

GAZETA LEKARSKA

Prof. dr Jan Mikulicz-Radecki.

Kiedy w roku zeszłym odwiedziłem klinikę chirurgiczną prof. MIKULICZA w Wrocławiu, nie przypuszczałem, że tak prędko zabraknie nam tego niezwykłego działacza na polu chirurgii. Prawda, znać było jakieś pewne znużenie, znać było jakby zmniejszenie energii, którą w całej pełni podziwiałem u niego podczas mego pobytu w klinice wrocławskiej w 1891 roku i w 1900; objaśniałem to jednak sobie przepracowaniem; widocznie jednak były to już wtedy początki choroby, która w połowie czerwca powaliła do grobu tego walecznego ciało, ale olbrzymia umysłem i techniką chirurga.

MIKULICZ studia lekarskie ukończył w Wiedniu i pracował następnie w charakterze asystenta pod kierunkiem takiej znakomitości lekarskiej, jaką był BILLROTH. Szkoła i kierunek bardzo dużo znał, ale MIKULICZ musiał już w pierwszych latach swej samodzielnej pracy zdradzać niezwykłą indywidualność, kiedy wiadomości o nim dochodziły już do nas wtedy, kiedy poza sobą liczył zaledwie lat kilka pracy asystenckiej. Nic dziwnego: już w roku 1878 ogłosił w Archiwie LANGENBECK'a [Tom 23] wyczerpujące studium swe o skrzywieniach bocznych w stawie kolanowym. W pracy tej, opartej na badaniu i wymiarach licznych preparatów, na obfitym materiale klinicznym i na ścisłych badaniach anatomo-patologicznych, MIKULICZ stanął w sprzeczności z teorią HUETER'a, która do tego czasu panowała w nauce, o powstawaniu kolana ksobnego. MIKULICZ dowiódł jasno i kategorycznie, że w nasadach kości udowej i goleniowej nie znajdują się żadne zmiany patologiczne przy ksobnem skrzywieniu kolana, lecz że nasady te są tylko osadzone na skrzywionych trzonach kości. Wcześniej już zaczął zajmować się Miku-

licz prześwietlaniem przełyku i dzięki udoskonalonej przez siebie metodzie mógł z całą pewnością na XI Kongresie chirurgów niemieckich w roku 1882 ogłosić, że są pewne postaci zwężeń przełyku, w których niema żadnych zmian patologicznych, a objawy zwężenia są tylko następstwem skurczu wpustu (*Cardiospasmus*). Nad ezofagoskopią nie przestaje pracować w dalszym ciągu: udoskonala coraz więcej technikę badania, zajmuje się fizyologią i patologią przełyku, a zdobycze tej wieloletniej pracy znalazły swój wyraz w obszernem studyum, napisanem przez jego asystenta w Wrocławiu, dra GOTTSTEIN'a i w artykułach samego MIKULICZA, z których jeden został ogłoszony po polsku w Rozprawach i Sprawozd. Akad. Um. Krak. w 1887 roku.

W roku 1882 MIKULICZ został powołany na dyrektora kliniki w Krakowie; pozostawał na tem stanowisku przez lat pięć; pomimo bardzo mizernych warunków, w jakich się podówczas znajdowała klinika chirurgiczna krakowska, czynny umysł MIKULICZA potrafił stale wносить coś nowego do chirurgii. W okresie tym pięcioletnim ogłosił on 25 prac w języku polskim, z których dwie drukowane były w Gazecie Lekarskiej w roku 1883; w jednej podawał nowy sposób plastycznej operacji nosa, w drugiej opisał przypadek wgłobienia i wypadnięcia jelita grubego przez kışzkę stolcową. Większość prac była drukowana w Przeglądzie Lekarskim; w przeważnej liczbie ich uwydatniają się nowe idee, nowe pomysły: to nowy sposób operowania otoku ropnego w jamie HIGMOR'a, to zalecanie bocznej faryngotomii do usuwania raka migdałków i bocznej ściany gardzieli, to sposób operowania polipów nosowo-polykowych.

W roku 1885 ogłosił pracę, opartą na licznych materyale kazuistycznym, w sprawie ujemnych następstw całkowitego wyluszczenia wola i pierwszy celem zapobieżenia tym następstwom zalecił metodę, polegającą na częściowem wycięciu wola. Sprawa wola i choroby BASEDOW'a zajmowała go i w czasie pobytu w Wrocławiu; jeden z jego asystentów, REINBACH, ogłosił kilka prac w sprawie karmienia grasicą osobników, mających wole; opierając się na 30-u spostrzeżeniach, MIKULICZ przyszedł do wniosku, że karmienie grasicą daje lepsze wyniki, niż wyciągiem z gruczołu tarczowego, i, co jest rzeczą ważną, że przy karmieniu grasicą nie zauważono nigdy żadnych ubocznych następstw szkodliwych. Co się tyczy choroby BASEDOW'a, MIKULICZ wychodzi z tej zasady, że istota tego cierpienia nie może zależeć od nadmiernej czynności gruczołu tarczowego i że wole nie jest cierpieniem pierwotnem, ale jednym z objawów współrzędnych, towarzyszących tej chorobie; podług niego te same przyczyny bliżej nieznanne, które wywołują zaburzenia w innych narządach, powodują również przerost gruczołu tarczowego, co dopiero wpływa na wzmożenie się jego czynności; wzmożona czynność gruczołu dopiero może wpływać na pogorszenie istniejących już objawów; wychodząc z tej zasady, MIKULICZ zalecał rezekcyę wola w tej myśli, że usunięcie części przerosniętego gruczołu zmniejszy jego czynność, *resp.* wpłynie dodatnio na inne objawy; w tych przypadkach, gdzie niema poprawy po operacyi, MIKULICZ sądził, że pierwotne objawy były zbyt ciężkie. Rezekcyę w cięższych przypadkach robił na 2-ch posiedzeniach. Pole, na którem jednak najwięcej zasłynął MIKULICZ, i na

którem prace jego przyniosły rozległą i istotną korzyść, była chirurgia jamy brzusznej.

Już w roku 1884 ogłasza MIKULICZ w Przeglądzie Lekarskim artykuł o leczeniu operacyjnem zapalenia ropnego otrzewnej po przedziurawieniu jelita w durze przechodnim; prace w tym kierunku i coraz nowsze spostrzeżenia idą jedno za drugimi. Liczne te spostrzeżenia wpłynęły i na sposób postępowania w zapaleniach ropnych otrzewnej, czyto rozlanych, czy też ograniczonych. W roku 1886 ogłosił on w Przegl. Lek. obszerną pracę, będącą wynikiem tych spostrzeżeń, pracę „o wykluczaniu ognisk martwych z jamy brzusznej”; w pracy tej uzasadnił konieczność drenowania jamy brzusznej w przypadkach zapalenia otrzewnej, ale nie zapomocą zwykłego sączka, który nie odpowiada w tym razie celowi, lecz zapomocą tamponowania jamy brzusznej; tampon ten, nazwany od twórcy swego workiem MIKULICZA, odgrywa rolę sączka włosowatego i oddaje znakomite usługi, gdyż jednocześnie pełniąc czynność sączka, zatrzymuje wskutek uciskania krwawienie, sprzyja naokoło sklejanu się, przez co zabezpiecza jamę otrzewnej od zakażenia, i działa przeciwnie, jeżeli do tego używany gazy jodoformowej. Wobec tych zalet jedyna strona ujemna worka MIKULICZA—skłonność do przepuklin, powinna zejść na plan dalszy, tem więcej, że stosowanie tego tamponu ma swe wskazanie w niepewnych lub cięższych przypadkach.

W roku 1887 zalecił przy zwężeniach odźwiernika, prawie jednocześnie z HERNEKE'm, zamiast wycięcia, w pewnych przypadkach cięcie podłużne odźwiernika i zeszytie w kierunku poprzecznym. Będąc jeszcze w Krakowie, podał także nową metodę osteoplastycznej rezekcyi stopy przy gruźlicy kości piętowej i skokowej.

W roku 1887 opuścił MIKULICZ Kraków; od tej chwili został stracony dla piśmiennictwa lekarskiego polskiego, ale nie dla nauki chirurgii. Trzy lata przebył w Królewcu, a w roku 1890 przeniósł się do Wrocławia, gdzie wybudowano podówczas wspaniałą klinikę chirurgiczną, ze wszystkimi urządzeniami, ułatwiającemi pracę naukową i praktyczną. Tutaj też praca MIKULICZA przy współudziale szeregu licznych asystentów popłynęła szerokiem korytem. Szczególniej uwydatnia się to w ostatniem dziesięcioleciu, kiedy wspólnie z NAUNY'N'em wydawać zaczął pismo „*Mittheilungen aus den Grenzgeb. der Chir. und der Medicin*”. Prace jego własne i artykuły jego asystentów, opracowujących tematy, polecane przez samego MIKULICZA i pod jego kierunkiem, wypełniają prawie połowę 13-u tomów, które dotychczas się ukazały. Jak MIKULICZ rozumiał ważność wzajemnego współdziałania medycyny wewnętrznej z chirurgią, najlepiej dowodzą prace, ogłaszane w tem piśmie.

W klinice Wrocławskiej MIKULICZ rozporządzał licznym materiałem klinicznym: umiał on z niego skorzystać z pożytkiem dla chorych i dla rozwoju nauki chirurgicznej. W roku 1897 ogłosił w swem czasopiśmie obszerną pracę o postępowaniu chirurgicznem przy przewlekłym wrzodzie żołądka. Praca ta oparta jest na licznym materiale statystycznym, przyczem nie pominięto ani jednej pracy z polskiego piśmiennictwa, i na własnych spostrzeżeniach z Krakowa, Królewca i Wrocławia, których liczba wynosiła 46.

Po szczegółowym przedstawieniu rodzaju operacji powikłań, rozpoznania różniczkowego, MIKULICZ, w kwestyi samego zabiegu operacyjnego przy tej chorobie, pomimo bogatego doświadczenia osobistego, oświadcza, że do przyszłości należy zadanie określenia ścisłego granic operacyjnego i wewnętrznego leczenia. Dzisiaj podług niego, chociaż niebezpieczeństwo, na jakie naraża chorego sam wrzód żołądka, nie jest mniejsze, a prawdopodobnie większe, niż sama operacja, należy jednak do niej przystępować wtedy, kiedy leczenie wewnętrzne nie przynosi pożytku, lub też wtedy, kiedy jesteśmy pewni, że przez operację szkody żadnej choremu nie zrobimy, a osiągniemy istotne i trwałe wyleczenie. Naturalnie, wobec objawów zagrażających bezpośrednio lub pośrednio życiu chorego, jak: częste i obfite krwawienia, wychudnienie gwałtownie szybko postępujące, przy podejrzeniu raka, przy objawach zapalenia naokoło żołądka, należy nie zwlekać z operacją. „Na żadnym innem jednak polu nie jest tak potrzebne wzajemne współdziałanie internisty i chirurga, jak przy tej chorobie“, kończy temi słowy obszerną swą pracę MIKULICZ.

