

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O ranach postrzałowych brzucha drażących, z podaniem 2-ch własnych przypadków operowanych. Przez Adama Przyborowskiego. (d.c.)— Kilka słów o badaniu klinicznym krwi. Skreślił Stanisław Klein. (Dokończ.). — **Wykłady kliniczne.** B. S. Schultze. O leczeniu uporeczywych tyłozgieć macicy. Skreślił A. Winawer. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 17 Czerwca r. b. **Streszczenia i wyciągi.** 111. O użyciu i nadużyciu niektórych leków przy leczeniu nerw. 112. O niektórych własnościach moczu przy kokluszu. 113. Przyczynę do terapii wodogłowia.—Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia.

O RANACH POSTRZAŁOWYCH BRZUCHA DRAŻĄCYCH

Z PODANIEM 2-ch WŁASNYCH PRZYPADKÓW OPEROWANYCH

przez Adama Przyborowskiego,
ordynatora kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg.—Zobacz Nr. 28).

Jeżeli pomiędzy chirurgami, zalecającymi wyczekujące postępowanie, znajdujemy takie nazwiska, jak: VERNEUIL, BARDELEBEN, BECK, le FORT, DUPLAY, TILLAUX, DESPRÈS, to tłumaczy się to jedynie słabymi względnie wynikami, jakie dotąd przynajmniej dawała operacja. Gra tu rolę także pewna zręczność osobista i dokładność przygotowań, których wymaga operacja w jamie brzusznej, nie mówiąc już o tem, że potrzeba jest rozporządzać czasem, dostatecznym dla jej wykonania. Ten właśnie wzgląd ostatni skłania znaczną liczbę chirurgów do zalecania operacji w czasie pokoju, a do uznania jej za niemożliwą w czasie wojny. Do tych ostatnich należą E. RICHTER, A. KOEHLER, NIMIER. Takie połowiczne stawianie kwestyi jest szkodliwe, już dlatego samego, że rzuca cień pewien na wskazanie operacyjne w czasie pokoju. Jeżeli słusznem jest operować chorego z drażącą raną postrzałową brzucha, to słusznem to jest wszędzie, i przeciwwskazanie nigdy nie może wpływać z warunków otaczających, lecz jedynie ze stanu chorego. Nieraz zapewne, zwłaszcza wobec materiału nagromadzonego po bitwie, wypadnie chirurgowi zając się tymi rannymi, którym w krótkim czasie, nieraz prostymi rękoczynami i z mniej wątpliwem zejściem, można pomoc okazać lub życie uratować. Powinien jednak wiedzieć ten chirurg, jak w danym razie postąpi, jeżeli warunki pozwolą poświęcić dwie godziny na operację u chorego z drażącą raną brzucha. Zasady postępowania powinny być jasne i dla wszystkich chorych równe.

Szukając odpowiedzi na pytanie, czy słusznem jest operować chorego z drażącą raną postrzałową brzucha, winno się zdaniem naszym dać pierwszeństwo pewnym względom natury raczej teoretycznej, pozostawiając na drugim planie liczbowe dane statystyki, której chwiejność wyżej udowodniliśmy. — „Rany brzucha dają najwyższą śmiertelność“ (CH. BELL). Co do ran postrza-

łowych, naturalnie drążących, najmniej chyba jest to wątpliwem, zwłaszcza wobec ciągłych usiłowań w kierunku udoskonalenia broni palnej, która wbrew przewidywaniom, bynajmniej nie okazuje się humanitarną (hydrauliczne działanie karabinów małokalibrowych), przynajmniej względem jamy brzusznej; rewolwery amerykańskie (fabr. SMITH and WESSON, MERVYN, HOPKINS) osiągały coraz większą siłę przebijania (*Durchschlagskraft*), rozpowszechniają się w Europie szybko i służą za wzór europejskim fabrykantom. Na tej drodze możemy tylko dojść do powiększenia tej i tak już wielkiej śmiertelności; stosunek liczbowy ran drążących do niedrążących będzie coraz większym, coraz mniej będzie można poddawać się nadziei, i dziś już ułudnej, że jelito usunęło się przed kulą; nareszcie im większa hyżość pocisku i dokładność z jaką przebija, tem równiejsze brzegi rany, tem mniejsze podrażnienie elementów nerwowych ściany kiszki, a zatem idzie słabszy odruch i mniejsza szansa zaciśnięcia rany kiszki przez muskulaturę na czas dłuższy. Spostrzeżenia takiego zaciśnięcia, zwłaszcza z wywinięciem błony śluzowej, (BRAMANN, BERGER, le DENTU, GRIFFITH, HAMILTON) są wogóle rzadkie i niewiadomo, czy w tych razach, kiedy je przy operacji znajdowano, byłyby do samoistnego wyzdrowienia dopomogły, bo wtedy chirurg wołał, i słusznie, błonę śluzową odprowadzić i ranę zaszyć.

Jeżeli, uwzględniając nowoczesną budowę broni palnej, zwróciliśmy się do przyszłości, to uczyniliśmy to dla podkreślenia faktu, że wskazania nasze w obecnej chwili powinny się wyzwolić z pod wpływu kazuistyki tych, nawet stosunkowo niedawnych czasów, kiedy spotykano się z martwymi kulami (*matte Kugeln*) i okrażającymi postrzałami (*plaies de contour*), kiedy tkanki naszego ustroju mogły poniekąd oddziaływać na siłę i kierunek pocisku.

Są jeszcze inne czynniki, które za operacją przemawiają, a przedewszystkiem ciągle, niczem niepowstrzymany postęp chirurgii na drodze doskonalenia zarówno wiedzy, jak sztuki, od chwili jak doniosłe odkrycia, znosząc ból, ograniczając ropienie i niwecząc choroby przyranne, stworzyły nowe widnokręgi. Nasza operacja walki takiej, jak owaryotomia np., przechodzić nie potrzebuje, już dla tego samego, że prawo do otwierania jamy brzusznej, raz wywalczone, zostało uznane przez wszystkich; ale też z drugiej strony nie da nigdy równie dobrych wyników, dlatego, że nie pozwala (po większej części) na wybór czasu, miejsca i lekarza. Chirurgia narządów brzusznych czyni jednak ciągle postępy, i śmiało utrzymywać możemy, że technika zabiegów wielkich jeszcze dozna ulepszeń, że zwrócimy tu uwagę na usiłowania podjęte dla skrócenia czasu, potrzebnego na resekcję kiszki. A więc przyświeca jeszcze promień nadziei tym nieszczęśnym, których większą odsetkę może się uda w przyszłości wydrzeć aniołowi śmierci.

Nie chcemy jednak pomijać całkowicie wniosków, jakie się wyprowadzić dadzą z przypadków, skrzętnie w literaturze notowanych, bo byłibyśmy bezbronni wobec czytelnika, który nawykł cyframi jedynie wierzyć. Korzystamy tu z tablic kazuistycznych mozolnie i podmiotowo przez LÜHE'go zestawionych i do pracy jego (l. c.) przydanych. Zawierają one:

Tabl. 1)	Postrzały brzucha drążące, leczone operacyjnie nie później jak w 12 godzin po wypadku.	91 zmarło 53=58,2%
Tabl. 2)	Przyp., w których operowano później niż w 12 godz. po wypadku	39 „ 31=79,5%
Tabl. 3)	Bez oznaczenia czasu operacji	21 „ 10=52,4%
Razem przyp.		151 zmarło 94=62,9%

Przeglądając te tablice, znajdujemy dosyć znaczną liczbę przypadków, w których już z góry trudno było się ludzi nadzieją pomyślnego zejścia; w tabl. 2-iej znajdujemy siedm takich przypadków. Gdybyśmy je wykluczyli, wtedy tabl. 2 dałaby 75% śmiertelności, co ze względu na spóźnioną operację nie byłoby jeszcze tak złe. Za to tabl. 1 daje bez wykluczeń mniej, niż 60% śmierci. Połączywszy następnie wszystkie trzy kategorie, otrzymamy śmiertelność 62,9% i porównawszy ten wynik z przyjmowaną ogólnie bardzo wysoką śmiertelnością przy zaniechaniu operacji, dochodzimy do wniosku, że tablice przez LÜHE'go zestawione przemawiają za operacyjnem leczeniem²⁸⁾, zwłaszcza też wczesnem (58,2% śmierci). Porównyując następnie tabl. 1 i 2 tej samej listy, dochodzimy do wniosku, że zasada, której się wielu chirurgów (RECLUS, SAINT-LAURENT, DÉMÉTRIADÉ i inni) trzyma, aby operować wtedy, gdy wystąpienie poważnych oznak wskaże niewątpliwie na uszkodzenie organów wewnętrznych, jest fałszywa, albowiem widzimy, że różnica w śmiertelności wynosi przeszło 20%, stosownie do tego, czy operacja została przedsięwzięta wcześniej, jeżeli to możliwe zaraz po wypadku, lub też później, gdy już wystąpiły objawy zapalenia otrzewny. W wysokiej śmiertelności tabl. 2 możnaby nawet poniekąd upatrywać przeciwwskazanie do późnych operacji, gdyby nie wziąć na to, że wiele pomiędzy niemi jest przypadków, w których podjęto operację jako ostatnie usiłowanie ratowania chorego; wtedy nawet cyfra 20% wyzdrowień jest dosyć wysoką, aby zabieg usprawiedliwić.

Byłoby niewątpliwie rzeczą wielkiej wagi, gdyby się udało wykluczać od operacji te bardzo nieliczne zresztą (patrz wyżej) przypadki, w których nie nastąpiło uszkodzenie trzew. Ażeby wykluczyć przedziurawienie przewodu pokarmowego podał SENN swą znaną próbę gazową²⁹⁾. W kazuistyce LÜHE'go przypadki, w których była stosowana, są opatrzone w odpowiednie uwagi. W trzech przypadkach (na 10 trafnych) próba SENN'a dała fałszywą odpowiedź. Jeżeli więc metoda nie jest pewna, to szkoda, jaką zrządzić może, tem więcej winna być brana pod uwagę. Nie kładziemy tu wielkiego nacisku na okoliczność, że wodór, przechodząc przez ranę w kiszce do jamy otrzewnowej, ułatwia przedostanie się tą samą drogą zawartości kałowej. Być może, że istotnie niebezpieczeństwo to nie jest wielkiem przy użyciu wodoru, którego waga gatunkowa, jak wiadomo, jest najniższą ze wszystkich znanych. Gorsze jest to, że często i tak już utrudnione pomieszczenie kiszek po operacji w jamie brzusznej, przez wydęcie ich wodorem staje się bardzo trudnem, co nie pozwala na dobre nałożenie szwu i powiększa ilość szkodliwych bądźco bądź rękoczynów. Wszystkie przypadki kazuistyki LÜHE'go, w których metoda SENN'a odkryła przedziurawienie kiszek, zakończyły się niepomyślnie. Powstaje pytanie, czy wolno dla minimalnej liczby przypadków powiększać niebezpieczeństwo dla ogromnej większości? To, cośmy wyżej rozważyli, gdy była mowa o rzadkości ran drążących bez uszkodzenia trzew, zmusza nas do przeczącej odpowiedzi, tem więcej, że w niektórych przypadkach, przy całych nawet kiszkach, operacja może się okazać usprawiedliwioną przez znalezienie krwotoku do opatrzenia, przybitki, cząstek odzienia, wreszcie i kuli do usunięcia. Jeżeli wreszcie, co jest możliwem, lecz mało prawdopodobnem przy ra-

²⁸⁾ D. Barrow. Analizuje szczegółowo 112 operacyjnych przypadków (6 własnych) i otrzymuje odsetkę śmiertelności 66,27%, podając śmiertelność nieoperowanych na przeszło 90%.

