt eine genaue Untersuchung vorgenommen worden wäre*“. Z tych dwóch spostrzeżeń dalej widać, pisze HOFMEIER, że twierdzenie SPIEGELBERG'a jest mylne, jakoby przetarcia tylnej ściany kanału rodnego zawsze dotyczyły tylko szyi macicznej, a nigdy samej pochwy.

HOFMEIER opisuje dwa przypadki przetarcia tylnego sklepienia pochwy *sub partu*, równocześnie z utworzeniem się przetoki pęcherzowej wskutek, egzystoży na wzgórkach kości krzyżowej lub mocno wystającego na wewnątrz wzgórka kości krzyżowej.

Niechaj mi będzie, zanim do mego własnego spostrzeżenia powrócę, pozwolone przytoczyć jeszcze jedno spostrzeżenie z kliniki ś. p. prof. BRUSKY'ego, naówczas w Pradze będącego, i opisane przez jego asystenta FISCHEL'a w *Prager Medicinische Wochenschrift*. 1880. Nr. 9. „*Ein Beitrag zur Genese und geburthelflichen Würdigung des Exostosenbeckens*“.

Rachityczna Anna S..., w 22 roku życia odbyła pierwszy poród ciężki po za kliniką. Dziecko kleszczami wydobyte po trzech dniach zmarło. W końcu drugiej ciąży dnia 5 Listopada 1876 roku wstąpiła do kliniki; wzrost 142,5 ctm. *conjugata diagonalis* 9,4, *trochanteres* 32,6, *cristae* 27,6, *spinæ* 25,6; wysokość spojenia łonowego 5,7 ctm.. Rachityczne zgięcie *ossis sacri*, *promontorium* i *coccyx* wystają znacznie ku przodowi.

Dnia 12 Stycznia 1877 pierwsze bóle, na wieczór pęcherz się stawia, nad wejściem miednicy leżą pośladki, opierając się na spojeniu łonowym. O godzinie 1½ w nocy przy prawie pełnem rozwarciu ujścia przerwano błony, aby ściągnąć nóżki. Wydobyć tułowia łatwe, główki zaś nie można było wydobyć, przebito więc czaszkę przez twarde podniebienie po wyjęciu szczęki dolnej. Nie skonstatowano na razie żadnego uszkodzenia u położnicy, połów prawidłowy. D. 24. I. wypisała się.

Radzono jej przy ponownej ciąży wywołać poród przedwczesny. Dnia 24-go Września 1879 roku zjawiała się ponownie A. S., lecz już na końcu ciąży. Mierzono ponownie miednicę i otrzymano rozmiary: *Spinae* 24,4; *Cristae* 26,3; *Trochanteres* 31,4; *Conjugata externa* 18,4; *Conjugata diagonalis* 9,0; *Tubera* 11,1 ctm. [11,9 ctm. wliczając części miękkie]. Przy badaniu na wzgórku kości krzyżowej i po części powyżej jego na prawej stronie skonstatowano egzostozę: „*eine pilzfoermige überwallnussgrosse Exostose*“. *Portio vaginalis* bardzo defektowna, tylna warga prawie nie istnieje, z przedniej pozostała po lewej stronie tylko bliznowata masa, po prawej płatek w kształcie języczka.

Poród nie postępuje, czaszka wkliniowana w drugim położeniu przedniem paryjetalnem, t. j. szew strzałkowy przebiega tuż przed samym wzgórkem kości krzyżowej po lewej stronie. Wody odeszły 24 Września. Dnia 25-go poczynając się obrzęk przedniej ściany pochwy. Skonstatowawszy śmierć dziecka, trzeba było ukończyć czem prędzej poród w interesie matki, pomimo niedostatecznego jeszcze rozwarcia i niepodatności kanału szyi macicznej. Kleszcze, w kleszczach perforacja, kranjoklasyja, osobiście przez BREISKY'ego dokonana. Po wydobyciu główki barki stawiały silny opór, nareszcie nagle wyskoczyły po gwałtownem przewyciężeniu jakiejś przeszkody. Krwotok, — przy zbadaniu w prawym kącie tylnego sklepienia pochwy znaleziono poprzeczne pęknięcie, jamę DOUGLAS'a otworzoną, palec wymacał pętlę kiszek w niej. Po założeniu wziernika spostrzeżono: „*eine rundliche kreuzergrosse Luecke*“, a w niej widać było pętlę kiszek. Trzeba było zeszyć ranę dla zatamowania krwotoku i dla zapobieżenia zakażeniu. Wielkie trudności techniczne dla nałożenia szwów, ponieważ pomimo wziernika i bocznych haków co chwila wsuwały się pętlę kiszek pomiędzy narzędzia. [Za małe *speculum*! N.]. Operacja trwała od godziny 11 $\frac{1}{4}$ w nocy do godziny $\frac{3}{4}$ 1 zrana. W nocy + 39,9° C., 132 tętna, 72 oddechów. Boczne położenie, aby wydzieliny maciczne nie zatrzymywały się na świeżo zaszytej ranie; podawano chorej morfinę i szampan. Po południu zastosowano lód na brzuch i irygacje letnie, karbolowe. Wieczorem + 38,0° C., 108 tętna. Do 6-go dnia gorączka ustąpiła, zatem przebieg bezgorączkowy. Wypisana zdrowa 21-go dnia. Przy badaniu okazało się że zwężenie miednicy było o wiele znaczniejsze, niż przypuszczać wypadałoby z rozmiarów *conjugatae diagonalis*, ponieważ na prawej połowie wzgórka kości krzyżowej siedział grzyb kostny, egzostoza znacznych rozmiarów. W tem miejscu tarcza chrząstkowa pomiędzy kręgową była zupełnie pokryta „*von der harten knoechernen Auflagerung*“.

Ponieważ różnica wymiarów, przy drugim i trzecim porodzie zdjętych, wynosi 1,2 ctm. na wszystkie 3 rozmiary, wypada przypuścić zmniejszenie warstwy podskórnej, tłuszczowej. FISCHEL, opierając się na dokładnem zbadaniu i opisanii kształtów miednicy przez BREISKY'ego, przypuszcza, że egzostoza na wzgórku kości krzyżowej przy drugim porodzie jeszcze nie istniała, a wyrosła dopiero po drugim porodzie. Przyczyną zaś egzostozy miał być traumat porodowy, „*welches allerdings nicht in grober Verletzung des Promontorium bestanden haben kann, sondern vielmehr in kleinen Quetschungen und Sugillationen des periostalen Ueberzuges, welche dann bei vollständigem aseptischen Verfahren nicht zu eitrigen Entzündungen sondern zur chronisch hyperplastischen ossificirenden Periostitis geführt haben, als*

deren Resultat wir die vorliegende Exostose ansehen". Co się tyczy trzeciego porodu, to poprzeczne pęknięcie tylnego sklepienia pochwy było widocznie następstwem owej egzostozy, która też stanowiła przeszkodę dla przejścia barków. Podczas przejścia ich pochwa została tak mocno rozciągniętą, że musiała pęknąć w poprzecznym kierunku.

Wracając teraz do mego przypadku, przypuszczam, że u rodzącej Maciaszczuk *sub partu* wskutek znacznego wystawania wzgórka kości krzyżowej utworzyła się perforacja [„*Drucknecrose*“ lub nawet przedarcie] tylnej ściany szyi macicznej z następczą *peritonitis adhaesiva*, która zamknęła otwór w jamie DOUGLAS'a przez konglutynację obu jej ścian, przedniej i tylnej. Nastąpił szeroki zrost ścian w owym miejscu, czyli częściowa obliteracja jamy. Wskutek długotrwałego ucisku, wywartego przez płód na ścianę macicy oraz części za nią położone, więc i *promontorium*, nastąpiło podrażnienie okostnej, podrażnienie stawu promontoryjnego, które w następstwie prowadziło do synostozy powierzchownej trzonów kręgow. Wskutek obliteracji jamy DOUGLAS'a nastąpiła *fixatio cervicis uteri promontorialis ex peritonitide adhaesiva post usuram cum perforatione*. Gdy chora, wybrnąwszy szczęśliwie z niebezpieczeństwa porodu, po położu zaczęła chodzić, wskutek unieruchomienia szyjki na wzgórku kości krzyżowej, ciało macicy pod wpływem ciężaru własnego (*uterus puerperalis*) oraz działania ciężaru jelit musiało ustąpić ku dołowi, czyli musiała się wytworzyć *anteflexio uteri*, którą też rzeczywiście znaleziono na trupie w stopniu nadzwyczajnym. *Anteflexio* ta pod kątem ostrym prawdopodobnie uchroniła Gertrudę Maciaszczuk przed nowem zajściem w ciążę. Wskutek działania siły w kierunku pionowym na macicę, nadania jej dążności ustąpienia ku dołowi i naprzód, zrosty maciczno-kostne na wzgórku kości pacierzowej podlegały stałemu działaniu siły rozciągającej je, nastąpił przerost i rozciągnięcie szerokiego płaskiego zrostu na więz grubości 4—5 milimetrów. Równocześnie w tymże czasie nastąpiło utworzenie się egzostozy w formie szpilki w owym więzie, wychodzącej z brzegów kostnych trzonów kręgowych spojonych ze sobą sprawą zapalną. (*Periostitis hyperplastica ossificans*).

Zatem egzostoza wygląda zupełnie jakby wyciągnięta z kości — nalegam na to wyrażenie wobec HOFMEIER'a, który tak samo się wyraził co do swego przypadku w roku 1884.

Otóż, reasumując związek etjologiczny, przedstawiam sobie *nexus* w taki sposób: Pierwszą przyczyną wszystkich objawów było utrudnienie porodu wobec spłaszczenia miednicy ogólnie zwężonej. Z tego zaś wypływała uzura tylnej ściany macicznej *sub partu cum perforatione* ścian jamy DOUGLAS'a, następnym krokiem była *peritonitis adhaesiva reparatrix* oraz *periostitis*, *fixatio cervicis uteri sacropromontorialis per synechiam inflammatoriam secundariam*. W następstwie zaś *synechiae* wytworzyła się egzostoza na wzgórku kości krzyżowej z jednej strony, *elevatio et anteflexio uteri* z drugiej strony. Nie egzostoza przedziurawiła macicę, jakby to na pierwszy rzut oka można przypuszczać, lecz przedziurawienie macicy wywołało utworzenie się egzostozy.

Spostrzeżenie moje, tak ciekawe pod względem etjologicznym, albowiem poraz pierwszy udało się *ad oculos* demonstrować stosunek etjologiczny: *ordo rerum* różnych anomalij na anatomicznym preparacie, demonstrowałem prócz

w naszym Towarzystwie Lekarskim, dalej na zjeździe lekarskim na cześć PIROGOW'a odbytym w Petersburgu dnia 17 Stycznia 1889 roku [patrz Dniownik № 3. Zjazdu Obszczestwa russkich wraczej na pamiat PIROGOW'a, patrz także: *St. Petersburger Medicinische Wochenschrift*. 1889. Nr. 7. S. 60]. „*Beitrag zur Lehre von dem atypisch. verengten Becken*“ — oraz dnia 5. VIII. 1890 na X międzynarodowym zjeździe Lekarskim w Berlinie, patrz „*Verhandlungen des X. Internationalen medicinischen Kongresses zu Berlin*“. Opisałem zaś takowe krótko: „*Eine bisher einzig dastehende Beobachtung von Stachelbecken mit utero-sacraler Synechie Beitrag zur Lehre vom atypisch verengten Becken*“. *Centrallblatt für Gynäkologie*. 1890. Beilage str. 148—150; oraz: „*Observation unique jusqu'ici de bassin épineux avec synéchie utero-sacrée. Contribution à l'étude des bassins retrécis atypiques*“. *Compte rendu publié par les Annales de Gynécologie et Obstétrique*. Paris. 1890. Steinheil éditeur. Pag. 132. Co się tyczy rzekomej rzadkości uszkodzeń ściany tylnej kanału rodnego *sub partu* przy zwężeniach miednicy, osobiście bardzo tą kwestyją się zainteresowałem wobec bogatego materiału przetok kliniki ś. p. Ojca mego i własnego, obejmującego razem około 450 przypadków. Materiał ten dowodzi że uszkodzenia tylnej ściany nie są bynajmniej rzadkie i bardzo często towarzyszą uszkodzeniom części miękkich przedniej ściany. Przedziurawienia tylnej wargi macicznej, *fistula cervico-utero-laqueatica*, jak Ojciec mój nazwał owe przetoki, uzura wargi tylnej ze zniszczeniem całkowitem lub częściowem, blizny przechodzące na tylną ścianę pochwy nawet rozgałęzione, należą do porządku dziennego w kazuistyce przetok pęcherzowych. Kilka lat temu nawet naumyślnie dla demonstracyi tej koincydencyi uszkodzeń przedniej i tylnej ściany kanału porodowego przedstawiłem w Towarzystwie Lekarskim chorą tego rodzaju: *Fistula utero-vesico-vaginalis superficialis una cum dilaceratione labii posterioris oris uteri et cicatricibus in fornice vaginae posteriori ex partu*“. (*Conjugata vera 7.5 ctm.*) u 26-letniej chorej. Miednica była płaska. Dwoje dzieci rodziło się nieżywych przy wypadnięciu pępowiny, trzecie ocalało, lecz zmarło wkrótce po porodzie, czwarte odebrano kleszczami; po porodzie pozostała przetoka, z powodu której chora się zgłosiła do kliniki mego Ojca w szpitalu Ś-go Ducha. [Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Rok 1888. Zeszyt 2. Str. 378]. [Gazeta Lekarska. 1887. № 26. Str. 260].