W pracy swej o technice operacyjnej raka żołądka, ogłoszonej w 1898 r., powiada, że na rodzaj postępowania wpływają te drogi, po których się rak rozszerza; w tym kierunku prowadzone były w jego klinice i pracowni liczne badania; jeżeli rak rozszerza się w samej ścianie żołądka, lub nawet zajmuje sąsiednie gruczoły chłonne, to MIKULICZ w tych razach zaleca wycięcie zupełne nowotworu razem z gruczołami. MIKULICZ następnie zaszywa zupełnie dwunastnicę, a zeszywając ranę żołądka, zostawia u dołu mały otwór, w który wszywa czeze jelito, najczęściej używając do tego guzika MURPHY'ego. W przypadkach, gdzie rak rozszerza się na otrzewną żołądka, lub są już przerzuty w odległych narządach, wycięcie guza uważa MIKULICZ za przeciwwskazane.

W 1902 roku zjawia się praca jego o chirurgicznym postępowaniu w raku jelita; praca ta opiera się na 106-iu przypadkach guzów złośliwych jelit z pominięciem guzów prostaty; najmłodszy osobnik, obciążony guzem, miał lat 16. Radykalną operację wykonał w 37-iu przypadkach i na zasadzie własnego doświadczenia jest stanowczym zwolennikiem radykalnej rezekcji guza na 2-ch posiedzeniach, szczególnie jeżeli guz jest umiejscowiony w jelicie grubym. Operacja radykalna na jednym posiedzeniu dawała 42% śmierci, na 2-ch zaś tylko 12%. Operacja jego na 2-ch posiedzeniach polegała na tem, że po oddzieleniu obszernem krezki wydobywał guz z gruczołami zajętymi na zewnątrz rany brzusznej; ranę brzuszną zaszywał, pozostawiając miejsce tylko dla doprowadzającego i odprowadzającego końca jelita, i otrzewną jelita zeszywał z otrzewną ścienną rany; na ranę zaszytą kładł pastę cynkową i opatrunek, i dopiero wtedy odcinał guz, mając zupełnie odosobnioną jamę otrzewną. Przy pierwszych operacjach odcinał guz dopiero po 2-ch dniach, przy następnych natychmiast; do jelita doprowadzającego wprowadzał sącdek szklany, do którego przymocowywano sącdek długi gumowy; po 2 — 3-ch tygodniach zamykał *anus praeternaturalis* albo zapomocą przyrządu swego pomysłu, albo zapomocą szwu.

W 1900 roku ogłosił pracę o *ileus*, opartą na 86-iu własnych spostrzeżeniach, z których operowano 70 z śmiertelnem zejściem w 36-iu przypadkach.

W 1903 roku ogłosił pracę o obecnym stanie chirurgii trzustki, ze szczególnem uwzględnieniem urazów i zapaleń tego narządu; praca ta opiera się na 31 przypadkach operacji na trzustce, nie wliczając w to 30-tu przypadków częściowego wycięcia trzustki podczas rezekcji żołądka; 10 razy operowano torbiele, 2 razy z wyluszczeniem, a 8 razy z sączkowaniem; 2 razy ropień otwierano; 2 razy zapalenie przewlekłe trzustki i 1 raz zmiażdżenie trzustki z powodu uderzenia w brzuch; po 2-ch dniach duży krwistek w trzustce przecięto i założono sączek.

16 razy guzy właściwe, przy których w 7-iu przypadkach zrobił próbną laparotomię, w 5-iu połączenie pęcherzyka żółciowego z jelitem, w jednym zespolenie jelita z żołądkiem, w jednym przypadku próbował guz wyluszczyć bez powodzenia.

Ta ogromna liczba laparotomii w nadzwyczaj ciężkich cierpieniach narządów jamy brzusznej, przy których tak łatwo było o zakażenie tak czułego narządu, jakim jest otrzewna, musiała skierowywać myśli MIKULICZA w tym kierunku, aby uczynić pole operacyjne jak najmniej narażonem na zakażenie; widzieliśmy wyżej, jak postępował przy wycinaniu raków jelita, starając się wyosobnić zupełnie jamę otrzewnej; widzieliśmy, że już przed 20-tu prawie laty polecił stosować w pewnych przypadkach tamponowanie jamy otrzewnej. Ale podczas operacji przyczyny zakażenia mogą się znajdować w środkach opatrunkowych, w samym operującym i w operowanym. To też od lat wielu wrzała w klinice MIKULICZA praca w tym kierunku, do której oprócz samego kierownika wciągnięty był cały szereg jego asystentów. MIKULICZ dążył do tego ideału, aby rany operacyjne goiły się, jak uszkodzenie podskórne.

Że się zbliżał do tego, mogłem się o tem osobiście przekonać, zwiedzając jego klinikę w różnych odstępach czasu; bez przesady mogę powiedzieć, że nigdzie nie spotkałem tak surowego i tak ścisłego przestrzegania zasad aseptyki, wyrobionych przy obecnym stanie nauki, jak podczas operacji u MIKULICZA. Niektórzy nazywali nawet to przesadą; nie wiem, czy wyraz ten jest odpowiedni dla aseptyki: czy można być w jej stosowaniu za gorliwym; przesadą nie można nazwać częstej zmiany nicianych rękawiczek podczas operacji wobec wyniku badania, że po najdokładniejszym wymyciu rąk skóra palców jest jałową zaledwie w ciągu 15-tu minut; nieracjonalnem naturalnie było używanie jednych i tych samych gumowych rękawiczek podczas całej operacji, przeciwko czemu MIKULICZ powstawał. Używanie maski na nos i usta znakomicie zabezpiecza pole operacyjne od zakażeń ze strony jamy ustnej operującego i asystentów przy kaszlu, przy nieżycie nosa, podczas rozmowy; maski niciane na twarzy zmuszają niejako do spokoju, przez co stwarza się cisza, tak pożądana podczas operacji. Tę ciszę poważną podziwiałem w sali operacyjnej MIKULICZA podczas najcięższych operacji. Żałować tylko należy, że takie ścisłe przeprowadzenie aseptyki jest zbyt kosztowne, a przez to u nas prawie staje się niemożliwem. MIKULICZ nawet i ta aseptyka widocznie jeszcze nie zadowalała, kiedy w umyśle jego powstawała w ostatnich czasach idea, aby w jakikolwiek sposób wpłynąć na uodpornienie otrzewnej przeciwko zakażeniu na drodze sztucznej; z jego inicjatywy MIRAKE czynił liczne doświadczenia na

zwierzętach, które dowiodły, że wstrzykiwanie roztworu soli do jamy otrzewnej wywołuje wzmożoną leukocytozę nie tylko w przesięku otrzewnej, ale i w samej krwi; podobnie działał i kwas nukleinowy, zastrzykiwany podskórnie; można było zwierzętom zastrzykiwać do otrzewnej hodowle prętka okrężnicy w ilości, 20 — 40 razy przewyższającej dawkę śmiertelną, bez żadnego ujemnego wpływu na otrzewną.

U ludzi robiono w 34-ch przypadkach zastrzykiwanie, i ujemnych wyników MIKULICZ nie spostrzegał; największa leukocytoza ma powstawać w 12 godzin po zastrzyknięciu; w każdym razie jakiegoś stanowczego słowa MIKULICZ w tej sprawie nie wypowiedział ze względu na szczupły materiał obserwacyjny; po cięższych laparotomiach zaleca obfite przemywanie jamy brzusznej roztworem soli. Czy będzie można wytworzyć swoistą szczepionkę, zapobiegającą zapaleniom otrzewnej, MIKULICZ wątpił ze względu na różnorodność bakterii, które powodują zapalenie otrzewnej.

Wyniki prac, o których wyżej mówiłem, opartych na własnym doświadczeniu, znalazły swój odpowiedni wyraz w opracowaniu przez MIKULICZA i KAUSCH'a chorób chirurgicznych narządów jamy brzusznej w *Handbuch der praktischen Chirurgie*. Rola otrzewnej przy laparotomii, przygotowania do laparotomii, technika wyjaławiania skóry operowanego i operujących może po raz pierwszy są z tak nadzwyczajną precyzją opisane w tym podręczniku.

Umysł rzutny MIKULICZA nie pozwalał mu ograniczać się w jednym kole dań; odpowiednio spostrzegany materiał zachęca go zaraz do nowych badań, do nowych sposobów operacyjnych.

W r. 1888, opierając się na licznych materiałach, zaleca nowy sposób operowania przy wypadnięciu prostaty, który radzi stosować nie tylko przy ostrem i niewprawiającem się wypadnięciu, ale i przy nawykowym.

MIKULICZ w początkach swej pracy profesorskiej dużo zajmował się cierpieniami kręgow; w czasie mego pierwszego pobytu w Wrocławiu widziałem w klinice dużo przypadków, operowanych przez niego z powodu *spondylitis tuberculosa* z objawami ze strony rdzenia; miał nawet opracować do wydawnictwa niemieckiej chirurgii choroby kręgosłupa; nie dokonał tego w obec zajęcia się całą duszą pracą nad chirurgią brzuszną; nie przeszkadza to jednak, że w 1896 na Kongresie chirurgów niemieckich występuje z pracą o niekrwawem nastawianiu wrodzonych zwichnięć biodrowych, opartą na 18-tu przypadkach, w których u dzieci w wieku od 4-ch miesięcy do 4-ch lat przy jednostronnem zwichnięciu otrzymywał dobre wyniki pod względem anatomicznym i czynnościowym. Kończynę ustawiał w ekstensyi, w kierunku odsiebnym i nawróconą na zewnątrz. Przy dwustronnem zwichnięciu nie widział poprawy nawet po rocznem leczeniu, przy jednostronnem nieraz po 4-ch miesiącach następowało wyleczenie.

W 1895 r. w celu trwałego wyleczenia skrzywienia szyi (*torticollis*) zaleca całkowite wyluszczenie mięśnia sutkowo-mostkowo-obojęczkowego; w 1904 roku, opierając się na 11-tu przypadkach operowanych, zaleca wyluszczenie gruczołu krokowego zapomocą cięcia kroczowego.

