

Nr 6. Warszawa d. 27 Stycznia (9 Lutego) 1901 r. **T. XXIX.**

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wskazaniach, warunkach i zasadach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Podał d-r Stefan Gaszyński. — **WYKŁADY KLINI-CZNE.** Zwykłe postacie zapalenia płuc u dzieci. — **STRESZCZENIA I WYCIĄGI.** 15 O nawrotach po operacjach kamioni żółciowych. 16. Wyobrażenia o śnie u zdrowych i chorych. 17. Jolibina, nowe aphrodisiacum. 18. Leczenie zapalenia otrzewny miedniczej. 19. Ciepło słono kąpiele przeciw zaburze-niom zwrotu płciowego (menopauza). — Sprawozdanie ze zjazdu międzynarodowego w Paryżu (2—9 sierpnia 1900 r.). (Ciąg dalszy). — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMO-ŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Ga-szyński — Les principes et les indications de la symphysiotomie avec la description d'un cas de l'autour.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Ga-szyński — Die Grundsätze und Indicationen zur Symphysiotomie mit Anführung eines eigenen Falles.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

Podał

D-r Stefan Gaszyński

b. ordynator kliniki położniczej.

„Pas d'embryotomie de l'enfant vivant“ głosi jedna z sentencji, wry-rych na tablicach pamiątkowych w sali wykładowej słynnej kliniki BAU-DELOCQUE'a.

Rzeczywiście, dzięki zastosowaniu do położnictwa metod ścisłego bada-nia z jednej strony, z drugiej zaś wprowadzenia doń i zastosowania techniki chirurgicznej, jesteśmy w stanie ocalić w najcięższych nawet razach i w naj-gorszych warunkach życie zarówno matki, jak i dziecka, nie okupując życia jednego z nich śmiercią drugiego.

Bezwzględna potrzeba, jaką wytworzyły silne stopnie zwężeń miednicy, kiedy poród drogą naturalną w żadnym razie nie może być ukończony, zmusiła już wcześniej do stworzenia operacji cięcia cesarskiego, która przy dzisiejszej technice daje wyniki świetne zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Lecz oto w tych przypadkach zwężeń miednicy średniego stopnia, kiedy z poświęceniem życia dziecka matka jednakże pozostaje przy życiu, posilkowano się do ostatniego prawie czasu barbarzyńską metodą wymóżdżenia i rozkawalenia dziecka. Nie ma nic łatwiejszego, niż zabijając dziecko, po kawałku je wyjąć; humanitarna jednak Francya i genialna twórczość jej przedstawicieli zdołała i w tych razach zabezpieczyć od gwałtu istotę żyjącą, i oto w umyśle Jean REVE SIQAULT zabłysła myśl cięcia łonowego. Luka w akuszeryi została wypełniona, i dziś nauka nasza poszczycić się może, że nie ma przypadku, w którymby nie mogła przyjść z pomocą cierpiącej ludzkości.

Nie będę się starał o dokładne przedstawienie całej historii omawianej operacji; daleko szczegółowiej opracowaną znaleźć ją można w pracach Fr. NEUGEBAUERA, Ed. Gasp. de SIEBOLD'a, VARNIER'a i innych. Mnie chodzi w pracy niniejszej o wyciągnięcie realnych korzyści z interesującej nas kwestyi, dla tego też zwrócę większą uwagę na faktyczną stronę rzeczy, z historyi zaś zanotuję te tylko fakty, które rzucą światło na potrzebę powstania operacji i na te trudności, jakim one podlegała w swoim rozwoju.

Jak w historii innych gałęzi medycyny, tak też i w kwestyi, bliżej nas obchodzącej, zwrócić się musimy do HIPPOKRATES'a, który już w starożytności wiedział, że podczas ciąży i porodu następuje pewne fizyologiczne rozluźnienie stawowych powierzchni miednicy. Ztąd powstała nawet legenda, którą Fr. NEUGEBAUER za taką podaje, że w starożytności małym dziewczynom przecinano profilaktycznie spojenie łonowe, aby w okresie rozrodczym ułatwić im odbywanie porodu.

W 1519 r. Jacques d'AMBOISE demonstrował w odczycie publicznym ruchomość stawowych powierzchni położnicy, zmarłej w kilka dni po urodzeniu dziecka. Korzystając z tej myśli SEVERINUS PINAEUS chciał sztucznie wywoływać rozmiękczenie spojenia przez kataplazmy, wcieranie oliwy, kąpiele nasiadowe i t. d.; było to zatem pierwsze, jakkolwiek nieudolne, zastosowanie praktyczne obserwacji klinicznej.

W jakiś czas później, w roku 1585, lekarz Jean CLAUDE de la COURVÉE, francuz rodem, wykonał u nas w Warszawie pierwszą operację przecięcia spojenia łonowego na trupie zmarłej nagle rodzącej w celu szybkiego wydobycia dziecka. W podobnych warunkach wykonał też operację w Niemczech PLENCK w r. 1766.

Zastosowanie jednak cięcia łonowego na żywej, w celu przyjścia z pomocą rodzącej, przypadło w udziale po raz pierwszy Jean RENE SIQAULT'owi w r. 1777; jemu też w zupełności należy się zasługa powstania tej operacji.

Przypomnę kilka okoliczności, towarzyszących pierwocinom symphyseotomii. W roku 1768 J. R. SIQAULT zaproponował operację cięcia łonowego, motywując potrzebę wynalezienia operacji, która mogłaby zastąpić cięcie cesarskie ze względu na zły ówczesny wynik tej operacji. Myśl tę nasunął mu znany już wówczas powszechnie fakt rozluźnienia więzów miedniczych w czasie ciąży i porodu. Sekretarz akademii chirurgicznej paryskiej Louis wyznaczył komisję do zbadania i zaopiniowania o wartości proponowanej przez SIQAULT'a operacji. Głosy były podzielone; jeden z członków komisji

CAMPER wymiarami na trupach wykazywał, że podług jego mniemania sprzężna miednicy niewiele na operacyi zyskuje i wywnioskował, że zatem niewarto narażać chorej na ciężkie przejście; jednakże eksperymentami na zwierzętach dowiódł, że spojenie łonowe po przecięciu zrasta się następnie dobrze. BAUDELOCQUE, należący do tejże komisji, również operację potępił w pracy: „An in partu propter angustiam pelvis impossibili symphysis ossium pubis secunda“. Paris 1776.

SIGAULT jednak nie dał za wygraną. Wezwany do żony żołnierza Sonchot w r. 1775, po raz 4 rodzącej, zaprosił kilku ówczesnych profesorów, między innymi LEVRET'a, w celu omówienia potrzeby dokonania cięcia łonowego. Chora była rachityczna. Sprzężna równała się 7 ctm.; pierwsze trzy porody były operacyjne i kończyły się obrotem z wyciąganiem martwego dziecka. Narada wypadła niekorzystnie; konsultanci odrzucili proponowaną operację; wykonano obrót i po raz czwarty wydobyto nieżywe dziecko.

We dwa lata później SIGAULT już bez narady sam z pomocą Alfonsa LERVY wykonał operację u tej samej chorej; rozszerzył spojenie na 7 ctm., poczem wydobył dziecko żywe. Przez skaleczenie nożem powstała przetoka pęcherzowo-pochwowa; chora wyzdrowiała.

O fakcie dokonania operacyi zawiadomiono nazajutrz Akademię, z której łona wydelegowano GRAUDELLOS'a i DESCHEMET'a do szczegółowego zbadania rzeczy i zdania opinii. Codziennie przedstawiano Akademii biuletyny o stanie zdrowia operowanej.

Kiedy 46-go dnia chora zaczęła chodzić, przedstawiono ją na posiedzeniu Akademii. Pomimo to, że chodzenie było bardzo utrudnione, możebne zaledwie przy pomocy kija, i pomimo przetoki pęcherzowej, zjawienie się matki z żywym dzieckiem wywołało w Akademii ogromny entuzjazm, operatora nagrodzono owacyjnie medalem, wybitym na jego cześć.

Wkrótce jednakże po kilkakrotnych próbach operację w różny sposób zdyskredytowano. Zaczęto operować przy zwężeniach, gdzie sprzężna wynosiła zaledwie 5 ctm., rozrywano stawy kupropodłędźwiowe, kaleczono i rozrywano części miękkie, zakażano chore i t. d.

Przypadkom pomyślnym nie można było wierzyć, ponieważ były takie doniesienia, że 3-go dnia po operacyi chora po mieszkaniu chodziła, a w kilka dni potem odbywała pieszą podróż do pobliskich miast. Okazało się następnie, że operujący DESPRIÈS de MEUMEUR w Saint-Pol-de-Léon w Bretanii wcale operacyi właściwej nie robił, a tylko przeciął skórę na miejscu spojenia.

Tego rodzaju fakty już w samej Francji poderwały kredyt operacyi. Wykonywano ją w Niemczech. SIEBOLD z Würtzburga już w 4-ry miesiące po pierwszej operacyi SIGAULT'a wykonał drugą z kolei z zejściem szczęśliwym dla matki, a śmiercią dziecka, która nastąpiła przy ekstrakcyi. Wykonywano ją jeszcze w Holandyi kilkakrotnie, także we Włoszech; w roku 1832 GALBIATI we Włoszech wykonał ją po raz ostatni; następnie na długi czas upadła.

W roku 1887 prof. MORISANI z Neapolu pierwszy po dłuższej przerwie w odpowiednich warunkach zastosował cięcie łonowe, i od tego czasu zostało ono wskrzeszone, aby, jak się zdaje, zająć najzaszczytniejsze miejsce pośród operacyi położniczych.

Uczeń prof. MORISANI'ego, SPINELLI, w końcu 1891 r. będąc w Paryżu, przedstawił dyrektorowi kliniki BAUDELOCQUE'a prof. PINARD'owi rezultaty 24 operacyi, wykonanych przez MORISANI'ego i innych włoskich chirurgów.

Od tej pory, dzięki pracom, ogłoszonym za inicjatywą i pod kierunkiem prof. PINARD'a, cięcie łonowe zostało bardzo szybko zpopularyzowane.

Na kongresie lekarskim w Rzymie w r. 1894 przedstawiono już rezultat 82 operacyi, na kongresie w Moskwie w r. 1897 było omawianych około 400 operacyi, zaś obecnie liczba dokonanych operacyi cięcia łonowego przenosi tysiąc.

Z powyżej przytoczonego zarysu historycznego omawianej operacyi wyprowadzić można ten ogólny wniosek, że, jakkolwiek sama myśl rozszerzenia, czy rozcięcia pierścienia kostnego, będącego taką nieprzewycięzoną przeszkodą do samoistnego ukończenia się porodu w miednicach patologicznych, w czasach bardzo już odległych błąka się w umysłach ludzi fachowych, to jednakże ostateczne rozpowszechnienie i zpopularyzowanie się tej operacyi posuwa się bardzo powoli.

