

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O zachowaniu się zawartości wody i metalli alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek. Przyczynę do objaśnienia, powstawania mocznicy, podał d-r Władysław Bruner. — Przypadek nerwicy urazowej, oraz kilka uwag o znaczeniu praktycznem tego cierpienia. Podał A. Tumpowski (Łódź). **Streszczenia i wyciągi** — 183. Uwagi nad utrwalaniem preparatów anatomicznych i histologicznych zapomocą metody Mielnikowa. 184. Zolzy. — Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie. — **Odcinek.** Ze spraw bieżących. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** **Wiadomości bieżące.** — Zmarli. — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wl. Bruner — Sur la quantité de l'eau et des métaux alcaliques dans le sang des néphritiques. Contribution à l'étiologie de l'urémie. 2) D-r A. Tumpowski — Un cas de neurose traumatique; la signification de cette maladie sous le rapport pratique.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wl. Bruner — Ueber den Gehalt der Trockensubstanz und der Alkalien im Blute bei Nephritis. Ein Beitrag zur Aetiologie der Urämie. 2) D-r A. Tumpowski — Ein Fall von traumatischer Neurose nebst einigen Bemerkungen ueber die praktische Bedeutung dieses Leidens.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str. 5.

O zachowaniu się zawartości wody i metalli alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek.

PRZYZYNEK DO OBJAŚNIENIA POWSTAWANIA MOCZNICY¹⁾.

podał D-r WŁADYSŁAW BRUNER.

Ordynator szpitala praskiego.

Z przeglądu prac, mających na celu badanie krwi w zapaleniu nerek ze strony chemicznej, wynika, że najważniejsze obecnie jest przedewszystkiem dokładne zbadanie zawartości wody i metalli alkalicznych we krwi. Powszechnie jest przyjęte, że w ustroju chorym na zapalenie nerek następuje zatrzymanie wody, powodujące rozwodnienie krwi i że następstwem takiego rozwodnienia mają być właśnie obrzęki. Tymczasem z dotychczasowych bezpośrednich określań wody we krwi w zapaleniu nerek ostatnie to twierdzenie, co jest zastanawiające, zdaje się, wcale nie wynika. Szczegółowe więc opracowanie tej sprawy przedstawia się jako rzecz pierwszorzędnej wagi.

Badanie przeprowadziłem w 33 przypadkach zapalenia nerek. W okresie badania krwi zwracałem baczną uwagę na zachowanie się obręzków, wydzie-

¹⁾ Obszerną pracę w tej sprawie drukowałem w „Pamiętn. Tow. Lek. Warsz.” T. 92. Z. IV.

lanie moczu i zawartość w nim białka. W pierwszych kilku razach brałem krew zapomocą ciętych baniek, wkrótce jednak przeszedłem do badania krwi zapomocą krwi upustu, który wykonywałem zawsze około 10 godziny z rana, czyli w 2—3 godziny po śniadaniu chorego. Krew wypuszczoną dzieliłem na porce. Jedną wprost z żyły zbierałem do miseczki porcelanowej dla zbadania krwi całkowitej i ewentualnie alkaliów, drugą część odwłókniałem i zbierałem do cylindra dla sedymentacji w celu otrzymania surowicy, trzecią zbierałem do cylindra ze szczawianem sodu w proszku w celu uniknięcia skrzepnięcia krwi dla otrzymania osocza i osadu czerwonego.

Sposoby określania zawartości części stałych i metali alkalicznych podane są szczegółowo w pracy mej drukowanej w Pam. Tow. Lek.

Dodać winienem, że w bardzo wielu przypadkach liczyłem krążki czerwone w tejże samej krwi żyłnej, a niekiedy i białe. Wykonałem także barwienie szeregu suchych preparatów.

Chcąc wnioskować z materiału mego o zawartości wody we krwi chorych na nerki, przedewszystkiem musimy ustalić pojęcie, ile wody, względnie części stałych zawiera krew prawidłowa całkowita i jej składniki.

Badania moje przekonały mnie, że ilość części stałych we krwi całkowitej wynosi przeciętnie 21,5%—22,5%, w osoczu i w surowicy 9,5—10%, w krążkach czerwonych, właściwiej w osadzie czerwonym 30%.

W zestawieniu z temi danymi prawidłowymi liczby nasze, co do ilości części stałych we krwi całkowitej u chorych na nerki, wykazują jako prawidłowo zmniejszenie pozostałości suchej. Na 33 badanych przypadków raz tylko jeden znalazłem ilość prawidłową (p. 12, T. I). Cztery razy zawartość wynosiła 20,04%—20,70%, co już stanowi niewątpliwe, acz bardzo nieznaczne rozwodnienie krwi. W pozostałych wszystkich przypadkach, prócz jednego (Nr. 24, T. I) powikłanego rozedmą w znacznym stopniu, liczby leżą poniżej 20,00%, w przemagającej większości przypadków pomiędzy 17%—19%, czyli że w tych razach krew zawierała o 3—5% więcej wody niż prawidłowa. Tylko kilka razy widzimy rozwodnienie nader wysokiego stopnia, gdyż zawartość substancji suchej wynosiła zaledwie 13%—15%.

Od jakich czynników zależy to rozwodnienie krwi? Od zmniejszenia ilości osadu czerwonego, od rozwodnienia tego osadu, czy od rozwodnienia surowicy? Niewątpliwie w wielu przez nas badanych przypadkach w rozwodnieniu krwi uczestniczył czynnik pierwszy. Z jednej strony w bardzo wielu przypadkach liczba krążków czerwonych była obniżona, z drugiej, co jest dowodem najważniejszym, objętość osadu czerwonego przy sedymentacji była z prawidłowych 50% zmniejszona do 25%—40%, czyli że krew zawierała więcej obfitującego w wodę osocza, a mniej ubogiej w wodę substancji czerwonej. Ale widzimy także (p. 30, T. I) prawidłową liczbę krążków czerwonych i prawidłową objętość osadu czerwonego (52%), a mimo to zaledwie 19,25% części stałych we krwi. Przyczyny rozwodnienia w tym i podobnych doń przypadkach szukać należy w rozwodnieniu surowicy, lub osadu czerwonego.

Z otrzymanych liczb wynika jednak, że czynnik ostatni nie gra zbyt ważnej roli w zapaleniu nerek; w przeważnej liczbie przypadków osad czerwony zawierał 29,05%—33,69% części stałych; trzy razy części stałe stanowiły 28,01%—28,38%, pięć razy nieco wyżej 26%, co jest dowodem niewątpliwego rozwodnienia osadu czerwonego.

W przeciwstawieniu do niestałego znaczenia obu powyższych czynników o surowicy względnie osoczu krwi twierdzić mogę na zasadzie własnego ma-

teryatu, że brak jej rozwodnienia w zapaleniu nerek uważać należy za wyjątek. Za prawidłową ilość zawartości substancji suchej w surowicy uważać należy 9,5% — 10%, przynajmniej zawsze tyle, a nie mniej wykazują przypadki prawdziwe prawidłowe, które zarówno co do stanu ogólnego, jak i co do liczby krążków czerwonych, substancji suchej we krwi całkowitej oraz zawartości składników mineralnych żadnych zboczeń nie przedstawiały.

Najniższa ilość zawartości suchej w surowicy wynosiła 5,21%, surowica więc zawierała prawie 2 razy więcej wody niż prawidłowo. W przypadku tym (26, T. I) ilość krążków czerwonych była zupełnie prawidłowa, ilość substancji suchej w osadzie czerwonym większa niż prawidłowo, rozwodnienie zatem krwi całkowitej mniej więcej o 4% zależało wyłącznie od rozwodnienia surowicy. Fakt ten występuje i w wielu innych przypadkach (6, 30, 9, 10, 15, Tabl. I), które same przez się dowodzą, jak ważną rolę gra rozwodnienie surowicy w powstawaniu hydremii krwi całkowitej. Na zasadzie badań moich postawić należy wniosek następujący: rozwodnienie krwi jest objawem towarzyszącym stale zapaleniu nerek; zmniejszenie objętości i rozwodnienie składnika czerwonego jest rzadkością, najstalsze przeto, jak wykazują badania bezpośrednie, jest rozwodnienie surowicy krwi.

Co się tyczy stosunku rozwodnienia krwi całkowitej do ogólnego obrazu choroby, to uderza fakt, że nie idzie ono wcale w parze z objawami zatrzymania wody w ustroju. Przy znacznych obrzękach rozwodnienie krwi bynajmniej nie zawsze bywa bardzo wydatne (przyp. 7, 10, 13, 16, T. I); przy obfitem wydzielaniu moczu i małych, nieznacznych nawet obrzękach (przyp. 5, 6, 11, 14) widzujemy takie same, a nawet znaczniejsze rozwodnienie krwi, niż przy wielkich obrzękach i oligurii (przyp. 4, 22, 11, T. I).

W przypadkach ostrego zapalenia nerek rozwodnienie krwi jest wogóle bardzo małe (przyp. 10, 13, T. I), trudno jednak wyprowadzać jakieś wniośki stanowcze o wpływie trwania choroby na stopień rozwodnienia krwi, gdyż zapalenie nerek należy do cierpień, które trwać mogą długo bez widocznych objawów chorobowych. Trudno też bardzo orzec, czy i o ile stopień białkomoczu wywiera wpływ na rozwodnienie krwi.

Najpewniejszy i najcharakterystyczniejszy jest wpływ mocznicy. Bez względu na to, czy chory miał duże czy małe obrzęki, czy znajdował się w okresie oligurii, czy też wydelał dużo moczu, bez względu na stopień białkomoczu wybitnym objawom mocznicy towarzyszyło zawsze znaczne rozwodnienie krwi. Dowodzą tego najwyraźniej przypadki (1, 8, T. I), w których badanie krwi całkowitej wykonane było dwa razy: przy braku objawów mocznicy i podczas mocznicy. Przypadek pierwszy zawierał 18,61% części stałych we krwi bańkowej, a podczas napadu mocznicy 15,58% we krwi żyłnej. W przypadku ósmym pomimo dużych obrzęków przy braku objawów mocznicy części stałych było 17,22%, podczas mocznicy mimo małych obrzęków i 1500 cm. sz. moczu — 14,80%.

Rozwodnienie krwi całkowitej w mocznicy, zdaje się, zależy głównie od zwiększenia w niej ilości osocza. Samo osocze nie ulega podczas mocznicy znacznemu rozwodnieniu, a nawet w przypadku 28 (T. I) surowica była wyjątkowo zupełnie prawidłowa. Również i substancja czerwona nie ulega zazwyczaj wybitnemu rozwodnieniu; w przypadku 31-y znalazłem w niej nawet mniej wody niż prawidłowo. Uderzało za to wobec silnego rozwodnienia krwi całkowitej wyraźne zmniejszenie ilości krążków czerwonych (3000000)

i zmniejszenie objętości składnika czerwonego do 23%—35%, zamiast prawidłowych 50%.

A więc mechanizm rozwodnienia krwi w moich przypadkach mocznicy różnił się poniekąd od zwykłych zmian we krwi w przebiegu zapalenia nerek, gdzie za czynnik stały i punkt wyjścia do rozwodnienia krwi całkowitej uznać należało zubożenie osocza, względnie surowicy w części stałe.

Niezmierna częstość silnego rozwodnienia krwi przy występowaniu objawów mocznicowych, zjawianie się silnego rozwodnienia u tego samego osobnika właśnie wtedy, kiedy występuje niewątpliwie mocznica, każą mniemać, że zmiany te nie są tylko dziełem przypadku.