W 1892 r. pierwszy opisał nową postać chorobową, polegającą na symetrycznem cierpieniu gruczołów łzowych i ślinowych, która została nazwana jego imieniem. W ostatnich latach, dzięki urządzeniu pokoju podług SAUERBRUCH'a z większem, lub mniejszem ciśnieniem, rozpoczął pracę w kierunku postępowania operacyjnego przy głębokich cierpieniach śródpierściowych. W przeszłym roku widziałem MIKULICZA, operującego w powyższych warunkach; rzeczywiście, objętość płuca po rozcięciu opłucnej nie zmniejsza się — dla zachowania prawidłowej objętości płuca wystarcza ciśnienie 12 mm Hg. W sprawie operowania w tej okolicy organizmu za mało jeszcze miał sposobności, aby mógł wypowiedzieć własne swe wnioski.

Nie byłby to jednak pełny obraz działalności MIKULICZA, gdybym pominął prace, wykonane przez jego asystentów pod jego kierunkiem i z jego inicjatywy; treścią tych prac było wyjaśnienie wielu kwestyi, mających bezpośredni związek z pracą kliniczną. KAUSCH pisze studyum o czynnościowych zjawiskach po operacyi na żołądku. Na zasadzie szczegółowych badań chemicznych co do kwaśności zawartości żołądka i co do sprawności przechodzenia pokarmów z żołądka do jelit, autor przeprowadza wskazanie, kiedy można robić plastykę odźwiernika, a kiedy należy uciec się do zespolenia jelita z żołądkiem; przy nadkwaśności plastyka odźwiernika jest stanowczo przeciwwskazaną, gdyż po tej operacyi nadkwaśność wcale się nie obniża.

Ten sam autor zajmuje się sprawą rozszerzenia żołądka przy uszkodzeniach rdzenia, a także zachowaniem się odruchów ścięgniastych przy całkowitem przerwaniu rdzenia, przyczem wykazuje na zasadzie spostrzeżeń, „że odruchy te mogą być w pewnych przypadkach zachowane, a nawet wzmożone. MIECZKOWSKI w pracy swej doświadczalnej wykazał, że zawartość pęcherzyka żółciowego przy kamicy jest szkodliwa dla otrzewnej, gdyż często bardzo zawiera jadowite bakterye; MRYAKE na zasadzie licznych doświadczeń dowiódł, że dla sztucznego wytworzenia się kamieni w pęcherzyku żółciowym nie wystarcza ani zastój żółci, ani chemiczne lub termiczne drażnienia, ani obecność ciała obcego wyjąłowanego, ale koniecznem jest zakażenie żółci i następny przewlekły nieżył dróg żółciowych. RADIEJEWSKI wykazał, że założenie sztucznej przetoki jelitowo-pęcherzykowej pociąga za sobą 1) rozszerzenie dróg żółciowych, 2) przerost ścian przewodów, 3) nowotworzenie follikułów limfatycznych w błonie śluzowej, 4) wnikanie mikrobów do dróg żółciowych w samej wątrobie i 5) nieżył przewodów żółciowych wątrobowych; nabłonek zaś jelita i pęcherzyka żółciowego zachowuje swoje właściwości.

RENNER zajmuje się sprawą przerzutów w gruczołach chłonnych przy raku żołądka; praca ta opiera się na zbadaniu 302-ch gruczołów, z których 175 było niezajętych, a 127 zrakowaciałych; TIEGEL omawia powstawanie wrzodów w czczem jelicie (*jejunum*) po gastroenterostomii; takich przypadków 6 spostrzegano w klinice Wrocławskiej; po operacyi plastycznej odźwiernika tych wrzodów nie spostrzegano; KADER opracowuje etyologię i patologię tak zwanego pierwotnego zapalenia mięśni; REINBACH — zachowanie się ciepłoty po operacyi wola; P. DECKART wykonywa dużą doświadczalną pracę o zakrzepach i zatorze naczyń kręgowych, jako przyczynie *ileus*, MAX BIERFREUND o zachowanie

waniu się hemoglobiny we krwi przy cierpieniach chirurgicznych, **MIRAKE** czyni doświadczenia nad sposobami uodpornienia tkanek przeciwko zakażeniu i t. d.

Działalność więc **MIKULICZA** na polu chirurgii była niezwykła, nadzwyczaj natężona; umysł jego rzutki i twórczy potrafił zachęcić do owocnej pracy cały szereg pracowników. Zasadnicze jego prace z dziedziny chirurgii przewodu pokarmowego na zawsze pozostaną w historii chirurgii; dzięki pomysłowi **MIKULICZA** tamponowania jamy brzusznej, zapewne przez czas długi imię jego będzie popularne w salach operacyjnych przy każdej cięższej laparotomii, przy której trzeba będzie zastosować worek **MIKULICZA**.

Spis prac, ogłoszonych drukiem i napisanych przez Mikulicza.

- 1) O skrzywieniach bocznych w stawie kolanowym. Archiv. Langenb. T. 23.
- 2) O cardiospasmus—11 Chirurgen Kongress. 1882.
- 3) Przyczynek do fizjologii przełyku i wpustu. Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Medic. u. Chir. T. 12. 1903.
- 4) Przypadek laparotomii przy ropnem zapaleniu otrzewnej przy durze przechodnim po przedziurawieniu jelita. Przegl. Lek. 1884.
- 5) O wykluczeniu ognisk martwych z jamy brzusznej. Przegląd Lek. 1886.
- 6) O laparotomii w przypadkach przedziurawienia żołądka i jelit. Przegl. Lek. 1885.
- 7) Przypadek gastroenterostomii. Przegl. Lek. 1886.
- 8) Wgłobienie i wypadnięcie jelita grubego przez kışkę stolcową. Gaz. Lek. 1883.
- 9) O fizjologicznem zachowaniu się przełyku. Rozprawy Akad. Umiej. 1887.
- 10) O laparotomii przy przedziurawieniach żołądka i jelit. Volkmann's Vortraege. 1886.
- 11) Spostrzeżenia z postępowania operacyjnego przy zapaleniu ropnem otrzewnej. Archiv. Langenb. T. 39.
- 12) Postępowanie operacyjne przy wypadnięciu prostnicy. Verhandlungen d. Deut. Gesellsch. für Chir. 1888.
- 13) Postępowanie przy zwężeniu odźwiernika. Verhandl. d. Deut. Ges. f. Chir. 1887.
- 14) Dalsze uwagi nad operowaniem zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu. Verh. d. D. G. f. Chir. 1889.
- 15) O postępowaniu chirurgicznym przy przewlekłym wrzodzie żołądka. Mitt. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1897. T. 2.

- 16) O *ileus*. Therapie der Gegenw. 1900. Paźdz. zeszyt.
- 17) Technika operacyjna przy raku żołądka. Verhandl. d. D. G. f. Chir. 1898.
- 18) Postępowanie chirurgiczne przy rakach jelit. Verh. d. D. G. f. Chir. 1902.
- 19) Dezynfekcja rąk i skóry zapomocą spirytusu mydlanego. Deut. med. Woch. 1899. N. 24.
- 20) Operowanie w wyjąłowionych rękawiczkach i z maską na twarzy. Centr. f. Chir. 1897.
- 21) Najnowsze usiłowania postępowania aseptycznego przy operacjach. Verh. d. D. G. f. Chir. 1898.
- 22) Przyczynek do nauki o leczeniu ran. Przegl. Lek. 1884.
- 23) Leczenie pod wilgotnym strupem. Przegl. Lek. 1887.
- 24) O uodpornieniu otrzewnej przeciw zakażeniu podczas operacyi na żołądka i jelitach. Verh. d. D. G. f. Chir. 1904.
- 25) Obecny stan chirurgii trzustki. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 1903. T. 12.
- 26) O dzisiejszym stanie nauki o transfuzyi. Przegl. Lek. 1884.
- 27) O trądzie. Przegl. Lek. 1885.
- 28) Operacyjne leczenie otoku ropnego w jamie Hienmor'a. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1886.
- 29) Przyczynek do operowania polipów nosowo-polykowych. Przegl. Lek. 1883.
- 30) Uwagi nad rakiem migdałka. Przegl. Lek. 1886.
- 31) W sprawie techniki operacyjnej przy bocznej faryngotomii. Przegl. Lek. 1887.
- 32) Przyczynek do plastycznej chirurgii nosa. Gaz. Lek. 1883.
- 33) O resekcyi wola. Przegl. Lek. 1885.
- 34) O wyłuszczeniu wola. Przegl. Lek. 1886.
- 35) O stosowaniu grasicy przy wolu i chorobie BASEDOW'a. Berl. klin. Woch. 1895.
- 36) Rękawiczki podczas operacyi. Centr. f. Chir. 1898.
- 37) Postępowanie aseptyczne. Arch. Langeb. 1898. T. 57.
- 38) Postępowanie chirurg. przy chorobie BASEDOW'a. Verh. d. D. G. f. Chir. 1895.
- 39) O symetrycznem cierpieniu gruczołów łzowych i ślinowych. Beitr. zur klin. Chir. 1892.
- 40) O zachowywaniu się hemoglobiny przy chorobach chirurgicznych. Verh. d. D. G. f. Chir. 1890.
- 41) Atlas chorób jamy ustnej. 1891.
- 42) Leczenie gruźlicy metodą BIER'a. Centr. f. Chir. 1894.
- 43) Wyłuszczenie m. *sterno cl. mast.* przy *caput obstipum*. Centr. f. Chir. 1895.
- 44) Uwagi nad niekrwawem nastawieniem wrodzonego zwichnięcia biodra. Verh. d. D. G. f. Chir. 1896.

- 45) Dwa przypadki osteoplastycznej rezekcyi stopy podług własnej metody. Przegl. Lek. 1883.
- 46) Mięśniowlókniak macicy. Wycięcie przez pochwę. Przegl. Lek. 1883.
- 47) Skolizometr do mierzenia skrzywień bocznych kręgosłupa. Przegl. Lek. 1883.
- 48) O wyleczeniu raka sutki promieniami ROENTGEN'a. Beiträge z. klin. Chir. T. 37.
- 49) Rozległe wycięcie jelita przy wPOCHWIENIU. Allgem. Med. Zeit. 1902.
- 50) Gimnastyka ortopedyczna przeciw skrzywieniom kręgosłupa. 1902.
- 51) O cięciu pęcherza moczowego diagnostycznym. Przegląd Lek. 1885.
- 52) O operowaniu nowotworów pęcherza moczowego. Przegląd Lek. 1885.
- 53) O wycięciu gruczołu krokowego cięciem na kroczu. Centr. f. Chir. 1904. N. 47.
- 54) Operowanie w klatce piersiowej ze zmniejszonym lub zwiększonym ciśnieniem podług SAUERBRUCH'a. Verh. d. D. G. f. Chir. 1904.
- 55) Rozmaite metody znieczulania i wskazania dla nich. Verh. d. D. G. f. Chir. 1901.
- 56) O zachowaniu się hemoglobiny we krwi przy chorobach chirurg. Verh. d. D. G. f. Chir. 1890.