Drugi przypadek tego rodzaju dotyczący kobiety o miednicy spondylolistecznej, również przedstawionej w swoim czasie w Towarzystwie Lekarskim; było to mianowicie pierwsze w naszym kraju spostrzeżenie kręgozmyku na żyjącej.

Ze względu na ciekawość tego spostrzeżenia, pod względem również etjologii jak i symptomatologii i komplikacyi z przetoką moczową, niechaj mi będzie pozwolonem spostrzeżenie tutaj krótko opisać:

Marjanna Opałka, żona wieśniaka z Góry Kalwaryi pod Warszawą, urodziła się w roku 1846. W młodszych latach cieszyła się zawsze pełnem zdrowiem. Miesiączka zjawiała się w 15 roku prawidłowo i odtąd regularnie się powtarzała. W 18 roku wyszła za mąż i 8 dzieci rodziła aż do roku 1884, zawsze siłami natury. W 25 roku życia w kilka miesięcy po drugim porodzie miała nieszczęśliwy przypadek na szosie. Od owego czasu porody dawniej łatwe stawały się coraz

trudniejsze, tak, że ostatnie dwoje dzieci urodziła nieżywe po 48 godzinnej pracy porodowej. Wszystkie dzieci rodziły się w położeniu czaszkowym. Przypadek przytoczony był następujący: Marja Opalka stała na wozie na szosie i pomagała mężowi zrzucić worki, żytem napełnione, stała zaś na tylnym końcu wozu. Nagle konie pociągnęły i Opalka spadła z wozu na drogę, uderzając najprzód pośladkami potem i głową o ziemię. Chora nie przypomina sobie już szczegółów owego traumatyzmu, ponieważ od owej chwili minęło już 14 lat. Tyle tylko pamięta, że od owego czasu stale cierpiała na bóle w krzyżu, że leżała jakiś czas w łóżku, lecz że już po 2 tygodniach bóle znacznie się złagodziły. Żadnych nie pamięta zaburzeń ze strony kiszek stolcowej albo pęcherza, macicy, a jedynie pamięta, że od owego czasu nie mogła już swobodnie się poruszać i chodzić, szczególnie nie była już w stanie cośkolwiek przed sobą nosić na rękach, ponieważ miała przy tem uczucie, jakby miała stracić równowagę i upaść. Pierwsze dwoje dzieci karmiła i nosiła na ramieniu, później zaś dzieci, dla wyżej wymienionej przyczyny, już nosić nie była w stanie. Dziś nie jest już w stanie tak jak dawniej pracować i chodzić swobodnie. Zawsze musi trzymać się cokolwiek pochyloną ku przodowi. Suknie jej stały się za długie, biodra zaczęły wystawać na boku pod kątem, oraz wytworzyło się w lędźwiach zagłębienie siodełkowate, bardzo wyraźne. Trudności porodowej pracy coraz więcej się wzmagaly, szczególnie przy ostatniej ciąży bardzo dokuczala ciężarnej obwisłość brzucha, której dawniej nie miała. Rodziła w roku życia 20, 22 $\frac{1}{2}$, 25 $\frac{1}{2}$, 29 $\frac{1}{2}$, 33, i 37, ostatni raz 11 Września 1884. 4 dni po porodzie zauważyła, że mocz wycieka przez pochwę i 20 Września zapisała się dlatego do kliniki ś. p. Ojca mego. Ojciec mój, którego uderzyła osobliwa postać tej kobiety, pokazał mi zaraz chorą, którą też wspólnie zbadaliśmy. Uderzającym dla mnie było to, że pierwsza chora, którą po powrocie z zagranicy w Warszawie miałem sposobność zbadać, była dotknięta kręgozmykiem, który zaówczas jeszcze uchodził mylnie za tak arcyzadkie zбочenie. Wysokość kobiety 152 cent. *Distantia bitrochanterica* 31.5, *bicristalis* 30.5, *bispinalis anterior superior* 27, *bispinalis superior posterior* 8, *biangularis cristarum Breisky* 15, *bituberalis* 7.0 (!) centymetrów, *conjugata externa* 19.5, *conjugata diagonalis externa* 21.5, [od łuku łonowego do *processus spinosus* 5 kręgu lędźwiowego], wysokość spojenia łonowego 6 cent., *diameter coccygo-subpubica* 8.0, *conjugata diagonalis spuria* 8.5, *conjugata* od łuku łonowego do kąta kręgozmyku 12 *conjugata obstetricia spuria* od górnego brzegu spojenia łonowego do punktu kręgosłupa najbliższego, mianowicie do spojenia czwartego z trzecim kręgiem lędźwiowym 6.5 cent. [Rozmiar mierzony *per parietes abdominis*, wtłaczając palce pomiędzy spojenie łonowe i kręgosłup] [wypada dodać do tego rozmiaru grubość części miękkich] *Coccyx mobile*, 5 *processus spinosus* wystaje z tyłu na 2 centymetry po za *processus spinosus* 4 kręgu lędźwiowego, jak widać na rysunku. 5 *proc. spinosus* leży 0.5 cent. powyżej środka linii łączącej obie *spinæ posteriores superiores ossium ilei*. Miejsce rozdwojenia aorty można dokładnie wymacać przez ściany brzuszne, leży ono bardzo nisko nad wejściem miednicy. „*Vorbergsglittwinkel*“ RITGEN'a oraz boczne kąty sferyczne BREISKY'ego są bardzo wyraźne, tak, że rozpoznawanie zdaje się być niewątpliwem. Względem różniczkowego rozpoznania od miednicy spondylolizematycznej szczególnie ważną rękojmę daje 5-ty wy-

rostek ciernisty lędźwiowy, osobno wydający się ku tyłowi. Na fig. 18 widać dobrze skrócenie grzbietu oraz fałdy: „*plicae thoraco-pelvinæ*” wskutek opuszczenia się klatki piersiowej do wewnątrz miednicy („*Entâssement du thorax dans le bassin*”) głęboką rynnę wzdłuż lordotycznego zgięcia części kręgosłupa lędźwio-grzbietowej, uniesienie barków ku górze i skrócenie szyi również wskutek owego *entâssement du thorax dans le bassin*. Fałdy poprzeczne odpowiadają zębrom. Kontury pośladków przedstawiają formę serca kartowego, *basis ossis sacri* wystaje szeroko z tyłu, *processus spinosus lumbalis* 5-ty wystaje z tyłu tak znacznie, że go osobno palcami objąć można. Na fig. 19 i 20 w profilu widać obwisły brzuch, skrócenie tułowia, *plicae thoraco-pelvinæ*, wystawanie wyrostka ciernistego 5 lędź-

Fig. 18.

Fig. 19.

Fig. 20.

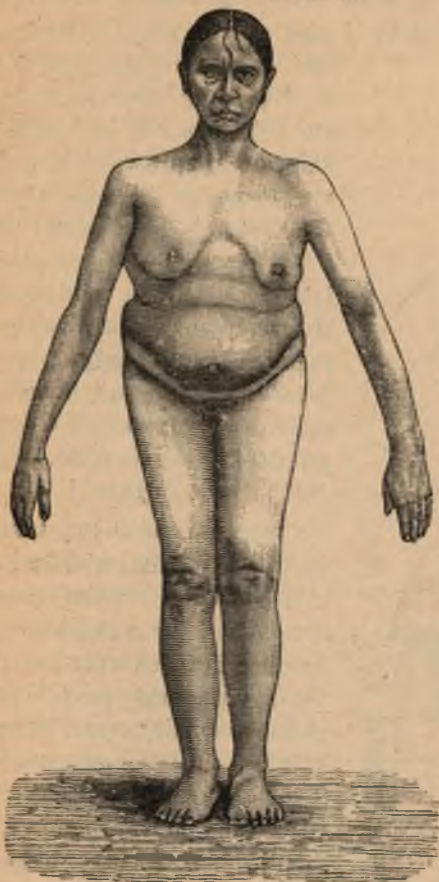


wiowego, pochylenie tułowia ku przodowi, pionowy kontur pośladków zamiast fizjologicznego zaokrąglenia; na fig. 19 w pełnym profilu widać, że chora musi ręką podnieść obwisły brzuch, aby dla oka udostępnić skierowaną ku przodowi wskutek zmniejszonego nachylenia miednicy *rimam vulvae*. Również na tym ry-

sunku widać *plicae coelio-inguinales* podwójne wskutek obwisłego brzucha („*Ventre en besace*,—*Haengebauch infolge von verminderter Beckenneigung*“); wyraźny jest

Fig. 21.

Fig. 22.



i na tym rysunku pionowy kontur pośladków i skrócenie tułowia. Na fig. 21 *en face* widać na pozór za długie kończyny górne i dolne [wskutek znacznego skrócenia tułowia przez kręgozmyk], obwisły brzuch, oraz skiero-

Fig. 23.



stawanie biodra oraz owe „*entlâssement du thorax dans le bassin*” obwisłość brzucha i skrócenie trzonu. Na fig. 23 wyraźnie widać siodełkowate

wkleśnięcie okolicy lędźwiowej „*Sattelfoermige Einsenkung*“ „*ensellure lombosacrée*“ francuzkich autorów i wystawanie 5 lędźwiowego wyrostka. Nie będę wchodził dalej w szczegóły samego przypadku spondylolistazy, ponieważ kwestyję tę opracowałem dawniej i kilkakrotnie wyniki badań opisywałem; odwołuję się

Fig. 24.

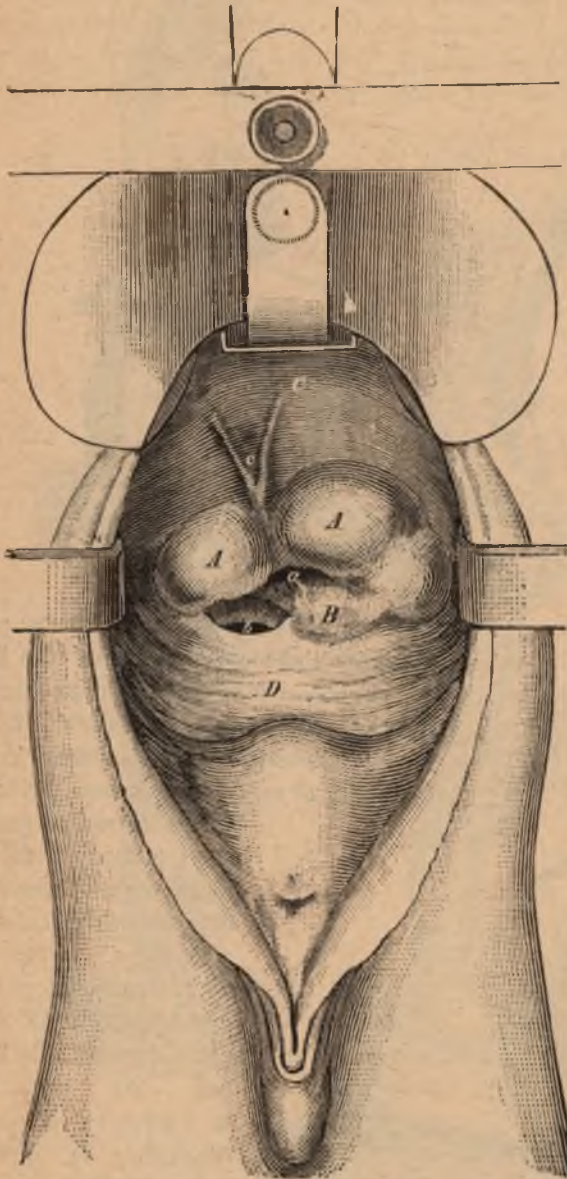


Fig. 24. *Fistula utero-vesico-vaginalis profunda ex partu, colobomata oris uteri, ruptura labii posterioris uteri et usura vaginae in pelvi spondylolisthetica Marjannae Opalka.*

dziś do owych prac przeważnie w *Archiv für Gynäkologie* od roku 1882 do 1891 ogłoszonych, dalej do rozprawy doktorskiej, w Dorpacie jeszcze wydanej 1880 roku i do ostatniej pracy o tej kwestyi, którą napisałem jako *Résumé* dla podręcznika akuszeryi profesora CHARPENTIER w Paryżu [patrz: *Spondylolisthesis et Spondylizeme. Résumé des recherches littéraires et personnelles depuis 1880 jusqu'en 1892, Paris. Steinheil*].