²⁹⁾ Demonstrowana przez autora na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Berlinie. 1890 r.

nach postrzałowych, wydarzy się przypadek zbytecznego otwarcia jamy brzusznej, to właśnie taki chory koniecznie wyzdrowieć powinien, jako mający najlepsze po temu widoki. Kwestya sprowadza się do tego, czy możemy się z góry zgodzić, że w długim szeregu potrzebnych, często życie ratujących operacji, napotkamy t. zw. próbną laparotomię. Zdaje się jednak, że sam SENN nie jest bardzo wysoko przeświadczony o doskonałości swej metody. Takie wrażenie odbiera się, czytając ostatnią pracę jego w tym przedmiocie ³⁰⁾, w której, zalecając metodę swoją, stawia na pierwszym planie względy natury tak wyłącznie praktycznej, że one chyba i w Ameryce na podziw zasługują. Píše więc (*l. c.*), że nigdy (*sic!*) nie udało mu się otrzymać od chorego lub rodziny pozwolenia na operacyę; pozwolenie to otrzymuje dopiero od chwili, gdy stosując metodę swą, jest w możności dowieść choremu, że został śmiertelnie raniony, przez zapalenie płomyka u rany powłok. Drugi wzgląd jest natury sądowej, mianowicie obawa rozprawy, w której adwokat, broniąc sprawcy, mógłby zbrodniarzem zrobić chirurga, który podjął operacyę bez oczywistych ku temu wskazań. Przytaczamy to bez komentarzów.

Na zasadzie powyżej przytoczonego dochodzimy więc do wniosku, że należy operować przy postrzałach brzucha drążących i to jaknajwcześniej, zarówno w szpitalu, jak w praktyce prywatnej, zarówno podczas wojny, jak podczas pokoju.

Pewne ograniczenia, rzecz naturalna, muszą być dopuszczone: Operacyi należy zaniechać, jeżeli jest oczywistem, że ona chorego już nie uratuje; powtóre, jeżeli przebieg choroby uczynił ją zbyteczną; trzecim przeciwskazaniem może być wstrząs nerwowy, lecz czysty, t. j. nie od krwotoku zależny, o ile trwa.

Przystępujemy do uwag nad samą operacyą. Cięcie brzuszne w smudze białej, powszechnie stosowane, jest zapewne najwłaściwszem. Nie zawsze potrzebnem będzie prowadzić je przez całą długość smugi białej, a często dodać wypadnie cięcie poprzeczne, zwłaszcza, gdy nadbrzusze zostało ranione; połączenie tych dwóch cięć jest niezbędnem dla oryentowania się przy ranie żołądka, jeżeli ta ostatnia nie leży tuż przy linii środkowej. Jeżeli sieć lub jelito wypadły przez ranę na zewnątrz, wtedy należy postąpić według znanych prawideł ogólnych, z tem zastrzeżeniem, że zastawszy na zewnątrz ściany brzusznej ranioną kiszkę, po zamknięciu tej ostatniej i odprowadzeniu przez rozszerzoną ranę, nie należy sądzić, że wskazanie zostało wypełnione, a pamiętać o tem, że jedna kula może w kilkunastu miejscach kiszek przedziurawić (LONGMORE — 16, DALTON — 15, BRIDDEN — 15, MURPHY — 11, SENN — 11 i t. d.). Ponieważ często zdarzało się, że nawet wprawni operatorowie pozostawiali ranę żołądka lub kiszek niezaszytą, tem więcej przeto zaleca się dbać o to, by cięcie było dostateczne i dozwoliło cały przewód pokarmowy naocznie zbadać. Używane dawniej, począwszy od GOBERT'a i BAUDENS'a pogrążanie palca lub części dłoni w jamie brzusznej i następnie wyciąganie na chybi - trafi kiszek w poszukiwaniu ranionej pętlicy, było na owe czasy wielkim postępem, pozostało tem nie mniej metodą bardzo niepewną, a z obecnym stanem chirurgii niezgodną. BAUDENS wprawdzie pisze o pewnem ułatwieniu tych poszukiwań: pętlica raniona wskutek skurczu odruchowego ma być konsystencyi twardszej, nawet sprężystej, na podobieństwo tchawicy, co łatwo palcem rozpoznać ³¹⁾.

³⁰⁾ N. Senn. Die Behandlung der Schusswunden des Magendarmkanals, Sammlung Klin. Vortr. N. F. 1892. Nr. 59.

³¹⁾ L. Baudens. (*l. c.*) str. 326.

Nie można zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach rozszerzenie rany postrzałowej mogłoby wystarczyć, jeżeli się według MIKULICZA ³²⁾ kolejno wszystkie pętlice na zewnątrz dla obejrzenia wydobędzie. Za postępowaniem takim przemawiałyby dwa względy: mniejsze niebezpieczeństwo wstrząsu operacyjnego wskutek wystawienia przez czas dłuższy wielkiej powierzchni otrzewny na zetknięcie z powietrzem (parowanie i ostudzenie), a następnie uniknięcie tak trudnego często po ewentracji wprowadzenia napowrót rozdętych jelit. Przeciw metodzie tej przemawia przede wszystkim niemożność dostatecznego oczyszczenia jamy brzusznej z krwi, kału lub wysięku, jeżeli tego zajdzie potrzeba. Po większej części więc małe cięcie przez powłoki nie wystarczy, zwłaszcza, jeżeli będzie podejrzenie na ranę innego jeszcze narządu, a znacznie-szy krwotok, oczywiście w tej ranie początek biorący, zmusi do szybkiego odszukania krwawiącego miejsca. Może się niekiedy po otwarciu jamy brzusznej okazać bardzo trudnem odszukanie źródła krwotoku, gdy krew równie szybko napływa, jak zostaje zbierana. W takich razach N. SENN i D. BARROW zalecają, aby asystent natychmiast zaczął uciskać aortę tuż pod przeponą. Ucisk aorty, słowa SENN'a (l. c.), wstrzymuje natychmiast wszelki krwotok z wszelkiego organu brzuszego, dając czas operującemu na odszukanie źródła krwotoku i opatrzenie go.

Rany wielkich naczyń brzusznych szybko zwykle śmierć sprowadzają; w bardzo rzadkich, wyjątkowych przypadkach, może się udać przez podwiązanie naczynia uratować życie chorego. Jeżeli ucisk, wywarty jednym ze znanych sposobów, nie wystarcza, a występują groźne objawy zwiększającej się anemii, wtedy należy szybko przystąpić do podwiązania, nawet gdyby przewidywać wypadło *mortem in tabula*. Krwotoki z żyły głównej dolnej są łatwiejsze do zatrzymania, wystarcza tu niekiedy już ucisk elastycznej pętlicy kiszkiowej. Poważne trudności przedstawiać mogą krwotoki krezkowe. Jeżeli krezka w kilku miejscach jest raniona, lub rany samego przewodu pokarmowego są źródłem krwotoku, wtedy może okazać wielką pomoc wypełnienie jamy brzusznej pewną liczbą większych gąbek, które na razie elastycznością swą wywrą dostateczny ucisk; usuwając następnie kolejno od góry ku dołowi jedną gąbkę po drugiej, można wygodnie miejsca krwawiące opatrzyć. Krwotok z ranionej nerki może zmusić do całkowitego wycięcia narządu lub częściowej ekstyrpacji z dodaniem tamponady przeciwnilnej. Przerwanie moczowodu wymaga usunięcia odpowiedniej nerki. Krwotoki z wątroby dają się pokonać żegadłem; niekiedy szew się udaje pomimo kruchości mięszu, zwłaszcza przy użyciu grubszej nitki; przy krwotoku z głębi wątroby, z większego naczynia, nie pozostanie nic innego do uczynienia, jak dokładna tamponada gazą jodoformową. Rany pęcherzyka żółciowego należy zeszywać; gdzie to niemożliwe z powodu znacznej utraty ściany, wykonywać anastomozę do dwunastnicy, cholecystenterostomią.

Z pracy SENN'a ³³⁾ wiadomem jest, że znaczne odcinki trzustki dają się bez szkody dla osobnika podwazywać i usuwać, z tem zastrzeżeniem, ażeby pozostawić nietkniętym koniec ku dwunastnicy zwrócony i przewód WIRSUNG'a. Oddzielenie krezki dwunastnicy na niewielkiej przestrzeni, niezbędne do wykonania tej operacji, nie powoduje zgorzeli kiszek. Krótkotrwały odpływ zdro-

³²⁾ Mikulicz. Ueber die operative Behandlung der Perforations-Peritonitis. Verhandl. der deutschen Ges. für Chirurgie. XVIII Congr. 1889.

³³⁾ N. Senn. Die Chirurgie des Pancreas, gestützt auf Versuche und klinische Beobachtungen. Samml. Klin. Vortr. Nr. 813/14. 1883.

wego soku trzustkowego do jamy brzusznej jest nieszkodliwy i sok ulega łatwo wessaniu ³⁴⁾).

Ranom postrzałowym pęcherza często towarzyszą rozleglejsze uszkodzenia kośćca miednicowego; dosyć często równocześnie z raną pęcherza znajdujemy ranę lub rany kiszek. Rany pęcherza same przez się są mniej niebezpieczne niż rany przewodu pokarmowego ³⁵⁾, zwłaszcza, gdy mocz przez ranę ujście znajduje. Zachowują się one pod każdym względem rozmaicie, stosownie do tego, czy raniona została część otrzewną pokryta lub niepokryta. Nie wchodząc w szczegóły symptomatologii i rozpoznania, nadmieniamy tylko, że to ostatnie może przedstawiać pewne trudności. Aby rozstrzygnąć, czy pęcherz doznał jako zbiornik naruszenia całości, i czy rana dotyczy ściany otrzewną pokrytej lub nie, KEEN ³⁶⁾ doradza wdmuchiwać powietrze, WEISS ³⁷⁾ zaś wlewać słabe roztwory karbolu. Ani jedna, ani druga metoda możliwości pomyłki wykluczyć wprawdzie nie zdoła; zasługują one jednak na zastosowanie w wątpliwym przypadku, zwłaszcza, że nie zaszkodzimy niemi choremu, tak jak gazową próbą SENN'a. Szew pęcherza całkowity nawet po cięciu nadłonowem już jest stosowany z dobrymi wynikami, jeżeli niema przeciwwskazania ze strony zmian patologicznych, którym dawniej ściana pęcherzowa uległa. Wyniki te daleko lepsze być powinny, gdy się szyje pęcherz raniony, w większości przypadków zupełnie zdrowy; tem bardziej jeszcze stosować się to będzie do części otrzewną pokrytej (RYDYGIER). Mamy głównie na myśli operację wczesną, kiedy mocz nie zdążył jeszcze wyrzucić na otrzewną całego swego szkodliwego wpływu. Rany pęcherza zewnątrz - otrzewnowe, które bardzo często wikłają się przez nacieczenie moczowe (*infiltratio urinae*), wychodzą z ram tej pracy. Zmiażdżone tkanki winny być usunięte, brzegi zrównane i połączone dosyć gęstym szwem dwurzędowym, według tych samych zasad, jak rany przewodu pokarmowego. Aby uniknąć inkrustacji pęcherzowej pierwszeństwo bezwarunkowo należy się katgutowi przed jedwabiem, przynajmniej dla pierwszego rzędu. HOLMES, MAC CORMAC, SONNEBURG i inni, otrzymywali w ten sposób dobre wyniki; MAC CORMAC ³⁸⁾ zaleca szew, który jeszcze po za granicami rany łączy błonę mięsną i otrzewną i wgłabia miejsce ranione do jamy pęcherza. Leczenie pooperacyjne prowadzi się przy pomocy zgłębnika *à demeure* (np. PEZZER'a), HOLMES'owi jednak i bez tego udało się otrzymać pomyślne zejście. (D. n.)

³⁴⁾ Nie mogąc dla braku miejsca uwzględnić szczegółowo stosunku liczebnego ran organów mięsnych, ich śmiertelności, kazuistyki i leczenia, zmuszony jestem odesłać czytelnika do pracy Edler'a: Die traumatischen Verletzungen der parenchymatösen Unterleibsorgane, Archiv für Chirurgie XXIV. str. 366, i Delorme'a: Traité de Chirurgie de guerre. 1893. T. II. str. 742—824.

