

MEDYCYNA.

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. Trzy przypadki otrucia nalewką i wyciągiem płynnym konopi indyjskich. Podał Sz. Kossobudzki. — O wskazaniach, warunkach i zasadach do wykonania ciężcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Podał d-r Stefan Gaszyński. (Ciąg dalszy). — **WYKŁADY KLINICZNE** O kaszlu ze szczególnem uwzględnieniem jego znaczenia dyagnostycznego. — **STRZESZCZENIA i WYCIĄGI.** 23. O niektórych klinicznych odmianach krwotoków porodowych. 24. Odplyw miesięczny przez pochwę i przez skórę powiek lewego oka. 25. Posocznica w pierwszym roku życia. 26. Piersi jódkowata. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Postępowanie z dnia 5 lutego r. b. — **DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Kossobudzki — Trois cas d'empoisonnement par l'infusion du chanvre indien. 2) D-r St. Gaszyński — Les principes et les indications de la symphysiotomie avec la description d'un cas de l'auteur.

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

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Kossobudzki — Drei Fälle von Vergiftung durch das Infusum cannabis indicae. 2) D-r St. Gaszyński — Die Grundsätze und Indicationen zur Symphysiotomie mit Anführung eines eigenen Falles.

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

TRZY PRZYPADKI

OTRUCIA NALEWKĄ I WYCIĄGIEM PŁYNNYM KONOPI INDYJSKICH.

Podał

SZYMON KOSSOBUDZKI.

Lekarz miejscowy szpitala Dzieciątka Jezus, b. lekarz ziemski w gub. Orłowskiej.

Konopie indyjskie w postaci nalewki i wyciągu suchego lub płynnego (o kannabinie i t. p. ciałach mówić nie mam zamiaru) stosowane bywają w bólach głowy nieokreślonego pochodzenia, w uporczywym swędzeniu, w rozedmie i gruźlicy płuc, w chorobach narządów płciowych kobiet i t. d.

We wszystkich tych przypadkach chodzi nam o uspokajające, znieczulające lub nasenne działanie, a uniknąć chcemy morfiny.

Osobiście skuteczność konopi indyjskich mogłem stwierdzić w cierpieniach kobiecych, zwłaszcza w zapaleniach przewlekłych macicy, chociaż różne nader przykre wrażenia w cierpieniach jajników, jajowodów, tkanki przymacicznej i błony śluzowej macicy oraz przy bolesnem miesiączkowaniu lub

braku tegoż bywają mniej lub więcej zadawalniająco łagodzone przez konopie indyjskie.

Nawet kobiety, długi czas cierpiące na opuszczenie macicy i pochwy lub na wypadnięcie ich i mające z tych powodów mnóstwo dolegliwości, a nie chcące poddać się operacyi, doświadczały znacznej ulgi od używania nalewki konopi indyjskich.

Działanie to jest tem cenniejsze, że nie pociąga za sobą nalogu, jaki częstokroć sprowadza morfina, nie wywołuje pogarszającego stanu chorych za parcia stolca, jakiego źródłem bywa używanie makowca.

Zdaje mi się, że u nas wogóle a w szczególności w cierpieniach kobiecych przetwory konopi indyjskich bywają stosowane względnie rzadko. Przewodopodobnie też rzadkie bywały przypadki otrucia. W piśmiennictwie naszym, o ile mogłem sprawdzić, nie mamy opisu otrucia nalewką konopi indyjskich¹⁾.

W piśmiennictwach innych, zwłaszcza w angielskiem, otrucia takie opisywane są dość często.

Objawy spostrzegano następujące: utratę przytomności, zapaść z rozszerzeniem źrenic [po użyciu 2 łyżeczek nalewki²⁾], podniecenie, gadatliwość, kurcze w kończynach, ekkie rozszerzenie źrenic (po użyciu dwukrotnem w odstępach czterogodzinnych 12 kropeł nalewki³⁾), omamy wzrokowe i słuchowe, mocne osłabienie tętna [po użyciu 10 kropeł⁴⁾], psychiczne otępienie, omamy z obawą śmierci, a nawet usiłowaniem odebrania sobie życia [po 23-dniowym używaniu dziennie 10 kropeł nalewki⁵⁾] i t. p. Jako środki lecznicze w otruciu stosowano apomorfinę, mocną kawę i strychninę.

W stosunkowo krótkim czasie miałem możność spostrzegania trzech przypadków otrucia nalewką i wyciągiem płynnym konopi indyjskich

Nr. 236 dz. szpit. H. Rożewa, włościanka lat 36. *Metritis chr.; lateropositio dextra; salpingitis et perioophoritis sinistra*; dostała z ambulatoryum: *Extr. fl. Hydrast. Canad., T-rae Cannabis Indic* aa 3 razy dziennie po 20 kropeł.

W kilka dni potem 25. X. 1896. przybyła do szpitala osłabiona, wystraszona, skarżąc się na brak sił, palenie w dołku (wsia wnutri sgariała). Zalecono leżenie w łóżku i okład rozgrzewający na brzuch

27. X. Chora miała się dobrze. Tegoż dnia dostała dwa razy po 10 kropeł *T-rae Cannabis Indic*. a 28. X. znowu dwa razy po 10 kropeł *Extr. fl. Cannabis Indicae*.

Po przyjęciu kropeł nalewki zaczęła doświadczać palenia w żołądku, po drugiej dawce płynnego wyciągu palenie w żołądku wzmogło się do nie wytrzymania. Chora podniecona, prawie nieprzytomna, rzuca się na łóżku, miejscą znaleźć sobie nie może, podnosi się, to znowu kładzie się, całuje otacza-

¹⁾ W wykazie oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie wyszczególnione są tylko prace: KROKIEWICZA „Cannabinum tannicum“ Med. 1884. XII. 777, i DOMROWOLSKIEGO „O konopiach indyjskich i używanych z nich przetworach leczniczych. Czas. tow. apt. 1884. Nr. 22. W rocznikach Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego nie znalazłem żadnej pracy w interesującej nas tutaj sprawie.

²⁾ SAABY T. EDMONSTON. Poisoning by Cannabis Indica. Recovery. Brit. med. Journ. Oct. 15. p. 1160. Jahreshber. Virch. 1890. T. 1 str. 392.

³⁾ ROCHE Antony (Dublin). Symptoms of poisoning from small dose of tincture of Cannabis Ind. Lancet Dec. 24 p. 1701 l. eodem.

⁴⁾ ATTLAY John. Case of poisoning by Cannabis Indica. Lancet, Oct. 17 p. 1078. 1896. Ref. w Virchow's Jahreshber. 1897. T. 1. str.

⁵⁾ MINTER (Uxbridge). Ind. hemp, poisoning. Lancet Dec. 19 p. 1773. 1896 ref. loco eodem.

jących po rękach, błagając o pomoc, modli się głośno. Zrenice przedstawiają się prawidłowo. Drgawek żadnych nie widać, chociaż chora twierdzi, że wszystko się w niej trzęsie. Brzuch na ucisk nie czuły.

Żadne namowy, tłumaczenia nie są w stanie chorej uspokoić; nie słucha tego wcale, mówiąc swoje i wykazując od czasu do czasu wprost objawy napadu szaleństwa. Dopiero po przepłukaniu żołądka i podaniu 1,5 bromku potasu uspokoiła się zupełnie.

Ponieważ przypadek ten pierwszy wskazał mi możliwość zatrucia nalewką i wyciągiem konopi, przeto od tego czasu byłem ostrożniejszy i zmniejszyłem dawkę. Mimo to nie uniknąłem zatruć, jak to wykazują następne spostrzeżenia.

Nr. 8 dz. szpit. M. Panina, włościanka 20 letnia, zapisała się 10. I. 1897 roku do szpitala z powodu przodozgięcia macicy i zmian zapalnych przewlekłych w lewym przymaciczu.