Spis prac ważniejszych, ogłoszonych przez asystentów Mikulicza.

- 1) GEORG REINBACH. O wynikach karmienia grasicą przy wolu. Mitt. aus d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1896. T. 1.—1898. T. 2.
- 2) Tenże. O zachowaniu się ciepłoty po operacyi wola. Mitt. aus d. Grenz. d. Med. u. Chir. 1899. T. 4.
- 3) Tenże. O wynikach leczenia operacyjnego choroby BASEDOW'a. Mitt. aus d. Grenz. 1900. T. 6.
- 4) GOTTSTEIN. Technika i klinika aktifagoskopii. Mitt. aus d. Grenz. d. med. u. Chir. 1900. T. 6. 1901. T. 8. Z. 1 i 5.
- 5) BRONISŁAW KADER. Etyologia i patologia t. zw. pierwotnego zapalenia mięśni. Mitt. aus d. Grenz. 1897. T. 2.
- 6) KAUSCH. O zaburzeniach czynnościowych po operacyi na żołądku przy chorobach dobrotliwych. Mitt. aus d. Grenz. 1899. T. 4.
- 7) Tenże. O odruchach ścięgnistych przy całkowitem poprzecznem przzerwaniu rdzenia. Mitt. aus d. Grenz. 1901. T. 7.
- 8) ANSCHUETZ. O zeszczywnieniu kręgosłupa. Mitt. aus d. Grenz. 1901. T. 8.
- 9) KAUSCH. O rozszerzeniu żołądka po uszkodzeniu rdzenia. Mitt. aus d. Grenz. 1901. T. 7.

10) LEON MIECHKOWSKI. Bakteryologia zawartości pęcherzyka żółciowego w normalnych warunkach i w kamicy żółciowej. Mitt. aus. d. Grenz. 1900. T. 6.

11) MIYAKE. Sztuczne wywoływanie kamieni żółciowych. Mitt. aus d. Grenz. 1900. T. 6.

12) Tenże. O uodpornianiu tkanek przeciwko zakażeniu. Mitt. aus d. Grenz. 1904. T. 13.

13) RENNER. Przerzuty w gruczołach chłonnych przy raku żołądka. Mitt. aus d. Grenz. 1904. T. 13.

14) ALEXIS RADIEJEWSKI. Wpływ sztucznej przetoki jelitowo-pęcherzykowej na organizm.

Dr A. Gabszewicz.

II. O zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych nagminnem.

(Meningitis cerebro - spinalis epidemica).

Napisał

Dr med. Jan Pruszyński,

ordynator szpitala św. Rocha.

[Według wykładu, wygłoszonego na posiedzeniu ogólnem Warsz. Tow. Hygienicznego
dn. 7-go maja r. b.].

[Dokończenie. — Patrz Nr. 25].

O b r a z k l i n i c z n y tej choroby jest nadzwyczaj zmienny i odznacza się nasileniami i zwolnieniami. Doskonale pod tym względem obserwacje posiadamy w pracach KORCZYŃSKIEGO, BIEGAŃSKIEGO, GLUZIŃSKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO, HEWELKEGO, KLARNERA i innych.

Choroba zaczyna się nagle wstrząsającymi dreszczami, bólem głowy, a w przypadkach cięższych wymiotami; zwiastunów zwykle nie bywa, rzadko okres prodromalny trwa 1—2 dni i wyraża się ogólnem osłabieniem i dreszczami, nawet pewnemi zboczeniami umysłowemi.

Po pierwszych objawach występuje bredzenie, dochodzące w nocy do napadów szału; w innych razach ma miejsce przemijająca lub całkowita utrata przytomności z głęboką śpiączką.

W przebiegu tyfusu mózgowo-rdzeniowego objawy chorobowe ulegają znacznym wahaniom; nie tylko w ciągu dni, lecz godzinami zmienia się stan podrażnienia z zupełnem wyczerpaniem systematu nerwowego.

Najstałym objawem w tyfusie mózgowo-rdzeniowym jest ból głowy, wzmagający się przy każdym ruchu i przy wrażeniach światła lub dźwięku. Najczęściej umiejscawia się w okolicy czoła i skroni, szerzy się jednak na całą głowę, na kark, boczne części szyi i na szczęki. Bywa on tak szalony, że wywołuje przerażające jęki ze strony chorych, którzy wtłaczają w poduszkę głowę trzymaną rękami. Okropność bólu dochodzi nieraz do tego stopnia, że chorzy wyskakują z łóżka i wpadają w szal, który nie jest w tym razie następstwem podrażnienia kory mózgowej. Z bólem łączą się zwykle zawroty głowy i ból wzdłuż kręgosłupa z początku w części jego szyjowej, następnie w części lędźwiowej. Bóle te zwiększają się przy ucisku na wyrostki cierniste kręgów lub przy poruszeniach tułowia lub wreszcie przy kaszlu.

Do stałych objawów należą również bóle strzelające, błyskawicznie przenoszące się wzdłuż nerwów, częściej górnych niż dolnych kończyn.

Wrażliwość skóry była wzmożona do tego stopnia, że nieraz powierzchowne dotknięcie sprowadza krzyk; jeszcze wyraźniej występuje ta nadczułość przy ucisku na mięśnie brzucha, lędźwi i goleni.

W postaciach choroby, połączonych z zapaścią, bóle nie występują nawet przy silnem podrażnieniu; dzieje się to jednak tylko w braku przytomności, co jest według NIEMEYER'a zależnem od wyczerpania pobudliwości kory mózgowej w następstwie sprawy zapalnej. Wymioty towarzyszą bólom głowy i nieraz są bardzo uporczywe i długotrwałe, podrywając odżywianie.

Gorączka nie jest prawidłowa i wystąpić może w najróżnorodniejszych postaciach. Zwykle podnosi się nagle i osiąga szczytu w ciągu 24-ch godzin; poczem, co zresztą zdarza się rzadko, przybiera typ stały w ciągu 5—9 dni, lub przedstawia prawidłowe spadki i podniesienia jak w malarii, lub cechy, właściwe tyfusowi powrotnemu, lub wreszcie ciepłota waha się w bardzo niewielkich granicach.

Ale i w tych ramach jeszcze bywają zboczenia, jak oto: nagłe nasilenia do 42°, a nawet 43°, lub też przy spadku ciepłoty nowe jej podniesienia, tak że na mocy schematu ciepłoty niepodobna ocenić stanu chorego, ani powiedzieć, jak długo choroba trwać będzie. Spadek ciepłoty nagły należy do rzadkości; pomiędzy wysokością ciepłoty a natężeniem sprawy chorobowej żadnego związku wykazać nie można.

Tętno pod względem częstości wyjątkowo tylko odpowiada ciepłocie; najczęściej jest nieprawidłowe, chwiejne, zmienne, rzadko wolne, jak np. przy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych gruźliczem, częściej jest szybkie nawet przy gorączce nieznaczej. Wogóle zbyt duża szybkość tętna, świadcząca o porażeniu ośrodkowem nerwów błędnych, jest złym objawem, aczkolwiek nawet przy tętnie 140 uderzeń na minutę może nastąpić wyzdrowienie.

Podobnie jak zaburzenia czucia, które cechują się hyperestezją i anestezją u tegoż samego chorego, zaburzenia ruchowe przedstawiają się w postaci kurczów i porażań.

Stężenie karku polega na skurczu odruchowym mięśni, zwłaszcza mięśnia płatowatego głowy i szyi (*m. splenius capitis et colli*) bez udziału mięśnia kapturowego. Wtedy głowa przechyla się w tył, a wszelkie wysiłki przywrócenia pozycji prawidłowej zwiększają skurcze i sprawdzają bóle; przechylenie głowy w kierunku bocznym jest możliwe. Objaw ten występuje zwykle dość późno pomiędzy 2 — 6 dniem choroby i odznacza się w natężeniu znaczną zmiennością.

W przebiegu choroby sztywność karku w niektórych przypadkach przechodzi w porażenie mięśni; wtedy chory samodzielnie ani podnieść głowy nie jest w stanie, ani podniesionej utrzymać. To porażenie mięśni karkowych, aczkolwiek najczęściej bywa wtórnem, może jednak wystąpić od samego początku choroby. Z tężcowym skurczem mięśni karku idą w parze skurcze mięśni grzbietowych, wskutek czego kręgosłup wyprostowuje się, chory leży nieruchomy, opierając o pośladki tylko tyłogłowiem i pośladkami.

W tężcu mięśni bywają zwolnienia i nasilenia; te ostatnie powtarzają się kilkakrotnie w ciągu dnia, zwłaszcza przy usiłowaniu posadzenia chorego.

Często występuje stężenie mięśni twarzy, rzadziej szczękocisk, skurcze mięśni połykowych, nie pozwalające na przyjmowanie pokarmów.

Napięcie mięśni odnóg górnych i dolnych zwiększa się. Lekarz rosyjski, KERNIG, w r. 1882 ogłosił objaw, posiadający pierwszorzędne znaczenie w sprawie rozpoznania zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. O ile chory pozostaje w pozycji leżącej, natenczas wyprostowanie kończyn dolnych nie przedstawia żadnych trudności; jeżeli zaś go posadzić, co bywa nieraz bardzo przykrem dla chorego, występuje skurcz zginaczy przedudzia i wyprostowanie kończyn spotyka się ze znacznym oporem.

Objaw KERNIG'a, według NETTER'a, trwa miesiące, a nawet dłużej po przejściu choroby. BULL, HENOC, TRIS, NETTER, przypisują mu ważne znaczenie, BIEGAŃSKI i KORCZYŃSKI odmawiają mu wartości rozpoznawczej; według ich zdania występuje on częściej u dzieci, aniżeli u osób dorosłych.

O g ó l n e d r g a w k i k l o n i c z n e pojawiają się rzadziej i również u dzieci; natomiast częściej mamy do czynienia z drgawkami pojedynczych mięśni kończyn, a zwłaszcza mięśni twarzy po jednej lub obu stronach, powodując grę fizyognomii, tiki, wyraz grymasu lub szyderstwa (*risus sardonius*). Ale te objawy podrażnienia zamieniają się następnie na porażenia, które nawet mogą się zdarzyć w samym początku choroby.

