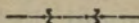


GAZETA LEKARSKA.

I. O ZEWNĘTRZNYM BADANIU AKUSZERYJNYM I OBRODZIE ZEWNĘTRZNYM.

Opracował

Dr. med. Zygmunt Monsiorski.



Liczne prace dowiodły, jak trudną jest dokładna dezynfekcja rąk; nie przytaczając ani całej literatury na poparcie tego twierdzenia, ani też nie streszczając prac pojedynczych autorów, wskażę tylko na artykuły, w których literatura jest przytoczona i dokładniej uwzględniona: 1) ROSENSTEIN „*Neue Arbeiten ueber Desinfection*“, *Monatschr. f. Geb. u. Gyn.* 1898. 2) *De la desinfection des mains.* JAYLE et DESFOSES. *Presse médicale.* 1897. Nr. 70, 3) SHOTTENBERGER-LERCHE. „*Zur Desinfection der Hände*“, *Inaug. Dis. Ref. Centr. f. G.* 1898. p. 271.

Naturalnem następstwem tego faktu było unikanie zetknięcia się rąk z powierzchnią rany w chirurgii, ze ścianami pochwy w położnictwie. Gdy z jednej strony widzimy zasosowanie środków, któreby uczyniły badanie wewnętrzne nieszkodliwem (DÖEDERLEIN „*Ueber Touchirhandschuh*“ *Centrablatt für Gynäkologie* Nr. 26. 1898), z drugiej zjawia się dążność do zupełnego wyrugowania badania wewnętrznego w akuszeryi i zastąpienia go zewnętrznem (SANDBERG. „*Die äussere Untersuchung bei der Leitung einer Geburt*“ *Journ. of the Amer. med. assoc.* 1897. Mai. *Ref. Centr. f. G.* 1897. s. 112). Ztąd już wnosić możemy, jak ważnem jest dokładne poznanie zasad zewnętrznego badania położniczego. Podczas porodu może ono bez wątpienia w pewnych razach, mianowicie we wszystkich porodach normalnych, zastąpić badanie wewnętrzne, jest więc środkiem profilaktycznym przeciw zakażeniu. Podczas ciąży pozwala postawić rozpoznanie ciąży podwójnej i mnogiej, rozpoznanie *hydramnios*, *placentae praeviae*, rozpoznanie położenia płodu; tu badanie zewnętrzne występuje, jako pierwszej wagi środek dyagnostyczny. Wreszcie jeden z ważniejszych zabiegów położniczych—obróć zewnętrzny—nie da się wykonać bez dokładnej znajomości zasad badania zewnętrznego: w tym razie stanowi ono niejako część środka terapeutycznego i jako takie jeszcze zyskuje na znaczeniu i wartości.

Zarzuty, czynione tak badaniu zewnętrznemu, jakoteż i obrotowi zewnętrznemu, jakoby przy tych manipulacjach miało następować pęknięcie macicy, odklejenie łożyska, pęknięcie pęcherza płodowego [Kwassowski. Operacye aku-

szeryjne], są gołosłowne i nie poparte żadną obserwacją, żadnym opublikowanym przypadkiem. Wobec wielkiego znaczenia badania i obrotu zewnętrznego, a wobec małego zastosowania, jakie dotąd tak u nas, jak i w niektórych innych krajach one znalazły, uważałem za użyteczne i nawet za niezbędne opracowanie tego rozdziału położnictwa. Korzystałem w tym celu z wyjątków „*Palper abdominale*“ PINARD'a, „*Precis d'Obstetrique*“ LEPAGE'a i z „*Traité de l'art des accouchements*“ TARNIER'a, oraz z niektórych artykułów z „*Presse médicale*“.

Jakkolwiek dotąd mało rozpowszechnione, badanie położnicze zewnętrzne sięga bardzo odległych czasów. Podług PINARD'a, który położył wielkie zasługi w tej kwestyi, w zaraniu bytu położnictwa akuszerowie określali formę, objętość i kierunek macicy przez ucisk na ściany brzuszne; mogli zarazem odczuwać ruchy płodu: oto wszystko, czego żądano od tego rodzaju badania.

Dopiero u MERCURIUS'a SCIPIO, lekarza włoskiego, znajdujemy próby określenia położenia płodu [1601 r.] przez macanie brzucha. Dalej spotykamy cały szereg zwolenników badania zewnętrznego: DIONIS [1721], ROEDERER [1752], WIGAND [1812], JOERG [1814], SCHMIDT [1829], VELPEAU [1835]. Szczególniejszą jednak zasługę przypisują Francuzi usiłowaniom i pracy MATTEI [1855]. Z późniejszych autorów wyróżnili się TARNIER i PINARD, LEOPOLD i PAWLIK. Dziś we Francyi określenie położenia płodu u ciężarnej stanowi jedną z prób egzaminu praktycznego z położnictwa.

Ogólne zasady, których się trzymać należy przy badaniu zewnętrznym kobiety ciężarnej, są następujące. Kiszki i pęcherz powinny być opróżnione. Ciężarna leży na brzegu łóżka w pozycji prawie poziomej, z głową bardzo lekko uniesioną na małej poduszce, zlekka przygiętą do klatki piersiowej; kończyny górne leżą swobodnie wzdłuż tułowia; kończyny wyciągnięte, zlekka rozsunięte. Brzuch badanej powinien być obnażony; ręce akuszera odpowiedniej ciepłoty, inaczej nastąpi skurcz mięśni brzusznych, przeszkadzający badaniu. Ucisk powinien być stopniowy ze względu na wzmogoną często wrażliwość ściany brzusznej. Przedewszystkiem określić należy grubość ściany brzusznej, która stanowi o trudności badania; ściana wiotka, cienka daje rezultaty pewne, badanie jest łatwe; przy dużych pokładach tłuszczu wrażenia ręki są mniej dokładne. Badania należy dokonywać nie końcami palców, lecz całą ich powierzchnią dłoniową. Główniejszymi przeszkodami do badania zewnętrznego, oprócz grubości ściany brzusznej, są skurcze maciczne, śmierć płodu [wtedy wód mało i kontury płodu niewyraźne], guzy w sferze narządów płciowych, nadwrażliwość ścian brzusznych, ból na wysokości jajników.

Określenie wysokości macicy jest zbyt banalne, byśmy mieli przytaczać sposób, w jaki dokonywać go należy. Od razu więc przystępujemy do opisu metodycznego określania położenia płodu. Grubość ścian brzusznych i wysokość macicy określona. Lekarz, zwrócony tyłem do twarzy chorej, dwiema rękami określa górny brzeg poziomej części kości łonowych, t. j. przednią część wejścia do małej miednicy [nb. jeżeli macica jest w silnej antewersyi, to należy ją przedtem unieść ku górze]; stopniowo rozsuwając ręce, kierując jedną ku stronie prawej, drugą ku stronie lewej, zagłębiamy je coraz bardziej w kierunku ku małej miednicy. Wrażenia, jakich wówczas doznajemy, są następu-

jące: 1) albo palce spotykają ciało twarde, duże, okrągłe [główkę płodu], które wypełnia małą miednicę; albo 2) mała miednica jest wolna i palce mogą dojść bardzo głęboko; albo 3) wreszcie mała miednica jest niezupełnie wypełniona przez ciało mniej odporne, niż główka: jest to położenie pośladowe.

Co się tyczy punktu 1), oto, w jaki sposób go komentujemy: podczas ciąży ani twarz, ani tułów nie wklonowują się do małej miednicy; pośladki mogą się wklonować, ale wówczas przy zagłębianiu rąk czujemy opór więcej w dłoniach, niż końcach palców. Jeżeli więc mała miednica wypełniona jest przez ciało twarde, okrągłe, to mamy do czynienia z położeniem główkowym, i to z położeniem główkowym ostatecznym, które już zmianie nie ulegnie. Określiśmy więc, że główka jest na dole. Dalsze zadanie polega na określeniu, w którą stronę zwrócone jest czoło, a w którą—potylicca płodu. Odpowiedź otrzymujemy w tej kwestyi na podstawie odmienności wrażeń badających rąk; jedna z nich może dojść głębiej, druga wcześniej zatrzymaną zostanie na powierzchni gładkiej i zaokrąglonej; otóż ta druga ręka jest na czole. Przechodzimy z kolei do badania dna macicy i tam znajdujemy pośladki wraz z drobnymi częściami płodu. Pozostaje do określenia położenie pleców płodu: plecy stanowią powierzchnię większego oporu i wyczuwają się z wielką łatwością, jeżeli są zwrócone ku przodowi macicy, albo też wyczuwamy tylko bok płodu, jeżeli plecy zwrócone są ku tyłowi. Jeżeli wyczuliśmy obecność pleców płodu z jednej strony macicy, należy ucisnąć macicę z drugiej strony dla przekonania się, czy niema drugiego płodu, lub np. guza. Jeżeli główka jest bardzo wklonowana, wówczas trudno jest dojść do czoła płodu, ale za to nad kośćmi łonowymi wyczuwamy okolicę stawu barkowego płodu, która pozwala wysnuć dokładne wnioski o położeniu pleców.

W punkcie 2) wymieniliśmy ten przypadek, w którym miednica nie jest wypełniona; możliwe wówczas położenie główkowe konstatujemy w ten sposób, że palce rąk naszych podchodzą pod główkę, że główka płodu jest prawie w dłoniach naszych; w tym razie jednak określanie bezpośrednie czoła i potylicy jest trudne, i do tego posiłkujemy się dla wyprowadzenia wniosków położeniem części drobnych i pleców.

Jeżeli zastosujemy wyżej wymionione zasady do każdej z poszczególnych pozycji główki, otrzymamy szereg reguł, które w krótkości przytaczam.

Położenie główkowe I: główka bardziej dostępna z prawej strony ciężarnej; plecy zwrócone na lewo i naprzód; drobne części płodu z prawej strony; tony serca płodu na lewej odśrodkowej linii brzucha.

Położenie główkowe II [prawe przednie]: główka bardziej dostępna z lewej strony; plecy zwrócone na prawo i naprzód; drobne części z lewej strony; tony serca płodu na prawo od linii środkowej brzucha.

Położenie główkowe III [prawe tylne]: czoło przy *eminentia ileo-pectinea* ewej, plecy trudno dostępne, lewy bark płodu na 6—8 ctm. od środkowej linii, drobne części płodu bardzo łatwo wyczuwalne z lewej strony; tony serca płodu z prawej strony, nisko.

Położenie główkowe IV: czoło z przodu i na prawo; drobne części wy-

raźne z prawej strony, plecy mało dostępne; tony serca płodu w 2 miejscach: z tyłu na prawo i z tyłu na lewo.

Zastosowaliśmy dotąd przytoczone dane do określania pozycji główki. Chcąc określić położenie twarzowe, należy uwzględnić jeszcze jeden ważny fakt: przy położeniach potylicowych plecy są zawsze po stronie przeciwnej w stosunku do czoła płodu; to znaczy: z jednej strony natrafiamy na czoło w małej miednicy, a powierzchnię oporu w bocznych częściach macicy znajdujemy po stronie przeciwnej. Jeżeli teraz uprzytomnimy sobie, że częścią główki, najbardziej wystającą po nad miednicę ciężarnej, jest przy położeniach twarzowych nie czoło, lecz potyllica płodu, to w tym razie reguła będzie wprost odwrotna: część główki najbardziej dostępna znajduje się z tej samej strony, co i plecy.

Przy położeniach pośladowych miednica jest częściowo wypełniona; wrażenia rąk przy zagłębianiu ich ku małej miednicy już wyżej były opisane. Pozostaje do określenia położenie główki i pleców płodu. Główka często kryje się w podżebrzu strony przeciwnej względnie do położenia pośladków i wówczas jest trudno wyczuwalną; należy za pomocą lekkiego ucisku na dolny lub górny biegun płodu przesunąć ją ku linii środkowej. Konstatujemy wówczas balotowanie główki; jest to znak bardzo ważny, należy bowiem wiedzieć, że żadna z drobnych części płodu nie balotuje, chyba przy obfitości wód lub wyjątkowo przy położeniach *occipito-posteriores*. Jeżeli zaś chcemy stwierdzić, że ciałem balotującym jest napewno główka, wówczas opieramy się na konstatowaniu nowego znaku: jest nim głęboka brózdka karku, którą znajdujemy między balotującą główką i szeroką powierzchnią pleców w górnej części macicy. Przy odpowiedniej wprawie można określić i to, czy położenie pośladowe jest pełne (*presentation du siège complet*), czy też częściowe (*decompleté*), opieramy się na tem, czy części drobne są przy pośladkach, czy też wystają w postaci dyszli i pozwalają wyczuwać pięty płodu.

Z powyższego wynikają następujące reguły do określania poszczególnych pozycji pośladowych. I. Lewa przednia: pośladki częściowo leżą na *fossa iliaca sinistra*, forma ich nieprawidłowa z prawej strony [nóżki]; główka w górze i z prawej strony; plecy z przodu i na lewo; tony serca płodu w pobliżu pępka ciężarnej. II. Prawa przednia: pośladki na *fossa iliaca destra*, nóżki na lewo, główka w górze i z lewej strony; plecy z przodu i na prawo; tony serca płodu na samym brzegu prawym macicy. III. Prawa tylna: pośladki trudno wyczuwalne, łatwiej skonstatować położenie drobnych części płodu, które znajdują się z lewej strony, z przodu; główka zwrócona na lewo; tony serca płodu na prawo od linii środkowej, na wysokości lub nawet nad pępkiem ciężarnej. IV. Lewa tylna: drobne części wyczuwalne z prawej strony z przodu, główka nieco z prawej strony; tony serca z prawej strony od pępka ciężarnej.

Przy położeniu płodu poprzecznem konstatujemy najpierw, że miednica nie jest wypełniona; z łatwością następnie określamy formę macicy i stwierdzamy, iż wymiar jej poprzeczny jest powiększony kosztem wymiaru podłużnego; wreszcie określamy położenie główki i pośladków. Plecy płodu w wię-

kszości przypadków zwrócone są ku przodowi podczas ciąży; tony serca płodu nisko, pod pępkiem.