Brała 3 razy dziennie po 5 kropeł *T-rae Cannabis Indicae*. Po kilku dniach naląła sobie sama prawdopodobnie trochę więcej, i wystąpiły objawy otrucia: straszny niepokój, stan maniakalny, drżenie rąk, nóg, palenie w żołądku. Po przepłukaniu żołądka i podaniu bromku potasu, wszystko przeszło bez śladu.

Nr. 42. M. Marina, włościanka 20-letnia, zapisała się do szpitala 18. II. 1897 roku z powodu *endo-metritidis haemorrhagicae post partum*. Z początku brała *Extr. fl. Hydr. Canad.* i sporysz; prócz tego stosowano przestrzykiwania 40°. Po kilku dniach, gdy krew już się nie pokazywała, ale macica wykazywała jeszcze mocną wrażliwość na obmacywanie, podano *Extr. fluid. Cannab. Ind.* 3 razy dziennie po 8 kropeł. Już po wypiciu pierwszych 8 kropeł wystąpiły objawy otrucia: ból i palenie w dołku, nudności, drżenie ciała, nóg i rąk, drganie przepony, wyrażające się jękaniem i mową skandowaną, niczem nie umotywowany strach, wielki niepokój z płaczem, prośbami o ratunek, rzucaniem się na łóżku, chęcią iść przed siebie, rwaniem ubrania na sobie i włosów na głowie. Po przemyciu żołądka i podaniu 1 gr. bromku potasu uspokoiła się, a na drugi dzień była już zupełnie zdrowa.

We wszystkich trzech przypadkach obraz zatrucia był zupełnie jednaki: stan maniakalny, drżenie ciała, rąk i nóg, drganie przepony, niepokój, strach, nudności, palenie i ból w dołku.

Przepłukanie żołądka sprowadzało natychmiastową ulgę, zaś dodanie bromu zupełnie uspokajało.

Otrucie wywołane zostało względnie małą ilością preparatu, bo najwięcej 10 kroplami, podanymi 3 razy dziennie. Być może, działanie leku, o ile nie używa się go w odpowiednio małych dawkach, nagromadza się.

Widziałem jednakże dużo chorych, które brały nalewkę lub wyciąg płynny po 15—20 kropeł i mimo to, prócz przyjemnego oszołomienia, innych następstw nie było.

LEES R. COWAN w r. 1895⁶⁾ używał wodnego wyciągu (*Extr. fl. Cannab. Indic. aqu.*), jako nie posiadającego ubocznego działania nalewki, nie sprowadzającego oszołomienia. Te własności, zdaniem jego, pozwalają używać płynnego wodnego wyciągu konopi indyjskich zamiast makowca w gruźlicy płuc, w niestrawności, zaparciu stolca i wielu nerwowych zaburzeniach.

⁶⁾ LEES R. COWAN (Glasgow). *Cannab. Sativa s. indica. Indianhomp.* Brit. med. Journ. Febr. 9. p. 300—1895. Jahresber. Virch. 1896 T. 1. 1387.

Objawy otrucia w moich przypadkach, występujące po stosowaniu wyciągu wodnego płynnego, nie stwierdzają zalet tego preparatu.

Nalewka konopi indyjskich może być przygotowana rozmaicie.

Podług farmakopei rosyjskiej, przepis przyrządzania jest następujący: *Herb. Cannab. Ind. min. concis. partes 10, Spir. Vini alcohol. 95% circiter partes 120*; z tego będzie 100 części nalewki.

Najwyższa dawka jednorazowa 1,24 = 20 kropeł, na dobę 3,74 = 60 kropeł.

Przepis niemieckiej farmakopei jest inny: *Extracti Cannab Indic.* 1 część na 10 części spirytusu. Dawka 5—20 kropeł na raz.

Osobiście używałem nalewki z wyciągu (na 1 część wyciągu 19 części wysokoku). Używając dawek umiarkowanych, nie unikałem zatrucia.

Przekonawszy się o niebezpieczeństwie dawek 8—10 kroplowych, dawałem później na dawkę od 5—7 kropeł i więcej objawów zatrucia nie spostrzegałem. Przypadki, powyżej opisane, przedstawiają lżejsze postaci zatrucia, gdyż w cięższych spostrzegano utratę przytomności i zapaść.

Nie mniej przeto we wszystkich razach zaleciłbym na pierwszym miejscu przepłukanie żołądka. W stanach zapaści i utraty przytomności, rozumie się, wskazane są środki podniecające: kofeina, kamfora, strychnina, zaś w stanach maniakałnych nie zawodzi uspokajające działanie bromu.

Palenie i ból w żołądku ustępuje pod okładem rozgrzewającym.

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

Podał

D-r Stefan Gaszyński

b. ordynator kliniki położniczej.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 9).

Co się tyczy szczegółowego rozpatrzenia żył, doprowadzających krew do spłotu sromnego z łechtaczki i opuszki, to zanotować należy, co następuje.

Odptyw krwi z trzonu łechtaczki odbywa się przez żyłę grzbietową, która, przechodząc tuż pod łukiem łonowym, wpada do spłotu sromnego.

Odnogi łechtaczki oddają krew żylną przez żyły głębokie — *v. v. profundae clitoridis*; — zaś krew żołądki wpada do części środkowej opuszki — *pars intermedia bulbi vestibuli*.

Odptyw krwi z tylnej części każdej cebulki opuszki odbywa się przez pnie żyłne, odchodzące od tylnej części każdej cebulki i wpadające do spłotu sromnego oraz spłotu odbytnicowego.

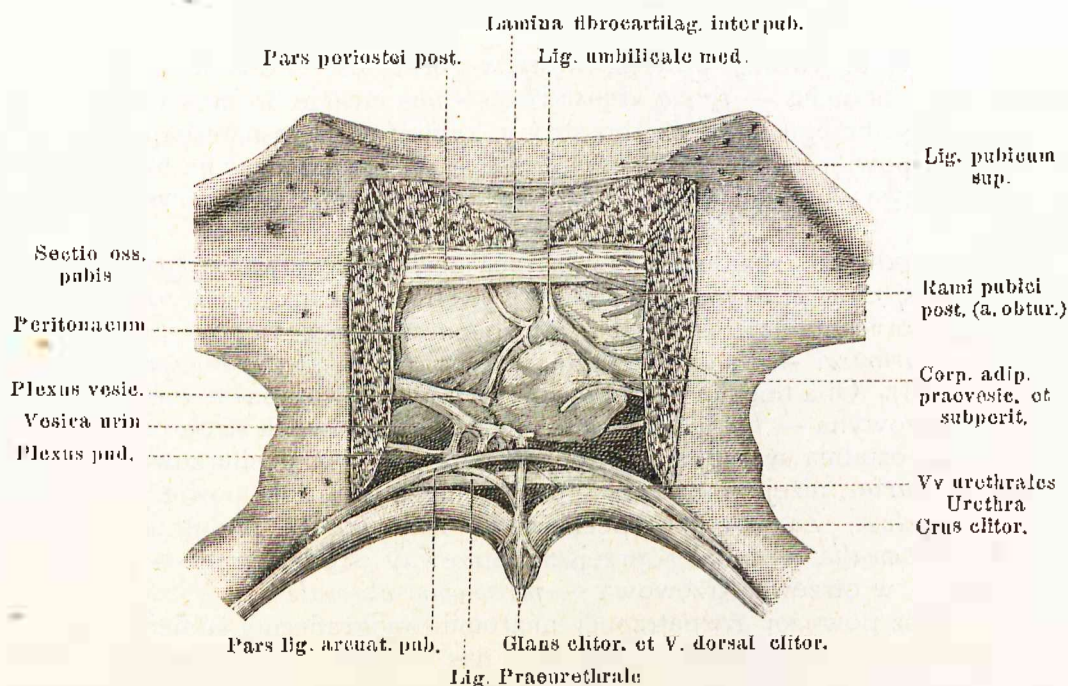
Żyły przedniej części opuszki i części pośrodkowej anastomozują z żyłami żołądki i siecią żylną, leżącą powierzchownie pod śluzówką przed-sionka.