Najczęstszem jest porażenie nerwu okoruchowego, wskutek czego następuje rozszerzenie źrenic, opadnięcie powieki górnej, zez rozbieżny; w innych przypadkach występuje porażenie nerwu odwodzącego (*n. abducens*) z zezem zbieżnym (*strabismus convergens*) lub porażenie różnych gałęzi nerwu twarzowego. Zdarzają się porażenia kończyn pojedyncze (*monoplegia*), dwustronne (*paraplegia*), nawet porażenia połowiczne z objawami podrażnienia po stronie przeciwległej.

O d r u c h y ś c i ę g n i s t e bywają również tak zmienne, jak zaburzenia w zakresie ruchowym i czuciowym; z początku choroby odruch kolanowy bywa wzmocniony, aczkolwiek może być zniesiony po jednej lub obu stronach

lub też przy zniesieniu po jednej może być wzmożenie jego po stronie przeciwległej.

S k ó r a zwykle bywa blada, z brunatnym lub ziemistym odcieniem: czasami ma wygląd skóry gęsiej, wskutek skurczu włókien mięśniowych cybulków włosowych. Objaw TROUSSEAU'a, t. j. dermatografię, doskonale udaje się na niej wywołać; na niej również uwidoczni się gra wazomotorów w postaci plam bladych lub czerwonych, pokrzywki, wysypki różyczkowej i petoci. Najstałym jednak objawem jest wyprysk (*herpes*) na wargach i nosie, rzadziej na czole; na muszlach usznych, w okolicy oczu, w zakresie nerwów twarzowych, lub kończyn i wtedy przybiera cechy wyprysku opasującego (*herpes zoster*).

W przypadkach lekkich oddech bywa miarowy, może nieco przyspieszony, natomiast w przypadkach ciężkich oddech znacznie przyspiesza się, bywa nieprawidłowy, z przerwami, cechującymi objaw CHEYNE-STOKES'a, który, świadcząc o ucisku na rdzeń przedłużony lub na jego obrzęk zwłaszcza u osób dorosłych, jest *signum malum ominis*.

Powikłania ze strony narządów oddechowych wogóle nie są częste; rzadkie bywają nawet katary oskrzeli, wyjątkowo zjawia się zapalenie opłucnej, natomiast częściej wika się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych zapaleniem płuc krupowem. W niektórych epidemiach powikłania ze strony narządów oddechowych bywają bardzo częste: L. KORCZYŃSKI na 22 przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowego spostrzegał 10 razy rozległe zapalenie oskrzeli, 5 razy zapalenie płuc zrazikowe. Według BIEGAŃSKIEGO, zapalenie płuc krupowe występuje bardzo wcześnie przy zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, lub też chorobę tę poprzedza, co wskazuje, że istnieje niewątpliwie pewne pokrewieństwo pomiędzy czynnikiem, wywołującym zapalenie płuc, a meningokokiem WEICHSELBAUM'a.

Rzadkie bywają również powikłania ze strony serca w postaci zapalenia wsierdza i osierdza; towarzyszą one najczęściej zapalnemu zajęciu stawów, które bardzo wybitnie występuje w niektórych epidemiach. Takim był pierwszy przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, obserwowany przez STROJNOWSKIEGO na klinice krakowskiej w r. 1868; podobne przypadki opisał E. SAWICKI (ze Lwowa) z epidemii z r. 1879.

B r z u c h bywa zapadnięty, wciągnięty łódkowato, co zależy, według TRAUBE'go, nie tyle od tężca mięśni brzusznych, ile od skurczu ścian jelitowych, powodowanego prawdopodobnie podrażnieniem nerwu błędnego. To też najczęściej mamy do czynienia z zaparciem stolca, rzadziej z biegunką. Wątroba i śledziona są powiększone. Ilość moczu wzrasta, rzadko występują w nim składniki nieprawidłowe jak oto: białko i cukier.

Wobec długiego trwania choroby (2—6 miesięcy), uporczywych wymiotów, chorzy szybko chudną tak jak gdyby byli dotknięci rakiem lub gruźlicą.

Często spostrzegano utratę węchu i smaku w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych; najbardziej i najgroźniej dotknięty bywa wzrok i słuch.

Na szczycie choroby występuje zapalenie łącznicy, w niektórych przypadkach *keratitis parenchymatosa*, wrzody rogówki, ale zmiany mogą iść głębiej

zajmując tęczówkę i naczyniówkę, całą wreszcie gałkę oczną i doprowadzić do jej całkowitego zniszczenia i ślepoty, lub też ślepotą jest powodowana zanikiem nerwów wzrokowych w następstwie ich zapalenia. Częstsze bywają następstwa cierpienia narządu słuchowego, zwłaszcza gdy sprawa zapalna ropna przechodzi na nerw słuchowy i błędnik z koniecznym następstwem tego stanu, głuchotą. Według ZIEMMSEN'a, przeważna liczba głuchoniemych zawdzięcza kalectwo przebytemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, natomiast u nas MO DRZEJEWSKI u większości wychowañców Instytutu głuchoniemych stwierdził głuchotę wrodzoną, w $\frac{1}{4}$ części tylko nabytą.

U dzieci, które jeszcze nie mówiły, głuchota prowadzi za sobą głuchoniemotę.

Po przebytem zapaleniu opon mózgowych w niektórych przypadkach przez czas dłuższy utrzymują się zaburzenia w mowie, występując już to w postaci anartrii lub afazyi; zmiany te z czasem wyrównywiają się, podobnie jak bóle głowy i porażenia kończyn.

Daleko gorszem następstwem jest przewlekła puchlina mózgu (*hydrocephalus chr.*) zależna od zgrubienia i zrostów opon, i prowadząca do nagromadzenia się cieczy w komorach mózgowych i w oponach na powierzchni mózgu.

Przebieg tyfusu mózgowo-rdzeniowego bywa bardzo różnorodny, nie tylko w oddzielnych epidemiach, lecz i jednym jej okresie. Francuscy klinicyści wyróżniają kilkanaście postaci tej choroby; ZIEMMSEN 5: 1) postać piorunującą, 2) o przebiegu ostrym, 3) o przebiegu podostrym, przewlekłym, 4) postać przepuszczającą, wreszcie 5) poronną.

1) Postać piorunująca (*meningitis acutissima, siderans, meningite foudroyante*) zdarza się dość często w cierpieniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, aniżeli w przypadkach sporadycznych. Choroba zaczyna się nagle. Dziecko położone do łóżka w dobrym stanie zdrowia, w nocy zrywa się z silnym bólem głowy, zrana jest pokryte potociami, w południe umiera; chłopiec wraca ze szkoły z silnym bólem głowy i dreszczami, dostaje wymiotów, stężenia mięśni karku i przy objawach zapaści po 14-u godzinach kończy życie, w ten sam sposób może nie wrócić z pola rolnik, z ćwiczeń żołnierz. Sekcya oprócz przekrwienia opon może nie wykryć żadnych innych zmian, lub też już w ciągu kilku godzin wytwarza się wysięk zapalny. Tak przebiegała choroba w dwóch przypadkach, opisanych przez KLARNERA w Opolu nad Wisłą. W Bydgoszczy śmierć przychodziła po upływie 3—10 godzin, według opisu HANUSCHKA'y na Śląsku w latach 1863—1864 choroba tak szybko postępowała, że chory umierał, zanim zdołano posłać do apteki po lekarstwo.

2) Postać ostra jest najczęstsza — trwa od 30-u dni do 3-ch miesięcy, odznacza się wysoką gorączką i burzliwymi objawami.

3) Postać podostra wyróżnia się nieprawidłowością przebiegu; po nasileniach kilkodniowych występuje zwolnienie objawów; trwa miesiące całe i zwykle bywa złączona z powikłaniami.

4) Postać przepuszczająca cechuje się krótkotrwałymi uawrotami, trwającymi 1—2 doby; takich nasileń może być kilka lub kilkanaście.

5) W postaci poronnej objawy choroby są bardzo słabo wyrażone lub też sprawa trwa krótko.

Rozpoznanie pierwszych przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub też przypadków sporadycznych, zwłaszcza w pierwszych dniach choroby natrafia na znaczne trudności, jeżeli ma być oparte na ścisłych danych. Nie tylko inne postaci zapalenia opon mózgu lub mózgowo-rdzeniowych, lecz inne choroby zakaźne, jak tyfus brzuszny i wysypkowy, ospa, gościec, a nawet pewne samozatrucia (mocznica, śpiączka cukrzycowa) mogą dawać zrazu objawy, przypominające zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Nie będę rozbie-
rał szczegółowo sposobów, które mogą nas uchronić od błędu, zaznaczyć jednak muszę, że nagły początek choroby, szalony ból głowy i kręgosłupa w połączeniu ze sztywnością karku i grzbietu, wymioty, wyprysk przy zmienności objawów podrażnienia i wyczerpania, przemawiają za zapaleniem opon mózgo-rdzeniowych. Pewnem staje się rozpoznanie po zbadaniu cieczy mózgowo rdzeniowej, którą otrzymuje się zapomocą przekłucia lędźwiowego i wykrycia w niej tak mikroskopowego jak i w hodowli meningokoków WEICHELBAUM'a. Dwoinki te znajdują się przeważnie w leukocytach wielojądrzastych, i poza nimi; nawet, jak twierdzi GRIFFON, mogą mieć otoczkę. Przekłucie to dokonywa się pomiędzy 2—3-im kręgiem lędźwiowym, nie jest szkodliwem, a nawet przedstawia zabieg leczniczy.

Rokowanie w tej sprawie jest wogóle poważne. Jest to choroba ciężka nie tylko ze względu na zachowanie życia, ale na następstwa. Śmiertelność w zależności od epidemii wznosi 30—70%, przyczem w małych epidemiach śmiertelność jest większa, aniżeli w większych. Według statystyki lekarskiej w armii francuskiej w r. 1895 na 54 przypadki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych zakończyły się śmiercią 35. W ogólności dzieci i młodzież łatwiej przeżywają tę chorobę, aniżeli dorośli; konwulsje u dorosłych są złym objawem, jako też objawy porażenia, zwłaszcza w zakresie nerwu błędnego, osłabienie znaczne, *resp.* zapaść i inania.

Zabiegi zapobiegawcze powinny być skierowane do wykrycia oddzielnych przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, ponieważ one są początkiem większych epidemii. Chorych należy albo zostawić w mieszkaniu już zakażonem, albo przenieść do szpitala, otoczenie zaś usunąć do innego domu lub do domów obserwacyjnych.

Wszystkie przedmioty, z którymi się stykał chory, jako też mieszkanie jego powinny być poddane najściślejszemu odkażeniu. Mieszkańcy domu, w którym wybuchła epidemia, dopiero wtedy mogą przystąpić do zwykłych zajęć, jeżeli kilkakrotnie wezmą kąpiel i przyodzieją się w ubranie wydezynfekowane. Dzieci z takich domów nie powinny być posyłane do szkoły, gdyż same nie ulegając chorobie, mogą szerzyć zakażenie.