³⁵⁾ Na 183 rany postrzałowe pęcherza z wojny amerykańskiej domowej 87 zakończyło się wyzdrowieniem, przynajmniej względnie. Sprawozdanie nie podaje, ile z nich było powikłanych otwarciem worka otrzewnowego lub innymi ranami.

³⁶⁾ Keen. Two suggestions in surgical technique. Transact. Philad. county med. 1890. Febr.

³⁷⁾ Weiss. New-York Medical Record. 1888. Jan. 22.

³⁸⁾ Cyt. u Königa: Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1889. T. II. str. 114.

Kilka słów o badaniu klinicznym krwi.

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

(Dokończenie.— Zob. Nr. 28).

Chcąc zabarwić przygotowany, jak się wyżej rzekło, preparat, zwilżamy go kilkoma kroplami owego soku, jak płyn ten NEUSSER, mówiąc nawiasem, znakomicie go przygotowujący, nazywa. Barwnik pozostawiamy na szkiełku najwyżej przez 1 minutę, nadmiar barwnika zmywany wodą zwyczajną lub destylowaną, poczem szkiełko osuszamy bibułą i zatapiamy zwykłym sposobem w balsamie. Barwić dłużej nad 1 minutę nie należy, chyba tylko wtedy, jeżeli przez nieuwagę ciepłota w termostacie podniosła się wyżej niż do 120°, albo też jeżeli szkiełko pozostawało w nim dłużej.

W ten sposób otrzymany preparat należy oglądać przy znacznem powiększeniu (Okular 3. Immersya $\frac{1}{12}$), które dopiero jest w stanie uwydatnić rozmaite ważne szczegóły, cechujące elementy komórkowe krwi. Jeżeli warstwa krwi jest cienka, wtedy widzimy, że oddzielne ciała krwi, tak białe jak i czerwone równomiernie są rozrzucone po polu widzenia, rzadko się z sobą stykają i zachowują prawidłowy kształt kulisty. Ciała czerwone mają barwę żółtą, jądra białych ciałek zielonkawo-niebieską, zaródź limfocytów małych niebieskawo-fioletową, dużych zaś i przejściowych szaro-niebieską, ziarna neutrofilowe mają kolor fioletowy, a eozynofilowe żółto-różowy.

Z preparatu w powyższy sposób zabarwionego możemy już sądzić o zmianach ilościowych rozmaitych postaci leukocytów. Dla pobieżnego zorientowania się wystarcza rozejrzeć preparat pod drobnowidzem, starając się, o ile się to da, nabrać pojęcia, jak gęsto rozrzucone są leukocyty po preparacie; z większej lub mniejszej ilości ich możemy przy pewnej wprawie sądzić o obecności lub braku leukocytozy, przyczem jednocześnie możemy nabrać pewnego, wprawdzie niezupełnie dokładnego, pojęcia o przewadze pewnej postaci leukocytów. W przypadkach normalnych znajdujemy przeciętnie w każdym 2-em lub 3-em polu widzenia suchego preparatu (przy immersyi) po jednym leukocycie; w razie obecności we krwi leukocytozy, rozumie się, ilość leukocytów, napotykanych w jednym już polu, będzie większa niż jeden. Takie jednak badanie, jak rzekłem, wystarcza tylko do najpowierzchniowszego zorientowania się; ażeby jednak sądzić o obecności lub braku leukocytozy, należy systematycznie przejrzeć pewną dokładnie wiadomą powierzchnię preparatu i w niej policzyć wszystkie napotykane leukocyty; przy tej sposobności należy notować, ile w znalezionej ogólnej liczbie przypada na każdą oddzielną postać. Podobne obliczenie dałoby się zapewne wykonać jako tako przez przesuwanie preparatu ręką wytrawnego mikroskopisty, wątpię jednak, ażeby przeciętny lekarz był w stanie to uczynić bez szkody dla ścisłości obliczenia.

Zupełnie dokładne liczby można otrzymać jedynie, przesuwając preparat zapomocą stolika ruchomego, bardzo dokładnie wyrabianego przez ZEISS'a i pozwalającego dzięki prostej kombinacji śrub i sanek przemieszczać pod

rurą mikroskopu szkiełko przedmiotowe każdego formatu wszerek na 50 i wzdłuż na 30 milimetrów. Oddzielne podziałki, urządzone dla każdego rodzaju posunięcia, wskazują w milimetrach przestrzeń przez szkiełko przebytą. Urządzenie to jest bardzo wygodne raz z tego względu, że pozwala nam dokładnie obliczyć, jaką powierzchnię preparatu przejrzelismy, z drugiej znowu strony pozwala raz zauważone miejsce i bardziej nas interesujące bez dłuższego zachodu znowu odnaleźć. W tym celu dość sobie zanotować, jakim podziałkom skali odpowiada miejsce znalezione, aby potem w razie potrzeby to samo miejsce odnaleźć przez nastawienie stolika na zanotowane podziałki.

Ponieważ pole mikroskopu jest okrągłe, szkiełko zaś przy przesuwaniu wykonywa ruchy po linii prostej, łatwo więc bardzo przeoczyć niektóre leukocyty, pomieszczone po brzegach pola, albo dwukrotnie je policzyć. W celu usunięcia tej niewygody, mogącej wpłynąć na dokładność obliczenia, posługujemy się kwadratowymi dyafragmami EHRLICH'a, które się wstawia do okularu mikroskopu. Dyafragm tych jest zwykle kilka, zastosowanych do rozmaitych powiększeń; mają one jeszcze i tę zaletę, że pozwalają zmniejszyć pole widzenia do *minimum*, co, rozumie się, może być pożytecznem, jeżeli preparat, jak to bywa przy białaczce lub silnej leukocytozie, obfituje w białe ciała, które w większym polu trudno byłoby dokładnie policzyć i rozsegregować.

Obliczywszy w sposób powyższy ilość leukocytów, przesuwających się przy ciąglem poruszaniu szkiełka przez pole widzenia, i przekonawszy się po skontrolowaniu stanu podziałek, jaka powierzchnia preparatu została przejrzana, dzielimy ilość obliczonych leukocytów przez ilość przejrzanych przez nas milimetrów kwadratowych preparatu i cyfrę stąd otrzymaną mnożymy przez pewną stałą cyfrę, np. przez 10; ilość otrzymana służy nam do porównania z normą. Przypuśćmy, że przesuwając preparat wzdłuż na 8 milimetrów, a wszerek na 9 milimetrów, naliczyliśmy 288 leukocytów; wypada więc na 1 milimetr kwadratowy 288:72, czyli 4 leukocyty, na 10 więc milimetrów kwadr. wypadnie 40. Ponieważ normalnie znajdujemy zwykle na 10 milim. kwadr. 20 leukocytów, mamy więc w danym przypadku leukocytozę. Z cyfr znalezionych dla każdej postaci leukocytów możemy określić stosunek ich ilościowy w odsetkach oraz ilość ich w 10 milim. kw. preparatu. Jeżeli obliczenie białych ciałek wykonane zostało zapomocą przyrządu THOMA - ZEISS'a, tedy z liczby w ten sposób otrzymanej obliczamy absolutną ilość każdego gatunku leukocytów w 1 milim. sześć.

Ażeby dane, w powyższy sposób otrzymane, były możliwie ściśle, należy zawsze policzyć przynajmniej kilkaset leukocytów; do obliczenia stosunków ilościowych, rozmaitych postaci leukocytów wystarcza już 600, przekonałem się bowiem, że przy obliczaniu 3 preparatów, wziętych jednocześnie od jednego i tego samego chorego, wyniki otrzymują się bardzo zgodne. Ścisłość tego obliczenia stwierdził także OSTROGORSKI⁶⁶⁾. Jeżeli ilość leukocytów we krwi jest bardzo nieznaczna, tak, że przy przejrzeniu całego nawet preparatu otrzymujemy cyfrę bardzo oddaloną nawet od wymaganej (600), co, rozumie się, nie pozwala na wyprowadzenie ścisłych danych co do stosunków ilościowych form leukocytów, posługuję się słupkiem leukocytów, otrzymanym w hematokrycie. Słupkę ten wydmuchuję na szkiełko przykrywkowe, które przykrywam drugim, szkiełką rozsuwam, ogrzewam i barwię zupełnie tak, jak to opisałem przy otrzymywaniu prepara-

⁶⁶⁾ Loc. cit..

tów krwi; na jednym z tych szkiełek wykonywam obliczenie, służące mi do określenia poszukiwanego stosunku. Sposób ten radziłbym zawsze stosować w przypadkach, kiedy posługujemy się hematokrytem; jest on bardzo wygodny, gdyż zawsze oddaje do naszego rozporządzenia olbrzymią ilość leukocytów.

ZAPPERT ⁶⁷⁾ podał inny jeszcze sposób obliczania ilości stosunkowych rozmaitych leukocytów. Przez zmieszanie w pipecie aparatu THOMA - ZEISS'a pewnej ilości krwi z pewną ilością mieszaniny cozyny wodnej, gliceryny i kwasu osmowego otrzymuje on zabarwienie typowe komórek eozynofilowych, przy czem inne komórki mają się także bardzo wyraźnie odznaczać. Kroplę zabarwionej w ten sposób krwi ogląda Z. w kamerze ZEISS'a i z cyfry leukocytów, znalezionych w kilku dużych kwadratach dna kamery, oblicza ilość rozmaitych leukocytów w 1 milim. sześć. krwi. Sposób ten byłby bardzo dobrym, gdyby popierwsze, rzeczywiście tak łatwo było rozpoznać przy tem zabarwieniu rozmaite leukocyty, do czego, zdaniem mojem, jeszcze jest bardzo daleko; podrugie, gdyby nie potrzeba było kilkakrotnie napełniać kamery, gdyż jednokrotne napełnienie może nam zaledwie dać pojęcie o ilości leukocytów w jednym kubicznym milimetrze, nie zaś w stosunku ilościowym rozmaitych form, wymagającym naoczego oglądania przynajmniej 600 leukocytów, i po trzecie wreszcie, gdyby na przeszkodzie liczeniu nie stawały czerwone krążki, zalegające całe pole widzenia, oraz męty zależne zapewne od strącenia białka przez kwas osmowy. Jedyną korzyść, jaką tymczasem można wyciągnąć z tej metody, jest modyfikacya, wprowadzona przez Z. do kamery ZEISS'a. Polega ona na tem, iż duży czworobok, wryty na dnie kamery, otaczają z każdej strony w odległości 1 milimetra 4 linie, przecinające przedłużenia podziałek. Wskutek tego tworzy się prócz środkowego kwadratu jeszcze 8 kwadratów, z tych 4 próżne, 4 zaś z podziałkami podłużnemi lub poprzecznymi. Na tych ostatnich 4-ch można z łatwością obliczać komórki napotymane, wskutek czego przy zwykłym obliczaniu ilości ciałek białych w 1 milim. zbytecznem się staje kilkakrotne napełnianie kamery krwią rozcieńczoną. Pomimo jednak tej zalety cyfra otrzymana zawsze będzie zbyt mała (przynajmniej o 10 razy), ażeby można było wyprowadzać z niej zapomocą metody ZAPPERT'a pewne wnioski co do ilości stosunkowych rozmaitych form.

