

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Cholera w Indjach. Podał dr. B. Lutostański. O naukowych podstawach hydroterapii. Wykład habilitacyjny. Przez d-ra S. Smoleńskiego. (Dokończenie).—Streszczenia i wyciągi. 57. Wczesne opróżnienie jamy brzusznej przy nagromadzeniu w niej płynu. 58. Zachowywanie się zjawiska kolanowego przy cukrzycy. 59. Przypadek ciężkiego otrucia cyankiem potasu, zakończony wyzdrowieniem. 60. O wyłyżeczkowaniu szpiku kości. 61. Możliwość zakażenia przy szczepieniu ospy, oraz zapobieżenia takowej.—Przegląd bibliograficzny. *Ueber neuere Kaiserschmittmethoden von H. Fehling.* Sprawozd. dr. J. Rogoziński.—Odcinek. Środki opatrunkowe.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

CHOLERA W INDYACH.

Podał dr. B. Lutostański.

Telegramy do dzienników całego świata codziennie przynoszą nam wiadomości o szerzeniu się cholery w hiszpańskich prowincjach Murcyi, Walencyi, Alikante i Kastelonii de la Plana, gdzie zawłoczna ta choroba z dniem każdym obejmuje coraz szersze koła przerażonej ludności. W takiej groźnej dla całej Europy chwili, każdy wykształcony lekarz winien zaznajamiać się z wszelkiego rodzaju badaniami i spostrzeżeniami, które przyczynić się mogą do rozjaśnienia ciemnych stron etiologii i profilaktyki cholery, lub też do rozstrzygnięcia toczących się sporów co do powstawania i szerzenia się tej pospólnej choroby, a tem samem przyczynić się także do właściwego oceniania wartości zalecanych środków ochronnych przeciw cholercze, która dotychczas naigrawa się z ludzkich wysiłków ku powstrzymaniu wszechświatowego jej pochod. Tego rodzaju studia tembardziej są dziś potrzebne z powodu pojawienia się jednostronnej, pozbawionej wyższego poglądu, nie uwzględniającej ogromnego materiału epidemiologicznego, a tyle głośniejszej teorii KOCHA—wynałazcy jadu cholery w postaci lasecznika przecinkowego (*Commbacillus*).

Dotychczas walczą z sobą, jak każdemu wiadomo, dwie głównie nauki o powstawaniu cholery—teorya przyrzutowa albo kontagionistyczna i teorya umiejscowiająca albo lokalistyczna. Przedstawicielem pierwszej jest znany powszechnie ze swej zarozumiałości bakterjolog KOCH reprezentantami drugiej są: rozważny spostrzegacz CUNINGHAM, cierpliwy i głęboki badacz PETTENKOFER, oraz uczony epidemiolog i statystyk HIRSCII. Obiedwie te nauki wychodzą z zasady, że swoisty zakaźnik, zarodek cholery, lub grzybek choleryczny z pierwotnej swej indyjskiej siedziby zanoszony bywa w odległe strony przez ruch osób przenoszących się z miejsca na miejsce. Każda jednak z nich inaczej tłómaczy sobie sposób szerzenia się cholerycznego jadu, a stąd każda z nich podaje inne środki ochronne. Według kontagionistów zakaźnik cholery rozplenia się

w chorym na cholere i z niego wprost przechodzi, wybawienia przeto od pospólnej klęski oczekują od ścisłego nadzoru ruchu osób, tudzież od troskliwego chwytania cholerycznego zarodka, wychodzącego z osób jadem cholery zakażonych. Zdaniem znów lokalistów zakaźnik wytwarza się w miejscowościach cholerycznych, z których jad cholery rozszerza się na bliższe lub dalsze horyzonty świata; nie ograniczają oni przeto ruchu osób, lecz starają się zagrożone napadem cholery miejscowości uczynić niezdolnymi do przyjęcia zawleczonemu zarodku cholery, czyli inaczej mówiąc usiłują wyjałowić podścielisko w taki sposób, aby jad cholery nie mógł się na niem rozplenić.

Do rozjaśnienia tego półwiekowego sporu między kontagionistami i lokalistami posłużyć może znakomite dzieło d-ra JAMESA CUNINGHAMA, które w końcu zeszłego jeszcze roku pojawiło się w Kalkucie p. t. Cholera: *What can the state do to prevent it?* Autor od lat 33 czynnym jest w Indjach jako lekarz i urzędnik zdrowotny, a od lat 20 stoi na czele indyjskiego departamentu służby zdrowia, do którego nadchodzą sprawozdania lekarskie z całego indyjskiego cesarstwa—tej wielkiej ojczyzny cholery. Dawniejsze prace CUNINGHAMA, odznaczające się niezwykłą treźwością poglądów, osnutych na faktach udowodnionych, znakomitemi są przyczynkami do dziejów cholery w Indjach. Nigdy jednak CUNINGHAM tak jasnego nie wypowiedział poglądu na powstawanie i szerzenie się cholery, tudzież na środki ochronne przeciw temu pomorowi. CUNINGHAM, oparty na licznych dowodach, oświadcza dziś bez ogródki, iż kwarantanny, nadzory, kordony, izolowanie chorych na cholere, desinfekeya ich wydalin i tym podobne środki ochronne tyleż przynoszą korzyści „co wystawienie szeregu placówek wojskowych w celu powstrzymania wiatru deszcze niosącego, zwanego „monsunem”.

Z dzieła indyjskiego cholerologa wyprowadzić się dają następujące wnioski:

- 1) Cholera nie jest chorobą zaraźliwą—przrzutową.
- 2) Nie znamy dotąd przyczyny, czy przyczyn cholery. Wytwarzają się one w sposób dotychczas nieznanym z miejscowych i klimatycznych stosunków, które częściowo tylko na pewnym miejscu występują.
- 3) W pewnych okolicach Indji pojawiają się bardzo liczne przypadki cholery w każdym roku i o każdej porze roku, z rozmaitem atoli nasileniem (kraina endemiczna); w innych znowu epidemie występują tylko po większych przerwach między jednym a drugim wybuchem cholery (kraina epidemiczna). Między temi krainami nie ma ostrego rozgraniczenia.
- 4) Zarówno w krainie endemicznej jak i epidemicznej w pojedynczych miejscowościach i obwodach cholera z różną występuje mocą.
- 5) W krainie epidemicznej miejscowości, graniczące z krainą endemiczną, nie bywają srożej przez cholere nawiedzane od miejscowości bardziej oddalonych.
- 6) Rozwój sieci indyjskich dróg żelaznych nie wywarł najmniejszego wpływu na miejscowe i czasowe szerzenie się cholery, co się tyczy liczby

miejsowości cholera nawiedzonych lub czasu wybuchów epidemii, bliskość lub odległość linii kolejowej nie pozostaje w związku z pojawieniem się cholery.

7) W Indyach znajdują się miejscowości i obwody całkiem bezpieczne od cholery, to jest obdarzone naturalną obroną od tej zarazy. Przy jednej i tej samej linii kolejowej leży naprzykład Pandschab, Montgomery, Multan, Amritsar i Lahore. Dwie te ostatnie miejscowości często bywają nawiedzane przez ciężkie epidemie, gdy tymczasem Montgomery i Multan nigdy jeszcze nie doznały nieszczęść epidemii. Stacja górńska Massuri oddaloną jest na przykład o 7 mil agielskich od równin, na których panują silne epidemie choleryczne, a choć Massuri w ciągłych z równinami zostaje stosunkach i z nich w czasach srożącej się cholery zaopatruje się we wszelkie potrzeby, to jednak nigdy jeszcze nie było nawiedzone przez cholera. Większość miast europejskich względnie biorąc większe poniosła straty w ludziach zmarłych na cholera aniżeli miejscowości indyjskie posiadające naturalną obronę od pomoru.