Znając już anatomię opisową okolicy spojenia łonowego, rozpatrzmy pokrótce stosunki topograficzne pola operacyjnego.

Przed spojeniem leży pagórek łonowy z podkładem tkanki tłuszczowej podskórnej, w której znajdują się rozgałęzienia podskórnych naczyń, ulegających przecięciu. Tkanekę tłuszczową od warstw głębszych oddziela powięź powierzchowna — *fascia superficialis*, która, przechodząc z okolicy podbrzusza, dalej ku dołowi po linii środkowej tworzy powięź lechtaczki, po bokach zaś przechodzi w powięź wielkich warg.

Pod tą powięzią znajduje się luźna tkanka łączna, zawierająca rozgałęzienia tętnicy ponadłonowej — *art. suprapubica* — z jej łukiem umieszczonym po linii środkowej, z którego bierze początek *arteriola*, rozgałęziająca się przed samym spojeniem.

Fig. VI.



Situs partium retrosymphysicarum.

Rysunek z dzieła: „Das Becken“ Waldeyer'a.

Oprócz tętnicy w tej warstwie leży też wiąz wieszadłowy, sięgający od trzonu lechtaczki aż do smugi białej, będąc na całej tej przestrzeni przytwierdzony do kości spojenia

Następną warstwę stanowi w części środkowej: samo spojenie łonowe, ewentualnie a) wiąz łonowy górny — *lig. pubicum superius*, b) blaszka włóknistochrzęstna międzyłonowa — *lamina fibrocartilaginea interpubica*, c) wiąz łonowy łukowaty — *lig. arcuatum pubis*; — powyżej spojenia: przyczepione do górnej przedniej powierzchni kości łonowych mięśnie piramidalne oraz mięśnie proste brzucha; po za nimi leży przestrzeń ponadłonowa przedpowięziowa — *spatium suprapubicum praefasciale*, — wypełniona luźną tkanką

łączną, w której znajdują się rozgałęzienia tętnicy ponadłonowej — *art. supra-pubica*; — poniżej spojenia: tuż pod nim znajduje się żyła grzbietowa lechtaczki — *vena dorsalis clitoridis*, — dotykająca prawie z jednej strony, górnej, spojenia, *resp. lig. arcuatum pubis*, z drugiej, dolnej, części stałej — *partem fixam* — lechtaczki. Na boki rozchodzą się tu odnogi lechtaczki z rozciągniętym między nimi więzłem międzygoleniowym — *ligam. intercolumnare* — będącym w górnej części w połączeniu z więzłem łukowatym — *lig. arcuatum pubis*. Bezpośrednio poza spojeniem łonowym (Fig. VI) leżą bardzo małego kalibru tętnice i żyłne rozgałęzienia, które w górnej części pochodzą od tętnicy nadbrzuszej dolnej i anastomozują ze sobą, tworząc sieć arteryjalną, w pośrodkowej części pochodzą od gałęzi łonowej tętnicy zasłonowej — *ramus pubicus art. obturatoriae*, — w dolnej części, u łuku łonowego pochodzą od tętnicy sromu — *art. pudenda*. Żyły noszą te same nazwy.

Wszystkie wyszczególnione naczynia, leżące bezpośrednio poza spojeniem łonowym, są od tyłu przykryte powięzią, która też stanowi następną warstwę.

Warstwę tę tworzy powieź, która w górnej części nosi nazwę powięzi poprzecznej brzucha — *fascia transversa*, — mianowicie do miejsca przyczepu u górnego brzegu spojenia od strony tylnej; od tego miejsca ku dołowi nosi nazwę powięzi miedniczej — *fascia pelvis*; — przechodząc na boki, znana jest pod nazwą — *fasciae obturatoriae internae* — powięzi zasłonowej wewnętrznej.

Po za powięzią znajduje się przestrzeń pozapowięziowa — *spatium retro-fasciale seu spatium praevesicale Retzii* — wypełniona tkanką tłuszczową, wśród której ku górze znajduje się splot żylny pęcherza moczowego — *plexus venosus vesicae urinae* — ku dołowi splot żylny sromu — *plexus venosus pudendalis* (Fig. VII). Oba te sploty leżą w zagłębieniu, wytworzonym więzami łono-pęcherzowymi — *lig. pubovesicalia*, — które tu z dwóch stron przebiegają.

Tylną ostatnią warstwę stanowi od góry powieź pęcherzowa — *fascia vesicae urinariae*, niżej ściana przednia pęcherza i od dołu powieź miednicza — *fascia pelvis*. Za powięzią pęcherzową leży tkanka podotrzewnowa — *tela subperitonealis*, — a dalej przejście otrzewny śródściennej — *peritoneum parietale* — w otrzewną trzewową — *peritoneum viscerale*.

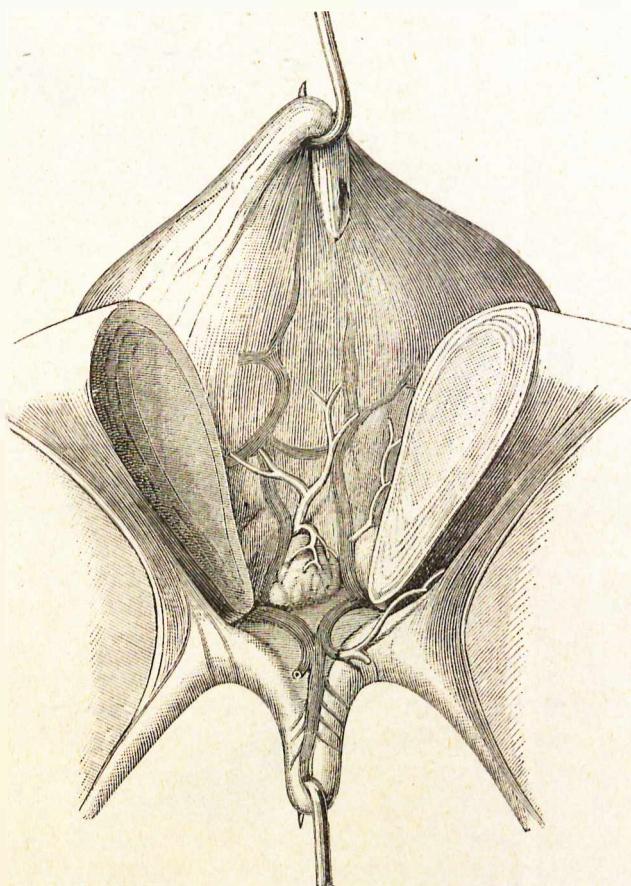
Oprócz powyżej rozpatrzonej anatomii topograficznej spojenia łonowego, znaczenie wielkiej wagi dla sprawy nas obchodzącej ma ukształtowanie oraz zachowanie się dwóch jeszcze stawowych powierzchni, mianowicie stawów kupropodłędźwiowych. (Fig. VIII).

Podług KÖLLIKER'a, v. LUSCHKA' i G. H. MEYR'a, spojenia tylne zasługują na miano stawowych powierzchni ponieważ zawierają maź stawową — *synoviam*, tarcze chrząstkowe stawowe i powierzchnie artykulacyjne (patrz NEUGEBAUER: „Kilka słów o wskrzeszeniu cięcia łonowego przez szkołę położniczą neapolitańską“ r. 1892). Długi czas nie przyznawano tym stawom ruchomości, i dopiero doświadczenie, wykonane na szeregu operacji cięcia łonowego, stwierdziło, że przy rozciąganiu spojenia łonowego następuje rozchodzenie się stawowych powierzchni kupropodłędźwiowych. Z tej, mianowicie, właściwości należy przy każdej operacji cięcia łonowego korzystać. Chcąc otrzymać dostateczne rozszerzenie się stawowych powierzchni, musimy manipulować w sposób następujący: po rozcięciu spojenia łonowego należy jedną nogę operowanej zgiąć w kolanie, następnie udo tejże nogi ułożyć w położeniu *flexio-adductio* i w takim ułożeniu nogę silnie utrzymywać; wtedy,

ująwszy za drugą kończynę, należy wykonać silny ruch odwodzący — *abducitio*; przy tym właśnie ruchu nastąpi rozchodzenie się powierzchni stawowej tylnej tejże kończyny. Chcąc otrzymać rozszerzenie stawu przeciwnej kończyny, należy manipulować odwrotnie.