Oto pobieżny rys techniki badania krwi dla celów klinicznych. Sposoby opisane pozwalają nam dość dokładnie poinformować się o ważniejszych zmianach odbywających się we krwi, tej przedstawicielce wszystkich narządów, za jaką ją słusznie ma NEUSSER. Sposoby te, jak widzieliśmy, są bardzo proste i przy pewnej wprawie dają wyniki zupełnie ściśle. Obie te zalety powinny nas zachęcić do częstszego badania krwi w takich rozmiarach, jakem to wyżej wyłuszczył. Z tego com dotychczas widział, jestem przekonany, iż z rozpowszechnieniem się metodyki badania krwi i znajomości wniosków, dających się stąd wyprowadzić, przybywa nam nowa gałąź semiotyki, mogąca być bardzo pomocną przy niejednym kłopotie rozpoznawczym; pomoc ta zdaniem mojem w skutkach nie ustępuje wcale pomocy, jaką nam daje badanie moczu i innych wydzielin.

Rozszerzenie dotychczasowych ram badania krwi, mam nadzieję, ujawni nam jeszcze mnóstwo faktów dotychczas nieznanych, wyjaśni mnóstwo objawów i cierpień dotychczas niejasnych lub fałszywie tłumaczonych. I, jeżeli HAYEM, któremu na równi z EHRLICH'em wysokie należy się uznanie za pierw-

⁶⁷⁾ Loc. cit..

sze kroki, ku rozszerzeniu zakresu badania krwi uczynione, wyraził się 10 lat temu proroczo, iż „przyszłość należy do hematologii“, to w chwili obecnej można śmiało twierdzić, że zbliżamy się już ku jutrzence tej przyszłości, od nas zaś zależy, ażeby słońce hematologii pełnym zajaśniało blaskiem, rozświecając nam ciemną i zmuǳną drogę, prowadzącą do poznania niedoli ludzkiej.

D o d a t e k. *)

Rozpoznanie.	Wiek i płeć.	Ilość leukocytów.	Limfocyty małe.	Limfocyty duże.	Przejsiowe.	Neutrofilowe.	Eozynofilowe.	U w a g i.
Pneumonia crouposa.	54 m.	13,900	11,6	2,6	1,3	84,3	0	Zejsście pomysłne.
Erysipelas.	36 ż.	19,050	10,0	1,0	2,9	86,1	0	
Endocarditis sept.	35 ż.	20,960	12,0	0,4	0,4	87,0	0,2	1-y tydzień choroby.
Tuberculosis serosarum.	49 m.	7,840	20,0	4,5	3,0	72,5	0	
Tuberculosis pulm.	56 m.	9,800	7,7	1,9	4,7	85,6	0	Zejsście pomysłne.
Typhus exant.	18 ż.	6,400	15,0	3,9	0,8	80,3	0	
Nephritis p. scarl.	16 ż.	11,920	11,0	2,0	7,0	70,0	10,0	Exitus letalis.
— —	13 m.	15,400	21,7	5,5	3,1	64,1	16,5	
— —	11 m.	14,100	31,8	2,6	1,9	62,9	1,0	Podczas napadu plasmod.
Malaria tertiana.	16 ż.	6,260	27,3	3,0	5,7	64,7	0	
Carcinoma ventr.	49 m.	28,900	4,7	4,3	7,5	84,4	0,1	Anaemia gravis.
Carcinoma ventric. et hepatis.	52 m.	7,180	7,5	2,0	3,0	90,5	0	Anaemia.
Carcinoma oesophagi.	59 m.	8,900	14,2	0,6	2,4	80,4	2,4	
Degeneratio cystoidea hepatis et peritonei.	44 ż.	11,750	15,0	1,0	1,2	80,4	2,4	Anaemia. Icterus.
Tumor lienis ot hepatis	13 ż.	4,800	32,5	2,0	2,0	52,5	10,5	
Cirrh. hep. atroph.	49 m.	2,600	14,5	4,0	4,5	76,0	1,0	Myelocyty.
Diabetes mellitus.	16 ż.	9,600	18,7	1,8	3,0	76,5	0	
Struma cystosa.	27 ż.	9,400	27,1	4,1	4,1	60,0	4,7	Myelocyty.
— —	23 ż.	10,640	26,8	2,0	3,8	56,6	10,8	
Morbus Basedowii.	28 ż.	8,600	37,4	4,0	6,2	46,7	5,7	Condylomata.
Lymphomata colli.	17 ż.	11,200	33,0	17,0	9,0	41,0	3,0	
Lues secundaria.	21 m.	12,400	41,5	3,75	5,25	45,0	4,5	Hmgł. 30%, kr. cz. 1,930,000 Normoblasty.
Dermatitis herpetif.	38 ż.	14,440	14,6	0,6	2,4	68,8	13,8	
Anaemia.	22 m.	12,200	21,9	4,7	5,4	61,2	6,7	Hmgł. 18%, kr. cz. 642,000 Megaloblasty.
Anaemia perniciosa.	27 ż.	4,320	59,75	3,25	0,75	34,25	2,0	Hmgł. 32%, kr. cz. 1,544,000 Megaloblasty.
— —	35 ż.	6,560	42,6	5,4	1,8	49,2	1,0	Hmgł. 40%, kr. cz. 1,108,000 Megalocyty.
— —	54 m.	3,700	73,5	0	2,0	23,0	1,0	Myelocytów 0,07%, Hemablasty.
Leukaemia lymph. (przyp. kol. Chęłchowskiego).	64 m.	27,900	98,2	0,4	0,25	1,0	0,08	

Objaśnienie rysunków

(w tablicy dodanej do N-ru 23-go).

1. Krew zdrowego dorosłego człowieka. U góry po lewej stronie 2 komórki neutrofilowe, niżej limfocyt duży. Po prawej stronie u góry i dołu 2 limfocyty małe, obok górnego limfocyta leukocyt przejściowy, niżej cokolwiek leukocyt eozynofilowy, jeszcze niżej cień neutrofilowy.

2. Krew przy *nephritis scarlatina*. Po prawej stronie u góry leukocyt przejściowy, u dołu leukocyt neutrofilowy, po stronie lewej u brzegu limfocyt duży, reszta komórek—leukocyty eozynofilowe; z tych w górnym lewym kącie—cień komórki eozynofilowej.

3. Krew przy białaczce gruczolowej. W górze na lewo leukocyt eozynofilowy, na prawo myelocyt neutrofilowy, w pośrodku trochę na lewo leukocyt neutrofilowy, u dołu limfocyt duży. Reszta limfocyty małe.

*) Z pośród licznych zebranych przez nas danych, podajemy tu powyższe jako przykłady wybitne.

4. Krew przy białacze szpikowo-gruczołowej. W lewym kącie górnym 4 myelocyty neutrofilowe, niżej na jednej linii 2 myelocyty eozynofilowe; pod każdym z nich myelocyt neutrofilowy (lewy z 2 jądrami), między nimi leukocyt neutrofilowy; w dolnym lewym kącie leukocyt eozynofilowy; na prawo odeń 2 leukocyty neutrofilowe, pomiędzy którymi widać karłowatą komórkę eozynofilową. Takąż komórkę widać u góry na prawo od myelocytów; pod nią leukocyt neutrofilowy. W górnym i dolnym prawym kącie, oraz u samego dołu, jednojądrowe komórki neutrofilowe. Na lewym brzegu w pośrodku, czerwone ciało z jądrem (normoblast), to samo na prawym brzegu u góry (jądro zaczyna się oswobadzać); pod 3-im myelocytym u góry duże czerwone ciało z jądrem. Reszta limfocyty małe.

Wszystkie 4 rysunki zdjęte są z natury z preparatów zabarwionych metodą EHRlich'a, przy powiększeniu Zeiss Oc. 3 i Immersyi $\frac{1}{12}$.

WYKŁADY KLINICZNE.

B. S. SCHULTZE, prof. w Jenie.

O leczeniu uporczywych tyłozgięć macicy¹⁾.

Streścił A. Winawer.

Podług ogólnie przyjętego poglądu prawidłowem położeniem macicy przy pustym pęcherzu moczowym i odbytnicy jest przodopochylenie—zgięcie tego narządu. Że położenie to macicy, przy którym część pochwywa znajduje się przed kością ogonową, dno zaś macicy po za łukiem łonowym, jest zupełnie normalne, wykazać można, śledząc macicę u kobiety zdrowej, leżącej w położeniu poziomem na grzbiecie, dwuręcznie, a mianowicie palcami jednej ręki przez pochwę lub odbytnicę lub też jednocześnie paluchem przez pochwę, a wskazicielem tejże ręki przez odbytnicę, ręką zaś drugą przez ścianę brzuszną.

Dawniej, zanim metoda ta śledzenia dwuręcznego została wprowadzoną, przyjmowano w ogólności, iż macica u kobiety żyjącej zachowuje to samo położenie, co na trupie, a mianowicie, iż dno macicy skierowanem jest ku tyłowi, i przeciwnie, sądzono, iż to położenie macicy, jakie obecnie za prawidłowe uznajemy, stanowi przyczynę bolesnej miesiączki i niepłodności, a jako chorobowe, leczono na drodze mechanicznej.

Obecnie wiemy również, dla czego macica przodozgięta u kobiety żyjącej nie utrzymuje po śmierci przez czas dłuższy swego położenia; prawidłowe bowiem przodopochylenie—zgięcie macicy zależy przeważnie od czynności mięśni. Czynność ta, jak wiadomo, po śmierci ustaje, a wtedy macica, jako gatunkowo cięższa, przy położeniu trupa poziomem na grzbiecie, opuszcza się coraz niżej ku tylnej ścianie miednicy, wypierając jednocześnie pętlę jelit ku górze.

Jak już wspomniano, przodopochylenie—zgięcie macicy stanowi położenie prawidłowe przy opróżnionym pęcherzu moczowym i odbytnicy, przeciwnie zaś pęcherz moczowy napełniony moczem (w ilości 250 kub. cm.) unosi trzon macicy ku górze, a następnie odpycha go ku tyłowi; większej objętości (25 mm. grubości) słup kałowy w odbytnicy przesuwając szyję maciczną ku przodowi, a napełnione jelito proste unosi ją jednocześnie ku górze.

Położenie macicy przy opróżnionem jelicie prostem i znacznie wypełnionym (500 kub. cm.) pęcherzu moczowym odpowiada temu położeniu tyłopochylenia macicy, jakie zwykle zastajemy na trupie. Z położenia tego macica po opróżnieniu pęcherza moczowego wraca szybko do położenia prawidłowego; również niezależnie od działania tłoczni brzusznej, po opróżnieniu pęcherza moczowego zapomocą cewnika, u kobiety leżącej poziomo na grzbiecie wraca macica szybko do położenia prawidłowego wbrew własnemu ciężarowi wskutek czynności mięśniowych i sprężystych przyczepów macicy.

Jeżeli przyczepy te (faldy DOUGLAS'a) ulegną rozluźnieniu, zjawisko wspomniane ustaje; wtedy dno macicy po opróżnieniu pęcherza moczowego i jelita prostego pozostaje w tylnej, szyja zaś maciczna w przodowej okolicy miednicy; tłocznia brzuszna wywiera wtedy działanie nie na tylną jak poprzednio, lecz na przodową powierzchnię macicy, a wszelkie wzmoczenie tego ciśnienia spycha trzon macicy w zagłębienie kości

¹⁾ Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 24. 1892.

krzyżowej głęboko ku dołowi. A że w warunkach prawidłowych górna część szyi macicznej w wymiarze strzałkowym jest bardzo giętka, a trzon macicy bardziej ruchomy, aniżeli szyja, z przodozgięcia przeto, po zwróceniu się dna macicy ku tyłowi, jeżeli prawidłowa giętkość szyi macicznej nie została zniesiona przez przewlekłe zapalenie mięszu macicy, powstaje tyłozgięcie tego narządu.

Rozluźnienie więzadeł macicy stanowi podług S. jedną z najczęstszych przyczyn tyłopochylenia—zgięcia macicy. Pogląd ten może się wydać nieco dziwnym wobec tej okoliczności, iż macica tyłozgięta odznacza się w większości przypadków zmniejszoną ruchomością zarówno przy śledzeniu kobiety żyjącej, jak i podczas doświadczeń na trupie; lecz należy zwrócić uwagę, że większość tyłozgięć macicy, jakie się ma sposobność badać, stanowią tyłozgięcia dość zadawnione i że większość tych tyłozgięć macicy, które się spostrzega przy badaniu pośmiertnem, oprócz powstałych dopiero po śmierci, datuje się również od dość dawnego czasu.