Musi więc albo sama operacya nie czynić zadość tym wymaganiom, jakich się od niej oczekuje, albo stosunki topograficzne pola operacyjnego utrudniają technikę jej wykonania, albo też rezultat operacyi w czasie następczym, oddalonym, przedstawia się dla chorych operowanych mniej dodatnio, aniżeli przywykliśmy go mieć przy wykonywaniu innych operacyi, które mogłyby w ten lub inny sposób omawianą operacyą zastąpić.

Objektywne zbadanie tych trzech warunków istnienia operacyi cięcia łonowego stanowić będzie właściwą treść niniejszego studyum, wyprowadzenie zaś ostatecznych wniosków i utrwalenie wskazań do jej wykonania jest głównem zadaniem mej obecnej pracy. Jako przykład, ilustrujący teoretyczne wywody, posłuży poniżej przytoczony przypadek operacyi, dokonanej przeze mnie w lutym r. 1898.

W pierwszej części zatem rozpatrywać będę wymiary miednicy, mianowicie jej poziomego przecięcia, poprowadzonego na wysokości wejścia z dużej do małej miednicy, w drugiej części przedstawię pole operacyjne pod względem topograficznym, trzecia zaś część stanowić będzie rozpatrzenie i wyprowadzenie wniosków z tego dorobku klinicznego, jaki już zdążyła sobie wytworzyć interesująca nas operacya.

I.

Na kongresie lekarskim w Rzymie 1894 r. dyrektor kliniki paryskiej BAUDELOCQUE'a prof. PINARD przedstawił w pracy bardzo wyczerpującej niektóre obliczenia własne oraz prof. FARABEUF'a, aby wykazać, ile zyskuje wymiar prosty miednicy, t. z. sprężna, na przecięciu spojenia łonowego i rozszerzeniu wejścia do małej miednicy.

Zgadając się w ogólnych zarysach z prof. FARABEUF'em na punkt wyjścia do jego obliczeń, po sprawdzeniu ich doszedłem jednak do rezultatów nieco odmiennych, co pozwolę sobie poniżej wyłożyć. Równie też porobiłem własne obliczenia, polegające już nietylko na jednym wymiarze miednicy, ale rozpatrując wejście do miednicy w całości; wymierzylem, mianowicie, jak dalece zmienia się pojemność pierścienia kostnego na wysokości wejścia do miednicy przed i po rozcięciu spojenia łonowego. Tego rodzaju rozpatrzenie sprawy wydało mi się dokładniejszym i wszechstronniejszym; bo wszak przy operowaniu nie idzie nam o jeden jakiś wymiar, lecz o powiększenie pojemności całej miednicy, aby mała pojemna mogła się stać zdolną do przyjęcia ciała, mającego się w nią wtłoczyć i przez nią przedostać nazewnątrż.

Dla ilustracyi i sprawdzenia własnych obliczeń porobiłem odlewy gipso-
we z małej miednicy, nalewając gips płynny do miednicy przed rozcięciem
jej spojenia łonowego i drugi raz po rozcięciu go. Wynik, otrzymany
z porównania tych odlewów gipsowych, jako rzeczy stałej i niezmiennej, naj-
lepiej potwierdzi teoretyczne spekulacje.

Zacznę tedy od sprawdzenia obliczeń prof. FARABEUF'a.

Prof. FARABEUF słusznie utrzymuje, że po przecięciu spojenia łonowego
i rozciągnięciu dwóch kości podłędźwiowych na boki, każda z tych kości bę-
dzie opisywała pewien łuk. Łuk ten da się graficznie przedstawić w ten spo-
sób, że jedną nóżkę cyrkla należy postawić na miejscu stałym, odpowiadają-
cym osi obrotowej stawu kupropodłędźwiowego; druga zaś nóżka cyrkla
opisze pożądany łuk.

Wymierzywszy na szkielecie kostnym miejsce tego stałego punktu,
z którego opisywać będziemy łuk, znajdziemy, że leży on na linii, poprowa-
dzonej równoległe do osi poprzecznej wejścia do małej miednicy, przez punkt,
znajdujący się na 2,5 ctm. poza miejscem, z którego zazwyczaj mierzymy tyl-
ny koniec sprężnej i, mianowicie, na 5 ctm. od środka tej linii.

Zakreślając łuki z wiadomego już punktu przy sprężnej = 6, 7, 8, 9
i t. d. centymetrów i przy dowolnem rozszerzeniu, otrzymamy, jak to widać
na rysunku (fig. I), powiększenie wymiaru sprężnej na ilości następujące:

| | | | |
|-------------------------|---|----|--------|
| Przy sprężnej = 6 ctm. | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 2 ctm. | na | 5,5 mm |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 4 | " | 9,0 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 6 | " | 12,0 " |
| Przy sprężnej = 7 ctm. | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 2 | " | 5,0 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 4 | " | 8,0 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 6 | " | 11,0 " |
| Przy sprężnej = 8 ctm. | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 2 | " | 4,5 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 4 | " | 7,5 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 6 | " | 10,0 " |
| Przy sprężnej = 9 ctm. | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 2 | " | 4 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 4 | " | 7 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 6 | " | 9 " |
| Przy sprężnej = 10 ctm. | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 2 | " | 3,5 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 4 | " | 6,5 " |
| | wymiar przedniotylny | | |
| | przedłuży się dla rozszerzenia = 6 | " | 8 " |

We wszystkich tych wymiarach za przedłużenie sprężnej uważamy przestrzeń, zawartą pomiędzy punktem przednim, z którego zazwyczaj wymierzamy sprężną prawdziwą (*conjugata vera*), a punktem środkowym, leżącym na linii połączenia opisanych łuków.

Widzimy z tych pomiarów, że im miednica jest mniej zwięziona, tem mniej wygrywa się na jej przecięciu, i odwrotnie, im sprężna jest mniejsza, tem wynik operacyi jest większy.

Dotychczas jesteśmy w zgodzie z prof. FARABEUF'em. Dalej jednak Sz. profesor, uniesiony świetnymi wynikami swoich obliczeń i przejęty dobrem sprawą, której był rzecznikiem, wpada w pewną przesadę, mianowicie następującą.

Przez otwór, otrzymany po przecięciu spojenia, wysuwa się pewien odcinek główki dziecka nazewnętrz; przez to wymiar przedniotylny jeszcze się trochę powiększy. Powiększyć się może o tyle, o ile pozwoli łuk, opisany cyrklem, którego jedną nóżkę postawimy na punkcie tylnym sprężnej, na przedgórzu, drugą zaś opiszemy łuk, łączący brzegi kości podłędźwiowych po ich dowolnem rozciągnięciu. Prof. zaś FARABEUF opisywał łuk o promieniu koła = 4 ctm., wychodząc z tej zasady, że przyjmował główkę dziecka za ciało koliste, mające w średnicy 8 ctm., t. j. wymiar dwuskroniowy — *diameter bitemparalis* — noworodka.

Przedewszystkiem główka dziecka zbliżona jest raczej do elipsoidu, aniżeli do kuli. Przyjmując kształt główki za elipsoid i po zrobieniu poziomego na niej przecięcia na wysokości największej jej objętości, otrzymamy elipsę o dwóch osiach, z których jedna mała odpowiadać będzie wymiarowi główki noworodka dwuciemieniowemu — *diameter biparietalis* — i równać się będzie podług SCHRÖDER'a 9,25 ctm.; druga zaś wielka oś odpowiada wymiarowi główki przedniotylnemu, który podług SCHRÖDER'a równa się 11,75 ctm.

Nigdy więc elipsa o osiach = 9,25 ctm. i 11,75 ctm. nie może przeobrazić się w koło o promieniu 4 ctm., jak to przedstawia Szan. Profesor i wniknąc w lukę (przestrzeń), otrzymaną po przecięciu i rozciągnięciu spojenia na boki. Idąc dalej w myśl rozumowań prof. FARABEUF'a i rozciągnąwszy spojenie łonowe na przestrzeń 8 ctm., moglibyśmy wszak całą główkę o średnicy podanej przez FARABEUF'a, mianowicie, też równającej się 8 ctm., wytoczyć przez zrobiony otwór, co jest przecieź niepodobieństwem.

Przeniknąc nazewnętrz miednicy może tylko taki odcinek elipsy, który odpowiadać będzie faktycznemu wymiarowi zawartemu pomiędzy przedgórzem a łukiem, opisanym przezemnie wyżej, mianowicie, łączącym obydwie brzegi rozciągniętego spojenia.

Przyjrzyjmy się odpowiedniemu rysunkowi (fig. Nr. 1) i przeczytajmy, jakie są zatem ostateczne wyniki zrobionego przecięcia. Otrzymamy cyfry następujące:

| | | | |
|--------------------------------|--------|---------------------------|----------|
| Dla miednicy, której sprężna = | 6 ctm. | ostateczny wymiar | |
| | | przedniotylny przy | |
| | | rozciągnięciu na 2 ctm. = | 6,6 ctm. |
| " | " | ostateczny wymiar | |
| " | " | przedniotylny przy | |
| " | " | rozciągnięciu na 4 " | 7,2 " |
| " | " | ostateczny wymiar | |
| " | " | przedniotylny przy | |
| " | " | rozciągnięciu na 6 " | 7,8 " |

| | |
|--|--|
| Dla miednicy, której sprężna = 7 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 2 ctm. = 7,55 ctm. |
| „ „ „ „ | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 4 „ 8,1 „ |
| „ „ „ „ | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 6 „ 8,6 „ |
| Dla miednicy, której sprężna = 8 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 2 ctm. = 8,05 ctm. |
| „ „ „ „ | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 4 „ 9,0 „ |
| „ „ „ „ | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 6 „ 9,5 „ |
| Dla miednicy, której sprężna = 9 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 2 ctm. = 9,45 ctm. |
| „ „ „ „ | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 4 „ 9,9 „ |
| „ „ „ „ | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 6 „ 10,4 „ |
| Dla miednicy, której sprężna = 10 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 2 ctm. = 10,4 ctm. |
| „ „ „ „ | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 4 „ 10,8 „ |
| „ „ „ „ | ostateczny wymiar przedniotylny przy rozciągnięciu na 6 „ 11,25 „ |

Zwykle i najczęściej używane rozszerzenie brzegów spojenia wynosi 6 ctm.; rozszerzano do 7-iu ctm., jednak, aby zachować ostrożność i nie uszkodzić szkieletu kostnego, ani części miękkich, ograniczę się na tem najczęściej używanem rozszerzeniu i wynotuję ostateczne cyfry, jakie otrzymałem podług powyżej przytoczonych obliczeń dla różnych miednic.