Zachodzi pytanie, jak zachowują się więzy, otaczające stawową powierzchnię każdej strony. Otóż w tym kierunku wykonane były prace eksperymentalne przez prof. PINARD'a w asystencji prof. FARABEUF'a oraz prof. VARNIER'a na trupach świeżo zmarłych kobiet. Z doświadczeń tych okazało się, że

Fig. VII.



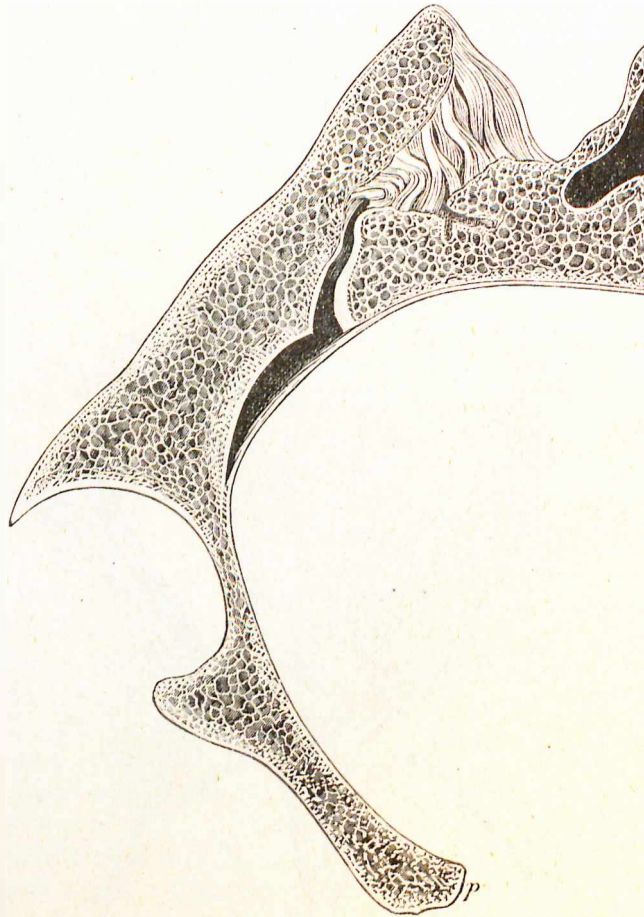
Rysunek z pracy prof. PINARD'a umieszczony w „Annales de Gynécologie et d'obstétrique”
1894 r. Mai — Juin.

Fascia pelvis, pokrywająca spatium retrofasciale, w którym znajdują się plexus venosus vesicae urinae i plexus venosus pudendalis.

przy silnem rozszerzeniu kości podłędźwiowych, mianowicie na 6 — 7 ctm., następuje odfuszzenie słabych więzów przednich kupropodłędźwiowych wraz z okostną na przestrzeni kilku centymetrów; rozdarcia tych więzów nigdy nie zauważono; tylne silne więzy kupropodłędźwiowe, zasłaniające od tyłu stawowe powierzchnie, ulegają wtedy zwolnieniu — *relaxatio* — z powodu zbliżenia się kości podłędźwiowej do kości kuprowej.

Prof. PINARD, mający największe doświadczenie co do omawianej operacji, kładzie za prawidło, aby zawsze w sposób wyżej opisany po przecięciu spojenia wykonać tę obustronną artroklazę, jak ją sam nazywa. Wykonaniu tego zabiegu towarzyszy zwykle trzask, który powstaje z raptownego odłuszczenia więzów przednich kupropodługzwiowych oraz rozwarcia się tylnych stawowych powierzchni.

Fig. VIII.



Rysunek z pracy prof. PINARD'a umieszczony w „Annales de Gynecologie et d'obstetrique“
1894 r. Mai - Juin.

Rysunek przedstawia rozszerzony staw kupropodługzwiowy wraz z odłuszczonymi więzami przednimi i okostną.

Obawiano się, że skutkiem właśnie rozwarcia się stawowych powierzchni chód w czasie pooperacyjnym, oddalonym będzie wadliwy, mianowicie, zachodzić będzie t. zw. Entengang. Obawa ta, wynikła na zasadzie jednego niewłaściwie operowanego przypadku BAUMM'a, wielce zaszkodziła omawianej operacji; bezkrytycznie przeciwnicy cięcia łonowego podają ją stale w różnych podręcznikach i tem odstrasza ją szerszy ogół praktyków. Tymczasem praktyka właśnie stwierdziła, że oprócz jednego tego przypadku

nikt więcej nie zauważył złego chodu w okresie pooperacyjnym oddalonym. Konsolidacya stawowych powierzchni następuje bardzo szybko. Opisywano przypadki, gdzie chora już 7 dnia po operacyi z łóżka wstawała, miała zatem dostateczną konsolidacyę stawowych powierzchni; zwykle jednak konsolidacya zupełna wymaga więcej czasu, tak że lepiej jest chore po operacyi utrzymać w łóżku do 15—20 dni.

Z opisu zachowania się stawowych powierzchni w czasie rozciągania na boki kości podłędźwiowych, jako proste następstwo, wynika, że stawy te powinny być zupełnie normalne i wolne od wszelkich skostnień. Skostnienia zatem stawów kupropodłędźwiowych należą do przeciwwskazań do wykonania operacyi. Jakże miednice podlegają owym skostnieniom podają w części III przy wyliczaniu przeciwwskazań do operacyi.

III.

Jak wyżej mówiliśmy, dotychczas wykonano około 1000 operacyi cięcia lonowego. Przy omawianiu dorobku klinicznego poprzestaną jednakże na materyale mniejszym, mianowicie, tym tylko, który był przedstawiony na zjazdach rzymskim i moskiewskim, a to dla przyczyn następujących.

Przedewszystkiem materyał, przedstawiony na zjazdach, pochodził z klinik pierwszorzędnych, w których każdy przypadek jest możliwie ściśle obserwowany, wskazanie opracowane, technika operujących wyćwiczona. Zupełnie bowiem inaczej patrzeć należy na przypadek pojedynczy, po amatorsku, że tak powiem, dokonany, bez należytego przygotowania operującego, chociażby ten najlepszym skutkiem był uwieńczony, — aniżeli na te przypadki kliniczne, gdzie tak co do wskazań i techniki, jak też i wyników operacyi nic nie uszło uwagi doświadczonego klinicysty.

Dlatego też nie zbieram pojedynczych przypadków, tu i owdzie luźno ogłoszonych. Czytając, doprawdy, niektóre z nich, wierzyć się nie chce, że ten operujący z taką łatwością i biegłością jakąś chorą operował, że tak dalece żadnych trudności w niczem nie napotykał, często bez żadnej wyszkolonej pomocy przy najgorszych warunkach operacyę z pomyślnym skutkiem wykonał. Również nieprawdopodobnymi wydają się te ze zgrozą przedstawiane przypadki, gdzie operujący w masie przeszkód i ewentualności, piętrzących się, jak góry, nad jego głową, stara się usprawiedliwić siebie ze złego rezultatu. Dalej dlatego jeszcze ograniczę się na materyale, powyżej wskazanym, że na ogólną liczbę przypadków większa z nich część przypada na jedną klinikę, co, jak wiadomo, ma olbrzymie znaczenie ze względu na wprawę operujących, wydoskonalenie tych samych sposobów operowania, dokładniejsze wyrobienie wskazań i pozwala na wyprowadzenie ściślejszych wniosków.