Należy odróżniać, mówi S., przyczyny wywołujące tyłozgięcie macicy od przyczyn, które się dopiero później przyłączają, a które warunkują uporczywość omawianego cierpienia z jednej strony, z drugiej zaś stanowią ważną przeszkodę w loczeniu tych cierpień.

Już dawno uznano, iż przyrosty otrzewnowe trzonu macicy wytwarzają się dopiero wtedy, gdy macica pozostaje przez czas dłuższy w położeniu tyłozgięcia. Również unieruchomienie szyi macicznej, zależne od ostrawego lub przewlekłego zapalenia około i zamacicznego, powstaje przy tyłozgięciu macicy podług SCHULTZE'go i ZIEGENSPEC'ka w skutek zaburzeń w krążeniu krwi, wywołanych zboczeniem w położeniu narządu.

We wczesnych okresach tyłozgięcia oprócz rozluźnienia więzadeł żadnych innych zmian się nie spostrzega. Oprócz jednak rozluźnienia więzadeł, a przeważnie fałd DOUGLAS'a, przyczynę tyłozgięcia stanowić może bliznowate unieruchomienie z boku i od przodu szyi macicznej oraz dziecięca i starcza krótkość przodowej ściany pochwy.

Jakkolwiek obecnie niema już wątpliwości, iż tyłozgięcie macicy u kobiety żyjącej stanowi położenie wadliwe, zachodzi jednak kwestya, czy zaburzenia, jakie przy zboczeniu w położeniu narządu spotykamy, zależne są bezpośrednio od tegoż zboczenia, czy też od towarzyszących temu cierpieniu powikłań zapalnych.

Pogląd ten, iż zaburzenia przy tyłozgięciu macicy zależne są od powikłań, opiera się na następujących faktach: po pierwsze, istnieją nieraz tyłozgięcia macicy, które żadnych lub prawie żadnych zaburzeń nie wywołują; po drugie, macica przy zaniku starczym pozostaje u wielu kobiet stale w tyłopochyleniu lub tyłozgięciu, a jednak żadnych ciepłych nie wywołuje, i po trzecie, przy tyłozgięciu macicy spostrzega się takie same objawy, jakie występują nieraz przy przewlekłym zapaleniu błony śluzowej macicy, przy zapaleniu okołomacicznym oraz przy zapaleniu jajników, niezależnie od położenia macicy; a jak wiadomo, przy tyłozgięciu macicy wymienione powikłanie zapalne zastajemy dosyć często, i wreszcie po czwarte, przy właściwym loczeniu, skierowanem przeciw powikłaniom, objawy chorobowo zmniejszają się nieraz lub ustępują zupełnie, pomimo iż zboczenie nadal pozostaje.

Z danych tych wynika, iż nie zboczenie w położeniu macicy, lecz przeważnie powikłania zapalne, o jakich mowa, stanowią przyczynę objawów chorobowych.

S. podziela również ten pogląd, lecz uważa leczenie tych powikłań bez usunięcia zboczenia w położeniu narządu za błędne. Pogląd ten opiera S. na następujących faktach: po pierwsze, po odprowadzeniu macicy zaburzenia, zależne od mechanicznego ucisku macicy tyłozgiętej, znikają natychmiast; a po drugie, przez trwałe utrzymanie macicy, po odzyskaniu normalnej ruchomości narządu w położeniu prawidłowem, odnośne powikłania zapalne nawet bez żadnego leczenia i to daleko szybciej i pewniej, aniżeli przy leczeniu tychże powikłań z pozostawieniem macicy w jej wadliwym położeniu.

Obrzmiało i bolesne jajniki, przemieszczone przy tyłozgięciu macicy przeważnie do jamy DOUGLAS'a, jeżeli tylko nie są ustalone przez zrosty w położeniu nieprawidłowem, wracają po odprowadzeniu macicy natychmiast do położenia prawidłowego. Bolesność i obrzmienie jajników w ciągu kilku dni lub tygodni ustępuje. Również obrzmienie macicy tyłozgiętej po odprowadzeniu narządu szybko przechodzi, a objawy, zależne od zapalenia błony śluzowej macicy, zmniejszają się lub ustępują zupełnie. Miesiączkowanie, zazwyczaj obfite przy tyłozgięciu macicy, wraca po odprowadzeniu szybko do stanu prawidłowego, a ciąża, która dotąd zwykle kończyła się poronieniem, dobiega pomyślnego swego kresu. Wszystkie to zmiany dodatnie tak szybko wystę-

pują, iż przyjąć należy, że powikłania zapalne zależne są od tyłozgięcia macicy, czyli że tyłozgięcie macicy stanowi stałą przyczynę tych powikłań.

Jeżeli więc powikłania zapalne warunkują bezpośrednio zaburzenia, jakie przy tyłozgięciu macicy spotykamy, przeto przyjąć należy ważny ze względu na wskazania do leczenia wniosek, iż niema lepszego środka przeciw owym przykrym powikłaniom nad odprowadzenie macicy tyłozgiętej do położenia prawidłowego.

S. już dawniej wypowiedział zdanie, które i później wielokrotnie sprawdził, iż gdy przy zaburzeniach, o jakich mowa, zastajemy macicę w tyłozgięciu, należy wtedy rokować przynajmniej o 50% pomyślniej, aniżeli gdy przy tych samych zaburzeniach macica zachowuje swe położenie prawidłowe; w przypadkach tych bowiem w krótkim przeciągu czasu przyczyna owych zaburzeń da się prawdopodobnie usunąć.

Przewlekłe zapalenie jajników i miąższu macicy zależne jest podług S. i podtrzymywane przez zбочenie w położeniu macicy; przemieszczone bowiem wskutek tyłozgięcia macicy jajniki ulegają w jamie DOUGLAS'a licznym obrażeniom ze strony jelita prostego i pochwy; w macicy zaś tyłozgiętej krążenie krwi ulega znacznym zmianom z powodu skręcenia nieraz na 90° więzadeł szerokich wraz z przebiegającymi w nich splotami żylnymi, które krew z macicy odprowadzają. Do wymienionych okoliczności, przemawiających na korzyść wczesnego odprowadzania macicy tyłozgiętej, jeszcze i to zaliczyć należy, iż po pierwsze, znaczna część zaburzeń nerwowych, nawet na tle dziedzicznego usposobienia będących, po odprowadzeniu macicy tyłozgiętej szybko znika, a po drugie, macica, pozostająca przez czas dłuższy w położeniu wadliwym, łatwo przyklejeniu ulegć może, a wtedy odprowadzenie tego narządu staje się bardzo trudnem, a nawet jedynie przy pomocy poważnego rękoczynu dokonane być może.

Macicę tyłozgiętą odprowadza S. dwuręcznie podług sposobu przez siebie podanego. Po wprowadzeniu dwóch palców ręki lewej do pochwy lub odbytnicy, należy unieść trzon macicy ku górze, aż do wysokości wchodu miednicy, co często zbyt łatwem nie jest, a co może być znakomicie ułatwionem przez wywarcie odpowiedniego ucisku na szyję maciczną w kierunku od przodu ku tyłowi, końcami zaś palców ręki prawej należy ująć dno macicy przez ścianę brzuszną i z lekka uciskając, odprowadzić trzon macicy ku przodowi do położenia prawidłowego poza łuk łonowy, sprawdzając jednocześnie zapomocą palców ręki lewej, czy górna część szyi macicznej swą giętkość zachowała.

Przystępując do odprowadzenia macicy tyłozgiętej, należy rękoczyn ten zawsze odbywać dwuręcznie, przeszkody bowiem, jakie się podczas odprowadzania napotyka, tylko palce śledzący rozróżnić jest w stanie; okoliczność zaś ta ze względu na dalsze wskazania do leczenia jest bardzo ważna.

Po odprowadzeniu macicy do położenia prawidłowego przyczyna tyłozgięcia macicy, a mianowicie rozluźnienie więzadeł usunięta bynajmniej nie została. S. pomija te sposoby lecznicze, zapomocą których utracona sprężystość i kurczliwość więzadeł odzyskana byćby mogła, podaje zaś te tylko, które mają na celu sprężystość ową zastąpić. Otóż oprócz rękoczynów chirurgicznych, o czym mowa poniżej, celu tego dopiąć można bądź przez podtrzymanie szyi macicznej, bądź przez napięcie tylnego sklepienia pochwy; oba te sposoby mają na celu utrzymanie szyi macicznej w prawidłowym jej położeniu i polegają bądź na systematycznym tamponowaniu pochwy zapomocą waty lub gazy, bądź na stosowaniu różnego kształtu wianków. Wianki HODGE'a lub THOMAS'a utrzymują szyję macicy od tyłu przez napięcie tylnego sklepienia pochwy, wianki zaś SCHULTZE'go: ósemkowaty i sanceczkowaty odpychają szyję ku tyłowi, podtrzymując część pochwową, przychem prawidłowe ruchy macicy zarówno od strony jelita prostego, jak i pęcherza moczowego winny być zachowane. Wianek ósemkowaty SCHULTZE'go oraz wianek THOMAS'a są zdaniem S. najodpowiedniejsze, jakkolwiek zgrubienie tylnego kablączka w wianku THOMAS'a uważa S. za nieodpowiednie i zbyt szkodliwe. S. nie posługuje się wiankami tego kształtu, jakie się w handlu spotyka, lecz wianek przed nałożeniem zależnie od przypadku odpowiednio wygina; z czego wynika, iż najodpowiedniejsze są te wianki, które się giąć dają. Zarówno z tego powodu, jak i ze względu na trwałość materyału, S. zaleca obecnie wianki z celluloidu, przekładając je nad wianki z drutu metalowego, powleczonego gumą. Korzyści, jakie przez leczenie zapomocą wianków osiągnięte być mogą, są oceniane rozmaicie; jedni, mówi S., korzyści te znacznie przeceniają, a przez niewłaściwe i nieumiejętne zastosowanie wianków leczenie to dyskredytują; inni zakładają wianki do pochwy, nie odprowadzwszy uprzednio macicy tyłozgiętej; inni wreszcie leczeniu temu doniosłości wielkiej

nie przypisują, nie zadali sobie bowiem trudu, by przez właściwe zastosowanie wianków korzyści tego leczenia należycie ocenić.

Przy leczeniu macicy tyłozgiętej zapomocą wianków za najważniejszy cel leczenia uważać należy, by prawidłowe warunki odzyskał, unikając jednocześnie biernego napięcia rozluźnionych więzadeł. Wszelkie więc działanie wianków, polegające na podtrzymaniu szyi macicznej, jest bardziej pożądane, aniżeli to, które polega na napięciu tylnego sklepienia pochwy oraz przebiegających po nad tem sklepieniem fałd Douglasa. Wygięty odpowiednio do danego przypadku wianek nie tylko utrzymuje macicę stale w położeniu prawidłowem, lecz wywiera ten jeszcze skutek, iż gdy po upływie pewnego dłuższego lub krótszego przeciągu czasu wianek usuniemy, macica pozostaje już stale w położeniu prawidłowem.

Czy do tego się przyczynia odrodzenie się nieczynnej poprzednio muskulatury, czy też bliznowato skrócenie rozluźnionych poprzednio łącznotkankowych przyczepów, skutek będzie prawie jednaki i jednakowo dodatni, zarówno ze względu na przedmiotowe uczucie chorej, jak i ze względu na odzyskanie prawidłowych czynności uprzednio chorych narządów. (D. c. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 27-go Czerwca r. b.

Chirurgia dróg żółciowych.

