

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O ranach postrzałowych brzucha drażących, z podaniem 2-ech własnych przypadków operowanych. Przez Adama Przyborowskiego.— Kilka słów o badaniu klinicznym krwi. Skreślił Stanisław Klein. (Dalszy ciąg). — **Streszczenia i wyciągi.** 106. O 455 przypadkach eklampsyi z petersburskiego zakładu położniczego. 107. O akroparestezyi. 108. Przypadek gruźlicy jamy ustnej z przedziurawieniem jam nosowej i szczękowej. 109. Przyczynę do rozpoznawania tak zwanej nerki ciężarnych. 110. O stosowaniu dużych dawek bromu przy padaczce.— **Bibliografia i Krytyka.** Dr. Sokołowski. Leczenie klimatyczne suchot płucnych.— **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

O RANACH POSTRZAŁOWYCH BRZUCHA DRAŻĄCYCH

Z PODANIEM 2-ech WŁASNYCH PRZYPADKÓW OPEROWANYCH

przez Adama Przyborowskiego,

ordynatora kliniki chirurgicznej.

„Melius anceps remedium, quam nullum“.

Rany, drażące do jamy brzusznej, przedstawiają wysoki interes kliniczny ze względu na częstość, z jaką są komplikowane przez zapalenie otrzewny i zranienia trzew. Przyjętem jest dzielić je na takie, 1) które otwierają worek otrzewnowy, nie raniąc i nie powodując wypadnięcia na zewnątrz jamy brzusznej żadnego z narządów i na takie, 2) które są połączone ze zranieniem lub wypadnięciem którego z trzew.

Rany, należące do pierwszej kategorii, stanowią mały procent w liczbie ogólnej ran drażących, zadanych przez najrozmaitsze ciała ostre i tępe z wyłączeniem pocisków postrzałowych; rany drażące do jamy brzusznej, zadane przez kule lub inne ciała, prężnością prochu z broni palnej wyrzucone, a nie połączone z żadną raną trzew, należą bezwarunkowo do rzadkich. Rany takie łatwiej sobie wyobrazić przy pociskach martwych (*matte Kugel*) t. j. takich, które utraciły swą siłę propulsyjną, następnie przy t. zw. postrzałach okrążających (*Ringelschuss*). Te ostatnie spotykał PIROGOFF na brzuchu częściej, niż w innych okolicach; zadawane one były kulami okrągłymi. Otóż kanał taki okrążający różnej długości może się znajdować w każdej warstwie powłok brzusznych, najczęściej pod skórą, w rzadkich jednak przypadkach, o których wzmiankuje PIROGOFF ¹⁾, kula może przebiec po samej błonie otrzewnej, po stronie jej zewnętrznej lub wewnętrznej, w tym ostatnim razie przebijając ją w dwóch miejscach i tworząc w ten sposób ranę drażącą, która może trzewa pozostawić nietkniętymi. Cztery takie przypadki, anato-

¹⁾ Pirogoff. Grundzüge der allgem. Kriegs-Chirurgie. Leipzig. 1864. p. 565—616.

micznie sprawdzone, podaje JOHN HENNEN ²⁾, słynny chirurg polowy angielski z początku bieżącego stulecia. O podobnych przypadkach pisze E. RICHTER ³⁾, cytując równocześnie bar. PERCY i I THOMSON'a. Zdaje się jednak, że rany takie, równie jak i kule okrągłe, które je zadawały, należą obecnie do historii, przynajmniej HABART ⁴⁾ wyraźnie zaznacza, że ani jednej rany okrężającej (*Ringelschuss*) na żywych koniach i ludzkich trupach w licznych doświadczeniach nie otrzymał. Wogóle też przy użyciu nowoczesnej broni palnej nie możemy liczyć na rany drążące do jamy brzusznej bez zranienia trzew. BRUNS ⁵⁾ i HABART (*l. c.*) w doświadczeniach swych z nową bronią nie widzieli ich nigdy. Rany postrzałowe drążące drugiej kategorii, te, którym towarzyszy zranienie trzew, musimy zatem uważać za prawidło.

Podczas amerykańskiej wojny domowej (1861—1866), a więc w czasach przedantyseptycznych, drążące rany postrzałowe brzucha należały do najcięższych. (19 uznano za drążące bez zranienia trzew; 12 z nich miało pomyślne zejście). Przypadków ze zranieniem trzew zanotowano 3771, a z tych tylko 421 zakończyło się pomyślnie, w 242 przypadkach zejście pozostało nieznanem; stosownie do tego, jak zechcemy kwalifikować owe 242 przypadki o zejściu niewiadomem, otrzymamy śmiertelność 88,8%, względnie 82%. W większości przypadków brak jest dokładnej wiadomości o naturze rany trzewowej. 79 razy był raniony żołądek i z tych 19 wyzdrowiało; 653 razy były ranione kiszki, w tej liczbie 118 wyzdrowień. Niestety, w znacznej liczbie przypadków nie jest podanem, jakie mianowicie kiszki były ranione. G. A. ORIS jednak, który w podziwieniu godny sposób opracował chirurgiczny materiał tej krwawej wojny, poucza nas, że nie znalazł ani jednej niewątpliwiej rany postrzałowej kiszek cienkich, któraby się wyzdrowieniem zakończyła. Podaje za to 59 przypadków ran postrzałowych kiszek grubej z pomyślnem zejściem i z wytworzeniem po większej części przetoki kałowej. LARREY ⁶⁾ widział zaledwie jeden przypadek wyzdrowienia przy ranie jelita i to przypadek, w którym przedsięwziął czynny zabieg. SÉDILLOT ⁷⁾ zapewnia, że wszyscy, którzy w wyprawie konstantyńskiej odnieśli drążące postrzały brzucha, pomarli.

Wysoka odsetka śmiertelności tych ran podczas wojny nie zmniejszyła się istotnie przez antyseptyczne traktowanie rany (bez cięcia brzuszego), tak przynajmniej dowodziłyby liczby, zestawione przez NIMIER'a ⁸⁾ z wojny w Tonkinie: na 119 postrzałów brzusznych, 72 drążących; z tych ostatnich 52 śmierci = 75%. MAYDL ⁹⁾ w Bośni i Hercegowinie widział w szpitalach jednego

²⁾ John Hennen. Principles of military surgery, comprising etc. etc. Edinb. 1820.

Tenze: Grundsätze der Kriegschirurgie. Weimar. 1822. p. 45—48.

³⁾ E. Richter. Allgemeine Chir. der Schussverletzungen im Kriege. Berlin. 1877.

⁴⁾ Habart. Die Geschossfrage der Gegenwart und ihre Wechselbeziehungen zur Kriegschirurgie. 1890.

⁵⁾ Bruns. Die Geschosswirkung der neuen Kleinkalibergewehre. 1889.

⁶⁾ Cyt. w Delorme'a Traité de Chirurgie de guerre. 1893. T. II. p. 767.

⁷⁾ Sédillot. Campagne de Constantine (1837), avec une planche explicative. 1838.

⁸⁾ Nimier. La guerre au Tonkin et à Formose 1883—1885. Archives de méd. et de pharm. milit. 1889.

⁹⁾ Cyt. w Wagner'a: Ueber die Indicationen zu operat. Eingriffen bei der Beh. von Schussverl. in der 1. und 2. Linie. Wien 1890.

tylko chorego z niewątpliwym postrzałem przewodu pokarmowego, reszta już to pozostała na polu bitwy, już to zmarła podczas transportu. Nielepsze rezultaty widział MOUAT ¹⁰⁾ nad Nilem w r. 1884—1885. W czasie pokoju powtarza się to samo: B. Voss ¹¹⁾ z Rygi podaje 12 przypadków ran postrzałowych drążących brzucha, w których 9 śmierci = 75%. Leczenie było wyczekujące, przy stosowaniu makowca. BARNARD do tezy swej ¹²⁾ zdołał zebrać zaledwie 16 wyzdrowień przy ranach postrzałowych kiszek i wątpi, czy pomiędzy nimi jest przypadek rany jelita. TRÉLAT ¹³⁾ wreszcie w następujących cyfrach daje wyraz ogólnemu wrażeniu, jakie robi na niego prognoza tych ran przy zaniechaniu czynnej interwencji: 99% śmiertelności dla jelita, 92% – 96% dla okrężnicy.

Przyczyną wielkiego niebezpieczeństwa dla życia drążącej rany postrzałowej brzucha jest przede wszystkim wystąpienie zawartości przewodu pokarmowego do jamy otrzewny (*épanchement*), powtórce krwotok, a następnie wstrząs (*shock*). Silne krwotoki, towarzyszące drążącym postrzałom brzucha, są częściej miażdżowego lub żylnego pochodzenia, aniżeli tętniczego; rany postrzałowe wątroby, śledziony, nerek, sieci mogą powodować bardzo obfite, nawet śmiertelne krwawienia. Okazało się dalej, że w jamie brzusznej, bez dostępu powietrza, samoistne zaprzestanie krwawienia przez krzepnięcie krwi i następce wytworzenie zakrzepu (*thrombus*) w przerwanym naczyniu z wielkim trudem przychodzi do skutku. Przeglądając opisy laparotomii, dokonanych dla urazów brzusznych, dosyć często spotyka się spostrzeżenie, że silny, a właśnie jeszcze dostrzeżony krwotok z małej tętnicy lub żyły sieciowej, a także z wątroby, natychmiast się zatrzymywał, skoro tylko powodująca go rana stykała się z powietrzem. Stąd to pochodzi, że tak znaczna liczba chorych z drążącymi ranami brzucha przedstawia objawy silnego krwotoku i przy tych objawach szybko ginie. Przy małym, nitkowatym tętnie, zimnych kończynach, bledości powłok, apatii chorego, który niedawno odniósł ranę brzuszną, może powstać wątpliwość, czy to krwotok wewnętrzny, czy też wstrząs, wątpliwość tem przykrzejsza, że wskazanie co do operacji zachowuje się w tych dwóch razach zupełnie odmiennie. Pomijając (na tem miejscu) badanie fizyczne, które może niekiedy pytanie rozwiązać, musimy zwrócić uwagę na to, że wstrząs mniej często się zdarza, niż wogóle bywa przyjmowanym, i często zapewne problematyczna dyagnoza wstrząsu powstrzymywała chirurga od interwencji w przypadkach, gdzie krwotok wewnętrzny byłby został zdemaskowany, jako istotny winowajca. Dodać jeszcze należy, że wstrząs czysty, bez krwotoku, bywa śmiertelny tylko w przypadkach nader ciężkich ran miażdżących; wstrząs towarzyszący drążącym ranom brzucha postrzałowym, zwłaszcza z ręcznej broni palnej, jeżeli się pojawi, będzie największym zaraz po wypadku, a następnie będzie się zmniejszał w natężeniu; jeżeli objawy, o których mowa, będą coraz cięższe, wtedy prawdopodobnie z krwotokiem będziemy mieli do czynienia.

Dla niektórych chirurgów ciężki stopień wstrząsu, stwierdzony bezpośrednio po zadaniu rany, dowodzi albo silnego krwotoku, albo ciężkiego zranienia kiszek (BRYANT). MORTON, OTIS i inni przyznają wstrząsowi znaczenie tyl-

¹⁰⁾ Mouat. Medic. history of the Nil expeditionary force from 18 March 1884 to 1 July 1885, w Army med. Departm. rep. for the year 1884. London. 1886.

¹¹⁾ Voss. St. Petersb. med. Wochenschrift. 1889. Nr. 11.

¹²⁾ Barnard. Des plaies de l'intestin par armes à feu. Thèse de Paris, 1886—1887.