Nie można jednak zaprzeczyć, że w przebiegu zapalenia nerek może się zdarzyć bardzo silne rozwodnienie krwi niezależnie od mocznicy, choroba ta bowiem wyniszczająca i przewlekła przez upośledzenie czynności narządów krwiotwórczych doprowadzić może do *anaemia gravis*, przy której występuje ogromne zmniejszenie substancji czerwonej we krwi, a stąd bardzo znaczna jej wodnistość.

Niewątpliwy jest wszakże fakt, że w wielu przypadkach silniejszy stopień rozwodnienia krwi występuje z chwilą wybuchu mocznicy.

Być może, że w przypadkach z objawami mocznicowymi bez rozwodnienia krwi objawy owe wcale mocznicowymi nie były, t. j. nie zależały od owego przypuszczalnego zatrucia wytworami przemiany materii, która według poglądów współczesnych ma być istotą mocznicy. Rozstrzygnąć tego pytania nie można, dopóki nie znajdziemy bardziej realnego kryterium do określenia mocznicy. Nie wahałbym się za takie kryterium podać właśnie wzmożenia rozwodnienia krwi u tego samego osobnika w przebiegu zapalenia nerek, chociaż nie uważam tego za bezpośrednią przyczynę genezy i objawów mocznicy.

Musimy się zastanowić, dla czego w przypadkach, w których niewątpliwie woda zatrzymana zostaje w ustroju (czego dowodzą oligurya i obrzęki), poza mocnicą niema wyraźnego rozwodnienia krwi całkowitej. Chory przyjmuje w tych przypadkach dużo wody, która wchodzi do krwi z przewodu pokarmowego, mimo to jednak ilość surowicy krwi nie jest wzmożona, a często niema nawet rozwodnienia substancji czerwonej. Najcharakterystyczniejszą zmianę takiej krwi —rozwodnienie surowicy — logiczniej jest nawet sprowadzić przedewszystkiem do utraty białka przez ustrój, niż do zatrzymania wody we krwi.

Jeżeli więc w omawianych przypadkach zapalenia nerek woda zatrzymywałaby się we krwi, to należałoby przedewszystkiem oczekiwać wzmożenia odsetki surowicy w jednostce objętościowej tej krwi, dzięki czemu powstałoby rozwodnienie krwi całkowitej. A że ani bardzo znacznego rozwodnienia krwi całkowitej, względnie stałego wzmożenia odsetki surowicy w zwykłym przebiegu zapalenia nerek nie znajdujemy, zależy to jedynie od tego, że nadmiar wody ze krwi wyrzucony zostaje do tkanek, powstają obrzęki i nagromadzenie płynów w jamach ciała, co uważać trzeba za objawy samoregulacji, wyrównania w przebiegu zapalenia nerek. Istnieją one dla tego, by zatrzymana woda nie gromadziła się we krwi, by ta ostatnia zachować mogła swój zwykły skład.

I rzeczywiście, dopóki obrzęki istnieją, chorzy mimo oliguryi czują się znośniej; spostrzegamy też nieraz w klinice, że w przebiegu zapalenia nerek

stan podmiotowy chorego poprawia się właśnie wtedy, kiedy chory dobrze spuchnie.

Mocznica zaś wykazuje wprost odwrotne zachowanie. W dwóch przypadkach, w których u tego samego osobnika badałem krew całkowitą i jej surowicę w okresie bezmocnicowym i przy mocnicy, daleko większe rozwodnienie wykazała krew całkowita, niż surowica. Tak na przykład w przypadku pierwszym w okresie niemocnicowym we krwi całkowitej było 18,22%, 18,61%, w surowicy 8,49%, 8,29% substancji suchej; podczas mocnicy we krwi całkowitej 15,58%, w surowicy zaś 7,69%. Z tego wynika, że w mocnicy wbrew zwykłemu przebiegowi zapalenia nerek, rozwodnienia surowicy nie można przyjąć za czynnik pierwszorzędного znaczenia. Krew mocnicowa jest wybitnie poliplazmiczna, to jest zawiera dużo surowicy a mało składnika czerwonego. Trudno przypuścić, ażeby ten nadmiar surowicy powstawał przez rozpad i nagłe niedotworzenie składnika czerwonego, przez co miejsce jego zajmuje plazma. Gdyby istniał szybki rozpad składnika czerwonego, musiałaby hemoglobinuria stanowić zwiastun objawów mocnicowych. Tak jednak wcale nie jest i dla tego nie mamy żadnego prawa przyjmować jakiegoś nagłego niedotworzenia substancji czerwonej. Najkonsekwentniejsze i najprawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że owa poliplazmia mocnicowa, warunkująca wzmożenie wodnistości krwi, jest następstwem zatrzymania wody (czyli limfy) we krwi.

(D. n.).

ZE SZPITALA ŚW. ALEKSANDRA W ŁODZI.

Przypadek nerwicy urazowej, oraz kilka uwag o znaczeniu praktycznem tego cierpienia.

Podał **A. Tumpowski** (Łódź).

Nerwice urazowe stanowią cierpienie bardzo interesujące zarówno pod względem teoretycznym, jak i z praktycznego punktu widzenia; zwłaszcza ważna jest znajomość tego cierpienia dla lekarzy pracujących w miejscowościach przemysłowych. Nie ulega wątpliwości, iż cierpienie to nie należy do rzadkich, w polskiej jednak literaturze lekarskiej, o ile mi się zdaje, istnieją tylko dwie prace, poświęcone sprawie nerwic urazowych, mianowicie prace DUNINA i HIGIERA¹⁾.

Z tego względu pozwolę sobie przytoczyć jedno odnośne spostrzeżenie wraz z kilku uwagami, do których ono daje sposobność.

W-ska, robotnica w manufakturze bawełnianej, panna 18-letnia, pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej i do obecnej chwili nie przechodziła żadnego cierpienia z wyjątkiem ospy, której ślady pozostały na twarzy. Przed 3 mie-

¹⁾ DUNIN, O t. zw. nerwicach traumatycznych, Gaz. Lekarska, Nr. 16—18. 1890. HIGIER, Przyczynek do klinicznej oceny t. zw. nerwicy urazowej, (Odbitka z Gaz. Lek. 1893).

siącami podczas pracy pas od maszyny uchwycił jej lewą dłoń i okręcił naokoło lewą górną kończynę, gdy zaś W. uwolniła rękę, uderzyła się czołem o jakiś twardy przedmiot. Po wypadku utraciła mowę i, jak opowiada obecnie, nie rozumiała też, co do niej mówiono.

Kończyna górna lewa opadła bezwładna, chora trzymała ją wciąż przy tułowiu i nie była zupełnie w stanie podnieść jej. Zarazem w okolicy stawu barkowego zjawił się mocny ból oraz uczucie zdrętwienia i obrzmienie całej kończyny. Żadnych zewnętrznych śladów obrażenia nie było z wyjątkiem posinienia ściśniętej pasami dłoni, które jednak wkrótce przeszło, oraz rany na czole, po której pozostała wyraźna blizna. Prócz tego od wypadku cierpi chora na ustawiczny ból głowy. Dalszy przebieg cierpienia był następujący. Mowa zaczęła stopniowo wracać; z początku wymawiała chora oddzielne dźwięki, po upływie zaś czterech dni mówiła już zupełnie dobrze.

Ból w okolicy stawu barkowego lewego, który zaraz po wypadku występował zarówno podczas spokoju kończyny, jak i przy ruchach, stopniowo się zmniejszał i obecnie istnieje tylko przy ruchach czynnych i biernych. Nie ruchomość kończyny również stopniowo ustępowała, do obecnej chwili jednak ruchy są ograniczone i chora dowolnie nie może unieść kończyny wyżej, niż do poziomu, a i ten ruch wykonywa z trudnością. Rana na czole po zaszyciu ropiała i dopiero po czterech tygodniach została zagojona.

Ból głowy obecnie jest bardzo nieznaczny; zwiększa się podobno, gdy chora jest na powietrzu z odkrytą głową. Owe bóle w okolicy stawu barkowego oraz ograniczenie ruchów kończyny górnej lewej i wynikająca z tego niezdolność do pracy stanowią skargę chorej.

Ponieważ badanie nie wykazało żadnych zmian miejscowych, tłumaczących tak długotrwałe bóle i ograniczenie ruchów, chora po trzech prawie miesiącach od wypadku została przysłana do szpitala św. Aleksandra dla obserwacji i leczenia.

Badanie dokonane w szpitalu wykazało, co następuje. W-ska jest budowy prawidłowej, dobrze odżywiana. Na twarzy ślady ospy; twarz symetryczna, źrenice równe, umiarkowanej szerokości; oddziaływanie źrenic na światło i przystosowanie oraz ruchy gałek ocznych prawidłowe; zwężenia pola widzenia i dyschromatopsyi niema. Na lewej połowie czoła blizna poprzeczna, długości około 5 cm., zaczerwieniona, twarda, bolesna przy ucisku, nie zrośnięta z kością. Narządy jamy piersiowej i brzusznej nie przedstawiają zboczy. Lewa kończyna górna, a mianowicie okolica stawu barkowego oraz górna część ramienia wydają się grubsze od tych samych części po stronie prawej, skóra zaś w tych miejscach jest posiniąta. Ruchy dowolne porażonej kończyny są znacznie ograniczone; chora nie jest w stanie unieść jej od tułowia nawet do poziomu; przy ruchach biernych w stawie barkowym wyczuwa się znaczny opór. Przy ujęciu skóry w fałdę chora nie odczuwa bólu; natomiast ból występuje przy ucisku głębiej leżących tkanek. Żadnych zresztą objawów cierpienia stawu, kości, silniejszej kontuzyi i wogóle jakiegokolwiek sprawy miejscowej, któraby wyjaśniła tak długie trwanie bólu i ograniczenia ruchów, niema.

Przedsięwzięte po kilku dniach badanie ponowne wykazało, iż objętość kończyny zmniejszyła się, siność ustąpiła, nie wpływając wszakże na zmniejszenie bólów i zwiększenie ruchów.

Badanie czucia w okolicy dotkniętej rzuciło natomiast pewne światło na zachodzącą w danym przypadku sprawę. Okazało się, że okolica łopatki, sta-

wu barkowego oraz górna część ramienia są zupełnie nieczułe na ukłócie tak, iż można w tych miejscach wetknąć w tkankę całą szpilkę bez wywołania bólu. Również obniżone jest odczuwanie bodźców termicznych (gorąca), natomiast czucie dotyku wszędzie jest zachowane. Okolica znieczulenia bólowego obejmuje górną trzecią część ramienia w postaci rękawa koszuli kobiecej.

Dodać jeszcze warto, iż przy ukłóciach nie wypływała po większej części ani kropli krwi. Oddziaływanie elektryczne (na prąd stały i przerywany) mięśni ramienia nie wykazuje żadnych zmian. Znieczulenie bólowe istnieje też w okolicy otaczającej bliźnę na czole. W innych okolicach ciała czucie zupełnie prawidłowe.

Powyższe dane pozwalają nam rozpoznać u naszej chorej t. zw. nerwicę urazową. Według STRUEMPELL'a²⁾ nerwice urazowe można podzielić na ogólne i miejscowe, co nie wyłącza, rozumie się, istnienia postaci przejściowych; tak np. w naszym przypadku cierpienie początkowo nosiło charakter nerwicy ogólnej (utrata mowy, zaburzenia świadomości), w dalszym jednak przebiegu objawy ogólne znikły, a pozostały tylko zaburzenia miejscowe. Nie wdając się w roztrząsanie wielokrotnie dyskutowanej sprawy, czy nerwice urazowe stanowią samoistną postać chorobową, jak tego chce OPPENHEIM, czy też tylko pewną odmianę histeryi i neurastenii, występującą na ściśle określonym podłożu etyologicznym (uraz), zauważymy jednak, iż w danym przypadku mamy do czynienia z porażeniem, noszącym wyraźny charakter histeryczny; o takich porażeniach często wspomina CHARCOT w swych wykładach klinicznych i poliklinicznych, nazywając je wprost *paralysie hysterique* lub *paralysie psychique d'origine traumatique*; ta ostatnia nazwa wyjaśnia zarazem mechanizm powstawania tych porażeń.