8) W okresach epidemicznych cholera szerzy się w pewnych kierunkach, nie mających nic wspólnego z drogami komunikacyjnymi. Jeżeli na przykład prąd epidemiczny idzie od południa ku północy to zdarza się częstokroć, iż cholera szerzy się wzdłuż linii komunikacyjnych, idących od południa ku północy. Gdyby jednak ruch osób w czasach panującej cholery był przyczyną jej szerzenia się, wtedy powinna ona się szerzyć po liniach obrotu ludzi i towarów, rozchodzących się z ogniska cholery w innych kierunkach—ku południowi, na wschód i zachód, co się jednak nigdy nie zdarzyło.

9) Wybuchy cholery między pielgrzymami do indyjskich miejsc świętych nie mają żadnego wpływu na pojawianie się epidemii cholerycznych. Z Hardwar, naprzykład, w r. 1867 i 1879 za każdym razem około trzech milionów pielgrzymów, napadniętych przez cholera, którzy następnie gromadami zmierali na drodze do domów, rozeszło się we wszelkich kierunkach po całych Indyach, epidemie atoli szerzyły się w pewnym tylko kierunku.

10) Obcowanie z choremi na cholera i stykanie się z trupami cholerycznymi nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, co się okazuje na lekarzach i pielęgniarkach w całych Indyach.

11) Ograniczenia ruchu osób podczas wybuchu cholery w pewnej miejscowości nie zapobiegają szerzeniu się cholery w temże miejscu. Kwarantanny i kordony na podstawie bardzo licznych doświadczeń przez rząd zostały zabronione, gdyż nie pomagają a pociągają za sobą ważne niedogodności.

12) Miejscowości cholera dotkniętych, od których zdala się znajdujemy, należy ile możności unikać podczas panujących w nich epidemii. Opróżnienia więzień i koszar w razie wybuchu cholery, jeżeli wcześniej zostały zarządzone a zarazem gdy więźniów i żołnierzy przeniesiono do miejsc korzystnie położonych, zawsze w Indyach okazały się skutecznymi,

wtedy nawet gdy przy ewakuacji zabrano z sobą pierwszy przypadek cholery, choćby nadal więźniowie i żołnierze pobierali prowianty i wodę do picia z miejsca cholera dotkniętego.

13) Na okrętach odchodzących z Indyi rzadko kiedy pojawia się cholera. Wielkie wybuchy cholery na morzu rzadko się wydarzają, a zazwyczaj ofiarą cholery padają tylko grupy osób przybyłych na okręt z pewnych obwodów lądowych, przyczem cholera mimo najściślejszego obcowania na okręcie nie przenosi się na inne grupy podróżnych. „Gdyby okręty z Indyi płynące były pospolitemi przenośnikami cholery, wtedy zamiast wyjątkowych i zawsze wątpliwych wybuchów cholery na okrętach, moglibyśmy z łatwością wykazać tysiące przykładów, któreby dostarczyły nam jasnych, dokładnych i niezbitych dowodów”.

14) W ostatnich 55 latach miejscowości i kraje, zostające w bezpośrednich i nieustannych stosunkach z Indyami, najmniej ucierpiały od cholery. Rosya, Niemcy i Austro-Węgry więcej miały od r. 1831 epidemii cholery aniżeli Egipt. Zmniejszenie się żeglugi między Indyami a Europą przez przyładek Dobrej nadziei, a natomiast wzrost jej przez morze Czerwone i Egipt, wreszcie otwarcie kanału Suezkiego, przez co ruch okrętów wyłącznie na Egipt jest skierowany, nie wpłynęły na częstość pojawiania się cholery w Egipcie. Pomimo niezmiernego wzrostu i przyspieszenia stosunków z Indyami, gdzie cholera nigdy nie gaśnie, Egipt w okresie czasu od r. 1865 do 1883, to jest przez lat 18, całkiem był wolny od epidemii cholerycznych.

15) Jeżeli kwarantanny nie pomagają, to tembardziej rewizye lekarskie okrętów i innych środków przewozowych nie zdołają powstrzymać pochodzenia cholery. Inspekye o tyle są szacownemi higienicznemi i humanitarnemi zarządzeniami o ile ulepszają pielęgnowanie chorych i przyczyniają się do powiększenia zdrowotności okrętów, tudzież wygody podróżnych.

16) Dezynfekcyja wydaliny chorych na cholera nie posiada istotnej wartości.

17) Epidemie cholery nie pochodzą od wody. Zasadzie teoryi wodnej (*Trinkwasser-Theorie*) przeczą całe dzieje cholery w Indyach.

18) Nie ma istotnej różnicy między cholera swojską (*cholera nostras*) i cholera azyatycką (*cholera epidemica*). Jak nie mamy prawa nazywać łagodnych i odosobnionych przypadków odry i ospy *Variola nostras* i *Morbilli nostras*, tak samo nie możemy mówić o *Cholera nostras*. Odra, płonica i ospa występują jużto sparadycznie już epidemicznie. Podobnie ma się rzecz z cholera zarówno w Indyach jak i poza Indyami.

18) Istotna obrona od cholery spoczywa w ulepszeniach sanitarnych miejscowości wrażliwych na cholera, to jest w oczyszczeniu tak zwanych schronisk cholerycznego jadu. Odwodnienie gruntu, osuszenie domów, kanalizacyja i wodociągi przedstawiają istotne części wielkiej reformy sanitarnej—ale nie jedyne. Czystość w mieszkaniach, domach i ich otoczeniu, unikanie przepełnienia mieszkań, dobre powietrze, wentylacyja, dobre urządzenie wychodków tutaj także należy.

Już tych kilkanaście wniosków dostatecznie wskazuje jak ważnem i koniecznem jest przestudyowanie dzieła CUNINGHAMA dla lekarzy, a bardziej może jeszcze dla władz rządowych, w których rękach spoczywa cała ochrona od cholery. Skoro antikontagionistyczne stanowisko CUNINGHAMA ostoi się pod razami umiejętnej krytyki, wtedy rządy zmuszone będą zarzucić większość stosowanych przez nich a znanych powszechnie środków, które ogromne pochłaniają sumy z uszczerbkiem opodatkowanych, bez najmniejszej dla nich korzyści. Wszelkie wydatki na rzecz fałszywej teorii łożone byłyby marnotrawstwem. (d. c. n.)

O NAUKOWYCH PODSTAWACH HYDROTERAPII.

Wykład habilitacyjny, miany dnia 7 Marca 1885 roku
w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

Przez D-ra Stanisława Smoleńskiego w Jaworzu.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 26).

W końcu wypada nam się Panowie, zastanowić nad wpływem różnej ciepłoty wody na ciepłość ciała.

Dział ten dzięki licznym pracom klinicznym stosunkowo najlepiej i najdokładniej jest opracowany w całej hydroterapii; poprzestać więc możemy na podaniu na teraz zasadniczych tylko faktów.

Najprzód co do miejscowego stosowania ciepła i zimna powieść można krótko, że zmienia ono tylko miejscową ciepłość tkanin i to według prawidła o równowadze termicznej. Liczne doświadczenia stwierdziły, że okładami zimnemi obniżać możemy znacznie ciepłość nawet bardzo głęboko położonych narządów a nawet w aorcie, dolnej żyły głównej, mięśniach udowych i t. p. Stopień obniżenia lub podwyższenia (przez ogrzewanie) ciepłoty zależy nie tylko od różnicy między ciepłotą wody a ciała, lecz niemniej od przewodnictwa oziębianych lub ogrzewanych tkanin, od mniej lub więcej natężonej czynności poszczególnych narządów a więc i od ilości krwi w pewnym czasie przez nie przepływającej. Obniżenie ciepłoty miejscowej zawisło głównie od miejscowej niedokrwistości, to też w okresie odczynowego przekrwienia ciepłota podwyższa się odpowiednio ponad pierwotną.