Kol. JAWDYŃSKI mówił o wskazaniach do operacyi na drogach żółciowych i o różnych metodach operowania, poczem podał w streszczeniu opis własnych spostrzeżeń. W przypadku 1-ym u kobiety 56-letniej, bardzo wyniszczonej, wykonał J. cholecystomię i wyjął 2 kamienie żółciowe, w niespełna pół doby potem chora zmarła; w przypadku 2-im, przetoki żółciowe w międzyżebżu, po wycięciu częściowem czterech żeber oraz tkanek bliznowatych i wydobyciu drobnych kamieni nastąpiło całkowite wyleczenie. 3. U chorej z wodostakiem pęcherzyka, po dokonaniu cholecystomii pozostała przetoka, na propozycję powtórnej operacyi chora się nie zgodziła. 4. Otok ropny pęcherzyka, cholecystostomia, wydobyć pięciu kamieni; chora opuściła szpital z bardzo nieznaczną przetoką. 5. Wycięcie całkowicie pęcherzyka żółciowego, przypuszczalne zranienie przewodu wątrobowego przy oddzielaniu zrostów zęgałdem PAQUELIN'a, zejście śmiertelne. 6. Cholecystotomia idealna ze szwem dwupiętrowym, wykonana z powodu zupełnej przezroczystej surowiczej, zawartości pęcherzyka żółciowego, łatwości manipulowania przy wydobyciu kamieni i braku wszelkich objawów zapalnych, zejście pomyślne. 7. Niedrożność żółciowodu, cholecystotomia, w 6 tygodniu zagojenie zupełne. 8. Otok ropny pęcherzyka wskutek kamienia i zatkania przewodu pęcherzykowego, cholecystostomia, w trzy tygodnie po operacyi wystąpiła żółtaczka, krwawienia wtórne, powoli stan ogólny zaczął się poprawiać, żółtaczka zaczęła się zmniejszać, chory wypisany został ze szpitala z przetoką. 9. Rak trzustki i wątroby, przepuklina wodna pęcherzyka, cholecystostomia u mężczyzny 29-letniego, po operacyi stan ogólny się polepszył, bóle i gorączka ustąpiły, w 3 miesiące po operacyi chory życie zakończył.

Na tem że posiedzeniu kol. NEUFELD z Sosnowie odczytał pracę p. t. O parnikach odkażających.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

111. SEGUIN (New-York). O użyciu i nadużyciu niektórych leków przy leczeniu nerwic. W jednym z wykładów dla lekarzy i studentów w uniwersytecie w Toronto w Kanadzie, autor zajmował się teoretycznem rozbiorem i praktycznemi wskazówkami przy leczeniu nerwic na uwzględnienie zasługującym, szczególnie zaś dotyczącem się użycia i nadużycia soli bromowych i niektórych innych leków i metod leczniczych.

Co parę miesięcy ma autor sposobność widzieć przypadek, w którym nieogłędne użycie soli bromowych, szkodliwy wywiera wpływ na chorego. Często podają brom z przyczyny osłabienia nerwowego i bezsenności bez uwzględnienia dalszych wskazań, przyczem zwykle następuje osłabienie czynności serca, zmniejszenie napięcia w tętnicach, zaburzenia żołądkowe i wzmożenie objawów neurastenii.

Przy bezsenności sole sodowe podług doświadczenia autora są rzadko pożyteczne, z wyjątkiem przypadków, w których przyczyną bezsenności jest pobudzenie ruchowe lub silne obwodowe (szczególnie płciowe) podrażnienie. W znacznej większości przypadków bezsenności ma miejsce osłabienie wewnątrz-czaszkowego krążenia, ze zmniejszeniem napięcia w tętnicach i upośledzeniem ogólnego odżywiania. W tym razie wskazane są leki pobudzające i wzmacniające, poprawa odżywiania, ćwiczenia cielesne i psychiczny spokój; leki prawdziwe kojące autor tylko niekiedy podaje, zresztą ich w ogóle unika.

Rozprzestrzenione niniemanie o nasennem działaniu soli bromowych jest zdaniem autora mylne. Przyjęcie dużej (30 gramów) dawki bromu bynajmniej nie wpływa na sen a działanie uspokajające zaczyna się dopiero następnego dnia lub po 2 dniach. Przypuszczenie, że sole bromowe sprowadzają sen, polega na fakcie, że dłuższe użycie soli bromowych w dużych dawkach wywołuje stan przytępienia, ogłupienia a nawet pół zapadu. Stan ten jest jednak zupełnie odmiennym od prawdziwego snu, i polega na głębokich zmianach substancji szarej mózgu. Jeżeli po wywołaniu takiego stanu zaprzestaniemy dalszego podawania dużych dawek bromu, w takim razie potrzeba i do 2 tygodni, dopóki czynność mózgu nie stanie się na nowo prawidłową. Oprócz bezsenności są jeszcze 2 stany, w których brom podawany bywa niebacznie i z najgorszymi następstwami: choroby umysłowe (melancholia, mania, bredzenia toksyczne) i histerya. Każdy objaw melancholii przemawia przeciw użyciu soli bromowych, a za lekami wzmacniającymi, pobudzającymi, a w pewnych razach za prawdziwymi kojącymi. Nawet przy wyraźnej stępniczej manii ostateczny wpływ soli bromowych nie jest pomyślny. Różne objawy histeryi (nerwobóle, kurcze, porażenia i stany pobudzenia) ulegają pogorszeniu. Jest to tak pewnem podług autora, że w przypadkach wątpliwych, podawanie soli bromowej pozwała na odróżnienie, czy kurcze są padaczkowe czy hysteryczne.

Stan tak zwanego „przekrwienia mózgu“, który po dokładnem badaniu, okazuje się zależnym od różnych przyczyn, jak usposobienia dawnego, niestrawności, a nierazko osłabienia serca lub niedomykalności zastawki dwudzielnej, a objawiający się uczuciem pełności i ściśnienia, mrowieniem, nieznacznym bólem głowy, upośledzonym snem, nerwowością i hysterycznym stanem, zaczerwienieniem twarzy, zimnemi kończynami, szumem w uszach i t. p. był i jest jeszcze dziś leczony dużemi dawkami soli bromowych. W nieznaczonej jednak liczbie przypadków sole bromowe sprowadzają przemijającą poprawę; w większości przypadków wyraźnie pogorszenie. W tych właśnie stanach autor widział ciężkie otrucia bromowe.

Autor miał sposobność widzieć, jak ustępujące bredzenie, towarzyszące ostremu wyskokowemu otruciu, zamieniało się pod wpływem wielkich dawek soli bromowych na bredzenie bromowe z halucynacjami. W ostatnich 10 latach spostrzegł autor 2 przypadki, w których brom był stosowany z przyczyny bólów i bezsenności, spowodowanej ropnem zapaleniem ucha, przy których wystąpiły objawy wskazujące jakoby na zapalenie mózgu lub ropień mózgowy.

Jeden z przypadków jako bardzo pouczający w krótkości podajemy: 40 letni mężczyzna zachorował na ostre ropne zapalenie średniego ucha, po 10 dniach wpływ z ucha ustał. Z przyczyny silnych bólów w uchu i na około ucha, lekarz przepisał choremu brom w dużych dawkach. Po ustąpieniu objawów miejscowych, chory zaczął być senny, stał się drażliwym i silnie osłabł. Następnie wystąpiły objawy nawpół zapadowe (*halbcoma*), w nocy bredzenia. Mowa stała się niewyraźną, oddech ze zgnitym zapachem. Kurczów i porażenia brakło; stan bezgorączkowy. Na skutek podejrzenia na cierpienie mózgu, po naradzie z chirurgiem, dokonano próbnego cięcia na wyrostku sutkowym, który okazał się zdrowym. W tym czasie wezwany znany neuropatolog, uznał cierpienie za ropień mózgu i radził przystąpić niezwłocznie do operacji. Następnego dnia widział autor chorego pierwszy raz. Po wysłuchaniu całej historii choroby i szczegółowem zbadaniu chorego, autor nie znalazł żadnych pozytywnych objawów cierpienia mózgu.

Raz jeden tylko przez cały czas zauważono zwolnienie tętna, zresztą zawsze tętno wahało się między 75 a 90 uderzeniami, a ciepłota wynosiła 37,7°. Z drugiej strony rodzaj ogłupienia (*stupor*), szczególne bredzenia, znaczne zmniejszenie napięcia w tętnicach, język obłożony, a szczególnie złowonny oddech kazały przypuszczać otrucie bromowe. Szczegółowe też wywiady przekonały, że chory w ciągu kilku tygodni wyżył około 60 gramów bromku sodu. To w zupełności utwierdziło autora w jego przekonaniu; z tego powodu odradził trepanację, a zalecił naparstnicę, kofeinę, obfite pożywienie i leki pobudzające. Po 2 dniach chory czuł się lepiej, a po 2 tygodniach wyjechał z New-Yorku, dokąd przybył dla kuracyi, prawie zupełnie zdrow.

Inny stan, w którym sole bromowe często szkodliwie działają, jest nerwica urazowa. W tym względzie autor w zupełności podziela pogląd PAGE'a, który widział pogorszenie wielu objawów po nadmiernem użyciu soli bromowych. Podług doświadczenia autora stany te poprawiają się pod wpływem strychniny, a najczęściej pogarszają się po bromie.

W końcu autor ostrzega przed przyjętym w praktyce zwyczajem radzenia chorym przy najrozmaitszych objawach nerwowych „przyjmowania nieco bromu“, a szczególnie z naciskiem zaznacza, że w pełnych dawkach może być brom podawany tylko przy ściśle określonych wskazaniach, przyczem należy mieć zawsze na względzie możliwość otrucia.

Doświadczenie ostatnich lat umocniło autora w wypowiedzianym kiedyś przez niego zdaniu „padaczkę uważam za jedyne chorobę, w której jest dozwolone z rozmysłem spowodowanie pewnego stopnia otrucia bromowego“.

(*Internationale klinische Rundschau* 1893, N. 16).

F. Arnstein.

112. F. M. BLUMENTHAL. O niektórych własnościach moczu przy kokluszu. A. E. HIPPIUS. Toż samo. CHERUBINO na 100 przypadków kokluszu znalazł w 16 cukromocz i objaśnia ten fakt, już poprzednio przez JOHNSTON'a i GIBLA spostrzegany, zastojem żylnym wątroby, wywołanym przez silny „kokluszowy“ kaszel. Do innych wyników doszedł na zasadzie licznych badań BLUMENTHAL.

Mocz dzieci, dotkniętych kokluszem, bledy i mocno kwaśny, odznacza się niezwykle wysokim ciężarem gatunkowym od 1022, 1024 do 1032 i zawiera obfity osad kwasu moczowego. W wielu przypadkach ilościowe określanie kwasu moczowego wykazało zwiększenie jego ilości w moczu 2 do 3 razy, przyczem u dzieci od lat 2 do 4 występowało to zwiększenie jaskrawiej, niż u dzieci starszych. Zmiany te moczu najwyraźniej występują w okresie utajonym kokluszu, jak również w okresie nieżyłowym, w okresie zaś konwulsyjnym nie są one już tak wyraźne i stałe.

Chinina, a zwłaszcza antypiryna znacznie zmniejszają powyższe własności moczu: staje się on bledszym, ciężar gatunkowy spada do 1010—1006, osadu niema nawet przy dłuższem staniu moczu. Białka i cukru autor nie znalazł w żadnym z badanych przypadków, jakkolwiek niekiedy widywał redukcję płynu FELLING'a, co mogło zależeć albo od nadmiaru kwasu moczowego, albo od związków kwasu glikuronowego. Prawdopodobnie owa redukcja wraz z białym kolorem i wysokim ciężarem gatunkowym były przyczyną wykazania cukromoczu przy kokluszu przez CHERUBINO, tem bardziej, że w oddzielnych przypadkach BLUMENTHAL zauważył własność skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej na lewo. Najbardziej charakterystyczną cechą moczu przy kokluszu—zwiększenie ilości kwasu moczowego, stawia B. zgodnie z teorią HORBACZEWSKIEGO w zależności od zwiększonej leukocytozy. HIPPIUS zwraca uwagę, że powyższe wyniki analizy moczu uderzają swą zgodnością.