Prof. MORISANI na kongresie rzymskim w. r. 1894 przedstawił zebraną liczbę operowanych przypadków w ogólnej sumie 241. Na liczbę tę złożyła się statystyka, podana przez prof. VARNIER'a, mianowicie 124 przypadki, statystyka d-ra Fr. NEUGEBAUERA, z której przytacza 49 przypadków (cała liczba przypadków, zebranych przez d-ra NEUGEBAUER'a, wynosiła wówczas 178), oraz 68 przypadków, zebranych przez samego MORISANI'ego.

Prof. VARNIER na kongresie moskiewskim przedstawił 86 przypadków, operowanych w Paryskiej klinice BAUDELOUQUE'a.

Prof. ZWEIFEL na tymże kongresie przedstawił 31 przypadków, operowanych przez siebie w klinice lipskiej.

Prof. KUESTNER również w Moskwie przedstawił 7 przypadków własnych z kliniki wrocławskiej.

Razem na obydwóch kongresach przedstawiono:

241	przypadków	przez MORISANI'ego
86	„	przez VARNIER'a
31	„	przez ZWEIFEL'a
7	„	przez KUESTNER'a

Co wynosi 365 przypadków.

Jest to cyfra tak już poważna, że pozwala na wyprowadzenie pewnych ogólnych wniosków zwłaszcza ze względu na powyżej przytoczone okoliczności,

Ze względu, że cała sprawa, przezemnie podjęta, ma na celu interes dzieci, rozpatrzmy przedewszystkiem te cyfry odnośnie do wyniku, jaki operacja wywarła na noworodków.

Z liczby 241, podanej przez MORISANI'ego, dzieci zdrowych urodziło się 186, martwych 55. Z tej liczby martwych należy odjąć 25 dzieci, zmarłych z przyczyn zupełnie od operacji nie zależnych; w tych 25 przypadkach śmierć dzieci nastąpiła bądź przed rozpoczęciem operacji (niewłaściwe wskazanie), bądź też od wymóżdżenia, przzerwania sznura, wylewu krwi przy użyciu kleszczy, syfilisu, przedwczesnie wywołanego porodu, zapalenia płuc i t. d.

Z przyczyn zatem, będących w mniejszym lub większym związku z operacją, zmarło 30 dzieci.

Z liczby 86 przypadków VARNIER'a urodziło się zdrowych dzieci 77, martwych 9. W tej liczbie w jednym przypadku nakładane były przed operacją kleszcze próbne i niemi kości czaszki złamano w 14 miejscach; tego więc przypadku nie można kłaść na karb cięcia łonowego; za tem w zależności od operacji zmarło dzieci 8.

Z liczby 31 przypadków ZWEIFEL'a 2 dzieci zmarło w zależności od operacji, reszta pozostała przy życiu.

W przypadkach KUESTNER'a wszystkie dzieci urodziły się żywe.

W zależności zatem od operacji zmarło dzieci:

30	z przypadków MORISANI'ego.
8	z przypadków VARNIER'a
2	z przypadków ZWEIFEL'a
0	z przypadków KUESTNER'a

razem 40 dzieci zmarło w zależności od operacji z ogólnej liczby operowanych przypadków 365, co wynosi prawie 11% (10,95%).

Porównajmy procent śmiertelności dzieci, wydobytych za pomocą innych sposobów operowania, którymi starano się operację cięcia łonowego zastąpić.

Dla więcej obrazowego przedstawienia rzeczy przypomnę, że przy użyciu zwykłych kleszczy, nakładanych w celu przyspieszenia porodu z przy-

czyn rozmaitych na główkę dziecka, znajdującego się już u wyjścia miednicy o zwężeniu tylko I stopnia, procent śmiertelności dzieci wynosi:

w klinice paryskiej BAUDELOUCQUE'a	8%	dla pierwiastek
„	10,5%	dla powtórnie rodzących
w klinice lipskiej	7,3%	

W klinikach zatem tak doskonałych, przy operacjach wykonywanych przez tak wytrawnych akuszerów, jak prof. PINARD (klin. paryska) i prof. ZWEIFEL (klin. lipska) i przy miednicach o tak małym zwężeniu (I stopnia) procent śmiertelności dzieci przy użyciu zwykłych wyjściowych kleszczy wynosi nie wiele co mniej, niż przy omawianej operacji. Jeżeli zaś zwrócimy uwagę na brak jeszcze wyrobienia metody operacyjnej, na brak ustalenia wskazań i t. d., to przyznać musimy, że dla dzieci wyniki operacji są znakomite.

Porównajmy teraz operację cięcia łonowego z obrotem profilaktycznym.

Okazuje się, że przy tym ostatnim zabiegu operacyjnym śmiertelność dzieci jest kolosalna, tak że żadnego porównania nie wytrzymuje. W rozprawie na doktora medycyny podaje d-r ANUFRIEW ¹⁾ procent śmiertelności dzieci przy operacji obrotu zapobiegawczego, zebrany przez niego w statystykach różnych autorów, oraz podaje własne spostrzeżenia, zebrane w naszej klinice położniczej.

Cyfry wszystkich autorów są mniej więcej zbliżone do siebie, mianowicie procent śmierci noworodków wynosi około 33,3%. D-r ANUFRIEW przy przedstawianiu własnych spostrzeżeń podaje cyfry szczegółowe, będące w zależności od stopnia zwężenia; przeciętny jednak odsetek śmierci wynosi u niego też 33%. Jak więc z powyższego wynika, śmierć dzieci następuje przy obrocie zapobiegawczym trzy razy częściej, aniżeli przy cięciu łonowym.

Z operacji odnośnych wymienić jeszcze należy przedwczesne wywołanie porodu (*partus praematurus*) w miednicach patologicznych. Okazuje się, że procent śmierci noworodków jest również bardzo wielki. Jak to z góry przewidzieć można, dzieci niedonoszone są w całym życiu następnym mniej odporne na wszelkie chorobowe insulaty oraz mniej silne i zdrowe. Są, naturalnie, wskazania, gdzie bez tej operacji obyć się nie można, jednak celem pożądanym w położnictwie będzie zawsze otrzymać zdrowe donoszone dziecko przy najmniejszym narażeniu matki.

Co się zaś tyczy procentowego określenia śmierci dzieci przy porodzie przedwczesnym, to, jak podaje z la Roya Maternity Charity w Londynie prof. FANCOURT BARNES, opierając się na olbrzymim materiale, procent ten wynosi 33%; zabieg więc wywołania porodu przedwczesnego jest dla noworodków również niepomyślny, jak obrót zapobiegawczy. D-r BARNES przypisuje tak niepomyślny rezultat tym przyczynom, że noworodki, przedwcześnie urodzone, są zbyt słabe, aby wytrzymały sam akt porodu, oraz że przytem w patologicznych miednicach wcześniej już występuje wadliwe ułożenie dziecka, wymagające odpowiedniego zabiegu przy dziecku tak bardzo słabem.

¹⁾ „Matoryały k woprosu o profilaktičeskom poworotie pri uzkom taziu“ 1897 r.

Nareszcie porównać należy jeszcze wyniki cesarskiego cięcia odnośnie do dzieci.

Ścisłego procentowego określenia w dostępnej mi literaturze, odnaleźć nie mogłem; wahania cyfr, podawane przez różnych autorów, są bardzo znaczne: BARNES podaje 10–12% śmierci, NOWICKI 6,8%.

Jeżeli zatem porównamy rezultat wyżej wymienionych, pokrewnych co do celu, operacji, to procentowo śmiertelność dzieci tak nam się przedstawi:

- 1) przy cięciu łonowem 11%
- 2) przy cięciu cesarskiem 6,8%–12%
- 3) przy porodzie przedwczesnym 33%
- 4) przy obrocie zapobiegawczym 33,3%

Przypominam, że kleszcze wyjściowe dają
dla pierwiastek 7,3–8%
dla wieloródek 10,5%

Cyfry te są tak wymowne, że nie wiele do nich dodać potrzebuję: z cięciem łonowem rywalizować może tylko cięcie cesarskie co do dzieci, co zaś do matek, zobaczmy poniżej.