Poniżej wyszczególnimy, jakie praktyczne znaczenie mieć może dla ciężarnej określenie położenia płodu podczas ciąży. Tymczasem, mając na względzie wyłącznie badanie położnicze zewnętrzne, poruszymy jeszcze parę kwestyi, w których takie badanie odgrywa nadzwyczaj ważną rolę dla celów dyagnostyki. Na pierwszym planie stoi ciąża podwójna.

Jeżeli konstatujemy wysokość dna macicy po nad spojeniem łonowem znacznie przewyższającą 33 cm.; jeżeli wyczuwamy stałe napięcie ścian macicznych, napięcie, jakie spotykamy naprzykład w ścianach torbieli; jeżeli wreszcie po skonstatowaniu dwu biegunów jednego płodu i jego pleców wyczuwamy jeszcze albo biegun drugiego płodu, albo jego plecy: wówczas możemy postawić pewne rozpoznanie ciąży podwójnej. Zbytecznem jest chyba dodawać, że do rozpoznawania ciąży podwójnej należy przedewszystkiem dokładnie posiąść sztukę określania położenia pojedynczego płodu; mistrz w tym kierunku, prof. PINARD, rozpoznawał za pomocą badania zewnętrznego ciążę potrójną.

Nie jest tu naszym zadaniem wchodzić w inne szczegóły rozpoznawczy ciąży podwójnej; wskazaliśmy na badanie zewnętrzne, jako na środek rozpoznawczy pierwszorzędnej wagi i obecnie to samo zamierzamy uczynić w stosunku do *hydramnios*. Przy nadmiarze wód płodowych napięcie macicy bywa tak wielkie, że nie jesteśmy nieraz w stanie określić konturów macicy; wyczuwamy wtedy chełbotanie i łatwe balotowanie płodu; za to nie sposób określić położenia płodu. Jeżeli porównamy te dane z oznakami ciąży podwójnej, to łatwo odnajdziemy grunt do rozpoznawania różniczkowego ciąży podwójnej i nadmiaru wód płodowych.

Wreszcie wspomnimy tu jeszcze o dwu zastosowaniach badania zewnętrznego.

Wiadomo, że u pierwszorodzących wklinowanie się główki następuje na 6 tygodni przed porodem, u wieloródek zaś na dwa tygodnie. Jeżeli u ciężarnej w tym okresie nie konstatujemy wklinowania się główki; jeżeli wymiary miednicy są prawidłowe i obecność guzów w sferze płciowej jest wyłączoną: wówczas nawet przy braku wszelkich innych objawów konstatujemy przyczep łożyska na dolnym odcinku macicy. Ostatniem zaś zastosowaniem badania zewnętrznego do położnictwa jest określenie stosunku główki płodu do wymiarów miednicy. Wymiary miednicy mają bez wątpienia wielkie znaczenie; nad tem niema potrzeby się rozwodzić. Ale komuż nie zdarzało się widzieć kobiet, którym poprzednio wywoływano przedwczesne porody, a które następnie rodziły *sponte* czesne dzieci? To nie był błąd obliczeń i wymiarów, ale ten sekret, że czasem główka również w wymiarach swoich odstępuje od normy, że jej wymiary są mniejsze od przeciętnych.

Zwolennicy cięcia łonowego poczytują sobie pomiędzy innymi za zasługę, iż, wprowadzając nową operacyę, jednocześnie zmniejszają liczbę operacyjnych porodów; mają oni na względzie te właśnie przypadki, w których ciężarnym ze

zwązoną miednicą pozwala się donosić do kresu ciąży w zamiarze dokonania w razie potrzeby cięcia łonowego, a które często *sponte* rodzą donoszone dzieci. Ztąd wynika ważność poznania wymiarów główki płodu, znajdującego się jeszcze w macicy. Wiadomo, iż istnieje w tym celu kilka sposobów. AHLFELD określa wymiary główki płodu na zasadzie jego całkowitej długości, która znów jest dwa razy większą od odległości między ciemieniem płodu i jego kością ogonową, odległości, którą można wymierzyć. FEHLING określa wymiary na podstawie odległości 2 ciemion. MUELLER na zebraniu przyrodników i lekarzy niemieckich w Strasburgu w 1885 roku przedstawił nowy sposób, który został następnie opisany przez PINARD'a pod nazwą „*palper mesureur*“. Polega on na tem, że po sprowadzeniu główki płodu na dół, bierze ją się w dwie ręce [jak przy badaniu położenia płodu], ustawia, o ile można, w wymiarze poprzecznym miednicy, potem ręką, położoną na szyi płodu, uciska się główkę w kierunku małej miednicy, a drugą ręką kontroluje się, czy między kością ciemieniową przednią płodu a spojeniem łonowym ciężarnej jest wolna przestrzeń, czy jej niema, czy też ta kość płodu wystaje po nad spojeniem łonowym matki. Naturalnie, iż w ten sposób można skonstatować tylko stosunek wymiarów główki do wymiarów wejścia do małej miednicy; nieprawidłowości miednicy poniżej wejścia uwzględnione nie będą. Wreszcie w ostatnich czasach PERRERET zaproponował sposób wyliczenia poprzecznych wymiarów główki na zasadzie wymiarów podłużnych. Omyłka wynosi od 3 do 5 milimetrów.

Skreśliwszy w ogólnych zarysach zasady badania zewnętrznego w położnictwie i zastosowanie go do celów rozpoznawczych, przystępujemy obecnie do najważniejszej zdobyczy nauki położnictwa w zakresie rękoczynów zewnętrznych. Skończymy już zupełnie z ciążą podwójną, z *hydramnios*, z łożyskiem na dolnym odcinku macicy i wskazaniemi, dostarczonemi przez wymierzanie główki; zajmiemy się wyłącznie znaczeniem danych określenia pozycyi płodu. Wiadomo, że położenia płodu pośladowe nie należą do najpomyślniejszych dla dziecka. Statystyka PINARD'a wykazuje do 8% śmiertelności, M-me LACHAPELLE 16%, DUBOIS 9%, PORAKA 10% u 1-rodzących i 3% u wieloródek. Poprzeczne położenia nawet wtedy, gdy lekarz jest wezwany wcześniej i może jeszcze wykonać obrót zewnętrzny, dają również wysoki procent śmiertelności dzieci; M-me LACHEPELLE na 7 przypadków jest $3\frac{11}{13}$ dzieci żywych. Jeżeli weźmiemy na uwagę te cyfry, czyż nie uznamy konieczności zmiany położeń pośladowych i poprzecznych na czaszkowe z chwilą, gdy je konstatujemy podczas ciąży? Innemi słowy, czy należy narażać życie dziecka i nie starać się zmienić jego pozycyi? Wszak mamy po temu wspaniały środek w t. zw. obrocie zewnętrznym.

Obrót zewnętrzny opisany został najpierw przez WIGAND'a w 1807 roku, później przez STOLZ'a, HERGOTT'a, BUNSEN'a, HUBERT'a. Jednak do rozpowszechnienia go i tu ważne zasługi położył PINARD. Zasady wykonywania obrotu zewnętrznego są następujące: 1) Jeżeli położenie płodu jest poprzeczne lub ukośne, ręce lekarza, położone na zewnątrz od dwu biegunów płodu, sto-

pniowo uciskając w kierunkach przeciwnych, sprowadzają główkę na dół, a pośladki do dna macicy. 2) Jeżeli położenie płodu jest pośladkowe, to należy najpierw uruchomić pośladki, albo unosząc je od zewnątrz i usuwając ku jednej *fossa iliaca*, albo zalecając pomocnikowi unieść je palcami, wprowadzonymi od strony pochwy; po uruchomieniu pośladków uciskamy na oba bieguny i stopniowo sprowadzamy główkę na dół.

W którą stronę należy przesuwać bieguny płodu? PINARD powiada, że to zależy od przypadku, że zwykle wybiera się drogę krótszą, ale czasem dłuższa bywa łatwiejszą. Naturalnie, że zdanie takiego praktyka powinno być przedewszystkiem cenione; wszakże mnie wydało się zawsze łatwiejszem dokonywać obrotu w tę stronę, „w którą płód patrzy“. Określenie to, zdaje się będzie najłatwiejszem do zrozumienia. Po wykonaniu obrotu należy płód, utrzymać w tem położeniu, jakie mu się nadało. Do tego celu służy specjalny pas PINARD'a, zwany „*ceinture entocique*“; zrobiony jest on na podobieństwo zwykłych pasów brzusznych, tylko że oprócz znacznie większych wymiarów posiada jeszcze z obu boków dwie poduszeczki gumowe z rurkami i kranikami; po założeniu pasa nadymamy poduszeczki w odpowiedniej mierze i te stanowią zaporę, nie pozwalającą na zmianę pozycji płodu. Pas ten zrobiony został u MATTHEU w Paryżu. Kosztuje wraz z cłem do 25 rubli. W sferze biedniejszej dałoby go się zastąpić dwoma wałkami z ręczników lub dwoma tampionami waty, przykrytymi bandażem flanelowym. Nie należy tylko przy bandażowaniu wywierać silnego ucisku, by nie przyspieszyć porodu. Kiedy należy wykonać obrót zewnętrzny? Za wczesnie nie można, bo noszenie pasa lub bandaża do najprzyjemniejszych nie należy; za późno byłoby trudnem, niebezpiecznem lub nawet niemożliwem.

Za późno znaczy po wkliniowaniu się części przodującej: a więc u 1-rodzącej na 6 tygodni przed porodem, u wieloródki na 2 tygodnie. Należy więc na tydzień lub dwa przed przypuszczalnem wkliniowaniem obrót wykonać i pas założyć; gdy wkliniowanie nastąpi, pas można zdjąć. Wskazaniem do wykonania obrotu zewnętrznego podczas ciąży są położenia poprzeczne i pośladkowe. Przeciwwskazaniem zaś jest śmierć płodu [obróty wtedy bezcelowe], wkliniowanie pośladków; położenie pośladkowe niezupełne (*presentation du siège incompleté mode des fosses*) [same pośladki], *hydramnios*; podczas porodu zaś obrót zewnętrzny jest przeciwwskazany, chyba tylko przy *hydramnios* można główkę sprowadzić na dół i przerwaniem błon ustalić jej położenie.

Obrót zewnętrzny jest niemożliwy, jeżeli w macicy istnieje przegroda, lub jeżeli pępowina jest za krótka; zresztą w ogromnej większości przypadków daje się wykonać z wielką łatwością.

Czy położenia pośladkowe wywołują jaki odczyn w ustroju matki, dzięki której przyszlaby szukać u nas rady i pomocy? Czasem tak, a czasem nie. Przy położeniach pośladkowych, matki często odczuwają ból w dołku [zwykle tam, gdzie jest główka płodu]; na ten ból dostają najczęściej *elixir Aurant. composit.* (*sic!*); przy położeniach poprzecznych matki czują, że „coś jest inaczej, niż być powinno“, no i naturalnie znów dostają *elixir Aurant. composit.* A czyż możemy wiedzieć, co się jeszcze dzieje „po za naszymi plecami“? Ile smaro-

wań, natrzasań, nakadzań, zażegnywań odbywa się z powodu złych położeń płodu! Zresztą, ponieważ położenia poprzeczne trafiają się przeważnie u]wieloródek, to czyż nie jest najpierwszym naszym obowiązkiem pouczać zawsze rodzące przy sposobności, że po 8 miesiącach powinna przyjść do lekarza?

Jeżeli porównamy ilość embryotomii i perforacyi, dokonywanych na prowincyi, z ilością tychże operacyi w Warszawie, widocznem się staje, ile oszczędza pracy ludzkiej i cierpień ludzkich inteligencya rodzących i otoczenia, które w Warszawie nie czeka długo, lecz szybko wzywa pomocy. Pójdźmyż dalej w tym kierunku i starajmy się zmniejszyć, o ile można, ilość porodów nóżkowych i obrotów wewnętrznych.

Jeszcze jedna praktyczna wskazówka. Przypuśćmy poprzeczne położenie w ostatnich dniach ciąży; obrót zewnętrzny do wykonania niemożliwy; czy niema sposobu uniknięcia obrotu wewnętrznego? BAR radzi w tych razach, po nałożeniu z boku dwu ręczników w postaci wałków, ucisnąć bandażami brzuch tak, by macica stale była pod bocznym uciskiem; wtedy płód może sam zmienić położenie poprzeczne na podłużne-główkowe lub pośladkowe.

Z ODDZIAŁU D-RA W. JANOWSKIEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

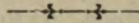
II. PRZYPADEK TĘŻCA, LECZONEGO BEZ SKUTKU

SUROWICĄ PRZECIWTĘŻCOWĄ.

Podał

Witold Ettinger,

asystent oddziału.



Dnia 27 r. b. sierpnia, na oddział D-ra JANOWSKIEGO w szpitalu Dzieciątka Jezus, wstąpiła chora, Katarzyna O., wyrobnica, lat 29, z objawami szczękoscisku i stężenia mięśni karku, krzyża i nóg. Od chorej dowiedzieliśmy się, iż dziewięć dni temu w podeszwę prawej nogi, tuż pod wielkim palcem weszła jej drzazga. Drzazgę po dwóch dniach chora sama wyjęła, a pozostała ranek na nodze „wygoiła sromem zajęczym“ w przeciągu jednej doby. Cały tydzień następny O. czuła się zupełnie dobrze. Dopiero 26 sierpnia rano poczuła się bardzo osłabioną, a wieczorem tego samego dnia dostała silnych bólów w klatce piersiowej, przeszywających ją z tyłu ku przodowi. Z tego powodu 27 VIII przyszła na ambulans szpitalny po poradę i tu dopiero schwycił ją nagle skurcz mięśni karku, krzyża i nóg, a po pewnym czasie i szczęki. Przy badaniu chorej nie znaleźliśmy nic nienormalnego w jej narządach wewnętrznych. Dokładne, całkowite zbadanie układu nerwowego dało tylko następujące wyniki.