Badane dzieci, w najrozmaitszych warunkach życia pozostające, rozmaicie były odżywiane, a więc zgodności wyników analizy ich moczu nie można przypisać jednostajnej dyecie. Wyniki tych badań prócz znaczenia teoretycznego mają jeszcze i praktyczne zastosowanie, zmiany bowiem moczu, zdaniem HIPPIUS'a, służyć mogą w celach rozpoznawczych w tych przynajmniej przypadkach, gdzie wyniki badania są dodatnie. Tam, gdzie rozpoznanie waha się pomiędzy zapaleniem krtani i kokluszem, badanie moczu może być niezmiernie pomocnem dla właściwego rozpoznania choroby.

Wyniki analizy moczu przy kokluszu dają nam poważne wskazówki, co do terapii. Najbardziej bowiem uderzającym objawem jest powiększenie ilości kwasu moczowego w dwój- a nawet w trójnasób. Gdy więc weźmiemy pod uwagę, że za

jedyny materiał do wytwarzania kwasu moczowego w organizmie służą ostatecznie leukocyty, to zmuszeni jesteśmy poszukiwać środków ograniczających wytwarzanie leukocytów. Takiemi lekami są już oddawna empirycznie stosowane: chinina, antypiryna i, przez francuzów zachwalana, atropina. Badanie moczu ma prócz tego jeszcze i znaczenie w celach ochronnych. Zmiany bowiem w moczu występują już w okresie utajonym koklusu, więc przy podejrzeniu tej choroby należy dziecko niezwłocznie odosobnić, co jest tem ważniejsze, że choroba ta jest zaraźliwą od samego początku.

Wyniki badań B. dają też wskazówki, co do istoty koklusu. Do tego czasu ciągle jeszcze trwa spór, czy przy koklusu mamy do czynienia z miejscowem zakażeniem dróg oddechowych lub układu nerwowego, czy też z ogólnem zakażeniem krwi. Do przyjęcia ostatniego zdania skłaniają nas następujące względy: 1) jednorazowe zapadnięcie na koklusz daje odporność na całe życie, 2) fakty zarażenia płodu przez brzemenną matkę, 3) odnajdywanie przy sekcji łasecznika ARANASJEW'a nie tylko w narządach oddechowych, lecz i w innych, 4) za ogólnem zakażeniem przy koklusu przemawiają również wyniki badania moczu. Obrzęk twarzy, często występujący przy koklusu przed objawami nieżytowymi, skłonność do wylewów krwi, do obrzmiewania gruczołów limfatycznych, daje się objaśnić ogólną zmianą krwi, leukocytozą, której obecność potwierdza zwiększenie się ilości kwasu moczowego.

(*Medyc. obozr.* 1893. Nr. 4. str. 337). (*Ibid.* str. 339). Ignacy Mucha.

113. OSCAR WYSS. **Przyczynnik do terapii wodogłowia.** (*Zur Therapie des Hydrocephalus*). Na 43 przypadki wodogłowia (*hydrocephalus*), obserwowane w dzieciennym szpitalu w Zurychu, umarło 31; z 2 niewiadomo co się stało; 10 zostało przy życiu. Z obserwowanych 24 było z wrodzonym wodogłowiem, 16 z nabytem. Ze względu na leczenie rzeczą jest ważną wiedzieć, z jakim wodogłowiem ma się do czynienia, gdyż przy wrodzonym żadne środki nie pomagają.

Stosownie do zwyczaju probowano najrozmaitszych środków wewnętrznych jak to: *calomel*, *flores zinci*, *opium*, *chloral*, *kali bromatum*, *unguentum cinereum*, *tra jodi*, *ung. lanolini* i t. d. Zalecane przez POTT'a i TURNESCO iniekcje roztworu jodu w *kali jodat*um do jamy czaszki, jak również zalecany przez MATHÉLIN'a prąd stały nie były stosowane. Nie było również stosowane ściskanie czaszki bandażami (BOUCHUT'a, BERNHARD'a, G. BLANC'a, ENGELMAN'a).

Przekłucia i trepanacje czaszki, stosowane różnymi czasy i przez rozmaitych autorów, długo nie znalazły szerszego zastosowania. Powodem tego było powtarzane nagromadzanie się płynu i nieprzyjemne powikłania (p. n.). Dopiero gdy REHN w 1886 roku przedstawił pomyślne rezultaty punkcji i gdy QUINCKE przyłączył się do jego zdania, nastąpił zwrot w zapatrywaniach i zaczęto częściej stosować tę metodę.

QUINCKE proponował robić punkcję i wypuszczać płyn w lędźwiowej części kręgosłupa, i jakkolwiek sam nie osiągnął nadzwyczajnych rezultatów, jednak skonstatował nie tylko możliwość takiej operacji, ale w wielu razach niezbędną. Proponowane od roku 1882 przez HAVEN'a, BROCA, KEEN'a, POTTA, SAHLI'ego i innych cięcia i zakładanie sączków do jamy czaszki z następnym uciskaniem głowy lub bez, nie znalazły uznania i przez autora stosowane nie były. Natomiast stosował autor dosyć często przekłucia i wypuszczenie płynu, i chociaż nie otrzymywał ostatecznego wyleczenia, jednak nigdy nie widział pogorszenia; w jednym zaś przypadku, który opisuje, widział istotne polepszenie. Przypadek ten następujący: dziecko 7½-miesięczne, dobrze rozwinięte, ciepłota ciała 38°, tętno 150; odrętwienie, źrenice rozszerzone, od czasu do czasu wymioty. Przy bardzo szczegółowem badaniu płuc, serca i innych narządów nic nie prawidłowego nie znaleziono. Rodzice zdrowi. *Meningitis basilaris*. W czasie choroby głowa się znacznie powiększyła, stan dziecka był bardzo ciężki i wymagał energicznej pomocy; za zgodą rodziców zrobione przekłucie 14. V. 1891 r. i wypuszczono powoli 55 ctm. sześć, bezbarwnego, przezroczystego płynu. Przekłucie robiono przy lekkiej narkozie, w okolicy dużego ciemiączka, na 2½ ctm. na lewo od środkowej linii. Przekłucie dziecko zniosło dobrze i przez 2 doby było spokojniejsze, niż przedtem.

Ponieważ płyn nie przestawał się nagromadzać, więc robiono następnie jeszcze 6 przekłuć; 2, 3, 4 i 5-te przekłucie było robione jak pierwsze, 6 i 7-me w lędźwiowej części kręgosłupa. Po trzecim przekłuciu lekarze zauważyli (na co zwrócił

uwagę ojciec dziecka już po drugim przekłuciu), że dziecko odzyskało wzrok. Z nagromadzeniem się płynu po trzech dniach dziecko znów nic nie widziało. Po czwartym przekłuciu dziecko odzyskało wzrok ostatecznie. Ostatnie przekłucie robiono 26. I. 1892 r., a więc w 4 miesiące po pierwszym. Operacye dziecko zniosło jaknajlepiej i zaczęło się znacznie poprawiać. Autor widział też same dziecko po 2 latach w stanie następującym: dobrze odżywione, głowę trzyma mocno, siedzi, lecz stać jeszcze nie może. Słyszy i widzi doskonale, śpiewa, powtarza słowa i zdania po drugich, samo mówić nie może. Matka się skarży, że dziecko jest mało pojętne.

Wyniki otrzymane po przekłuciu przy wodogłowie w tym przypadku, jak również dawniej przez lekarzy obserwowane są następujące: 1) Usunięcie drgawek (v. BERGMANN). 2) Uspokojenie krzyczącego, niespokojnego dziecka (WYSS). 3) Wpływ dodatni na rozwój ciała (REHN, PHOCAS, QUINCKE, KORNITZKY, WYSS). 4) Poprawa, *resp.* uratowanie psychicznych funkcji (REHN). 5) Przywrócenie wzroku (WYSS). Powyższe wyniki przemawiają za tą operacyą, pomimo mogących wystąpić przypadkowych powikłań jako to: 1) Powstawanie krwiaków (*haematoma*) (QUINCKE); bardzo rzadkie powikłanie, którego można uniknąć, nakłuwając zamiast czaski kręgosłup. 2) Zakażenie z następczym zapaleniem opon mózgowych (unika się dzięki antyseptyce). 3) Zapalenie opon mózgowych wskutek zgorzeliny uciskowej, odleżania czaski; występuje nawet bez nakłucia i można uniknąć, wypuszczając nieznaczna ilość płynu. 4) Zapaść (*collaps*) nigdy się nie spotyka w zatrważającej formie. Nakłucie czaski jest wskazane: 1) Przy ciężkich objawach ucisku w świeżych zapaleniach opon. 2) Przy zapaleniu opon pochodzenia nie gruźliczego w późniejszym okresie; także przy wodogłowie wobec przymiotu dziedzicznego. 3) Przy powiększaniu się głowy po zapaleniu opon; tutaj powtarzać częściej. 4) Przy powstającej utracie ważnych funkcji jak to: przy ślepotcie wskutek wodogłowia, mianowicie przy nieobecności zapalenia nerwu wzrokowego. Czy przy istnieniu wodogłowia jednocześnie z *neuritis optica* nakłucie może mieć wpływ dodatni na wzrok, nie jest pewnem, lecz możebnem. (*Corresp. Blatt.* 8. 1893 r.)

Jakimiak.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PONCET z Lyonu opisuje przypadek śmiertelnego zakażenia krwi u lekarza lyońskiego E. BLANC'a. Zakażenie nastąpiło przez nieznaczna ranę w rowku paznogciowym wskaziciela lewego podczas wyjmowania z macicy resztek łożyska, uległego rozpadowi. W 6 godzin po zakażeniu bez objawów prawie żadnych ze strony ranki i tkanek okolicznych dłoni wystąpiły niezmiernie silne bóle w okolicy pachowej lewej, w 8 godzin gwałtowne objawy ogólne i piątego dnia, pomimo energicznej pomocy lekarskiej, pacjent zmarł. (*Gazette des hôpitaux* Nr. 68 - 1893).

= Prof. LEYDEN przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa medycyny wewnętrznej serce człowieka, który zmarł skutkiem tryprowego zapalenia wsierdza. O związku pomiędzy rzeżączką a zapaleniem wsierdza pisano już niejednokrotnie, związek ten jednak uważano za pośredni w tym sensie, że rzeżączka prowadzi może do następczego zakażenia paciorkowcami, które istotnie znajduwane były w złogach wsierdza. W opisanym przypadku L. znalazł wyłącznie gonokoki NEISSER'a bez żadnej domieszki koków ropnych. Pacjent dotknięty był rzeżą-

czką, zapaleniem przyądrza i gościem tryprowym. (*Deutsche med. Woch.* 27—93).

= W *Progrès medical* Nr. 25. 1893 znajdujemy wzmiankę o łatwym i pewnym sposobie odróżnienia pozornej śmierci od istotnej w klimacie północnym i umiarkowanym. Do celu tego służy termometr, który, wprowadzony do odbytnicy zmarłego dziecka, wskazywał: zaraz po śmierci 38,0°, w godzinę 37,4°, w 2 godziny 36,0°, w 5 godzin 18,0°, w 8 godzin 16,5°, w 11 godzin 16,5°, w 14 godzin 16,0°, w 17 godzin 16,0°. (*D. med. Woch.* 27—93).