Wracam zaś do przetoki moczowej. Otóż, znaleziono u Opalki *fistulam utero-vesico-vaginalem profundam*, ze znacznem rozdarcie i częściowem zniszczeniem warg macicznych, szczególnie przedniej, oraz równocześnie *coloboma posticum oris uteri*. Tylna warga maciczna była rozerwaną na dwie połowy, pomiędzy niemi widać było bliznę, która w dalszym ciągu rozdwojona ginęła na kilka centymetrów niżej na tylnej ścianie pochwy, jak widać z rysunku. Rysunek, zdjęty przez mego Ojca, po założeniu jego wziernika trójramiennego przy kolanowo-łokciowem położeniu chorej. *A* resztki tylnej wargi macicznej, *B* resztki przedniej wargi, *D* przednia ściana pochwy, *b* przetoka.

Przyczyną kręgozmyku przypuszczalnego był traumat na szosie, wskutek którego prawdopodobnie nastąpiła *fractura*

arcus vertebrae lumbalis V, przy hyperfleksyi tułowia i równocześnie uderzeniu miednicy o szosę („*fracture par contrecoup*“).

Spostrzeżenie, co się tyczy przetoki, opisałem w pracy: „*Casuistik von 165 Vesico-Uterinfisteln nebst Mittheilung von 29 einschlaegigen Faellen aus der Harn-fistelkasuistik der Warschauer gyniatrischen Universitaetsklinik des Docenten Dr. Med. LUDWIG ADOLF NEUGEBAUER und einem Anhang betreffend 13 Faelle von Fistula cervicis uteri laqueatica (Mutterhalsscheidengewölbe-fisteln)*“. Rysunek 24 przedstawia równoczesne uszkodzenia części miękkich przedniej i tylnej ściany kanału porodowego u Marjanny O.. Przetokę ś. p. Ojciec mój zaszły w klinice w obecności D-ra BOKELMANN'a, jednego z asystentów prof. SCHROEDER'a, D-ra MIECZKOWSKIEGO z Ciechocinka oraz D-ra LESSER'a z Lipska. Chora, wyleczona ze swego kalectwa, opuściła klinikę dnia 1 Lutego 1885 roku. Na przypadek ponownej ciąży radziłem jej zgłosić się w połowie ciąży dla sztucznego przerwania jej, jeśli nie zechce ryzykować na nowo śmierci dziecka albo cesarskiego cięcia. Rzeczywiście w roku następnym O. ponownie zaszła w ciążę i przyjechała do mnie. Nie mając gdzie umieścić pacjentki, odwiozłem ją do kliniki położniczej uniwersyteckiej, gdzie też wywołano sztucznie poronienie, jeśli się nie mylę w 5 miesiącu ciąży. Ponieważ faradyzacja macicy oraz podskórne wstrzykiwania pilokarpiny pozostały bez skutku należytego, stosowano kąpiele, irygacje gorące oraz założono *tupelo* do szyjki macicznej, a następnie świeczkę elastyczną do macicy. Po odbyciu porodu O. dnia 5-go Grudnia 1886 powróciła do domu; od owego czasu już wiadomości żadnej o niej nie miałem.

Przy okazji opracowania kazuistyki ś. p. Ojca mego i mojej własnej co do przetok moczowych nie omieszkam jeszcze raz wrócić do tej ciekawej kwestyi uszkodzenia tylnej ściany kanału rodneg, czyli jego części miękkich *sub partu*. Nie wątpię o tem, że i kol. MATLAKOWSKI i CIECHOMSKI potwierdzają, na swoich doświadczeniach oparci, uzasadnienie twierdzeń SCHROEDER'a.

Przyczyną uszkodzeń tylnej wargi macicznej oraz tylnej ściany pochwy u Marjanny O. niewątpliwie był kręgozmyk, czyli wystawanie 5-go kręgu lędźwiowego na wewnątrz miednicy. Przy badaniu tego rodzaju uszkodzeń pochwy prawdopodobnie nieraz natrafimy w przyszłości na podobne okazy miednicy, jak u Gertrudy M.. Wypada tylko pamiętać o tego rodzaju miednicach egzostycznych, które, mojem zdaniem, nie są tak arcy-rzadkie. Niebezpieczeństwo zaś z egzostozy wynikające *sub partu* czyni obowiązkiem tego rodzaju fakta przy badaniu uwzględnić. Dlatego też zdecydowałem się na opisanie powyższego spostrzeżenia.

Egzostozy promontoryjalne, o ile o tem miałem sposobność przekonać się, przeważnie wynikają z podrażnienia stawów pomiędzy 5-ym kręgiem lędźwiowym i 1-ym krzyżowym, zupełnie zaś odrębne stanowisko co do etjologii zajmują przypadki, w których egzostoza powstała wskutek obrażenia *periostei* i kości *sub partu*, jak w przypadkach HOFMEIER'a, FISCHER'a i moim własnym [Maciaszczuk]. W podręcznikach anatomii patologicznej dotąd nie uwzględniono nigdzie tych przypadków, których w obecnej chwili nie znam więcej nad owe 3.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

CHOLERA.

Opisał

Jan Pruszyński.

[Dokończenie.—Patrz Nr. 52].

Doświadczenia KLEMPERER'a spotkały się z ostrą krytyką Redakcyi *Deutsch. Med. Woch. (N. 39)*. GUTTMANN w innym miejscu ¹⁾ twierdzi, że do takich samych wyników w r. 1885 doszedł FERRAN, że pierwszeństwo co do ochronnych szczepień przeciw cholerze należy się BRIEGER'owi i WASSERMAN-N'owi, że wreszcie skuteczność takich zabiegów ze względu na istotę zarazka jest bardzo wątpliwa.

Mając na względzie naturalną odporność wielu ludzi na zarazek choleryczny, a z drugiej strony opierając się na faktach odnoszących się do zabójczego działania surowicy krwi u osobników dotkniętych niektórymi cierpieniami zakaźnymi, ²⁾ LAZARUS ³⁾ starał się przekonać, czy surowica krwi pochodząca od osób, które przebyły cholerę azjatycką, posiada własność antytoksyczną na zatrucie produktami cholery, innemi słowy: czy we krwi rekonwalescentów po cholerze zawiera się materyja, która, w dawce małej wstrzyknięta, zubożętnia działanie przeciwcinkowców w cholerze doświadczalnej u zwierząt [świnek morskich] i czy na tej drodze nie udałoby się otrzymać wniosków co do zabiegów leczniczych w tej chorobie. Doświadczenia, w tym celu dokonane, w istocie okazały, że surowica krwi, wzięta od osób, które wyzdrowiały po cholerze, nawet w dawce 0,001 ctm. sześć. posiada własności antytoksyczne, choć i surowica, otrzymana ze krwi osoby zdrowej, wprawdzie w ilości znacznie większej [2 ctm. sześć.], zabezpieczała świnki morskie od ciężkich objawów, jakie wywołuje wstrzyknięcie czystej hodowli spiryllów cholery do jamy otrzewnej. Również na drodze doświadczeń na zwierzętach dochodzi LAZARUS do wniosku, że wczesne wprowadzanie immunizowanej surowicy może zabezpieczyć zwierzęta od wystąpienia objawów intoksykacyjnych.

Doświadczenia LAZARUS'a były powtórzone i wyniki były potwierdzone przez KLEMPERER'a ⁴⁾, który nadto starał się okazać, że własność antytoksyczną posiada surowica krwi, wzięta od ludzi, którym podskórnie hodowle żyjących spiryllów wprowadzano, lub od osobników, którym zadawano do wewnątrz kilkakrotnie w dawkach codziennie zwiększających się także hodowle, lecz po uprzednim zniszczeniu żywotności pasorzytów. Również odporność ma wywoływać, według GAMMALEI'a ⁵⁾ i KLEMPERER'a ⁶⁾, mleko zwierząt immunizowanych.

W Instytucie PASTEUR'a, HAEFFKIN ⁷⁾ przeprowadził szereg doświadczeń nad wywołaniem odporności u świnek morskich na intoksykację zarazkiem cho-

¹⁾ S. GUTTMANN. Zu der Erklärung des Herrn KLEMPERER betreffend seine Untersuchungen über Schutzimpfung des Menschen gegen asiatische Cholera. D. med. Woch. N. 40, str. 910. r. 1892.

²⁾ Patrz Streszczenie zbiorowe BIERNACKIEGO. Gaz. Lek. Nr. a 27, 28 i 29. 1892.

³⁾ LAZARUS. Ueber antitoxische Wirksamkeit des Bluteserums Cholerageheiliter. Berl. klin. Woch. Nr. 43 i 44. 1892 i ref. GROSTERNA. Gaz. Lek. Nr. 47. r. 1892.

⁴⁾ KLEMPERER. Weitere Untersuchungen über Schutzimpfung des Menschen gegen asiatische Cholera. Berl. klin. Woch. Nr. 50. 1892.

⁵⁾ Sem. méd. 1892. Nr. 54.

⁶⁾ L. c.

⁷⁾ HAEFFKINE. Le choléra asiatique chez le cobaye. [La Semaine méd. 1892. Nr. 36], ref. Centr. f. Bact. u. Parasit. XII, str. 252.

lery. W celu otrzymania zarazka o wzmożonej a stałej toksyczności (*virus fixe*), H. wprowadzał do jamy otrzewnej śwince morskiej ilość czystej hodowli o wiele przewyższającą dawkę śmiertelną. następnie otrzymany wyсіek w ciągu kilku godzin pozostawiał przy zwykłej ciepłocie pod wpływem powietrza, aby później zaszczyć nim inne zwierzęta. Po 20—30 przeszczepieniach otrzymał zarazek, którego hodowle, wstrzyknięte w mięśnie w oznaczonej ilości, w jednym czasie zabijały świnki morskie. Ten zarazek o stałej sile trującej osłabiał autor, po przeniesieniu na buljon, przez przewietrzanie nieustannie przy $+ 39^{\circ}$.

Po zaszczeniu jednokrotnem zarazka osłabionego podskórnie, świnki morskie znosiły dobrze działanie zarazka wzmocnionego, i nabierały odporności względem żywotnych spiryllów.

Doświadczenia te, sprawdzone przez JAWIN'a, ¹⁾ skłoniły HAFKIN'a do zastosowania szczepionek u siebie samego i 3 innych lekarzy. Otóż, objawy ogólne wyrażały się w postaci podniesienia ciepłoty o 1° , bólu głowy, ogólnego osłabienia; miejscowo występował obrzęk, zaczerwienienie, bolesność przy dotykaniu i ruchach, i kilka dni trwający stan zapalny przyległych gruczołów chłonnych. W 7 dni po słabszem zastrzyknięciu w inną okolicę, zarazek wzmocniony tak ogólne jak i miejscowe słabsze i prędzej przechodzące wywołuje objawy.

Badania te nie przeszły po za granicę pracy laboratoryjnej; znaczenia im jednak, choćby teoretycznego, odmówić nie można. Nie ulega wątpliwości, że materyje, z produktów żywotności bakterij wyprodukowane, w małych zadanych dawkach, wywołują pewne a nawet dość poważne zmiany w chwiejnych białkowych cząsteczkach; praktycznego zaś zastosowania tych ciekawych, a oczekujących objaśnienia danych, obecnie przewidzieć się nie da.