Zmiany w ciepłocie ogólnej, wyrazem której jest ciepłota wewnętrzna, więcej są złożone i zawiłe. Zobaczmy, co wykazały w tym względzie bezpośrednio postrzeżenia.

Krótkotrwałe ochłodzenie powierzchni ciała (już samo obnażenie ciała w zwykłej ciepłocie pokojowej, kąpiel chłodna i krótka zimna, zimne omywania, zlewania, natryski) albo nie sprawiają wcale zmiany w wysokości ciepłoty wewnętrznej, albo też—i to częściej—podwyższają ją.

Ilekróć zaś woda zimna styka się dostatecznie długo z powierzchnią ciała (kąpiel chłodna w 15—20 minut, kąpiel zimna na-

wet rychlej), to ciepłota wewnętrzna opada na pewien czas (niekiedy na kilka godzin), poczem znów się podnosi (zwykle wyżej pierwotnej). Pierwotny ten spadek tem bywa znaczniejszy, im różnica między ciepłotą wody a ciała jest większą a także, im osobnik mniejszą ma objętość, im jest chudszy, im spokojniej w kąpeli się zachowuje i im więcej w pewnym czasie przepływa krwi przez naczynia skórne—a więc także im silniejsze stosujemy na skórę bodźce mechaniczne w czasie oziębiania (tarcie, ruch wody).

W kąpeli letniej, mającej ciepłotę ciała ludzkiego, ciepłota wewnętrzna nie zmienia się wcale lub w ciasnych tylko waha się granicach.

W kąpeli zaś gorącej ciepłota wewnętrzna od razu lub po chwilowym spadku podnosi się, opadając później niżej pierwotnej.

W powietrzu suchem, ogrzanem do $90-130^{\circ}\text{C}$., ciepłota ogólna podnosi się nieznacznie (bo równoczesne silne parowanie potu zapobiega łatwemu ogrzaniu), gdy w powietrzu nasycenem parą wodną już w ciepłocie 33°C . ciepłota wewnętrzna podnosi się szybko (utrudnione parowanie potu i skraplanie pary wodnej na skórze sprzyjają ogrzaniu ciała). W kąpielach przewyższających ciepłotę ciała, w łaźni parowej i suchej, mamy dowód ciepła od zewnątrz. Podobnież można podwyższyć ciepłotę ciała utrudniając odpływ ciepła przez skórę, mianowicie więc w otuleniach suchych i wilgotnych.

Pierwszorządnej doniosłości jest pytanie, jak należy tłumaczyć pierwotne podwyższenie ciepłoty wewnętrznej pod wpływem krótkiego ochładzania miernymi stopniami zimna? Jedni odnoszą je jedynie lub głównie do powstających zmian w krążeniu, wywołanych zewnętrznem ochłodzeniem, twierdząc np., że wzrost ciepłoty w pasze pod wpływnem chwilowego ochładzania skóry jest następstwem nawątu krwi do układu mięśniowego. Inni, opierając się na badaniach doświadczalnych wykazujących, że mierne ochładzanie zewnętrzne potęguje wymianę gazów (większe zużywanie tlenu i powiększone wydzielanie kwasu węglowego), twierdzą, że ów wzrost ciepłoty jest skutkiem spotęgowanego gorzenia, wzmożonego wyrobu ciepła. W obec faktu, że ciepłota wewnętrzna jest wypadkową z ilości wytwarzanego i odpływającego równocześnie ciepła, powyższe różnice w zapatrywaniach można określić w ten sposób, że zmiany w ciepłocie, powstające pod wpływem ochładzania zewnętrznego, jedni odnoszą do zmian w odpływie ciepła (i w krążeniu krwi), drudzy do zmian w jego wytwarzaniu.

Dla rozstrzygnięcia spornych tych zapatrywań ważnym jest wzgląd, że na podstawie nader licznych doświadczeń w warunkach prawidłowych, zwyczajnych, do utrzymania fizyologicznej jednostajności ciepłoty ogólnej przyczynia się niezawodnie tak utrata ciepła, jako i jego produkcya, że jednak głównym czynnikiem regulującym ciepłotę ciała jest ta ostatnia. Ilekroć więc sztucznie, przez zewnętrzne ochładzanie lub ogrzewanie zwiększymy lub zmniejszymy utratę ciepła przez skórę, ty-

lekroć równocześnie powstają równoległe zmiany w wytwarzaniu ciepła, a więc obniżenie lub podwyższenie jego produkcji, co właśnie prowadzi do utrzymania jednostajnej ciepłoty wewnętrznej mimo różnej ciepłoty zewnętrznej.

Produkcya więc ciepła, stosując się co do swego natężenia dokładnie do każdorazowego natężenia utraty, jest istotnym czynnikiem regulującym ciepłotę ciała. Produkcya ciepła stoi niejako na straży jednostajności fizyologicznej ciepłoty ciała, zapobiegając w zwyczajnych warunkach nadmiernym jej wahaniom, wyrównywając zmiany spowodowane przez zmienne natężenie odpływu ciepła ¹⁾.

Według tego powiedzieć musimy, że różne zabiegi wodne o tyle głównie zmieniają ciepłotę wewnętrzną ciała, o ile wpływają na wyrób ciepła ustrojowego; zmiany zaś w odpływie ciepła wówczas tylko mogą sprawić wzrost lub spadek ciepłoty wewnętrznej, jeżeli wytwór ciepła nie może już przez stósowne swe natężenie zrównoważyć każdorazowych zmian w utracie ciepła.

Wspomnieliśmy, że tłumaczenie to opiera się na wypadkach badań nad przemianą materji pod wpływem różnej ciepłoty zewnętrznej. Ale pytać się godzi czy wzmożona skutkiem nieznanego oziębienia zewnętrznego wymiana gazów jest rzeczywiście przyczyną podniesienia się ciepłoty, czy też może skutkiem? Z ostatnich poszukiwań LILIENTELDA nad gorączką wynikałoby, że jest przyczyną, RUMPF zaś sądzi przeciwnie, że zewnętrzne ochłodzenie ciała sprawia najprzód spadek ciepłoty a ten dopiero pociąga za sobą zmniejszenie utleniania; nie przeczy jednakże możliwości, że naodwrot obniżenie gorzenia bywa także przyczyną spadku ciepłoty. Ze względu na fakt wykazany, że środki narkotyczne zwalniają przemianę materji i obniżają ciepłotę, przypuszcza RUMPF, iż środki te działają za pośrednictwem układu nerwowego w ten sposób, że usuwają pobudzenia, które w stanie prawidłowym dopływają ciągle od ośrodków do tkanek kurczliwych. W ten sposób i wpływ podnień termicznych na ciepłotę ciała tłumaczyćby można.