= Specjalna komisya Lond. tow. klinicz. na zasadzie kilkuset spostrzeżeń opracowała memoriał o trwaniu okresu wylegania i zaraźliwości w najczęstszych chorobach zakaźnych. W błonicy (87 przypadków) okres wylegania zwykle nie przekracza 4-ch dni, a niekiedy trwa 2 dni tylko. Chory na błonicę bywa groźnym dla otoczenia nie tylko w czasie rozwiniętej już choroby, lecz i w okresie wylegania i zdrowienia. W tyfusie brzuszny (70 przypadków) okres wylegania trwa 12—14 dni, rzadko tydzień i mniej, a wyjątkowo 23 dni. Chory jest groźnym dla

innych nawet w 2 tygodnie po wyzdrowieniu. Zaraza gnieździ się w ubraniu chorego co najmniej 2 miesiące. W odrze (36 przypadków) okres wylegania trwa 9—10 dni, rzadziej 5 lub 14 dni. Chory może udzielić zarazy po 3 tygodniach od chwili wyzdrowienia. W ubraniu zaraza mieści się czas krótki. W szkarlatynie (140 przypadków) okres wylegania trwa 24—72 godzin, nieraz do 3 dni. Chory zarazić może innych po 2 miesiącach nawet. W ospie okres wylegania trwa zwykle 12 dni. (Brit. med. Jour. 93).

— GORDON, badając wpływ niektórych środków nasennych na trawienie trzustkowe, znalazł, że chloralamid, acetalid i antypiryna żadnego nie wywierają działania na czynność skurczenia ciał krochmalowych przez sok trzustkowy, natomiast sulfonal i uretan w słabych roztworach powstrzymują, w stężonych zaś nie. Paraldehid działa powstrzymująco w stosunku do wprowadzonej dawki. (Brit. med. Jour. Kwiecień).

— FRIEDEBERG badał na białko moczu kobiet rodzących, mianowicie: w okresie rozpoczęcia porodu, natychmiast po wyjściu łożyska i 24 godziny później. Wybierał jedynie kobiety zupełnie zdrowe. Otóż żadna z nich nie miała białkomoczu przed porodem, zaś po ukończeniu tegoż istniał białkomocz u 18, z których u 5 było 1—2⁰/₁₀₀, u 5 było 1/4—1⁰/₁₀₀, a u 8 mniej niż 1/4⁰/₁₀₀. Wałeczków nie znaleziono ani razu. Autor radzi badać moczu na białko u każdej rodzącej, a jeśli je znaleziono, to i w okresie połogowym. (Cbl. f. kl. med. 21—93).

— KORNFELD i BIKELS opisują przypadek chloroformizmu, t. j. przewlekłego zatrucia chloroformem, jaki spostrzegali w klinice KRAFFT-EBING'a. Dotyczył on 18-letniej dziewczyny, skarżącej się na silne bóle głowy. Chora była bardzo osłabiona, drżała całym ciałem, najbardziej trzęsły się ręce. Zrenice były jednakowo zwężone i na światło nie oddziaływały. Chora siedziała godzinami nieruchomo na jednym miejscu, nie będąc w stanie podnieść się. Dowiedziano się od niej, że od lat dwóch wdechała 15—20 grm. chloroformu codziennie dla wywołania snu. Przywykła doń, gdy skutkiem bólu kulszowego wcierała go sobie, a przyjemny zapach i bezsenność skłoniły ją do wzięcia chloroformu. W pierwszym roku używała tegoż raz lub dwa na tydzień, później nicomal codziennie. Z początku sen następował dobry. Od pewnego czasu jednak chora budziła się często w nocy z niepokojem, a zrana czuła się wyczerpaną, miewała nudności i wymioty.

W przypadku opisanym zasługuje na uwagę, iż objawy podobne są bardzo do objawów, przy morfinizmie. Nieruchomość zrenic i zwężenie ich, jakoteż drżenie nie były dotąd nigdzie opi-

sywane jako cechy nawykowego wdechania chloroformu. (Wien. kl. Woch. 4—93).

— Zwykle metody badania części płciowych u prostytutek często nie są w stanie wykryć rzeżączki, nie mają zatem prawie żadnego znaczenia profilaktycznego. Na wniosek D-ra PHILIPPSON'a przedsięwzięto w Wrocławiu szereg prób systematycznego badania drobnowidzowego nabłonka, zeszkrobanego z cewki moczowej i szyi macicznej wszystkich prostytutek. Okazało się, że u bardzo wielu z nich, pomimo braku objawów klinicznych, skonstatowana została rzeżączka. Ze tą drogą zmniejszono ilości przypadków zarażenia, wykazano liczebnie na żołnierzach garnizonu wrocławskiego. (Therap. Monatsch. 3. 1893).

— Przeciwno nadmiernemu poceniu się rąk znajdujemy w Monatsch. f. pract. Dermatol. 1893. N. 5, następujący przepis: Natr. biborac. Acid. salicyl. aa 7,5. Acid. boric. 2,0. Glycerin. Spirit. aa 30,0 MS. Trzy razy dziennie nacierać ręce. (Therap. Mon. 3. 1893).

— D-r GOLDSCHMIDT podaje przypadek trądu, wyleczonego zapomocą wcierania w chore miejsce 5% eurofenu w oliwie. 25 letnia obserwacja chorych trędowatych na Maderze nie dostarczyła dotychczas G. ani jednego przypadku wyleczenia, pomimo stosowania najróżnorodniejszych środków. (Ther. Monatsch. 4. 1893).

— Lekkie objawy otrucia fenacetyną spostrzegł Dr. EISENHART u 32 letniego zdrowego mężczyzny, dotkniętego nerwobólem nerwu trójdzielnego, zależnym od plombowanego zęba. Gdy po dwóch dawkach gramowych bóle w okolicy nerwu trójdzielnego ustały, pozostał zaś jeszcze tępy ból w zębie, chory zażył następnego dnia w przerwach 1 1/2 godzinnych trzy proszki gramowe. W godzinę po ostatnim wystąpiło bicie serca, duszność, znaczne przytępienie słuchu, chwilowe uczucie gorąca z obfitym potem, nudności i wymioty, wraz z którymi objawy otrucia znikły. 1 grm. fenacetyny, wzięty następnego dnia, żadnych złych następstw za sobą nie pociągnął. (Ther. Monatsch. 5. 1893).

— WIDMER podaje 18 przypadków z literatury i dwa własne z oddziału KAPPELER'a, w których podczas operacji złośliwych guzów na szyi, nerw błędny został przecięty lub resekowany. W większości przypadków przecięcie żadnych nie miało następstw, w pojedynczych tylko wystąpiło porażenie strun głosowych i pobudzenie do kaszlu. Ze strony narządów krążenia i trawienia żadnych zaburzeń nie spostrzegano. Przecięcie nerwu błędnego u człowieka wręcz przeciwnie niż u zwierząt, jest samo przez się nieszkodliwe dla ustroju a może być bez wahania wykonane w tych razach, gdzie nam zależy na dokładnem usunięciu guza. (D. Zeit. f. Chir. Tom 36. Zeszyt 3 i 4).

= MENDELSON zaleca przy skłonności do nadmiernego wytwarzania kwasu moczowego (*diathesis urica*) i złogów w pęcherzu moczowym nowy preparat, otrzymany przez STROHSCHNEIN'a w Berlinie „Uricedin“. Preparat ten o odczynie lekko kwaśnym, w wodzie łatwo rozpuszczalny, pomimo, że nie rozpuszcza kwasu moczowego, czyni jednak mocz alkalicznym i nadaje mu wybitne własności rozpuszczania złogów kwasu moczowego. Obok tego uricedyna działa moczopędnie. Z 12-ego zjazdu med. wewn. w Wiesbaden. (D. med. Woch. 28. 93).

= BERNHEIM, badając ilość białka i ciężar gatunkowy w przesiekach i wysiękach, przekonał się, że wysięki opłucnej z nieznaczną zawartością białka wskazują na dłuższy przebieg choroby i odwrotnie, że w przypadkach zapalenia opłucnej, w których zachodzi potrzeba kilkakrotnego wypuszczenia płynu, rokowanie tem jest lepsze, im ilość białka zwiększa się lub pozostaje bez zmiany. W jamie otrzewnej najniższy ciężar gatunkowy i najmniejszą ilość białka B. spostrzegał przy przesiekach, towarzyszących chorobie BRIGH'a i przy rakowatemu

zapaleniu otrzewnej. Wogóle w przesiekach ilość białka nieznacznie tylko przenosi 1%. Określanie ciężaru gatunkowego i ilości białka w przesiekach i wysiękach powinno być zawsze wykonywane, gdyż w wielu razach dostarcza ważnych wskazówek do rozpoznania i rokowania. (Virchow'a. Archiv. Tom 131. Zeszyt 2).

= Przy rakach macicy, nienadających się do operacji LUCAS-CHAMPIONNÈRE w razie posokowatych wypływów, zaleca gorące irygacje z nadmanganianu potasu lub salolu, radzi zaś unikać silniej drażniących i trujących przetworów przeciwnych, zarówno jak i zranienia brodawkowatych wyrosli. Bezpośrednio po przepłukaniu przysypać należy nowotwór mieszaniną w równych częściach z benzoiny, jodoformu i magnezji. Przy krwotokach również zaleca gorące przepłukiwanie pochwy z następnym wytamponowaniem gazą wyjałowioną. W celu zapobieżenia krwotokom, uważa za właściwe wykonanie wyskrobania z następnym przypalaniem żagadłem i codziennem przysypywaniem wyżej wspomnianą mieszaniną aż do oddzielania się zgorzelinowego strupa. (Révue gen. de clin. et de thérap. 93. N. 21).

Wiadomości bieżące.

— W N. 28 Deutsche Medic. Wochenschrift z dnia 13 b. m. znajdujemy otrzymaną z Petersburga drogą telegraficzną wiadomość, jakoby w Warszawie i sześciu jeszcze miastach Królestwa, miała z niezwykłą siłą grasować cholera. Ilość przypadków śmiertelnych ma dochodzić do 150 dziennie!!! Rzecz szczegółna, że my o tem nic nie wiemy.

— Dla lekarzy, udających się na kongres wszechnarodowy do Rzymu, koleje niemieckie, austriackie i szwajcarskie nie obniżają ceny biletów. Dopiero na granicy włoskiej uczestnicy kongresu korzystać mogą z biletów ulgowych po niższej cenie, należy jednak zaopatrzyć się wcześniej w karty legitymacyjne. Bilety od granicy do Rzymu i na powrót (*tour i retour*), będą o 50% tańsze, zaś bilety okrężne (*Rundreisebilet*) o 20%. Ulgi powyższe trwać będą od 1 Września do 31 Października. Karty legitymacyjne wydawane będą w Sierpniu i zaopatrzone będą w szczegółową instrukcję co do

wszelkich biletów, jak również co do planów podróży. W kwestyi zarezerwowania mieszkań w Rzymie, należy się odnieść do sekretarza generalnego kongresu prof. MARAGLIANO w Genui. Bilety (w cenie 25 franków dla mężczyzn i 10 dla dam) nabywać można za pośrednictwem skarbnika prof. PAGLIANI—Rzym, ministerium spraw wewnętrznych.

— Od lat kilku ustały doniesienia w „Kuryerach“ o wielkich operacjach dokonywanych w Warszawie. Niestety w tych dniach spotkał się znowu z taką wiadomością, niezgodną z elementarnymi wymaganiami etyki lekarskiej.

— Zmarli. W dniu 20 Czerwca r. b. zmarł w Brześciu Kujawskim dr. TEOFIL BOROWY, w wieku lat 37. Padł ofiarą swego powołania, zaraziwszy się tyfusem plamistym w szpitalu więziennym, gdzie pomimo ostrzeżeń przyjaciół po kilka godzin dziennie przebywał, z zapalem oddając się swemu zawodowi. Cześć jego pamięci.

Odpowiedzi od Redakcyi.

Kol. R. Szczegółowych danych o programie zajęć przez tydzień trwania kongresu wszechnarodowego lekarskiego, dotąd nie ogłoszono.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава 8 Юля 1893 г.

Друк К. Ковалевского. Крѣлевска 29