Warto jeszcze wspomnieć o charakterystycznej postaci znieczulenia u naszej chorej w postaci krótkiego rękawa od koszuli; takie postaci znieczuleń histerycznych, często opisywane przez autorów francuskich, u nas, o ile sądzić mogę, należą do rzadkich objawów. Wreszcie godny uwagi jest fakt wystąpienia nerwicy urazowej u osoby dotychczas zupełnie zdrowej i nie obciążonej żadnym dziedzictwem chorobowym.

Na zakończenie pozwolę sobie przytoczyć kilka wniosków praktycznych. Przypadki tego rodzaju, jak wyżej opisany, nie należą bezwątpienia do rzadkości, uchodzą jednak przed uwagę lekarzy i są uważane za udawanie, dlatego też należy zawsze w przypadku długotrwałej niezdolności do pracy po nieznacznych obrażeniach zwrócić baczną uwagę na układ nerwowy robotnika. Wykrycie znieczuleń, koncentrycznego zwężenia pola widzenia, dyschromatopsyi i t. d. naprowadzi nas na właściwą drogę i pozwoli obalić krzywdzące robotnika podejrzenie o udawanie, gdyż objawy te są niemożliwe do udania³⁾. Co do rokowania należy być w przypadkach nerwicy urazowej bardzo oględnym i nie unosić się optymizmem wobec nieznacznych pozornie objawów, gdyż cierpienie to bywa po większej części bardzo uporczywe i niepodatne na działania lecznicze. Z tych ostatnich nader ważny, a może najważniejszy jest spokój moralny, a więc przede wszystkim pewność chorego, iż wypadek nie wywoła utraty zarobku do chwili wyleczenia.

²⁾ STRUEMPELL. Nerwice pochodzenia traumatycznego. (Odczyty kliniczne, serya 1, zeszyt 2-gl).

³⁾ Patrz FRÖHLICH. Vorstellung von Krankheiten, str. 20 i nast.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

183. **PILLIET.** **Uwagi nad utrwalaniem preparatów anatomicznych i histologicznych zapomocą metody MIELNIKOW'a.** Opis nowej metody utrwalania preparatów, wzbudzających wielkie zainteresowanie wśród uczonych, podaje autor przytoczonej w nagłówku pracy.

Sposób MIELNIKOW'a polega na tem, że cały narząd np. mózg lub jego kawałki, nie obmyte wodą, stara się on poddać działaniu formaliny w ten sposób, by sam preparat styczności z płynem nie miał i dlatego postępuje w ten sposób. Kawałek waty macza w wodzie i dobrze wyżyma. Na tak przygotowanym podkładzie układa preparat, dbając, by szczelnie przylegał do waty. Wtedy watę skrapia dosyć obficie czystą formaliną, nie rozrzedzoną wodą i przenosi cały preparat do stosownego naczynia, na którego dno nalewa formaliny tyle, by nie dosięgała ona dolnej powierzchni preparatu. Po 24-ch godzinach preparat przenosi do do 95% alkoholu na 6 do 8 godzin i w końcu do płynu złożonego ze 100 gm. wody, 60 gm. gliceryny i 30 gm. octanu potasu. W płynie tym preparat może być przechowywany przez dowolny przeciąg czasu.

Zdaniem autora formalina utrwała preparat, alkohol zmniejsza objętość jego, gdy tymczasem trzeci płyn powraca preparatowi barwę właściwą, jego objętość i postać.

Badania dokonane w muzeum DUPUYTREN'a wykazały, że zakonserwowane w ten sposób preparaty do złudzenia zachowują pierwotny prawidłowy swój wygląd.

Braki, jakie posiada nowa ta metoda, polegają na drożyznie; zachowanie małych kawałków nie wypada zbyt drogo, jeżeli się weźmie pod uwagę ostateczny wynik utrwalenia, — konserwacja zaś większych części kosztuje drogo. Inną wadą jest nieprzyjemny i drażniący wpływ formaliny na skórę i oczy. Aby uchronić się od tego, radzi autor utrzymywać preparaty w szczelnie zamkniętych słojach, przez co trującego wpływu formaliny uniknąć można.

Dobra strona nowego sposobu polega głównie na tem, że w wielkich pracowniach, gdzie gromadzi się dużo preparatów, uniknąć można nieporządku i nagromadzania w wielu słojach preparatów, których utrwalenie według dzisiaj używanych sposobów wymaga zbyt długiego czasu. Nowa metoda utrwała duże nawet preparaty w niespełna tydzień.

(*Progrés méd.* 1897 str. 525).

K. R.

184. **RITTER.** **Zołyzy.** Czy w tkance zołzowej istnieją już od samego początku laseczniki gruźlicy? Na pytanie to stara się R. odpowiedzieć. Przedewszystkiem badał w 19 przypadkach trupy dzieci zołzowych zmarłych z powodu różnych chorób, z każdego gruczołu obrzmiałego barwił na laseczniki kilkanaście skrawków; szczepił kawałki gruczołów do otrzewny świnek morskich. W jednym przypadku (śmierć z krztuśca) znalazł laseczniki gruźlicze; jednocześnie istniała *pneum. caseoidea*, w płucach laseczniki gruźlicze. Dalej badał dzieci żyjące. Z liczby 129 przypadków wyprysku u dzieci zołzowych nigdy nie znalazł w zawartości pęcherzyka laseczników; nie wykryło ich i szczepienie tej zawartości zwierzętom w 34 przypadkach. Następnie badał 40 wyłyżeczkowanych i 15 wyluszczonych gruczołów szyjowych: w 3 przypadkach, gdzie jednocześnie istniały cierpienia kości, wykazano laseczniki gruźlicze. U 23 dzieci z licznymi ropniami tkanki podskórnej ani razu w ropie laseczników gruźlicy nie znaleziono.

R. przypisuje lasęcznikom gruźlicy rolę wtórną; znaleźć je można w przypadkach żołądów daleko posuniętych. Na gruncie żołądów rozwija się łatwo gruźlica; jakieś powinowactwo między cierpieniami temi istnieje, ale utożsamiać ich nie wolno.

(*Allg. med. Cent. Ztg. Nr. 54*).

S. Sg.

Sprawozdanie z XII zjazdu międzynarodowego w Moskwie.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 48).

Sekcja chorób kobiecych i położnictwa.

I. O cięciu łonowym.

H. VARNIER streszcza swe przemówienia w postaci wniosków następujących:

1) Powiększenie wymiaru miednicy, jakie daje się osiągnąć przez wykonanie cięcia łonowego sposobem PINARD'a, ma to znaczenie, że śmiertelność dzieci przy miednicy nieprawidłowej nie jest większa od tej, jaka bywa przy miednicy prawidłowej po porodach sztuką ukończonych.

2) Cięcie łonowe nie powoduje ani krwotoków, ani poważnych obrażeń. Niebezpieczeństwo po tym zabiegu operacyjnym u kobiet niezakażonych nie jest większe, niż przy jakimkolwiek innym rękoczynie położniczym.

3) Obrażenia pęcherza i cewki moczowej, które się rzadko wydłużają przy cięciu łonowym powodowane są zazwyczaj użyciem kleszczy, a przypadki śmiertelne zależne są od zakażenia septycznego powstającego w narządach rodnych.

4) Po cięciu łonowym następuje zupełne wyzdrowienie i przy późniejszych porodach powikłań się nie spostrzega, nadto może ono być kilkakrotnie dokonywane na jednej i tej samej niewieście. Czy pojemność miednicy zwiększa się wskutek zabiegu operacyjnego, dotąd jeszcze nie dowiedziono.

5) Przy wykonywaniu cięcia łonowego sposobem FENOMENOW'a i FRANK'a także się nie otrzymuje trwałego powiększenia pojemności miednicy. Wyjątek tu stanowią, być może, te przypadki, w których ścieśnienie powstało wskutek skręcenia kręgosłupa.

6) Cięcie łonowe winno być wykonywane tylko wtedy, gdy płód jest żywy przy dostatecznie rozwartem ujściu macicy i po pęknięciu pęcherza płodowego. Rozwiązanie pomyślne jest możliwe, jeżeli wymiar prosty wchodu miednicy wynosi co najmniej 7 cm.

Cięcie łonowe należy wykonywać nie tylko w przypadkach miednic nieprawidłowych, lecz także w przypadkach miednic prawidłowych, gdy przez nadmierny rozwój płodu powstaje niestosunek pomiędzy jego wielkością a pojemnością miednicy. Cięcie łonowe powinno zastąpić inne rękoczyny położnicze, jakoto poród przedwczesny sztuką dokonany i rozkawalenie żywego płodu, a wreszcie należy także się posiłkować cięciem łonowym zamiast rozwiązywać gwałtownie rodzącą przez nałożenie kleszczy lub wywołanie obrotu.

7) VARNIER dowiódł doświadczeniami na trupach, iż przy ułożeniu kobiet w położeniu WALCHER'a nie otrzymuje się takiego powiększenia wymiarów miednicy, jak to sądził WALCHER i inni.

8) Pod względem wskazań do cięcia łonowego należy rozróżniać miednicę miarową i miednicę niemiarowo-ścieśnioną.

Przy miednicy miarowej cięcie łonowe jest zawsze wskazane bez względu na to, w jakim odcinku i w jakim wymiarze miednica jest ścieśniona.

Przy miednicy niemiarowo ścieśnionej cięcie łonowe jest wskazane wówczas, gdy zwężenie miednicy powstało wskutek jednostronnego zapalenia stawu biodrowego, które nie wywołało zmian w kości krzyżowej, lub też wskutek wrodzonego zwężenia tegoż stawu.

Przeciwnie zaś przy miednicy skośnie ścieśnionej wskutek upośledzonego rozwoju jednego skrzydła kości krzyżowej, lub też wskutek skostnienia stawu krzyżobiodrowego wskazana jest wyłącznie ischio-pubiotomia lub cięcie cesarskie.

9) Cięcia łonowego nie należy stosować przy ścieśnieniu miednicy, wywołanym przez guzy narządów i tkanek miedniczych.

10) Jedynym przeciwwskazaniem do cięcia łonowego jest śmierć płodu.

Zakażenie przewodu rodного przyjmowano także za przeciwwskazanie do cięcia łonowego, a to z obawy wtórnego zakażenia rany. Obawa ta jednak nie jest uzasadniona, o ile rana operacyjna nie pozostaje w bezpośrednim związku z zakażonym przewodem rodным.

W tych przypadkach następuje zwykle jednostronne zapalenie tkanki łącznej miedniczej. Na zasadzie swego osobistego doświadczenia V. wstrzymuje się od operacji przy stanie gorączkowym rodzącej.

ZWEIFEL z Lipska.

Od czasu wprowadzenia metody aseptycznej Z. wykonał cięcie łonowe 31 razy z wynikiem pomyślnym dla matek i rozwiązał 29 dzieci żywych.

Zarzuty, jakie robiono cięciu łonowemu, są następujące:

1) że zjawiają się u kobiet po cięciu łonowym zaburzenia podczas chodzenia. Z. unika tego powikłania, gdyż nie operuje w przypadkach, w których wymiar prosty wchodu miednicy wynosi mniej niż 6,5—6,7 cm.

2) że okres zdrowienia ma trwać długo. W przypadkach wolnych od powikłań okres zdrowienia nie trwa dłużej niż po cięciu cesarskim.