Celem wyjaśnienia zachowania się ciepłoty ogólnej w różnych warunkach przyjętą dziś jest prawie powszechnie następująca teoria:

Wyobrażamy sobie, że ciepłota ciała pozostaje pod wpływem dwóch ośrodków nerwowych, pomiędzy sobą w stosunku wzajemnej zależności będących. Jestto ośrodek ciepłotwórczy, regulujący pro-

¹⁾ Przyznawanie wytwarzaniu ciepła głównej i istotnej roli w regulacji ciepłoty ciała nie podoba się d-rowsi FABIANOWI, który o ile mi wiadomo „stanowczo pierwszy ostatnimi czasy” wypowiedział, że „wyrób ciepła i jego utrata są wielkościami nie fizycznie lecz fizyologicznie sprzężonemi”. Sądziłem, że fizjologia o tyle jest nauką, o ile objawy życiowe ustrojów sprowadza do działania sił fizycznych i chemicznych. Ustanowiona przez d-ra FABIANA różnica między „sprzężaniem fizycznym a fizyologicznem” stawiać go się zdaje na zupełnie odrębnem, na szczęście przedawnionem stanowisku zapatrywać bijologicznych, co uniemożliwiać musi porozumienie się w najprostszych rzeczach. (*Gazeta lekarska* 1885. Nr. 1).

dukcję ciepła, skojarzony z nerwami mięśniowemi, oraz ośrodek tam ująćy, regulujący utratę ciepła, połączony z nerwami czuciowemi skóry i nerwami naczynioruchowemi. Ochładzanie skóry, działając jako bodziec termiczny na nerwy czuciowe, podnieca ośrodek naczynioruchowy, zwęża naczynia skórne, zapobiegając zbytnej utracie ciepła, a zarazem podwyższa stan czynny ośrodka ciepłotwórczego i skojarzone z nim nerwy mięśniowe, potęgując przez to natężenie przeobrażeń chemicznych w mięśniach, będących głównem siedliskiem wytworu ciepła ustrojowego.

Najnowsze badania ARONSOHNA i SACHSA hipotezie tej zdają się nadać bardzo silną podstawę, stwierdzając doświadczalnie w mózgowiu ośrodek ciepłikowy, nakłóćcie którego sprawia natychmiastowy wzrost ciepłoty.

Co do wpływu hydroterapii na przemianę materii powiedzieć można w ogóle, że o ile pewne zabiegi wodne podwyższają ciepłotę wewnętrzną, o tyle wzmagają i przemianę materii i naodwrot. Która z spraw tych jest tu pierwotną, która następową—nie zawsze stanowczo odpowiedzieć można. Zresztą wiadomo, że zmiany w przemianie materii zależą także od wpływu czynników termicznych na krążenie i na układ nerwowy. Z badań RÖHRIGA i ZUNTZA oraz VOITA i in. wypływa, że ochładzanie zewnętrzne podniecając układ nerwowy przyspiesza gorzenie istot bezzazotowych, szczególnie tłuszczów, a nie wpływa na przemianę istot azotowych, dopóki nie sprawia obniżenia ciepłoty ciała. Kąpiele gorące, łaźnie podwyższając ciepłotę ciała, przyspieszają przemianę materii.

Na tem kończę.

Rozbraliśmy pokrótce, Panowie, fizyologiczne znaczenie czynników termicznych, stanowiących podstawę leczniczego stosowania wody.

Powtarzam: jestto tylko ogólny obraz a właściwie główne tylko jego kontury; wystarczyć wszakże może, aby przekonać, że hydroterapia nowoczesna uwolniła się już z więzów grubej empiryi, że podstawami swemi łączy się ściśle z ogólnem umnictwem lekarskiem. Dalsze dopiero usilne badania naukowe, łącznie z trzeźwym postrzeganiem kliniczem obraz ten jednolicie będą mogły wykończyć, tworząc niewzruszone podwaliny dla hydroterapii umiejętnej.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

57. Wczesne opróżnienie jamy brzusznej przy nagromadzeniu w niej płynu (*ascites*). (Prof. EWALD—*Berl. kl. W.* 1885. Nr. 16). Operacya ta prawie powszechnie wykonywaną bywa w ostateczności, jako wypełnienie wskazania życiowego (*indicatio vitalis*). W nader przekonywującej rozprawie (odczytanej na posiedzeniu Tow. lek. w Berl.) autor dowodzi potrzeby wczesnego opróżniania jamy brzusznej, tak samo jak to ma miejsce obecnie przy wysiękach w opłucni. Na poparcie wyrzeczenia swego, przytacza 3 spostrzeżenia z praktyki które podajemy w streszczeniu. 1) Kobieta 63-letnia, od 29 roku życia zamężna, przebyła prawdopodobnie 4 poronień, przed 31 laty puchlina brzucha, z przyczyn niewiadomych; z powodu wzmagających się objawów w 1856 r. pierwsze punkcyę, druga 1858, trze-

cia 1864 r. Odtąd wypuszczenie płynu wykonywane było coraz częściej, w coraz mniejszych odstępach czasu, a w ostatnich kilku latach co 4—6 tygodni, nazajutrz zaś ma być zrobione 87 przekłócie. Zwykle na kilka dni pierwszej, chora dostaje cokolwiek duszności, napływ do głowy etc., a wtedy sama błaga o wypuszczenie płynu, którego odciąga się zwykle 18—20 litrów zabarwionego na jasno brunatno, (z powodu obecności nie-licznych ciałek czerwonych), c. wł. 1012—1015 oddziaływaniu słabo alkalicznem i zawierającego tłuszcz, nablonki etc., nieco peptonu, wreszcie białko od 2,78—4,12^o/_o. Chora traci zatem przez 4 tygodnie z jakie 600, czyli na dobę 21 grm. białka (przy *nephritis* utrata białka wynosi tylko 2—3 grm. na dobę). Pomimo tak olbrzymich strat, chora trzyma się nie-źle; jakoż u tego rodzaju chorych, utrata białka nie stanowi groźnego momentu, jeśli tylko istnieje możność wynagradzania ubytku przez odży-wanie chorego. 2) Kobieta 52-letnia, przyjęta do szpitala z powodu za- starzałego złamania kości udowej, w samym szpitalu dostaje znacznej pu- chliny brzucha z przyczyn niewiadomych (zakrzep w zyle wrotnej?) przy objawach bólu w brzuchu, rozwolnieniu etc. Po 3 tygodniach można było wykazać w jamie brzusznej obecność wolnego płynu i wykonano punkcję z wielką dla chorej ulgą; po 7 tygodniach trzeba było wykonać drugie przekłócie, po 5 tygodniach trzecie. Odtąd stan ogólny poprawił się zna- cznie, chora nie chcąc nadal pozostać w szpitalu, opuściła takowy na po- zór zupełnie zdrową. 3) Oficer, lat 58, od 8 lat dotknięty cukrzycą, le- czył się kilka razy w Karlsbadzie, od 2 lat cukru w moczu prawie że niema; przed rokiem przebywał silny nieżył pęcherza, który w słabym stopniu wraca się od czasu do czasu, prócz tego chory podlega rozwolnie- niu, i uskarża się na pełność i ból w okolicy żołądka, oraz różne zabu- rzenia w trawieniu. Przy odpowiednim leczeniu, chory przez pewien czas doznawał znacznej ulgi w cierpieniach, niebawem jednak stan się pogor- szył, brzuch zaczął rosnać i wytwarzać się przesiłek. Gdy użyte środki (*Jaborandi*, *pilocarpina*, *drastica*) nie przyniosły pomocy, autor 25 Stycznia wykonał pierwsze wypuszczenie płynu (10 litrów) po czem nastąpiło zna- czne polepszenie, lecz po pewnym przeciągu czasu płynu zaczęło znów przyby- wać tak że 10 Marca trzeba było zrobić drugie przekłócie ścian brzusznych, 24 Marca trzecie, a 10 Kwietnia czwarte. Zdrowie pacyenta polepszyło się znacznie, tak że mógł wyjeżdżać na spacer, a nawet przedsięwziąć odwro- tną podróż do domu. Lecz poprawa nie była trwałą, wkrótce choroba zaczęła się pogarszać coraz bardziej, kończąc się śmiercią. Przyczyną pu- chliny, oczywiście była tutaj marskość wątroby, choroba rozumie się nie- uleczalna. Że wypuszczanie płynu jest tylko środkiem palliatywnym, to nie ulega żadnej wątpliwości, na przebieg samej choroby nie wpływa ono zupełnie, lecz przynosi choremu znaczną ulgę, a nawet pomoc, czego do- wodzą także powyższe przytoczone przypadki. Jeżeli jednak tak jest, to wolno się zapytać dla czego czekać mamy z operacją do tej chwili, gdy cierpienie chorego stanie się nieznośnem, a niebezpieczeństwo groźnem? Za wczesnem przekłóciem, przemawia dotąd bardzo niewiele autorów; przeciwnicy opierają się na następujących argumentach. 1) Punkcja pro- wadzi do utraty znacznego zapasu substancji organicznej, a przez to za- graża całemu ustrojowi; 2) coraz szybsze odtwarzanie się przesiłku, im częściej się punkcye powtarza, 3) obawa nagłego upadu (*collapsus*) i 4) oba- wa zapalenia otrzewni. Ostatni punkt upada w obec dzisiejszego udosko- nalenia metody antyseptycznej, 3 pierwsze są tak splecione, iż musimy je rozpatrzyć razem. Co do obawy *collapsu*, będzie ona tem mniejszą, im wcześniej właśnie się do punkcji przystępuje. Co do punktu drugiego, FRIEDRICHS np. twierdzi iż przesiłek w jamie brzusznej nagromadzony ci-