(D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

ALFRED GOLDSCHMIDT.

O KASZLU

ze szczególnem uwzględnieniem jego znaczenia dyagnostycznego.

Rzadko tylko trafiają się przypadki, w którychby ci, którzy mają kaszel, za ledwo o nim wiedzieli, i gdzieby potrzeba było aż starannych wywiadów lekarza, by objaw ów do zobopólnej doprowadzić świadomości. W większej liczbie chorób kaszel i dla lekarza i dla pacyenta stanowi jeden z najwięcej godnych uwagi objawów. Celem kaszlu, w znaczeniu teleologicznem, jest prędsze pozbycie się z dróg oddechowych bądź to mas śluzowych lub ciał obcych, bądź też uczucia łaskotania lub jakiegokolwiek innego uczucia drażniącego. Często wszakże zjawia się kaszel wówczas, gdy o żadnym takim celu ani mowy być nie może, i w tych razach, istotnie, z powodu swego wstrząsającego i zakłócającego sen działania, przedstawia niebezpieczeństwo dla ustroju i bywa przyczyną szczególnych zaburzeń. Jeżeli znowu w pewnych przypadkach cel kaszlu w części osiągnąć się daje, to w innych, nie rzadkich, szkodliwe działanie nie stoi w równym do owego celu stosunku, jak np. działanie męczącego kaszlu w obrzuku lub zgorzeli płuc. Napady silnego kaszlu, powodując wymioty, nie tylko są przeszkodą w przyjmowaniu pożywienia, a przerywając sen, przyczyniają się do utraty sił, ale także, jak to np. dzieje się w kokluszu, sprowadzają pęknięcie naczyń i podbiegnięcia krwawe rogówki, a w gruźlicy — krwotoki. Następnie, kaszel w długo trwających nieżytych oskrzeli, osobliwie najcieńszych, w kokluszu, w przewlekłym zapaleniu oskrzeli krupowem, jako też kaszel, powstający podczas wdy-

chania drażniących gazów i podczas napadów histerycznych, częstokroć wywołuje rozedmę płuc. Jak wielka bywa niekiedy siła kaszlu, dowodzi przypadek zanotowany przez JUERGENSEN'a, w którym u 2-letniego dziecka chorego na zapalenie płuc krupowe w trakcie ataku kaszlu rozerwał się więz, łączący mostek z żebrami. Silny kaszel w czasie porodu i po nim nie jest bez wpływu na powstawanie zgięć i pochyleń w dziedzinie narządów płciowych kobiecych, jako też i na powstawanie przepuklin przy istniejącem do nich usposobieniu. Kaszel albo podlega woli, albo też powstaje niezależnie od niej na drodze odruchowej. Do nerwów pośredniczących w przenoszeniu podnieć kaszlu należą: n. gardzielowy, n. krtaniowy górny i n. błędny.

Są pewne miejsca — miejsca kaszlu — od których odruch z łatwością otrzymywać możemy, a mianowicie, według doświadczeń, przeprowadzonych przez KOHLS'a, NOTHNAGEL'a i STÖRCK'a nad skalą wrażliwości krtani, na pierwszym planie stoi tu okolica pomiędzy chrząstkami nalewkowemi, dalej, wewnętrzny brzeg prawdziwych strun głosowych, wreszcie błona śluzowa pod głośnią aż do chrząstki obrączkowej. Nie otrzymujemy zaś odruchu: od tylnej powierzchni nagłośni, od strun fałszywych, jako też i od górnych powierzchni strun prawdziwych, wreszcie od fałd nalewko- i języko- nagłośniowych. Tchawica oddziaływa za pomocą kaszlu tylko podczas drażnienia jej tylnej ściany, co stwierdzili ERSSELL i STÖRCK, wkłuwając zwierzętem igłę w *ligam. conicum*. Największe jednak ma w tym względzie znaczenie miejsce podziału tchawicy na oskrzela.

Za ośrodek kaszlu poczytują w rdzeniu przedłużonym okolice po obydwu stronach szwu w pobliżu *ala cinerea*.

Kaszel przychodzi do skutku przez to, że po głębokim wdechu, z końcem którego szpara głosowa kurczowo się zamyka, niespodziewanie następuje silny wydech, i wtedy szpara głosowa nagle się otwiera, a strumień powietrza przechodzi przez nią z donośnym dźwiękiem.

Zewnętrzne podniećy kaszlu mogą być: mechaniczne, chemiczne, termiczne i elektryczne.

Odcień, czyli *timbre* kaszlu, zależy od jego rezonatorów, t. j. od przestrzeni wewnątrz, gardzielowej, od jamy noso-gardzielowej, od krtani, dalej od rur powietrznych i płuc, a mianowicie, czy są w nich jamy, czy nie, a w jamach czy mamy obecność lub też brak śluzu, wreszcie, od własności strun głosowych, czy są one wiotkie, czy też sprężyste.

Co do postaci, to kaszel przejawia się albo w jednorazowych, krótszych lub dłuższych porywach, albo też w napadach (paroksyzmach). RUEHLE zauważył jeszcze trzeci typ kaszlu, mianowicie taki, podczas którego każdy poszczególny napad trwał zwykle kilka godzin.

Kaszel w suchotach płucnych jest jednym z najstalszych objawów od ich początku aż do końca. Dokładne poszukiwania wykazują, że w początkowych okresach tej choroby mamy częsty i tak mały kaszel, że chory zaledwo o nim wie, albo też kurczowe napady kaszlu podobne do napadów kaszlu nerwowego. W tym czasie objawy fizyczne są albo żadne, albo też tak nieznaczne, że tylko próbne zastrzyknięcie tuberkuliny może rozstrzygnąć wątpliwość. Zastrzyknięcie takie BRUEGER i NEUFELD poczytują za zupełnie nie szkodliwe. W późniejszych okresach choroby odcień kaszlu jest bezdźwięczny — nosi on nawet miano „bezdźwięcznego kaszlu“ suchotników i zdarza się najczęściej przy obecności jam w płucach; bywa lekki albo też ciężki, stosownie do ilości i własności wyrzucanego śluzu, do miejsca, w którem śluz ów w największej zebrał się ilości, i do wrażliwości błony śluzowej oskrzeli. Dłuższe przestanki wolne od kaszlu tło-

maczyć można tem, że błona śluzowa oskrzeli przywyka do pewnej ilości śluzu Pożytek, jaki kaszel przynosi, pomagając ustrojowi do pozbywania się mas śluzowych, znajduje pewne ograniczenie w tych tylko przypadkach, w których równocześnie bywa powodem utraty sił lub krwotoków. Na krótko przed śmiercią kaszel zwykle ustaje, a to wskutek osłabienia mięśni wydechowych i przytępionego czucia. Według NOTHNAGEL'a i KOHRS'a i w gruźlicy kaszel nie powstaje nigdy z powodu drażnienia pęcherzyków płucnych, lecz zależy zawsze od stanu chorobliwego oskrzeli.

Kaszel w prostym zapaleniu oskrzeli, powstałym na tle zaziębnienia, bywa zwykle krótki, suchy, ochrypły; w zapaleniu drobnych oskrzeli przez długi przeciąg czasu nie ma go wcale, w późniejszym okresie jest on ciężki, silny i kurczowy, ponieważ wydzielina wydobywa się z wielką trudnością.

Kaszel w prostym katarze krtani nie przedstawia żadnej charakterystycznej cechy, któraby mogła go wyróżniać od kaszlu tchawicowego lub oskrzelowego; brzęczący ton w poszczególnych przypadkach przypisać należy wiotkości więzów nalewko-nagłośniowych, chrząstek nalewkowych i chrząstek SANTORINI'ego.

We wczesnym przymiocie krtani mamy zwykle tylko bardzo umiarkowany kaszel.