W celu profilaktyki osobistej należy się strzedz wysiłków fizycznych i wzruszeń moralnych, a także użycia alkoholu, który odporność ustroju w znacznym stopniu upośledza. Po każdym jedzeniu należy płukać gardło i czyścić zęby płynem lekkim dezynfekcyjnym, a dwukrotnie takimże płynem przemywać nos.

Ponieważ zarazek jest niewątpliwie lotny, podwórza domów, chodniki i ulice należy kilkakrotnie zmywać wodą, aby nie dopuścić do nagromadzenia się kurzu.

Co się tyczy samego leczenia, to środka swoistego, jak przeciw błonicy, tężcowi, zakażeniom ropnym i t. d., nie posiadamy.

Podstawą więc leczenia najstaranniejszy dozór i stałe odżywianie. Spokój absolutny jest najlepszym środkiem przeciw objawom zapalnym, ale gdzie wysięk i przekrwienie zapalne grozi śmiercią przez ucisk mechaniczny na ośrodki nerwowe, tam leczenie przeciwzapalne w postaci lodu, miejscowego upustu krwi, lub środków czyszczących jest zupełnie uzasadnione. W tym też celu w nowszych czasach zalecono kilkakrotne powtarzanie przekłucia łądźwiowego i opisano dobre wyniki tego zabiegu, starano się leczyć zapomocą zabiegów chirurgicznych przez otworenie kanału rdzeniowego i przemycie fizyologicznym roztworem soli (OSLER).

W celu zmniejszenia bólów i osłabienia podrażnienia kory mózgowej wskazane są kąpiele ciepłe i środki kojące.

Wykrycie zarazka swoistego dla zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych pozwala sądzić, że uda się otrzymać surowicę swoistą; w otrzymaniu jej jednak nastroczają się liczne trudności; najpierw trudność otrzymania zarazka o silnej i stałej jadowitości, a następnie wielka odporność zwierząt przeciw zakażeniu. Te przeszkody jednak mogą być przezwyciężone i w tym kierunku, o ile mi wiadomo, już rozpoczęto usiłowania.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

87. Otto v. Herff. O sztucznym przedwczesnym porodzie w zwężeniach miednicy, w szczególności zapomocą przekłucia pęcherza.

150 lat upłynie wkrótce od czasu, kiedy narada, pod przewodnictwem KELLY'ego odbyta, doszła do wniosku, że sztuczny przedwczesny poród jest przy zwężeniach miednicy zabiegiem moralnie usprawiedliwionym, a dla matki i dziecka pożytecznym. Zdawałoby się, że okres ten czasu aż nadto chyba był wystarczający dla ostatecznego zawyrokowania o wartości operacji tak prostej i w rezultatach widocznej. Niestety, tak nie jest! Bo oto KROENIG, ZWEIFEL i PINARD ze względu, że dzieci w ten sposób urodzone mają mało widoków dłuższego utrzymania się przy życiu, potępiają ją zupełnie, negując niesłusznie doświadczenie i pracę tylu znakomitych akuszerów, którzy w tej kwestyi wprost przeciwne wyrazili zdanie. Z tego powodu autor postanowił zająć się nią bliżej i polecił swemu asystentowi d-rowi HUNZIKER'owi zbadać, jakie szanse utrzymania się nadal przy życiu miało 102 dzieci, zrodzone w szpitalu Ginekologicznym w Bazylei wskutek sztucznie wywołanego przedwczesnego porodu. Z badań tych autor przytacza 2 tablice dra HUNZIKER'a, z których pierwsza obejmuje dane z literatury i dane ze szpitala w Bazylei, dotyczące samodzielnych i sztucznych przedwczesnych porodów u kobiet ze zwężoną miednicą.

Okazuje się, że według danych z literatury otrzymano u tych kobiet wskutek tej operacji o 30%, a według danych ze szpitala o 20% więcej żywych dzieci, niż z porodów samodzielnych. Mianowicie, z pierwszej kategorii wypada po 10-u dniach po porodzie 29% dzieci żywych z porodów samodzielnych, a 59,2% takich dzieci z porodów przedwczesnych, sztuką wywołanych; z drugiej zaś kategorii, t. j. z porodów, odbytych w szpitalu w Bazylei, wypada po 10-u dniach po porodzie 46,8% dzieci żywych z porodów samodzielnych i 67% dzieci żywych z porodów sztucznych przedwczesnych. Dla obalenia zarzutu, że śmiertelność wśród nich jest większa, niż u dzieci samodzielnie urodzonych, przytacza autor drugą tablicę dra Hunziker'a, z której wynika, że procent dzieci, które dosięgły pierwszego roku życia, jest prawie jednakowy u samodzielnie i u przedwześnie, t. j. przez przerwanie sztuczne ciąży, urodzonych, że zatem zdolność do życia tych ostatnich *ceteris paribus* nie jest mniejsza, niż u pierwszych. Wniosek stąd jest taki, że przedwczesny poród sztuką wywołany u kobiet ze zwężoną miednicą, przysparza im przynajmniej o 20% więcej dzieci żywych i do dalszego życia zdolnych, niż z porodów samodzielnych, że zatem zabieg ten powinien być uważany za zbawienny tak dla matki, jak i dla dziecka i że fałszywym jest przez to twierdzenie, jakoby on dawał pozornie tylko dobre wyniki.

Z tem wszystkiem nie stoi on jeszcze na wysokości swego zadania, teoretycznie bowiem sądząc, powinien dawać 0% śmiertelności dla matek, tymczasem wskutek infekcyi ginie ich 1% w zakładach, a od 3 do 4% w praktyce prywatnej [Bawarya] pomimo wszelkiej aseptyki i antyseptyki. Smutny ponieważ ten fakt stanie się jasnym, jeżeli zważymy, że u 75% rodzących kobiet znajdowano w pochwie paciorkowce [streptokoki] i że wszelka metoda wywołania przedwczesnego porodu, wymagająca częstych i długich manipulacji, zwiększa niebezpieczeństwo przenoszenia tych drobnoustrojów do macicy; o utrzymaniu bowiem pochwy przez dłuższy czas w stanie jałowym zapomocą środków antyseptycznych [dezynfekcyjnych] mowy być nie może, a na rzekomych własnościach bakteryobójczych wydzielin tego organu polegać nie należy [Bumm]. Wynika stąd potrzeba wyszukania takiego sposobu wywołania przedwczesnego porodu, który wymagałby tylko jednorazowego rękoczynu, a zatem przedstawiałby najmniej szans do infekcyi. Drugi fakt, na który trzeba zwrócić uwagę, jest następujący: sztuczny przedwczesny poród daje 80—90% żywych dzieci, gdy tymczasem wychodzi ich z zakładów po 10 u dniach zaledwie 60—79%. Skąd to pochodzi? Ponieważ opieka nad takimi dziećmi jest wszędzie jednakowa, więc winą tu może być wywołanie porodu przed 35-ym—36-ym tygodniem ciąży i zbytne operowanie. Wiadomo bowiem, że dzieci takie źle znoszą wszelkie operacje i że najpomyślniejszem jest dla nich, gdy się rodzą w położeniu czaszkowem i to siłami natury. Ważnem tedy jest pytanie: kiedy u kobiet ze zwężoną miednicą przystąpić do wywołania sztucznego porodu? Jak określić ten termin, od którego zawisł los dziecka, a zatem i racya bytu całej operacji? Wybór czasu zależy od przewidywanych wogóle przyszłość przy porodzie, a więc od oporu kanału kostnego, od zdolności akomodacyjnej główki, od sposobu jej wstawienia się i od siły bólów porodowych. Brać przytem trzeba na uwagę przebieg poprzednich porodów, u pierwiastek bowiem rzadko mamy sposobność wykonywać tę operację. Czynniki te jednak nie dają się, niestety, dokładnie określić; zaledwie jesteśmy w stanie doniosłość każdego z nich ocenić, już nie mówiąc o tem, że na przebiegu poprzednich porodów horoskopów żadnych budować nienależy i że tego przewidzieć nie możemy, jakie będą bóle porodowe. Co się tyczy miednicy, to dotychczas pojemności jej na żyjącej ściśle wymierzyć nie umiemy. Przez obmacywanie spojenia łonowego, kości krzyżowych, linii niemianowanej, z wymiaru długości między kolcami i grzebieniami kości biodrowych, z odległości guzów i kołców kulszowych