śnieniem swem zrównoważa niejako ciśnienie krwi w układzie wrotnym, miarkując przez to przesiąkanie, opróżnienie brzucha usuwa ten łagodzący moment, przeto wypuszczać płyn należy w ostateczności tylko. Z drugiej jednak strony można temu zarzucić, że im znaczniejszem będzie ciśnienie przesięku na naczyńia, tem bardziej utrudnionem zostanie krążenie krwi i tem prędzej nastąpi zmiana ścian naczyńiowych, tem łatwiejsze będzie przesiąkanie; im wcześniej zatem usuniemy owo nadmierne na naczyńia ciśnienie, tem więcej będzie szansy uchwiania ścian naczyńiowych w stanie niezmiennym. Wczesne wypuszczenie płynu przedstawia jeszcze inne korzyści, jakoż ułatwia ono wytworzenie krążenia obocznego, usuwa ciśnienie przesięku na wielkie gruczoły brzuszne, skutkiem czego podnosi się ich czynność, tak samo kiszki oswobodzone od ucisku, funkcjonują prawidłowiej, przekrwienie i nieżył ich śluzowej błony ustępują i w ogóle polepsza znacznie trawienie i przyswajanie, to zaś stanowi przeciwwagę w obec punktu 1-go utrata białka może być łatwiej wynagradzana. I w tem jeszcze widzieć należy korzyść, że się przez punkcyą unika środków drastycznych, zadawanych w celu zmniejszenia ilości przesięku, a przez to nieuniknionego przy użyciu środków tych zadrażnienia i nieżytu żołądka i kiszek, zamierzony skutek osiągamy pewniej, ilość zaś odciganego płynu zależy od naszej woli. Skaleczenia kiszek przy nieobfitym przesięku można nie lękać się jeśli się użyje trójgrańca tępego, jaki zalecony został przez PONRICKA do transfuzyi wewnątrz-otrzewnowej. Autor raz jeszcze kładzie nacisk na to że punkcyę wczesną uważa za środek jedynie palliatywny, zupełnie zresztą bezpieczny, który życia nie tylko nie skraca, lecz owszem przedłużyć je jest w stanie.

J. P.-i.

58. Zachowywanie się zjawiska kolanowego przy cukrzycy. (ROSENSTEIN, Berl. kl. Woch. 1885. Nr. 8). Objawy nerwowe towarzyszące cukrzycy, występują nieraz w takim połączeniu i postaci, iż nie badając moczu możnaby raczej domyślać się początków lub już rozwiniętego władu rdzeniowego, aniżeli cukrzycy. Z autorów zdaje się jeden ALTHAUS w należytym sposób ocenił ten stosunek, zwracając uwagę iż w pewnych przypadkach rozpoznanie przedstawia trudności, tem bardziej, że wład rdzeniowy może być także powikłany z cukromoczem, z drugiej zaś strony rzeczony objawy nerwowe w cukrzycy mogą wyprzedzać pojawienie się cukru w urynie. W tych wątpliwych przypadkach za rozpoznawcze kryterium ALTHAUS uznaje obecność przy cukrzycy zjawiska kolanowego. Lecz niestety ruch ten rozpoznawszy okazuje się często zwodniczym, doświadczenie bowiem wskazuje, iż w wielu, a być może w większości przypadków cukrzycy, zjawiska kolanowego brakuje. I tak, autor widział przed dwoma laty damę 61-letnią, chorą podobno od lat 10, uskarżającą się na bóle w kończynach dolnych o zmiennem natężeniu, które od dwóch lat występują z większą jeszcze siłą, i w postaci napadów; prócz tego chora miewa w nogach uczucie odrętwienia i łatwo się męczy. Do tych objawów przyłączyło się zwiększone pragnienie, wychudzenie i wielomocz. Badanie wykazuje w moczu obecność cukru (2%), mięśnie zachowały swą siłę, czułość (*sensibilitas*) prawidłowa, zjawiska kolanowego nie ma. Przy odpowiedniej dycie i wodzie karlsbadzkiej następuje polepszenie, ilość cukru w moczu spada do 0,7% lecz fenomenu kolanowego nie ma. W drugim przypadku, objawy nerwowe były jeszcze uwydatnione. Robotnik wiejski wieku lat 32, chorobą swoją datuje od 3 miesięcy, uskarża się na ociężałość i bóle w kończynach dolnych, z uczuciem odrętwienia oraz klócia jak gdyby igłami. Chód niezgrabny, ociężały lecz nie atakyczny, pragnienie zwiększone, czułość i ruchowość niezmienną, odruchy skórne osłabione, zjawiska kolanowe

go nie ma; moczu 2540 c. sz. o c. wł. 1040, cukru 7% bez białka, acetonu nie ma, odczynu Fe_2Cl_6 nie ma. Przy dyecie wyłącznie mięsnej ilość cukru schodzi do 2,8%. Zjawiska kolanowego nie ma nawet po podskórnym zastrzyknięciu strychniny. W powyższych dwóch przypadkach, pomimo niektórych podejrzanych objawów, władu rdzeniowego stanowczo nie było, a jednak zjawisko kolanowe było prawie nieobecne. Autor postawił sobie tedy pytanie, czy brak rzeczowego fenomenu, nie jest, jak np. w przewlekłym otruciu wyskokowem, następstwem zatrucia krwi (przez cukier, aceton, lub kwas diacetowy), czy w ogóle brak rzeczowego zjawiska jest objawem natury funkcyjnalnej, czy też organicznej od zmian anatomicznych w rdzeniu zależnym? Na pytanie to autor przy dalszych przypadkach, jakie miał sposobność spostrzegać, zwracał szczególną uwagę, przytoczywszy zaś krótki opis 7 dalszych spostrzeżeń dochodzi do następujących wniosków: 1) W pewnej liczbie przypadków, spostrzegamy trwale brak zjawiska kolanowego, które nie wraca nawet po zastrzyknięciach podskórnie strychniny. 2) Brak zjawiska kolanowego, nie pozostaje w związku ani z obfitością cukru zawartego w moczu, ani z obecnością tamże ciał dających odczyn z $1\frac{1}{2}$ chlorkiem żelaza, lub acetonu, nie można go więc uważać za objaw otrucia. 3) Braku zjawiska kolanowego, nie można również odnieść do ogólnych stosunków w o d ży w i a n i a, lub stanu sił chorego, nie można go zatem uważać za następstwo ogólnego osłabienia sił i wyczerpania. 4) Brak owego zjawiska odruchowego, o ile wnosić można, szczególnie na zasadzie badania pośmiertnego, uważać należy za zaburzenia funkcyjnalne a nie organiczne. BOUCHARDAT przyznaje brakowi zjawiska kolanowego pewne znaczenie pod względem rokowania i rozpoznania; brak rzeczowego fenomenu według B. znamionuje przypadki cięższe, (na 47 diabetyków z zachowaniem zjawiskiem kolanowem—zmarło 2, na 19 z brakiem takowego, zmarło 6); sądzi też B. iż brak odruchu kolanowego pozwala nam odróżnić, śpiączkę cukrzycową od stanów podobnych w innych chorobach. Autor na zasadzie swego doświadczenia nie może się zgodzić z powyższymi podaniami, widywał bowiem brak kolanowego odruchu przy cukrzycy, zarówno w przypadkach lekkich jak i ciężkich i nietylko przy śpiączce cukrzycowej lecz także przy śpiączce uremicznej. J. P-i.