Cyfry te są następujące:

| | |
|--|---|
| Dla miednicy, której sprężna przed rozcięciem = 6 ctm. | po rozcięciu ostateczny wymiar przedniotylny = 7,8 ctm. |
| „ „ „ „ „ = 7 „ | po rozcięciu ostateczny wymiar przedniotylny = 8,6 „ |
| „ „ „ „ „ = 8 „ | po rozcięciu ostateczny wymiar przedniotylny = 9,5 „ |
| „ „ „ „ „ = 9 „ | po rozcięciu ostateczny wymiar przedniotylny = 10,4 „ |
| „ „ „ „ „ = 10 „ | po rozcięciu ostateczny wymiar przedniotylny = 11,25 „ |

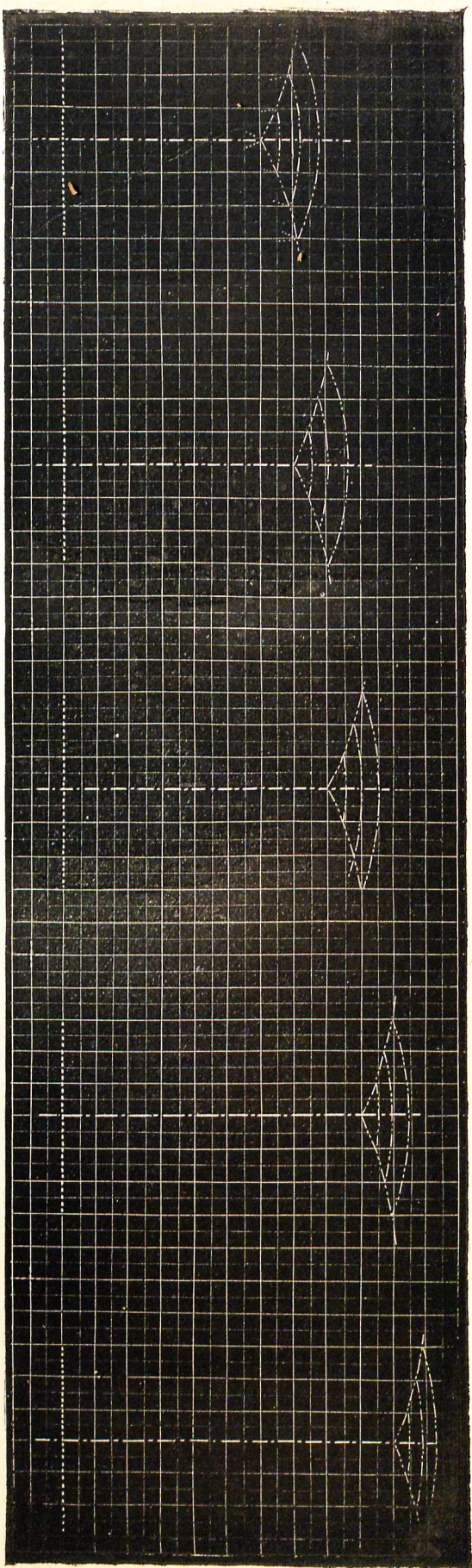


Fig. 1.

| Przy wera 6 cm. | Przy wera 7 cm. | Przy wera 8 cm. | Przy wera 9 cm. | Przy wera 10 cm. |
|---|--|---|--|--|
| Przy wera 6 cm. wera ostateczna 7,8 cm. | Przy wera 7 cm. wera ostateczna 8,60 cm. | Przy wera 8 cm. wera ostateczna 9,5 cm. | Przy wera 9 cm. wera ostateczna 10,4 cm. | Przy wera 10 cm. wera ostateczna 11,25 cm. |
| Przy wera 6 cm. wera ostateczna 7,8 cm. | Przy wera 7 cm. wera ostateczna 8,60 cm. | Przy wera 8 cm. wera ostateczna 9,5 cm. | Przy wera 9 cm. wera ostateczna 10,4 cm. | Przy wera 10 cm. wera ostateczna 11,25 cm. |
| Przy wera 6 cm. wera ostateczna 7,8 cm. | Przy wera 7 cm. wera ostateczna 8,60 cm. | Przy wera 8 cm. wera ostateczna 9,5 cm. | Przy wera 9 cm. wera ostateczna 10,4 cm. | Przy wera 10 cm. wera ostateczna 11,25 cm. |

Oto są cyfry, ostatecznie przeze mnie otrzymane, które, jako wielkości absolutnie pewne, powinny wejść do każdego podręcznika akuszeryjnego.

Rzućmy okiem na ich stosunek do wymiarów normalnej miednicy.

Z doświadczenia klinicznego wiemy, że przy zwężeniach pierwszego stopnia poród zazwyczaj samoistnie może być ukończony lub też wymaga nieznacznej pomocy akuszeryjnej, o ile wymiary główki noworodka nie wybiegają poza przeciętną normę, oraz o ile siła pracy mięśnia macicznego jest dostateczna.

Przy wykonywaniu zatem symphyseotomii starać się po winniśmy o to, abyśmy mogli otrzymać wymiary, odpowiadające co najmniej zwężeniu pierwszego stopnia; w takich tylko razach operacja okaże się celową i wartą zachodu, kiedy otrzymamy ten pożądaný wynik. Przyglądając się cyfrom, otrzymanym z powyżej dokonanych obliczeń, widzimy, że miednice o sprzężnej, równającej się 6 ctm., dają po rozszerzeniu wymiar przedniotylny = 7,8 ctm., zaś miednice o sprzężnej = 7 ctm., dają wymiar przedniotylny = 8,6 ctm.; że zaś pożądané *minimum* = 8,0 ctm. (dolna granica zwężenia miednicy pierwszego stopnia), a zatem miednice ze zwężeniem, zbliżonem do 7 ctm., dają już pożądaný rezultat. Powyższe teoretyczne obliczenie potwierdza w zupełności praktyka. Praktyka, mianowicie, oparta na szeregu wykonanych dotychczas operacji, wykazuje, że takie *minimum* sprzężnej powinno się równać 6,5 ctm.; na miednicach ze sprzężną mniejszą operacji dokonywać nie warto; za małe następuje powiększenie wymiarów, za duże uszkodzenia przy nadmiernem rozszerzaniu kości podłędźwiowych.

Co się tyczy górnej granicy, jaką zakreslić należy dla cięcia łonowego, to ta wydaje się teoretycznie nieobliczalną. Jeżeli z praktyki życia zaczerpnijemy odpowiedzi, to okaże się, że główną rolę grać tu będzie nieustosunkowanie przestrzeniowe pomiędzy obwodem główki noworodka i pojemnością danej miednicy. Częstość główka noworodka, już tylko trochę wybiegająca rozmiarami po nad średnią normę, przy niewielkich nawet zwężeniach miednicy, niemoże przebyć cieśni, i dziecko musi być stracone; zależy to od wielu względów, do których rozpatrzenia w następstwie powrócę.

W dotychczasowej praktyce górną tę granicę odsunięto do 8,5 ctm. dla sprzężnej; sądzę, że, nie chcąc stracić dziecka, w razie rozmiarów główki większych, o ile naturalnie nie mamy do czynienia z patologicznem dzieckiem, górną granicę możemy nawet i dalej posunąć przy innych odpowiednich wskazaniach.

(C. d. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

MARFAN.

Zwykłe postacie zapalenia płuc u dzieci.

Zapalenie płuc płatowe u dzieci jest identyczne z takimże zapaleniem płuc u dorosłych; jego przyczyny i potogeneza są też same i zostaje ono w każdym wieku wywołane przez przeumokoki, ma ten sam cykliczny przebieg, te same powikłania.

Med. Nr. 6

Różnice, jakie istnieją między zapaleniem płuc u dzieci i u dorosłych nie tyczą się przeto cech fundamentalnych, lecz obrazu symptomatologicznego. Pewne właściwości kliniczne często lub nawet wyłącznie spostrzega się u dzieci; o nich to autor mówi w wykładzie klinicznym.

Od jakiego wieku spostrzega się zapalenie płuc płatowe ostre, włóknikowe?

Do r. 1840 wszyscy prawie lekarze uważali płatowe zapalenie płuc za chorobę częstą u ssawców, a nawet noworodków. Był to błąd, pochodzący ztąd, że nie odróżniano go od nieżytowego zapalenia. Od czasu kiedy zaczęto dwie te postaci wyróżniać, spostrzeżono, że, o ile rzadkie jest u dzieci bardzo młodych zapalenie płuc płatowe, o tyle częste jest nieżytowe. Niektórzy nawet, jak PARRON, zupełnie zaprzeczali istnienie jego przed drugim rokiem życia. W każdym razie RILLIET i BARTHEZ, HENOCH, SIMON, d'ESPIRE twierdzą, że płatowe zapalenie płuc spostrzega się od 5-ego lub 6-ego miesiąca życia, lecz jest w pierwszym roku rzadkie, że zaczyna być dopiero częste od 5-ego roku życia. Najmłodsze dziecko, jakie autor widział, miało 13 miesięcy. Przed tym okresem, ile razy autor rozpoznał płatowe zapalenie płuc, tyle razy zawsze dalszy przebieg lub oględziny pośmiertne wykazywały, że rozpoznanie było błędne, i że miało miejsce nieżytowe zapalenie płuc, wnoszą więc, że rozpoznanie płatowego zapalenia płuc przed rokiem życia jest prawie na pewno błędne, jak o tem autora przekonały liczne oględziny pośmiertne.

W obecnej dobie obie postaci zapalenia płuc u dzieci dają się odróżnić tak anatomicznie, jak i klinicznie, a odróżnienie to jest ważne pod względem rokowania, gdyż nieżytowe zapalenie płuc jest o wiele cięższe u dzieci, aniżeli płatowe.

Pod względem anatomicznym charakterystyczne dla płatowego zapalenia płuc jest zwątrobiecie płuc, wysięk włóknikowy w pęcherzykach i brak ropy przy przecięciu oskrzeli; w zapaleniu płuc nieżytowym ogniska są przynajmniej z początku drobne, wysięk składa się z nabłonka i leukocytów, a w oskrzelach znajdujemy ropę.

Zaczawszy od 2-ego roku życia płatowe zapalenie płuc staje się coraz częstszem, a między 5 a 15 rokiem jest ono częstsze, aniżeli w innych okresach życia.

Pod względem właściwości klinicznych zauważyć można, że początek choroby jest taki, jak i u dorosłych, nagły. Wśród najlepszego zdrowia choroba zaczyna się silnem zasłabnięciem, znacznem podniesieniem ciepłoty ciała, dochodzącą do 39° i wyżej, wymiotami, których prawie nigdy nie brak, ogólnem pobudzeniem psychicznem lub bezsennością, krótkim suchym kaszlem, znacznem zwiększeniem częstości tętna. Dreszczu zwykle brak do 7-ego roku życia. Dzieci zdolne do opowiedzenia swych cierpień prawie zawsze skarżą się na ból; godny uwagi jest fakt, o którym nie należy nigdy zapominać, że dzieci rzadko wskazują na klatkę piersiową, bok, lecz umiejscawiają ból prawie zawsze pod żebrami w brzuchu; zapytywane, odpowiadają: „brzuch mnie boli“.

Te objawy wstępne choroby: nagły początek, gorączka na początku znacznego natężenia, suchy, krótki kaszel, duszność będą od samego początku przemawiały za zapaleniem płuc w przypadkach trudnych do rozpoznania, a u dzieci zdarzają się one często.

W dalszym rozwoju choroby zapalenie płuc u dorosłych charakteryzuje się potrójnym szeregiem objawów: zjawiskami wysłuchowemi, wykrztuszaniem, postacią cykliczną choroby, które ułatwiają jej rozpoznanie. U dzieci obraz kli-

niczny choroby przedstawia nieprawidłowości, które trzymają rozpoznanie choroby w zawieszaniu aż do końca prawie.