tworzymy sobie, zależnie od wprawy, mniej więcej jasne pojęcie o obszerności miednicy, ściśłem to jednak nie jest, jak nie jest niem i zwykle obliczanie wymiaru sprężnej prawdziwej przez odjęcie 1—2 centymetrów od długości przekątnej, jak to wykazali SELLHEIM i inni. Mylnem więc jest, jak to czynią niektórzy akuszerowie, czerpać wskazanie do przedwczesnego wywołania porodu jedynie z wymiaru sprężnej prawdziwej, chociaż nie ulega wątpliwości, że oczekiwać należy poważnych przeszkód przy porodzie, gdy przy spłaszczonej miednicy ten wymiar wynosi 8 ctm., a przy ogólnie zwężonej 8½—9 ctm., a tembardziej przy jeszcze niższych jego cyfrach [7 ctm. dla pierwszej i 7½ ctm. dla drugiej]. Dużo bowiem zależy od głównego tu czynnika, mianowicie od zmienności główki, jej ustawienia i wielkości. Czy się główka ustawia w położeniu dla danej formy zwężenia miednicy właściwem, t.j. w położeniu przednio-ciemieniowem przy miednicy spłaszczonej lub z nisko opaszczonej małym ciemieniem przy miednicy ogólnie zwężonej, przewidzieć nie możemy, ale na to musimy zwrócić uwagę, że wszelkie zboczenia od tego mechanizmu — położenia twarzowe, czołowe — czynią rokowanie daleko gorszem dla donoszonych, niż dla przedwczesnie urodzonych dzieci, gdyż główki ostatnich są miększe i mniejsze. Do oznaczenia wielkości główki mamy rozmaite metody: mierzenie jej cyrklem przez powłoki brzuszne [PERRER], oznaczenie jej wielkości według tablic odpowiednio do okresu ciąży ułożonych lub podług AHLFELD'a, z określenia osi podłużnej płodu. Wszystkie one jednak są nieściśle i polegać na nich nie można, bo tak samo, jak rodzą się donoszone dzieci, które ważą 3000 lub 5000 grm. i wyżej, takie same wahania znajdujemy u dzieci z 35-go lub 36-go tygodnia ciąży pochodzących. Sądzić znów o zdolności akomodacyjnej główki z obmacywania kości i z odległości ciemiączek [FEHLING] w tym okresie ciąży niepodobna, gdyż takie badanie jest wtedy niemożliwe. Wobec tego, że ani anamneza, ani mierzenie miednicy, ani oszacowanie wielkości główki, ani wreszcie oznaczenie czasu ciąży z powodu fizjologicznie możebnej omyłki o 4 y tygodnie [czas poczęcia i miesiączki] nie dają pewnych podstaw do wyboru właściwej chwili, kiedy przystąpić do przedwczesnego przerwania ciąży przy zwężeniach miednicy, najmniej złądzimy, gdy posługiwać się będziemy w tym celu rękoćnym PIOTRA MUELLERA. Polega on, jak wiadomo, na próbnem wtłaczaniu główki do miednicy przy jednoczesnem kontrolowaniu [śledzeniu] ze strony pochwy i daje możność sądzenia nie tylko o wielkości główki, ale i o jej zdolności akomodacyjnej. Po rozważeniu wszelkich okoliczności danego zwężenia, wykonywamy go [ewentualnie przy wielkiej wrażliwości w narkozie] mniej więcej w 35-ym tygodniu ciąży; jeżeli się okaże, że główka jest bardzo mała, powtarzamy ten rękoćny za tydzień lub później i wywołujemy przedwczesny poród, jeżeli główka przy wtłaczaniu stawia już mniej więcej znaczny opór. Ten sposób postępowania uchroni nas od szablonu i skłoni do inwidualizowania każdego przypadku, tak że u jednej i tej samej kobiety raz przerwiemy ciążę w 36 ym tygodniu, drugi raz w 38-ym, a trzeci raz może wcale nie. I to postępowanie nie uchroni nas zupełnie od błędów, ale prędzej da nam możność oznaczenia właściwego czasu do operacji i osiągnięcia lepszych wyników. Następnie dążyć musimy do sprowadzenia śmiertelności matek do *minimum*, gdyż przy dwóch obecnie najczęściej używanych metodach przerwania ciąży zapomocą wprowadzenia obcego ciała do macicy, mianowicie pręta elastycznego (*bougie*) lub pęcherza gumowego, dosięga ona w klinikach jeszcze 1—2%, i obciąża obie jednakowo prawie, chociaż ostatnią więcej. Metoda KRAUSE'go ciesząca się największem uznaniem, liczy już przeszło 100 lat, odznacza się dostępnością nawet dla mniej wprawnych i mniej naraża kobiety na zakażenie, szczególnie gdy się używa giętkich prętów metalowych KNAPP'a. Poród wniecony nim następuje średnio po 70-u godzinach. Z najnowszej o metodzie tej literatury zasługuje na uwagę praca JACONY'ego (*Berlin. klin. therapeut. Monatschr.* 1904. N. 24). Według os-

tatniego, dała ona 5,2% śmiertelności dla matek, w tem 3 infekcyje na 117 przypadków i 65% żywych dzieci, wypisywanych do domu po 10-u dniach. JACOBY z tem wszystkiem zaleca ją gorąco z powodu dostępności, łatwości, z jaką przy niej aseptyka może być zachowana, i niezawodności działania. Ostatnie twierdzenie jest przesadzone, gdyż autor miał przypadki, w których pomimo konsekwentnego jej przeprowadzenia poród nie następował. Najważniejszą wadą tej metody jest, że łatwo zranić prętem zatokę łożyskową i spowodować przez to gwałtowny krwotok, który wprowadzie po wyjęciu *bougie* i zatampowaniu ustaje, ale jest to okoliczność dość nieprzyjemna, pamiętać więc o niej należy i zaważać wszystko do hemostazy przygotować. Zdarzające się przy niej często przerwanie pęcherza nie należy do jej stron ujemnych, jak to zobaczmy.

Drugą metodę przerwania ciąży, metreuryza lub hystereuryzą zwaną, wprowadził przed 50-iu laty TARNIER. Zasada się ona na wprowadzeniu balonów gumowych do macicy. MAEURER i BRAUN zalecili celem wzmocnienia działania używać stałego pociągania i dla nadania większej trwałości balonom (metreurynterom) wyrabiać je z jedwabiu lub bawełny. Nie ulega wątpliwości, że metreuryza działa prędzej i pewniej, niż wprowadzenie *bougie* i tam, gdzie zależy na pośpiechu, o co nam przy sztucznym porodzie z powodu zwężenia miednicy nigdy iść nie powinno, zasługuje na pierwszeństwo. Ujemną stroną metreuryzy jest przede wszystkim to, że metreurynter jako przedmiot o powierzchni większej od *bougie*, więcej może zawlec zarazków z pochwy do macicy, a stąd większe przy nim niebezpieczeństwo zakażenia, co jeszcze się potęguje tą okolicznością, że niekiedy trzeba kilka metreurynterów wprowadzić o coraz większym rozmiarze. ZIMMERMANN też oblicza śmiertelność przy metreuryzie na 1,9%. Następnie zdarza się, że rozciągnięte metreurynterem ujście znowu się zwęża i stanowi przeszkodę do ukończenia porodu. Dalej zauważono ciężkie, a nawet śmiertelne rozdarcia szyi pomimo największej ostrożności przy pociąganiu za metreurynter (przy przodującym łożysku np.). Oprócz tego metreurynter zmienia niekiedy położenie i ułożenie płodu i sprzyja powstawaniu położeń ukośnych, poprzecznych, twarzowych i t. d. Wreszcie zdarzają się przy nim przedwczesne odklejenia łożyska ze wszystkimi jego smutnymi następstwami dla matki i dziecka. Z tych wszystkich względów metreuryza stoi wogóle niżej od metody KRAUSE'go, chociaż do skutku prowadzi prędzej, mianowicie gdy się ją kombinuje ze stałym pociąganiem.

Względ, że obie powyższe metody dają 1 — 2% śmiertelności dla matek i 69% żywych wypisanych do domu dzieci skłoniły PARE'go do pownej modyfikacji: mianowicie do metreuryzy ze stałym pociąganiem dołącza zawsze obrót na nóżki i natychmiastowe wydobycie płodu. Postępując w ten sposób, otrzymał on 86,9% żywych dzieci. Krytycznie przyjrawszy się jednak danym, przez PARE'go podanym, widzimy, że klasyfikuje on swój materiał sztucznie, że 83%, t. j. największą liczbę żywych dzieci otrzymał przy położeniach czaszkowych, co stwierdza starą zasadę, że położenia te są i dla dzieci przedwcześnie urodzonych najpomyślniejsze, zaś 64,1 % przy położeniach miednicowych, następnie że z ogólnej liczby 51 dzieci przedwcześnie urodzonych wskutek zastosowania metreuryzy i następnego obrotu [albo bez niego] wypisano do domu 63,6%, t. j. mniej więcej tyle, co wogóle przy sztucznych porodach z powodu zwężeń daje się ich wypisać.

Wobec tego, że przy sztucznym przerwaniu ciąży z powodu zwężeń miednicy czyto według metody KRAUSE'go, czy też zapomocą metreuryzy, z 88,1% żywo urodzonych dzieci wychodzi ich w takim stanie z zakładów ledwie 63,8% — HERFF zwrócił się do rękoczynu SCHEEL'a, t. j. do przekłucia pęcherza, uzasadniając swój wybór tem, że jest to metoda idealnie prosta, dostępna dla najmniej wprawnych lekarzy-praktyków, wymagająca jedynego! tylko zabiegu, ograniczająca przeto *ad minimum* możliwość infekcyi, gwarantująca pew-

ność utrzymania płodu w położeniu podłużnem, ewentualnie czaszkowem i odznaczająca się przy tem skutkiem pewnym, aczkolwiek mniej prędkim. Méto-dzie tej, znanej od 1756 roku, stawiano rozmaite zarzuty, z których jednak więk-szość krytyki nie wytrzymuje, bo albo dotyczą i innych metod wywołania przedwczesnego porodu, albo są przestarzałe, albo zgoła niesłuszne. Do takich należą np. zarzuty co do zranienia płodu, zmian jego położen lub częstości infekcji wskutek długotrwałego porodu. Najważniejszy zarzut, że okres wystą-pienia bólów porodowych nadmiernie trwa długo, dla niej jest tylko sprawie-dliwy w stosunku do metreuryzy ze stałym pociąganiem, dającej najprędszy skutek, bo w przeciągu 20—35 godzin, ale przecież przy przedwczesnych po-rodach z powodu zwężen miednicy nie powinno iść o pośpiech; zresztą zawsze mogą się zdarzyć wyjątkowo nieczule matce, które bardzo leniwie odpowiadają na wszelkie bodźce, a w zwykłych warunkach i przy przekłuciu pęcherza poród następuje średnio po 77—80 godz. Drugi ważny zarzut, że po przekłuciu pę-cherza wykonanie ewentualnego później obrotu staje się bardzo utrudnionem, jest tylko warunkowy, o ile się nie udało utrzymać płodu w położeniu podłuż-nem, co się zresztą bardzo rzadko zdarza, i o ile się nie jest przeciwnikiem pro-flaktycznego obrotu wogóle.

Praktyka w zupełności potwierdziła te rozumowania HERFF'a. Prze-dewszystkiem przy stosowaniu przekłucia pęcherza w celu wywołania przed-wczesnego porodu z powodu zwężenia miednicy, z matek dotychczas nie stracił ani jednej, przyczem przebieg połogu był u wszystkich, z wyjątkiem kilku podwyższeń temperatury, i to po większej części jednodniowych, zawsze dobry; a co się tyczy dzieci, to żywych urodziło się 88%, a opuściło w takim stanie zakład 82%. Ostatnią niezwykle pomyślną okoliczność tłumaczy HERFF tem, że przekłucie pęcherza sprzyja w wysokim stopniu utrzymaniu płodu w poło-żeniu podłużnem, ewentualnie w czaszkowem, co znakomicie zmniejsza potrze-bę zabiegów operacyjnych, tak fatalnie wpływających na życie dzieci przed-wześnie urodzonych, i tem, że do operacji tej przystępuje możliwie późno, starannie rozważając wszelkie za i przeciw.

Technika tego zabiegu jest niezmiernie prosta: po ustaleniu położenia podłużnego, ewent. czaszkowego [przez obrót zewnętrzny] asystent [akuszerka] fiksuje główkę, a operujący [po starannej dezynfekcji rąk i pochwy] we wzia-rniku albo po palcu wprowadza do szyi macicznej kulociąg zgięty i zaopatrzo-ny w zęby i przerywa pęcherz. Kobieta zostaje w łóżku i dostaje opaskę celem zabezpieczenia położenia płodu; badanie wewnętrzne uskutecznia się nie prę-dzej, aż poród na dobre się już rozpocznie, i przez ten czas przemywa się pochwę płynem dezynfekcyjnym.