59. Przypadek ciężkiego otrucia cyankiem potasu, zakończony wyzdrowieniem. (QUINTIN, *Berl. kl. W.* 1885. Nr. 8). K. S. posrebrzacz, lat 25 liczący, postanowiwszy odebrać sobie życie, otruł się cyankiem potasu 6 Lutego r. z. o $9\frac{1}{2}$ zrana; w godzinę później stan jego przedstawił się jak następuje: budowa dobra, muskulatura silna, śpiączka, ciało chłodne pokryte łopkimi potem, kończyny zimne, ciepłota obniżona; twarz sinicza, szeregki kurczowo zaciśnięte, roztworzyć je można tylko przemocą, nos i usta przepelnione kleistą pianą, która występuje na zewnątrz przy każdym wydechu; powieki nawpół przymknięte, gałki oczu wywrócone ku górze, źrenice umiarkowanie rozszerzone, jama ust i podniebienie miękkie zaczerwienione, kończyny bezwładnie opadają jak u trupa, odruchy skóry, ścięgien i rogówki w zupełności zniesione. Oddech głośny, stertoralny, rzadki, co $\frac{3}{4}$ minuty zaledwie jeden oddech inspiracya powstaje raptownie i przeciąga się, przyczem słychać głosce rżenia tchawicze, a po dłuższej pauzie następuje powolny wydech, bez udziału mięśni wydechowych. Tętno twarde i pełne, częstość jego z m n i e j s z o n a (50—54), tony serca czyste, nieregularne, w płucach rżenia. Ponieważ chory zaraz po otruciu sam wymiotował, reszta zaś trucizny musiała już uleść wessaniu, z uwagi przytem na naglące wskazania, Q. zdecydował się niezwłocznie zastosować sztuczne oddechanie (metodą SYLVERSTRA),

a gdy to okazało się niedostatecznym, zastosował drażnienie galwaniczne nerwów przeponowych, (anoda w dołku nadobojczykowym, katoda do przyczepu przepony, co kilka sekund zwrot strumienia). Po 1/2 godzinem stosowaniu, oddechów tylko 2 na minutę. Oprócz drażnienia nerwów przeponowych, silne drażnienie skóry na piersiach i brzuchu zapomocą mocnego nacierania katodą. Po 1 1/2 godzinnej pracy, oddech lepszy, mniej głośny i częstszy (4 samowolne oddechy na minutę), zato tętno częstsze (100), przytem drobne i nitkowate. W miarę polepszenia się oddechu wzrastają objawy upadku działania serca, i w obec zagrażającego zapadu trzeba było energicznie stosować środki podniecające (do godziny 2 wstrzyknięto 12 strzykawkę Pravatzu po 1,0 eteru, oraz 13 strzykawkę wyskokowego roztworu kamfory po 0,1) ze zmiennym skutkiem. Stopniowo źrenice zwięzają się, chory zaczyna oddziaływać, przy zwrocie strumienia języ, z drugiej jednak strony występują objawy obrzęku płuc. Chory dostaje kąpiel 34° R. z zimnymi oblewaniem; oddech staje się głębszym, chory przelyka nieco wina, tętno się podnosi, objawy obrzęku ustępują. Po półgodzinnej kąpeli chory wydaje się przytomniejszym, ma oddech dość swobodny i częsty (18 na minutę), tętno (90). O godzinie 2 1/2 chory zasnął i spał spokojnie aż do 4-ej a przyjawszy posiłek (rosół, mleko, wino) spał w dalszym ciągu wieczorem ciepłota 37,8, chory jest przytomny, narzeka na osłabienie, bóle w brzuchu; moc klarowny, bez białka, stolce prawidłowe, oddech prawidłowy. Nazajutrz chory czuje się dobrze, pragnie wstać z łóżka, czwartego dnia po otruciu opuszcza szpital zupełnie zdrowym. O ile sądzić można na zasadzie dochodzenia, chory połknął 1,2--1,5 grm. czystego cyanku potassu, t. j. dawkę niemal dziesięć razy większą od dawki uważanej za śmiertelną. Uratowanie życia w danym przypadku przypisać należy przedewszystkiem tej okoliczności, że chory przyjął truciznę przy pełnym żołądku, skutkiem czego, wessanie odbywało się powolniej, przytem znaczną część trucizny chory wymiotował wraz z pokarmami. Mimo to śmierć byłaby nastąpiła niechybnie, gdyby nie sztuczne oddychanie, stosowane konsekwentnie przez 2 godziny pomimo beznadziejnego na pozór stanu chorego.

J. P-i.

60. CHARLES B. KEETLEY (London). **O wylęcckowaniu szpiku kości.** *On Removal (by scraping out) of the Marrow of long Bones, and especially on this proceeding as Treatment of Osteo-Myelitis; also on the same followed by the local application of Corrosive Sublimate Solution and of Jodoform.* (*Annals of Surgery* 1885. 1. No 1 Sp. 1--6). Podobnie jak to już poprzednio opisali BLECKWENN, STOLL, PERKOWSKI (Refer. w *Cent. f. Chir.* z 1883 r. str. 799 r. 1884 str. 153). K. również stosowywał wydalanie szpiku kostnego z wnętrza przewodu kości długich nie napotyając wcale szkodliwych następstw. Jeśli K. nie posiada danych opartych na własnym doświadczeniu, aby dzięki rękoczynowi wylęcckowania szpiku można w zupełności odrzucić wysokie odjęcia członków i wyluszczenia w stawach (jakto STOLLA i PERKOWSKIEGO prace dowodzą), to w każdym razie sędzi iż można z zupełną pewnością „evidement” dokonywać tak aby cały słup długiej kości jak np. udowy, ze swego szpiku mógł być ogołocony, a w przypadkach gdzie wydrapanie szpiku kostnego przez otwór boczny w kości nie może być przedsięwzięte, to można całość kości naruszyć nie obawiając się wcale o brak następczego zrosnięcia złamanych lub dłućkiem przedziurawionych kości. Po dokonaniem „evidement” K. przemywa pusty walec kostny roztworem sublimatu (1:1000) i podobnie jak to czynili STOLL, PERKOWSKI, używa jodoformu dla miejscowego opatrunku; chociaż z obawy wypadkowej idiosynkrazji lub zatrucia jodoformowego całej jamy kostnej po wydłubaniu powstałej jodoformem nie wypełnia lecz go zastępuje stężonym roztworem eterowym jodoformu.