Najważniejszą cechą kliniczną zapalenia płuc u dzieci jest pojawienie się często bardzo późno objawów fizycznych (oddech oskrzelowy i rzęzenia trzeszczące); często wykrywa się je około 4-ego dnia choroby, niekiedy dopiero 7-ego, w dzień przed krytycznym spadkiem ciepłoty.

Lecz objawy fizyczne, często późno się ukazujące, zjawiwszy się raz, trwają długo, stwierdzić je można jeszcze w kilka dni po spadku ciepłoty, czem ułatwiają późne rozpoznanie choroby.

Późne zjawienie się objawów fizycznych u dzieci dowodzi, że u nich zwykle zapalenie płuc zaczyna się od części środkowych i dopiero w następstwie posuwa się do powierzchni.

Pod względem umiejscowienia zapalenia płuc u dzieci w podręcznikach podają najczęściej z początku wierzchołek prawego, a następnie podstawę lewego płuca. Nie wydaje się to autorowi dosyć ścisłym; widział on najczęściej zapalenie płuc u dzieci w 2-ch miejscach, w których go szukać trzeba 1) z początku i głównie między kolumną kręgową i brzegiem łopatki 2) następnie i rzadziej u wierzchołka okolicy pachowej.

Zdarza się częściej u dzieci, aniżeli u dorosłych, że zapalenie płuc przebiega bez żadnego określonego objawu fizycznego prawdopodobnie dlatego, że pozostaje centralnem. W tego rodzaju przypadkach, a miało to miejsce w przypadku, podanym przez autora, niekiedy rzadza plwocina, charakter gorączki i krytyczny spadek ciepłoty nie pozwalają wątpić o istnieniu zapalenia płuc. Na nieszczęście nie zawsze przy braku znaków fizycznych istnieją okoliczności, umożliwiające rozpoznanie, jak np. rzadza plwocina, która przed 9 lub 10 rokiem rzadko się pojawia.

Tak więc położenie lekarza w ciągu pierwszych 4 do 5 dni zapalenia płuc u dzieci jest trudne; nagły początek i inne objawy początkowe, natężenie i stałość gorączki każą się domyślać zapalenia płuc, lecz nie ma wykrztuszania, oddechu oskrzelowego, rzężeń trzeszczących, ztąd i wahanie.

Dlatego też nie należy lekceważyć objawów drugorzędnych; dzięki im można często z mniejszym lub większym prawdopodobieństwem rozpoznać właściwą chorobę. Kaszlu z początku małego, suchego, nawet mało zwracającego uwagę rodziców nigdy prawie nie brak. U małych dzieci ból w boku trudno ocenić, lecz u starszych rzadko brak bólu, już to w międzyżebkach już w brzuchu. Jeżeli dołączymy do tego przyspieszenie oddechu i często charakterystyczny wygląd dziecka: twarz zaczerwieniona, szczególnie zaczerwienie jednego policzka, rozszerzenie nozdrzy, łatwo możemy rozpoznać dosyć wcześnie zapalenie płuc pomimo braku wykrztuszania i późnego zjawienia się znaków fizycznych.

Na tych to objawach drugorzędnych, jak nagłym początku choroby, krzywej ciepłoty, kaszlu, bólu, duszności i wyglądzie zewnętrznym, musi się opierać wczesne rozpoznanie zapalenia płuc u dzieci.

Jest jedna jednak okoliczność, utrudniająca niekiedy rozpoznanie, stanowi ją biegunka. Zdarza się ona często w przebiegu zapalenia płuc, tem częściej, im dziecko jest młodsze. Jest ona zwykle nieznaczna i znika prawie zawsze przed nastąpieniem krytycznego spadku ciepłoty. Biegunka ta może być niekiedy źródłem omyłki i łatwe jest przypuszczenie duru brzuszego. Lecz brak zwiastunów, nagły początek, wczesny kaszel, przyspieszenie oddechu najczęściej pozwo-

lą na właściwe rozpoznanie^{*)}. Za ważny bardzo znak różniczkowy autor uważa to, że w zapaleniu płuc ani chłodne kąpiele, ani china nie są zdolne zniżyć tak wydatnie ciepłoty, jak w durze.

Nakoniec, jeżeli są wątpliwości, należy zbać krew. Lecz ani obecność, ani brak aglutynacyi niczego nie dowodzi, gdyż w wieku dziecięcym pojawia się ona bardzo późno, a pojawiwszy się raz, trwa wiele miesięcy, tak że nie można być pewnym, czy dziecko w razie obecności aglutynacyi nie przechodziło niedawno duru brzuszego.

Lecz istnieje inna cecha hematologiczna, która pozwala od samego początku na odróżnienie zapalenia płuc od duru, która jest łatwiejsza do stwierdzenia, niż aglutynacya. Została ona wykazana przez HAYEM'a i podług poszukiwań ROSENTHAL'a może oddać duże usługi w praktyce dziecięcej. Polega ona na pojawieniu się bardzo wyraźnej siatki włóknikowej (*reticulum fibrineux*) we krwi, świeżo badanej pod drobnowidzem. W stanie prawidłowym siatka, tworząca się przy krzepnięciu krwi (*resaux filamenteux*) jest tak delikatna, że jest prawie niewidoczna. W zapaleniu płuc i innych sprawach zapalnych ilość włóknika zwiększa się, i wtedy przy krzepnięciu krwi tworzy się obfita i gęsta siatka. W durze siatka ta nie wytwarza się.

(*La semaine médicale* Str. 207. 1900).

F. Arnstein.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

15. Hans KEHR. **O nawrotach po operacjach kamieni żółciowych.** 2 lata temu HERRMANN ogłosił 7 przypadków nawrotów po operacjach kamieni żółciowych, w roku zeszłym jeszcze 4 takie przypadki (patrz. ref. w „Medycynie“ Nr. 37. 1900). KEHR, znany i niestrudzony pracownik na polu leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej, poddaje w pracy swej szczegółowej krytyce przypadki HERRMANN'a i usiłuje dowieść, że nie miały tam miejsca nawroty rzeczywiste, spowodowane nowowytworzonymi kamieniami żółciowymi, lecz że bóle były zależne bądź od kamieni, pozostawionych podczas operacyi, bądź też od zrostów pooperacyjnych.

Autor na 531 wykonanych przez siebie operacyi kamieni żółciowych ani razu nie widział nawrotu istotnego. Inni chirurgowie, jak CZERNY, KÖRTE, POPPERT i RIEDEL również dotąd nie opisali rzeczywistego nawrotu, zależnego od nowowytwarzających się kamieni. Zdaniem autora, w przypadkach HERRMANN'a operacye wykonane zostały niedokładnie, t. j. — albo chirurgowie nie mogli wszystkich kamieni usunąć, — albo je przeoczyli, i pozostawili. Autor sam miał parę przypadków (i 2 z nich opisuje), w których podczas operacyi przeoczył i pozostawił w przewodzie żółciowym małe kamienie; napady bólów nie omieszkały tu wystąpić i były jedynie następstwem pozostawienia kamieni w przewodach żółciowych.

Nauczony doświadczeniem, autor wykonywa obecnie i poleca chirurgom wykonywać przy operacyi kamieni żółciowych wycięcie pęcherzyka żółciowego (*cystectomy*) łącznie z drenowaniem przewodu wątrobowego, dzięki czemu

*) Biegunka w durze brzuszny u dzieci rzadko objawia się w pierwszym tygodniu choroby, najczęściej mamy z początku duru zaparcie stołca. (Przypisek sprawozdawcy).

wbrew nieraz oczekiwaniu można natrafić na kamień, mieszczący się w przewodzie żółciowym, i, usunąwszy go, nie narażać chorego na nawrót kolki wątrobowej.

HERRMANN w jednym z przypadków spostrzegł nawrót po 3 latach po dokonanej operacji wycięcia pęcherzyka żółciowego. Ponieważ trudno byłoby przypuścić, aby kamienie pozostawały w przewodzie żółciowym w ciągu 3 lat od chwili operacji, H. sądzi, że mamy tu bezsprzecznie do czynienia z kamieniami nowowytworzonymi. Autor wszakże twierdzi stanowczo, że kamienie mogą pozostawać w przewodzie żółciowym miesiące i lata całe, nie powodując najmniejszych objawów, i że takie przypadki nieraz spostrzegal.

Zrosty mogą zresztą także być przyczyną nawrotów. Na dowód autor przytacza z przypadki, przez siebie spostrzegane, w których po operacjach wystąpiły bóle, zdaniem lekarzy spowodowane kamieniami, bądź pozostawionymi podczas operacji, bądź też wytworzonymi na nowo. Operacje, wykonane ponownie, stwierdziły w obydwóch przypadkach brak zupełny kamieni żółciowych; bóle tedy były tu zależne prawdopodobnie od zrostów, a może od świeżej sprawy zapalnej.

Na podstawie długoletniego swego doświadczenia autor stawia wnioski następujące:

1) Możliwości nawrotów rzeczywistych po operacjach kamieni żółciowych nie zaprzecza, zaznacza wszakże, że dotąd nawrotu prawdziwego nie widział poimo znacznej liczby spostrzeganych przez siebie przypadków.

2) W przypadkach HERRMANN'a miały miejsce nawroty nie rzeczywiste.

3) Nawroty nie rzeczywiste, zależne już to od pozostawionych podczas operacji kamieni, już od zrostów lub od nowopowstałej w pęcherzyku żółciowym sprawy zapalnej, dają się spostrzegać w 15% wszystkich przypadków. W 4% przypadków autor pozostawił kamienie podczas operacji.

4) Dzięki metodzie wycinania pęcherzyka żółciowego łącznie z drenowaniem przewodu wątrobowego, autor ma nadzieję liczbę nawrotów rzeczywistych zredukować do minimum.

5) Jeśli pomimo to zdarzają się nawroty rzeczywiste, to nie stanowi to podstawy do ograniczania zakresu działania chirurgów w leczeniu kamicy żółciowej. Wszakże nikt nie wymaga od chirurga, aby po wykonanej przez niego operacji kamieni nerkowych lub po wyjęciu kamienia z pęcherza moczowego nie było nawrotów sprawy poprzedniej. Chirurg zadawalnia się usunięciem kamieni, wytworzonych przed operacją, — zadaniem terapeutów zaś winno być niedopuszczenie do tworzenia się kamieni nowych.

6) Doświadczenie uczy, że główną przyczyną powstawania kamieni żółciowych jest zakażenie i zastój. Jeśli tedy operacja przedsięwzięta będzie możliwie wcześnie, gdy jeszcze sprawa zapalna nie zdołała spowodować zmian następczych w drogach żółciowych (zwążeń, zamknięcia światła, zrostów), natenczas nawrotów łatwo można będzie uniknąć.

7) Wydanie sądu w każdym poszczególnym przypadku, czy mamy do czynienia z nawrotem rzeczywistym, czy nierzeczywistym, należy pozostawić lekarzowi, operującemu odnośnego chorego, gdyż tylko tenże może wiedzieć, czy operacja wykonana została z zupełną dokładnością.