Z powodu szczękoscisku chora mówi z trudnością; usta otwarte, zęby wyszczerzone, pomiędzy szczękami udaje się wcisnąć zaledwie jeden palec; kark i krzyż są sztywne. Klatka piersiowa wolna, oddech swobodny. Brzuch płaski, mięśnie jego naprężone. Kończyny górne wolne, dolne sztywne, silnie rozgięte

w stawach kolanowych; stawy skokowe i palcowe wolne. Czucie wszędzie normalne. Odruchy kolanowe wzmożone. Sztywność kończyn dolnych i sztywność karku od czasu do czasu cokolwiek się zmniejszają. Czasami zaś po 1—2 razy dziennie chora dostaje jeszcze dodatkowo gwałtownych skurczów we wszystkich kończynach i w mięśniach tułowia. Chora mocno się poci. Tętno 96, nitkowane, ciepłota 37,2° C.. Na nodze, na miejscu wejścia drzazgi, żadnych śladów obrażenia nie widać.—Rozpoznanie tężca nie przedstawiało żadnej trudności. Chorej wstrzyknięto na razie pod skórę klatki piersiowej 10 ctm. sz. surowicy przeciw-tężcowej. Następnego dnia, t. j. 28. VIII, nie tylko nie zauważono żadnej poprawy w stanie zdrowia, lecz przeciwnie nawet pewne pogorszenie. Oprócz poprzednich objawów choroby, wystąpiła niemożność lykania, przy przełykaniu bowiem nawet płynów chora silnie się krztusi; na czole zarysowały się bródzdy poprzeczne, a nad nosem podłużne. Klatka piersiowa nieruchoma. Kończyny górne w stawach barkowych nieruchome, w stawach łokciowych zgięte. Chora poci się bardzo. Od dnia poprzedniego dwa napady bolesnych kurczów tonicznych. Chorej zalecono 2—3 razy ciepłe kąpiele, 3 lawatywy *pro die* z chloralu, po 20 gran każda, 2 lawatywy odżywcze, a oprócz tego pod skórę klatki piersiowej wstrzyknięto 50 ctm. sz. surowicy przeciw-tężcowej.

Dnia 29. VIII. Drgawki toniczne bardzo częste; podczas drgawek występuje *opisthotonus*; podczas drgawek również z pęcherza moczowego wytryskuje mocz, a z kiszki niewessana lawatywa odżywcza. Sztywność ciała całego stała. Tętno 116. Ciepłota 37,9°. Podawano chloral.

Dnia VIII. Drgawki toniczne występują przy najłżejszem dotknięciu się do chorej; powtarzają się one ciągle, prawie bez przerwy. Sztywność ciała zdaje się być cokolwiek mniejszym; sztywność ciała całego bez zmiany. Ciepłota 39,0°; tętno 120, drobne. Lawatywy 3 razy dziennie.

Dnia 31. VIII. O czwartej rano chora zmarła. Z powodów od nas niezależnych badania pośmiertne nie dokonano.

Pobudką do ogłoszenia naszego spostrzeżenia była nie jego osobliwość, gdyż należało ono do zwykłych, a nadto nie jest zupełnie dokładnem z powodu braku wyników badania pośmiertnego. Skłoniła nas do tego inna okoliczność, mianowicie żywy interes, jaki budzi w nauce w ciągu kilku ostatnich miesięcy sprawa leczenia tężca. Wiadomo, że seroterapię tej choroby zaczęto lat temu prawie 9 opracowywać jednocześnie z kwestyą seroterapii błonicy. Doświadczenie jednak laboratoryjne wykazało wkrótce, że posunięcie sprawy leczenia tężca na ściśle te same tory, co i leczenia błonicy, napotyka na bardzo poważne trudności, zależne od specjalnych własności jadu tężcowego. Mianowicie, podczas gdy ilość jednostek uodporniających surowicy przeciwbłoniczej, potrzebna do zwalczania działania na organizm jadu błoniczego, wzrastała, w miarę długości czasu od zakażenia błonicą, w progresji dość proporcjonalnej, ilość jednostek surowicy przeciw-tężcowej, potrzebnych dla zwalczania jadu tężcowego, wzrastała, w miarę znaczniejszego odstępu czasu od chwili zakażenia jadem tężcowym, w progresji tak olbrzymiej, że niebawem spotrzeżono się, iż stwarza to techniczne trudności w leczeniu tężca na drodze zwykłych wstrzykiwań podskórnych odnośnej surowicy prawie nie do pokonania.

Przykład wyjaśnia to najlepiej.

Średni, ciężki przypadek błonicy wymaga w kilka godzin po zakażeniu zaledwie paruset jednostek uodporniających surowicy w celu wyleczenia; po jakichś 12 godzinach wystarcza jeszcze 500 ctm. sześć. tej surowicy, po dobie—około 1000 jednostek; po 1½ dobach wystarcza około 1500—2000 jednostek i t. d.

Przeciwnie przy tężcu stosunki mają się w ten sposób, że podczas gdy przy jednoczesnem szczepieniu zwierzęciu jadem tężcowym i surowicą leczniczą potrzeba kilkunastu centymetrów tej ostatniej, już po godzinie potrzeba kilka tysięcy jednostek uodporniających, po kilku godzinach—setek tysięcy jednostek, po 12 godzinach — kilka milionów jednostek, a po jeszcze dłuższym czasie ilość potrzebnych jednostek wzrasta szybko do setek milionów i do miliardów jednostek. Wynika ztąd, że leczenie tężca w sposób zupełnie analogiczny do błonicy wymagałoby możności rozporządzania surowicą o sile istotnie tak wielkiej, o jakiej przy przygotowaniu surowicy przeciwbłonicy nikt nie pomyślał.

Na technicznej trudności otrzymania surowicy o tak nadzwyczajnej sile kwestya ta przez lat parę utknęła. Dopiero ostatnimi czasy zaczęto przygotowywać we Francyi surowicę tak silną, że, użyta zaraz po zakażeniu tężcem, a więc w celu profilaktycznym, w ilości 10 ctm. sz. surowica tu daje wyniki pewne. Siła tej surowicy jest taka, że, przetłómaczona na jednostki, równa się milionowi jednostek w 1 ctm. sz. ¹⁾ A jednak po wystąpieniu już objawów tężca 60—100 ctm. sześć., czyli około 100 milionów jednostek leczniczych, wywiera działanie o tyle tylko, że sprzyja, w pewnej tylko ilości przypadków, złagodzenia przebiegu klinicznego. BEHRING o swojej surowicy przeciw tężcowej o sile 250 jednostek [z których każda jest 40 milionów razy większa od jednostki, branej za podstawę nomenklatury przy przygotowaniu surowicy przeciwbłonicy] wyraża się z większą pewnością, ale i to wymaga jeszcze sprawdzenia, gdyż sprzeczności zachodzi wiele.

Rzecz prosta, iż podobnie sprzeczne wyniki spostrzeżeń rozmaitych autorów wywołały i ciągle podtrzymują poczucie potrzeby dalszego postępu na tej drodze. Najprostszą drogą byłoby, zdaje się, otrzymanie surowicy o sile tak olbrzymiej, że przewyższałaby obecnie osiągalną o tysiące razy. Ale to na razie jest niemożliwe. Nadto ostatnimi czasy zwrócono uwagę, że, przy rozwiniętych objawach tężca, wstrzykiwania podskórne surowicy mogą, niezależnie od jej siły, działać zbyt słabo dla tego, że działają one równomiernie na wszystkie tkanki, jad zaś tężcowy nagromadza się specjalnie w elementach komórkowych mózgu. Ztąd ROUX i BORELL proponowali w ostatnich czasach

¹⁾ W roku 1895 Dr. JANOWSKI wykazał [Gazeta Lekarska. Nr. 4], że siła $\frac{1}{50000}$ surowicy francuskiej odpowiada 60 jednostkom nomenklatury niemieckiej, czyli że $\frac{1}{100000}$ równa się trochę więcej, niż 100 jednostkom, tejże nomenklatury. Ponieważ sprzedawana obecnie, i użyta przez nas surowica francuska, jest oznaczona jako mająca siłę $\frac{1}{1000000000}$, wynika ztąd, że siła jej, przetłómaczona na terminologię niemiecką, równa się milionowi jednostek uodporniających. Chcących bliżej zapoznać się z tą kwestyą odsyłam do wyżej wymienionego artykułu D-ra JANOWSKIEGO.

wstrzykiwania surowicy przeciwężcowej wprost do tkanki mózgowej; opierali się przytem na dodatnich wynikach odnośnego postępowania u zwierząt.

Ten sposób leczenia, proponowany dopiero w kwietniu r. b., był stosowany dotąd zaledwie kilka razy. Wyniki takiego postępowania są, sądząc z dotychczasowych kilku spostrzeżeń, również nie zupełnie pewne. Wydaje się więc wcale usprawiedliwionem dążenie innego szeregu autorów do leczenia tężca za pomocą emulsyi z mózgu zwierząt.

Podstawą teoretyczną tego rodzaju postępowania jest spostrzeżenie WASERMANN'a, że jad tężcowy ma specjalne „pokrewieństwo“ z tkanką mózgową, która więc, w imię znanych już, empirycznie na innych przykładach stwierdzonych zasad, powinna mieć i specjalną własność wytwarzania odnośnej odtrutki. Ale i tu doświadczenie kliniczne kilku autorów nie doprowadziło do jednokowego rezultatu. Wynika ztąd jeden pewnik, mianowicie, że sprawa leczenia tężca jest jeszcze bardzo daleką od zupełnego rozwiązania. Nie można powiedzieć, żeby była na zupełnem bezdrożu, bo zdaje się, że, idąc w jednym z powyższych trzech kierunków, albo łącząc z nich to lub owo, może się udać z czasem otrzymanie wyników, które by miało trwalszą wartość praktyczną. Na razie jednak potrzeba ciągłych dalszych badań, a przedewszystkiem podawania do wiadomości publicznej każdego bezwzględnie przypadku, leczonego jedną z trzech powyżej omówionych metod.

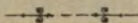
Tą myślą kierowani ogłaszamy i nasze spostrzeżenie tembardziej, że użyliśmy w niem względnie wielkiej ilości surowicy przeciwężcowej. Więcej użyć nie mogliśmy ze względów ekonomicznych. Wreszcie na razie nie było w Warszawie więcej nad jeszcze 20 ctm. sześć. tej surowicy—złe, któremu by jakoś zaradzić należało ¹⁾.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O ROPNIACH I ZGORZELI TRZUSTKI.

Streścił

Bronisław Sawicki.



Krwotoki trzustkowe, zapalenia i zgorzel trzustki zaczęły w ostatnich czasach zwracać na siebie uwagę patologów i internistów, a następnie chirurgów. Przekonano się, że cierpienia te wcale nie należą do takich rzadkości, za jakie je dawniej miewano. ZENKER zajął się krwotokami wewnątrztrzustkowymi i okołotrzustkowymi, które to krwotoki mogą niekiedy osiągać znacz-

²⁾ Zdaje się, że uda się przeprowadzić podjętą między innymi przez p. inspektora szpitali cywilnych myśl posiadania zawsze na składzie większego zapasu ołtutki tężcowej dla szpitali Warszawskich w jednym z tych ostatnich. Przeprowadziłem już nawet w tym celu korespondencję z BEHRING'iem i mam nadzieję, że będziemy mieli w Warszawie zapasy suchej odtrutki przeciwężcowej. Będzie więc można prowadzić dalsze spostrzeżenia systematyczniej i śmieiej.

Janowski.

nych rozmiarów i powodować śmierć bezpośrednio lub też wskutek następczej zgorzeli trzustki. SEITZ, FITZ, NIMIER i inni zajmowali się sprawą zapaleń i zgorzeli trzustki ze stanowiska patologii i symptomatologii. Przytem zauważono już oddawna, że ropieniu i zgorzeli trzustki bardzo często towarzyszy rozsiana zgorzel tłuszczu w sieci, w kiskach i wogóle w tkankach, sąsiadujących z trzustką. Ropnie, spowodowane zapaleniami i zgorzelą trzustki, mogą być umiejscowione wewnątrz otrzewnej lub też zewnątrz tejże.

W pierwszym przypadku ropa gromadzi się poza żołądkiem w małym worku otrzewnym (*saccus peritonei minor*), w drugim razie ropień trzustki otwiera się poza otrzewną do tkanki łącznej, która przylega do niepokrytej otrzewną powierzchni gruczołu. Te ostatnie, t. j. pozaotrzewnowe ropnie mają własność rozszerzania się w pewnych dość typowych kierunkach. Przede wszystkim ropa toruje sobie drogę w kierunku poprzecznym, dążąc na lewo do dolnego odcinka nerki, a następnie w kierunku okrężnicy zstępującej, do miednicy; na prawo ropień szerzy się rzadziej, i wówczas ropień dosięga prawej nerki, poczem wzdłuż okrężnicy opuszcza się do кишки ślepej. W ten sposób ropień taki może przybrać kształt podkowy. Mniejszą skłonność mają ropnie do rozszerzania się na dół i ku górze. Opuszczając się na dół, ropa rozdziela blaszki krezki okrężnicowej (*mesocolon*), a przy dłuższem trwaniu sprawy, i blaszki krezki jelitowej (*mesenterium*). Ku górze ropień może się szerzyć pod przeponę. Szerzenie się w tym kierunku ropni pozaotrzewnowych trzustki zależy od warunków anatomicznych, jak tego dowiodły próby KOERTE'go z wstrzykiwaniem roztworów zabarwionych w okolicę pozatrzustkową. Wstrzyknięta masa zawsze torowała sobie drogę w opisanych wyżej kierunkach, mając przede wszystkim skłonność do rozlewania się w stronę nerki lewej, a następnie wzdłuż okrężnicy zstępującej.