Jeżeli poznanie zarazka okazało niewątpliwie wielki wpływ na profilaktykę, to przyznać musimy, że terapija cholery żółtim posuwa się krokiem. I nic dziwnego. Poznanie zarazka ze stanowiska morfologicznego i warunków jego rozwoju dla zrozumienia zmian, które zarazek ten w ustroju wyższej organizacyi wywołuje, nie jest wystarczającym; mówimy o trujących jego produktach, lecz nie mamy dokładnego o nich pojęcia.

Istotę toksyn zbyt uogólniamy, a tymczasem gdybyśmy nawet przypuścili, że spirylle choleryczne bez współtowarzyszy mogą wywołać obraz cholery, to jeszcze pozostaje rozstrzygnięcie kwestyi: czy groźne objawy tej choroby wywołane są przez produkty rozszczenia zawartości jelit przez bakteryjalne enzymy, czy też przez przedostanie się enzymów do krwi obiegu i czy wreszcie przez rozszczenie białkowych składników krwi i zatrzymanie w ustroju niewydziałanych produktów przemiany materyi. Obraz przy cholerze jest nader skomplikowany, bo występują tutaj zaburzenia w sprawności przewodu pokarmowego, zgęszczenie i zmiany chemiczne krwi, zaburzenia w ośrodkach nerwowych i układzie sympatycznym, poważne zboczenia w przemianie gazowej, w narządach wydzielniczych; a gdy te procesy chcemy połączyć w jeden łańcuch, brak nam w wielu miejscach ogniw łączących.

Gdyby nawet i część fizjologii patologicznej była wystarczająco dla cholery opracowana, to sama natura choroby do obserwacyi terapeutycznych nadzwyczaj trudne przedstawia pole, bo chodzi głównie o *stadium asphycticum*, które zbyt krótko trwa, a ze strony lekarza natychmiastowej i ciągłej interwencyi wymaga. Pewien krótki, mniej więcej określony czas trwania epidemii również bywa przyczyną tak często powtarzającego się faktu, że z końcem cholery wstępuje do terapii

¹⁾ JAWIN. Iz nabludenij nad životnymi i ljudmi, kotorym djełaliś predochranitelnyja protivnocholernyja priivki. Wracz. 1892. Nr. 40.

²⁾ HAFKIN. Priivka protivnocholernych wakin czełowjeku. Wracz. 1892. Nr. 31.

wiele zachwalanych metod, które w późniejszych epidemijach nieprzydatnymi się okazują.

Dwa główne wskazania w leczeniu należałoby postawić: 1) uczynić zarazek nieszkodliwym w miejscu jego rozwijania się; 2) w razie przeniknięcia do krwi produktów żywotności pasorzytów uczynić te produkty dla ustroju nieszkodliwymi.

Po I-sze. Zabicie zarazka za pomocą podawania wewnątrz t. z. środków antyseptycznych, metoda oparta na ścisłe naukowych danych, doświadczalnie stwierdzoną nie została; a ze wszystkich środków antyseptycznych jeszcze kalomel w przypadkach świeżych i enteroklizey CANTANI'ego znajdują zwolenników ¹⁾.

Po II-gie. Szczepienia ochronne, tak zapobiegawcze, jak i po wnikięciu zarazka, mające na celu wytworzenia toksyfoksyn, nie zostały uwieńczone pomysłnym skutkiem. Pewien postęp w tym kierunku przedstawiają badania KLEBS'a ²⁾. Wychodząc z założenia, że każdy ustrój żyjący wytwarza produkty, które nie będąc wydzielane, mogą się stać dlań truciznami, w podobny sposób jak tuberkulicydynę otrzymał dla ludzi nieszkodliwe, a dla bakterij cholerycznych zabójczą materję z hodowli spiryllów t. zw. antycholerynę. W celu przekonania się o działaniu tego środka przeprowadzał badania w ciężkich przypadkach cholery (*st. asphycticum*) w Hamburgu przy udziale MANCHOT'a ³⁾, asystenta RUMPF'a. Ilość przypadków w ten sposób leczonych [31] nie pozwala na określenie odsetki śmiertelności, która według MANCHOT'a wyniosła 67,7%, gdy przy zastosowaniu hypodermokliz i enterokliz do 84,5% poprzednio dochodziła, jednak kilka przytoczonych historyj chorób wraz z tablicami ciepłoty na uwagę zasługuje. Szczególnego znaczenia jest fakt, że ciepłota, poprzednio wynosząca 34,0°, prawie o 2 stopnie po dwóch godzinach od wstrzykiwania antycholerycznego się podnosiła, znikła sinica, tętno stawało się pełnem, mocz zaczynał się zjawiać. Wprawdzie objawy te nie utrzymały się po jednem wstrzyknięciu, lecz po następnych znowu powracały. Przeciw występującej zapaści antycholeryna nie ma być nieskuteczną.

Na istotę zarazka środków skutecznych nie posiadamy. Enteroklize [5—10 — 20 gr. taniny na 1½—2 litry wody], zalecone przez CANTANI'ego jako środek dezynfekujący i wiążący prawdopodobnie produkty trujące drobnoustrojów, jako bodziec termiczny a nawet pobudzający wessanie, oprócz tego badacza zachwalany przez ANGYN'a, LUSIG'a i wielu lekarzy włoskich. W ostatniej epidemii okazał działanie bardziej ograniczone. Gdy CANTANI ⁴⁾ radzi ten zabieg zastosować od najwcześniejszych objawów, aż do okresu zamartwiczego, to RUMPF ⁵⁾ znajduje dlań wskazanie tylko w lżejszych postaciach już rozwiniętej biegunki.

Kwestya podawania kalomelu w początkowym okresie biegunki cholerycznej lub też makowca, kwestya sporna przy leczeniu biegunek innego pochodzenia, odnośnie przynajmniej do cholery, na korzyść pierwszego rozstrzygniętą została; a niektórzy lekarze, jak: RUMPF ⁶⁾, HEYSE ⁷⁾, KORACH ⁸⁾ przy zastosowaniu

1) Szczegóły ich zastosowania p. artykuł HEWELKEGO. „Przegląd krytyczny niektórych metod leczenia cholery“, drukowany w Nr. 37. Gaz. Lek. 1892 i „Zestawienie krytyczne szczegółowej profilaktyki i terapii cholery do użytku lekarskiego“ przez prof. JAWORSKIEGO. [Kraków. 1892].

2) KLEBS. Zur Pathologie und Therapie der Cholera asiatica. Deutsch. med. Woch. 1892. Nr. 43 i 44.

3) MANCHOT. Ueber d'e Behandlung der Cholera mit dem KLEBS'schen Anticholerin.

4) CANTANI. Choleraabhandlung. Berl. klin. Woch. Nr. 37. 1892.

5) RUMPF. Behandlung der Cholera im Neuen Allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg. Dent. med. Woch. Nr. 39. 1892.

6) L. c.

7) HEYSE. Mittheilungen zur Cholera therapie. Dent. med. Woch. Nr. 47. 1892.

8) KORACH. Zur Behandlung der Cholera. D. med. Woch. Nr. 46. 1892.

tego środka zauważyli objawy zapaści i radzą z terapii cholery nawet zupełnie go wykluczyć.

W okresie zamartwiczym groźne objawy w postaci obniżonej ciepłoty, zapaści, zgęszczenia krwi i działania nagromadzonych trujących materij, wymagają energicznej interwencji. Wszystkim tym 4 wskazaniom odpowiada wewnątrzżylnie wlewanie fizjologicznego roztworu soli kuchennej; zwłaszcza środek ten przynajmniej chwilowo pozostaje najdzielniejszym bodźcem na porażone serce, choć z drugiej strony należy wprowadzenie tą drogą płynu z działalnością serca miarkować, gdyż przy znacznem jego osłabieniu przeciwny można wywołać skutek. Już ze względu na łatwiejszą metodę i zupełną nieszkodliwość obszerniejsze zastosowanie mają hypodermoklizy CANTAXI'ego [wyjałowiony i ogrzany do 40° roztwór 6 gr. NaCl i 4 gr. NaHCO₃ w 1000 gr. H₂O], choć przy osłabieniu ciśnienia kapilarnego uniemożliwiającem wessanie środek ten będzie nieskutecznym i jedynie przez wstrzykiwanie do żyły zastąpionym być powinien.

Starano się i inną drogą zapobiedz zgęszczeniu krwi: przez wprowadzenie do pęcherza roztworu solnego, wreszcie do otrzewnej i opłucnej. Pierwszy środek za nieskuteczny, dwa drugie za szkodliwe uznane zostały. O innych środkach, jako bardzo wątpliwych, mówić nie będziemy; a przynajmniej obecnie wobec doświadczenia, jakie nam dała bieżąca epidemia cholery: stosownie do okresu mamy prawo stosować kalomel, enteroklizy, wlewania żylnie i hypodermoklizy, zaś leczenie objawów i powikłań opiera się na ogólnych w terapii przyjętych zasadach.

NOTATKI LEKARSKIE.

12. Z epidemii cholery w powiecie Miechowskim.

Z danych urzędowych możemy wywnioskować, iż cholera w pow. Miechowskim miała w roku bieżącym nader łagodny przebieg: chorowało bowiem zaledwo około 3% ludności, a śmiertelność nie dosięgła połowy obserwowanych przypadków [około 48%]. Jak pogodzić to z bardzo niekorzystnymi dla zdrowotności warunkami, pośród których rozwijała się epidemia? Pomówię o nich pokrótce.

Pierwsze urzędownie za cholereę uznane przypadki miały miejsce w Proszowskiem we wsiach: Muniaczkowice, Piotrkowice Wielkie, potem w Niegardowie, dalej w kilku jeszcze sąsiednich wioskach i w Proszowicach. Nie rozstrzygając różnych przypuszczeń co do nieoczekiwanego powstania epidemii, starałem się wyjaśnić przyczynę szerzenia się choroby pomimo całej usilności zapobiegania jej. Rozpatrzenie mapy powiatu dało mi ważny fakt; zauważyłem bowiem, iż pomiędzy wszystkimi wspomnionymi punktami jest jeden łącznik — rzeka Szreniawa. Naturalnie powstała myśl, czy rzeka nie jest roznosicielką zarazy? Skłoniło mnie to do zrobienia bakteriologicznego badania wody rzecznej. Wziąłem dwie porcyje wody, jedną w Przysławicach, drugą w Piotrkowicach Małych, z miejsc, z kąd przed paru godzinami pili świeżo przybyli do szpitala chorzy. Z obu porcyj dostałem czyste hodowle cholerycznych laseczników. Mogłem sprawdzić prawdziwość moich badań mikroskopowych: wywiady u większości chorych pozwalały postawić zachorowanie w zależności, lub przynajmniej w związku z użyciem rzecznej wody do picia. Co więcej, w przeważnej liczbie bardzo ostrych przypadków miałem ten właśnie moment etjologiczny. Jeżeli do tego dodam, że studnia jest w tych okolicach rzadkością; że rzeka, w najniższem miejscu leżąca, zbiera spadki z pól ze znaczną ilością nawozów, że jest kanałem dla wsi, skupiającym wszystkie odpadki i wydzieliny; że w tej rzece piorą bieleżnę, pławią i poją bydło; że bieg jej jest nader powolny, że jest wąską i płytką, a jej woda mętna i gnijąca: czyż wobec tego nie dziwnem się wyda, że ludność,

na tak wielkie narażona niebezpieczeństwo, tak niewielki dała odsetek choroby i śmiertelności?

Nie dość na tem. Niedowierzający lud podejrzliwie patrzył na wszystkie przeciwcholeryczne zabiegi, a poduszczany przez ludzi złej woli starannie ukrywał chorych, nie chcąc sprowadzić na się różnych nieprzyjemności administracyjnych. Dlatego też w jednej rodzinie zdarzało się po kilka przypadków zachorowań.

Nakoniec warunki ekonomiczne, w jakich postawiona była ludność wskutek porządków administracyjnych, ustanie handlu, zerwanie wszelkiej łączności z zarażonymi miejscami, zupełny zastój w całym życiu, drożyzna i wyzysk: warunki takie powinnyby sprzyjać rozwojowi epidemii.