3) że zdarza się pęknięcie pochwy. Dla uniknięcia tego powikłania Z. zalecał dawniej ustalenie miednicy, później jednak się starał, by nie wydobywać zbyt szybko płodu, a przede wszystkim pozostawiał przebieg porodu naturze.

W dalszym ciągu Z. omawia niektóre szczegóły, dotyczące techniki operacyjnej i traktowania rany po operacji i kończy swój odczyt sprawozdaniem z trzech przypadków, w których przy operacji miało miejsce obrażenie pęcherza moczowego i cewki.

W rozprawach nad tymi odczytami zabierali głos KUESTNER, LA TORRE i DIMANTE. KUESTNER na zasadzie 7-iu operowanych przypadków z pomyślnym zejściem dla matek i płodu zgadza się z ZWEIFEL'em, że cięcie łonowe należy wykonywać w tych przypadkach, w których rodzącą rozwiązać można, nie uciekając się do cięcia cesarskiego, nawet u pierwiastek. LA TORRE przemawia za układaniem rodzących w położeniu WALCHER'a i przypisuje odkrycie tego sposobu CIBIO MERCURIALE'owi jeszcze w roku 1589. DIMANTE uważa, że przeciwko cięciu łonowemu przemawia powikłanie w postaci obrażenia części miękkich. D. zwraca uwagę przytem na ten szczegół, że przy cięciu łonowym rzadko następują pęknięcia krocza; D. tłumaczy to w ten sposób, że spojenie łonowe, które zwykle spycha przodującą część płodu w kierunku krocza, chroni tem samem przednią ścianę pochwy od obrażeń. Po przecięciu spojenia łonowego ta ochrona jest zniesiona. Należy zatem przy wydobywaniu płodu po cięciu łonowym, by ochronić przednią ścianę pochwy od obrażeń, spychać przy pomocy rąk przodującą część ku kroczu

lub też ochronić przednią ścianę pochwy zapomocą odpowiedniego narzędzia, lub też wcześniej robić nacięcia pochwy i krocza.

II. O cięciu pochwowem przy zapalnych sprawach przydatków macicy oraz przy zmianach położenia i nowotworach macicy.

DUEHRSSSEN stosował cięcie pochwowę przez przodowe sklepienie pochwy (*col-pocoeliotomia anterior*) w 305 przypadkach tyłozgięcia macicy ruchomej i ustalonej. Z tych otrzymał w 4 przypadkach zejście śmiertelne, a w 12 nawroty cierpienia. Rękoczyn przymocowania macicy do przodowej ściany pochwy w przypadkach niepowikłanych jest wolny od niebezpieczeństwa, w przypadkach zaś powikłanych przez zrosty otrzewnowe bywa nieraz połączony z poważnymi krwotokami. Dla uniknięcia nawrotów D. radzi użycie silkwormu i nakładanie szwów na wysokości jajowodów, dla uniknięcia zaś niebezpieczeństw przy późniejszych porodach D. radzi starannie zamykać jamę otrzewną, a macicę ustalać tylko zapomocą jednego szwu. D. przyszywa macicę do przodowej ściany pochwy nie tylko przy tyłozgięciu macicy ruchomem, lecz także przy przodozgięciu macicy, połączonem z wypadnięciem przodowej ściany pochwy (*cystocèle*) i przy tyłozgięciu macicy ustalonem przez zrosty. Gdy jednak zastaje posunięte zmiany w narządach przydatkowych macicy i silne zrosty otrzewnowe u kobiet młodych, przekłada cięcie brzuszne.

Nadto D. posilkuje się cięciem pochwowem w przypadkach zapalenia otrzewny miedniczej, przy zapalnych sprawach przydatków, przy ciąży jajowodowej i przy guzach macicy (mięśniaki) i jej narządów przydatkowych.

A. MARTIN, wychodząc z podstawy ściśle anatomo-patologicznej, wykazuje przedewszystkiem, że zapalenie otrzewny miedniczej występuje prawie stale jako powikłanie przy cierpieniach narządów miedniczych. W jamie brzusznej spostrzega się przytem rzadko wysięki, często zaś zbliznowacenie, stwardnienie i zrosty na powierzchni narządów. Zmiany te wywołują tak wielkie zaburzenia przez unieruchomienie narządów i utrudnienie krwioobiegu, że zapalenie otrzewny miednicy odnieść należy do najcięższych spraw zapalnych narządów rodnych kobiecych. Dawniej w leczeniu tych cierpień ograniczano się na leczeniu ogólnem, które i obecnie utrzymało się w przypadkach ostrego zapalenia otrzewny (spokój i leczenie przeciwzapalne). W przebiegu przewlekłym tych cierpień w przypadkach niezadawnionych leczenie mające na celu przyspieszenie wessania, a przy starych, stwardniałych wysiękach mięsienie, daje często niespodziewane wyniki.

W wielu jednak przypadkach uzdrowienia leczeniem ogólnem otrzymać niepodobna, albowiem macica, otoczona zlepalami pozapalnymi, nie może odzyskać czynności prawidłowych, gdyż zarośnięcie ujścia jajowodów i zrosty okołojajnikowe usunąć się nie dają. Zmiany te, jak uczy doświadczenie, wyleczyć można na drodze chirurgicznej. Początkowo stosowano w tym celu trzebieenie jajnikowe (HEGAR), następnie zabieg ten zastąpiono przez trzebieenie macicy (*castration uterine*) i wycięcie macicy wraz z przydatkami przez pochwę; dla tych zabiegów A. MARTIN widzi wskazanie tylko przy zmianach niezmiernie daleko posuniętych. Takie jednak przypadki stanowią rzadkie wyjątki; zwykle daje się wykonać zabieg zachowawczy, przy którym macicę zachować można, a pomimo to usuwa się cierpienia chorej. W tym celu zabieg chirurgiczny należy wykonać w sposób następujący: 1) Jamę brzuszną należy otworzyć i uprzystępnąć. 2) Zrosty usunąć należy i oddzielić od siebie pojedyncze narządy. 3) Należy opatrzyć dotknięte cierpieniami części narządów, a przedewszystkiem uległą naderwaniu i obrażeniu otrzewną. 4) Należy zamknąć ranę brzuszną w ten sposób, aby uniknąć następnych zachorzeń z blizny wynikających.

W większości przypadków warunkom niżej wymienionym odpowiada otwarcie jamy brzusznej od strony pochwy i dla tego M. stosować je zaleca. Przekłada jednak cięcie brzuszne jako zabieg bezpieczniejszy w niektórych przypadkach z powodu zbyt mocnych zrostów narządów miedniczych, lub też z powodu nadmiernej wielkości guzów.

W celu ochrony od nawrotu cierpienia M. unika sączkowania po usunięciu zrostów, a ustala macicę do przodowej ściany pochwy.

M. operował 496 przypadków, z tych 60 przy tyłozgięciu macicy ruchomem i otrzymał 60% nawrotów zapalenia otrzewny, a w 27% przypadków otrzymał tylko poprawę.

W rozprawach nad cięciem pochwowem zabierali głos: KUESTNER, OLSHAUSEN, ZWEIFEL, LEBEDEW i PICHEWIN.

KUESTNER sądzi, że cięcie pochwowem ma tę wyższość nad cięciem brzuszem, iż mniej naraża chorą na niebezpieczeństwo zakażenia. Rąk naszych wyjałować nie jesteśmy w stanie; przy cięciu pochwowem wprowadzamy tylko jedną rękę do jamy otrzewny, przy cięciu zaś brzuszem dwie. Uniknąć zakażenia można przez użycie rękawiczek, jak to zaleca MIKULICZ. K., idąc za tą radą w ostatnich swych 81 przypadkach, zakażenia nie spostrzegął.

OLSHAUSEN widzi przyczynę zmniejszonego niebezpieczeństwa po operacji pochwovej w tej okoliczności, że chore przez cięcie pochwowem mniej bywają narażone na wstrząs, albowiem mniej się ma do czynienia z jelitami. Wstrząs zaś sprzyja, jak wiadomo, rozwojowi zakażenia.

ZWEIFEL nie zgadza się z wywodami OLSHAUSEN'a i nie uznaje, by cięcie pochwowem miało wyższość nad cięciem brzuszem.

PICHEWIN zalicza operację cięcia pochwowego do łatwych i objaśnia korzyści tego zabiegu.

LEBEDEW w końcu zwaca uwagę na tę okoliczność, że podług MARTIN'a 27% przypadków zostaje nieuleczonych i dlatego radzi nadal stosować kąpiele błotne i solanki.

III. O badaniu położniczem zewnętrznem.

LEOPOLD, jako pierwszy sprawozdawca, zaznacza, iż badanie położnicze zewnętrzne zostało opracowane w ciągu ostatnich 30—40 lat. Do rozwoju i udoskonalenia tego badania przyczyniła się najwięcej nauka o powstawaniu zakażeń położogowych. Przez badanie zewnętrzne nie można nigdy wywołać zakażenia położowego, jak to ma miejsce przy badaniu wewnętrznem. Lekarz, który ma stale do czynienia ze sprawami zakaźnymi, szybkim odkażaniem rąk w praktyce położniczej nie może ich wyjałować i dla tego badanie wewnętrzne (przez pochwę) podczas porodu winno być bardzo ograniczone.

LEOPOLD przy badaniu położniczem zewnętrznem używa stałe 4-ch chwytów dla określenia położenia płodu i stosunku jego do miednicy. 1-szy chwyt ma na celu określenie wielkości macicy i położenia płodu w stosunku do osi podłużnej macicy, 2-gi określa położenie grzbietu płodu, 3-ci wykrywa część przodującą płodu, gdy ta znajduje się jeszcze wysoko, 4-ty zaś określa przodującą część płodu, gdy ta znajduje się już nisko w jamie miednicy. Cztery te chwytory łącznie z mierzaniem miednicy dają według L. równie pewne wyniki, jak i badanie wewnętrzne i są zupełnie wystarczające dla prowadzenia porodu prawidłowego.

Przy porodach nieprawidłowych L. radzi łączyć obydwie sposoby badania w celu wykonania w odpowiednim czasie zabiegu położniczego.

Zarzuty przeciwko sposobowi badania zewnętrznego, iż ono przedwcześnie wywołuje bóle porodowe i sprzyja nadmiernemu ugnieceniu dolnego odcinka ma-

cicy, L. odpiera na zasadzie swego doświadczenia klinicznego: przy metodycznie wykonywanem badaniu obrażenia, o których mowa, zdarzyć się nie mogą.

W końcu L. przychodzi do wniosków, po pierwsze, iż porody prawidłowe mogą być prowadzone jedynie przy pomocy badania zewnętrznego, które nie powoduje obrażeń ani ciężarnych, ani rodzących, i po drugie, iż w celu ochrony położnic od gorączki połogowej należy przy porodach prawidłowych badania wewnętrznego zaniechać, przy porodach zaś nieprawidłowych możliwie je ograniczyć.