¹³⁾ Delorme (l. c.).

ko drugorzędne i przytaczają przypadki ciężkich ran kiszek, bez wstrząsu wcale przebiegających. Chory RAVATON'a kilkadziesiąt kilometrów przebył pieszo z przestrzelonym brzuchem i miednicą; wylotem tylnym rany wydobywały się masy kałowe. Podobne spostrzeżenia przytaczają LARREY, MORTON, BULL, TRÉLAT. Przyznać też musimy, że objawy odruchowe, ilościowo tylko od wstrząsu różne, mogą się potęgować przez działanie strachu i mniej nawet obfitą krwi utratę, w ten sposób, że w danym przypadku może być trudnem lub nawet niemożliwem rozdzielić objawy spostrzegane proporcjonalnie do przyczyn, których działanie jest równoczesne. REDARD ¹⁴⁾ i CONNER ¹⁵⁾ pod względem dyagnostycznym przytaczają znaczne obniżenie ciepłoty ciała, jako objaw stały dla wstrząsu nerwowego. Według pierwszego z nich, rany brzucha drążące wywołują wyjątkowe obniżenie ciepłoty, tem znaczniejsze, im rana bliższą jest żołądka. Według tegoż autora chory, który wkrótce po wypadku ma ciepłotę niższą, aniżeli 35,5°, musi umrzeć i operacja w tym stanie jest zupełnie zbyteczną.

Wystąpienie zawartości przewodu pokarmowego do jamy brzusznej pociąga za sobą w krótkim czasie dobrze znany obraz kałowego zapalenia otrzewny. Już w kilka godzin po wypadku znajdowano znaczne ilości krwawo-surowiczego płynu, nagromadzone w jamie otrzewnej (BARROW ¹⁶⁾ po 4-ch godzinach — 1 litr). Nie zawsze jednak tak fatalnym jest skutek rany drążącej, dziurawiającej przewód pokarmowy, otrzewną pokryty. W wyjątkowych przypadkach niebezpieczeństwo, na jakie chory jest narażony, jest mniej nagłem. W pierwszej linii możliwem jest, że mała rana, przez drobny pocisk zadana, nie przepuszcza zawartości, zwłaszcza też, gdy jest zamkniętą przez wypuklenie błony śluzowej na zewnątrz (GRIFFITH, BAUDENS, JOBERT, OTIS). Wypuklenie to jednak częściej się zdarza w przypadkach ran kłutych, niż postrzałowych ¹⁷⁾. Następnie jest możliwem, że takie przemijające zamknięcie (zależne od skurczu mięśni kiszkowych — KÖNIG) potrwa dopóty, dopóki wytworzone na błonie surowiczej złogi przez zlepne zapalenie nie odłączą rany od jamy otrzewnowej. W innych razach, a dotyczy to dwunastnicy i okrężnicy, może być raniona część kiszki, nie pokryta przez otrzewną. Prócz tego pamiętać należy, że choć mówimy zawsze o „jamie“ brzusznej, to w istocie w brzuchu jamy żadnej w znaczeniu pustej przestrzeni nie masz; całość trzew, jako jedna bryła, tak jest trzymana w dokładnem zetknięciu wzajemnem ze strony ścian brzusznych i przepony, że bezwątpienia siła pewna jest potrzebna, ażeby w tej równowadze ogólnej zawartość wyszła z przewodu pokarmowego. Wpływu tej równowagi w ciśnieniu brzusznej najlepiej dowodzi ta okoliczność, że o wiele łatwiej zawartość kiszkowa wydobywa się na zewnątrz z kiszki ranionej a wypadłej, niż z takiej, która spokojnie w brzuchu pozostała. W pierwszym przypadku daleko mniejszy otwór wystarczy zawartości do wydobywania się na zewnątrz. Nie bez prawdopodobieństwa przypuścić też możemy, że wstrząs urazem spowodowany może na czas jakiś wstrzymać ruchy robaczkowe i w tych warunkach pozwolić na wytworzenie zrostów (*adhaesiones*), które już po 24-ch godzinach mogą być dosyć silne, aby chorego uratować. Natu-

¹⁴⁾ Redard. Etudes de thermométrie clinique. Paris. 1883.

¹⁵⁾ P. S. Conner. Blessures par armes à feu. Encyclop. internat. de Chirurgie. 1883. T. II. p. 611.

¹⁶⁾ D. Barrow. Journ. americ. med. assoc. 15/6. 1889. p. 833.

¹⁷⁾ Patrz tablice w Lüh'e'go: Zur Behandlung durchbohrender Bauchwunden. Deutsche militärärztliche Zeitschrift. 1892. Zeszyty 4—7.

ralnie, im płynniejszą i obfitszą jest zawartość, tem mniej widoków na taki obrót rzeczy, tem większe niebezpieczeństwo.

Wszystkie te względy już dawno skłaniały chirurgów do szukania nowych dróg leczniczych, któreby były mocne większą liczbę tych nieszczęśliwych rannych wydrzeć śmierci. Niezmiernie wysoka śmiertelność z krwotoku, z ostrego a szybko postępującego zapalenia otrzewny wskazuje na to, że jest coś więcej do zrobienia nad zalecenie spokoju i stosowanie makowca i że to coś leży na drodze zabiegu chirurgicznego. W ostatnich latach sprawa leczenia drażących ran brzucha nie schodziła z porządku dziennego zjazdów chirurgicznych, zwłaszcza też we Francyi i Ameryce.

Na tem miejscu zwracam uwagę na okoliczność, mało w odnośnej literaturze uwzględnianą, że nietylko w czasach poprzedzających antyseptykę, ale nawet w czasach, kiedy jeszcze chloroform nie był stosowany, już czynny zabieg chirurgiczny w przypadkach tych miał gorących zwolenników.

L. BAUDENS ¹⁸⁾, francuski lekarz polowy, podaje dwa przypadki, operowane przez siebie w r. 1831 w Afryce Północnej: w obu razach rozszerzał ranę powłok i odnajdywał narząd raniony; w jednym z przypadków zaszył metodą LEMBERT'a ranę w okrężnicy poprzecznej z zejściem pomyślnem, w drugim resekował 8 cali jelita; chory ten zmarł w 3 dni, a przy sekcji znaleziono przedziurawienie кишки ślepej, o ile z opisu sądzić można, nie przez pocisk spowodowane. W innem miejscu ¹⁹⁾ bardzo trafnie BAUDENS pisze, że „błędem jest liczyć na samoistne wyzdrowienie; działalność chirurga nie powinna się obracać w tak ciasnem kole; w celu rozszerzenia tych granic, nie waham się uciec do noża, aby rozszerzyć dostatecznie ranę postrzałową powłok brzusznych, sprawdzić w jamie brzusznej drogę pocisku i opatrzyć rany trzew w sposób szybki, a skuteczny. Wiem, że mnóstwo względów obcych sztuce wpływa na chirurga, i że obawa zarzutów niełudzkości i zbytnej odwagi nieraz powstrzymuje rękę, gdy ona jedynie jeszcze mogłaby uratować życie choremu. Ale nie to nazywa się ludzkością; co do mnie, zawsze hołdować będę znanemu aforyzmowi: *Melius anceps remedium, quam nullum*“.

Chirurg amerykański, SAMUEL GROSS ²⁰⁾ (ojciec), już 50 lat temu wypowiedział zdanie, że chirurg wobec podejrzenia rany przewodu pokarmowego, powinien rozszerzyć ranę powłok, odszukać zranione trzewo i zaszyć je. Nie mógł się on wprawdzie poszczycić dobrymi wynikami, gdyż zwykle z licznymi ranami miał do czynienia, których część pozostawała nieodszukaną.

Pierwszy MAC CORMAC ²¹⁾ w Anglii podaje zejścia znanych sobie do 1887 roku 32-ch przypadków cięć brzusznych, wykonanych z powodu ran postrzałowych brzucha drażących; 24 zakończyło się śmiercią = 75%. Następnie amerykańsin COLEY ²²⁾ przedstawia 74 przypadki laparotomii, ugrupowane w następujący sposób: 39 przypadków operowanych przed upływem 12 godzin od chwili wypadku dało 21 śmierci = 53,8%; 22 przypadki operowane po upływie 12 godzin dały 17 śmierci = 77,3%. Dodawszy do tego pozostałe 13 przypadków, w których czas operacji nie został podany, z 6-iu zej-

¹⁸⁾ L. Baudens. Clinique des plaies d'armes à feu. Paris. 1836. pp. 309--397.

¹⁹⁾ L. c. pag. 324.

²⁰⁾ Samuel Gross. An experimental and critical inquiry into the nature and treatment of wounds of the intestines. 1843.

²¹⁾ Mac Cormac. Ueber d. Bauchschnitt bei d. Beh. von intraperitonealen Verletz. Samml. klin. Vortr. von R. v. Volkmann. Nr. 316. Leipzig. 1888.

²²⁾ Coley. Boston med. and surgic. Journal. Oct. 1888. p. 373.

ściami niepomysłnemi, otrzymamy dla 74 operowanych przypadków COLEY'a odsetkę śmiertelności = 59%. THOMAS MORTON ²³⁾ w statystyce swej na 110 ran brzucha postrzałowych drążących z następną operacją, podaje 74 śmierci = 64,27%.

Z mniej korzystnym dla czynnego zabiegu wynikiem ogłasza pracę P. RECLUS ²⁴⁾; podaje on śmiertelność operowanych przypadków na 70%—80%. Następnie wspólnie z P. NOGUÈS'em ²⁵⁾ zbiera szczegółowe tablice, do których jako późniejszych wchodzi wiele przypadków ze statystyk już przez nas uwzględnionych, a zwłaszcza wszystkie przez COLEY'a (*l. c.*) podane. Autorowie ci, w zasadzie przeciwnicy operacji, usiłują wyrobić dla niej jakieś wskazania, które nazywają racjonalnemi. A więc zwracają przedewszystkiem na to uwagę, i bardzo słusznie, że statystykę materiału polowego stosuje się do przypadków w czasie pokoju wydarzonych. Transport rannego, nawał pracy, niemożność zapewnienia spokoju i dostatecznej opieki, składają się na to, że podczas wojny skutki ran brzucha drążących muszą być fatalne; podczas pokoju zdaniem RECLUS'a i NOGUÈS'a tak źle nie jest. Kładą też nacisk na to, że przedziurawienia kiszek cienkich nie są bezwarunkowo śmiertelne i cytują przypadki doskonałych chirurgów, którzy stwierdzali anatomicznie samoistne wygojenie. Zebrane przez nich 91 przypadków ran drążących, zadanych podczas pokoju, dało przy leczeniu nieoperacyjnem tylko 22 śmierci = 24,2%. Wykaz ten zawiera jednak cały szereg przypadków, w których zanotowano „brak wszelkich objawów”. Zdaje się, że wyniki te, stojące w sprzeczności ze wszystkim, co kiedykolwiek w tej sprawie było publikowane, są zbyt rażąco optymistyczne. W dalszym ciągu godzą się ci autorowie na operację przy objawach, wskazujących na krwotok wewnętrzny, następnie przy pojawieniu się gazowej, płynnej lub stałej zawartości kiszek w ranie powłok, a także przy możliwości stwierdzenia wolnych gazów w jamie otrzewnowej. Wreszcie dopuszczają cięcie brzuszne wobec rozpoczynającego się następczego zapalenia otrzewnej, jako *ultimum refugium*, co zapewne statystyki operacji nie polepsza.

LÜHE ²⁶⁾ z Królewca zestawił w bardzo dokładnych tablicach 151 operowanych przypadków, w których 94 zejścia śmiertelne = 62,9%. Do szczegółów pracy tej jeszcze niżej powrócimy.

GABSZEWICZ ²⁷⁾ w zajmującym artykule swoim uwzględnił dawniejsze tabele i dodał do nich 43 nowsze przypadki operacyjne; dla tych ostatnich, w liczbie których jeden własny, pomyślny, wypadła mu śmiertelność bardzo niska, bo 35%.