Że więcej było chorych, niż to statystyka wykazała, mogłem naocznie się przekonać, choćby z takich faktów, iż w kilku przypadkach zachorowywało po parę osób z jednej rodziny, gdzie poprzednio był ukryty przypadek cholery, jak to wywiady wskazały. Niewątpliwem było powszechne podrażnienie przewodu pokarmowego, nie wiem jakiej natury, czy nieżytowej, czy też wprost nerwowej, bo przez całe sześć tygodni nie widziałem należycie sformowanego kału; a obchodziłem prawie wszystkie domy we wsiach, gdzie były zachorowania i oglądałem podłójca, które służą ludności za miejsca ustępowe. Ani na chwilę nie chcę się łudzić, aby mała śmiertelność, pomimo wszystkich nieprzyjaznych warunków, była wyrazem usilnych administracyjnych i lekarskich zabiegów; gdzie indziej bowiem więcej się jeszcze robiło i — bezowocnie. Sądzę, że chyba tylko późne zjawienie się epidemii w danej miejscowości [w ostatnich dniach Września] może nam objaśnić jej łagodny przebieg, bo nie mamy chyba racji przypuszczać tu jakiejś nadzwyczajnej odporności u ludu.

Czy zatem płonne są obawy nowego silnego wybuchu cholery na wiosnę? Niedaleka przyszłość odpowie.

W. Miklaszewski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

70. Fraenkel (Marburg). Uwagi nad komunikatem Pettenkoffera o etyologii cholery.

Na posiedzeniu Monachijskiego Towarzystwa Lekarskiego d. 12 Listopada r. b. PETTENKOFFER miał odczyt o etyologii cholery azjatyckiej, oparty po części na własnych badaniach doświadczalnych, po części zaś na spostrzeżeniach z ostatniej epidemii w Hamburgu.

Wiadomym jest powszechnie pogląd PETTENKOFFER'a na etyologię cholery: przecinkowiec KOCH'a, lubo może być uważany za przyczynę cholery, nie jest jednak ani jedyną, ani najważniejszą przyczyną tej choroby, która zależy od całego szeregu innych momentów. Ażeby się ostatecznie utwierdzić w tem przekonaniu, brakowało, według P., przeświadczenia, że cholera nie może być wywołaną jedynie przez przeniesienie zarazki na daną osobę. Ponieważ, wobec odporności zwierząt domowych na zarazek cholery, rozstrzygającym mogłyby być tylko doświadczenia na ludziach przeto PETTENKOFFER wspólnie z EMERICH'em postanowili te doświadczenia przeprowadzić na sobie. 7 Października o godz. 9 rano PETTENKOFFER wypił 1 cent. sześć. dwudziestoczerogodzinnej hodowli przecinków na bulionie, zubożętniwszy przedtem kwaśność swego soku żołądkowego za pomocą 1 grm. *natrii bicarb.* w 100 cent. sześć. wody. 9 Października przed obiadem zjawiło się rozwolnienie, które się wzmogło w nocy, utrzymując się w tej samej mierze przez 3 dni. 15 Października stan zdrowia PETTENKOFFER'a powrócił do normy. Stolce przez cały ten czas były płynne, wodniste, prawie bezbarwne, po części jasnobrunatne, a w nich znajdowano aż do 14 Października

przecinki Koch'a w ogromnej ilości, mianowicie też w wypróżnieniach wodnistych, które zawierały prawie czyste hodowle pasorzyta.

Z objawów ogólnych zanotował PETTENKOFFER tylko burczenie i kolki w brzuchu.

Dnia 17 Października EMMERICH wypił mieszaninę złożoną ze 100 cent. sześć. 1% roztworu sody i 0,1 cent. sześć. 24-o god. hodowli na bulionie lasecznika cholery. W nocy tegoż dnia zjawilo się rozwolnienie. 18 Października były trzy grochówkowate stolce, a w nocy 3 ryżowate, t. j. bezbarwne wypróżnienia. Rozwolnienie bardzo silne [do 20 stolców na dobę] trwało przez kilka dni. Od 22 Paźdz. wypróżnienia były mniej częste, a 24-go zjawilo się wypróżnienie normalne. Od 19-go podawano makowiec w ławatywie, a 20-go i 21-go taninę z makowcem w proszku. Wypróżnienia zawierały przecinki aż do 28-go Październ.. EMMERICH czuł się wogóle dobrze, lubo w końcu już był osłabiony, miał cichy głos i suchość w gardzieli. Mocz lubo w bardzo małej ilości, ale nie przestał wydzielać się, zjawilo się bardzo silne pragnienie. PETTENKOFFER wyprowadza z tych doświadczeń wnioski, że przecinek Koch'a nie wytwarza w kiszce jadu, który jest przyczyną cholery azjatyckiej. Klinicyści monachijscy BAUER i ZIEMSEN zgodzili się na to, że obraz choroby u PETTENKOFFER'a i EMMERICH'a nie odpowiadał obrazowi cholery azjatyckiej. Zdobywszy więc przekonanie, że przecinek Koch'a nie może być uważany nie tylko za jedyną, ale nawet za główną przyczynę cholery, PETTENKOFFER zastanawia się nad tem, jakim czynnikiem należy tę rolę przypisać. Na podstawie bardzo licznych danych statystycznych, zapożyczonych z własnego dzieła p. t. *Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage* [Monachium 1887], PETTENKOFFER dowodzi, iż do wybuchu cholery potrzeba pewnego w danej chwili i w danym miejscu (*zeitlich-örtliche*) istniejącego usposobienia gruntu, bez czego pasorzyty cholery nie są w stanie w ciele ludzkim tej choroby wywołać. Podczas cholery Hamburgskiej owo usposobienie gruntu [owo y w znanym równaniu PETTENKOFFER'a: $cholera = x$ [przecinek] + y [usposobienie gruntu] + z [usposobienie indywidualne] polegało na zanieczyszczeniu gruntu i na obniżeniu poziomu wody gruntowej wskutek niezwykle suchego lata; do tego przylaczyło się używanie do polewania ulic wodą z kanału Elby. Bez tego y przecinek Koch'a, nie mógłby wywołać epidemii cholery w Hamburgu, dlatego też PETTENKOFFER odzywa się z przekąsem o wszystkich środkach przedsięwziętych w celu przeszkodzenia zawleczeniu zarazki. Skonstatowanie bakteriologiczne pierwszego przypadku cholery [polowanie na przecinek, *der Kommafang*, jak je PETTENKOFFER złośliwie nazywał] było nieużyteczne, bo pomimo największego zapалу, przybywano zawsze *post festum*.

Zastanowiwszy się nad komunikatem PETTENKOFFER'a, dochodzi się przede wszystkim do przekonania, że PETTENKOFFER i EMMERICH rzeczywiście przebyli cholerę azjatycką i wątpić należy, aby jakikolwiek lekarz mógł w tym przypadku inne zrobić rozpoznanie. Choroba PETTENKOFFER'a należała do rzędu lekkich przypadków cholery takich, jakie opisał GUTTMANN w ostatniej epidemii Hamburgskiej (*Berl. klin. Woch.* Nr. 39), czego nie można powiedzieć o cholery EMMERICH'a, którą już należy zaliczyć do przypadków silnego zakażenia [ryżowate, stolce, ogólne osłabienie, pragnienie, suchość w gardle, cichy głos i t. d.]. Trudno wątpić w tych przypadkach o charakterze zakażenia, jak również trudno o lepszy dowód chorobotwórczości przecinków Koch'a. Dowód to zresztą był niepotrzebny wobec znanego powszechnie przypadku zakażenia cholerą w pracowni Koch'a, gdzie jeden z pracujących nad cholerą zapadł na tę chorobę w czasie, gdy ona nigdzie w Europie nie panowała, przyczem obraz choroby był groźniejszym niż w doświadczeniu PETTENKOFFER'a i EMMERICH'a.

Tyle co do znaczenia doświadczenia PETTENKOFFER'a. Wracając do drugiej niewiadomej w jego równaniu, do y , t. j. do warunków miejscowych, musimy przyznać, że tegoroczna choroba w Hamburgu nie dostarczyła ani jednego punktu

oparcia dla jego poglądów. Miesiąc Sierpień był rzeczywiście w Hamburgu niezwykle gorący i suchy, ale takim był w całych północnych i środkowych Niemczech, a nawet w całej Europie środkowej; dlaczego cholera wybuchła na dobre tylko w Hamburgu? Niech nam objaśni PETTENKOFFER, dlaczego była tak wielka różnica w przebiegu epidemii w Hamburgu i w sąsiedniej Altonie, a szczególnie w Wandsbeku. W tych ściśle ze sobą złączonych miejscowościach wszystkie warunki pogody, opadów, wilgoci, ciepłoty gruntu i t. d. były absolutnie też same, a jednak w Hamburgu na 637686 mieszkańców zmarło na cholere 8200, w Altonie na 148615 — tylko 316, a w Wandsbeku na 20571 — zaledwie 43. PETTENKOFFER składa winę na większe zanieczyszczenie gruntu w Hamburgu, ale jakże tu znów pogodzić z tem doniesienie WALLICHS'a (*Deut. med. Woch.* Nr. 46) o przebiegu cholery w Altonie: są ulice, których połowa należy do Hamburga, połowa do Altony, otóż zdarzyło się tak, że w połowie należącej do Hamburga było bardzo wiele przypadków cholery, a w połowie należącej do Altony — ani jednego. Trudno przypuścić, aby zanieczyszczenie gruntu tak szanowało słupy graniczne między temi miastami. Kto ma oczy do patrzenia, ten nie może mieć wątpliwości, gdzie należy szukać przyczyny tych właściwości rozszerzania się cholery w tych miejscowościach. Jeżeli, jak powiedzieliśmy, obecna epidemia nie dała ani jednego punktu oparcia dla poglądów PETTENKOFFER'a, to zato w sposób rzeczywiście świetny wykazano wartość środków ochronnych i zapobiegawczych, przeciwko którym powstaje PETTENKOFFER. Nie rozumiem, dlaczego PETTENKOFFER uważa: „pogoń za przecinkiem“ za nieużyteczną. Jest to nie jasne nawet z punktu widzenia PETTENKOFFER'a. Przecież on nie zaprzecza, iż w każdym przypadku cholery przecinek się znajduje; złowienie więc owego pierwszego przypadku, skonstatowanie obecności przecinka daje nam możliwość zniszczenia go właśnie w tej chwili, kiedy się przygotowuje, ażeby się usadowić i rozwijać na przygotowanej do tego glebie. Gdyby się nam udało zniszczyć owo PETTENKOFFER'owskie x , wówczas ani y , ani z nie miałyby dla nas żadnego znaczenia.

Widząc, jak w roku obecnym Niemcy ze wszech stron były otoczone cholera, a nawet miały jej gniazdo u siebie, a jednak od zarazy ocalały, trudno jest nie przyznać wartości środków, z których drwi PETTENKOFFER. Hamburg rzeczywiście pod tym względem stanowi wyjątek i daje wiele do myślenia. Ale wszelkie predyspozycje gruntu i t. d. nie pomogą do rozwiązania tej zagadki. Byłoby rzeczywiście więcej niż dziwnem, aby y i z , t. j. tak grube czynniki, jak: zanieczyszczenie gruntu, wilgotność i t. d. na całym obszarze państwa Niemieckiego tylko w jednej, jedynej ściśle ograniczonej miejscowości wykazywały swoje działanie. Są przecież inne jeszcze czynniki, a do takich, np. należało w Hamburgu używanie przez ludność niefiltrowanej wody do picia, czem właśnie Hamburg różni się od innych miast, a przede wszystkim od sąsiedniej Altony i Wandsbeku. Dalej znów idzie nędza ludności i łatwość przenoszenia zarazki w mieszkaniach nędzarzy, gdzie w ciasnych i wilgotnych norach mieści się wiele osób, gdzie nie może być mowy o czystości, ani o odosobnieniu.

Takie faktyczne spostrzeżenia o możliwości rozszerzenia zarazki więcej znaczą, niż całe tomy statystycznych i teoretycznych zestawień.

W końcu jedną uwagę robi autor. PETTENKOFFER i EMMERICH oświadczają z pewnem zadowoleniem, iż oddawali stolce swoje, zawierające mnóstwo przecinków, „naturalnie niezdezynfekowane“ do wychodków i klozetów. To już jest rzecz niepojęta nawet z punktu widzenia PETTENKOFFER'a odnośnie do etjologii cholery: zżąd P. wiedział, że w chwili, kiedy robił swoje doświadczenia, nie istnieje w Monachjum w dostatecznej sile y i z , które za dodaniem x i to w takiej ilości nie wywoła ciężkiej epidemii?

(*Deutsch. med. Woch.* Nr. 48).