Szczekający dźwięk kaszlu w rzekomym dławcu, z wolnemi od kaszlu przestankami, przy braku innych podmiotowych danych — jest jedną z najwięcej charakterystycznych cech tego przeważnie dziecięcego nieżytu krtani, a czasami i nieżytu dorosłych; w ostatnim jednak razie nie można go poczytywać za objaw absolutnie pewny, ponieważ taki dźwięk kaszlu zdarza się i w porażeniach mięśni zamykających głośnie, na tle histeryi, i co prawda, o wiele rzadziej w zapaleniu krtani suchem (*Laryngitis sicca*).

Za to wielce pomocnym środkiem w rozpoznaniu jest postać kaszlu właściwa kokluszowi: kaszel wznosi się tu jak gdyby po stopniach, po czem następuje głęboki wdech i bezdźwięczny wydech.

Powstawanie odruchów kaszlu w kokluszach nie jest jeszcze ściśle wyjaśnione. ROSSBACH mniema, że na punkt kaszlu w mleczu pancerzowym działa podniecająco jad. MICHAEL szuka odruchu w nosie. Autorowi zaś najprostszą wydaje się myśl, iż odruch kaszlu wywoływany bywa za pomocą kawałków twardego śluzu, których usunięcie powoduje w pewnych przypadkach bezdźwięczność porywów kaszlu, a w innych — natychmiastowe jego ustanie — tak np., jak gdyby kaszel za jednym zamachem został ucięty.

Kaszel w zapaleniu opłucny jest krótki, częsty, a to wskutek dołączającego się tutaj bólu. Najsilniejszy bywa on w pierwszych dniach choroby, później, gdy wysięk do jamy opłucny staje się obfitszy, siła kaszlu słabnie. NOTHNAGEL, opierając się na fakcie, że przy szybkim opróżnieniu jamy opłucny zjawia się kaszel, a przy powolnem — niema go, dowodzi, że powstaje on tutaj pośrednio, w pierwszym bowiem razie pęcherzyki płucne nagle się rozciągają, a wchodzące do nich powietrze stanowi bodziec kaszlu, w drugim bezpośrednio drażnienie tylko opłucny kaszlu nie wywołuje. Zapatrywania NOTHNAGEL'a nie zostały uznane przez KOHRS'a za bezsporne, również i GUTMANN jest zdania, że drażnienie samej opłucny może być przyczyną kaszlu, a na dowód przytacza wstrzykiwania roztworów kwasu salicylowego po operacji wysięku ropnego, a mianowicie, pierwsze wstrzykiwania zwykle powodują kaszel, późniejsze nie, ponieważ opłucna staje się na nie mniej wrażliwa. Autor na poparcie twierdzeń KOHRS'a i GUTMANN'a może przytoczyć ze swych spostrzeżeń przypadek taki: Pan domu

w przystępie dobrego humoru schwył okolo 50-letnią panią domu za kibić i podniósł w górę. Skutek był ten, że 12 żebro z prawej strony zagięło się, a równocześnie powstał nader bolesny kaszel bez najmniejszych śladów jakichkolwiek zaburzeń w płucach. Po wyrównaniu żebra rękami znikł kaszel i ból.

Kaszel w rozmaitych postaciach zapalenia płuc bywa również krótki, przerywany i przejawia się zwykle w napadach, u starców częstokroć niema go wcale, jako też u charłaków, chorych umysłowo i opilców. Akt polykania stanowi warunek, sprzyjający powstawaniu kaszlu. W zapaleniu płuc krupowem rzadko bywa on pożyteczny, daleko częściej uciążliwy, a nawet szkodliwy, jak tego dowodzi wyż wspomniany przypadek JUERGENSEN'a. W zawałach krwotocznych płuc kaszel zjawia się równocześnie z zatorom, a główna jego wartość w tych razach, to dostarczanie charakterystycznej plwociny.

W rozedmie płuc kaszel zależy od równoczesnego kataru oskrzeli i bywa suchy, krótki, męczący, napastuje przeważnie wieczorami i w nocy, w późniejszych okresach choroby przeistacza się w niezmiernie wstrząsające ataki.

W chorobach zakaźnych, np. grypie, tyfusie płamistym, odrze, kaszel zależy od przyłączającego się tu zapalenia oskrzeli; suchy dźwięk kaszlu w odrze stanowi pełną wartości oznakę rozpoznawczą dla odróżnienia tej choroby od szkarlatyny.

Co do miękkiego podniebienia, to i ono może być bodźcem kaszlu w tych razach, gdy języczek wskutek wydłużenia sięga aż do nasady języka i w ten sposób ją drażni. Następnie, w razie niedostatecznego zamknięcia krtani, śluz zacieka zwykle do krtani i przyczynia się do powstawania kaszlu. Również spostrzegano kaszel i w pewnych przewlekłych chorobach podniebienia i gardzieli. Kaszel, występujący podczas trudnego wyrzynania się zębów można tłumaczyć tem, że zwiększona ilość wydzieliny jamy ustnej, wylewając się z ust, powoduje nadżarcia podbródka i szyi, a wskutek zawilgocenia piersi pociąga za sobą katar oskrzeli z przeziębienia.

Gdy w wymienionych chorobach równocześnie z kaszlem znajdujemy prawie stale jakikolwiek podmiotowy objaw chorobliwego stanu dróg oddechowych, to w t. zw. kaszlu nerwowym nie mamy żadnego takiego objawu.

Kaszel nerwowy zależy od podrażnienia tych włókien nerwowych, których drażnienie w stanie fizyologicznym kaszlu nie powoduje, albo też od podrażnienia układu nerwowego ośrodkowego. Kaszel ten, jak zaznaczono, przejawia się albo w napadach, albo też w pewnym rytmie; rytm trwa zwykle bardzo długo, dotąd, dopóki nie zostanie przerwany przez sen, jedzenie lub picie.

Dźwięk kaszlu nerwowego w pewnych zaledwie przypadkach posiada znaczenie dyagnostyczne i to nader ograniczone. Oryginalność dźwięku polega na tem, że jest on bardzo głęboki albo też ma charakter wycia lub krakania. Przytem obraz laryngoskopowy krtani nie przedstawia zmian żadnych lub też tylko bardzo nieznaczne.

Miejsca, od których odruchowo można otrzymywać ów kaszel, są najróżnorodniejsze. Każdy np. lekarz chorób usznych wie dobrze, że wprowadzenie wziernika usznego dostateczne jest, by u pewnych osobników wywołać atak kaszlu. Tak samo, w mniejszym lub większym stopniu, ma się rzecz i z błoną śluzową nosa (kaszel nerwu trójdzielnego), następnie ze skórą. Raz jeden badanie lekarskie narządów klatki piersiowej było u pewnego młodego mężczyzny przyczyną okropnego kaszlu kurczowego (LEYDEN). Nerw słuchowy również może pośredniczyć w tym względzie, a mianowicie: stukanie, hałas, brzęczenie powodują niekiedy kaszel. W gruźlicy gruźlicy oskrzelowych napotykaemy drgawki

kaszlowe z przestankami wtedy, gdy obrzmienie gruczołu dochodzi do tego stopnia, iż wywiera ucisk na nerw błędny. Nadto, prócz miejsc wymienionych, mamy jeszcze całą masę punktów wyjścia odruchu kaszlu, jako to: żołądek, kiszki (robaki, wypadnięcie odbytnicy), macica (HEGA I) sutki, jajniki (STRUEBING), pęcherz (KRIMER), wątroba i śledziona (NAUNYN).

Dla objaśnienia kaszlu, występującego w przebiegu ropnia wątroby („*tussis hepatica*“ dawnych autorów) ANDRAL trzyma się zdania, że kaszel zależy tu od kataru oskrzeli, wnikającego tę sprawę. THIERRFELDER zaś tłumaczy go jednocześnie udziałem w cierpieniu przepony, innymi słowy — podrażnieniem opłucny przeponowej. Kaszel jednak mamy tu nawet wtedy, gdy można wyłączyć jakiegokolwiek chorobowe zajęcie dróg oddechowych, a mianowicie, przy głębokim np. umiejscowieniu ropnia. LEYDEN spostrzegł jednego pacyenta, który na 24 godziny przed napadem kamicy żółciowej dostawał kaszlu, połączonego z bólem w okolicy dołka podsercowego; kaszel ów zniknął, gdy tylko pojawiała się żółtaczką.