Etyologia krwotoków i zapaleń trzustki dotąd nie jest dostatecznie wyjaśniona. Występowanie obfitych krwotoków z trzustki objaśniano bądź to urazem w okolicy nadbrzusza [kazuistycznie nie potwierdzone], bądź zmianami w naczyńiach trzustki (*endarteriitis infectiosa*, zdaniem KIPPEL'a), bądź też wreszcie przekrwieniem tejże w początkowych okresach zapalenia. Co się tyczy przyczyn, mogących wywołać zapalenie i zgorzel samej trzustki, to tu przede wszystkim wskazywano na przedziurawienie wrzodu żołądkowego, na możność przeniesienia się spraw zapalnych z dróg żółciowych na trzustkę za pomocą przewodu żółciowego i trzustkowego, wreszcie na możność przechodzenia zakażeń z dwunastnicy na trzustkę. Najcienniejszem wydawało się występowanie przy zgorzeli trzustki rozsianych ognisk zgorzelinowych w tłuszczu, z trzustką sąsiadującym. Nie umiano sobie wytłómaczyć, czy te ogniska uważać za przyczynę, czy też za skutek krwotoków i zgorzeli trzustki. Dopiero doświadczenia, przez HILDEBRAND'a i przez JUNG'a na zwierzętach wykonane, rzuciły na całą tę sprawę nowe oświetlenie. HILDEBRAND wykonywał swe doświadczenia na kotach w ten sposób, że nakładał podwiązkę na trzustkę i wywoływał zatrzymanie soku trzustkowego tejże.

W niektórych przypadkach poza podwiązaniem gruczołu nakładał jeszcze podwiązki na żyły tegoż, by wywołać jednocześnie zastój krwi.

Nakoniec trzeci rodzaj doświadczeń polegał na wszczepianiu w jamę otrzewnową jednego kota trzustki, wyjętej z innego kota. We wszystkich doświadczeniach otrzymano przekrwienie, wynaczynienia i zgorzel tłuszczu w samej trzustce lub w tkankach, ją otaczających [sieć, krezka]. Na mocy tych doświadczeń HILDEBRAND dochodzi do przekonania, że krwotoki trzustkowe i zgorzel tłuszczowa bywają wywoływane przez zatrzymanie soku trzustkowego. Nadto czyni on przypuszczenie, że najprawdopodobniej trypsyna i ferment tłuszczowy wywołują powyższe zmiany. W ten sposób łatwo się już tłumaczy, że sprawy zapalne w dwunastnicy, wywołujące zatkanie prze-

wodu trzustkowego, mogą powodować krwotoki i zgorzel trzustki. Jednocześnie z HILDEBRAND'em i niezależnie od niego do tych samych prawie wniosków doszedł JUNG, który wykonywał doświadczenia ze wstrzykiwaniami trypsyny pod skórę lub wprowadzał tę trypsynę do jamy otrzewnej [ograniczona zgorzel na miejscu działania trypsyny] lub wreszcie przeszczepiał trzustkę do tejże jamy. KOERTE i WILLIAMS potwierdzili doświadczenia HILDEBRAND'a. Tymczasem na zjeździe międzynarodowym w Moskwie z inną teorią wystąpił HŁAWA: przypuszcza on, że winowajcą zgorzeli trzustki bywa nadmiernie kwaśny sok żołądkowy, który, przedostając się z dwunastnicy do trzustki, wywołuje tu zgorzel tłuszczową. Dla poparcia swej teorii HŁAWA wstrzykiwał do trzustki sok żołądkowy, zawierający 2—6 *pro mille* kwasu solnego, a następnie tejże mocy czysty roztwór tegoż kwasu. Wskutek tych wstrzykiwań występowało zapalenie krwotoczne i zgorzel tłuszczowa. HILDEBRAND powtórzył te doświadczenia i wyników, opisanych przez HŁAWĘ, nie otrzymał, wskutek czego obstaje przy swem pierwotnem tłumaczeniu, słusznie czyniąc uwagę, że trudno przypuścić, by sok żołądkowy mógł się przedostawać do trzustki z dwunastnicy.

Objawy, towarzyszące zapaleniom i zgorzeli trzustki, dopiero w ostatnich czasach zebrano i odpowiednio uporządkowano [FITZ, KOERTE]. Choroba zazwyczaj występuje nagle, rzadziej ją zaburzenia żołądkowe lub też kolka wątrobiana poprzedzają. Występują w okolicy nadbrzusza gwałtowne bóle, które ztąd na cały brzuch się rozchodzą. Do tego wprędce przyłączają się nudności, wymioty, odbijanie, później czkawka. Objawem tym towarzyszy ogromne osłabienie; zwykle dość wczesnie występuje podniesienie ciepłoty. W większości przypadków w początku cierpienia bywa zaparcie, rzadziej rozwolnienie. Brzuch, a zwłaszcza nadbrzusze wzdęte, na ucisk bolesne. Powyższe objawy mogą w początku choroby wprowadzić na mylnie rozpoznanie niedrożności jelit, co też wielokrotnie czyniono, prostując błąd dopiero przy laparotomii lub na sekyi. KOERTE w jednym ze swych przypadków początkowo także postawił rozpoznanie niedrożności; dopiero, gdy po przemyciu żołądka ustały wymioty, a po obfitych wlewaniach kiszkowych zjawily się stolce, można było niedrożność wyłączyć.

W wielu przypadkach [najczęściej w krwotocznej postaci zapalenia trzustki] po tych pierwszych objawach występuje zapaść i chory wprędce umiera. W innych przypadkach sprawa idzie mniej ostro, a niekiedy nawet po pierwszych gwałtownych objawach widzimy przez czas jakiś zelżenie tychże. Badanie brzucha z powodu wzdęcia i bolesności tegoż, a często i wskutek znacznego pokładu tłuszczu bywa w wielu razach trudne. Nie mniej przeto do bardzo ważnych objawów należy zaliczyć wyczuwanie guza lub zwiększonej odporności w okolicy nadbrzusza. KOERTE pierwszy zwrócił dostateczną uwagę na ten objaw i radzi w razie wątpliwości przy trudnem badaniu uciekać się do uspienia.

Omawiane zwiększenie odporności lub guzowatość, zależne od obrzmienia zapalnego lub nagromadzenia ropy, znajduje się zwykle w nadbrzuszu, lecz może leżeć po środku lub też bardziej na lewo lub na prawo. Taka różnica w umiejscowieniu obrzmienia zależy od tego, jaka część trzustki uległa zgorzeli, a także od tego, z jakim ropniem mamy do czynienia: wewnątrzotrzewnowym, czy zewnątrzotrzewnowym. Jeżeli ropa zawarta jest w worku otrzewnowym małym (*saccus peritonealis minor*), obrzmienie przy opukiwaniu daje zwykle po środku odgłos stępiiony, naokoło zaś stępienia bębnowy, co zależy od leżących tu: żołądka i poprzecznic.

Przy ropniach pozaotrzewnowych, mających skłonność, jak wyżej była mowa, szerzyć się ku nerkom i wzdłuż okrężnicy wstępującej lub zstępującej, obok obrzmienia w nadbrzuszu dość wczesnie już może się zjawiać obrzmienie

w lędźwiach, lub nawet, po długiem trwaniu cierpienia, w dużej miednicy. Po-
zatem ropień może dawać objawy właściwe ropniom podprzeponowym. Tam,
gdzie z powodu mylnego rozpoznania niedrożności otwierano jamę brzuszną,
znajdowano obok sklepień zapalnych na sieci, na krecze porzeczniczy i wogóle
w sąsiedztwie z trzustką, mniejszą lub większą ilość płaskich, nieco wystają-
cych, białych, matowych ognisk, które przedstawiały opisaną wyżej zgor-
zel tłuszczu. Miejsca te wyróżniały się jasno od sąsiedniego zdrowego tłusz-
czu, który miał szarawo-żółte zabarwienie i połysk.

Na szczególną uwagę zasługuje zawartość ropni trzustkowych; różni się
ona znacznie od zwyczajnej ropy. Jest to przeważnie cuchnący, raz gęsty,
drugi raz bardziej rzadki płyn barwy żółtej, jasno-brunatnej lub brunatno zie-
lonej, który zawiera w sobie dużą ilość żółtych, serowatych lub do tłuszczu po-
dobnych grudek oraz szare, odbarwione strzępy tkanki. Grudki te przedsta-
wiają się pod mikroskopem jako zbiór kryształków tłuszczowych i powstają
wskutek opisanej wyżej zgorzeli tłuszczowej. Rzeczywiście na miejscach tak-
kiej zgorzeli znadawali BALZER i LANGERHANS u ludzi, a HILDEBRAND u kotów,
na których robił doświadczenia, tylko resztki komórek tłuszczowych, a po za tem
znaczną ilość kryształów tłuszczowych oraz soli wapienno-tłuszczowych.
Szare, odbarwione strzępy tkanek stanowią resztki zmartwiałej trzustki; prze-
ważnie nie można już w nich ozzukać żadnej budowy, niekiedy jednakże
udawało się jeszcze wykryć w nich ślady budowy gruczołowej. Nadto płyn
ropni trzustkowych zawierał w sobie jeszcze żółty barwnik. Uderzającym
było to, że ciała białych nie znajdowano wcale lub też niewiele i to przeważ-
nie w stanie tłuszczowego zwyrodnienia.

Co się tyczy dalszego przebiegu i zejścia zgorzeli trzustki, to, o ile nie
zastosowano szybkiej pomocy chirurgicznej, choroba prawie zawsze kończyła
się zejściem śmiertelnem. Przy objawach wysokiej gorączki, osłabienia, zabu-
rzeń żołądkowo-kiszkowych chory niszczał i umierał wskutek przyłączenia się
zapalenia otrzewnej lub wskutek wzmagającego się wycieńczenia. W rzadszych
przypadkach ropień sam otwierał się do żołądka, dwunastnicy, okrężnicy lub do
kiszki cienkiej. Jednakże i z tych przypadków dwa są tylko znane w litera-
turze, w których, po samorzutnem otwarciu się ropnia do kiszki, nastąpiło wy-
dalenie zmartwiałej trzustki *per anum*, a potem wyzdrowienie. Spostrzegano
także przerwuty w śledzionie i opłucnej.

Leczenie w omawianem cierpieniu może być tylko chirurgiczne, do któ-
rego wskazanie i sposób wykonania pierwszy podał KOERRE. W pierwszym,
ostrem okresie cierpienia nie radzi KOERRE operować, ponieważ wówczas cho-
rzy są bardzo skłonni do zapaści. Jeżeli przytem ma miejsce krwotoczne za-
palenie trzustki (*Pankreas-Apoplexie*), rękoczyn chirurgiczny nie pomoże.
Dopiero wówczas można spieszyć z pomocą operacyjną, gdy się ognisko ropne
wytworzy. W tym razie trzeba się spieszyć, by przedzielnym opuszczeniem się ro-
pnia do kreczki jelitowej. Zresztą i w tym wczesnym względnie okresie nie
zawsze operacja może być skuteczną, zwłaszcza w przypadkach wielolicznej,
ogniskowej zgorzeli tkanki tłuszczowej, z trzustką sąsiadującej. Przed ope-
racją KOERRE radzi stosować próbne przekłucie zawsze, o ile podejrzewamy
ropień w okolicy lędźwiowej. Natomiast w okolicy nadbrzusza takie przekłu-
cie można wykonać tylko przed samą operacją. Jeżeli mamy do czynienia
z ropniem w worku otrzewnym małym (*saccus peritonealis minor v. bursa
omentalis*), wówczas należy jamę brzuszną otwierać cięciem pośrodkowem, jak
przy torbielach trzustki. Zresztą w razie bardziej bocznego umiejscowienia
guza i cięcie należy wykonywać nazewnątrz od linii pośrodkowej.

Po otwarciu jamy brzusznej i odszukaniu więzu żołądko-okrężnicowego
(*lig. gastro-colicum*) należy wykonać przez tenże próbne przekłucie, zabezpie-
czywszy uprzednio jamę otrzewnej od zawałania ropą. Następnie KOERRE przy-

szywa do brzegów rany brzusznej tenże wiąz żołądko-okrężnicowy na przestrzeni dostatecznej, poczem przedziurawia go i w ten sposób ranę worka otrzewnowego małego z ropy opróżnia.

Jednakże nie zawsze takie postępowanie jest możliwe. Sam KOERTE w jednym przypadku zdołał dokładnie przymocować ścianę guza do rany brzusznej; natomiast innym razem nie udało mu się nałożenie szwu z powodu zbytnej kruchości nacieczonych tkanek. To też w tym przypadku przed nakłuciem guza zabezpieczył jamę brzuszną za pomocą gazy i przyciskania ścian brzusznych do guza, po nakłuciu zaś wprowadził gruby sączek i wokół tegoż obficie nakładł gazy jodoformowej. Chory zmarł. Zarówno także GARRÉ w swym przypadku [ropień w worku otrzewnowym małym] nie mógł ściany ropnia przymocować do ściany brzusznej z powodu licznych zlepów kiszkiowych oraz z powodu kruchości tkanek, operacji nie dokończył i jamę brzuszną zaszył. Dla dokładniejszego opróżnienia ropnia SENN radził do przedniego otworu dodawać jeszcze otwór dodatkowy od strony lędźwi. W tym celu zaleca wprowadzić przez otwór przedni zamkniętą, tępe szczypce (*Kornzang*), wykonać przecięcie skóry w okolicy lędźwiowej pod 12 żebrami następnie szczypcami na tępo przewiercić w otrzewnej i mięśniach otwór. GOULD zastosował ten sposób z dobrym wynikiem.

Zamiast torować sobie drogę do ropnia od przodu przez wiąz żołądkowo-okrężnicowy, GOULD uniósł sieć z okrężnicą ku górze i zrobił otwór przy nasadzie krezki okrężnicowej w miejscu, odpowiadającym ogonowi trzustki. Sam on przyznaje, że postępowanie takie jest kłopotliwszem od wyżej opisanego. Pomimo to KOERTE zaleca ten sposób w przypadkach ropni pozaotrzewnowych, gdy ropa przeniknęła już pomiędzy blaszki krezki. Co się tyczy ropni pozaotrzewnowych, które się już rozszerzyły na lędźwie, należy je otwierać cięciem lędźwiowym skośnym, używanem przy operacjach na nerkach. Otrzewną odłuszcza się przytem na tępo, kierując się ku trzustce.