Jak widzimy ze wszystkich tych wywodów liczbowych, różnaitość jest wielka, tak wielka, że w trudnem zaiste położeniu byłby chirurg, który na zasadzie tych danych chciałby rozwiązać pytanie, czy należy w danym przypadku operować czy nie.

²³⁾ Thomas Morton. Abdominal section for traumatism, with tables of two hundred and thirty four cases. The Journal of the americ. med. association Chicago. 2 Jan. 1890.

²⁴⁾ Paul Reclus. Sur les plaies de l'abdomen par coup de feu. Bulletins et mémoires de la Société de Chir. de Paris. T. XV. p. 132.

²⁵⁾ Paul Reclus et Paul Noguès. Traitement des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin. Rev. de Chir. 1890. Fevr. Mai.

²⁶⁾ Lühe. Zur Behandlung durchbohrender Bauchwunden. Deutsche Militär-ärztliche Zeitschrift. 1892. Zeszyty 4—7.

²⁷⁾ Gabszewicz. Przypadek rany postrzałowej żołądka. Gazeta Lekarska. 1892. Nr. 15 i 16.

Nie podzielam zdania większości autorów, że na zasadzie większego materiału statystycznego w przyszłości sprawa ta da się rozwiązać. Im więcej chirurgowie publikują, tem więcej materiału odnośnego się gromadzi i chociaż z czasem materiał ten pod względem ilościowym uznamy za wystarczający, to jednak pod względem jakościowym nigdy chyba nie uwolnimy się od wątpliwości. Bo i cóż dziwnego, że chirurg nie ogłasza przypadku rany brzusznej, w którym nic nie przedsięwziął i gdzie wkrótce śmierć nastąpiła, z największą pewnością oczekiwana. Również naturalnem jest, że ten sam chirurg ogłosi przypadek, w którym chory, pomimo, że nie operowany, wyzdrowiał wbrew oczekiwaniu i ku największemu jego zdziwieniu. Taka statystyka dopóty niema żadnej wartości, dopóki jakiejś pewności nie mamy, że równie wszystkie przypadki czynnego zabiegu, jak bezczynnego wyczekiwania są ogłaszane.

Tymczasem zaś, co do stosunku wyzdrowień do śmierci w materiale nieoperowanym, musimy się trzymać statystyk nieco dawniejszych, które dla wyłuszczonych względów daleko bliższymi mogą być prawdy, niż późniejsze, gdy równocześnie już i operacje są notowane. Dla tych powodów nie usiłowałem zupełnie zbierać listy przypadków, które aczkolwiek ciekawe pod względem kazuistycznym, na powyższe pytanie nie mogą dać odpowiedzi.

(D. c. n.)

Z oddziału wewnętrznego prymariusza E. NEUSSERA w Szpitalu RUDOLFA w Wiedniu i z kliniki terapeutycznej prof. STOLNIKOWA w Warszawie.

Kilka słów o badaniu klinicznem krwi.

Skreślił **Stanisław Klejn**.
Ordynator kliniki terapeutycznej.

(Dalszy ciąg.—Zobacz Nr. 27).

Samo określenie ilości czerwonych ciałek krwi nie wystarcza jeszcze do ścisłego rozpoznania. Dopełnić je powinno określenie ilości hemoglobiny w krwi. W tym celu dotychczas używano po największej części hemoglobinometru FLEISCHL'a. Pomijając, że jest to aparat względnie drogi i zbytnią ścisłością nie grzeszący⁶¹⁾, wymaga on również znacznej wprawy i co jeszcze gorsza, sztucznego oświetlenia. Z tych wszystkich względów poczęto przekładać nadeń hemoglobinometr GOWERS'a⁶²⁾, który, dając dokładne dla celów klinicznych dane, nie posiada wad aparatu FLEISCHL'a. Przyrząd składa się z dwóch rurek, jednej u obu końców zalutowanej, zawierającej roztwór pikrokarminu w glicerynie, odpowiadający 1% roztworowi krwi, i drugiej zalutowanej na jednym tylko końcu i noszącej w dolnej części skalę od 1 do 140. Objętość, odpowiadająca 2 podziałkom, równa się 0,02 cent. sześć. W celu określenia ilości hemoglobiny wciągamy zapomocą załączonej do każdego przyrządu pipety 0,02 cent. sześć. krwi, które następnie wdmuchujemy do rurki z podziałkami, naławszy do niej uprzednio cokolwiek wody zwyczajnej, poczem dolewamy wody zapomocą pipety tak długo, dopóki po dokładnem zmieszaniu płynu ten ostatni nie będzie miał barwy, odpowiadającej

⁶¹⁾ C. Tomberg. Zur Kritik des Fleischl'schen Hämometers. Dis. Dorpat. 1891.

⁶²⁾ Stierlin. Blutkörperchenzählung und Häoglobiubestimmung bei Kindern. Deutsch. Arch. f. kl. Med. 1889. Bd. 45.

barwie roztworu pikrokarminu. Z ilości dodanej wody sędzimy o ilości % hemoglobiny w danej próbie krwi, ilość tę odczytujemy wprost z podziałek rurki.

Jeszcze prościej i wygodniej można określić zawartość hemoglobiny przez określenie ciężaru gatunkowego krwi zwykłym areometrem. Właściwie w większości przypadków już określenie ciężaru gatunkowego krwi powinno wystarczyć, gdyż jest on prawie całkowicie zależny od hemoglobiny, z wyjątkiem przypadków zapalenia nerek, gdzie zwykle ciężar gatunkowy krwi jest mniejszy, niżby to wypadło sądzić z ilości hemoglobiny. Ciężar gatunkowy krwi określamy sposobem HAMMERSCHLAG'a⁶³⁾. Opiera się on na tej zasadzie, że ciało, pływające w środku cieczy, ma ten sam ciężar gatunkowy, co i ta ostatnia. Ciecz HAMMERSCHLAG'a składa się z mieszaniny chloroformu z benzolem lub z benzyną, która, jak wiadomo, z krwią się nie miesza. Przygotowawszy sobie taką mieszaninę o ciężarze gatunkowym około 1,060, wpuszczamy do niej średniej wielkości kroplę krwi. Kropla taka, jeżeli będzie cięższą od wziętego płynu, opadnie na dno; wtedy należy ostrożnie dodać trochę chloroformu, dopóki kropla krwi nie zacznie stale pływać w pośrodku płynu, jeżeli zaś będzie pływała na powierzchni, wtedy należy dodać trochę benzyny. Jeżeli wreszcie kropla krwi ani opada na dno, ani podnosi się ku górze, lecz pływa w środku płynu, należy płyn w celu usunięcia krwi przecedzić do cylindarka przez płótno lub watę higroskopową i określić zapomocą areometru z podziałkami od 1,030—1,060 ciężar gatunkowy mieszaniny. Będzie to zarazem ciężar gatunkowy badanej krwi. Płyn przecedzony może być w następstwie użyty do dalszych badań. Jeżeli wypada nam określić ciężar gatunkowy krwi nie w szpitalu, lecz na mieście, gdzie rozumie się całego zbioru naczyń szklanych nieść z sobą nie możemy, wystarczy zwykle małe cylindryczne naczynie szklane ze szlifowanym korkiem, wypełnione wspomnianą wyżej mieszaniną. Do tego naczynia wpuszczamy jedną sporą kroplę krwi, w domu zaś wlewamy wszystko do większego naczynia, nalawszy doń przedtem odpowiednią ilość mieszaniny, tak, ażeby starczyło jej na określenie ciężaru gatunkowego. Jeżeli po drodze od chorego do domu kropla krwi rozpadnie się na drobniejsze, można część ich usunąć z naczynia, odlewając ostrożnie trochę płynu, tak, ażeby w naczyniu została jedna kropla krwi.

Ciężar gatunkowy normalnej krwi wynosi u mężczyzn 1,061, u kobiet 1,057. Wobec tego, iż wahania ciężaru gatunkowego krwi idą równolegle z wahaniami zawartości hemoglobiny we krwi, można się zatem w większości przypadków obejść bez określania hemoglobiny i poprzestać na określeniu ciężaru gatunkowego krwi; z cyfr otrzymanych, posługując się poniższą tablicą wziętą z pracy HAMMERSCHLAG'a⁶⁴⁾, otrzymamy w znacznym przybliżeniu ilość hemoglobiny krwi.

Ciężar gatunkowy.	% Hemoglobiny.	Ciężar gatunkowy.	% Hemoglobiny.
1,033—1,035	25%—30%	1,048—1,050	55%—65%
1,035—1,038	30%—35%	1,050—1,053	65%—70%
1,038—1,040	35%—40%	1,053—1,055	70%—75%
1,040—1,045	40%—45%	1,055—1,057	75%—85%
1,045—1,048	45%—55%	1,057—1,061	85%—95%

⁶³⁾ A. Hammerschlag. Eine neue Methode zur Bestimmung des specif. Gewichts des Blutes. Zeitschr. f. kl. Med. Bd. XX. H. 4—6.

⁶⁴⁾ A. Hammerschlag. Ueber das Verhalten des spec. Gewichts des Blutes in Krankheiten. Centralbl. f. kl. Med. 1891. Nr. 44.

Jednakże, jak samo obliczenie ilości czerwonych ciałek krwi nie jest często wystarczające do zdania sobie sprawy z charakteru zmian, odbywających się we krwi, szczególnie w przypadkach anemii, tak samo niewystarczające jest często samo określenie hemoglobiny lub ciężaru gatunkowego krwi. Nie zawsze bowiem składniki te ulegają jednoczesnym zmianom; należy przeto wiedzieć, w jakim stosunku znajdują się zmiany w ilości hemoglobiny do zmian w ilości czerwonych ciałek krwi. W tym celu należy oznaczyć t. zw. *index* barwnikowy krwi, czyli za wartość hemoglobiny w jednym ciałku, otrzymaną przez podzielenie ilości hemoglobiny przez ilość czerwonych ciałek w 1 milim. sześć. krwi. Przyjmujemy zwykle, że przy 5,000,000 ciałek krwi w 1 milim. sześć. i 100% hemoglobiny, na każde ciałko pojedyncze przypada pewna normalna ilość hemoglobiny, którą oznaczamy przez jedynkę. Otóż ilość ta może się zmieniać odpowiednio do tego, jaki składnik krwi uległ zmianie. W ten sposób okaże się, że każde ciałko czerwone może przy zmniejszonej absolutnie ilości hemoglobiny zawierać więcej hemoglobiny niż zwykle (*index* będzie > 1) jeżeli ilość tych ciałek będzie w wysokim bardzo stopniu zmniejszona (anemie złośliwe), z drugiej znów strony może każdy krążek zawierać normalną ilość (*index* = 1), również przy absolutnem zmniejszeniu ilości hemoglobiny we krwi, jeżeli ilość czerwonych krążków w 1 mlm. sześć. będzie zmniejszona w stosunku odpowiednim do hemoglobiny (ostre i przewlekłe anemie). Zdarza się także, że ilość hemoglobiny w każdym krążku krwi jest zmniejszona (*index* = < 1), zdarza się to wtedy, jeżeli ilość tych krążków jest normalna, a hemoglobiny zmniejszona, albo też kiedy ilość krążków jest zmniejszona, ale mniej niż ilość hemoglobiny (blednica). Kilka tych przykładów, przedstawiających typy zmian przy rozmaitych cierpieniach krwi, dostatecznie wskazuje, jak ważnem jest kombinowanie określenia ilości krążków z określeniem hemoglobiny. Powtarzając od czasu do czasu takie badanie krwi i obserwując jednocześnie zmiany w obrazie mikroskopowym krwi, możemy bardzo dokładnie wiedzieć, jakie postępy robi zalecone przez nas leczenie, ewent. sama choroba.