Nigdy zresztą, zdaniem KEHR'a, nie będziemy w stanie z zupełną pewnością określić, czy kamienie, odchodzące po dokonanej przedtem operacji, zostały na nowo wytworzone, czy też były pozostawione podczas operacji.

(*Berliner Klinik*, Nr. 118, str. 38).

W. Rubin.

16. Alb. ERLÉNMEYER. **Wyobrażenia o śnie u zdrowych i chorych.** Pomimo braku świadomości podczas snu, doskonale jednak po obudzeniu się wiemy, żeśmy spali. Wpływa na to położenie ciała, ogólne uczucie, ruchy i pewne uczucia narządowe, nadto wspomnienia sennych widziadł i zewnętrznych okoliczności, zaszłych podczas snu. Uczucie zadowolenia i świeżości, doznane po obudzeniu się, przekonywa, żeśmy dobrze spali, w czym utwierdza nas jeszcze przypomnienie sobie snów. Niemile zaś uczucie ogólne, zmęczenie, ból głowy, szum w uszach, słabość w łydkach i t. p. przekonują nas natomiast, żeśmy nie dobrze spali, że jesteśmy nie wyspani. Tej pewności co do dobrego lub złego spania nabywamy w jednej niemal chwili, tuż po obudzeniu się. Daleko już trudniej wyrabiać sobie pojęcie o tem, jak długo trwał nasz sen; łatwo tu o omyłki. Budząc się nagle w nocy, jesteśmy nieraz przekonani, że sen nasz trwał bardzo długo, zegarek zaś przekonywa, że zaledwie krótką chwilę spaliśmy; również zdarza się, że istotnie spaliśmy bardzo długo, a wydaje nam się, że tylko przez chwilę drzemaliśmy.

Zupełny brak wyobrażeń co do snu spotykamy najczęściej u chorych nerwowych. Niektórzy z nich utrzymują stale, że wcale nie sypiają, choć przedmiotowo stwierdzonem zostało, że sypiają doskonale i długo. Może to trwać całymi miesiącami; pacjent budzi się rano po 7—8 godzinnym śnie, wygląda doskonale, nie jest zmęczony, nie doznaje żadnych przykrych uczuć, spowodowanych bezsennością, a pomimo tego uporczywie twierdzi, że oka nie zmrużył.

Z początku wierzył autor w bezsenność tych pacjentów i uważał ją za objaw neura steniczny; przekonawszy się jednak, że bezsenność nie istniała wcale, jeno brak przekonania i wyobrażenia o odbytym śnie, przyszedł do przeświadczenia, że ma do czynienia z hipochondrycznym obłądem.

Wobec tego stosowanie środków nasennych w takich przypadkach jest niewłaściwe. U chorych, narzekających na stałą bezsenność, należy przede wszystkim przekonać się przedmiotowo o rzeczywistości ich skarg, a potem dopiero można stosować leki nasenne. Nadto zwracać należy uwagę na stan odżywiania tego rodzaju chorych, dobry bowiem wygląd ich przemawia przeciw istnieniu przewlekłej bezsenności. Istnieje mnóstwo chorych nerwowych, którzy daleko więcej śpią, niż sami myślą i opowiadają.

(*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1900 Nr. 39).

L. W.

17. **Johimbina (SPIEGEL), nowe aphrodisiacum.** Dla pobudzenia sprawności płciowej nie mamy dotychczas dobrego i nieszkodliwego dla ustroju środka, a liczne, wprowadzane dotychczas do skarbca lekarskiego przetwory okazywały się albo nieskutecznymi lub też w ujemny sposób oddziaływały na ciało ludzkie. Wobec tego nowy ten środek wypełnia lukę w lecznictwie, a odkrycie go zawdzięczamy instynktowi plemion niecywilizowanych, podobnie jak i dobroczynne działanie kory chinowej odkryte zostało przez dzikich. Tuziemcy w niemieckich koloniach zachodnio-afrykańskich, oddawna już przygotowują z kory drzewa *Johimbete* lub *Jumbehoa* odwar, wzmacniający czynności płciowe, osłabione wskutek podzwrotnikowych u pałów, które jednakże drażnią pożądlliwość. Roślina ta jest podobna do dębu, dochodzi wysokości 15 metrów, a średnicy 1 metra. SPIEGEL, LANGGAARD i OBERWARTH badali chemicznie i fizjologicznie działanie kory tego drzewa. Głównym środkiem działającym, wedle SPIEGEL'a, jest alkaloid, nazwany *Johimbina*, reszta zaś substancji otrzymała nazwę *Johimbeniny*. W korze znajduje się od 0,3—1,5% alkaloidu, który krystalizuje się w postaci białych, jedwabisto błyszczących igiełek, punkt to pliwkości 234—234,5°

rozpuszcza się łatwo w wyskoku, eterze, eterze octowym, acetonie, chloroformie, trudniej w benzolu, wcale nie w wodzie.

Doświadczenia na myszach, kotach i psach wykazały wybitne działanie alkaloidu tego na narządy płciowe, a mianowicie naprężanie się prącia i wytryski nasienia, przyczem z badania moczu nabrano przekonania, że nerki nie ulegają podrażnieniu, jak to bywa przy kantarydach, powodujących zapalenie nerek — z białkiem i krwią w moczu.

L. Lövy do badań swych używał chlorku johimbiny, stosując 0,005—0,01 g. w roztworze wodnym 1:500 podskórnie królikom, kotom i psom. Po zastrzyknięciu zwierzęta te bywały podniecone, wesole, uszy ich i łącznie powiek czerwieniły się, pysk rozgrzewał, a jądra i przyjadrza obrzmiewały; wkrótce potem czerwieniło się również prącie i następowało naprężenie (u psów zawsze, u kotów często, u królików zaś nie było ono wyraźne). Skutek ten powtarzał się stale, nawet przy codziennem stosowaniu w ciągu 4 tygodni nie brakło nigdy tychże objawów, ginących zupełnie bez pozostawienia jakichkolwiek następstw — po pewnym czasie.

Na zasadzie powyższych danych naukowych E. MENDEL począł stosować nowy środek u ludzi i przekonał się o skutecznem działaniu tegoż przy osłabieniu czynności płciowych wskutek neurastenii, jakoteż w impotencji paralitycznej, gdy w organicznych cierpieniach, jak również w wiądzie rdzenia kręgowego johimbina nie wywiera pożądanego skutku. Wewnętrznie podawał Löwy *Sol. Johimbini hydrochlor.* SPIEGEL 1:100, po 5—10 kropeł trzy razy dziennie. Później fabryki wyrabiać zaczęły Johimbino- pastylki d-ra SPIEGEL a, z których każda zawiera 0,005 chlorku johimbiny, co odpowiada 10 kroplom powyższego roztworu.

(*Therap. Monatsch.* Nr. 11. 1900).

L. W.

18. C. H. STRATZ. **Leczenie zapalenia otrzewny miedniczej.** Autor jest zwolennikiem sposobów zachowawczych. Na ogólną liczbę więcej niż 1000 chorych dotkniętych cierpieniami przydatków z udziałem otrzewny, wykonał on tylko 20 cięć brzusznych, i to jeszcze 5 razy operacja była wskazana przez powikłanie (mięśniak i t. p.) Autor przekonał się, że w następstwie zabiegu wyzdrowienie następuje najprędzej w cierpieniach gruźliczych i potogowych, gdy zakażenia rzeżączkowe są uporczywe i wymagają często długotrwałego leczenia poopercyjnego.

Autor wypróbował po kolei rozmaite sposoby leczenia zapaleń otrzewny miedniczej. Doświadczenie przekonało go, że samo tylko mięsienie ginekologiczne prowadzi do celu tylko w bardzo małej liczbie przypadków; dołączone jednak do innych sposobów, ułatwia ono wessanie się krwiste ków i przewlekłych resztek zapalnych, w szczególności zrostów otrzewny.

Przeciwnie, ichtyol dawał mu zawsze znakomite wyniki; stosuje go on albo do pochwy, albo do macicy w słabym roztworze lub też w okładadach na brzuch.

Od pewnego czasu autor stosował systematycznie przestrzykiwania gorącą wodą. Podaje on w swej pracy spostrzeżenia 18 chorych, leczonych tym sposobem, z których większość wyzdrowiała w ciągu 10 do 51 dni. Zaleca on zabezpieczyć pochwę odpowiednim wziernikiem, robić przestrzykiwania samemu, przynajmniej w początku, posługiwać się wodą o ciepłocie od 48° do 50° C., przepuszczać jej najmniej 4 litry przy słabem ciśnieniu i zalecać następcze 1—2 godzinne leżenie w łóżku. Chora podczas przestrzykiwania powinna leżeć na ple-

cach z uniesioną miednicą; po przestrzyknięciu wprowadza się do pochwy wacik z jod-gliceryną.

Przy użyciu gorącej wody autor otrzymał szybkie i zadawalniające wyniki u chorych, dotkniętych połogowemi lub rzeżączkowemi zapaleniami przydatków. Cierpienia ostre zdają się zadziwiająco nadawać do tego rodzaju leczenia, które sprowadzało znikanie gorączki w przeciągu 4 dni. Przeciwnie, sposób ten okazał się nieskutecznym przeciw cierpieniom gruźliczym.

Wniosek autora jest ten, że sposobami zachowawczymi można otrzymać wyzdrowienie, przynajmniej objawowe, wszystkich cierpień przydatków. Najlepsze rokowanie dają sprawy połogowe; jedynie tylko niektóre zastarzałe cierpienia rzeżączkowe i gruźlicze zapalenia przydatków usprawiedliwiają operację.

(*La semaine medicale* Nr 25, 1900).

19. GOTTSCHALK. **Ciepłe słońce kąpiele przeciw zaburzeniom zwrotu płciowego (menopauza).** Według autora, słońce kąpiele o ciepłocie około 40°C., trwające 20 minut i stosowane co wieczór w chwili udawania się do łóżka, mają stanowić znakomity środek dla zwalczania nawalów i nocnych potów, na które cierpi dużo kobiet z powodu naturalnego lub operacyjnego zwrotu płciowego.

W spostrzeżeniach autora dodatnie skutki ciepłych kąpiele — które, rozszerzając naczynia obwodowe, obniżają ciśnienie krwi, zawsze zwiększone przez jakiś czas po zatrzymaniu miesiączki — ujawniły się wogóle po upływie tygodnia, i 26 lub 28 kąpiele wystarczało do ostatecznego ustąpienia wszelkich zaburzeń. Wiele z chorych, wyleczonych powyższym sposobem, miało zalecaną przedtem organoterapię jajnikową bez najmniejszego wyniku.

(*La semaine medicale* Nr. 25, 1900.)

St. Roslan.

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU MIĘDZYNARODOWEGO W PARYŻU

(2—9 sierpnia 1900).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr 5).

Sekcja terapeutyczna i farmakologiczna.