W końcu należy jeszcze wspomnieć o przypadku GUINARD'a, w którym tenże, znalazłszy objawy ropnia podprzeponowego, lewostronnego, wyrezekował część dziesiątego żebra i ropień otworzył bez przecięcia opłucnej (*peripleural*). Wygląd ropy naprowadził na myśl, że w danym razie miano do czynienia ze zgorzelą trzustki. KOERTE zresztą podaje w wątpliwość, czy tu rzeczywiście ropień wywołał zgorzel trzustki.

L I T E R A T U R A.

- 1) HILDEBRAND. Centralbl. f. Chir. 1895. str. 297. Tenże. Arch. f. klin. Chir. 1898. str. 435.
- 2) JUNG. Centralbl. f. Chir. 1895. str. 310.
- 3) KÖRTE. Arch. f. klin. Chir. 1894. str. 721.
- 4) EHRLICH. Beitr. z. klin. Chir. 1898. str. 315.
- 5) KLIPPEL. Cent. f. Chir. 1893. str. 906.
- 6) PAGE. Cent. f. Chir. 1893. str. 907.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

147. A. Chaufard i Quénu. Przypadek tęcza, wyleczonego wstrzykiwaniem wewnątrz-mózgowym surowicy przeciwężcowej.

Badania doświadczalne, jak również spostrzeżenia kliniczne, stwierdziły fakt, iż stosowane do tej pory leczenie tęcza za pomocą wstrzykiwań podskórnych właściwej surowicy bywa uwieńczone powodzeniem jedynie w tych ra-

zach, w których objawy choroby nie rozwinęły się jeszcze; w przeciwnym zaś razie zawsze otrzymujemy zejście śmiertelne. Na ostatnim zjeździe higienistów w Madrycie Roux i Borrel wyjaśnili tę kwestę w następujący sposób. Toksyny tężca, dostawszy się do ustroju, tylko przez czas bardzo ograniczony krążą we krwi, potem zaś całą swoją masą zbierają się w ośrodkach mózgowych, przesycając sobą ich komórki. Wobec tego rzecz jasna, iż surowica przeciwtężcowa, będąc wstrzykniętą podskórnie, przez czas długi pozostaje w naczyniach krwionośnych i nie może zetknąć się z toksynami, a, co za tem idzie, zwalczyć ich. Ztąd wniosek, iż należy surowicę wstrzykiwać bezpośrednio do mózgu. Zrobiono doświadczenia na szeregu zwierząt i otrzymano wyniki w zupełności zadawalniające. Metoda ta, zastosowana u chorego z klasycznymi objawami tężca, została uwieńczona zupełnym wyzdrowieniem. Wstrzyknięcia dokonano w ten sposób, iż wytrepanowano w czaszce z obu stron otwory na 8 ctm. nazewnątrz od zewnętrznego obwodu gałki ocznej, wsadzono igłę szprycy do zrazu czołowego na głębokość 6 ctm. i kropla po kropli wpuszczono 1 ctm. sześć. płynu.

(*La Presse Médicale*. 1898. Nr. 51).

E. Lewenstern.

148. Krokiewicz. Dwa przypadki tężca urazowego, z których jeden leczono wstrzykiwaniem zawiesiny mózgowej, a drugi surowicy przeciwtężcowej.

Teorya EHRLICH'a, sprowadzająca istotę uodpornienia do pokrewieństwa chemicznego między toksynami i pewnymi komórkami ustroju, i stwierdzone doświadczenia przypuszczenia dedukcyjne odnośnie do jadu tężca i tkanki mózgowej pozwoliły autorowi zastosować te zdobycze naukowe do celów praktycznych.

Kobieta 46-letnia we 2 tygodnie po urazie [drzazga w palcu ręki] dostała pierwszych objawów tężca; te ostatnie wzmagały się coraz bardziej, a szczególności doszedł do tego, że uniemożliwił zupełnie przyjmowanie pokarmów. Po tygodniu takiego stanu chora zgłosiła się do szpitala, gdzie niezwłocznie przystąpiono do wstrzykiwań podskórnych zawiesiny, przygotowanej ze świeżego mózgu cielęcą w 0,6% roztworze soli kuchennej z zachowaniem wszelkich wymagań aseptyki. W ciągu 8 dni, w odstępach 2 — 3-dniowych, zrobiono trzy wstrzyknięcia: za pierwszym razem wprowadzono 1,6 grm. istoty mózgowej, za drugim razem 8 grm., za trzecim—6 grm.. Żadnych energicznych środków uspokajających nie dawano; przeciwnie, leczenie pomocnicze składało się z 0,5 *coffeini natr. salicyl.* i 30 kropeł *t-rae Strophanti pro die*; oprócz tego lawatywy i środki czyszczące naprzemian.

Wyraźna poprawa nastąpiła już po pierwszym wstrzyknięciu, a pod wpływem dalszych—objawy chorobowe ustępowały dość szybko i stale, tak, że po 2-tygodniowym pobycie w szpitalu chora wypisała się, jako zdrowa. W miejscu ukłuć [nie wszystkich] porozwijały się ropnie, które się zresztą goiły bez żadnych powikłań; w zawartości ich żadnych drobnoustrojów nie znaleziono.

Prawie jednocześnie obserwował autor drugi przypadek tężca [dotyczący 50-letniego mężczyzny], który, co do swej siły, mniej więcej odpowiadał pierwszemu. Zastosowana kilkakrotnie surowica swoista w ogólnej ilości 195 ctm. sześć. nie tylko nie wywarła żadnego skutku dodatniego, lecz przeciwnie znacznie pogorszyła stan chorego. Dopiero, gdy powrócono do środków symptomatycznych [*Coffeinum, Morphinum etc.*], nastąpiła poprawa, która zakończyła się wyzdrowieniem.

Ze względu na jeden tylko przypadek uleczonego tężca zawiesiną mózgową, wstrzymuje się autor od categorycznych wniosków, zachęca jednak do dalszych prób.

Powikłań w postaci zakażenia miejscowego, zdaniem K., uniknąć można przygotowując możliwie delikatną i znacznie rozcieńczoną zawiesinę.

(*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 34. 1898). Zdzisław Markiewicz.

149. Garnier. Przypadek tężca, wyleczonego wstrzyknięciem wewnętrznym antytoksyny.

Autor opisuje przypadek tężca, z pierwotnymi objawami szękościsku i umiarkowanej sztywności mięśni nóg i tułowia, w którym, pomimo dwukrotnego wstrzyknięcia surowicy przeciwężcowej do żyły [pierwszego zaraz dnia choroby 10 ctm. sześć. i trzeciego 20 ctm. sześć.], nie tylko nie nastąpiła poprawa w stanie zdrowia chorego, lecz przeciwnie objawy choroby stawały się coraz cięższymi. Czwartego dnia, gdy stan wydawał się już beznadziejnym, postanowiono, opierając się na zasadzie dodatnich rezultatów, jakie Roux i Borell otrzymywali u zwierząt, przystąpić do wstrzyknięcia surowicy w samą tkankę mózgową. Przed operacją jednak jeszcze wstrzyknięto pod skórę 20 ctm. sześć. surowicy.

Po dokonanej poprzednio trepanacji czaszki wstrzyknięcie zrobiono w obie półkule mózgu, w identyczne miejsca tkanki mózgowej na wysokości części czołowej mózgu, tuż przed brózdą ROLAND'a. Wstrzyknięto 6 ctm. sz. surowicy, po 3 ctm. sześć. z każdej strony. Użyto przytem surowicy suchej, którą rozpuszczono w surowicy sztucznej; 6 ctm. sześć. takiej surowicy odpowiada 15 ctm. sześć. zwyczajnej. Zaznaczyć wypada, iż, jako narkotyk, podczas operacji stosowano eter, którego dodatni wpływ przejawiał się w znacznym osłabieniu objawów choroby już podczas samej operacji. Zaraz następnego dnia zauważono, iż dalszy rozwój choroby nie nastąpił.

Nową dawkę surowicy, w ilości 20 ctm. sześć., wstrzyknięto pod skórę najjutrz po operacji i powtórzono ją, pomimo znacznego polepszenia się stanu zdrowia chorego, jeszcze drugiego i trzeciego dnia, a to w celu neutralizowania jadu, jaki mógłby wytworzyć się jeszcze w miejscu zakażenia. Poprawa następowała codziennie stopniowo, a w miesiąc po operacji chory, jako wyleczony najzupełniej, wypisany został ze szpitala. Ogółem surowicy w danym przypadku zużyto 116 ctm. sześć. Oprócz niej, w przeciągu pierwszych dwóch tygodni stosowano chloral w ławatywach w ilości — 8 grm. *pro die*. Ciekawem jest w danym przypadku to, że objawy mózgowie w postaci spokojnego bredzenia, snów i przejawień erotycznych—wystąpiły dopiero 10 dnia po operacji, a po paru dniach znikły zupełnie. Zjawisko to tłumaczy sobie autor nie tem nieznanym zniszczeniem tkanki mózgowej, jakie nastąpić mogło pod wpływem wstrzykiwania, lecz uważa je za objaw po długiej i trudnej operacji, wykonanej na osobniku nie młodym już [53 lata] z niewątpliwymi oznakami stwardnienia naczyń. W końcu artykułu autor, wobec tak dodatniego wyniku w swoim przypadku, uważa, że wstrzykiwanie surowicy do mózgowia, jako zabiegu operacyjnego, niema co się obawiać.

(*La Presse médicale*, 1898, Nr. 70).

W. Ettinger.

150. Robert. Przypadek tężca, leczonego wstrzykiwaniami wewnątrz-mózgowymi antytoksyny.

Autor obserwował przypadek tężca z pierwotnymi objawami silnego szękościsku i sztywności karku. Zaraz pierwszego dnia zalecono ławatywę z chloralu i wstrzyknięto 40 gramów surowicy przeciwężcowej pod skórę. Oprócz tego, wieczorem tegoż dnia przystąpiono do wstrzyknięcia surowicy w tkankę mózgu i uskuteczniło to w obie półkule mózgu, w miejscach identycznych, na wysokości części środkowej drugiego zawoju człowego. Użyto przytem surowicy suchej i wstrzyknięto 7 ctm. sześć. rozczyntu jej w surowi-

cy sztucznej. Dla narkozy podczas operacji użyto chloroformu, przyczem nie tylko nie obserwowano osłabienia objawów choroby, jak to było w przypadku GARNIER'a, w którym użyto eteru, lecz, przeciwnie, zaznaczono podczas operacji skurcz prawego ramienia, czego przed operacją nie było. Polepszenie nie nastąpiło i następnego ranka; podczas gwałtownych drgawek konwulsyjnych chorey skołał.

W danym przypadku autor zwraca uwagę na to, że ciepłota, pomimo tak ciężkiego i raptownego przebiegu choroby, nie podniosła się po nad 38,6°. Podczas badania pośmiertnego znaleziono na miejscu trepanacji nieznaczny podskórny wylew krwi; na *pia mater* ze strony prawej drobną wybroczynę, wielkości łepka od dużej szpilki, z lewej zaś — wylew, wielkości jednofrankowej monety. Po obnażeniu substancyi szarej i jej opon, znaleziono z lewej strony nieznaczne uklucie, z prawej zaś — aż dwa uklucia jednej i tej samej objętości. Na rozkroju mózgu, z lewej strony daje się zauważyć nieznaczne bardzo wklęśnięcie, z prawej zaś strony, pod korą mózgową — ognisko, wielkości dużego orzecha, o gładkich ściankach, wypełnione krwią. Narządy wewnętrzne nie charakterystycznego nie przedstawiają. Autor nie przypuszcza, by zaznaczone uszkodzenia w mózgu, jako umiejscowione w pasie obojętnym, mogły wyrzucić jakiś wpływ na przebieg i zejście choroby.

(*La Presse médicale*, 1898. Nr. 72).

W. Ettinger.

151. L. Ombrédanne. Przypadek tężca, leczonego wstrzykiwaniem we wnętrz-mózgowem antytoksyny.

Autor opisuje przypadek tężca u jedenastoletniego chłopca, u którego stanowcze rozpoznanie postawiono dopiero na szósty dzień po przybyciu do szpitala. Początkowo przypuszczano *meningitis cerebro-spinalis*, gdyż jedynymi objawami choroby były: ból głowy, nieznaczny skurcz mięśni krzyża i karku. Gdy wystąpił szczykościsk, skurcz mięśni karku, krzyża, tułowia, brzucha i skurcze w kończynach i gdy rozpoznanie tężca przestało ulegać wątpliwości, przystąpiono do leczenia surowicą. Przedewszystkiem wstrzyknięto 40 ctm. sześć surowicy przeciwtężcowej pod skórę brzucha i tegoż dnia jeszcze przystąpiono do wstrzyknięcia jej w tkankę mózgu, a mianowicie w drugie zawoje czołowe. Wstrzyknięto 3 ctm. sześć. [=7]. Operacja skutków ujemnych nie wywarła. Wieczorem tego samego dnia zauważyć można było niejaki stan pobudzenia chorego; każdy szmer wywoływał drgawki toniczne; objawy zaś fizyczne pozostały bez zmiany.

Następny dzień znowu bez zmiany; pod skórę brzucha wstrzyknięto nową dawkę surowicy w ilości 20 ctm. sześć.. Na drugi dzień po operacji na skórze tułowia i ud wystąpiła czerwona wysypka, która w przeciągu paru dni znikła. Od trzeciego dnia po operacji datuje się stopniowa poprawa w stanie zdrowia chorego, tak, że dziesiątego dnia mógł już przy obcej pomocy chodzić po trochu, a 25-go wypisał się zupełnie zdrów.

Pierwsze objawy choroby wystąpiły w dziesięć dni po skaleczeniu kolana. Autor podkreśla, że w danym przypadku tężec leczonym był jedynie surowicą i zaznacza, iż dziecku 11-letniemu, w przeciągu 36 godzin, wprowadzono do ustroju 67 ctm. sześć. surowicy bez wywołania, za wyjątkiem nieznacznej wysypki (*erythema*), jakichkolwiek powikłań.

(*La Presse médicale*, 1898. Nr. 72).