Przechodzę obecnie do przygotowywania preparatów mikroskopowych krwi na szkiełkach przykrywkowych. Jest to czynność naporóż łatwa, a jednakże początkujący napsują dziesiątki szkiełek, nim otrzymają znośny preparat, z którego można byłoby jako tako korzystać. Oto w krótkości opis tej czynności. Palec, obmyty wyskokiem absolutnym i następnie osuszony, nakłuwamy igłą, urządzoną w ten wygodny sposób, iż w miarę grubości skóry możemy wykonać nakłucie głębsze lub płytsze, zależnie od tego, czy wysuniemy mniej lub więcej ostrze igły z pochwy, w której ta ostatnia zapomocą guzika się przesuwą. Pierwszą kroplę krwi ścieramy, następną zaś wielkości łebka od szpilki chwytną na szkiełko dokładnie oczyszczone i suche, ostrożnie lecz szybko przykładając to ostatnie do palca, poczem natychmiast nakładamy je na drugie tak, ażeby zajęło tylko połowę szkiełka lub niewiele więcej, i skoro tylko kropla wypełni przestrzeń między szkiełkami, co powinno natychmiast nastąpić, wtedy szybko, lecz delikatnie szkiełka rozsuwamy. Powinniśmy otrzymać cieniutką warstwę krwi, która w ciągu kilku sekund zasycha. Niezasychający szybko preparat niewiele wart będzie. Szkiełka należy trzymać szczypczykami, mającemi zupełnie płaskie i cienkie końce, przy rozsuwaniu należy dłonie trzymać zawsze równoległe, nie zaś w jednej linii ze szkiełkami. Można się także obejść bez szczypczyków, a wykonać całą manipulację rękami, wtedy jednak powinny one być absolutnie suche, a szkiełka

należy chwycić nie za powierzchnię, lecz za dwa przeciwne brzegi. Mnóstwo innych drobnych, choć pożytecznych, rad w tej materii pomijam, gdyż jestem przekonany, że opis tu nigdy nie wystarczy, należy samemu całej tej procedurze się przypatrzeć, a potem wprawa robi swoje. Zamiast szkiełek przykrywkowych można jeszcze używać miki, zaleconej przez prof. HOYER'a. Szkiełka zawinięte w bibułkę, na której piszemy nazwisko chorego, datę i przypuszczalne rozpoznanie, można przechowywać w specjalnie do tego urządzonych pudełeczkach.

W powyższy sposób otrzymane szkiełka można natychmiast prawie wstawić do termostatu, który ogrzewamy stopniowo do 115° - 120° . Skoro ciepłota dojdzie do tej wysokości, co następuje zwykle w ciągu 30—40 minut, można płomień usunąć i przeczekawszy trochę, aż ciepłota w piecyku spadnie niżej 100° , wyjąć szkiełka. EHRLICH radzi ogrzewać do 120° przez kilka godzin, jednakże u NEUSSER'a wszystkie preparaty ogrzewają się tylko w sposób powyższy i nic na tem nie tracą.

Po utrwaleniu hemoglobiny ogrzewaniem przystępujemy do barwienia preparatów. Według mnie najlepsze wyniki daje barwienie płynem EHRLICH'a ⁶⁵⁾ którego skład, jak wiadomo, jest następujący:

125 ctm. stężonego roztworu wodnego *Orange G*.

125 ctm. stężonego roztworu *Fuchsin S. extra* w 20% alkoholu

75 ctm. alkoholu absolutnego

135 ctm. stężonego roztworu wodnego *Methylgrün crystallisat*.

Kto jednak zechce sobie według tego przepisu przygotować mieszaninę, ten wszystko otrzyma, lecz nie płyn, któryby barwił tak, jak to EHRLICH opisuje. Przyczyna tego tkwi w rozmaitych drobnych tajemnicach, niezbędnych przy przygotowywaniu mieszaniny. Ażeby barwienie się udało, należy przede wszystkim posiadać wskazane wyżej marki barwników; najlepiej je nabyć od *Berliner Actien-Gesellschaft für Anilinfabrikation*. Roztwór każdego barwnika powinien stać w spokoju przynajmniej przez 3 tygodnie, przyczem w pierwszych dniach należy go od czasu do czasu wstrząsać, ażeby jaknajwięcej barwnika się rozpuściło. Jeżeli po ustaniu się tych płynów weźmiemy zapomocą pipety przepisaną ilość każdego roztworu i wszystko zmieszamy, wtedy odrazu dostajemy płyn, który barwi preparaty krwi. Jednakże już po kilku godzinach zjawiają się w płynie dość obfite męty, które uniemożliwiają barwienie. Należy przeto przeczekać, póki męty te nie osiadą na dnie naczynia, co osiągamy w zupełności dopiero po 3 miesiącach. Wtedy ostrożnie zlewamy zapomocą pipety górną warstwę płynu, który wtedy już żadnych nie zawiera mętów i zupełnie odpowiada naszemu celowi. (D. n.)

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

106. E. BIDDER. O 455 przypadkach eklampsyi z petersburskiego zakładu położniczego. Pod takim nagłówkiem ogłosił B. szczegółowe sprawozdanie, z którego podajemy najważniejsze statystyczne dane i poglądy autora na patogenezę i leczenie drgawek właściwych ciężarnym, rodzącym i położnicom.

Wymienione 455 spostrzegano od r. 1873 do 1890 na 60583 kobiet do zakładu przyjętych, co znaczy, że 1 na 133 chorowała na drgawki. Rzeczywistą jednak mia-

⁶⁵⁾ P. Ehrlich. Zur Kenntniss des acuten Milztumors, Charité Annalen. IX. 1884.

ra częstości drgawek porodowych stanowią te przypadki, w których eklampsja powstała w samym zakładzie. Takich przypadków było 87 na 41177 porodów; zatem 1 na 473. Z danych szczegółowych autora okazuje się, że eklampsja występuje 3 razy częściej u pierwiastek niż u wielorodek; że u niewcześnie lub przedwcześnie rodzących zdarza się 1 przypadek drgawek na 31 takich porodów (od 5—9 miesiąca ciąży), a podczas porodów czasowych 1 na 179, czyli że eklampsja wydarza się 5 razy częściej u przedwcześnie niż u na czasie rodzących; przed 5-ym miesiącem ciąży ani razu nie spostrzegano drgawek porodowych. Prawie w połowie wszystkich przypadków, pierwszy napad drgawek wystąpił podczas trwania bólów porodowych; zaś w 172 przypadkach nastąpiło to w tym czasie, kiedy macica nie pracowała, a mianowicie: 38 razy przed pojawieniem się pierwszych bólów porodowych; w 134 przypadkach w okresie łożyskowym i po zupełnym ukończeniu się porodu. Na szczególną uwagę zasługują te przypadki, w liczbie 24, w których napady drgawek pojawiły się przed wystąpieniem bólów porodowych (na 16 dni lub kilka godzin przed rozpoczęciem się porodu), a ustały z chwilą rozpoczęcia się porodu, podczas którego jako też w połogu nie było napadów eklampsji. Z tych danych autor wyprowadza wniosek, że skurcze macicy porodowe nie są niezbędnym warunkiem do wywołania napadu eklampsji. Popierają ten wniosek i te przypadki, w których napady drgawek ustawały, pomimo trwających bólów porodowych, przed końcem porodu, który następnie ukończył się dobrowolnie lub przy pomocy sztuki. W tego rodzaju przypadkach często rodzące jeszcze przed ukończeniem się porodu odzyskiwały przytomność, a ponawianie się napadów drgawkowych wkrótce po porodzie bardzo rzadko spostrzegano. Jeżeli do tego dodamy 134 przypadki, w których drgawki pojawiły się dopiero w okresie łożyskowym, albo całkiem *post partum*, to w 38% przypadków napady drgawek wystąpiły niezależnie od właściwych bólów porodowych. W 108 przypadkach napady drgawek z chwilą wydalenia płodu z macicy całkiem ustały; w innych zaś niemniej licznych, po urodzeniu się płodu wystąpił wprawdzie jeden lub kilka lekkich napadów drgawek, lecz dobroczynny wpływ opróżnienia macicy był w nich również wydatny.

Wreszcie z danych autora okazuje się, że eklampsja przy porodzie płodem wymiękłym nadzwyczaj rzadko się zdarza. Zestawiając to, co do patogenезy drgawek właściwych ciężarnym, rodzącym i położnicom się odnosi, B. następujące wyprowadza wnioski:

- 1) Częstość eklampsji zdaje się stopniowo wzrastać.
- 2) Eklampsja jest niezależną od pory roku; epidemicznie ona nie występuje; za jej zaraźliwość żaden fakt nie przemawia.
- 3) Pierwsza ciąża i ciąża bliźniętami wyraźnie przeważają; w mniejszym stopniu ciąża u starszych pierwiastek.
- 4) Bardzo często występują napady drgawek podczas porodów przedwczesnych; często jedno i drugie zależy od jednej i tejże samej przyczyny.
- 5) Eklampsja nie jest zależną od bólów porodowych; występuje ona bardzo często i bez nich.
- 6) Wydalenie płodu z macicy najmniej w połowie przypadków eklampsji wywiera pożądany wpływ na ustanie napadów drgawkowych.
- 7) Nadzwyczajnie rzadko spostrzega się eklampsję przy porodzie płodem wymiękłym; takie płody są raczej następstwem przebytej w ciąży eklampsji, a nie jej przyczyną.
- 8) W $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków eklampsja występuje w takim okresie rozwoju płodu, w którym nie może być mowy o wytworach przemiany materii w jego ciele, jako przyczynie eklampsji.

Wobec tego, że eklampsja występuje wyłącznie w ciąży, podczas porodu lub w połogu, przypuszczać należy, że przyczyna drgawki wywołująca bezpośrednio jest zależna od przemian zachodzących w ustroju kobiety zajętej sprawą płodzenia; zatem prawdopodobnie eklampsję wywołuje zatrucie; dotąd jednak ani twór zatruwający, ani też droga jego działania, nie zostały poznane.

Pod względem leczenia, B. szczególnie zaleca *opiatą*, a mianowicie: nalewkę makowcową *per anum* i morfinę podskórną w dużych dawkach; oprócz opiatów stosował autor chloroform i chlorał, lecz zarazem dodaje, że narkoza chloroformowa sama przez się nie działa tak pomyślnie jak *opiatą*, które obok sprowa-

dzania większego krwi napływu do mózgowia, wybitnie zmniejszają współcześnie odruchy; co ma również nie małe znaczenie w leczeniu eklampsyi.

Oprócz samych napadów drgawkowych wybitne miejsce w obrazie chorobowym eklampsyi zajmuje puchlina ogólna, zatrzymanie wydzielania się moczu i choroby nerek. Ztąd też pochodzi, że powiększenie wydzielania potu stanowi ważny czynnik leczniczy; zatem zawijania Priesnitzowskie i kąpiele ciepłe były przez B. stosowane.

Wymienione wskazanie: wywołanie napływu krwi do mózgu i powiększenie wydzieliny potu, zdawało się, że wypełni pilokarpina. Niestety, niebawem okazało się, że pilokarpina wywołuje nadto osłabienie działalności serca, co dla chorych na eklampsję nie jest obojętnem. Zkądinał zatem lek ten odpowiedni, musiał być zarzucony jako niebezpieczny.

Wszelkie inne leki jako to: *nervina*, *diuretica*, kwas benzoesowy (przeciw amoniemii FRERICH'S'a) i inne, nie mają, zdaniem B., żadnej wartości.