Prof. NAUNYN (Strasburg). Kamica żółciowa. Kamienie żółciowe tworzą się nie tylko w pęcherzyku żółciowym, lecz i w przewodach. Składniki główne kamieni żółciowych, cholestearyna i wapień, pochodzą z błony śluzowej dróg żółciowych. Nieżyty dróg żółciowych, sprzyjające powstawaniu kamieni żółciowych, są pochodzenia zakaźnego (*Bacil. coli, typhi*, a może i inne); natężenie siły zakaźnej drobnoustrojów nie jest też bez znaczenia: im ona jest słabsza, tem łatwiej tworzą się kamienie. Takim zakażeniom lekkim sprzyja zastój żółci, ponieważ w przewodach żółciowych prawidłowych drobnoustrojów nie spotykamy. Prawdopodobnie za przyczynę tego zjawiska poczytywać należy prąd żółci, który wciąż obmywa ściany przewodów. Przeciąg czasu, niezbędny do wytworzenia się kamieni, jest rozmaity dla rozmaitych gatunków złogów, które częstokroć leżą długo w przewodzie, jako ciała obce. Do następstw szkodliwych takiego zalegania należą nieżyty dróg żółciowych, zapalenie pęcherzyka i dróg żółciowych kamicowe. Są one pochodzenia zakaźnego i powstają w ten

sposób, że drobnoustroje chorobotwórcze przedostają się z kiszek do żółci, gdzie w obecności kamieni rozwijają się daleko lepiej, a to dla tego, że kamienie uniemożliwiają dokładne opróżnianie się pęcherzyka żółciowego, pozostała zaś żółć stanowi znakomite podłoże dla drobnoustrojów. Zwłaszcza lasecznik okrężnicy nabiera w tych warunkach wyjątkowej złośliwości. Takie zapalenie pęcherzyka zakaźne może prowadzić do wydalania z niego kamieni i w ten sposób stać się przyczyną napadu kolki żółciowej; odwrotnie, napad kolki wątrobowej, zależny od przechodzenia kamieni, może wywołać zapalenie pęcherzyka zakaźne. Kamica żółciowa może być wyleczona w każdym okresie choroby, lecz dopiero po odejściu kamieni. W znakomitej większości przypadków, gdzie wyzdrowienie było tylko pozorne, znikają tylko czynniki zakaźne z dróg żółciowych, choroba zaś trwa dalej, przechodząc w okres ukryty, jeżeli naturalnie przewody są próżne. Jak długo trwa taki okres, trudno orzec, lecz wiadomo, że czasami ciągnie się lata całe.

W czasach ostatnich chirurgia dąży do wyleczenia radykalnego, aczkolwiek nie zawsze z wynikiem dodatnim. Zadanie terapii wewnętrznej polega tylko na opróżnieniu przewodów żółciowych i wydaleniu czynników zakaźnych; zadanie to uważa się za spełnione, kiedy cierpienie przejdzie w stan ukryty. Cel zamierzony osiągnąć się daje przez ułatwienie odpływu żółci. Zachodzi jednak pytanie, czy środki t. zw. żółciopędne działają tak samo, jak w doświadczeniach, tam, gdzie przewody żółciowe uległy cierpieniu (*cholangitis infectiosa*) lub są niedrożne; to też nie powinno nas dziwić, jeżeli środki żółciopędne są mało skuteczne w kamicy żółciowej.

D-r A. GILBERT i L. FOURNIER (Paryż). Leczenie kamicy żółciowej. Wyleczenie kamicy żółciowej wtedy tylko może nastąpić, kiedy nam uda się wydaląc kamienie i złogi żółciowe, a błonę śluzową przewodów doprowadzić do stanu prawidłowego. Udać się to może w wielu razach, zwłaszcza w przypadkach świeżych, kiedy kamienie żółciowe nie zdążyły jeszcze stwardnieć należycie i mogą być łatwo wydalone. Prócz dróg naturalnych kamienie żółciowe wychodzą często przez przetoki, a przetoki pomiędzy przewodem żółciowym i dwunastnicą należą do najpomyślniejszych. Zanik lub zmarszczenie się pęcherzyka żółciowego albo też otorbienie się kamieni prowadzi tylko do wyleczenia rzekomego i wcale nie zabezpiecza przed rozmaitemi poważnymi powikłaniami następczemi. Co się tyczy zapobiegania chorobie, to wielkie znaczenie w tym kierunku posiadają pewne przepisy higieniczne, do których należą: uregulowanie należyte sposobu odżywiania się, unikanie odzieży, która mogłaby spowodować ucisk lub przemieszczenie narządów brzusznych, ćwiczenia cielesne, działanie prawidłowe narządów trawienia, słowem, unikanie wszystkiego, co mogłoby przyczynić się do powstawania zastoju żółci. Leczenie rozwiniętej kamicy żółciowej nie jest łatwe. Badania nad działaniem środków żółciopędnych pouczają, że za ich pomocą kamica żółciowa nie da się doszczętnie usunąć. Stosunkowo najlepsze wyniki daje leczenie długotrwałej metodycze za pomocą wód mineralnych. Z drugiej znów strony nie można twierdzić, żeby sprawa rozpuszczania się kamieni żółciowych została już ostatecznie rozstrzygnięta, to też badania odnośne powinny być prowadzone dalej z możliwą dokładnością. Dla powodów powyższych leczenie kamicy żółciowej za pomocą zabiegów chirurgicznych zyskuje co raz więcej praw obywatelstwa. Objawy niedrożności przewlekłej przewodu żółciowego, obrzmienie pęcherzyka żółciowego, objawy zapalenia dróg żółciowych, często powtarzające się napady kolki, zwłaszcza, jeżeli im towarzyszą zmiany ciepłoty — oto wskazania do zabiegu chirurgicznego,

Prof. G. HAYEM (Paryż). Wskazania do upustów krwi. Upust krwi jest wskazany jedynie w tych przypadkach, w których działanie jego przewyższa wszelkie inne metody lecznicze. Stosowany jako metoda przeciwzapalna, upust krwi zasługuje na potępienie, dla tego też należy się uciekać do niego tylko wtedy, gdy życiu zagraża niebezpieczeństwo albo skutek zaburzeń w krążeniu, albo w zatruciach. Wskazania dla upustu krwi są następujące: 1) Obrzęk płuc ostry, zwłaszcza wobec cierpienia wielkich naczyń i nerek. 2) Zapalenie płuc z obrzękiem lub silnem przekrwieniem. 3) Pewne postaci zaburzeń w krążeniu krwi, zależne od cierpienia serca lub tętnicy głównej, mianowicie kiedy ciśnienie krwi jest wielkie, czasami zaś w przypadkach asystolii. 4) Zapalenie nerek ostre, krwotoczne; 5) Objawy początkowe przekrwienia mózgu lub krwotoku mózgowego. 6) Ostra i świeża mocznica. 7) Drgawki porodowe. 8) Zatrucie krwi gazami, np. tlenkiem węgla. Upust krwi w innych przypadkach, np. w błednicy, nie jest jeszcze dostatecznie uzasadniony.

D-r R. LÉPINE (Lyon). Czy należy leczyć gorączkę? Poczynając od starożytności odległej aż do naszych czasów, siła lecznicza gorączki cieszyła się powagą dogmatu. Dla LIEBERMEISTER'a gorączka była wrogiem, któremu on wypowiedział wojnę nieubłaganą. Lecz spostrzeżenie bardziej dokładne przekonało, że, jeżeli zbyt wysoka ciepłota wogóle daje nam miarę ciężkości choroby gorączkowej, to jednak w obrazie chorobowym nie stanowi ona czynnika istotnego, który właśnie zwalczać należy. Ten wniosek szczęśliwy osiągnięto tylko co do niektórych chorób, co do innych zaś ograniczono się do pilnego baczenia na oddziaływanie ustroju, regulując je albo przez podawanie środków, obniżających ciepłotę, albo za pomocą zabiegów hydroterapeutycznych, albo przez podtrzymywanie ekonomii ustroju. Lecz choroba gorączkowa nie przedstawia sprawy prostej; gorączka stanowi tylko objaw, zadanie zaś terapii polega na zwalczaniu wszystkich czynników chorobowych.

D-r LANDER-BRUNTON (Londyn). Działanie fizyologiczne i lecznicze naparstnicy. Działanie fizyologiczne naparstnicy odbija się głównie na sercu, naczyniach krwionośnych i wydzielaniu moczu. Pod wpływem naparstnicy skurcze serca stają się rzadszymi (działanie na *n. vagus*) i silniejszymi, a rozkurcz serca (dyastole) staje się dłuższym (działanie na mięsień sercowy); naczynia obwodowe zwężają się, przez co prąd krwi ulega zwolnieniu, a skutek tych dwóch czynników ciśnienie krwi wzmagą się. Obfitsze wydzielanie się moczu zależy właśnie od wzmożenia się ciśnienia krwi. Z drugiej jednak strony naparstnica najbardziej zwęża właśnie naczynia nerek, a zwężanie to bywa tak silne, że wydzielenie moczu może nawet uleść przerwie pomimo dużego ciśnienia krwi. Dla tych powodów naparstnica działa moczopędnie tylko wtedy, kiedy ciśnienie krwi jest małe. Naparstnica posiada działanie znieczulające miejscowo, może jednak stać się przyczyną bólu, należy więc do środków, nazwanych przez LIEBREICH'a „*anaesthetica dolorosa*“. W dawkach dużych, lub działając zbiorowo, wywołuje ona pewne zaburzenia żołądkowe. Działanie naparstnicy zależy od zawartej w niej digitaliny, digitaleiny i digitoksyny, które co do działania różnią się tylko ilościowo. Działanie więc naparstnicy wyraża się w uregulowaniu czynności serca, wzmożeniu szybkości krążenia i powiększeniu ilości wydzielanego moczu. Zalecać naparstnicę należy przeciw biciu serca, w leczeniu niedomykalności zastawki dwudzielnej. W przypadkach niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty naparstnica jest nie tylko niepotrzebna, lecz nawet groźna w okresie wyrównania, natomiast bardzo korzystna w obec braku wyrównania. Przeciwwskazana jest naparstnica, jeżeli ciśnienie krwi jest znaczne.

K. Z.

Chirurgia ogólna.

CECCHERELLI z Parmy podał dobre wyniki po zastosowaniu przezeń wody Salso-Maggiore w miejscowej gruźlicy. Wodę tę, obfitującą w chlorek sodu, w jod, brom, stront i lit, wyjałowioną i rozcieńczoną za pomocą dodania podwójnej ilości wody przekroplonej, stosował C. w postaci wstrzykiwań, przemywań, instylacji.

BRAQUEHAYE z Tunisu poleca nirwaninę do znieczulenia miejscowego. Roztwory leku tego wyjaławiają się w autoklawie, nie ulegając rozkładowi. B. stosował nirwaninę przeszło 100 razy i tylko 2-krotnie widział niepokojące objawy. Zaleca roztwór 4 — 5%; wystarcza wstrzyknąć 20—50 centygramów, lecz bez obawy można powiększyć dawkę nawet do 1 grama. Znieczulenie trwa do 30 minut. Nirwanina bardzo nadaje się do chirurgii dróg moczowych, do bolesnych zapaleń pęcherza moczowego. By usunąć zwężenie naczyń, wywoływane przez nirwaninę, dodaje B. do roztworu tejże glicerynowego wyciągu nadnercza.