PINARD jako drugi sprawozdawca w tej samej sprawie wyprowadza wnioski następujące, iż: 1) badanie położnic zewnętrzne stanowi w położnictwie jedną z najważniejszych metod badania; 2) metoda ta, jakkolwiek znana już od niepamiętnych czasów, dopiero w początkach bieżącego stulecia poczęła się rozwijać, została zaś metodycznie opracowana zaledwie w drugiej połowie bieżącego stulecia; w ciągu ostatnich lat dwudziestu, posiłkując się tą metodą, osiągnięto tak dodatnie wyniki, iż żądanie, by wszystkie kobiety ciężarne były badane zewnętrznie, uważać należy za usprawiedliwione; 3) metoda ta łatwa jest do poznania i nauczania; nadto jest ona łatwa do zastosowania i pozwala najlepiej rozpoznać, czy ciąża jest prawidłowa i czy mamy do czynienia z ciążą bliźniaczą lub też z ciążą zewnątrzmaciczną; 4) rozpoznać niektóre zboczenia, jako to: ciążę trojaczą, wodogłowie płodu i inne można od czasu, gdy sposób ten badania zaczęto metodycznie stosować; 5) metoda ta, stosowana u ciężarnych, jest w stanie ograniczyć nieraz wskazania do rękoczynów położniczych zapobiegawczych; 6) przeciwnie zaś, podczas porodu badanie zewnętrzne ustępuje pod względem wartości badaniu wewnętrznemu, aczkolwiek nieraz daje cenne wskazówki o postępie porodu; 7) w okresie wydalenia płodu badanie zewnętrzne ma także znaczenie, jak badanie wewnętrzne; 8) po rozwiązaniu, w położu w przypadkach prawidłowych badanie zewnętrzne wystarcza w zupełności, w przypadkach zaś patologicznych należy łączyć obydwie metody badania.

IV. O cięciu cesarskiem i rozszerzeniu wskazań dla tego rękoczynu przy miednicy ścieśnionej.

OLSHAUSEN zaznacza, że przyjęte już dawniej względne wskazanie do cięcia cesarskiego, które dążyło do zachowania życia płodu, znalazło wielu przeciwników.

Obecnie atoli okazało się, iż rokowanie po cięciu cesarskiem jest lepsze nawet w tych przypadkach, o których twierdzono dawniej, iż rękoczyn ten stanowi zabieg niebezpieczniejszy, gdy porównamy wyniki, jakie po nim osiągnięto, z wynikami postępowania wyczekującego, lub też z rozwiązaniem rodzącej sztuką w jakikolwiek inny sposób.

Cięcie cesarskie skuteczniać najlepiej w kilka godzin po rozpoczęciu działalności porodowej; w razie grożącego niebezpieczeństwa wykonać je należy nawet podczas ciąży.

Sam zabieg przy cięciu cesarskiem wykonywa O. w sposób następujący: po otwarciu jamy brzusznej macicę wydobywa się nazewnątrz i jamę brzuszną tymczasowo zamyka. Wtedy przez omacywanie macicy określa się umiejscowienie łożyska. Gdyby to okazało się niemożliwem, należy cięcie ściany macicy rozpocząć od jej dna i przeprowadzić je po przedniej lub też po tylnej ścianie macicy, a to stosownie do umiejscowienia łożyska. Po wydobyciu płodu należy oddzielić łożysko, nie dotykając już później wewnętrznej powierzchni macicy i, co jeszcze ważniejsze, nie usuwając błony doczesnej. O. przestrzega, by nie ujmować szyi macicy w przewiązkę, gdyż przez to płód łatwo ginie. Po wydobyciu płodu pomocnik uciska ręcznie szyję maciczną. Pomimo to i obecnie często wydarczają się krwotoki

następcze. Dla tego też przed przystąpieniem do rękoczynu O. zaleca dawać ergotynę.

Jako najlepszy materiał do szwu uważa O. katgut.

Począwszy od roku 1888, O. wykonał cięcie cesarskie w 29 przypadkach; z tych w 24 z powodu ścieśnienia miednicy. Płodów żywych przyszło na świat 29, z operowanych zmarły dwie. W przebiegu pooperacyjnym zaledwie w 4-ch przypadkach ciepłota była stale niższa od 38°, w 8 dochodziła ona do 38,5°, w 8 do 39°, a w 2 była jeszcze wyższa. Przyczyną śmierci było w jednym przypadku zakażenie posocznicowe, w drugim pozostawienie w jamie brzusznej serwety.

Cięcia cesarskiego wykonywać nie należy na ciężarnych lub rodzących uległych posocznicy.

W końcu O. wysnuwa wnioski następujące: 1) Wskazanie bezwzględne do cięcia cesarskiego z powodu zmniejszonego niebezpieczeństwa tego zabiegu ulega rozszerzeniu. 2) Wskazanie względne zasługuje także z tego samego powodu na rozszerzenie. 3) Z tegoż powodu należy w razie grożącego niebezpieczeństwa (drgawki porodowe i t. p.) wykonać cięcie cesarskie, gdy rozwiązanie zapomocą innego, lżejszego zabiegu położniczego wykonać się nie daje. 4) Cięcie łonowe, jak się zdaje, nie zdobyło sobie jeszcze tej pewności technicznej, jaką posiada cięcie cesarskie, które stanowi zabieg prosty.

W rozprawach o cięciu cesarskiem zabierali głos LEOPOLD, OTT i ZWEIFEL.

LEOPOLD na zasadzie swego doświadczenia (93 przypadki cięcia cesarskiego, 67 sposobem zachowawczym, 29 sposobem PORRO'Y) dowodzi, że: po pierwsze, cięcie cesarskie nie stanowi zabiegu tak prostego, jak to OLSHAUSEN sądzi (z 93 przypadków stracił L. 8, co stanowi 8,6%), po drugie, wskazanie względne do cięcia cesarskiego może być obecnie rozszerzone, jednakowoż dla lekarza praktykującego wywołanie porodu przedwczesnego sztuką jest zabiegiem łatwiejszym.

OTT streszcza swe przemówienie w ten sposób: po pierwsze, z wykonaniem cięcia cesarskiego nie należy zwlekać aż do wystąpienia bólów porodowych, najlepsze bowiem wyniki daje wczesne operowanie pod koniec ciąży; po drugie, w celu powstrzymania krwotoku posiłkować się należy uciskiem tętnic wiązadeł szerokich, inne bowiem sposoby zmniejszają zdolność macicy do późniejszego kurczenia się. Po trzecie, nacięcie łożyska nie sprowadza złych następstw.

OTT do szwu używa jedwabiu cienkiego.

W końcu ZWEIFEL, który wykonał w ciągu lat 10 cięcie cesarskie 55 razy z 1 zgonem, jest zdania, że niebezpieczeństwa po cięciu cesarskiem o wiele są większe, niż po cięciu łonowym.

LEOPOLD uzupełnia swój odczyt, mianym na zjeździe ginekologów w Lipsku w czerwcu r. b.: „O powstawaniu krążenia krwi śródkosmkowego i o dolnym odcinku macicy“. Ostatnie jego badania wyjaśniają, że jajo płodowe wraz ze swymi kosmkami otrzymuje dla tego tak szybko krew macierzyńską, że końcowe gałązki tętniczek powierzchownej błony śluzowej macicy rozszerzają się i tworzą jamy (*lacunae*), do których przylegają kosmki, przyczem nabłonek jam zanika. Cała ta sprawa przemiany końcowych tętniczek w ciała jamiste odbywa się w ciągu 8—10 dni.

La TORRE z Rzymu: O nowym podziale miednic nieprawidłowych.

La TORRE uważa, iż obecnie nie posiadamy jakiegoś pewnego systemu podziału miednic nieprawidłowych. To też niektórzy dzielą miednice nieprawidłowe, kierując się ich patogenezą, inni opierają się na ich etyologii, a wreszcie inni czynią podział podług wymiarów miednicy. Dla tego w położnictwie ilość typów i po-

staci miednic nieprawidłowych u różnych akuszerów jest niejednakowa i ilość ta wyrażona liczbowo waha się od 4 do 20.

La TORRE czyni podział zależnym od postaci wchodu miednicy.

Ta ostatnia najczęściej bywa owalna i zmienia się zależnie od skrócenia jednego lub kilku wymiarów miednicy. Na tej zasadzie La TORRE dzieli miednice nieprawidłowe na: 1) poprzeczne owalne (wymiar prosty jest skrócony) spotykane przy niedorozwoju miednicy, przy miednicy krzywicowej i przy obustronnem zwężeniu stawu biodrowego; 2) skośne owalne (jeden ze skośnych wymiarów jest skrócony) przy jednostronnem rozwoju spojenia krzyżo-biodrowego, przy wykrzywieniu bocznem lędźwiowej części kręgosłupa (*scoliosis*); 3) proste owalne (poprzeczny wymiar jest skrócony): przy niedorozwoju całej miednicy i obu spojeń krzyżo-biodrowych w miednicach garbatych i przy kręgozmyku; 4) trójkątne (skrócenie kilku wymiarów) przy miednicach krzywicowych wysokiego stopnia i kościozmiękłych; 5) nietypowe (skrócenie wielu wymiarów): niezarośnięcie spojenia łonowego, złamanie miednicy i inne uszkodzenia i złamania kręgosłupa.

V. O chirurgicznym leczeniu rozlanego zapalenia otrzewny, powstającego z narządów rodnych kobiecych.

WINCKEL z Mnichowa wypowiada zdanie, że leczenie chirurgiczne ogólnego zapalenia otrzewny, powstającego z narządów rodnych kobiecych, zasługuje na większe zastosowanie, aniżeli to obecnie ma miejsce.

Wskazanie do zabiegu chirurgicznego stanowiły dotąd tylko niektóre postaci zapalenia otrzewny, a mianowicie: zapalenie otrzewny gruzlicze i powstające z przedziurawienia.

Metody operacyjne tu stosowane różnią się wielce zarówno pod względem wielkości cięcia i miejsca cięcia, jak i sączkowania i leczenia następczego. Sposób wykonania rękoczynu chirurgicznego zależy jest od przyczyny zapalenia rozlanego otrzewny, które W. dzieli na gruzlicze, powstające po jakimś zabiegu operacyjnym, rzeźączkowe, połogowe i powstające z przedziurawienia.

1) We wszystkich postaciach gruzliczego zapalenia otrzewny wskazane jest cięcie brzuszne. O wyleczeniu po wykonaniu tego zabiegu można mówić dopiero wówczas, gdy po upływie lat pięciu niema nawrotu cierpienia.

Przy leczeniu operacyjnem czynniki lecznicze stanowi wypuszczenie wysięku, uwolnienie od ucisku otrzewny i trzewiów i poprawa czynności oddechania i krążenia. Czy powietrze, światło i czynniki chemiczne prowadzą do wyleczenia, pozostaje jeszcze niedowiedzione.

Zabieg chirurgiczny wykonywa się w sposób następujący. Cięcie najlepiej jest prowadzić poniżej pępka w linii środkowej lub równoległe do niej przez lewy mięsień prosty brzucha. Długość cięcia powinna wynosić od 10—20 cm. Czy po wypuszczeniu płynu wysiękowego lepiej jest oczyszczać jamę brzuszną, czy też nie, jak również, czy wypłókiwać rozczynikami środków leczniczych, czy też tylko ciepłą wyjałowioną wodą, dotąd rozstrzygnięte nie zostało.

Wycięcie niektórych narządów zalecić można w przypadkach, w których wycięcie narządów (jajników i jajowodów) przy ograniczonym cierpieniu łatwo wykonać się daje. Należy zarzucić sączkowanie rany, ranę zupełnie zamykać szwem piętrowym, na otrzewną zaś nałożyć oddzielnie ciągły szew z katgutem.

W razie nawrotu cierpienia należy cięcie brzuszne powtórnie wykonać. Otwarcie jamy brzusznej przez cięcie pochwowe nie nadaje się do leczenia zapalenia gruzliczego otrzewny. Leczenie następcze winno być wzmacniające. Pas na brzuch.