Miękkie części rany były odrazu zeszyte i opatrzone w sączki. Pierwszy przypadek dotyczy 15-letniego chłopca który od 6 miesięcy kulał, przy ograniczonych ruchach w stawie biodrowym. Przy wyskrobywaniu od tyłu pozbawionego chrząstki stawu biodrowego, słup kości udowej raptownie pękł na dwoje. Ponieważ przetoka fistułowa do złamania prowadziła, K. postąpił więc jak to się czyni przy złamaniu powikłanem t. j. przystęp szeroki do miejsca złamania otworzył a wówczas przy pomocy ostrej łyżeczki od góry i od dołu epifyzy cały słup szpiku wydalil. Dalsze leczenie miało miejsce podług napomnianego postępowania, używając unieruchamiającej szyny i wyciągającego opatrunku. Później dopiero gdy złamanie uda mocno już było zrosniętem a staw biodrowy zeszywnionym (czas potrzebny dla osiągnięcia tego wyniku nie jest podanym) chłopiec zmarł na „*Meningitis tuberculosa*”. 2-gi przypadek dotyczy reseceki kolana: dolna część k. udowej została ze szpiku ogołoconą; lecz z powodu że 12-ty dzień wskutek groźnego krwotoku chorey był amputowany, to przypadek ten przedstawia mniej interesu. W 3-im przypadku, amputacja w dolnej $\frac{1}{3}$ części goleni wraz z „*evidement*” k. piszczelowej i strzałkowej były dokonanemi; poczem prędkie nastąpiło wyleczenie.

(*Centralbl. f. Chirurgie*. Nr. 17 25 Kwietnia 1885). P.

61. **Możliwość zakażenia przy szczepieniu ospy, oraz zapobieżenia takowej.** (HAUSSMANN, *Berl. kl. W.* 1885. Nr. 15). Przeciwnicy ochronnego szczepienia ospy, na poparcie słuszności zapatrywania swego przytaczają liczne przypadki przeniesienia chorób zakaźnych przy szczepieniu ospy. Jakkolwiek obwinienia te są zwykle nieuzasadnione, albo też odniesione być winny na karb nieostrożnego i nieogłędnego wykonywania, niemniej jednak w pewnych przypadkach, zresztą niezbyt licznych, niepodobna wykryć innej drogi zarażenia, prócz szczepienia, pomimo iż to ostatnie wykonaniem zostało z wszelką możliwą ogłędnością. Autor wykazuje jedną z dróg, na której przeniesienie zarazków przez szczepienie ospy jest możliwem, a na co dotychczas nikt nie zwrócił uwagi. Przy używaniu jako materiału limfy przechowywanej w włosowatej szklanej rurce, a co obecnie coraz bardziej wchodzi w użycie, dla wydostania limfy na zewnątrz, lekarz wydmuchuje takowy własnymi ustami, otóż przy odpowiednich ruchach warg i języka, łatwo zdarzyć się może iż część limfy wessaną zostaje do ust, a z drugiej strony część wydzieliny i innej zawartości jamy ustnej, dostanie się do rurki. Możemy wtedy w limfie, obok kulek czerwonych, naskórka odpowiedniego zwierzęcia, jego włosów etc., znaleźć jeszcze nabłonek płaski, śluz, bakterye ustne szczątki pokarmów świeżych lub w stanie rozkładu będących, szczególnie gdy lekarz ma spróchniałe zęby. Lecz co gorsza, gdy lekarz dotknięty jest rozpoczynającą się lub rozwiniętą już sprawą zakaźną jamy ustnej, gardzieli, oraz organów przytykających, niebezpieczeństwo staje się jeszcze większe. Dla zapobieżenia temu, autor prócz dokładnego wypełnienia rurki, co zresztą jest przepisem, zaleca do wydmuchiwania limfy z rurki używać strzykawki Pravatza, poddanej uprzednio dezynfekcyi. Po odłamaniu zalutowanych końców rurki, osadza się jeden koniec w otwartej kaniuli odwiedzonej strzykawki Pravatza i zesuując tłok, przedmuchiwa się i wypędza limfę do odpowiedniej porcelanowej skorupki.

J. P-i.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Ueber neuere Kaiserschnittmethoden von H. FEHLING.

(*Samml. klin. Vortr.* Nr. 248).

Do czasu jak zaczęto stosować metodę LISTERA w chirurgii i aku-szeryi wyniki operacyi cięcia cesarskiego były oplakane. SPÄTH podaje,

że w 19 stuleciu w klinice Wiedeńskiej, na której rocznie najmniej 5000 porodów się odbywa do 22 Czerwca 1877 r. nie było ani jednego przypadku wyzdrowienia po dokonanej operacji o której mowa. Podobne wyniki były w Londynie, Paryżu, Amsterdamie. WINCKEL podaje tylko, że na 16 operacji cięcia cesarskiego w okresie przed listerowskim 8 wyzdrowiało. W podręcznikach podają śmiertelność po operacji 54%, 62%, 80%, chociaż należy dodać, że nie wszystkie przypadki niepomysłne były ogłoszone. FRIER zebrał tylko 13 wyzdrowień w okresie 1801.—1867 r. Niebezpieczeństwo spoczywa nie tylko w możebności przeniesienia zarazy, za pomocą narzędzi i t. d. ale i w krwotoku z rany macicy b. często powstającym tak w czasie operacji jak i po operacji, przy niedostatecznym zbliżeniu brzegów rany, a wiadomo znowu, że łatwiej zakażenie może nastąpić u osób bezkrwistych. Trzecie i najważniejsze niebezpieczeństwo spoczywa w możebności następczego zakażenia przez przejście rozkładającej się zawartości macicy przez łatwo ziejącą ranę (do jamy brzusznej, gdyż rana macicy przy następczej inwolucyi staje się otwartą.

Wycięcie macicy razem z jajnikami według metody PORRO usuwa głównie niebezpieczeństwo następczego zakażenia. W ciągu 8 lat literatura liczy 150 przypadków. Tak dla matek jak i dla dzieci otrzymane są daleko lepsze wyniki, jak przy dawnej metodzie, przy której umierało 85%, 90% a przy PORRO 55,8% według zebranych 138 przypadków przez GODSONA. Sposobu operowania według metody PORRO, jako znanej, bliżej nie opisuję, nadmienię tylko, że F. jest za umieszczeniem szypuły zewnątrz otrzewny, a brzegi otrzewny w ranie ścian brzusznych zszywa oddzielnie. Ponieważ w dawnej metodzie cięcia cesarskiego główne niebezpieczeństwo polegało na prędkim rozstępowaniu rany macicy wskutek połogowej inwolucyi a przez to obawa następczego zakażenia otrzewny przez rozkładające się odchody w macicy, to SÄNGER, wychodząc z zasady, że surowicze powierzchnie otrzewny łatwo się zrastają starał się zeszyć ranę macicy na sposób szwu kiszkiowego LUMBERTA, zakładając otrzewną ku wewnątrz między powierzchnie rany. Dla tego S. wycina po małym paśmie mięśnia macicy z obu stron rany równoległe do pierwotnego cięcia, następnie odpreparowywa nieco otrzewną po obu stronach rany i zakłada otrzewną ku wewnątrz na ranę i zeszywa. F. robił według tej metody jedną operację, ale bez wycinania kawałka mięśnia macicy, gdyż mięsień i bez tego rozstępuje się, powierzchnie wtedy nie schodzą się tak dobrze, a otrzewna na macicy świeżo po rozwiązaniu, co już DUNCAN wykazał, układa się w fałdy. Można więc łatwo od brzegu rany odpreparować otrzewną na 1,5—2 ctm. i zawinąć ku wewnątrz rany. Wtedy nakłada się szwy jedwabne głębokie, sięgające aż do doczesnej naprzemian z powierzchniami dla zbliżenia samej otrzewny.

Jeżeli podobną operację robimy u chorej z miękkieniem kości, to należy oprócz tego oddzielnie usunąć jajniki, aby zabezpieczyć się od dalszych zapłodnień. F. w każdym razie przekłada metodę PORRO, gdyż między innymi przy konserwatywnej metodzie cięcia cesarskiego przy następnej ciąży łatwo powstają przepukliny macicy. LEOPOLD według metody SÄNGERA wykonał 3 operacje z powodzeniem, a BEUMER jedną z zejściem śmiertelnem.