W. Ettinger.

152. Heckel i Reynès. Przypadek tężca, leczonego wstrzykiwaniem we wnętrz-mózgowem antytoksyny.

Autorowie przystąpili do operacji wstrzyknięcia surowicy w tkankę mózgową dopiero w 44 godziny po wystąpieniu pierwszych objawów tężca. Stan

chorego był już groźny: szczękościsk zupełny, sztywność nóg, stężenie niektórych mięśni wydechowych, ciepota 38,5, tętno 120, oddech 50. Operację wykonano pod chloroformem, który, zarówno podczas samej operacji, jak i po niej, zdaje się, wywarł na chorego o tyle dodatni wpływ, iż objawy tężca na czas pewien znacznie osłabły. Podczas samego wkłuwania igły w tkankę mózgową autorowie obserwowali znaczny upadek tętna, oddechu i chwilowe zwięźlenie żreńnic, sami jednak zaznaczają, że objawy mózgowie mogą być tu różne, w zależności od miejsca wkłucia, wielkości igły i szybkości, z jaką wykonywa się samo wstrzyknięcie.

Po operacji poprawa była tylko chwilowa; wieczorem sztywność kończyn, krzyża, brzucha, klatki piersiowej i karku, jako też szczękościsk, powiększyły się już znacznie, drgawki toniczne powtarzały się często. Nazajutrz wstrzyknięto, z powodu upadku ciśnienia wewnątrz-naczyniowego, 500 ctm. sześć. surowicy sztucznej, a nadto 20 ctm. sześć. surowicy przeciwtężcowej pod skórę; trzeciego dnia jeszcze raz powtórzono dawkę surowicy przeciwtężcowej w ilości 20 ctm. sześć., a, pomimo to, stan chorego nie polepszał się ani trochę. Trzeciego dnia wieczorem chory zmarł. Ujemny wynik leczenia autorowie tłumaczą tem, iż jad tężcowy wywołał już zbyt duże zmiany w komórkach nerwowych, a surowica nie jest w stanie odrodzić tego, co zostało już zniszczone.

Autorowie zaznaczają, że występowanie objawów klinicznych tężca nie jest dopiero początkiem choroby, lecz już początkiem śmierci chorego. Wyleczenie przy stosowaniu surowicy następuje wtedy, gdy krążący w ustroju jad tężcowy nie był jeszcze dostatecznym dla zabicia żywotnych komórek nerwowych, a wstrzykiwana surowica zobojętniała ten jad, który tworzył się na miejscu zakażenia. Wychodząc z tego założenia, autorowie radzą natychmiastowe usunięcie miejsca zakażenia i, o ile możności, wczesne stosowanie surowicy.

Różna długość okresu wylegania, jako też różne przejawianie się objawów chorobowych pozwalają autorom na odróżnianie w tężcu formy przewlekłej, podostrej, ostrej i galopującej. Pierwsze dwie formy poddają się seroterapii najzupełniej, trzecia daje rezultaty bardzo wątpliwe, w czwartej zaś ratunku niema żadnego i tylko przez ludzkość autorowie zalecają stosować w takich razach morfinę i chloral. Oprócz wyżej wymienionych form tężca, autorowie odróżniają jeszcze inne formy, jako to: tężec pochodzenia wewnętrznego, tężec po porodzie, tężec noworodków, tężec dzieci ze spazmem krtani, tężec maciczny, tężec mózgowy Ros'a, w którym rokowanie należy stawiać wątpliwe.

Na zakończenie autorowie zaznaczają, iż cała operacja wstrzykiwania surowicy w tkankę mózgową niebezpieczeństwa nie przedstawia żadnego i mogłaby dawać dobre rezultaty, gdyby stosowaną była w odpowiednim czasie.

(*La Presse médicale*, 1898. Nr. 74).

W. Ettinger.

153. Delmas. Przypadek tężca, leczonego wstrzykiwaniem wewnątrz-mózgowem antytoksyny.

Autor opisuje przypadek tężca, w którym pierwsze objawy choroby wystąpiły siódmego dnia po skaleczeniu prawego przedramienia. Skaleczenie owe wywołało jednocześnie otok ropny (*phlegmone*) ręki prawej. Pierwszego dnia, przy objawach tylko szczękościsku i sztywności mięśni karku, zalecono brom z chloralem. Skutek tych środków leczniczych, stosowanych i dnia następnego, był krótkotrwałym i objawy tężca stale się wzmagaly. Następnego dnia przed wieczorem zdecydowano się na wstrzyknięcie surowicy w tkankę mózgu, czego dokonał sam Roux. Przedewszystkiem wstrzyknięto 20 ctm. sz. surowicy pod skórę z lewej strony i z prawej strony pępka, a następnie wstrzyknięto ją w tkankę mózgową na wysokości drugiego zrazu czołowego jednej

i drugiej półkuli. Operacji dokonano pod chloroformem. Zauważono podczas narkozy, że objawy choroby złagodniały bardzo, zaraz zaś po przebudzeniu chorego w stanie jego zdrowia nastąpiło znaczne pogorszenie. Szczękościsk i stężenie mięśni karku, tułowia i nóg stopniowo powiększały się, drgawki toniczne powtarzały się coraz częściej i w trzynastcie godzin po operacji chory zmarł.

Na sekcji znaleziono w miejscu wstrzyknięcia surowicy w tkance mózgu ślady ukłucia igły wraz z bardzo nieznacznym wylewem krwawym; z lewej strony, oprócz tego, znaleziono, tuż obok ukłucia, wkłęsnięcie, wielkości grochu, wypełnione krwią. Po za tem nic szczególnego. W narządach wewnętrznych wykryto: gruźlicę wierzchołka prawego płuca, gruźlicę gruczołów około oskrzelowych i początki zapalenia nerek. W płynie, wziętym z rany prawego przedramienia, wykryto obecność bakterii ropotwórczych, pałeczek NICOLAÏER'a i innych gatunków mikrobów.

Powyższy przypadek nastęrcza autorowi następujące uwagi: tam, gdzie obecność rany wzbudzić może podejrzenie zakażenia tężcowego, należałoby stosować wstrzykiwania zapobiegawcze surowicy; jeżeli zaś wystąpiły już pierwsze objawy tężca, to wstrzyknięcie surowicy metodą ROUX'a i BORELL'a należy wykonać niezwłocznie; od szybkości bowiem podania tej pomocy zależy rokowanie. O leczniczym znaczeniu wstrzykiwań surowicy w tkankę mózgową autor na zasadzie swego przypadku stanowczego sądu nie wyraża.

(*La Presse médicale*. 1898. Nr. 77).

W. Ettinger.

154. Vincenci. O antytoksykcyjnych własnościach żółci zwierząt, zatrutych jadem tężcowym.

Autor zaznacza przebieg i wynik doświadczeń nad własnością antytetaniczną żółci zwierząt, zmarłych wskutek zakażenia jadem tężcowym.

Doświadczenia swe przeprowadził na szeregu świnek morskich i królikach.

Chcąc się przedewszystkiem przekonać, czy żółć zwierząt zdrowych, nie zakażonych jadem tężcowym, ma jakiegokolwiek własności zobojętniania tego jadu, V. wstrzykiwał mieszanekę z określonej ilości żółci świeżej i jadu tym zwierzętom.

Zwierzęta po kilku dobach ginęły wśród objawów tężca.

Następnie przechodził do dalszego szeregu doświadczeń. Ze zwierząt, zakażonych jadem tężcowym i zmarłych po upływie 3 lub 4 dni od daty zakażenia, wydobywał żółć i, zmieszawszy określoną jej ilość z pewną dawką jadu tężcowego, wstrzykiwał zwierzętom zupełnie zdrowym. Wszystkie te zwierzęta pozostały przy życiu.

Natomiast, gdy używał do mieszanki żółci zwierząt, zmarłych dopiero po pięciu i więcej dniach, lub tych, które udało się utrzymać przy życiu, otrzymywał zawsze wyniki ujemne; zwierzęta ginęły po kilku dobach przy objawach tężca. Wyniki doświadczeń były jednakowe bez względu na to, czy robiono wstrzykiwania pod skórę, czy do żył.

(*Berl. klin. Woch.* 1898).

Eug. Tryjarski.

155. Radziejewski. Obecny stan nauki o nadnerczu i jego czynnościach.

Choroba ADDISON'a już 50 lat temu nastęrczyła VIRCHOW'owi sposobność zwrócenia uwagi na własności chemiczne barwnika nadnerczy. Na podstawie swych badań przyszedł on do wniosku, że wspomniana substancja jest bardzo podobną do breznkatechiny. Od tej chwili datuje się cały szereg prac podjętych w kierunku otrzymania barwnika w stanie czystym i określenia jego natury chemicznej. Lecz do tej pory pozostaje nierozstrzygniętą z bezwzględ-

dną pewnością kwestya, czy zasadnicza reakcyja z chlorkiem żelaza [sok nadnercza + Fe_2Cl_6 daje zabarwienie zielone] zależy od samej brenzkatechiny, czy też od jakiegoś pokrewnego jej ciała. Ostatnia możliwość zdaje się być bardziej prawdopodobną. Na ten punkt sporny nie rzuca i autor nowego światła, lecz zaszedł dalej od swych poprzedników pod względem drugiej połowy zadania.

Wprowadziwszy do dotychczasowych zabiegów laboratoryjnych własne ulepszenia, zdołał otrzymać możliwie wolny od wszelkich domieszek [inozyt, sole zasadowe, produkty białkowe] czerwono-brunatny proszek, który został użyty do badań fizyologicznych.

Jeden centymetr sześcienny jego roztworu wodnego [10%], wprowadzony do żyły, zaczyna po 15 sekundach podnosić ciśnienie krwi, które po 10 następnych dosięga szczytu i pozostaje na nim około 3 minut, poczem zostaje wyrównane w ciągu 15. Doświadczenie to daje się powtórzyć dowolną ilość razy, przez co podniesione ciśnienie można utrzymać przez czas dłuższy na najwyższym stopniu. Zjawisku temu towarzyszy w początkowych okresach zwolnienie tętna, które później staje się przyspieszonym. Bradykardii nie spostrzega się jednak po dawce atropiny lub przecięciu nerwu błędnego, z kąd wnosić należy, że wstrzyknięta substancya atakuje ośrodek *n. vagi*. Dawki podskórne muszą być 50 razy większe. *Per os* nie wywołuje się żadnego efektu.

Opisane zmiany w ciśnieniu krwi zależą wyłącznie od obwodowego wpływu na światło naczyń i na serce: działaniu nadnercza ulega muskulatura ścian, *resp.* ośrodki BIDDER'a. Ośrodki naczynioruchowe nie grają tu żadnej roli, jak wykazał przebieg doświadczeń z przecięciem części szyjowej rdzenia i znieszeniem rdzenia przedłużonego. Zwężanie się naczyń można wykazać za pomocą pletysmografu, a skrócze serca, niemal powstrzymanego w swym ruchu długim działaniem chloralu, obserwować bezpośrednio. W tym ostatnim przypadku ma się prawo mówić o pewnego rodzaju wskrzeszaniu. Jeżeli bowiem na serce zwierzęcia do tego stopnia zatrute [naparstnica, wstrzykiwania soli kuchennej pozostają bez wpływu] nawet po 5 minutach podzielać wyciągiem nadnercza, to już po upływie 5 sekund następuje nader energiczne działanie organu. Okoliczność ta nie powinna być bez znaczenia dla narkozy chloroformowej.

Co się tyczy działania miejscowego wyciągu nadnercza, to autor, jako okulista najbardziej interesował się odczynem ze strony błon śluzowych.

Na zasadzie 500 przypadków z własnej praktyki, zaleca R. gorąco omawiany wyciąg w roztworze 10—50% [wpuszczanie kilku kropel] we wszystkich przypadkach, w których chodzi o szybkie usunięcie przekrwienia urazowego łązniczy: po $\frac{1}{2}$ lub 1 minucie następuje całkowita jej bezkrwistość.

Swoistych własności leczniczych środek ten nie posiada, może być jednak bardzo pomocnym obok innych [ezeryna, atropina], przyspieszając ich wpływ dodatni.

Uwzględniając własności fizyologiczne nadnercza, zapatruje się autor na chorobę ADDISON'a, jako na cierpienie nerwu sympatycznego. Ten ostatni, jak wiadomo, utrzymuje w pewnym stałym napięciu naczynia—zwęża je przez podrażnienie, rozszerza wskutek porażenia. Jeżeli przyjmiemy pod uwagę, że nerw ten, pozostający w najściślejszym związku anatomicznym z chorem nadnerczem, będzie otrzymywał od niego ciągle podrażnienia, łatwo zrozumiećmy tak typową dla *bronzed skin* niedokrwistość i osłabienie siły mięśniowej.

156. K. Faber. O ościach, jako ciałach obcych w kiszkiach i o trawieniu kości.

Autor podaje 5 przypadków znalezienia ogromnej stosunkowo ilości ości w kiszkiach. Pomimo że znajdowano najrozmaitsze przedmioty w kiszkiach, jednak dotychczas nie było nigdzie wzmianki w literaturze o tego rodzaju ciałach obcych.

Tedy tylko POLLARD, lekarz amerykański, znalazł raz wypadkowo w *caecum* kilkanaście ości, które spowodowały zniszczenie zastawki BAUHIN'a.

Przypadek własny autora dotyczył 59-letniego mężczyzny, od trzech lat cierpiącego na biegunkę. Chory przez kilka miesięcy leżał w szpitalu i od czasu do czasu wydalal wraz ze stolcem pewną ilość ości rybich, długości 2—3 ctm.. Ogółem wyszło przez ten czas 1535 ości. Chory wypisał się zupełnie zdrów.

Następne trzy przypadki dotyczyły również ludzi starszych wiekiem i nie przedstawiały nic osobliwego; w każdym z nich znaleziono pewną ilość ości, zbitych z kałem w kłębek w tem lub innem miejscu kiszki przy objawach zapalenia kiszki lub biegunki i bólu w rozmaitych okolicach brzucha.