Co się zaś dotyczy właściwego leczenia położniczego, to, jak to już wyżej zaznaczono, w $\frac{1}{3}$ wszystkich przypadków eklampsyi podczas porodu, napady drgawek po urodzeniu się płodu bezpowrotnie ustawały, albo też całkiem łagodniały, tak co do liczby jako też natężenia napadów; zatem bardzo wiele na to można liczyć, że eklampsja ustanie, gdy poród dziecka zostanie dokonany. Mamy zatem, mówi autor, uważać eklampsję za wskazanie do rozwiązania ciężarnej lub rodzącej w każdym przypadku, w którym istnieją warunki do względnie nie grożącego niebezpieczeństwem rozwiązania; nawet tam, gdzie warunki te sztuką zdobywać trzeba. Autor zgadza się w zasadzie z energicznym postępowaniem, a mianowicie z głębokimi nacięciami szyi macicznej przez DUEHRSEN'a zalecanemi¹⁾, gdy rozwarcie ujścia macicznego zbyt się przewleka. W takim jednak zakresie, jak to DUEHRSEN zaleca, jest to koniecznem w niemiernie rzadkich przypadkach; albowiem tam, gdzie ujście maciczne jest o tyle rozwarte, lub rozwartem (palcami) zostanie, że można przezniełyżki kleszczy porodowych przeprowadzić, tam wystarczy najczęściej pociąganie kleszczami (umiarkowane) do zupełnego rozwarcia ujścia macicznego.

Bardzo godną naśladowania jest rada DUEHRSEN'a, ażeby wszelkie operacje dokonywać w głębokiej narkozie. Tak też i B. postępuje i temu po części zawdzięcza te pomyślne wyniki, jakie otrzymał.

Co się zaś dotyczy dokonywania cięcia cesarskiego z powodu eklampsyi, to nasz autor wręcz przeciwnie zajmuje stanowisko. Spodziewano się, że z chwilą gdy cięcie cesarskie przestało być przerażającą operacją i zakres wskazań do jego dokonywania coraz więcej będzie się rozszerzał, że zatem wkroczy ono i w dziedzinę eklampsyi, zwłaszcza po ogłoszeniu przez HALBERTSMA pewnej liczby przypadków, w których on z powodu ciężkiej eklampsyi dokonywał cięcia cesarskiego z pomyślnym dla matki i dziecka wynikiem. Pomimo całego udoskonalenia techniki tej operacji i zabezpieczenia się od zakażenia, cięcie cesarskie jest obecnie jeszcze operacją, skutkiem której pewna odsetka operowanych pada ofiarą. Czy zatem jest usprawiedliwionem wobec eklampsyi uciekanie się bądź co bądź do tak niebezpiecznej operacji. Teoretycznie „tak” odpowiedzieć należy, gdyż eklampsja jest o wiele niebezpieczniejszą. Ze statystyki autora okazuje się że w tych przypadkach, w których liczba napadów drgawkowych dochodziła do 16 i więcej, a które zatem za „ciężkie” uważaćby należało i które same przez się stanowiłyby wskazanie do cięcia cesarskiego, 30—40% matek zmarło. Gdybyśmy zatem mogli być przekonani, że przez opróżnienie macicy zapomocą cięcia cesarskiego eklampsję usunąć zdołamy i że wtedy jedynie z niebezpieczeństwem cięcia cesarskiego będziemy mieli do czynienia; to winnibyśmy, ze względu na widoki ocalenia rodzącej, uciec się do cięcia cesarskiego. Niestety, wiemy, że tak jednak nie jest. Spotykamy bowiem znaczną liczbę takich przypadków, w których napady występujące podczas porodu powtarzają się także i po opróżnieniu macicy, nawet z większym niż poprzednio natężeniem; albo też, że śpiączka, obrzęk płuc i inne następowe objawy drgawek bez dalszego ponawiania się napadów, w krótszym lub dłuższym czasie po porodzie, śmiertelne sprowadzają zejście. Tego samego należy się oba-

¹⁾ Porównaj: Medycyny Nr. 1 str. 8 z r. b.

wiać i po dokonaniu cięcia cesarskiego; a zatem do niebezpieczeństwa samej operacji dodać należy i niebezpieczeństwo z eklampsji wynikające. W dwóch przypadkach tego rodzaju, operowanych przez autora, wynik był jednakowy, a mianowicie: ciągle trwająca i po operacji śpiączka (*coma*) zgon spowodziła.

Bezwątpienia, obraz jaki przedstawia rodząca w drgawkach, już po 6 nawet napadach jest bardzo zatrważający, i takie chore, jak się LOEHLEIN wyraża, domagają się od nas nie wyczekiwania, lecz doraźnej pomocy za jakąbądź cenę. Że wśród takich okoliczności łatwo zdobyć cały szereg pomyślnych wyników z cięcia cesarskiego, tak dla matek jak i dzieci, jest widocznem. Lecz cóż przez to zyskujemy? Z eklampsji, z mniejszą liczbą niż 16-tu napadów umiera 5,5% matek, a z cięcia cesarskiego.....?

Jeżeli jednakże, pomimo zastosowania wszelkich środków i sposobów leczenia, krwiobieg i oddechanie coraz więcej są utrudnione i zdają się ustawać, i u chorej w śpiączce głębokiej zostającej pojawi się żółtaczka (LOEHLEIN); gdy nadto rozwiązanie drogą naturalną jest niemożliwem, a mianowicie gdy szyja maciczna jeszcze nie zniknęła; wtedy oczywiście pozostanie tylko dokonanie cięcia cesarskiego. Wśród tych okoliczności wymagany jest jeszcze jeden, w każdym razie trudny do spełnienia warunek, chociaż przez wszystkich autorów wymagany, a mianowicie: ażeby płód był jeszcze żywy.

Gdy jednakże doświadczenie poucza, że w żadnej innej chorobie tak często, jak przy eklampsji, najgroźniejszy obraz chorobowy nie zmienia się nagle i niespodziewanie na lepsze; to dla cięcia cesarskiego, jako środka życia ratującego, przy eklampsji niezmiernie szczypty zakres przypadnie. Zakres ten jest ograniczony z jednej strony utratą nadziei w pomyślny skutek wszelkiego innego działania lekarskiego; z drugiej zaś wystąpieniem takiego stanu rodzącej, w którym uważamy ją za umierającą. Jeżeli w takich warunkach nic nie zyskamy z dokonania operacji cięcia cesarskiego, to przynajmniej nie będziemy mieli sobie nic do zarzucenia, żeśmy i tego sposobu nie zaniechali. Oczywiście, wtedy na ocalenie życia dziecka nic się nie liczy.

(*Archiv f. Gynaekologie* 44 Bd. 1 Hft. 1893).

J. R.

107. FR. SCHULTZE. **O akroparestezyi.** Akroparestezyą nazwał S. osobliwe cierpienie, którego istotną cechę stanowią parestezye w obrębie obwodowych odcińków kończyn. Autor spostrzegł 12 przypadków tej szczególnej choroby, której obraz przedstawia się jak następuje:

Najczęściej u kobiet, prawie stale po 30 roku życia, a przeważnie w okresie klimakteryicznym zjawiają się zazwyczaj stopniowo parestezye w obrębie rąk i palców, bądź po jednej stronie, bądź też po obu, niekiedy zaś i w palcach nóg. Posiadają one charakter mrowienia, czasami potęgują się do stopnia dość znacznego bólu, mogą nawet objąć całą kończynę. Jednocześnie chorzy czują sztywność w dotkniętych członkach, upośledzającą niekiedy wykonywanie delikatniejszych ruchów. Stałem niemal zjawiskiem bywają nasilenia tych nieprawidłowych sensacji w nocy lub też rano po przebudzeniu się, w ciągu zaś dnia ustępują one. Zimową porą bywają często parestezye bardziej dotkliwe, niż letnią. Rozcieranie dotkniętych cierpieniem członków prawie stale sprowadza ulgę. Choroba jest bardzo uporczywa, trwa lata, nie wywołując jednak żadnych następnych komplikacji, wreszcie ustępuje. Zabarwienie skóry na częściach, przez parestezye nawiedzonych, zazwyczaj żadnych zmian nie przedstawia; zdarza się wszakże niekiedy, że odpowiednie członki są bledsze i chłodniejsze, niż normalnie. Nie spostrzegano jednak zaczerwienienia, jak np. przy erytromelalgii. Żyły i tętnice nie przedstawiają żadnych anomalii. Również i czucie bywa zazwyczaj niedotknięte, jakkolwiek spostrzegano zarówno nadczułość, jak i osłabienie czucia, zwłaszcza podczas napadów. Pnie nerwowe pozostają zwykle na ucisk niewrażliwe. Zaniżków nie bywa. Objawów histeryi nie spostrzegano.

Przypadki S. nie są w literaturze jedyne; cierpienie wogóle zdaje się nie należeć do rzadkich, opisano bowiem dość liczne spostrzeżenia bardzo do przypadków S. podobne, nawet zupełnie identyczne (NOTHNAGEL, PUTNAM, SAUNDBY i inni). Przypadki opisane przez ROSENBACH'a wyróżniały się brakiem nasilen w rannych godzinach oraz występowaniem zgrubień okostnej w okolicy obu guziczków u podstawy trzecich członków palców. ROSENBACH wszakże skłonny jest uważać cier-

pienie za czysto nerwowe, a rozrost okostnej przyjmuje jako wtórne zaburzenie troficzne.

Natura cierpienia, zarówno jak etyologia dotychczas jest zupełnie zagadkowa. To tylko jest pewnem, że nie można go utożsamiać z żadną dotąd znaną postacią chorobową. Autor bardzo przekonywająco wyklucza z kolei: nerwicę naczynioruchową, *neuritis*, destrukcyjne zmiany w centralnych organach nerwowych, *ergotismus*, *tabes peripherica*, zajęcietylnych korzeni nerwowych, wreszcie histeryę, neurastenię i neuralgię. S. zdaje się być skłonny do przyjęcia, przynajmniej dla pewnej części przypadków akroparestezyi, istnienia pierwotnych zmian w zakończeniach skórnych i w najdrobniejszych rozgałęzieniach nerwów czuciowych, a to wskutek działania zewnętrznych podrażnień (termicznych, chemicznych: zimna woda, przetwory chemiczne). SAUNDBY stwierdził jakoby zależność cierpienia od zaburzeń w trawieniu, o czem jednak żaden inny autor nie wspomina. Pewne podobieństwo istnieje między akroparestezą a erytromelalgją i chorobą RAYNAUD'a; lecz przy tych cierpieniach na pierwszy plan występują zaburzenia naczynioruchowe: zmiany w zabarwieniu skóry, jej ciepłocie, martwica.

Leczenie jest mało skuteczne. Należy ochraniać dotknięte członki przed zimnem i oszczędzać je w pracy. Do wewnątrz zalecić można fosfor, brom, przeciwko nocnym nasileniom chininę, fenacetynę, antypirynę. Leczenie elektrycznością zasługuje na szczególne uwzględnienie, jakkolwiek często zawodzi. Niezłe wyniki dają niekiedy letnie kąpiele (słone) oraz ciepłe okłady.

Jakkolwiek jednak leczenie najczęściej bywa bezskuteczne, to cierpienie nie daje złego rokowania, albowiem ustępuje ostatecznie nawet po długim trwaniu i nie sprowadza żadnych innych objawów, jak porażenia, zmiany czucia i t. p.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. III. Band. 4—5 Heft*). S. Bernstein.

108. RETHL. **Przypadek gruźlicy jamy ustnej z przedziurawieniem jam nosowej i szczękowej.** Autor opisuje przypadek owrzodzeń gruźliczych spostrzeganych w przeciągu lat 5, t. j. od 1888 r., które doprowadziły do znacznych spustoszeń w jamie ustnej oraz do połączenia jamy tej z jamami nosową i HIGHMOR'a z lewej strony.