SEVEREANU z Bukaresztu wstrzykiwał 70 chorym roztwór kokainy do kanału kręgowego, stosując od 1 do 4 centygramów na 1 wstrzyknięcie, i 2-krotnie tylko nie otrzymał znieczulenia dolnej połowy ciała. Chorzy po wstrzyknięciach byli mocno osłabieni, miewali wymioty i nieznośne bóle głowy, trwające niejednokrotnie 2—3 doby. Aczkolwiek nie stracił S. ani jednego chorego, atoli często, w celu usunięcia groźnych objawów, zjawiających się po wstrzyknięciu kokainy, był zmuszony uciekać się do wstrzykiwania sztu cznej surowicy i podawania kofeiny. Ostatecznie uważa S. w mowie będące znieczulenie za wielce niebezpieczne.

TURBER wstrzykiwał roztwór kokainy do kanału kręgosłupa w 125 przypadkach operacji, z których 58 razy otwierał jamę otrzewny. Nigdy nie stosował dawki większej nad 1,5 centigrama. Działanie leku zaczyna się od drętwienia i mrówienia najpierw w stopie, następnie uczucia owe szerzą się coraz wyżej i rozmaicie wysoko dochodzą ponad pępek. Znieczulenie poczyna się już po upływie 5—8 minut, zaś trwa $1\frac{1}{2}$ —2 godziny. Jednocześnie chorzy doznają niepokojów w okolicy nadbrzusza, zjawiają się mdłości, może dojść nawet do wymiotów; tętno przyspiesza się, twarz w wielu razach blednie. Podczas dnia chorzy często miewają dreszcze, wymioty, ciepłota ciała dosięga wieczorem 38°, 39° a nawet 39,5°, atoli już nazajutrz opada do 37°. Bóle głowy trwają częstokroć 48 godzin. Z pośród 125 chorych zmarł jeden pacjent w kilka godzin po operacji: badanie pośmiertne wykryło niedostateczność mitralną i zastoinę podstawy obu płuc, przeto sądzi T., że przyczyną śmierci nie było tu wstrzyknięcie kokainy.

Vincenzo NICOLETTI z Neapolu, badając doświadczalnie znieczulenie, otrzymywane za pomocą podpajęczynówkowego wstrzykiwania roztworu kokainy, doszedł do wniosku, że lek ów działa tu nie jako specyfik, lecz jako środek zwężający naczynia: dzięki tej właśnie okoliczności staje się mlecz małokrwistym, zaś w następstwie powstaje upośledzenie odżywiania komórek tegoż.

RACOVICIANU PITESCII z Bukaresztu wstrzykiwał roztwór kokainy w 125 przypadkach, z pośród tych w 80 miał ciężkie objawy zatrucia. Często przytrafiały się zemdlenia, tak iż zachodziła potrzeba uciekania się do sztucznego oddechania.

By zapobiedz zakażeniu podczas laparotomii, zakrywa Fenton Benedict TURCK z Chicago brzuch osoby operowanej serwetą kauczukową, wycinając w tejże niezbędne dla wykonania operacji otwory. W przypadku zapaści po laparotomii

wprowadza on do jamy otrzewny worek kauczukowy, zawierający wodę, ogrzaną do 48°C na $\frac{1}{2}$ do 1 godziny. Skoro zapaść jest niezwykle ciężka, wprowadza do brzucha worek, zaopatrzony w odpowiednią rurę, i puszcza stały prąd wody, ogrzanej do 50—52°C.

W sprawie chirurgii trzustki zabierali głos CECCHERELLI z Parmy, BOECKL ze Strasburga i Mayo ROBSON z Leeds. Najbardziej trafiało w sedno rzeczy przemówienie tego ostatniego. Cierpienia trzustki przytrafiają się o wiele częściej, niż zazwyczaj to sobie wyobrażamy. Sam on operował 40 chorych na trzustkę, zaś pozatem spostrzegał dużą liczbę przypadków nieoperowanych. Raka trzustki spostrzegał w 50 przypadkach. Przytrafia się ta postać choroby w wieku powyżej 40-go roku. Spostrzegane w wieku wcześniejszym wrzekome raki należały prawdopodobnie do guzów, powstałych w następstwie przewlekłego zapalenia trzustki; nie tylko objawy, lecz i oględziny pośmiertne dają nieuzbrojonemu oku obraz jednakowy. Rzadko bywa wycinany rak trzustki. W 13 przypadkach dokonano cięcia pęcherza żółciowego lub zespolenia tegoż z kiszka, 9 chorych wyzdrowiało, doświadczając ulgi w cierpieniach.

M. R. operował 5 torbieli trzustki; zaleca on przecięcie i opróżnienie guza; usunięcie otoczki udaje się tylko wyjątkowo. Co się tyczy zapaleń trzustki, to prócz podziału na ropne, krwotoczne i zgorzelinowe, podanego przez FRIZ'a, proponuje M. R., ze względów klinicznych, podział na ostre, podostre i przewlekłe. Zakażenie drobnoustrojowe przedostaje się tu zawsze na drodze przewodów gruczołu. Leczenie zapaleń trzustki na początku ogranicza się na leczeniu zapalenia otrzewny okolicy nadbrzusza. Gdy chodzi o opróżnienie ropnia — robimy cięcie w okolicy lędźwiowej, po uprzednim cięciu przednim, a to dla zrobienia dokładnego rozpoznania.

Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie trzustki, dotychczas mało zbadane, często bywa brane za raka głowy trzustki, a to ze względu na wspólne obu cierpieniom objawy. Tymczasem w tego rodzaju przypadkach jest nader pożądane dokładne rozpoznanie, bowiem w przewlekłym zapaleniu zajmującego nas narządu leczenie zapobiegawcze, w odpowiednim okresie zastosowane, nie tylko ulgę, lecz całkowite wyleczenie zapewnić może. Autor sądzi, że cierpienie to, połączone z niezłym przewodów trzustkowych, stale towarzyszy kamieniom żółciowym w przewodzie wspólnym i często daje się spostrzegać, że trwa ono, pomimo to iż cierpienie pierwotne już istnieć przestało. Cięcie pęcherza żółciowego jest tu bardzo skutecznym zabiegiem. W przypadkach, w których rozpoznanie pozostaje wątpliwem, wahając się pomiędzy rakiem a zapaleniem przewlekłym głowy trzustki, skoro tylko siły chorego są wystarczające, zawsze wskazane jest wykonanie operacji.

Przypadki krwotocznego zapalenia trzustki, przez autora spostrzegane, pochodzenie swe zawdzięczały urazowi i były powikłane wylewem krwi do tylnej jamy sieci.

Kamienie trzustkowe spostrzegano nader rzadko. Dają się one rozpoznać dzięki współistnieniu zapaleniu trzustki i niedrożności przewodu żółciowego wspólnego. By wyszukać je, a w następstwie usunąć, radzi autor sondowanie przewodu WIRSUNG'a przez otwór, zrobiony w odpowiedniej części dwunastnicy.

Przemówienia MICHAUX'a, VILLAR'a, SOUBBOFICH'a nic nowego do powyższego nie dodały.

W sprawie chirurgii wątroby zabrał najpierw głos MICHAUX. Wyciął on 32 pęcherze żółciowe, mianowicie skurczone, zawierające kamienie żółciowe; 28 chorych wyzdrowiało. W 6 przypadkach dokonał jednocześnie cięcia przewodu

żółciowego wspólnego i wycięcia pęcherza żółciowego. W 3 przypadkach już po upływie doby zjawily się odruchowe zaburzenia serca; znikły one po zjawieniu się wypływu żółci, pomimo to, iż przewód pęcherzowy był podwiązany. Owo wypływanie żółci pozostało dla autora zagadkowym; mogło ono między innymi powstać z dolnej powierzchni wątroby lub z nieprawidłowego przewodu. Trwało od tygodnia do 3½ miesięcy. Autor sądzi, że w podobnych przypadkach stanowczo należało oddać pierwszeństwo wycięciu pęcherza żółciowego nad cięciem i wszyciem tegoż.

REYNES z Marsylii, sądząc że ma do czynienia z *appendicitis*, dokonał cięcia ściany brzucha w odpowiednim miejscu, lecz znalazł wyrostek robaczkowy zupełnie zdrowy, natomiast wpadł na nacieczenie zapalne, od kątnicy ku brzegowi wątroby zdążające. Dolna powierzchnia tejże oraz pęcherz żółciowy przykryte przez mocne zrosty. Wobec tego cięcie ściany brzucha przedłużono ku górze, zaś w przypuszczeniu, że istnieje zapalenie dokoła wypełnionego kamieniami i ropą pęcherza żółciowego, przebito wątrobę, a więc i ów pęcherz za pomocą trójgrańca, a to w celu opróżnienia tego ostatniego narządu. Późem na miejsce trójgrańca włożono do pęcherza sączek.

Podług JONESCO najlepsza jest następująca metoda leczenia bąblowca wątroby: cięcie torby, usunięcie z niej zawartości, a zatem płynu, torbieli wtórnych oraz *membranae germinativae*, wreszcie zaszcycie torby i wpuszczenie tejże do jamy otrzewny, którą zamyka za pomocą szwów doszczętnie. Ani sączków, ani worka z muślinu J. do torby nie wkłada, nie przyszywa również tejże do ściany brzucha.

GIORDANO z Wenecyi operował 72 chorych z ropniami wątroby. W 58,4% przypadków ropa była jałowa, w 20,7% znaleziono w ropie ameboidy, zaś w 9,6% drobnoustroje ropotwórcze. Nakłucie próbne nie ma tu wartości, zaleca G. natomiast cięcie brzucha. Za pomocą bezpośredniego obmacywania wykrywamy wówczas w mięszu narządu ogisko ropne, które, nie dając w początkowym okresie uczucia chęłbotania, może być wzięte za nowotwór. Po dokładnem osłonięciu otrzewny, przecinamy ropień, usuwamy ropę, zaś jamę ropnia wypełniamy muślinem. Z pośród 72 operowanych chorych 42 wyzdrowiało.

HACHE z Beyrouth, który operował 19 chorych tegoż rodzaju, sądzi, że zawsze należy przyszywać brzegi ropnia do brzegów rany ściany brzucha. Z pośród owych 19 chorych tego autora 7 zmarło.

Na podstawie 32 przypadków własnych wycięcia śledziony wypowiada JONESCO następujące wnioski. Wycięcia śledziony nie należy wykonywać w przeroście tejże leukemicznym. Zaleca natomiast wycięcie śledziony, dotkniętej bąblowcem. Jaknajbardziej atoli jest wskazane wycięcie śledziony obrzmiałej na skutek zakażenia zimniczego; jako przeciwwskazanie musi tu być uważane: 1., chroblivy stan wątroby, 2., nader rozległe zrosty 3., cierpienie opłucny, 4., bardzo podupadły stan ogólny chorego. Do powikłań poopercyjnych należą: zastoiny w płucach, a nawet zapalenie tychże, zapalenie osierdzia, opłucny, otrzewny, wtórne miejscowe krwotoki. Wyniki wycięcia zimniczo obrzmiałej śledziony są doskonałe.