2) Rzeżączkowe zapalenie otrzewny nie stanowi samo przez się wskazania do cięcia brzusznego, albowiem nie powoduje ono ani znacznych wysięków, ani też bardzo groźnych objawów. Tylko w razie istnienia większych ropni jajowodowych, jedno lub obustronnych, w celu wycięcia narządów i ochrony od zapalenia otrzewny z przedziurawienia jajowodu należy dokonać operacji. Przy zapaleniu rozlanem otrzewny z powodu pęknięcia ropni jajowodowych, jajnikowych lub ropni okołomaciczych stosowne jest tylko cięcie brzuszne. W wykonywaniu je tak, jak przy gruźliczym zapaleniu otrzewny; jajowody należy wyciąć, a jajniki tylko częściowo wycinać; jamy brzusznej wypłókiwać nie należy, a sączyć (przez tylne sklepienie pochwy) tylko w razie pęknięcia ropnia okołomacicznego do jamy otrzewny.

3) Rozlane zapalenie otrzewny pooperacyjne t. j. powstające po zabiegu chirurgicznym jest wskazaniem do częściowego otwarcia powtórne go pierwotnej rany i do starannego wypuszczenia ropy. Przeplókiwanie jamy brzusznej w tych przypadkach robić nie należy, natomiast założenie sączka jest niezbędne, czy to od strony brzucha, czy też pochwy w razie nagromadzenia się ropy w jamie DOUGLAS'a.

4) Rozlane zapalenie otrzewny połogo we stanowi wskazanie do cięcia brzusznego przy nagromadzeniu się dużej ilości wysięku ropnego w jamie brzusznej, gdy opłucna i osierdzie nie są cierpieniem dotknięte. Dla szybkiego i możliwie całkowitego wypuszczenia ropy niezbędne jest cięcie brzuszne; w razie opuszczenia się ropy głęboko do jamy miednicy łączyć je należy z cięciem pochwowym tylnym. Większość autorów przemawia za przeplókaniem jamy brzusznej; sączkowanie jest niezbędne. Wycięcie przydatków jest konieczne przy ropniach jajowodowych i jajnikowych, a całkowite wycięcie macicy i narządów przydatkowych sposobem PÉAN - SEGOND - LAUDAN'a dozwolone jest jako środek ostateczny przy następczym znacznym ropieniu w jamie miednicy.

5) Zapalenie otrzewny z przedziurawienia, powstające wskutek pęknięcia narządów płciowych do jamy miednicy (śluzaki jajnikowe, torbiele skórzaste, krwawiak jajowodowy, ciąża jajowodowa, ropnie jajnikowe), lub wskutek skręcenia i zgorzeli (guzy jajnikowe, mięśniaki), albo też wskutek sposoczenia zawartości (bąblowiec, krwistek) jest bezwarunkowo śmiertelne bez odpowiedniego i szybkiego rękoczynu chirurgicznego. Należy przeto w tych przypadkach bezzwłocznie wykonać cięcie brzuszne, robiąc przytem cięcie duże i staranną toaletę jamy brzusznej i usuwając uległe pęknięciu lub dotknięte zgorzelą narządy. Sączek stosować należy w razie, gdy pozostaną w jamie brzusznej lub w jamie miednicy resztki uległych sposoczeniu tworów, w innych razach postępować należy tak, jak przy owaryotomii.

CRISTOVICH na zasadzie 3-ch przez siebie spostrzeganych przypadków przychodzi do wniosku, że ostre ropne zapalenie otrzewny powinno być jak najwcześniej operowane. Wszelki zabieg powinno poprzedzać ukłócie próbne w celu określenia rodzaju zapalenia otrzewny. Tylko wczesne operowanie zapewnia wyzdrowienie. Zejścia śmiertelne pochodzą wskutek zbyt późnego operowania.

O leczeniu rzeżączki narządów rodnych kobiecych.

N. MIHAJLOVITS z Budapesztu wykazuje nieskuteczność będących obecnie w użyciu metod leczenia rzeżączki narządów rodnych kobiecych. M. podaje swoją metodę, która w 140 przypadkach dała mu dobre wyniki. Metoda jego polega na stosowaniu roztworu azotanu srebra na błonę śluzową szyi i jamy macicznej. Po wprowadzeniu wziernika do pochwy i ustaleniu części pochwowej macicy M. wprowadza do macicy zgłębnik i wlewa do wziernika roztwór azotanu srebra.

Przy zapaleniu błony śluzowej trzonu macicy M. dąży., by płyn po zgłębniku przeniknął do jamy macicy, przy zapaleniu zaś szyi macicznej opłókuje nim tylko kanał tej ostatniej; następnie usuwa z wolna zgłębnik i wziernik i wymywa pochwe wacikiem zapomocą kleszczyków kauczukowych LEITER'a. Rozczyn azotanu srebra z początku stosuje w stężeniu 1:3000, potem 1:2000, w końcu 1:1000 aż do zupełnego wyleczenia.

O nowej płatowej metodzie operowania wypadnięcia przedniej ściany pochwy (*cy-stocele vaginalis*).

MARSI z Bolonii prowadzi podłużne cięcie przedniej ściany pochwy przez jej błonę śluzową i podśluzową, od ujścia cewki moczowej aż do sklepienia pochwy. Od obu końców tego cięcia po jednej i drugiej stronie prowadzi nadto po dwa rozbieżne krótsze cięcia poprzeczne. Po odłuszczeniu bocznych płatów M. łączy ich podstawy szwem węzełkowym, brzegi zaś ich szwem ciągłym. W ten sposób powstaje nowa *columna rugarum*, która stanowi podstawę dla pęcherza moczowego.

O miesięczce zastępczej.

MARSI opisuje przypadek zastępczego miesięczkowania, w którym po wyjęciu macicy wskutek obustronnego cierpienia narządów przydatkowych od 4-ch miesięcy w okresach miesięcznych zaczął się pojawiać mocz krwawy. W moczu tym znaleziono tylko ciała czerwone krwi i komórki nabłonkowe pęcherza moczowego.

A. BOURSIER i E. MONOD z Bordeaux opisali dwa rzadkie przypadki śluzakowato zwyrodniałych torbieli skórzastych jajnika, usuniętych przez cięcie brzuszne.

WALLICH z Paryża: **O leczeniu zakażeń połogowych surowicą** (z powodu nieobecności WALLICH'a odczytał PINARD).

WALLICH, stosując surowicę przeciwpaciorkowcową MARMOREK'a w gorączce połogowej przychodzi do wniosku, iż ilość zachorzeń i zgonów przy metodycznym stosowaniu surowicy MARMOREK'a nie zmniejszyła się znacznie pomimo powiększenia ilości zastrzykniętego płynu do 750 cm. Z tego powodu W. nie sądzi, by należało zmienić obecne postępowanie lecznicze podczas gorączki połogowej.

PINARD zaznacza, iż spostrzegał po użyciu surowicy MARMOREK'a lepsze wyniki w roku bieżącym, niż w latach poprzednich.

WEINSTEIN z Odessy podaje wyniki swych doświadczeń na kotach, którym po okoceniu zastrzykiwał hodowle paciorkowcowe do jamy macicy. W. wnosi, że działanie surowicy jest więcej zapobiegawcze, aniżeli lecznicze i że stosowanie dużych dawek i wczesne leczenie jest konieczne.

W rozprawach nad tym przedmiotem zabierali głos ZAMSCHIN, OTT, La TORRE, CORBAJA i PINARD.

Większość mówców wyraziła przekonanie, że surowica MARMOREK'a nie jest dostatecznie wypróbowana i że jako środek leczniczy nie może być obecnie zalecana, lecz wobec nieszkodliwości tego środka dalsze próby są pożądane.

(C. d. n.).

ODCINEK.

Ze spraw bieżących.

(Dokończenie—Zob. N. 50).

Rozpatrując ostatni plan szpitala, nie dostrzegamy na nim instytutu szczepienia ospy. Jakoż, według najnowszej decyzji, instytut ten został z terytorium szpitalnego usunięty, a wraz z nim i inne do niego należące pomieszczenia. Jestto znia-

na zasadnicza. Oczywiście instytut szczepienia będzie urządzony gdzieś w śródmieściu i w żadnym razie chyba zniesiony nie będzie, stanowi on bowiem integralną część szpitala Dz. Jezus.

Również do liczby zasadniczych zmian pierwotnego planu zaliczyć należy zaniechanie budowy pawilonu dla suchotników i zamienienie go na pawilon chirurgiczny. W dawniejszym planie miały być: 3 pawilony dla chorych wewnętrznych, dwa dla chirurgicznych i jeden dla suchotników. Jakie pobudki skłoniły komitet do skasowania pawilonu dla suchotników, który w każdym szpitalu ogólnym, a zwłaszcza większym, znajdować się powinien, domysleć się trudno. Motyw, że urządzenie pawilonu dla suchotników na terytorium szpitalnem chybiłoby celu, gdyż sanatoria dla piersiowych urządzone być winny poza miastem, wśród lasu, i t. d., nie wytrzymuje krytyki i oczywiście polega na niewyróżnieniu szpitala od sanatorium, na nieuwzględnieniu tego, że co innego jest oddział szpitalny dla suchotników, a co innego sanatorium.

Uznając konieczność pawilonu dla suchotników w szpitalu, mamy na myśli, tak jak wszyscy, chorych silniej gorączkujących, z wysoko posuniętą chorobą; chorych, którzy z powodu nędzy i braku wszelkiej pomocy w domu muszą szukać przytułku w szpitalu. Takich chorych dziś musimy mieścić na salach ogólnych, a suchotnik, któremu brakuje do śmierci kilka tygodni lub miesięcy, leży obok chorego na zapalenie kiszek, na tyfus, obok chorego z wadą serca, zapaleniem nerek, płuc, i t. d., słowem na wszelkie inne choroby z wyjątkiem chirurgicznych. Chory taki bezustannym swym kaszlem w dzień i w nocy niepokoi wszystkich na tejże sali z nim leżących, a nadto w pewnych warunkach może się stać źródłem zarazy dla innych. Otóż, czy nie logiczniej i nie bardziej po ludzku jest chorych takich całkiem oddzielić, zarządzić zlokalizować i dać im te niezbędne urządzenia których sale ogólne dostarczyć nie mogą, aniżeli ich po kilku lub kilkunastu na salach ogólnych rozlokowywać ku utraپieniu powszechnemu.

W takim to, a nie w innym celu istnieją oddziały czyli pawilony szpitalne dla suchotników, nie mające nic wspólnego ze sanatoriami, sanatoria bowiem są to instytucje w innych celach zakładane. Muszą one być bezwarunkowo zdala od miast, w lesie i wogóle tam, gdzie powietrze jest bez zarzutu, gdzie sam grunt oraz otoczenie przedstawia odpowiednie warunki.

Do sanatorium posyłamy chorych dających widoki poprawy, chorych przeważnie w początkowym okresie choroby, bez objawów rozpadu w płucach i bez silnego podkopania odżywiania, słowem chorych nie w rozpaczliwym stanie, nie *in extremis*, nie tych, których koniec bliski przewidzieć się daje.

Gdybyśmy chorych tej ostatniej kategorii do sanatoriów posyłali, nie miałyby one racji bytu, a kapitał na nie wydany byłby wprost wyrzucony za okno. Co innego więc — powtarzamy — jest pawilon szpitalny dla suchotników, a co innego sanatorium w ścisłym znaczeniu. Wszakże największy szpital dla suchotników Bromptońskim zwany (The hospital for consumption and diseases of the chest), znajduje się nie w polu lub lesie, lecz w środku Londynu, niemal 10 razy większego niż Warszawa miasta, a nikt nie twierdzi, iżby nie był pożyteczny, lub nawet konieczny pomimo tego, że nie rości on sobie żadnego prawa do nazwy „sanatorium“, bo choć wyniki w nim otrzymywane są bardzo dobre, uważany jest tylko za szpital.

My tu na folwarku Ś-to Krzyskim nie chcemy mieć sanatorium dla piersiowych, bo sanatorium w mieście jest niemożliwe, lecz chcemy oddzielnego pawilonu dla suchotników z racji danych wyżej przytoczonych.