Piąty zaś przypadek dotyczy 13-letniego chłopca i przedstawia się bardziej interesująco. Chory przez bardzo długi czas, o ile zapamiętać może, uskarżał się na ból kłujący w dole biodrowym i prawej okolicy lędźwiowej, występujący tylko podczas ruchów i oddawania moczu. Wypróżnienia zwykle dwa razy dziennie, nieco rzadkie.

I w tym przypadku znaleziono ości w stolcu. Po wydaleniu ich zwykłym sposobem *per rectum* w ilości kilkudziesięciu, chory wypisał się zupełnie zdrów.

W każdym z tych przypadków przyczyną stanu niezżytowego kiszki były kule zbite, dość twarde, składające się z ości i kału. Chcąc dociec przyczyny, z powodu której ości pozostały niestrawionemi, autor wykonał szereg doświadczeń nad sokiem żołądkowym i trzustkowym, przyczem skonstatował, że sok trzustkowy nie działa wcale na ości, sok zaś żołądkowy rozpuszcza je tylko wtedy, gdy zawiera dostateczną ilość kwasu solnego. Następne próby, wykonane na 24 chorych, z których u 12 skonstanowano stałą obecność kwasu solnego w soku żołądkowym, u 12 zaś wykazano brak jego lub niewielką ilość, najzupełniej potwierdziły pogląd autora na doniosłe znaczenie kwasu solnego w kwestyi trawienia kości. Powyższych chorych przez czas doświadczeń karmiono rybami. Nie zadawałnając się wynikami prób, czynionych na ludziach, autor zasięgał wiadomości i u weterynarzy i dyrektorów zwierzyńców. Na zasadzie całego zebranego materyału, dochodzi do wniosku, że obecność kwasu solnego i to w dość znacznej ilości jest warunkiem niezbędnym dla trawienia kości, w przeciwnym zaś razie albo zatrzymują się one w jakimkolwiek miejscu kiszki, albo zostają wydalane na zewnątrz w stanie zupełnie niezmiennym.

(*Borl. klin. Woch.* 1898. Nr. 35).

Eug. Tryjarski.

157. E. Leques. O nacieczeniu płucnem w malaryi.

Stosunkowo często malarya ukazuje się pod postacią zapalenia płuc, które może się zupełnie rozwinąć, albo też zatrzymać w pierwszym swoim okresie i wtedy przedstawia poważne trudności rozpoznawcze, szczególnie jeżeli się umiejscowi w wierzchołkach, gdyż w takim razie łatwo może być przyjętą za gruźlicę.

H. DE BRUN pierwszy zauważył, że często przyczyny tak zwanej gruźlicy wierzchołków należy szukać nie w lasecznikach KOCH'a, lecz w pasożytach malarycznych. Pogląd ten poparł on 27 obserwacyami, w których te rze-

kome gruźlice pod wpływem chininy ustępowały. SOKOŁOWSKI i DUNIN także wspominali o chorobach płuc, leczonych chininą z doskonałym rezultatem. Według H. DE BRUN'a objawy wysłuchowe i opukowe są te same przy nacieczeniu płuc malarycznym, co i przy gruźlicy w fazie przedrozpadowej. Charakterystykę jednak nacieczenia malarycznego ma jakoby stanowić podmuch przy wydechu, brak plwociny i brak rzężeń. Kaszel występuje często i jest bardzo męczący; gorączka, której często towarzyszą krwotoki, zjawia się napadami. Objawy te występują wraz z innymi właściwymi malarii i dają obraz choroby, którą BRUN nazywa „*pneumo-paludisme du sommet*“. Przy rozpoznaniu tej choroby napotyka się bardzo poważne trudności, których rozwiązania należy zawsze i jedynie szukać w preparatach chininy, gdyż nawet obecność pasożytów malarycznych we krwi nie rozstrzyga kwestyi, czy mamy do czynienia z gruźlicą; łatwo bowiem przypuścić współistnienie dwóch chorób: gruźlicy i malarii.

Jeżeli zaś objawy chorobowe w płucach ustępują pod wpływem użycia chininy, to wszelkie wątpliwości co do istoty choroby muszą być usunięte.

To jest pogląd H. DE BRUN'a. Pan G. LEQUES pogląd ten potwierdza, dodając do licznych obserwacji H. DE BRUN'a obserwację, zebraną na swym oddziale. Spostrzeżenie to dotyczyło marynarza, który długo cierpiał na malarię, u którego wystąpiły objawy kliniczne gruźlicy, umiejscowionej najpierw w prawym, a następnie w lewym wierzchołku. Laseczników Kocira nigdy nie znaleziono, natomiast znaleziono i w plwocinie i we krwi liczne plazmodye malaryczne.

Przy używaniu chininy stan chorego kilkakrotnie bardzo się polepszył, zawsze jednak choroba powracała z dosyć znaczną siłą, aby wyniszczyć zupełnie ustrój chorego i wreszcie spowodować śmierć, która nastąpiła po silnym napadzie kaszlu i duszności. Sekcyja wykazała znaczne powiększenie śledziony, nacieczenie w obu wierzchołkach płuc; zmian gruźliczych w obu płucach ani śladu nie znaleziono, ztąd wniosek, że wszystkie objawy chorobowe przyżyciowe były zależne od pasożytów malarycznych.

(*Revue de médecine*, Nr. 21. 1898 r.).

Stanisława Włodek.

Towarzystwa lekarzy prowincjonalnych.

Towarzystwo Lekarskie m. Łodzi.

— * — * —

Posiedzenie z dnia 16 kwietnia r. b..

PINKUS zawiadomił o 160 przypadkach chorób zakaźnych, panujących w Łodzi od 1 lutego do 1 marca b. r.

L. BONDY wygłosił odczyt „O ujemnych skutkach ubocznych zastrzyknięcia surowicy przeciwbłonicowej“. Na podstawie danych statystycznych i literatury przedmiotu przychodzi do wniosków następujących:

I. Jest niewątpliwem, iż po wprowadzeniu seroterapii wysypki są znacznie częściej spostrzegane w przebiegu błonicy, niż poprzednio. Wysypki te są wczesne, które się zjawiają na 1—4 dzień, i późniejsze, występujące na 10—13 dzień po wstrzyknięciu lub znacznie później. Należą tu najróżnorodniejsze wykwity: podobne do różyczki, odry, błonicy, pokrzywki; rumień wielopostaciowy prosty (*exanth. multif. simpl.*) lub większy (*exudat.*), petocie małe i duże, z krwawieniem z otworów ciała lub bez niego i t. d. Wszystkie wysypki mogą się wikać wzajemnie i przechodzić jedna w drugą. Żadna jednakoż postać wysypkowa nie jest nowością w przebiegu błonicy. Co się tyczy przebiegu wysypek, to: 1) nie spowodowały one ani razu śmierci, 2) rzadko

bardzo wpływają ujemnie na stan ogólny chorego, 3) czasami bywają połączone z mniejszym lub większym podwyższeniem ciepłoty i 4) mają skłonność do nawrotów. Odsetek wysypek u różnych autorów waha się w bardzo szerokich granicach [u БАНКЕ'go daje tylko 1%, w londyńskich szpitalach 45%]. Różnica ta jest prawdopodobnie wynikiem: 1) składu surowicy danego konia — mniej lub więcej indywidualnego i 2) mniejszej lub większej ilości surowicy, użytej do wstrzyknięcia. Wiadomo [СОННЕИМ], że obca krew bezpośrednio wywiera zgubny wpływ na ściany naczyń krwionośnych i ciałka krwi, a w większych ilościach wywołuje nawet hemoglobinemię, czem łatwo się tłómaczą przypadki petoci, krwawiaczki i t. p. po wstrzyknięciu surowicy. Dowiedzionem jest dalej, że wysypka się zjawia też po wstrzyknięciu surowicy MARMORKA (RICHARDIÈRE), a nawet zwyczajnej końskiej surowicy [BERTIN], więc antytoksyna przeciwbłonicowa, jako taka, nie wpływa na zjawienie się wysypek po wstrzyknięciu jej.

II. Powstawanie ropni po wstrzyknięciu jest rzeczą przypadkową, niezależną od surowicy, lecz jest wynikiem niezachowania prawideł antyseptyki.

III. Co do petoci, krwawiaczki, krwawych wymiotów i wypróżnień, oraz innych ciężkich zaburzeń narządów trawiennych, to były one obserwowane przed seroterapią, towarzysząc niekiedy przypadkom ciężkiej, septycznej błonicy; obecnie występują, jak się zdaje, nieco częściej, będąc w zależności czy to od wstrzyknięcia nadmiernej ilości surowicy końskiej w stosunku do ogólnej masy krwi dziecka, czy to od zaniechania oczyszczeń jamy ustnej i gardzieli, wskutek czego polykane masy rozpadowe i błony wywołują ciężkie objawy ze strony przewodu pokarmowego.

III. Bóle stawowe i mięśniowe zjawiają się niekiedy na 10 — 14 dzień po wstrzyknięciu, towarzysząc wysypkom [pokrzywce i *eryth. multif.*]. Bóle, aczkolwiek czasami są dość dotkliwe i połączone z podwyższeniem ciepłoty, przemijają prędko i rzadko kiedy towarzyszą im zmiany obiektywne. Autorowie przypisują je surowicy chorych krwi.

IV. Co do wpływu surowicy na nerki, to dane statystyczne są w tym względzie tak sprzeczne, że na podstawie ich nie można sobie wyrobić o nim jasnego pojęcia. Tacy jednak pedyatrycy, jak: BAGINSKY, HEUBNER, ESCHERICH, FIŁATOW, zgodnie przeczą, aby surowica miała jakikolwiek ujemny wpływ na nerki, naodwrot — częstokroć obserwowano dodatni. FIŁATOW ostrzega przed stosowaniem surowicy karbolizowanej, twierdząc, że nie może pozostać bez ujemnego wpływu na nerki wprowadzenie do organizmu z surowicą 0,035 do 0,07 czystego kwasu karbolowego, gdyż najwyższą dawką dla dorosłego jest 0,06.

V. Porażenia i bezwład oddzielnych grup mięśniowych po błonicy, wbrew twierdzeniu przeciwników seroterapii [SØRRENSEN], występują obecnie rzadziej, niż poprzednio, u BAGINSKY'ego, np. przed zastosowaniem surowicy odsetek paraliżów wynosił 6,8%, obecnie 5,14%, pomimo większego procentu wyzdowień po błonicy.

VI. Również dodatni wpływ ma surowica na serce: BAGINSKY przed seroterapią spostrzegał zaburzenia sercowe za życia w 26 46%, zapaść zaś i śmiertelne porażenie serca w 19,9%; obecnie pierwsza kategoria wynosi u niego 49,33%, druga *exitus letalis* — wszystkiego 5,69. Surowica więc osłabia jad błonicowy, dzięki czemu zamiast śmiertelnych porażań serca przychodzą lekie, uleczone zmiany jego.

VII. Co się tyczy najcięższego zarzutu, stawianego surowicy, mianowicie, że wstrzyknięcie jej w pewnej liczbie przypadków było bezpośrednią przyczyną śmierci, to wobec zbyt małej liczby tych przypadków i braku, niedostateczności w tym względzie danych sekcyjnych, niemożliwym jest wysledzenie tu związku przyczynowego.

VIII. Z innych zarzutów, robionych surowicy, trzeba zaznaczyć zarzut, iż czyni ona organizm mniej odpornym na zarazki błonicy i odry [Wojnow] i sprzyja wybuchowi ukrytej gruźlicy.

STERLING zaznacza, co następuje. Nie tylko jakość surowicy końskiej jest przyczyną powikłań; odgrywać tu muszą rolę i właściwości osobnicze chorych. U dwojga dzieci kol. S., którym zastosowano surowicę, wystąpiły: wysypka, obrzęk stawów, gorączka. Też samą surowicę [źródło, data] w tymże czasie S. stosował dwojgu innym dzieciom, starszym niż jego i żadnych objawów ubocznych nie widział. Ropnie podskórne zależą nie tylko od braku zabiegów odkażających. Ilość znaczna płynu, wprowadzona pod skórę, działa mechanicznie. Jeśli obecnie na każde 100 zmarłych od błonicy porażenie serca, jako przyczyna bezpośrednia śmierci, rzadziej się zdarza, niż w epoce przedsurowiczej, natenczas zgon przez inne „wrota śmierci“ częściej być musi, niż dawniej. Należałoby z kolei zbadać, przez które „wrota“ śmierć przy błonicy obecnie częściej, niż dawniej, przychodzi.

W odpowiedzi BONDY przypomina, że, mówiąc o przyczynach pojawiania się wysypek, wspominał także o skłonności do nich dzieci w ogóle.

SONNENBERG sądzi, że prócz warunków wymienionych przez BONDĘGO, a mających wywoływać uboczne działanie surowicy, należałoby, być może, podejrzewać i nieczystość preparatu surowicy, w tem znaczeniu, że zawiera ona prawdopodobnie nieraz drobnostroje. Otóż, choćby te ostatnie były mało lub wcale niezłusliwe, jednakże ich produkty przemiany materji, wprowadzone wraz z surowicą do krwiobiegu, nie mogą pozostawać dla ustroju obojętnymi i przejawiają swój wpływ w ten lub inny sposób. S. widywał nieraz surowicę, która już na oko robiła wrażenie zanieczyszczonej.

PINKUS zauważył, że twierdzenie STERLINGA, iż obecnie zgon przy błonicy przez inne „wrota śmierci“ częściej być musi, ponieważ porażenie serca, jako przyczyna bezpośrednia śmierci, dzięki surowicy rzadziej się zdarza, jest niesłuszne, mianowicie dla tego, że surowica, zmniejszywszy procent śmiertelności od błonicy wogóle, przez to właśnie zmniejszyła zarówno ilość przypadków śmierci od porażenia serca, jak i przez inne wrota, co też wykazuje odnośna statystyka.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku Zeszyt III Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego za r. b., zawierający prace: E. KOWALSKIEGO, J. LUXENBURGA, E. BIERNACKIEGO, J. SUNDERLANDA, protokoły posiedzeń Towarzystwa od d. 7. VI do d. 6. IX r. b. wreszcie „Sprawozdanie z obrotu i stanu funduszów Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych, po lekarzach pozostałych za r. 1897“. Zeszyt ten, wydany 24. IX r. b., obejmuje 253+IV stron druku; prace w nim umieszczone zasługują na szczególne wyróżnienie. Niektóre z nich będą streszczone w jednym z najbliższych N-rów Gazety Lekarskiej.