71. R. Emmerich Odpowiedź na uwagi C. Fraenkel'a nad komunikatem Pettenkoffer'a.

C. FRAENKEL utrzymuje, że P. i E. zapadli w skutek swego doświadczenia na cholerę azyjatycką; łagodny zaś przebieg ich choroby mógł zależeć albo od osłabienia zarazka, albo od osobistej odporności. Otóż, co do zarazka ten był otrzymany przez GAFFKY'ego z wypróżnienia cholerycznego d. 30 września, hodowla na agarze nosi datę 3 Października, 5-go tegoż miesiąca znajdowała się w Monachijum, 6-go była zrobioną hodowla na bulionie, a 7-go była przyjętą do wewnątrz. Że zarazek znalazł dla siebie odpowiedni grunt, dowodem tego jest jego szybki i bujny rozwój w kiszkał eksperymentatorów. Że zaś choroba ich nie była cholera, dowodem jest brak wymiotów i wszelkich objawów otrucia, charakterystycznych dla cholery. Analogiczny przebieg mające przypadki podczas epidemii cholery dowodzą tylko, iż dane osobniki, również jak P. i E., dały przystęp do siebie jednemu tylko czynnikowi cholery t. j. *x* bez drugiego ważniejszego — *y* [miejscowe warunki]. To samo bywa pod koniec epidemii: *x*, t. j. przecinek pozostaje tem, czem był, zmienia się tylko *y* [? sprawozdawca].

PETTENKOFFER nie chce stwarzać żadnej nowej teorii cholery, gotów jest przyjąć każdą, byleby mu ona objaśniła niewątpliwe fakty epidemiologiczne. Teoryja contagionistów zapoznaje faktyczną zależność epidemii cholery od czasu i miejsca. Niech FRAENKEL objaśni, dlaczego np. w Hamburgu na 15 epidemii cholery od r. 1831 ani jedna nie przypadała w zimie, podczas gdy w Monachijum z 3 epidemii — dwie były zimowe, dlaczego w Prusach zdarzało się 680 razy więcej przypadków cholery we Wrześniu niż w Kwietniu, dlaczego znajdują się miejscowości, które są stale, a inne czasowo odporne na cholerę, dlaczego mieszkańcy jednej połowy ulicy są dziesiątkowani przez cholerę, a drugiej oszczędzani, chociaż używają tej samej wody do picia — niech to objaśni na mocy swojej teorii, to P. chętnie stanie się contagionistą.

Kontagijoniści ze wszystkich warunków lokalnych liczą się tylko z wodą do picia i w tegorocznej epidemii w Hamburgu widzą potwierdzenie swoich poglądów, ale P. zaznacza, że w Monachijum w r. 1854 była jeszcze silniejsza epidemia cholery niż tegoroczna w Hamburgu pomimo dobrej wody. W Altonie z wyjątkiem cholera wybuchała z mniejszą siłą niż w Hamburgu, więc nie potrzeba się tu uciekać do różnicy w wodzie miejscowej do picia w tych miastach. Altona znajduje się w najwyższej północnej części Hamburga. Przy roztrząsaniu warunków miejscowości nie należy zwracać uwagi tylko na deszcz i suszę, ale na konfigurację gruntu, na jego własności i na rodzaj i stopień zanieczyszczenia. Prawdopodobnie znajdowały się na ulicach, będących granicą między Hamburgiem i Altoną, takie szeregi domów, gdzie po stronie Hamburga nie było cholery, a po stronie Altony cholera panowała; znany jest jeden taki cyrkul, gdzie mieszkało około 200 ludzi, i gdzie nie było cholery, chociaż należały on do Hamburga i zasilony jest wodociągami Hamburgskimi. To, że Hamburg w roku bieżącym był jedynym ogniskiem epidemii w Niemczech, niczego nie dowodzi: w r. 1855 cholera ograniczyła się tylko do Altony i do kilku miejscowości w dolinie Plessy (*Pleissethal*). Zobaczymy, co będzie później w roku 1893; pokaże się wtedy dopiero, czy się udało cholerę w Hamburgu umiejscowić.

Co do wrzekomego niebezpieczeństwa, na jakie P. i E. przez niedezynfekowanie swoich wypróżnień narażali miasto, E. odpowiada, że wypróżnienia choleryczne, pomimo że zawierają przecinki, nie mogą spowodować zakażenia, jak to wykazali P., CUNNINGHAM i PORT, a bakteriologicznie stwierdzili HUEPPE, WOOD i SCHOLL. EMMERICH obracał się ciągle wśród cholerycznych w 4-ch ciężkich epidemiach, nie zachowując żadnych ostrożności, i wyszedł bez szwanku. Wszystkie epidemie cholery przypadały w Monachijum w latach, kiedy przeciętna

ilość opadów była niższą od zwykłej przeciętnej; w roku bieżącym ta ilość była wyjątkowo wysoką.

Bez odpowiednich miejscowych warunków niemożliwą jest epidemia cholery. Gdyby było inaczej, mielibyśmy w przecinku wyborny środek dla dziesiątkowania naszych wrogów bez wystrzału. Z całemi zapasami hodowli lasecznika septycemii królików podążyli uczniowie PASTEUR'a do Australii, ażeby zwalczyć tamtejszą plagę — rozmnożenie się nadmierne królików — przez sprowadzenie epidemii. Ale australskie króliki okazały się tak odporne na bakteryjologiczną sztukę wojenną, jak poznańskie myszy na hodowle LOEFFLER'a. Nie udało się ani w Australii, ani w Poznańskim wywołać epidemii, bo brakowało usposobienia miejscowego. Podczas wykładów w Berlinie zdarzyło się pomimo ostrożności, iż jednemu ze studentów dostały się przecinki do kanału pokarmowego, a ileż to milionów przecinków musi się dostawać za pośrednictwem pracowni, gdzie takich ostrożności nie zachowują, do rzek, kanałów i miast. Toć przecież przecinek choleryczny stał się przedmiotem handlu i byle kto może go sobie kupić, a jednak tą drogą epidemia żadna nie powstała, pomimo że burdzo łatwo ten i ów może połknąć trochę przecinków, wyhodować je w kiszkaich swoich i oddać bez dezynfekcyi z wypróżnieniami. Teoryja lokalistów nie narobi nigdy niepokoju wśród publiczności, teoryja zaś kontagijonistów łatwo obudzić może niechęć wśród ludności do higienicznych i bakteryjologicznych pracowni, jak się tego obawia FRAENKEL z powodu nieostrożności PETRENKOFFER'a. W walce lokalistów z kontagijonistami może być tylko sędzią sama cholera, która obudzi się zapewne ze swego zimowego snu i przemówi. Należałoby zatem wszelkie teoretyczne niesnaski odłożyć do jesieni roku przyszłego.

(Deut. med. Woch. Nr. 50).

A. Puławski.

72. H. Burger. Zaburzenia ze strony krtani przy wiaǳie rdzenia.

Autor zebrał 71 przypadków wiaǳu rdzenia, w przebiegu którego notowano zaburzenia ze strony krtani, w tej liczbie 6 własnych obserwacyj. Najczęściej bywa, według SEMON'a, porażenie mięśni rozszerzaczy głośni (*abductores glottidis*; mm. *crico-arythenoides postici*), rzadziej porażenie zwieraczy głośni (*adductores glottidis*), z których najczęściej porażonym bywa m. *thyreo-arythenoides internus*. Zazwyczaj porażenie bywa obustronne, rzadziej jednostronne. Prócz zaburzeń krtaniowych, znajdujemy zwykle inne jeszcze zaburzenia. zależne od cierpienia n. *accessorius-vagus* [przyspieszenie tętna, *crises gastriques* i inne]. Przy laryngoskopowaniu znajdujemy, że jedna lub obie struny głosowe znajdują się w położeniu trupiem lub na linii środkowej, w tym ostatnim razie wskutek wtórnego skurczu adduktorów, który przyłączył się do pierwotnego porażenia abduktorów, ruchy wykonywają struny tylko wewnątrz, czasem spostrzegamy przy oddechaniu głębokiem istną ataksyję strun. Subiektywnie porażenia te charakteryzują się zaburzeniami w oddechaniu: chorzy cierpią na duszność, szczególnie przy większych wysiłkach fizycznych, na napady „*crises laryngées*“, które czasem bywają powodem zaduszenia, dla uniknięcia czego robią czasem tracheotomię. Zazwyczaj zaburzeń głosu nie ma, czasem jednakże głos bywa słaby, bez tonu, lub fałsetowy. W niektórych rzadkich przypadkach, pomimo obustronnego porażenia strun głosowych, nie spostrzegano żadnych subiektywnych objawów. Czasu, w jakim występują zaburzenia krtaniowe w przebiegu wiaǳu, oznaczyć z pewnością nie można, gdyż są spostrzeżenia, gdzie zaburzenia te wystąpiły na parę lat przen innemi objawami wiaǳu; innym zaś razem występują podczas rozwiniętego już wiaǳu. Cierpienie to idzie postępowo naprzód i jest nieuleczalne. Niektórzy opisują dobre skutki przy często powtarzanem pędzlowaniu błony śluzowej krtani kokainą. Przy pośmiertnem badaniu, które dotychczas miało miejsce bardzo rzadko, znajdowano

zawsze sklerozę jąder nerwu *accessorius-vagus* lub ich włókien—szczególniej zwyrodniałym bywa *n. recurrens* w rdzeniu przedłużonym—i zanik mięśni porażonych (*mm. crico arythenoidei postici*). Nerw krtaniowy górny zawsze był nietknięty sprawą patologiczną.

K. Stróżeński.

(*Die laryngealen Störungen der Tubas dorsalis. Leiden. 1891. str. 166*).

73. Tribold. *Phenocollum hydrochloricum* przy kokluszu u dzieci.

Praca ta zasługuje na uwagę nie tylko wskutek dodatnich wyników leczenia tym środkiem, ale też dlatego, że autor w swoich obserwacjach porównywał na całym szeregu przypadków działanie w mowie będącego przetworu z innemi dotąd używanemi przy kokluszu. Autor zaczął stosować fenokol, kierując się myślą, że przetwór ten jest chemicznie pokrewny z fenacetyną, nieraz już ze skutkiem stosowaną przy kokluszu. Spostrzeżenia przeprowadzono na 20 chłopcach i 30 dziewczynkach, u których początek choroby datował się od tygodnia, do dwóch miesięcy. Przypadki te były rozmaitego nasilenia, od najlżejszych do najcięższych postaci [55 napadów dziennie]. W wielu przypadkach bywały krwotoki z nosa, gardzieli, oskrzeli. W jednym przypadku jako powikłanie zjawiało się nieżytowe zapalenie płuc i zapalenie opon mózgowych ze śmiertelnem zejściem; wiele przypadków nastąpiło po poprzedzającej odrze. Fenokol podawano i w proszku i w wodnym roztworze od 0.25, 0.60, 0.70, 0.80, 1.00, 1.50, 1.60, grm. dziennie. Na 45 przypadków kokluszu, leczonych fenokolem, uzyskało polepszenie wybitne 17 chorych, żadnego wpływu nie widziano u 24 chorych.

Polepszenie zaznaczało się albo zmniejszoną ilością napadów, albo przy niezmienionej ilości napadów łagodniejszym ich przebiegiem i ustąpieniem zwykle towarzyszących wymiotów, przyczem ani zaburzeń działalności serca, ani zaburzeń w trawieniu, ani też podrażnienia nerek nie spostrzegano. Pomimo tych niby dodatnich wyników leczenia fenokolem, jednakże autor zaznacza, że ten środek zarówno jak antypiryna, fenacetyna, bromoform nie daje pewności działania. Wszelako podawanie fenokolu zasługuje na dalsze próby. Ciemnego zabarwienia moczu, jako wskaziciela fenokolu, przy dodaniu półtorachloru żelaza u gorączkujących dzieci autor nie spostrzegał, natomiast u zdrowych dzieci udawało się wykryć fenokol w moczu w $\frac{1}{2}$ —2 godzin po przyjęciu środka.

(*Wiener medicin. Presse. Nr. 45, 1892*).

Szczęśny Bronowski.

74. J. Ritter. Etiologia kokluszu.

Na zakaźność kokluszu pierwsi zwrócili uwagę OPPOLZER i LOESCHNER, następnie CANSTATT i LEBERT; jednak dopiero LETZERICH w roku 1870 wykryć miał swoiste drobnoustroje w płwocinie osób dotkniętych tą chorobą, a nieco później [1878] TSCHAMER na drodze badania drobnowidzowego stwierdził w płwocinie siatkowato rozgałęzione nitki i drobne, okrągłe, lub owalne zarodniki. Posiłkując się metodami, wprowadzonymi do bakteriologii przez R. KOCH'a, BURGER [1881] przypisuje znaczenie etiologiczne wykryty przez się lasecznikom, DEICHLER [1886],—pierwotniakom, posiadającym ruchy ameboidalne. Wreszcie w roku 1887 AFFANASSIEW z płwociny wyosobnił laseczniki, których swoistości dla kokluszu doświadczeniami na zwierzętach dowieść usiłował.