Kto różnicę między szpitalem a sanatorium rozumie, ten nie będzie twierdził, że zbudowaniem pawilonu szpitalnego dla suchotników przy nowoprojektowanym szpitalu rozgrzeszy społeczeństwo z obowiązku fundowania sanatoriów dla chorych piersiowych. Wreszcie pawiloników, gdyby nawet mógł grać rolę sanatorium, jest to maluchny ułameczek, że nie powiem kropla w morzu, w porównaniu z tem, co w tym względzie dla kraju całego potrzeba.

Jeżeli pawilon dla suchotników ma być zaniechany, to rodzi się z tego drugie pytanie, z jakiej racji pawilon ten ma być zamieniony na chirurgiczny, a nie na jakiś inny, skoro na zasadzie doświadczenia wiadomo, że na trzech chorych wewnętrznych przypada dwóch chirurgicznych i stosunek ten wszędzie został przyjęty, widzimy bowiem we wszystkich większych szpitalach, że jeżeli jest ogółem 10 pawilonów, to 6 z nich przeznacza się dla chorych wewnętrznych, 4 dla chirurgicznych; gdzie 5, trzy dla pierwszych, a dwa dla drugich; tak jak to było projektowane w planie pierwotnym, było projektowane dobrze. Być może, iż i ten trzeci pawilon chirurgiczny nie będzie stał pustkami, a będzie ciągle pełny, choć doświadczenie, jak mówiliśmy, przekonywa inaczej, to naprzód urządzenie pawilonu chirurgicznego jest droższe, a powtóre, co jest rzeczą ważniejszą, utrzymanie chorego chirurgicznego jest droższe niż wewnętrznego. Niechże więc ten ciężar rozkłada się i na inne szpitale, skoro oprócz Dzieciątka Jezus jest ich jeszcze dla chrześcian cztery.

A teraz słów kilka co do już wzniesionych budowli.

Umieszczenie sali do operacji ropnych naprzeciw sali do operacji czystych, aseptycznych nie należy do szczęśliwych pomysłów. Może być, że to jest wygodne, ale chyba nie odpowiada zasadzie, która każe zawsze, wszędzie i konsekwentnie rany czyste od wszelkich innych odosabiać. Wymagamy też tego nie tylko od instytucji publicznych, lecz i od prywatnych. Nie daleko szukając, widzimy, że wszystkie tutejsze zakłady chirurgiczne mają z zasady sale te na różnych piętrach, zatem bez żadnej między sobą łączności. Co przeszkadzało umieszczeniu jednej sali na parterze, a drugiej na piętrze? nic absolutnie; bo chociaż sala parterowa nie mogłaby mieć światła górnego, to jednak olbrzymie okno w ścianie pionowej umieszczone, któreśmy widzieli, daje wyborne i dostateczne całkiem światło. A teraz zachodzi pytanie, gdzie się będą operować chorzy przybywający z ranami zakażeniami, np. chorzy na *periostitis septica*, *pleuritis septica* i t. d.

Gdy już o pawilonie chirurgicznym mowa, niech nam wolno będzie zwrócić uwagę na niewłaściwe umieszczenie drzwi głównych w budynku. Do pawilonów o kształcie wydłużonym wejście zwykle jest na środku w ścianie szczytowej, gdyż bez względu na estetykę wymaga tego higiena. Tymczasem do pawilonu, który oglądaliśmy, wejście jest w ścianie podłużnej i to tuż przy ścianie szczytowej. Wchodzi się więc do tego pawilonu z brzegu jak do lamusu, piwnicy lub jakiegoś składu. Jeżeli możebne, wartoby to poprawić.

*

*

*

Rzecz dziwna, iż na obydwu planach nie dostrzegamy budynku łaźniowego czyli budynku kąpielowego. Podobno był projektowany, dla czego więc teraz uznany został za niepotrzebny? Tak wielki szpital nie może się obyć bez budynku kąpielowego, bo gdzież będą stosowane zabiegi wodolecznicze, kąpiele parowe, kąpiele elektryczne, kąpiele stałe? Gdzie wreszcie będą wanny dla służby, która obowiązkowo w dni oznaczone kąpać się powinna? Umieszczenie po jednej wannie na każdym piętrze bynajmniej sprawy nie rozwiązuje. Są to tylko wanny pomo-

cznicze do całkiem innych celów przeznaczone, bo dla chorych, których trzeba z brudu oczyścić przed położeniem ich do łóżka, lub też mieć je pod ręką, gdy lekarz uzna za pożyteczne, zastosować u chorego z nadmiernie wysoką temperaturą jej obniżenie zapomocą chłodnych kąpieeli.

Nie należy szpitala nowego budować ze starymi niedostatkami. Nowy szpital i to szpital największy w kraju musi stać na wysokości wymagań społecznych. Niepodobna też udających się do takiego szpitala, acz biednych ludzi, pozabawiać możliwości korzystania z tak skutecznych metod leczniczych, jakimi są hydropatya i inne uzupełniające ją metody.

Nie wiemy także, gdzie się znajdzie kamera dezynfekcyjna na pierwotnym planie widoczna, na nowym nieistniejąca. Niema również oznaczonego składu na rzeczy przybywających chorych, niema lodowni i pieca do palenia opatrunków. Zapewne wszystkie te rzeczy będą uwzględnione, ale czemu ich na planie niema, skoro niektóre z nich dawniej były pomieszczone. Nic także nie słychać o pawilonie dla chorych niespokojnych, czyli, jak ich zwykle nazywamy, furiatów lub delirantów, tak nieodzownym w wielkim szpitalu.

Nie wiemy też, czy była mowa o dezynfekcyi wód odpływowych i w jaki sposób ma się ona odbywać.

Pożyteczną by też było naszym zdaniem rzeczą nie kasować wzorowej obory dla pomieszczenia odpowiedniej liczby krów, skoro integralną część instytucyi stanowić ma zakład wychowawczy. Utrzymanie krów własnych i ze stanowiska ekonomicznego jest również pożyteczne i z pewnością się opłaci. Nadto stały nadzór lekarski nad wyjaławianiem tego ważnego wytworu i kontrola onego zapewniłyby lepsze wyniki zarówno pod względem odżywiania dzieci, jak i pod względem leczniczym dla chorych wogóle.

Z przytoczonych powyżej kilku uwag nie trudno dojść do wniosku, że to, co dotąd w sprawie budowy przyszłego szpitala działo się, nie jest zbyt bliskie tego ideału, jaki osiągnąć się starano wszędzie, zwłaszcza, że wzory i typy są już doskonale opracowane i trzeba tylko z nich chcieć skorzystać. W tym względzie ze wszystkich współczesnych szpitali pawilonowym systemem budowanych, bez żadnej wątpliwości najlepszy jest szpital w Eppendorf pod Hamburgiem. Dokładny opis tego wzorowego szpitala przez prof. CURSCMANN'a mógł przekonać każdego, obeznanego z przedmiotem, że przynajmniej w tej chwili nic lepszego ponad to, co w tym szpitalu zastosowano, obmyśleć nie można. Jeszcze silniej nas w tem mniemaniu utwierdziło znakomite dzieło o budowie szpitali napisane przez F. RUPPEL'a, inspektora budowlanego w Hamburgu, w którym autor ten, rozbierając porównawczo wszystkie znane dotąd szpitale tak w Europie jak i Ameryce, urządzeniom w szpitalu Eppendorfskim oddaje pod każdym względem pierwszeństwo.

Powodowani chęcią zapoznania szerszych kół lekarskich i technicznych z tym wzorowym szpitalem, jak również mając na uwadze tę okoliczność, że zwrócenie uwagi na szpital Eppendorfski choć pośrednio wpłynąć może na losy nowego szpitala Dzieciątka Jezus, uprosiliśmy naczelnego lekarza tegoż szpitala jeszcze przed kilku laty, aby szpital Eppendorfski szczegółowo zwiedził i dokładny owego opis w „Medycynie“ podał. Szanowny Kolega misję tą z całą gotowością spełnił, podawszy dokładny opis tego szpitala wraz z licznymi rysunkami w naszym piśmie*).

Gdyby komitet chciał się być wzorować na tym klasycznym szpitalu, zadanie jego byłoby niezmiernie ułatwione i uproszczone, wiele bowiem budynków, a głó-

*) Patrz „Medycyna“ z roku bieżącego, N-ry 5, 6, 7 i 8-my.

wnie pawilony dla chorych dałyby się wprost wedle już gotowych tamtejszych planów u nas pobudować i urządzić, a niktby z pewnością Komitetowi nie wziął za złe, że się już gotowymi planami posilkuje, skoro budowle według tych planów wzniesione uznane zostały za najlepsze i, jak to dziesięcioletnie blisko doświadczenie dowiodło, są takie w rzeczywistości.

I u nas już pewne w tym względzie doświadczenie oraz pewna rutyna się wyrobiła, bo gdy tutejsza gmina żydowska postanowiła nowy szpital zbudować na Czystem, ówczesny jej przewodnik, D-r L. NATANSON, niczego nie zaniedbał, aby przyszłemu komitetowi budowlanemu dostarczyć wszelkich danych i materiałów naukowych, zaczerpniętych z instytucji powszechnie za najlepsze uznanych. Sam zwiedził wiele wzorowych szpitali, zgromadził liczne plany, zainicjował narady techników i wreszcie w komitecie higienicznym naszego Towarzystwa Lekarskiego poruszył sprawę budowy szpitali wogóle. Wkrótce też sprawa ta z pola obrad akademickich przeszła na pole czysto praktyczne. Zastanawiano się nad każdym pytaniem szczegółowo, wielu członków miało sobie poruczone opracowanie oddzielnych pytań, a tą drogą zebrały się pewne dane nie bez pożytku dla samej budowy będącej.

Sprawa budowy szpitala Dz. Jezus nieco odmienną szła drogą.

Rzeczą jest niepodobną do wiary, że przed nakreśleniem planów nie delegowano zagranicę ani technika, ani lekarzy, aby ci obeznali się z najnowszymi zasadami budownictwa szpitalnego i najnowszymi urządzeniami. Wszędzie tak robią, bo gdzie chodzi o wielkie sumy, tam jeden lub dwa tysiące rubli więcej nie gra roli. Dlaczegoż więc w danym razie tego nie zrobiono?

Gdy budowa szpitala została postanowiona, spodziewaliśmy się, że komitet zechce powołać nasze siły lekarskie do współdziałania i skorzystać z ich doświadczenia. W gronie kilkuset lekarzy warszawskich posiadamy jednostki gruntownie obeznane z przedmiotem, które, zwiedziwszy dokładnie najznakomitsze szpitale, mogłyby w tej ważnej pracy, wymagającej należytego przygotowania, być bardzo pożyteczne. Tymczasem oprócz kilku lekarzy szpitalnych powołanych do komitetu z głosem doradczym i to nie stale, lecz kiedy niekiedy, ogół nasz nawet przybliżonego nie miał pojęcia o tem, jakie na sesjach zapadały uchwały i jakimi motywami powodował się komitet w rozstrzyganiu pytań zasadniczych. Tutejsze Towarzystwo Lekarskie, z którego kompetencji nasza municypalność w sprawie kanalizacji i wodociągów nie raz korzystała, całkiem zostało pominięte. Pominięto także wszystkie redakcyje naszych pism lekarskich, skupiające również około siebie pewną liczbę jednostek chętnych do pracy i obeznanych z przedmiotem. I te byłyby się komitetowi bardzo przydały.

Nie mieliśmy też żadnego pojęcia o planie ogólnym szpitala, który reprodukowany litograficznie i opatrzony szczegółowym opisem mógł być i powinien być być Towarzystwu oraz redakcyom rozesłany i służyć jako punkt wyjścia do dyskusyi. Tą drogą byłby komitet uniknął całego szeregu niedokładności, wyrażających się tylolicznymi przemianami w planie pierwotnym.