Chory pochodzący z rodziny zdrowej kaszlał już od 8 lat i przedstawiał zmiany w szczycie płuca oraz cierpienie gruźlicze w krtani. Zmiany te z biegiem czasu postępowały, na jesieni zaś 1890 roku po wyrwaniu kilku zębów powstało owrzodzenie na wyrostku zębowym. Owrzodzenie to zajmowało całą przestrzeń między 2-im siecznym, a 1-ym trzonowym zębem lewej strony, dno jego było blade, nierówne, pokryte żółtawą, miejscami serowatą, ropą. Brzegi wrzodu podminowane i usiane szaremi gruzelkami. Badanie drobnowidzowe wyciętego kawałka okazało budowę typową dla gruzelki, mianowicie komórki olbrzymie oraz laseczники Koch'a. Syfilisu chory nie przebywał. Wyskrobywania oraz stosowanie kwasu mlecznego dawały tylko rezultaty przemijające, po pewnym czasie tworzyły się na brzegach nowe gruzelki, które ulegały rozpadowi i powiększały w ten sposób powierzchnię wrzodu. W 1891 roku okazało się już przedziurawienie, prowadzące do jamy nosowej oraz HIGHMOR'a, owrzodzenie zajmowało cały wyrostek zębowy, część podniebienia twardego uległa zniszczeniu, tak, iż od strony jamy ustnej widać było dolny brzeg muszli dolnej lewej, oraz zgłębnikiem można było wejść do jamy HIGHMOR'a. Wypalenie całego owrzodzenia PAQUELIN'em oraz wycięcie części podniebienia twardego w klinice ALBERT'a, na krótki tylko czas sprawiły ulgę choremu, gdyż nastąpiło częściowe zabliźnienie i można było założyć choremu aparat sztuczny, zatykający otwory łączące z jamą nosową i szczękową, wkrótce jednak wyrosły znowu masy ziarninowe oraz świeże gruzelki, gruczoły na szyi obrzmiały, utworzył się ropień zimny na szyi; wszelkie zabiegi chirurgiczne okazały się bezpożytecznymi, aż nareszcie chory zmarł w r. b. skutkiem ostrego nieżytu oskrzeli w przebiegu grypy. Przypadek ten zasługuje na uwagę z powodu nadzwyczaj rozległych zniszczeń kości, jakie rzadko bardzo występują przy gruźlicy, formę zaś mieszaną gruźlicy z syfilisem można było wykluczyć na zasadzie wywiadów, wyników badania chorego oraz bezskuteczności leczenia przeciwsyfilitycznego.

(*Wien. med. Presse. 1890. Nr. 19*). S. Meyerson.

109. FISCHER. **Przyczynek do rozpoznawania tak zwanej nerki ciężarnych.** Autor badał osad moczowy w 70 przypadkach i na zasadzie tego badania doszedł do wyników następujących: 1) Stale znajdują się leukocyty, bądź leżące oddzielnie, bądź skupione w postaci cylindrów, bądź wreszcie pokrywające rzeczywiste cy-

lindry szkliste i ziarniste. 2) Często spostrzegać się dają krążki krwi, wałeczki nabłonkowe i inne. 3) Równie często napotyka się nabłonek pęcherza i nerek, kryształki kwasu moczowego, kryształki indygo, fosforanu amono-magnezyowego i krople tłuszczowe.

Wnioski: 1) Leukocytoza przemijająca oraz leukocytoza w postaci zlepków cylindrycznych—są wyrazem podrażnienia nerek. 2) Krążki krwi u pierwiastek, cylindry u wielorodek—wskazują w pierwszym razie ostre, w drugim dłużej trwające zmiany w nerkach. 3) Długotrwałe choroby gorączkowe podczas ciąży, porodu lub pogołu wzmagają podrażnienie nerek i spowodować mogą ich stan zapalny.

W nerce, uległej zwyklemu tylko podrażnieniu, moc, wkrótce po nastąpieniu porodzie, powraca do stanu prawidłowego. Bywa tu leukocytoza i nieliczne cylindry w ciągu ostatnich 4—5 tygodni ciąży; ilość białka osiąga 0,03%. Natomiast w rzeczywistym zapaleniu nerek u ciężarnych leukocyty zjawiają się już w wczesnym okresie ciąży, ilość zaś ich oraz cylindrów bywa bardzo wielka w ostatnich 4—5 tygodniach ciąży. Sprawa może tu rozwinąć się w wysokim stopniu i wywołać mocznicę lub eklampsję. (*W. kl. W. 40—92*). P.

110. CH. FÉRÉ. **O stosowaniu dużych dawek bromu przy padaczce.** Autor opisuje 20 ciężkich przypadków padaczki, w których ilość podawanego bromu przy stopniowym zwiększaniu dawek dochodziła do 21 grm. dziennie. Leczenie rozpoczynało się od małych dawek 4—6 grm. dziennie, po pewnym czasie (1—2 miesięcy) stosownie do działania bromu na ilość napadów i do pobocznych objawów wywołanych przez lekarstwo, dawki zwiększano. Brom podawano w postaci bromku potasu lub bromku stroncyanu. Z dwudziestu przypadków, w jedenastu dało się zauważyć znaczne i stałe polepszenie i zmniejszenie się ilości napadów, w siedmiu polepszenie było tylko chwilowe, w dwóch zaś polepszenia nie było. Co się tyczy odżywiania chorych przyjmujących brom, to w jednym przypadku dała się zauważyć znaczna utrata na wadze, 16 kilogramów po 2 latach, w czterech zmiany żadnej nie było, w sześciu wreszcie — chorym na wadze przybyło.

Na zasadzie swych spostrzeżeń autor wyprowadza wniosek, że dawki w ilości 15—20 grm. dziennie nie są szkodliwe, jeżeli chory stosuje je pod dozorem lekaarskim, polegającym na określaniu stanu skóry i odżywiania, przymem baczną uwagę zwracać należy na przewód pokarmowy i ciepłotę, stałe obniżanie się której wskazuje na groźne zatrucie bromem i wymaga szybkiej pomocy: odjęcia lekarstwa i usunięcia bromu z ustroju przez kiszkę zapomocą środków przeczyszczających i przez skórę zapomocą wstrzykiwań podskórnych pilokarpiny.

(*Revue de médecine. Nr. 3. 1893*). F. Sylwestrowicz.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Dr. Sokołowski. Leczenie klimatyczne suchot płucnych.

Odczyty kliniczne. 1893 r.

Ktokolwiek uważnie śledził pogały na klimatyczne leczenie suchot płucnych, mógł zauważyć, że w ostatnich czasach w poglądach tych zaszła widoczna zmiana. Przed laty 20—30 utarte było między lekarzami przekonanie, że w leczeniu klimatycznym gruźlicy płucnej najważniejszą rolę odgrywa temperatura powietrza. Dla tego też chorych tego rodzaju wysyłało głównie na południe, do ciepłych krajów, na wyspę Maderę, do Włoch, do Egiptu. Odpowiadało to w zupełności ówczesnym poglądom na etiologię gruźlicy, w której przeziębienie odgrywało niepoślednią rolę. Jeżeli przy ówczesnym nihilizmie terapeutycznym i dosyć zmiennych poglądach na patogenезę gruźlicy, lekarze spodziewali się jakiegokolwiek poprawy w przebiegu suchot płucnych, to właśnie tylko z przebywania chorych w ciepłym, jednostajnym powietrzu krajów południowych. W podręczniku NIEMAYER'a, ówym koranie lekarzy praktyków z przed laty trzydziestu, znajdujemy następujący przepis klimatycznego leczenia gruźlicy: lato — Ems albo Soden; jesień — Wenecja; zima — Palermo, Rzym, Kairo. Widzimy z tego, że jedyną wskazówką w leczeniu klimatycznym była ciepłota powietrza.

W latach pomiędzy 1870—80 nastąpił wyraźny przewrót w poglądach na klimatyczne leczenie suchot płucnych. Dużo zasługi w tym względzie należy się BREHMER'owi, założycielowi zakładu leczniczego dla suchotników w Görbersdorfie na Śląsku. Zakład BREHMER'a otwarty został o wiele wcześniej, jeszcze przed rokiem 1860, poglądy jednak jego nie były ogólnie przyjęte i dopiero w okresie czasu, o którym wspomnieliśmy, zakład ten zakwitnął, a lekarze przekonali się, że wcale nie gorsze wyniki otrzymać można przy leczeniu w Görbersdorfie, że ciepłota powietrza nie odgrywa w leczeniu gruźlicy ważnej roli. Punkt ciężkości całego leczenia przeniesiono na klimat górski, na rozrzedzenie powietrza. Kwintesencję tych poglądów znaleźć można w dziele znanego francuskiego klinicysty JACCOUD'a „*Curabilité et traitement de la phthisie pulmonaire*“ 1881 r. Autor ten nadaje rozrzedzeniu powietrza i, co zatem idzie, wysokości położenia danej miejscowości nad powierzchnią morza, główne znaczenie lecznicze. Za lecznicze więc dla gruźlicy w pełnym tego słowa znaczeniu, uważa tylko stacje klimatyczne, położone wyżej nad 750 metr. nad poziomem morza. Niżej leżące stacje nie mająją leczniczego znaczenia i mogą być uważane za miejsce czasowego pobytu dla chorych wrażliwych, w celu przyzwyczajania ich do znacznych wysokości prawdziwie leczniczych stacji.

W ostatnim nakoniec czasie zauważyć możemy nowy zwrot w poglądach. Widočnym on jest w części już w odczytach WEBER'a, a jeszcze wyraźniej występuje w nowszej periodycznej literaturze. Odmówiono klimatowi górskiemu swego znaczenia w leczeniu gruźlicy, a za punkt ciężkości, przyjęto czystość powietrza i dyetetyczne leczenie. Powstały kwestye: t. z. *climatothérapie nostras*, losnych stacji klimatycznych i t. p. Wobec takiej zmienności poglądów w krótkim stosunkowo czasie, lekarz praktyk nie łatwo mógł się oryentować; dodać do tego jeszcze należy samą trudność przedmiotu, niejasne i niepewne wskazania terapeutyczne, a zrozumieć trudne położenie sumiennego lekarza praktyka, który z natury rzeczy często z tą kwestyą musi mieć do czynienia. To też z prawdziwą przyjemnością wziąłem do rąk pracę kol. SOKOŁOWSKIEGO, traktującą o klimatycznym leczeniu suchot płucnych. Już samo ogromne doświadczenie autora, praktykującego w dużem mieście i uważanego powszechnie za specjalistę w chorobach płucnych, upewniało, że praca ta będzie wartościowa, zawierająca wiele wskazówek praktycznych.

Autor zaczyna swą pracę od kwestyi wyleczalności suchot płucnych, jako pozostającej logicznie w ścisłym związku z samem leczeniem. Przytacza dane anatomicopatologiczne, przemawiające za wyleczalnością, dalej spostrzeżenia czynione przy sokcyach sądowo-lekarskich, a w końcu i spostrzeżenia kliniczne. Wszystkie to dane doprowadzają autora do wniosku, że suchoty płucne są wyleczalne, że wyleczalność ta częstokroć występuje zupełnie niespodziewanie, niekiedy wśród jak najgorszych warunków higienicznych. Dla tego też autor zwraca słuszną uwagę, że trzeba być ostrożnym w ocenianiu naszych zabiegów leczniczych, żeby nie wpaść w sofizm „*post hoc ergo propter hoc*“. Częściej aniżeli zupełne wyleczenie, zdarza się mniej lub więcej długotrwała, niekiedy kilkanaście lat trwająca poprawa, granicząca prawie z wyleczeniem. Jeżeli tedy suchoty płucne są wyleczalne, to jaką drogą wyleczenie to osiągnąć można? Przedewszystkiem autor zastanawia się nad leczeniem przyczynowem, antyparazytarnem, jakie w ostatnim czasie obszernie było stosowane. Doświadczenie autora przemawia za tem, że ten sposób leczenia nie daje wcale dodatnich wyników, że otrzymywaną przy tym sposobie leczenia poprawę przypisać głównie należy zabiegom higieniczno-dyetycznym, które w tych razach obok środków lekarskich, zawsze zalecane bywają. Nie mogąc więc osiągnąć całkowitej poprawy na drodze farmakologicznego leczenia, pozostaje nam wybrać drogę inną. Wzmocnić ustrój, postawić go w jak najwięcej sprzyjających warunkach do walki z drobnoustrojami — oto główne, choć wcale nie nowe wskazanie w leczeniu suchot płucnych.