Ze względu na niezgodność poprzednio otrzymanych wyników, a z drugiej strony biorąc pod uwagę możność zanieczyszczenia płwociny rozmaitemi saprofitami, które przy wstrzyknięciu do tchawicy u zwierząt mogą wywołać objawy do kokluszu podobne, RITTER zrazu starał się przeprowadzić badania bakteriologiczne nad śluzem bezpośrednio z tchawicy wydobyty, sposób ten jednak, bardzo trudny do wykonania, nie doprowadził go do pożądanых wyników.

Przy wielokrotnem badaniu za pomocą wziernika krtaniowego R., wbrew przypuszczeniu wielu autorów, dostrzegł zaledwie bardzo nieznaczne zmiany

w błonie śluzowej krtani i górnej części tchawicy, natomiast $\frac{1}{3}$ dolna część tchawicy okazywała stan znacznego zapalenia, a czasami udało mu się zauważyć podnoszące się z głębi czopki śluzowe.

Ponieważ na podstawie doświadczenia przekonał się, że po wykrztuszeniu takich czopków napad kaszlu ustaje, w nich przeto spodziewał się wykryć istotę kokluszu. Czopki te przy dalszem badaniu okazały się zbiorem upostaciowanych strzępków, jakby przypominających odbicie średnich oskrzeli, a otoczonych znaczną ilością śluzu. Częsteczki, wzięte z oczyszczonych poprzednio strzępków, przeniesione na agar odżywczy wydały prawie czyste kolonie diplokokków, które przedstawiały się w postaci delikatnych, odosobnionych, opalizujących, okrągłych ciałek. Przeniesione na agar, który stanowi dla nich najodpowiedniejsze podłoże, tworzą po dniach kilku zbitą powłokę. Na żelatynie i kartoflu nie rozszerzają się. Są to aeroby, rozwijające się najlepiej przy 36 — 38°C., a przy ciepłotach wyższych od 42 stopni giną. Pod drobnowidzem przedstawiają się te pasorzyty w postaci pojedynczych lub podwójnych kokków, ułożonych w prostych lub pociętych łańcuskach; oddzielne osobniki mają formę okrągłych ziarenek, wklesłych na przylegających powierzchniach.

Wobec charakterystycznych cech diplokokków kokluszowych, wobec stałej ich obecności w wydzielinie kokluszowej, a braku ich w płwocinie osób, dotkniętych innemi cierpieniami, R. przyjmuje swój diplokok za swoisty dla kokluszu. Należałoby jeszcze szczepić hodowlę zwierzętom. R. wprowadzał dwóm psom wyżej opisane strzępki do tchawicy, i jakkolwiek wywołał tym sposobem napady kaszlu kokluszowego, lecz także same napady kaszlu za pomocą rozmaitych bodźców wywoływali również u zwierząt i inni badacze.

(Berl. klin. Woch. Nr. 50. 1892).

M. Fraenkel.

Wiadomości terapeutyczne.



37. Agathinum. Agatina. Jest to związek kwasu salicylowego z metylfenylhydrazonem. Przedstawia się w postaci proszku blaszkowatego z lekkim odcieniem zielonawym, bez smaku i zapachu. Rozpuszcza się w eterze i alkoholu; w wodzie się nie rozpuszcza.

Agatina ma być skutecznym środkiem przeciwko nerwobólom i reumatyzmowi, jak wykazują spostrzeżenia ROSENBAUM'a (*Deut. med. Zeitung.* 50 1892), LAQUER'a i LOEWENTHAL'a. Szczególniej dobre wyniki otrzymano dotąd przy leczeniu nerwobólu kulszowego (*ischias*), przy *neuralgia supraorbitalis* i t. d., i to właśnie w przypadkach, w których podobno inne środki zawodziły.

Dawka wynosi 0,5 [gr. viij] 2—3 razy dziennie.

38. Asaprolum. Asaprol. Jestto związek kwasu β -naftolu - α -monosulfonowego z wapniem. Przedstawia się w postaci proszku białego. Rozpuszcza się w $1\frac{1}{2}$ części wody, w 3 częściach alkoholu. Odczyn tego związku jest obojętny.

Asaprol szybko z organizmem wydziela się z moczem. Dodawszy do takiego moczu kilka kropeł półtorachloru żelaza, otrzymuje się ciemno-niebieskie zabarwienie.

Dotychczas badania chemiczno-bakteryjologiczne oraz spostrzeżenia kliniczne podali: STACKLER, DUBIEF i BOMPART.

Asaprol odznacza się bardzo wyraźnem działaniem antymykotycznym, jak udowodniły doświadczenia bakteriologiczne, dokonane w pracowni DUJARDIN-BEAUMETZ'a.

Kliniczne spostrzeżenia wykazały, że asaprol obniża ciepłotę gorączkową (*antipyreticum*) i usuwa bóle przy rozmaitych nerwobólach. Szczególniej wydatną skutecznością, według BOMPART'a, ma się odznaczać asaprol przy ostrym reumatyzmie stawów: 4 gramy asaprolu *pro die* wywierają takie działanie jak 8 gramów salicylanu sodu. Według zalecenia BOMPART'a, trzeba przepisywać w pierwszym dniu ostrego reumatyzmu 2 gramy, drugiego 3 gramy, trzeciego 3 gramy, a od czwartego po 4

gramy *pro die*. Dawkę tę należy powtarzać aż do ustąpienia gorączki i bólów. Z nastąpieniem zdrowienia trzeba dawkę stopniowo obniżać do 1 grama dziennie. Podobno w ten sposób uniknąć można powrotów choroby.

Przepisywać można albo wprost w proszku, albo według BOMPART'a w sposób następujący:

- 1) Rp. *Asaproli* 2,0—4,0, *Syrupi et Aqu. destill. anisat. aa* 30,0. *M. D. S.* Do wyżycia w ciągu 24 godzin łyżeczkami od kawy — w wodzie osłodzonej, w kawie lub w piwie.
- 2) Rp. *Asaproli* 2,0—6,0, *Laudani liquid. Sydenhami gtt. jv. Vitelli ovi* Nr. 1, *Decoct. Salep.* 100,0. *M. D. S.* Na jedną ławatywę.
- 3) Rp. *Asaproli* 10,0, *Aqu. destill.* 200,0. *D. S.* Do płukania gardła.

Wiktor Grostern.

Listy otwarte do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Jeszcze krótszych kilka uwag do odpowiedzi D-ra Herynga na moje pierwsze uwagi króciutkie.

SZANOWNA REDAKCYJO!

Naprzód wyrzekam się solennie, że już nigdy więcej nie odstąpię od swej zasady niepisania uwag do rozpraw innych, bo potem trzeba dyskutować o rzeczach, o których nie ma prawdziwie żadnej dyskusyi. A teraz do rzeczy:

1. D-r HERYNG się myli, że ja mu robię zarzut, „że..... nie położył nacisku“, że w moim podręczniku pogląd mylny co do zranienia *art. carot. int.* „nie został powtórzonym, przeciwnie sprostowanym“. Ależ ja takiego zarzutu nie czyniłem, tylko sprostowałem mylne twierdzenie D-ra HERYNGA, że pogląd balamucący lekarzy przeszedł „do wszystkich podręczników“. W moim podręczniku go nie ma, nie ma go prócz tego i w innych. To była sprawa do sprostowania, na to winien był D-r HERYNG, jeżeli miał co do odpowiadania, odpowiedzieć. Zgrabnie wplótł recenzję bardzo pochlebną dla mego podręcznika — wdzięczny mu za nią jestem, ale mniej zgrabną jest jego uwaga, że na myśli miał podręczniki z czasów CHASSAIGNAC'A.

2. Na uwagę D-ra HERYNGA, że prowadzenie noża od góry ku dołowi, jak on to zaleca, okazało się dla niego dogodniejszym, odpowiadam, że w chirurgii nie stanowi o wartości metody jej dogodność dla operatora; przyczynę, dlaczego uważam takie postępowanie za nieodpowiednie, już podałem.

3. Po zapewnieniu D-ra HERYNGA, że więcej niż 600 tonsylotomij wykonał, wcale o tem nie wątpię. Pierwotnie sam podał, że liczba jest tylko przybliżona, więc nie mogłem wiedzieć, że notował w dzienniku; jak zaś obliczenia z pamięci zawodzą, dowiódł BILLROTH.

4. Ja nie tylko powatpiwam, ale stanowczo twierdzę, że pętlicy galwanokaustycznej nie należy się „bezwarunkowo“ pierwszeństwo — nawet u dorosłych nie. Mimo mego nadzwyczaj skromnego doświadczenia co do tonsylotomii, śmiem jednak co do oceny krwotoków wogóle i sposobu ich tamowania twierdzić, że pewnie tyle w tym względzie posiadam znajomości co D-r. HERYNG i każdy z laryngologów. Na podstawie tej twierdzę, że celem zatamowania krwotoku po tonsylotomii, wykonanej *lege artis*, nie potrzeba nigdy w obcych czasach uciekać się aż do podwiązania *art. carot. comm.* Nie wiem, czyby jakieś nadzwyczajne komplikacje mogły mnie skłonić do tej operacyi. Czy *haemophilia* mogłaby stanowić wskazanie? Ale w takim razie nie tonsylotomija, nie krwotok po niej, ale *haemophilia* byłaby wskazaniem do podwiązania *art. carot. comm.* i przyczyną niebezpieczeństwa, którego nie pokonałaby też pętlica galwanokaustyczna. W każdym przypadku krwotoku po tonsylotomii wystarczy prawie zawsze ucisk palcami, należyście długo wykonany, gdyby krwotok po płukaniu wodą zimną nie ustał. W przypadkach wyjątkowych, w których ucisk palcami pozostałby bez skutku, mamy świetną pomoc w uciskadle MIKULICZA. Wszakże podłożywszy gazę jodoformową pod uciskadło na ranę, możemy nawet przez kilka dni stale uciskać, a to wystarczy, żeby krwotok nawet z grubszych tętnic zatrzymać. Przypominam sobie dwa przypadki z naszej kliniki, w których krwotok nawet z przestrzelonej *art. carot.* pod uciskiem palcami stanął i stał pod

opatrunkiem następnie założonym i z pewnością nie bardzo dokładnie uciskającym przez kilka dni, tak, że chory mógł do kliniki przyjechać.

W uwagach powyższych nieści się odpowiedź na zapytanie D-ra HERYNGA pełne grozy: „Czy wolno chirurgowi pomijać doświadczenie innych, czy wolno wybierać metodę łatwiejszą przed inną, nieco kłopotliwszą, lecz zabezpieczającą od groźnych komplikacji*? Z doświadczenia innych korzystamy i usuwamy komplikacje groźne, sposobami każdemu lekarzowi przystępnymi. Na tem wiele zależy, bo trudno — jak już wspomniałem — chorych z przerostem migdałków wysłać do specjalistów.

D-r HERYNG na to powiada, że wprawdzie „każdy lekarz powinien umieć wykonać tonsylotomię, ale powinien też wiedzieć, kiedy ją ma wykonać sam, a kiedy odesłać do chirurga, posiadającego wszelkie aparaty zabezpieczające od możliwości krwotoku“. Każdy lekarz ma więc, według D-ra HERYNGA, już naprzód rozpoznać, w którym przypadku mógłby krwotok powstać. Wielkie żądanie! Trudniejsze do wykonania, niż podwiązanie *art. carot. com.*! Szkoda, że D-r HERYNG nie podaje nieomylnych takich wskazówek, któreby na pewno każdemu lekarzowi dozwalały taki przypadek rozpoznać tak, żeby mu się nigdy nie mógł wydarzyć krwotok niebezpieczny. Przecież nie tylko „u dorosłych, przy twardych, włóknistych migdałkach“ może krwotok wystąpić. Niestety, takich wskazówek wogóle nie ma, bo inaczej trzebaby pana A. LANE'go i innych jemu podobnych surowo ukarać: dlaczego nie przewidzieli krwotoku, mając pewne wskazówki (?), i narazili chorego, po „tak błahej operacji, jak tonsylotomia“, na niebezpieczeństwo poważne, jakie stanowi podwiązanie *art. carot. comm.*, a nawet na śmierć!