Rozpatrując się w planach i w miejscowości, nie można też dojść do wniosku, aby to, co jest w projektowanej instytucji konieczne, miano na uwadze i aby wszystko, co trzeba było przewidzieć, przewidziane było, bo jakże sobie objaśnić ten fakt, że gdy dla 33 budynków w planie pierwotnym nakreślonych było dosyć miejsca, to dziś dla 20-tu budynków miejsca tego jest za mało i to tak dalece za mało, że musiano jeszcze dobrać czwarty kawałek z fabryką Rohn'a i Zielińskiego sąsiadujący.

Poruszone wyżej sprawy już przed laty kilku były przedmiotem niejednokrotnych roztrząsań w gronie współpracowników naszego pisma; a chociaż naszych poglądów i uwag w tym względzie nie sformułowaliśmy przedtem w druku, nie mniej zdołały one przejść do innych kół lekarskich i publicystycznych, posłużwszy im za punkt wyjścia do zabrania głosu publicznie.

Jeśli przeto dziś nanowo sprawę tę poruszamy, to powoduje nami głównie ta okoliczność, że wkrótce ma się rozpocząć budowa (po części przebudowa) szpitala Ś-w. Jana Bożego, a nadto przy Szpitalu Zapasowym mają być budowane baraki. Prasa lekarska winna więc wcześniej sprawami temi się zająć i w sposób przedmiotowy poddać je rozbirowi ze stanowiska wymagań współczesnych. Być może, że głos jej będzie uwzględniony i że nie powtórzy się szereg niedokładności, w które tak obfituje sprawa budowy nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= GHADIALLY wykrył bakterję, zupełnie nieszkodliwą dla ustroju, zdolną zabijać laseczniki duru brzuszego i lasecznika okrężnicy. Za dodaniem $\frac{1}{4000}$ hodowli bakteryi na agarze do pół litra wody, zawierającej *bac. coli*, ostatni ginął w przeciągu ośmiu dni, za dodaniem zaś $\frac{1}{100}$ hodowli w przeciągu 24-ch godzin. Hodowle lasecznika duru w wodzie lub mleku giną również w obecności nowej bakteryi. (Brit. med. Journ. 14. VIII. 1897).

= Badania HOFBAUER'a nad zawartością białych ciałek we krwi rodzących i położnic wykazują, że ilość ich znacznie się zwiększa, dochodząc do *maximum* w okresie odejścia łożyska; po 10—12 godzinach ilość wraca do zwykłej normy i następuje powtórne zwiększanie, które dosięgnąwszy *maximum* na 3—4 dzień połogu, znowu znika. Zwiększenie ilości leukocytów podczas porodu zależy ma od pracy mięśniowej, a w połogu od zmian, zachodzących wówczas w sutkach. (Monatsschr. f. Geb. u Gyn. T. 5).

= MAYER z doświadczeń nad powodem nawrotów zapaleń wyrostka robaczkowego (*appendicitis*) wyprowadza wnioski następujące: 1) głównym powodem są ukryte drobnoustroje w zgrubiałych ścianach wyrostka robaczkowego, w bliźnach i zrostach okołokątniczych; 2) zwiększona ilość tkanki tłuszczowej oraz rozszerzenie naczyń ułatwiają i sprzyjają przekrwieniu czynnemu i biernemu z ich następstwami; 3) pewne postaci zapaleń wyrostka robaczkowego

pozornie wyleczone, wykazują niezupełne uformowanie się błony śluzowej, co umożliwia pozostawanie w niej bakteryi i powtórne zakażenie. (Rev. de la Suisse 20. IV. 97).

= ROCHON opatruje sznurek pępkowy u noworodków 0,5% roztworem kwasu pikrynowego, mianowicie zmoczoną w nim watą. Pępowina nie wysycha zbyt prędko; odpada jednak 6-go lub 7-go dnia, pozostawiając zupełną bliznę. Zazwyczaj jeden opatrunek wystarcza, gdyby jednak został zanieczyszczony moczem, należy go częściej zmieniać. (Semaine méd. 25. VIII. 97. M. B.

= HAYATT opisuje przypadek 26-letniej babci. Elżbieta S. w maju urodziła dziecko nieprawego łoża, będąc jeszcze niezamężną, gdy w czerwcu ukończyła lat 13. Córka miała pierwszą miesiączkę w 11 roku życia, w 12 wyszła za mąż i w kwietniu urodziła syna, a dopiero w następnym roku ukończyła sama 13 rok. Od owego czasu rodziła jeszcze 7 dzieci i dotychczas jest zupełnie zdrowa, bez jakichkolwiek oznak przedwczesnego zestarzenia się. (Cent. f. Gyn. 1897, Nr. 37).

= Wpływ oliwy, salicylanu sodu i kalomelu na wydzielanie żółci był kilkakrotnie badany na zwierzętach. Ostatnio DORON i DUFOUR badania te wykonywali na psach, którym uprzednio robili przetokę żółciową, i przekonali się, że oliwa nie miała żadnego wpływu na wydzielanie żółci. Salicylan sodu wywołuje, co prawda, niewielkie wzmoczenie tego wydzielania, żółć ta posiada jednakże

mniej szy ciężar gatunkowy, wobec czego pożytek tego środka staje się wątpliwym. Kalomel znacznie zmniejsza wydzielanie żółci, jest więc dla leczenia kamicy bez znaczenia. Jedynym środkiem żółciopędnym jest sama żółć, która

bardzo wybitnie zwiększa wydzielanie żółci. (O wpływie wody i alkaliów nie znajdujemy żadnych danych. Przyp. refer.). (Archiv de Physiologie. 1897, str. 512).

Ig. Gr.

Wiadomości bieżące.

— Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników ogłasza do lekarzy i przyrodników polskich następującą odezwę: Wielmożny Panie! Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w Poznaniu od 12 do 14 lipca 1898 roku. Przełożenie terminu Zjazdu z maja na lipiec nastąpiło ze względu na to, ażeby także i zamiejscowym lekarzom i przyrodnikom, którym, jak nam donosili, w tym czasie łatwiej wyjechać, umożliwić uczestniczenie w Zjeździe. Ponieważ do ułożenia szczegółowego programu potrzebna jest wczesna wiadomość o pracach i kwestjach, mających być przedmiotem obrad, przeto Komitet ma zaszczyt zapytać się Wielmożnego Pana, czy i jaką sprawę chciałby na Zjeździe poruszyć, lub jaką pracę na nim przedłożyć. Zgłoszenia się z tematami powinny wpłynąć na ręce niżej podpisanego sekretarza jeneralnego najpóźniej do 1 maja 1898 r. Tytuły odczytów, mających się odbyć w poszczególnych sekcjach, można także przesłać na ręce gospodarzy pojedynczych sekcji, a mianowicie: 1) Dla medycyny teoretycznej: na ręce radcy d-ra BĄTKOWSKIEGO, ulica Wiedeńska Nr. 1. 2) Dla medycyny praktycznej: na ręce d-ra St. JERZYKOWSKIEGO, ul. Wilhelmska Nr. 18. 3) Dla chirurgii: na ręce d-ra DROBNIKA, ul. św. Marcina Nr. 74. 4) Dla ginekologii i położnictwa: na ręce d-ra H. ŚWIĘCICKIEGO, pałac Działyńskich. 5) Dla okulistyki: na

ręce d-ra B. WICHERKIEWICZA, ul. św. Marcina Nr. 6. 6) Dla nauk przyrodniczych ścisłych: na ręce d-ra D. KARCHOWSKIEGO, ul. Berlińska. 7) Dla nauk przyrodniczych opisowych: na ręce d-ra Fr. CHŁAPOWSKIEGO, ul. Wiktoryi Nr. 27. W sprawie utworzenia osobnych sekcji dla nauk przyrodniczych zastosowanych udzieli bliższych szczegółów Zarząd Komitetu. Poznań, w grudniu 1897 r. D-r Heliodor ŚWIĘCICKI, przewodniczący, Pałac Działyńskich. D-r Artur JARUNTOWSKI, sekretarz jeneralny, ul. Wilhelmska Nr. 16. Uprasza się pisma polskie o łaskawe powtórzenie powyższej odezwy.

— W galicyjskim budżecie krajowym na rok 1898 wyznaczono na koszty leczenia ubogich 990,000 złr., na koszty szczepienia 76,200 złr. i na inne wydatki sanitarne 34,100 złr.

— We Francji mieszka stale przeszło 200 lekarzy polaków, a z tych przynajmniej 80 w Paryżu i jego przedmieściach.

— **Zmarli.** W dniu 9 b. m. w Warszawie d-r Aleksander BIEGAŃSKI; zmarły urodził się w roku 1847, wydział lekarski w szkole Głównej w Warszawie ukończył w r. 1868. Od r. 1883 zarządzał przytułkiem położniczym w Warszawie.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty na rok 1898 i o wniesienie zaległej.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów prospekt „Biesiady Literackiej“.

Sprostowanie. W Nr. 50 „Medycyny“ str. 1172, wiersz 4 od góry, zamiast: „15“.—powinno być: „10“.

Rok XXXIII-ci.

M E D Y C Y N A

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW,

będące dalszym ciągiem „Kliniki“, w r. 1866-ym założonej, a pod nazwą „Medycyny“ od r. 1873-go wychodzące, wydawane i redagowane przez gremium lekarzy, w Warszawie, na prowincyi i za granicą mieszkających, wychodzić będzie w r. 1898 w tym samym zakresie i kierunku.

„Medycyna“, nie zaniedbując tego wszystkiego, co naukowego lekarza obchodzić może, ma przede wszystkim na celu potrzeby lekarzy-praktyków; zatem, za najważniejsze zadanie dla siebie poczytuje uprawianie medycyny klinicznej w obszernem znaczeniu tego słowa; dalej, podawanie wszelkich nowych zdobyczy, dotyczących ulepszenia metod leczniczych, z wszelkich bez wyjątku dziedzin, obszar nauk lekarskich stanowiących, przy uwzględnieniu wszelkich działów, dotąd w „Medycynie“ opracowywanych, które, o ile to będzie możliwe, rozszerzeniu ulegną. Wobec sformułowania w sposób powyższy zasadniczych kierunków pisma, program szczegółowy jest zbyteczny.

Numer „Medycyny“, która w miarę potrzeby podaje rysunki, drzeworyty lub litografie, obejmować będzie tekstu najmniej **stron 24** dotychczasowego formatu.

Cena „Medycyny“ w Warszawie rs. 6, półrocznie rs. 3.

Na prowincyi rocznie rs. 7 — lub półrocznie rs. 3 kop. 50.

Każdy artykuł pomieszczony w „Medycynie“ jest płatny.

Z wszelkimi interesami treści naukowej, jakoto: nadsyłaniem artykułów, żądaniem wyjaśnień lub pomocy naukowej i t. d. i t. d., zwracać się należy pod adresem: **Redakcja „Medycyny“ w Warszawie — ulica Oboźna N-r 5**; z wszelkimi zaś interesami, dotyczącymi administracyi pisma, jakoto: wnoszeniem prenumeraty, odbiorem wszelkich należności, reklamacyami, nabywaniem numerów i wydawnictw „Medycyny“, zamawianiem odbitek, kupnem zamówionych książek i t. d., zwracać się należy **nie do Redakcyi**, lecz do Wydawcy pisma pod adresem: **D-r L. Guranowski w Warszawie, Nowo-Zielna 47**.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава, 4 Декабря 1897 г. Друк К. Ковалевскаго, Варшава, Мазowiecka 8.