Tutaj zastanawia się autor nad zamkniętymi zakładami dyetetyczno-higienicznymi, prototypem których jest znany zakład d-ra BREHMER'a w Görbersdorfie, rozbiera dodatnie i ujemne strony tych zakładów i w rezultacie dochodzi do przekonania, że są one najodpowiedniejsze w leczeniu suchot płucnych. Mając jednak na względzie ujemne strony tych zakładów, wylicza następujące decyzerata: 1) należy tworzyć zakłady średniej wielkości; 2) dzielić je na dwie odrębne kategorie: dla chorych, będących w początkowych okresach choroby i dla chorych o formach daleko posuniętych; 3) obok zakładów dla ludzi zamożnych równoległe z nimi iść winny zakłady dla mniej zamożnych.

Wszystkio istnionąco zakłady autor dzieli na dwie kategorie. Do pierwszego rzędu należą zakłady o podstawie czysto higieniczno-dyetycznej. Tutaj zaliczyć należy wzorowo prowadzony zakład przez d-ra DERWEILER'a w Falkensteinie pod Frankfurtem, położony 300 metrów nad powierzchnią morza. Do drugiego rzędu należą zakłady, położone w wysokich górach, gdzie obok higieniczno-dyetycznego leczenia, przypuszcza się równocześnie swoiste działanie klimatu górskiego. Do takich zakładów należy zakład dra TURBAN'a w Davos, w Szwajcaryi, położony 1700 metrów nad powierzchnią morza, oraz inne szwajcarskie. Nakoniec do trzeciego rzędu należą zakłady w Gocobersdorfie, w Reiboldgrün w Saksonii, Sanct-Blasien w Szwarewaldzie i t. p. Wszystkie te zakłady znajdują się w górach, lecz na nieznacznej wysokości (od 500—700 met.) i zajmują właściwie miejsce pośrodku pomiędzy wysokimi stacjami górskimi a zakładami położonymi na równinach.

W postawionej przez siebie kwestyi, którym z tych zakładów należy oddać pierwszeństwo, autor skłania się ku zakładom, położonym w wysokich górach. Tutaj rozbiera autor lecznicze działanie klimatu górskiego. Jakkolwiek klimat górski nie wywiera żadnego swoistego działania na chorobę, o której mówimy, okazuje jednak wyraźny wpływ pobudzający na czynność oddechania, krążenia krwi, układu nerwowego, trawienia i przemiany materji. Bezwzględna czystość powietrza nie jest tutaj również bez znaczenia. Nie wszyscy jednakże chorzy znoszą dobrze klimat górski. Najpiękniejsze rezultaty poprawy otrzymać można u osobników młodych, usposobionych do gruźlicy. Z pośród chorych z rozwiniętą sprawą w płucach tylko ci kwalifikują się do leczenia w wysoko położonych stacyach, którzy 1) nie mają zbyt rozległych zmian w płucach, 2) nie mają gorączki, 3) nie mają powikłań ze strony kiszek i krtani i 4) nie przedstawiają wad w narządach krwioobiegu. Żle znoszą też klimat górski chorzy anemiczni, wrażliwi na zmiany temperatury. Krwotoki i skłonność do nich nie są przeciwwskazaniami do zalecania klimatu górskiego; autor nie uważa również za przeciwwskazanie nieznacznej gorączki, występującej napadowo. Na zakończenie rozdziału o stacyach klimatycznych górskich, autor wspomina obok wyliczonych stacyi o Zakopanem, któremu przepowiada świetną przyszłość, żąda jednak koniecznie założenia tam zamkniętego zakładu leczniczego.

W następującym rozdziale autor rozbiera stacje klimatyczne położone w klimacie podalpejskim. Większość tych stacyi posiada albo źródła szewaw alkalicznych, albo zakłady wodolecznicze i leczenie tam wszędzie prawie jest ograniczone do sezonu; dla tego też autor nie znajduje w stacyach tych warunków, odpowiednich do systematycznego leczenia suchot płucnych. Tutaj kwalifikują się tylko chorzy z bardzo nieznacznościami zmianami w płucach, anemiczni, którzyby nie zniesli wysokiego klimatu górskiego, lub też chorzy z włóknistą postacią suchot płucnych.

Z kolei rzeczy autor wspomina o stacyach klimatycznych nadmorskich, które od czasu BENEKE'go, zyskały pewną sławę leczniczą w suchotach płucnych. Klimat morski zwiększa, zdaniem autora, przemianę materji i uspokaja system nerwowy. Dlatego stacje nadmorskie najodpowiedniejsze są dla przypadków gruźlicy z niedaleko posuniętymi zmianami w płucach, powikłanych objawami naurastenicznymi, dla form suchot płucnych włóknistych, powikłanych rozedmą płuc i dla gruźlicy, powikłanej zaburzeniami cyrkulacyjnymi.

Działanie lecznicze klimatu leśnego identyfikuje autor z klimatem morskim. znajduje w nim też same dodatnie i ujemne strony. Do ujemnych stron klimatu leśnego i morskiego zalicza autor zbytnią wilgotność i niską temperaturę powietrza podczas dzdystego lata, przez co chory naraża się na przeziębienia, katar, reumatyczne bóle i t. p. powikłania. Obszernie rozpatruje autor klimat południowy, krytykuje surowo do niedawna panujący wśród lekarzy praktyków szablonowy zwyczaj wysyłania wszystkich suchotników do stacyi południowych i ogranicza wskazania tych stacyi do następujących przypadków: 1) gruźlica płuc, powikłana zajęciem krtani, 2) gruźlica płuc, powikłana lekkim białkomoczem, 3) gruźlica powikłana anemią i mocną wrażliwością na zmiany temperatury, i nakoniec 4) powikłania gruźlicy płuc z wadami cyrkulacyjnymi.

Na zakończenie swej pracy autor podaje krótkie uwagi o leczeniu klimatem swoim, oraz o zakładaniu w oddaleniu od miast szpitalów dla suchotników, wykazując wielką korzyść podobnego leczenia dla ludzi nieczamoznych, których olbrzymia większość udaje się obecnie do szpitalów miejskich po to tylko, aby wkrótce życie tam zakończyć.

Taką jest w króciutkiem streszczeniu treść pracy dra SOKOŁOWSKIEGO. Ramy niniejszej krytycznej wzmianki nie pozwalają mi obszerniej myśli autora wyłożyć. Sądzę jednak, że każdy lekarz praktyk nie omieszką poznać się z oryginalną pracą, treściwie, bo na 50 stronicach, wykładającą całą kwestyę klimatycznego leczenia i wyróżniającą się przytem dodatnio bezstronnością poglądów. Nigdzie autor zbyt kategorycznie się nie wyraża, podane prz z siebie wskazania uważa za względne, mówi, że chorzy częstokroć nie znoszą przepisanego im podług tych wskazań klimatu, że możliwe indywidualne warunki powinny zawsze być uwzględniane. Taka bezstronność i oględność w sądach świadczy w dzisiejszych czasach bajecznego optymizmu terapeutycznego o dużem doświadczeniu autora i bezwzględnie naukowem traktowaniu przedmiotu. Mogłbym jeszcze wskazać na niejaki braki w tej pracy. Należałoby, mojem zdaniem, traktować nieco obszerniej wpływ klimatu leśnego, wskazać szczegółowo w kraju naszym miejsca, któreby najwięcej kwalifikowały się do zakładania stacyi i zakładów klimatyczno-dyetycznych, ale są to wszystko drobne braki, sówicie opłacone wartością całości. Mówiąc o tym odczycio, niepodobieństwem jest pominąć milczeniem zasługi „Gazety Lekarskiej“, która pięcioletniem blzko swem wydawnictwem odczytów wielce przysłużyła się naszej literaturze. Jeżeli w zbiorze tych odczytów znajdują się rzeczy słabe, to to rzecz godna uwagi, należą do tłumaczeń (odczyt BURGONZIA i parę innych); prace oryginalne są przeważnie dużej wartości.

Władysław Biegański.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== Rzadki przypadek zapłodnienia w okresie połogowym opisuje KROENIG. 22-letnia kobieta urodziła po raz wtóry. W 4 dni po porodzie nastąpiło spółkowanie, które odtąd dopiero w 3 miesiące później zostało powtórzone. Pierwsze ruchy płodu kobieta poczuła w 4 miesiące po owem spółkowaniu, a dziecko donoszone urodziła po upływie 243 dni. Można w przytoczonym przypadku dwie rzeczy przypuścić: albo że nitki nasienne zachowały przez czas niezwykłe długi (6—8 tyg.) swą żywotność, t. j. do chwili nastąpienia ponownej owulacyi, co wydaje się autorowi mało prawdopodobnem; albo też, że już po 3—5 dniach mogła się utworzyć na całej wewnętrznej powierzchni macicy warstwa nabłonkowa, umożliwiającą usadowienie się zapłodnionego jaja. Przypadek ten nasuwa autorowi wnioski następujące: 1) Dziecko donoszone może się rozwinąć w ciągu 243 dni od chwili spółkowania zapładniającego. 2) Ciałko nasienne zachowuje żywotność swą w odchodach połogowych (*lochii*). 3) Czynność jajników nie ustaje zupełnie podczas ciąży. 4) Miesiączkowanie i owulacja mogą występować niezależnie od siebie. (Centr. f. Gyn. 19—93).

== Już TROUSSEAU opisał pewną postać błonicy bez wytwarzania się błon, a odkrycie swoistego lasecznika możliwość takiej postaci potwierdziło. FEER podaje właśnie kilka podobnych przypadków, zbadanych dokładnie pod względem bakteryologicznym. W szpitalu dla dzieci w Bazylei było 8 przypadków błonicy. Na jednej z sal, gdzie leżało 3 dzieci z błonicą prawdziwą, znalazł autor u 3

innych na migdałach laseczniki błonicowe, pomimo że na tychże migdałach żadnego nalotu nie było; dwoje z dzieci miało objawy cierpienia gardła nieżytowego z gorączką i obrzmieniem gruczołów szyjowych. Na surowicy LOEFFLER'a rozwinęły się w tych przypadkach charakterystyczne białawe kolonie po upływie 10—20 godzin; zasługiwało tylko na uwagę, że w porównaniu z przypadkami błonicy prawdziwej, tu istniała mała zaledwo liczba laseczników. Jednakże szczepienia, dokonane na zwierzętach, wypadły dodatnio. Mamy tu potwierdzenie zdania, jako niektóre zwykłe zapalenia gardła, występujące podczas epidemii błonicy, mogą być natury błonicowej. (Corr. Bl. f. Schweizer Aerzte 8—93).

== Na posiedzeniu lekarzy finlandskich prof. SCHULTEN, okazując chorego z promienią brzucha, zaznaczył, że od lata roku zeszłego spostrzega już 8-my przypadek promienicy, gdy przedtem choroba ta nie była wcale znaną w Finlandyi. (Wracz 21—93).

== W okolicy Magdeburga, gdzie istnieją liczne fabryki chemiczne, spuszczające swe ścieki do Elby, woda tej rzeki zawiera niezwykle dużą ilość soli sodowych tak, że w roku zeszłym była ona zupełnie do użytku niezdatna. Ponieważ już dawniej DAHMEN zwrócił uwagę na szczególnie szybki rozrost laseczników cholerycznych na żelatynie zmieszanej z 1%-ym roztworem sodu krystalicznej, przeto AUFRECHT przedsięwziął odnośne badania z wodą Elby i przekonał się, iż woda ta w rzeczy samej sprzyja bardzo rozwojowi laseczników przecinkowych. Autor

dodaje przy tej sposobności, że w r. 1873 panowała w Magdeburgu bardzo gwałtowna epidemia; wówczas wodostan Elby był wyjątkowo niski, a fabryki chemiczne odprowadzały już ścieki swe do rzeki. (Cbl. f. Bakt. T. 13).