— W tych dniach wydany został potrójny zeszyt [Nr. 115, 116 i 117] „Odczytów klinicznych“, zawierający pracę STANISŁAWA KAMIĘŃSKIEGO p. t.: „O właściwościach fizjologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii“. Treść odczytu: I. „Wstęp“. Czy pedyatria jest specjalnością? Znaczenie pedyatrii dla ogólnego wykształcenia lekarskiego. II. „Dane anatomiczne“. Małość dziecka i jej następstwa. Stosunek górnej połowy ciała do dolnej. Narządy i tkanki, nie spotykane u ludzi dorosłych. Stosunek wielkości różnych narządów u dzieci i dorosłych. Niektóre właściwości w budowie narządów i tkanek u dzieci. III. „Dane fizjologiczne“. a) „Trawienie u dzieci“. Pojemność narządów trawienia. Trawienie w ustach. Trawienie w żołądku. Trawienie mleka kobiecego i krowiego. Własności bakterjologiczne soku

żołądkowego u ssawców i dzieci. Trawienie w kiszkiach. Sok trzustkowy, żółć. Skład kału u dzieci. Wpływ budowy anatomicznej kanału pokarmowego u dzieci na wchłanianie. Gazy kiszkowe. *b)* „Oddechanie“. Częstość oddechów. Typ oddechowy. Pojemność i opróżnianie płuc. Przemiana gazów w płucach. *c)* „Krew i krążenie“. Częstość tętna. Ilość krwi. Skład krwi dziecięcej. Ciężar właściwy. Szybkość krążenia krwi. Praca mechaniczna serca. Ciśnienie krwi. *d)* „Wydzielanie moczu“. Ilość dobową moczu w różnych okresach życia. Mocz w pierwszych okresach życia. Wzmoczone wydzielanie nerkowe u dzieci. Sprawność nerek w dzieciństwie. Skład moczu dziecięcego. Infarkty moczanowe. *e)* „Czynności skóry i regulacja ciepła“. Przejew skóry. Odmienny skład tłuszczu dziecięcego. Większa wrażliwość skóry dziecięcej na wpływy zewnętrzne. Regulacja ciepła. Straty ciepła przez powierzchnię skóry. *f)* „Układ moczowy i mięśniowy“. Wpływ budowy anatomicznej ośrodków nerwowych na czynności fizjologiczne. Mniejsza wrażliwość nerwów czuciowych. Brak czynności hamujących. Przewaga odruchów. Odruchy kloniczne łatwo przechodzą w toniczne. Ruchy społeczne i inne, właściwe dzieciom. Brak koordynacji. Siła mięśniowa. Układ nerwo-mięśniowy dziecka ma cechy układu zmęczonego. Przypuszczalne znaczenie nadnerczy. *g)* „Przemiana materii i wzrost“. Szybka przemiana materii u dzieci. Bogactwo tkanek w wodę. *h)* „Ogólne cechy ustroju dziecięcego“. Nieprzystosowanie budowy do czynności. Zbyt wielkie napięcie spraw życiowych, nie odpowiadające potrzebom. Szerokość wahań czynności fizjologicznych. Równowaga niestała. Stopniowe doskonałanie się czynności narządów. Prawo ćwiczenia. IV. „Zastosowanie poprzednich danych do patologii i terapii“. *a)* „Choroby narządów trawienia“. Łatwość przepelnienia żołądka u dzieci. Choroby jamy ustnej, ich przyczyny. Szkodliwość mączek. Kwas solny przy zaburzeniach w trawieniu. Wymioty i ich cecha rozpoznawcza. Dobrze odżywianie przy przewlekłych chorobach żołądka. Zakażenia pochodzenia żołądkowego. Rzadkość owrzodzeń żołądka u ssawców i dzieci. Znaczenie patologiczne cuchnących gazów kiszkowych. Wzdęcie brzucha. Zmiana stolców przy zaburzeniach trawienia, ich skład chemiczny. Częstość chorób trawienia u dzieci. Charakterystyczna cecha przebiegu chorób trawienia u dzieci. Rokowanie. Ogólne zasady leczenia chorób narządów trawienia. *b)* „Choroby narządów oddechania“. Śmierć pozorną noworodków. Dlaczego zabiegi lecznicze są nieraz owocne? Niedodma płuc i jej stosunek do chorób narządów oddechowych u dzieci. Zwiększenie częstości oddechów i znaczenie jego dla regulacji samodzielnej oddechania. Znaczenie małej pojemności płuc w patologii dziecięcej. Napięcie duszności u dzieci i przyczyny wywołujące ją. Oddech CHEYNE-STOKES'a. Napady duszności i obiektywnej. Sinica przy chorobach narządów oddechania. Częstość chorób płuc w różnych okresach dzieciństwa. Ich rokowanie. Ogólne wskazania lecznicze. Wilgotne zawijania, wilgotne powietrze. *c)* „Choroby narządów krążenia“. Wrodzone wady serca. Trudność ich rozpoznania. Sinica. Małe znaczenie rozpoznawcze własności tętna u dzieci. Bogactwo białych ciałek krwi u ssawców i skłonność do zapaleń ropnych. Mała zawartość włókniaka we krwi i krwotoki noworodków. Zmiany krwi przy wyniszczeniu. Niebezpieczeństwo zmian w ciężarze właściwym krwi. Wady serca nabyte. Krążenie przy takich wadach. Sinica wybitna. Rozszerzenie serca. Łatwość przerostu mięśnia sercowego. Łatwość zrównoważenia wad u dzieci i jej przyczyny. Brak objawów ogólnych przy wadach serca. Nasilenie objawów w okresie dojrzewania płciowego. Stan serca przy zaburzeniach w narządach oddechania i gorączce. Rokowanie w chorobach serca u dzieci. Wskazania lecznicze. Środki pobudzające. Lekarstwa nasercowe. *d)* „Choroby nerek“. Warunki wydzielania nerkowego w stanie patologicznym. Ciśnienie. Wydzielanie wody. Podrażnienie nabłonków nerkowych. Nadmierna praca nerek i częstość ich chorób u dzieci. Białkomocz przy różnych chorobach. Sprawy zapalne w nerkach, ich charakter i przebieg. Dlaczego są dosyć częstymi u dzieci? Haemoglobinuria, Haematuria. Regulacja przy chorobach nerek. Rokowanie w nich. Wskazania lecznicze. Pielęgnowanie czynności skóry. Środki moczopędne. *e)* „Choroby skóry i zaburzenia w regulacji ciepła“. Przyczyna częstości chorób

skórnych. Charakter wysypek, Zależność chorób skórnych od ogólnego stanu zdrowia dziecka, Wpływ chorób skórnych na stan ogólny, Rokowanie w chorobach skórnych, Choroby pępka, Zakażenia pępkowe, Ogólne zasady lecznicze, *Scleroma neonatorum*, Dzieci niedonoszone, Przyczyna śmiertelności wśród nich, Jak utrzymywać przy życiu dzieci niedonoszone, Regulacja ciepła w gorączce u dzieci, Hydroterapia chorób gorączkowych, *f)* „Choroby nerwowe“, Patologia ogólna układu nerwowego nie istnieje, Doświadczenia SOLTMANN'a i wnioski jego, Krytyka tych wniosków, Nerwy i mięśnie są u dziecka stale zmęczone, Próba zastosowania tego faktu do objaśnienia specjalnych cech zaburzeń nerwowych u dzieci, Przebieg chorób nerwowych, Wskazania lecznicze, *g)* „Zaburzenia w przemianie materii i gorączka“, Szkodliwość utraty wody, *Cholera infantum*, Niezależność chorób przemiany materii od wzrostu, Straty na wadze w pierwszych dniach życia, Wpływ chorób płuc i serca na przemianę materii i odwrotnie, Zwiększony rozpad ciał białkowych przy pracy mięśniowej, Wzrost dzieci, pracujących fizycznie, Niebezpieczeństwo forsownych ćwiczeń fizycznych, Łatwość powstawania gorączki u dzieci, Czem się ona warunkuje, Właściwe choroby przemiany materii, Żoły, Krzywica, Wskazania lecznicze ze względu na zaburzenia w przemianie materii, Leczenie ogólne chorób gorączkowych, *h)* „Wnioski ogólne co do patologii i terapii wieku dziecięcego“, Wielka chorobliwość i śmiertelność wśród dzieci i jej przyczyny, Choroby, właściwe różnym okresom życia dziecka, Trudność określenia granicy zdrowia i choroby, Nieodpowiedniość natężenia objawów do zmian anatomicznych, Rzadkość umiejscowienia choroby, Gruźlica, Częstość powikłań, Niepewność rokowania, Częstość chorób zmniejsza się wraz z wiekiem, Wpływ różniczkowania się i udoskonalenia czynności na choroby i ich przebieg, Ogólne wskazania lecznicze w wieku dziecięcym, Leczenie ćwiczące i oszczędzające, Przewaga ostatniego, Żywotność i młodość tkanek, jako najpotężniejszy czynnik leczniczy, Czynniki t. z. żywotności, Praca ta zupełnie oryginalna, oparta na osobistym doświadczeniu autora i obszernej literaturze, obejmuje 9 arkuszy druku, Cena odczytu w odręecznej sprzedaży wynosi 90 kop..

— **Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich.** *Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego. Z. III.* D. KOWALSKI. Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej, J. LUXENBURG. Badania nad morfologią komórki nerwowej w stanie normalnym oraz wzmożonej jej czynności, E. BIERNACKI. Spostrzeżenia nad glikolizą [utlenianiem cukru przez krew], warunkami jej istnienia i zachowaniem w stanach patologicznych, J. SUNDERLAND. 220 przypadków zwężenia i częściowego zarośnięcia pochwy pochodzenia poporodowego [Dok.]. — *Medycyna.* № 40. S. KLEJN. Somatoza żelazista oraz kilka uwag o t. zw. *anaemia infantum pseudoleukaemica* [Dok.]. — *Kronika Lekarska.* № 19. B. POLIKIER. Przypadek tężca noworodków, zakończony wyzdrowieniem, J. ZAWADZKI. Śmierć naturalna, czy gwałtowna, utopienie, czy uduszenie, J. BRUNNER. Najnowsze poglądy w nauce o odporności [C. d.]. — *Krytyka Lekarska.* № 10. W. MAŁAGOWSKI. Lekarz jako biegły przed sądem karnym [C. d.]. Z pamiętników prof. SZOKALSKIEGO [Dok.]. FR. GIEDROYĆ. Początki reklamy lekarskiej w Polsce. — *Zdrowie* № 157. Z. J. KOWALSKI. Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwersytetu Warszawskiego, H. FIDLER. Projekt nowej diety szpitalnej [Dok.]. Urządzenia ku podniesieniu zdrowotności w Poznaniu.

Do dzisiejszego N-ru Gaz. Lek. dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów: Katalog dzieł, wydanych z zapomogi kasy im. D-ra JÓZEFA MIANOWSKIEGO, za rok 1898.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wl. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшава 24 Сентября 1898. Друк Коваловского. Warszawa, Mazowiecka 8.

A P T E K A

E. G E S S N E R A

Aleja Jerozolimska 27, róg Kruczej

W WARSZAWIE.

ma honor podać do wiadomości, iż stosując się do przyjętej nader dogodnej formy podawania leków pod postacią win, przygotowała obecnie cały szereg tego rodzaju preparatów i listę takowych poniżej zamieszcza:

	Za całą butelkę		Za pół butelki	
	Rs.	k.	Rs.	k.
Wino Kakaowo-Chinowe (<i>Vin de Bugeaud</i>) przyrządzone na Maladze.	1	50	—	80
Wino Chinowe czyste na Maladze	1	50	—	80
„ „ z żelazem zawiera 1% żelaza	1	75	—	90
Wino Condurango czyste na Xeresie	1	75	—	90
„ „ z żelazem zawiera 2% żelaza	2	—	1	—
Wino Coca (<i>Vin de Coca</i>) na liściach Krasnodrzewu (<i>Erythrocydon coca</i>) na Maladze, w stosunku 1 : 20	1	50	—	80
Wino goryczkowe (<i>e rad. Gentianae</i>) na Xeresie.	1	50	—	80
Wino Kola (<i>Vin de Cola</i>) na nasionach Kola, przedtem odpowiednio upalonych na Maladze. Nasiona Kola zawierają 2,34% Cofeiny	2	25	1	15
Wino Kwassjowe na winie węgierskiem wytrawnem	1	50	—	80
„ „ na Xeresie	1	50	—	80
Wino pepsynowe słodkie na francuzkiem desserowem, zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino pepsynowe wytrawne na Xeresie zawiera 2% pepsyny	2	—	1	—
Wino przeczyszczające z korą Cascara Sagrada na Maladze Jedna do 1½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie.	2	—	1	—
Wino rabarbarowe czyste na Maladze	1	75	—	90
Wino rabarbarowe z korą chinu królewskiej na Maladze.	1	75	—	90
Wino senesowe (<i>fol. Sen. alex. sine resina</i>) na Xeresie Jedna do ½ łyżki sprowadza należyte wypróżnienie	1	75	—	90
Wino manganowo-żelazne z peptonem (<i>Vinum ferro-mangani peptonati</i>) na Xeresie, zawiera 1% ferro-mangani peptonati	2	—	1	—
Wino peptonowe na Maladze, zawiera 5% peptonu.	2	—	1	—
Wino piołunowe (<i>Vin de Vermuth</i>) na białem francuzkiem winie	1	50	—	80

Butelka zawiera 420,0 do 450,0.

Kefir czysty, z żelazem lub pepsyną, przyrządzany na mleku przygotowanem.

Grzybki Kefirowe mokre i suche.

44—13

Praktyczne wskazówki (wydanie własne) przyrządzania kefiru.