KEHRER podał jeszcze inną metodę do ulepszenia dawnej metody cięcia cesarskiego. Zamiast podłużnego cięcia wykonywa cięcie poprzeczne na przednim obwodzie szyi macicznej nieco nad ustami, ponieważ to miejsce nie ma skłonności do rozstępowania; po opróżnieniu macicy wskutek normalnego przodopochylenia to miejsce zamyka się nawet bez szwów. Nakłada jednak szwy mięśniowe i na otrzewną jak w metodzie SÄNGERA

ale przytem, co rzecz b. wikła i utrudnia, zakłada zaniechane przez innych dreny. Ta metoda nie jest żadnem ulepszeniem, nie może bowiem być użytą uprzednia podwiązka dla zabezpieczenia się od krwotoku, cięcie może natrafić na grube pnie żyłne, równoległe do ich przebiegu, co samowolne skurezenie się, jak i podwiązanie naczynia utrudnia. Przytem należy przeciąć większą połowę obwodu szyi do wydobycia dziecka, a że często trzeba i rękę wkładać dla wydobycia czy płodu, czy łożyska, więc nieraz rozdarcie jeszcze większe nastąpić może. Operacya według tej metody była wykonaną 2 razy, raz z powodzeniem u 10 raz rodzącej z rozmiękzeniem kości, druga chora również z rozmiękzeniem kości umarła na zakażenie.

W końcu autor kończy swój wykład następującemi wnioskami: 1) Dawna metoda cięcia cesarskiego powinna być wykonywaną na umierających lub umarłych dla ocalenia płodu. 2) Metoda SÄNGERA odpowiednią jest w tych przypadkach, jeżeli kobietę chcemy zachować zdolną dla płodzenia dalszego potomstwa, następnie przy potworach, zrosniętych bliźniętach, raku szyi macicy. 3) Operacya według metody PORRO wskazaną będzie w przypadkach rozmiękzenia kości, znacznego zwiężenia miednicy (*conjug. vera* 5,5), gdzie przy nowej ciąży wskazaniem by było nowe cięcie cesarskie; przy nie dających się usunąć guzach miednicy, lub w końcu przy względnem wskazaniu, jeżeli rodzice w interesie dziecka tego sobie życzą.

J. Rogoziński.

ODCINEK.

Środki opatrunkowe.

Na prowincyi, zwłaszcza w okolicach bardziej oddalonych od większych miast, zdarza się częstokroć, iż zapas środków opatrunkowych sprowadzonych ze stolicy lub miast gubernialnych nagle się wyczerpie, a pod ręką niema torfu, trocin, którychby do opatrunku użyć było można. Z drugiej znowu strony waty i gazy przeciwnie dość są kosztowne i z trudnością dają się stosować w praktyce wiejskiej gdzie przy leczeniu ran i wrzodów względ tanioci przemagać powinien. Z tych powodów podajemy tutaj kilka przepisów łatwego przyrządzania rozmaitego rodzaju waty i gazy antyseptycznej oraz opasek antyseptycznych, według których każdy lekarz na prowincyi praktykujący już to sam przyrządzić sobie może środki opatrunkowe, albo też aptekarzowi polecić ich przyrządzenie.

Watę przeznaczoną do opatrunku należy przedewszystkiem odtłuścić. W tym celu wytrawia się ją przez 10 minut w benzolu, ciecz z niej wy-ciska i następnie pozostawia się na powietrzu do wyschnięcia. Gazę białą używaną do opatrunku należy naprzód wygotować w wodzie wrzącej, wysuszyć, a następnie w ten sam sposób co watę odtłuścić. Wata i gaza stanowią podstawę dla następujących przetworów.

Wata lub gaza karbolowa. Kilogram odtłuszczonej waty lub gazy kładzie się do 2.5 litrów rozczyntu, złożonego z 100 części kwasu karbolowego, 200 części kolofonii, 300 części olejku rycynowego i 2000 części alkoholu. Dokładnie watę lub gazę wygniółszy w tym rozczyntu wysusza się je na powietrzu.

Wata lub gaza antyseptyczna ściągająca w taki sam sposób przyrządza się w rozczyntie 5 części tanniny, 4 części kwasu karbolowego, 50 części alkoholu i 8 części olejku rycynowego.

Wata lub gaza benzoosowa otrzymuje się z rozczyntu 5

części kwasu benzoesowego i 2 części olejku rycynowego w 250 częściach alkoholu.

Wata lub gaza salicylowa otrzymuje się z mieszaniny 5 części kwasu salicylowego, 2 części olejku rycynowego i 250 części alkoholu.

Wata lub gaza borowa otrzymuje się z ciepłego roztworu 10 części kwasu borsowego (*Acidum boricum*), 80 części wody i 10 części gliceryny, poczem wysusza się w ciepłocie 60° Cels.

Wata lub gaza boro-karbolowa. Dla jej otrzymania używa się roztworu złożonego z 5 części wysokoku, 80 części wody i 10 części gliceryny.

Wata lub gaza jodoformowa przyrządza się z 2 części jodoformu, 20 części eteru i 10 części gliceryny.

Nie jesteśmy w ogóle zwolennikami tak zwanych środków tamujących krwotoki, w niektórych jednak razach przydać się one mogą.

Wata przeciwkrwotokowa. Dla jej otrzymania bierze się 2 części alunu, 12 części wody, 2 części roztworu półtorochlorku żelaza (*Ferrum sesqui chloratum Solutum*) i wysusza się ją w temperaturze 60° C.

Stosunek odsetkowy części skutecznych powiększyć można według potrzeby. Otrzymane wyroby są miękkie, podatne, przyjemne w dotknięciu i przy użyciu gliceryny lub olejku rycynowego nie wydają pyłu. Olejek rycynowy zasługuje na pierwszeństwo przed gliceryną. Zamiast parafiny lepiej używać kolofonii.

Wszelkie maści i plastry potępiłone zostały przez nowoczesną chirurgię. Kto jednak nie może się bez nich obejść niech przynajmniej używa opasek antyseptycznych (*Antiseptic Dressings*) przyrządzonych w następujący sposób: 10 części oleju lnianego i 5 części kolofonii stapia się na wolnym ogniu, poczem po ostawieniu z ognia dodaje się 20 części olejku terpentynowego i 2.5 części kwasu karbolowego. W 30 częściach tej cieczy zanurza się opaska tarlatanowa 1.5 metra długa i 0.2 szeroka, a następnie mocno wyciska z cieczy jeszcze ciepłej. Opaski takie są podatne i dobrze się trzymają. Przechowuje się je w papierze karbolowym.

B. L-ski.

Wiadomości bieżące krajowe.

— Otrzymujemy odezwę następującą.

Do Szanownych Kolegów! Zajmując się wydawnictwem pracy mającej przedstawić rozwój historyczny terapii Karlsbadzkiej od najdawniejszych czasów, aż po dziś dzień, jako też zestawieniem statystyki leczenia Karlsbadzkiego, upraszam Szanownych Kolegów, którzy są albo autorami prac lekarskich dotyczących Karlsbadu, lub też są w posiadaniu dawnych prac tego rodzaju w jakimkolwiek języku, aby raczyli w celu pomieszczenia tych prac w spisie wydawnictwa takowe łaskawie nadesłać *w lecie do Karlsbadu, a w zimie do Krakowa* pod moim adresem. Prace na żądanie przysyłającym zwrócone zostaną.

W Karlsbadzie (zur Röhmschen Krone) 25. Czerweca 1885.

Docent Dr. W. Jaworski lekarz prakt. w Karlsbadzie.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 20 Июня 1885. Друк М. Зіемкiewiczа Krak.-Przedm. N. 15.