= D-r W. ROBERTSON podaje 4 przypadki w których udało mu się wyleczyć uciążliwe i długotrwałe nieżyty i recydujące polipy nosowe przez otwieranie jamy HIGHMORE'a i następne leczenie tejże.

Dochodzi on do następujących wniosków:

1-o Przy sekcjach przekonano się, że cierpienie jamy HIGHMORE'a jest o wiele częstsze, niż dotychczas przypuszczano.

2-o Sprawa chorobowa (*ozaena*) już we wczesnych okresach przechodzi na błonę śluzową jamy HIGHMORE'a i zarazem wywołuje zwężenie *ostii maxillaris*, wymagające otworzenia i drenowania jamy.

3-o Radykalne wyleczenie zastarzałych i ponawiających się polipów nosowych możliwe jest

tylko po otworzeniu i drenowaniu jamy HIGHMORE'a.

4-o W pewnej liczbie przypadków ropnia jamy HIGHMORE'a siedliskiem cierpienia jest mūsła średnia, w której ma miejsce sprawa zapalna. Przestrzenie pomiędzy beleczkami kostnymi są rozszerzone i wypełnione białą tkanką ziarninową. (Lancet Nr. 17).

= D-r GAREL zwraca uwagę na nowy objaw rozpoznawczy przy obecności ropy w jamie HIGHMORE'a. Jeśli wprowadzimy lampkę elektryczną do jamy ustnej człowieka zdrowego, to tenże przy zamkniętych oczach otrzymuje wrażenie światła. W 4 przypadkach ropnia jamy HIGHMORE'a zjawiska tego nie było po stronie chorej. (The Journal of Laryngology Marzec).

= TUFFIER operował torbiel bąblowca śledziony; zropiała zawartość torbieli zawierała prawie czystą hodowlę *bacillus coli communis* (C. f. chir. 23—93).

Wiadomości bieżące.

— „Przegląd Lek.“ otrzymał zawiadomienie następujące: W myśl uchwały powziętej dnia 20 lipca 1891 na drugim posiedzeniu ogólnem VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, miał następny Zjazd, przypadający na r. 1894, odbyć się w Poznaniu.

W tym samym roku będzie jednak we Lwowie urządzona krajowa wystawa powszechna.

Ażebym więc z jednej strony uczestnikom Zjazdu dać sposobność zwiedzenia wystawy, na której będzie także urządzonym dział lekarski i higieniczny, z drugiej strony, aby nie rozdzielać sił przez to, iż jedni pracowaliby w Poznaniu dla Zjazdu, drudzy dla Wystawy we Lwowie, zebrał się za inicjatywą towarzystwa lekarzy galicyjskich delegaci towarzystw lekarzy, przyrodników, weterynarzy i aptekarzy we Lwowie istniejących, i na posiedzeniu w dniu 8 marca 1893 odbytem uchwalili jednomyślnie, poczynić starania, aby VII Zjazd lekarzy i przyrodników p. odbył się w r. 1894 we Lwowie.

Na pismo w tej mierze przez Prezesa towarzystwa lekarzy galicyjskich do Wydziału lekarskiego towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu wystosowane, otrzymaliśmy tę radosną dla nas odpowiedź, że uznając w zupełności słuszność powodów, które nas skłoniły do powyższej propozycji, ustępują nam Koledzy Wielkopoleanie pierwszeństwa.

Inieniem tedy wydziału gospodarczego, który w tym celu we Lwowie się zawiązał, mamy zaszczyt oznajmić, że VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie w dniach od 18 do 21 lipca 1894, a zarazem zaprosić wszystkich, któ-

rym rozwój nauki polskiej leży na sercu, do łaskawego wzięcia udziału w tym Zjeździe.

W piśmie od Komitetu paryskiego lekarzy i przyrodników polskich wystosowanem do VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, wyrażono życzenie, by następny Zjazd odbył się w sierpniu w czasie wakacyjnym. Z drugiej jednak strony dochodziły do poprzednich Wydziałów gospolarezych życzenia, aby Zjazdy mogły się odbywać w tym czasie, kiedy znaczna liczba osób wyjeżdża do wó.d. Z tego przeto względu po dokładnej rozprawie postanowiliśmy od dotychczasowego, zwyczajem utartego, terminu zjazdu nie odstępować.

Na razie postanowiliśmy utworzyć tylko 14 sekcji, które poniżej są wymienione, lecz w razie, gdy zgłosi się poważniejsza liczba uczestników, mogą być jeszcze i inne sekcje utworzone. Życzenia w tym względzie prosimy przysłać na ręce jednego z podpisanych Przewodniczących. Natomiast zgłoszenia się z wykładami przyjmują ci Koledzy, którzy podjęli się obowiązku zająć się sprawami poszczególnych sekcji; do nich więc prosimy zgłaszać się w sprawie wykładów.

Szczegółowy program Zjazdu będzie później ogłoszony i rozesłany. Winniśmy jednak już teraz podać do wiadomości, że dziennik Zjazdu nie będzie wydawany, lecz prócz dokładnego programu z wszystkimi informacjami, który każdemu członkowi Zjazdu będzie doręczony, będzie wydany pamiętnik Zjazdu.

Kończąc zapewnieniem, że Wydział gospodarczy, o ile to od niego zależeć będzie, dołoży wszelkich starań, aby VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich przyniósł jak najobfitszy

plon dla nauki, a nadto aby ile możności ułatwić i uprzyjemnić szanownym gościom pobyt we Lwowie, zapraszamy do jak najliczniejszego udziału w Zjeździe. Lwów 3 czerwca 1893. D-r Emil Habdank Dunikowski i D-r Józef Merunowicz Przewodniczący Wydziału gospodarczego, D-r Józef Siemiradzki i D-r Edward Mukowicz Sekretarze wydziału gospodarczego.

A) Sekcye lekarskie: 1) Sekc. medycyny teoret., gospodarz Prof. D-r Kadyi. 2) Sekcya higieny i med. sąd., gosp. D-r Opolski. 3) Sekc. medycyny wewn., gosp. D-r Widman. 4) Sekcya chirurgii, gosp. D-r Ziembicki. 5) Sekc. ginekologii i położ., gosp. D-r Bylicki. 6) Sekc. okulistyczna, gosp. D-r Machek. 7) Sekc. weterynaryjna, gosp. Prof. D-r Królikowski. 8) Sekcya chorób skór. i wener., gosp. D-r Rożański. B) Sekcye przyrodnicze: 9) Sekcya chemii i farmacji, gosp. Prof. Pawlewski i D-r Jan Rucker. 10) Sekc. fizyki i matemat., gosp. Prof. Fabian. 11) Sekc. mineral., geolog. i geografii fizycznej, gosp. Prof. Dunikowski. 12) Sekcya zoolog. i anat. porówn., gosp. Prof. Łomnicki. 13) Sekc. botaniki, gosp. Prof. Ciesielski. 14) Sekc. psychologii, gosp. Prof. Raciborski.

— Departament medyczny ogłosił przed niedawnym czasem cyrkularz, zwracający uwagę na to, że znaczna część dentystów używa nieprawnie tytułu „lekarza“. Ponieważ na zasadzie przepisów z r. 1891 te tylko osoby mogą

otrzymać stopień „lekarza-dentysty“, które ukończyły $2\frac{1}{2}$ roku trwające kursa w szkole dentystycznej, przeto niema jeszcze dotychczas nikogo posiadającego prawo do takiego stopnia. Jednocześnie wzbroniono ogłaszającym się w pismach dentystom wszelkich reklam w niewłaściwej formie. (S. Pet. m. Woch. 24—93).

— Francuskie Towarzystwo badania gruźlicy (pod przewodnictwem VERNEUIL'a zawiązane) wydaje czasopismo p. t. „Revue de la Tuberculose“, ukazujące się co kwartał. Trzeci kongres tego towarzystwa odbyć się ma w Paryżu 27-go lipca do 2-go sierpnia r. b..

— Berl. kl. Wochenschr. donosi, że na opróżnioną po śmierci prof. KAHLER'a katedrę kliniki chorób wewnętrznych w Wiedniu powołano prof. NAUNYN'a ze Strasburga.

— W uzupełnieniu wiadomości podanej w Nrze 26 „Medycyny“ o śmiertelności w szpitalach warszawskich za rok 1891, dodajemy, iż odsetka śmiertelności 16,7% w szpitalu zapasowym, nie odnosi się do chorób wyłącznie zakaźnych, jak to było wzmiankowane, gdyż szpital w 1891 r. był jeszcze szpitalem ogólnym i otwarty był tylko w ciągu kilku miesięcy. Wysoką odsetkę śmiertelności należy położyć na karb znacznej liczby suchotników ($\frac{1}{5}$ wszystkich chorych). Odsetka śmiertelności z chorób zakaźnych w szpitalu zapasowym wynosi zaledwie 9,7% za rok zeszły.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, stosując się do warunku, zastrzeżonego w testamentcie ś. p. D-ra JANA BĄCEWICZA, podaje do wiadomości, że w dniu 24-go Czerwca r. b., jako w dniu imienia testatora, przyznane zostały wsparcia z jego legatu za rok 1893, 5-iu wdowom po lekarzach, każdej po rs 90, a mianowicie Pp. Bystrzyckiej Annie, Lubelskiej Walentynie, Robaczowskiej Franciszce, Wierzbickiej Maryi, w Warszawie zamieszkałym, oraz pani Czerwińskiej Feliksie, w Lublinie zamieszkałej. Z upoważnienia Komitetu Członek Zarządzający Kasą Wsparcia D-r J. Rogowicz.

NADEŚLANO DO REDAKCYI.

1) OŁETUSZEWSKI. Szkic fizjologii mowy z uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego z 5 drzew. w tekście. 2) WACHHOLZ. Metody badań niektórych lic sądowo-lekarskich (Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. Ser. II. Zesz. 16). — 3) Prof. MARS. *Apparatus plasticus operationes gynaecologicas illustrans. Cracoviae. 1893.* — 4) Prof. JAWORSKI. Leczenie biegunki przewlekłej. — 5) POŁAK. O cholery w r. 1892 w Warszawie. — 6) Dwudzieste sprawozdanie Komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z r. 1892. — 7) DOBROWOLSKI. Guziczki limfatyczne błony śluzowej przełyku, żołądka, krtani, tchawicy i pochwy (odb. z Pam. Tow. Lek. Warsz.). — 8) CIAGLIŃSKI i HEWELKE. *Ueber die sog. schwarze Zunge* (odb. z *Zeitschr. f. kl. med. B. XXII*). — 9) SOKOŁOWSKI. Leczenie klimatyczne suchot płucnych. — 10) CHRISTMANN. *Ueber die Wirkung des Europhens auf den Bacillus der menschlichen Tuberculose* (odb. z *Centralbl. f. Bacter. u. Par. B. XIII*). — 11) KALNING. Komentarz do 4-go wydania ruskiej farmakopei. 5 zeszytów (po rusku). — 12) Zapiski Tow. Lek. Uralskiego. O leczeniu cholery (po rusku). — 13) ZIEMBIŃSKI. Oczyszczanie wody do picia sposobem chemicznym (po rusku). — 14) Protokoły posiedzeń Kaukaskiego Tow. Lek. Rok XXIX. Nr. 18 i 19, Rok XXX Nr. 1 (po rusku). — 15) Rocznik Lekarski szpit. Ujazd. w Warszawie. Zesz. 3-ci, R. 1892 i Zesz. 1-szy Rok 1893 (po rusku).

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 1 Юля 1893 г.

Друк К. Ковалевського. Крólewska 29.