Więc albo można niespodziane i wyjątkowo silniejsze krwotoki po tonsylotomii tamować innym sposobem, albo nie można — albo można lekarzowi nie posiadającemu przyrządu galwanokaustycznego pozwolić wykonywać tonsylotomię, albo nie można. Jakiej „metodzie oddać pierwszeństwo“, ogół już rozstrzygnął: zawsze tej, która jest dla chorego dobrą i wygodną, a nie dla specjalisty, stosownie do starego przysłowia o nosie i tabakierce.

Zresztą dodam jeszcze i tę uwagę, że od krwotoku z tętnic nieco grubszych, np. przypadkiem nieprawidłowo przebiegających, nie uchroni nas pięćca galwanokaustyczna; widziałem swego czasu w klinice w Strassburgu, jak po bardzo powolnem odcięciu połowy języka pięćcą galwanokaustyczną szumnie strzykało z grubszych gałązek tętnicy językowej.

Nad ostatnim punktem nieco obszerniej się rozpisać musiałem — nie dla dyskusji i obrony swych twierdzeń, ale dla obrony sposobu dobrego i dla obrony chorych i dla obrony lekarzy niespecjalistów, których przecież nie można skazać tylko na sortowanie chorych, do którego specjaliści mają jechać; a cóżby im jeszcze pozostało, gdyby nawet tonsylotomii wykonywać nie mieli.

Na tem stanowczo kończę dyskusję.

Z szacunkiem.

Prof. Rydygier.

Odpowiedź na list prof. Rydygiera

przez T. HERYNGA.

Ośmielał się zwrócić uwagę Sr. prof. RYDYGIERA, że skoro w N. 51 „Gazety Lekarskiej“ wydrukował swe uwagi z powodu mej pracy o tonsylotomii, widocznie przedmiot wymagał sprostowania lub dyskusji.

Ponieważ nie wstydzę przyznawać się do popełnionych literackich błędów, będących nieraz wynikiem źle użytego, lub mylnie wybranego wyrażenia, przyznałem to w liście uprzednim i zrektyfikowałem owo zdanie, stanowiące przyczynę polemiki.

Podnosząc zalety podręcznika Prof. RYDYGIERA, uczyniłem to ze szczerego o wartości jego przekonania. W pracy mej zalecałem prowadzenie noża od góry ku dołowi, nie tylko dla wygody operującego, ale z tego względu, że w wielkiej ilości przypadków nie znalazłem wcale, aby krwawienie zasłaniało pole operacyjne i przeszkadzało dalszemu prowadzeniu cięcia.

Bývają krwotoki znaczniejsze, czasem groźne, widziano już śmiertelne. Trzeba wiedzieć, jak im zapobiedz, wszak to pierwszy lekarza obowiązek, bodaj czy nie ważniejszy od kwestyi, jak je tamować. Nie będąc wytrawnym chirurgiem, a mając ciągle do czynienia z tonsylotomią, wypróbowałem, idąc za przykładem M. SCHMIDT'A, CAPPART'A, MICHEL'A, metodę galwanokaustyczną. Okazała się bardzo dobrą, poleciłem ją więc uwadze kolegów, polecałem nawet z pewnym zapalem.

W Warszawie kilku z kolegów poszło za moim przykładem, pisali o niej i wielkie oddają jej pochwały. Prof. RYDYGIER innego jest zdania, uważa, że tonsylotom zupełnie wystarcza, że krwotok i nie są natury poważnej, że każdy lekarz i bez podwiązania tętnicy szyjowej da sobie z niemi radę. Z podanej przezemnie kazuistyki widać tymczasem, że niezawsze tak bywa, i pomimo stosowania ucisku musiano już podwijać tętnicę szyjową.

Zdaje mi się, że siedzieć godzinę lub dłużej z ustami otwartymi, z palcem operatora na migdałku, lub z uciskaczem Prof. MIKULICZA, choćby owiniętym gazą jodoformową, nie należy do wielkich przyjemności życia. Dla tego też radzę pętlicę dla dobra chorego, a przytoczony przez prof. RYDYGIERA przykład operacji języka, przy której ona nie dopisała, dowodzi mojem zdaniem, iż nie była odpowiednio użytą, zbyt słabo, lub zbyt silnie rozpaloną. Umiejętne stosowanie pętlicy wymaga również doświadczenia i wprawy.

Na zapytanie prof. RYDYGIERA, czy mamy nieomyślne wskazówki, wskazujące kiedy użyć pętlicy, a kiedy tonsylotomu, odpowiem, że są pewne wskazania wpływające na wybór metody. Wspomniałem już, że pętlica wskazana jest przy twardych migdałkach, szczególnie u dorosłych.

Dodam teraz, że wskazana jest również u osób z wybitną pletorą, przy objawach silnego zastojowego przekrwienia gardła, u osób starszych, dotkniętych ateromatem naczyń, u osób, u których anamneza wykazuje, że już po nieznacznym zranieniu skóry, lub wyjęciu zęba, nader silnie krwawią. Wskazana jest również, gdy przy wyciąganiu próbnem migdałków ostrym hakiem, dokonaniem zwykle przed tonsylotomią, celem przekouania się, czy migdałki nie są do łuków przyrośnięte, krwawienie z rąki przedłuża się, wogóle zbyt jest obfite. Oto wskazówki, których trzymać się trzeba, choć i one nie są wcale nieomyślne.

Kwestyi tabakierki i nosa nie będę tu poruszał, uważam ją za niepotrzebnie do naukowej polemiki wniesioną. Ograniczę się tylko do uwagi, że nigdy nie odmawiałem nikomu, a najmniej chirurgom, prawa wykonania tonsylotomii, nie uważałem tej operacji jako własność laryngologów.

Żądamy jednak równouprawnienia. Uczymy się od chirurgów, dążymy ciągle do chirurgii, zabieramy im najlepsze metody; w zamian niech nam wolno będzie zwrócić ich uwagę na pewne niedogodności metod dawniejszych i polecić im te, które w naszych rękach okazały się dla chorych korzystniejszymi lub bezpieczniejszemi. Kończę prośbą, aby prof. RYDYGIER, zamiast potępiać metodę galwanokaustyczną, zechciał ją osobiście wypróbować i z wynikami zwykłej tonsylotomii porównać; przekonany jestem, że wkrótce zdanie swe o niej zmieni.

T. Heryng.

Wiadomości bieżące.

— + + —

— Jak przewidywaliśmy, odezwa nasza, pomieszczona w N-rze 49 „Gazety Lekarskiej“ do jej Czytelników o podniesieniu opłaty prenumeracyjnej dla dostarczenia nam funduszków celem rozszerzenia i ulepszenia pisma, została przychylnie przyjętą. Dowodem tego, iż duża liczba dotychczasowych prenumeratorów odnowiła już abonament na rok przyszły. Ponieważ niemożliwem jest odpisywać nam każdemu z nich osobno, pozwalamy sobie niniejszem przestać serdeczne podziękowania wszystkim „przyjaciołom naszego pisma“ za poparcie naszych usiłowań.

— Z powodów od nas niezależnych nie byliśmy dotąd w stanie podać Sz. Czytelnikom wiadomości o końcu epidemii cholery w Warszawie. Pospieszamy to zrobić obecnie przed zamknięciem roku. Od 26 ego Października do 7-go Listopada było w Warszawie świeżych przypadków cholery 13. Od tego czasu nie notowano właściwie w samym mieście ani jednego przypadku cholery. Natomiast z okolic miasta, głównie z Ochoty, dostarczano jeszcze w ciągu prawie 4 tygodni co kilka dni po jednym przypadku cholery. Te jednak w statystykę miasta wchodzić nie mogą. Ogółem więc przypadków cholery w samym mieście (łącznie naturalnie ze Szmulowizną) było przypadków cholery 144. Z oddziałów cholerycznych otwarty jest tylko jeden w szpitalu Dzieciątka Jezus, ale i ten stoi od kilkunastu dni zupełnie pustkami.

— W Towarzystwie Lekarskiem Krakowskiem wybrano na r. 1893 na prezesa prof. ŁAZARSKIEGO, na wiceprezesa D-ra TRZEBICKIEGO, na sekretarza dorocznego D-ra BRON. OLSZEWSKIEGO.

— Na redaktora „Przeglądu lekarskiego“ od r. 1893 wybrany został prof. DOMAŃSKI.

— Z powodu usunięcia się prof. HALBANA z redaktorstwa organu Tow. Lek. Krak. „Przeglądu lekarskiego“, toż Towarzystwo uchwaliło wnioszek: „Tow. Lek. Krak., uznając znakomite zasługi położone przez lat 16 przez kol. HALBANA około Przeglądu lekarskiego, ofiarują mu adres ozdobny, w którym da wyraz czci i wdzięczności, jaką dla długoletniego, zasłużonego Redaktora jest przejęte“.

— Dnia 12 Grudnia r. b. cesarz Franciszek Józef przyjmował deputacyję uniwersytetu w Czerniowcach, proszącą o otwarcie wydziału lekarskiego. Dla braku funduszków wynik tej prośby jest wątpliwy.

— Belgijska Akademia lekarska ogłosiła nagrodę 4000 fr. za najlepsze dzieło o patologii i terapii epilepsji. Termin nadsyłania prac: 1 Luty 1894 rok.

— Prof. ADAMKIEWICZ w świeżo wydanym dziele: „*Untersuchungen über den Krebs und das Princip seiner Behandlung. Experimentell und klinisch*“, dowodzi, iż elementy raka nie są komórkami nabłonka, lecz są natury pasorzytniczej, a mianowicie kokkeidjami — *Coccidium Sarkolytus*; iż jad przez nie wytwarzany, który A. nazywa „*canceroin*” musi być pokrewny z neuryną, a wstrzykiwanie tego jadu pod skórę dało w 25 przypadkach pomyślny rezultat leczniczy.

— Towarzystwo psychiatryczne Berlińskie obchodziło 15 b. m. i r. 25 letni jubileusz istnienia.

— Na klinice chirurgicznej w Heidelbergu wykładaną będzie specjalnie od 1893 r. chirurgia ortopedyczna.

— Francuzkie czasopismo lekarskie, wychodzące w Paryżu: „*La Semaine médicale*“, wychodzi jednocześnie i w języku hiszpańskim i angielskim.

— D-r WŁADYSŁAW NIEMIŁOWICZ mianowany został profesorem nadzwyczajnym farmakognozy na uniwersytecie Lwowskim.

W Odessie zmarł D-r Jan CZARNOCKI, w wieku lat 32, współpracownik naszego pisma.

W Londynie zmarł w 89 r. życia, znakomity naturalista RICHARD OWEN, b. profesor anatomii i fizjologii w kolegium chirurgów, a ostatnio nadiutendent oddziału historii naturalnej w British Museum. Nauka zawdzięcza mu ogromną liczbę prac klasycznych z dziedziny paleontologii i anatomii porównawczej.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1893 według tego samego programu, w zwiększonej objętości, a cena ulega podwyższeniu, mianowicie wynosić będzie w Warszawie: rocznie 7 rubli, półrocznie 3 rs. 50 kop; na prowincyi, w Cesarstwie i zagranicą: rocznie 8 rubli, półrocznie 4 ruble.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1893 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne”. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi **rs. trzy**. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów kartę tytułową i spis rzeczy do Tomu XII Gazety Lekarskiej za 1892 rok.

Sprostowanie: W N-rze 52 Gaz. Lek. w Wiadomościach bieżących o zmarłych na cholere w Rossyi, zamiast 25,974, powinno być 259,747; oraz w pracy D-ra NEUGEBAUERA, str. 1159 wiersz 23 od góry zamiast *psontis* winno być *psandis*; str. 1161 w. 5 od góry zamiast *verunstellen* winno być *verae stellen*; str. 1163 w. 6 od góry zamiast *namlich* winno być *naemlich*, w. 11 od góry zamiast *Knochenwulst* winno być *Knochenwulst in*, w. 25 po wyrazie *hingegossenes* opuszczono *gleichsame Knochen* — w podpisie pod rysunkiem zamiast *porti* winno być *portio*; str. 1164 w. 7 od dołu zamiast *Presected* winno być *Presected*; str. 1166 fig. 10 postawiona odwrotnie.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Доволено Цензурою, Варшава 18 Декабря 1892 г.

Друк К. Ковалевского, Крѣовска № 29.