Niezmierna prostota tej operacji uczyni ją z pewnością bardzo popularną, co jest tembardziej do życzenia, że przez wywołanie przedwczesnego porodu przy zwężeniach miednicy usuwamy konieczność [aby uratować dziecko] wy-konania ciężkiej na matce operacji [cięcie cesarskie], która wprawdzie w rękach wprawnego operatora daje dobre wyniki, ale ileż trwogi i strachu napędza bie-dnej matce i jej otoczeniu!

Sztuczny przedwczesny poród jest przeto dla tych nieszczęśliwych kobiet które los obdarzył zwężoną miednicą, operacją zbawienną nie tylko z punktu widzenia naukowego, ale też i ludzkiego i zarzucenie jej byłoby błędem w trak-towaniu tego zбочenia.

(*Samml. klin. Vorträge. 1905. N. 386.*)

Wertenstein.

88. E. Düring. O fosfaturyi.

Większość autorów zapatruje się na fosfaturę, jako na stan, wywołany nie przez miejscowe, lecz przez przyczyny ogólnej natury, stan, który często spotykamy u osób nerwowych, zwłaszcza po spożyciu pewnych pokarmów i napojów, stan, nie posiadający zresztą dużego znaczenia [PosNER]. Wogóle fosfaturya spostrzegana była w związku z następującymi objawami:

- 1) przy przewlekłych stanach zapalnych narządów moczopłciowych; zwłaszcza przy przewlekłym tryperze;
- 2) w neurastenii i rozmaitych chorobach nerwowych;
- 3) przy przewlekłych stanach niestrawności i przy cierpieniach reumatycznych [TOBLER].

Prawie wszyscy autorowie za najczęstszą przyczynę fosfaturyi przyjmują neurastenię; w szeregu przyczyn wymieniają także [PEYER]: częsty onanizm, tryper, *coitus reservatus*, zapalenia jąder, stan umysłowego przygnębienia u osób histerycznych, alkoholizm.

DÜERING na zasadzie 60-u systematycznie obserwowanych przypadków z szeregu przyczyn, wywołujących fosfaturę, wykreśla zupełnie neurastenię. Zdaniem jego, nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż fosfaturya bardzo często występuje jako objaw, towarzyszący cierpieniom cewki moczowej i gruczołu krokowego. We wszystkich mianowicie obserwowanych przypadkach fosfaturyi DÜERING'owi udało się wykazać cierpienia cewki moczowej lub gruczołu krokowego [najczęściej *prostatitis*]. Cierpienia te DÜERING uważa za bezpośrednią przyczynę fosfaturyi i dzieli je na trzy główne kategorie:

- 1) Ostry tryper; fosfaturya występuje bardzo często jednocześnie z tem cierpieniem i znika po jego ustąpieniu.

- 2) Tryper przewlekły, zwężenia cewki moczowej; fosfaturya w tych przypadkach jest również częstym, jednakże nie tak prawidłowo występującym objawem; nie znika ona zawsze po wyleczeniu cierpienia.

- 3) Zapalenia gruczołu krokowego (*prostatitis*). Między stanem gruczołu krokowego z jednej strony, a stopniem i znikaniem fosfaturyi z drugiej istnieje niewątpliwie pewien związek, na co zwracają uwagę sami chorzy; przy znikaniu fosfaturyi DÜERING niejednokrotnie mógł skonstatować obiektywnie [zarówno przy badaniu palcem, jak i pod mikroskopem] poprawę w stanie gruczołu krokowego.

Na zasadzie swoich spostrzeżeń DÜERING radzi we wszystkich przypadkach fosfaturyi, zwłaszcza u mężczyzn, zwracać baczną uwagę na narządy moczopłciowe i tam przedewszystkiem szukać przyczyny, poczem zastosować leczenie miejscowe.

(*Medic. Klin.* 1905. N. 21).

W. Breszel.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z dnia 2-go maja r. b.

J. PAWIŃSKI wygłosił rzecz: „O wpływie kąpeli kwasowęglowych na krwiobieg“.

Aby zrozumieć należycie działanie kąpeli kwasowęglowych, należy sobie uświadomić następujące zjawiska: 1) w jakiej zależności pozostają względem siebie pewne części składowe krwiobiegu [serce, naczynia, oddychanie, systemat nerwowy] i 2) jakim jest działanie podniet skórnych na cyrkulację i innerwację.

W p ł y w k ą p i e l i k w a s o w ę g ł o w y c h n a c i ś n i e n i e k r w i. Badania, jakie nad sobą samym i chorymi, dotkniętymi różnemi zaburzeniami w krwiobiegu, przeprowadził mówca, doprowadziły go do wniosku, iż ciśnienie krwi, czyli raczej napięcie naczyńowe pod wpływem kąpeli z CO₂, podnosi się przeciętnie około 30 mm. rtęci. Wzmożenie ciśnienia pomimo rozszerzenia naczyń powierzchownych skóry zdaje się zależeć głównie od antagonyzycznego skurczu naczyń brzusznych.

Na system nerwowy wywierają kąpiele kwasowęglowe pewien wpływ tonizujący uspakajający, różny od wpływu kąpeli ze zwykłej wody odpowiedniej ciepłoty. Ze względu na działanie, jakie wywierają one na krwiobieg, zaliczyć je można to do kąpeli zimnych, to do ciepłych. Wzmożenie ciśnienia krwi, zmniejszenie częstości tętna przemawiają za pomieszczeniem ich w kategorii pierwszych, rozszerzenie zaś naczyń powierzchownych i przekrwienie skóry — w kategorii drugich. Są to więc kąpiele o typie mieszanym. Ponieważ jednak wogóle działanie ich hipersteniczne przeważa nad hipostenicznym, mówca zalicza je do typu kąpeli zimnych, a nie ciepłych. Dlatego też kąpiele kwasowęglowe wskazane są w takich zaburzeniach cyrkulacyjnych, w których ciśnienie tętnicze jest zmniejszone, czynność serca osłabiona, przyspieszona. Zaliczyć tutaj można następujące cierpienia:

1) wadę zastawek serca w okresie poczynającej się niedomogi mięśnia sercowego (*hyposystolia*);

2) początkowe okresy cierpienia mięśnia sercowego (*adipositas cordis, degeneratio adiposa, myocarditis*);

3) osłabienie serca, występujące u neurasteników, w blednicy, bezkrwistości, jak również będące następstwem chorób zakaźnych, zwłaszcza tyfusu i ostrych wysypek.

Przeciwwskazane są kąpiele kwasowęglowe przede wszystkim w tych przypadkach, w których ciśnienie krwi tętnicze jest zwiększone. Przeciwno stosowaniu tych kąpeli przy wzmożonem ciśnieniu przemawia większość klinicystów.

Kąpiele kwasowęglowe nie mogą być uważane, jak to niektórzy utrzymują, za pierwszorzędnny środek w leczeniu sklerozy o wysokiem ciśnieniu. Na mocy powyższego poglądu uważa mówca za niewłaściwe stosowanie tych kąpeli w następujących postaciach chorobowych:

1) w tętniakach;

2) w stwardnieniu drobnych tętnic, któremu towarzyszy wysokie ciśnienie i przerost serca;

3) po przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek (*nephritis interstitialis*);

4) w przewlekłem zatruciu ołowiem;

5) w dusznicy bolesnej, szczególnie w tych przypadkach, gdzie obok stwardnienia tętnic wieńcowych istnieje skleroza i innych drobnych naczyń;

6) w niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, zwłaszcza w okresie wyrównania;

7) u kobiet w wieku przekwitowym, jak również w ciąży.

Kąpiele kwasowęglowe, jako nie obojętne dla ustroju, mogą przynieść istotny pożytek chorym tylko wtedy, jeżeli są kierowane umiejętną ręką lekarza i o ile zakłady lecznicze są w stanie dostarczyć chorym warunków, niezbędnych do higieny i dyetetyki.

Ign. Landstein.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

Szanowny Redaktorze!

Za pośrednictwem Twego pisma pragniemy zawiadomić ogół lekarski, że posiadamy w znacznej ilości szczepionki przeciwcholeryczne naszego wyrobu, które możemy wysłać kolegom w dowolnych ilościach na każde żądanie.

Szczepionki są przyrządzane z wibryonów zabitych przy 56° i zawierają 0,5% fenolu w celu łatwiejszego przechowywania.

Próby szczepień ochronnych są już zapoczątkowane przez jednego z nas i zostaną wkrótce ogłoszone z wymienieniem przyrostu istot bakteryobójczych i aglutynujących.

Dawka dla pierwszego szczepienia dla osobników dorosłych wynosi 1 cm., dla powtórnego po 5-u dniach — 2 cm.

Odczyn ustroju oprócz zmian humoralnych swoistych wyraża się krótkotrwałem nasileniem ciepłoty (*maximum* 38°), a także obrzękiem, zaczerwienieniem i bolesnością w miejscu zastrzyknięcia, znikającymi po 24 — 48 godzinach.

Z wysokim szacunkiem

Karwacki, Żurawowski.

Wiadomości bieżące.

— W Warszawskim Towarzystwie Hygienicznym utworzono nowy wydział antyalkoholowy. Na przewodniczącego jego wybrano kol. BREGMANA, a na sekretarza kol. KUCHARZEWSKIEGO.

— Rada zarządzająca Warsz. Tow. Hyg. pozwoliła zaciągnąć pożyczkę 30000 rb. na hipotekę budującego się uzdrowiska dla chorych na płuca w Rudce, które ma być otwarte w grudniu r. b.

— W celu zapobieżenia szerzeniu się syfilisu między biednymi m. Paryża, rada miejska dobroczynności publicznej urządziła 21 ambulatoryów, w których dotknięci syfilisem mogą leczyć się bezpłatnie. Porady udzielają w oznaczonych godzinach lekarze specjaliści. Dla większego jeszcze ułatwienia porad, prasa francuska nalega, aby przyjęcia te odbywały się i w godzinach wieczornych, jako w porze najdogodniejszej dla robotników.

— Na niedawno odbytym międzynarodowym kongresie prasy lekarskiej w Bernie, celem uniknięcia zamieszania i pomyłek zawotowano, iż drukowanie jednej i teje samej pracy jednocześnie w różnych czasopismach lekarskich jest niedozwolone.

Довозено Ценаурою Варшава, 23 июня 1905. Друк К Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca, Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.