MICHAŁOWSKY z Philippopoli, który dokonał 16 wycięć śledziony, co do wniosków zgadza się z poprzednim mówcą, dodając, że nie u wszystkich chorych należy stosować cięcie ściany brzucha w smudze, że natomiast musimy mieć na uwadze kształt oraz położenie obrzmiałego narządu. W przypadkach krwotoku podczas operacji chwytą M. lewą ręką naczynia śledzionowe (względnie — ogon trzustki) i poleca pomocnikowi przeciąć szypułę. Cięża nie stanowi przeszkody do wykonania wycięcia śledziony. (D. n.)

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= AHLSTRÖM zastosował w 100 przypadkach rzeźączki cewki przedniej protargol jako środek poronny i w 87 otrzymał wynik bardzo dobry. Leczenie stosowano przy trwaniu choroby od jednego do 8 dni i wstrzykiwano 2 razy dziennie przez 4--5 dni 2 — 4% roztwór; w następnych 3—5 dniach używano roztworu 1—2%, pozostawiając płyn w cewce zawsze 10—15 minut. Po 2—3 tygodniach mocz ranny nie zawierał gonokoków. (Dermat. Ctbl. N 2—1800).

= DALGLIESH zwraca uwagę na możliwość cierpienia przymiotowego błony śluzowej żołądka, a to na zasadzie 3 spostrzeganych przypadków, w których były wymioty krwawe, wychudnienie i t. d. Jodek potasu szybko usunął te objawy. (Lancet. 7.—1899).

= TRAUTMANN spostrzegł 32 letnie-mężczyznę, który w ciągu 2 tygodni przyjął 12 grm. jodku potasu (0,8 dziennie), i u którego rozwinęło się gwałtowne zapalenie prawej ślinianki przyusznej; choroba ustąpiła po odstawieniu leku. (Münch. med. Woch. 4—99).

= HURWITZ przepisał ciężarnej kobiecie przypadkowo salicylan sodu, poczem wkrótce nastąpiło poronienie. Na tej zasadzie dał on innej kobiecie, u której płód obumarły nie odchodził, tenże lek; nazajutrz wydany został rozmiękły płód. Ze względu na częste przepisywanie ciężarnym bez obawy salicylu, autor zaleca zachowywanie ostrożności. (Ther. d. Gegenwart. 2—1900).

= FIORI opisuje przypadek przeniesienia odrzy z matki na płód. Kobieta pewna zachorowała na odrę w 275-ym dniu ciąży, a w 10 dni później urodziła na czasie. U dziecka stwierdzono wysypkę odrową w okresie wybuchowym; na skórze twarzy i szyi typowe plamki; niezbyt łącznicy i błony

śluzowej nosa; T. 38,7°. (Gaz. d. osped. 69—1900).

= Nowy sposób wykrywania cukru w moczu podaje EDLERSON. Odczynnik otrzymuje się przez dodanie 1 kropli 1% ego roztworu nadmanganianu potasu do 5 cm. sz. sodu gryzącego. Dodaje się do moczu kilka kropel, poczem mocz zabarwia się na czarno. Mocz taki nie mętnieje, lecz pozostaje przezroczystym. (Gaz. med. Lombarda 15—1900).

= LAREN zwraca uwagę na stosunek zaburzeń miesięczkowych do zapalenia wyrostka robaczkowego. Z pośród 200 laparotomii, wykonanych przy rozmaitych cierpieniach narządów płciowych, w 158 przypadkach autor zmuszony był usuwać jednocześnie chory wyrostek. We wszystkich niemal przypadkach można było stwierdzić że zapalenie rozpoczynało się pierwotnie w wyrostku i przechodziło następnie na jajniki i trąbki. Ztąd wynika, iż pierwotna przyczyna bolesnego miesięczkowania powodowana bywa przez zapalenie wyrostka robaczkowego. (D. M. Zg. 56—1900.)

= BRYSON zwraca uwagę na wpływ jednostronnego przewlekłego zapalenia nerek i miedniczek nerkowych na zachorowanie drugiej zdrowej nerki. Ta druga nerka zwykle ulega w takim razie zapaleniu mięszkowemu. Jeśli zapalenie miedniczek w jednej nerce bywa ropne, to w drugiej rozwija się zwyrodnienie mączkowate. Jaką drogą powstaje zachorowanie drugiej nerki, dotąd stwierdzonem nie zostało. Należy przy jednostronnem zapaleniu miedniczek badać częściej mocz z obu dwu nerek oddzielnie i przystępować jaknajwcześniej do wycięcia nerki pierwotnie chorej. (D. M. Zg. 56—1900).

= MAEDER zajął się statystycznym opracowaniem sprawy wzmaganania się liczby przypadków raka w Prusiech,

Saksonii i Badenie, a zarazem zestawil porównawczo cyfry śmiertelności z raka i gruźlicy w tychże państwach. Wnioski M. są następujące: 1) Liczba chorych na raka w ostatnich latach coraz bardziej wzrasta; 2) stosunki śmiertelności z powodu raka przedstawiają się pomyślniej u mieszkańców wsi, niż w miastach; 3) kobiety częściej, niż mężczyźni ulegają tej chorobie; 4) w niektórych okolicach rak pojawia się częściej, niż w innych; 5) natomiast przypadki gruźlicy stały się w ostatnich czasach mniej liczne; 6) w miastach gruźlica występuje częściej; 7) mężczyźni częściej zapadają na gruźlicę. (Z. f. Hyg. T. 33).

— PRISSMANN opisuje przypadek dwukrotnego zarażenia się przymiotem. Chory przed 8 laty zaraził się, lecz po przebyciu rozmaitych kuracyi swoistych

wyzdrowiał zupełnie. Przed 2 miesiącami zaraził się powtórnie; oznaki szankra twardego były niewątpliwe; gruczoły pachwinowe, których nie można było w ostatnich latach wymacać, powiększyły się znacznie. (Petersb. med. Woch. 24—1800).

— BOURCART zastosował wstrzykiwania do macicy surowicy żelatynowej w krwotokach, w ilości 10—15 cm. sz. 2% roztworu, mianowicie w zapaleniu wewnątrzmacicznym krwotocznym oraz we włókniakach macicy. Pochwę następnie tamponował, a chore kilka godzin pozostawały w łóżku. Nazajutrz czynność tę powtarzano, poczem krwawienie ustawało. Zazwyczaj pozostaje na tamponie 1—2 małe skrzepy krwi. Żadnych niepożądanych objawów ubocznych nie spostrzegano. (Sem. med. 30. 5—1900). P.

Wiadomości bieżące.

— Z powodu, że na ogłoszony w Nr. 22 „Gazety Warszawskiej z r. 1899 konkurs na najlepszą pracę popularną o rzeźączce u mężczyzn z nadesłanych trzech prac sąd konkursowy żadnej nie mógł zakwalifikować do nagrody, redakcyja tegoż czasopisma wyznacza nowy termin a mianowicie 1 stycznia 1902 na nadsyłanie prac do redakcyi na tenże konkurs. Warunki tego konkursu są następujące: 1) Dokładny i dla każdego zrozumiały opis choroby, jej rozmaitych objawów, przebiegu, powikłań i następstw; 2) praktyczne i możliwe do zastosowania przepisy higieniczne i dyetetyczne przy różnych objawach i okresach cierpienia, 3) wskazanie środków, jakie stosować należy w początkach choroby, w razie, gdy pomoc lekarska jest z jakichkolwiek powodów utrudniona lub niedostępna; 4) jasne przedstawienie sposobów zachowywania się podczas całego przebiegu rzeźączki;

5) racjonalne i oparte na spostrzeżeniach naukowych rady uchronienia się od tej choroby. Praca nie może przenosić 5 arkuszy druku. Praca jest własnością autora. Piewszestwo drukowania jej ma „Gazeta lekarska lub jej wydawnictwa i „Odczyty kliniczne“ za oddzielnem wynagrodzeniem. Nagroda konkursowa wynosi rb. 100.

— W majątności szpitalnej Św. Ducha Mieni w powiecie nowomińskim ma być wybudowany szpital dla suchotników staraniem rady miejskiej Dobroczynności publicznej w Warszawie.

— W Rajgrodzie (gub. Łomżyńska) potrzebny lekarz. Bliższych wiadomości udziela apteka p. Strzeleckiego w Rajgrodzie.

— Wystawa w zakresie dotychczasowych odkryć w dziedzinie roentgenografii ma się odbyć w roku bieżącym w Hamburgu pomiędzy 22 a 29 września.

WYDAWAŁA DR. L. GURANOWSKI.

REDAKTOR odpowiedzialny DR. MED. M. SADOWSKI.

Дополнено Цензурою, Варшава, 25 Января 1901 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od
10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

Zakład Lecznicy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatoryum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD CHIRURGICZNY

D-ra Adama Przyberowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej,

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Ambulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożn. bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, piwociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

Instytut farmaceutyczny



Ludwika Wilhelma Gans

we Frankfurcie n. Menem

JODALBACID

Nazwa zastrzeżona. Patent zameld.

Literatura:

Arch. f. Dermat. u. Syph. 1898. T. XLIV. Dr. Zueizer. „Neue Vorschläge zur Jodtherapie der Syphills.“ L'ind. med. 21 Juin 1899: Dr. Lefort „Etude experimentale et clinique sur l'Jodalbaeid.“

CHLORALBACID

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

M. Arch. med. Wochensh. 1899 Nr. 1. Rada dworu Prof. Dr. K. einer „Ueber Chloralbacid u. seine therapeutische Wirkung bei Magenkrankheiten u. Ernährungsstörungen.“

AMYLOFORM

Nazwa zastrzeżona. — Patentowany.

Literatura:

Rada tajny Prof. Dr. Classon. „Ueber Amyloform. Dr. G. Longard. „Ueber den Werth des Amyloforms in der Chirurgie.“ (Thorap. Monatshefte. Münch. med. Woch. 1899 Nr. 12). Dr. Heddaeus: „Ueber zwei Ersatzmittel des Jodoforms.“

Literatura i próby darmo za pośrednictwem W. Hoffmanna Moskwa Marossoika, Spasso-Ghinitzewskij pereulok dom 6 Pugowkina.



Naturalny Koniak

„IMPERIAL“

prawdziwy produkt z wina

Zalecany przez powagi lekarskie.

Analizy Doktorów:



Nenekiego, Zawadzkiego, Haas, Prof. N. Milicera i Warsz. Hygienicznego Laboratorium stwierdzają czystość Koniaku z winogron bez obcych przymieszek.

Koniak „Imperial“ dostarcza się do kliniki terapeutycznej Warszawskiego Cesarskiego Uniwersytetu i do Szpitalnej kliniki ginekologicznej.

Sprzedaż we wszystkich lepszych handlach win w Warszawie i na prowincyi

Produkta wytworzone ze soli naturalnej Wód Vichy

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Cukierki na trawienie.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

Dla przygotowania u siebie wody alkalicznej gazowej.