Kaszal, jaki czasami napotykamy w wjadzie rdzenia, zależy prawdopodobnie od zajęcia ośrodku nerwu przydatkowego VILLIUSIUS'a.

Z treści powyższych rozstrząsań jasnym jest, że kaszel sam, z wyjątkiem kokluszki, nie może być poczytywany za oznakę dyagnostyczną — w pewnej jednak liczbie chorób stanowi on wartościową wskazówkę, a w innej znowu nieoceniony środek pomocniczy dla dyagnozy.

(*Sammlung zwanglaser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund und Hals-Krankheiten, herausgeg. von D-r Bresgen in Wiesbaden. IV. Band. Heft 4.*)

Stan. Ługowski.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

23. MAYGRIER. **O niektórych klinicznych odmianach krwotoków porodowych.** Od niepamiętnych czasów krwotoki były postrachem akuszerów, bo w samej rzeczy utrata krwi może być ciężka, czy to wskutek swej nagłości, czy to obfitości, czy też wskutek swej powtórności. Krwotoki te mogą szybko narażać życie, należy przeto dobrze poznać ich pochodzenie, aby jaknajprędzej zastosować odpowiednie leczenie.

Istnieją trzy odmiany krwotoków zupełnie różnych tak co do swych objawów, jak i co do przyczyn powstania: 1) krwotok wskutek wadliwego utwierdzenia się łożyska (łożysko przoduujące); 2) krwotok wskutek przedwczesnego odklejenia się łożyska, umiejscowionego prawidłowo, i 3) krwotok wskutek pęknięcia naczynia pępowiny, przy błonowem przytwierdzeniu (*insertio velamentosa*).

Ciężkie dla matki w dwóch pierwszych wypadkach rokowanie dotyczy tylko dziecka w trzecim.

Krwotoki wskutek wadliwego utwierdzenia łożyska występują zwykle raptownie, bez widocznej przyczyny, w chwili porodu lub też i w przebiegu samej ciąży i wtedy najczęściej powtórnie. Rokowanie jest tu bardzo różnie stosownie do okoliczności i zastosowanego leczenia.

Podczas ciąży należy zalecić bezwzględny spokój, leżenie w łóżku, robić gorące wstrzykiwania, a, jeżeli krwotok jest bardzo obfity, wykonać przeciwniętną tamponadę pochwy, pozostawiając tampony tylko kilka godzin. Gdy

się ma do czynienia z wieloródką, której szyja macicy jest miękka, łatwo przepuszczająca, można szeroko rozerwać błony wraz z wykonaniem, w pewnych przypadkach, dwubiegunowego obrotu (sposób BRAXTON HICKS'a).

Gdy krwotok występuje podczas porodu, to należy ukończyć poród jak najszybciej t. j. po rozszerzeniu szyi nałożyć kleszcze lub zrobić obrót, zależnie od okoliczności; najczęściej jednak trzeba wykonać obrót, gdyż główka rzadko tu bywa wstawiona. Gdy dziecko jest już nieżywe, robi się cięcie płodu.

Przy krwotoku wskutek odklejenia się łożyska zależnego od urazu lub ogólnego cierpienia (białkomocz i t. d.), krew pojawia się najczęściej nazewnątrz, niekiedy jednak istnieje tylko krwotok wewnętrzny, i rozpoznanie można zrobić tylko na zasadzie oznak ogólnych: błądź powłok, małe tętno, ogólne oziębienie ciała, skłonność do zapaści i t. d.

Co do postępowania w podobnych przypadkach, to GOODELL przytacza dane statystyczne, przemawiające za zabiegiem: na 43 kobiety z krwotokami wewnętrznymi, u których nie wykonano zabiegu, 33 umarło; przeciwnie, z 50, u których wykonano zabieg, umarło tylko 15. Nie wiadomo tu jednak, kiedy i jak należy wykonać zabieg. TARNIER radzi opierać się na natężeniu objawów ogólnych, czyli, jeżeli położenie jest ciężkie, wywołać poród, a gdy się on zacznie, ukończyć go szybko, nie dobywając jednak za prędko dziecka, aby nie wywołać zapaści wskutek próżni (*ex vacuo*).

Należy, ma się rozumieć, stosować przytem i zwykłe ogólne leczenie: ogrzewać chorą wszelkimi możliwymi sposobami, wstrzykiwać eter, kofeinę, a przede wszystkim zastrzyknąć sztuczną surowicę pod skórę lub do żył.

Co do trzeciej odmiany krwotoku pochodzenia płodowego, to przyczynę jego można podejrzewać, biorąc pod uwagę odpływ krwi w chwili pęknięcia błon i następczą zwykle śmierć płodu. Można, w każdym razie, wyłączyć tu przypuszczenie przodującego łożyska — nie znajdując żadnego dlań objawu — i przedwczesnego odklejenia prawidłowo utwierdzonego łożyska. Pozostanie nam wtedy jedno tylko prawie źródło krwotoku, o jakim możnaby pomyśleć, pęknięcie zatoki okolnej wskutek błonowego przytwierdzenia pępowiny.

Badając kobietę podczas porodu, przed pęknięciem błon, można niekiedy wyczuć naczynia, snujące się w błonach, i tętnicę pod palcem. Należy wtedy ostrożnie rozrywać owodnię, jak można najdalej od naczyń płodowych, aby nie wywołać krwotoku płodowego, zabójczego zazwyczaj dla noworodka.

(*Die Therapie der. Geg. Nr. 48. 1900*).

St. Roßlan.

24. V. DALGANOW. **Odptyw miesięczny przez pochwę i przez skórę powiek lewego oka.** Zboczenie miesięczkowe może się przejawiać czy to przez krwotoki z narządów mięszzowych lub też przez krwawienia na powierzchni ciała. Pierwsze towarzyszą miesięczce mniej lub więcej zakłóconej, gdy w drugim wypadku prawidłowego odpływu miesięcznego brak zupełnie. Otóż, przypadek podany przez autora, a będący zdaje się jedynym w swoim rodzaju, dotyczy młodej kobiety, u której miesięczki, bardzo obfite i występujące w najzupełniej prawidłowych okresach, zbiegają się z krwawym odpływem na powierzchni skóry obydwóch powiek lewego oka. Przez swój sposób występowania krwawienie to przypomina wydzielanie się potu: krew występowała na powierzchnię skóry pod postacią małych kropelek, jak gdyby pochodziła ona z naczyń gruczołów potowych. Drobnowidz wykrywa w niej dużą liczbę czerwonych ciałek niezmiennych i stosunkowo mało białych ciałek krwi. Ze strony oczów nie stwierdza się objawów, któreby mogły wyjaśnić te okresowe krwawienia. Przy badaniu ginekologicznem stwierdzono przewlekły niezyt śluzówki macicznej z oko-

tojajnikowem zapaleniem i zwyrodnieniem torbielowem lewego jajnika; należy jednak zauważyć, iż początek krwawień z powiek sięga okresu, w którym chora była jeszcze zupełnie wolna od jakiegokolwiek cierpienia narządów płciowych. Te oczne krwawienia są, zatem, w stosunku tylko z przyływym miesięczkowym i przedstawiają pewien rodzaj odruchu naczynioruchowego, który, dzięki swej niezwykłości, zasługuje na zaznaczenie.

(*La semaine médicale*. Nr 47. 1900).

St. Roslan.

25. H. FINKELSTEIN. **Posocznica w pierwszym roku życia.** Posocznica u ssawców jest zjawiskiem najczęstszym po zaburzeniach przewodu pokarmowego. Pod nazwą posocznicy rozumieć należy te cierpienia, które zostały wywołane przez rozmaite nieswoiste drobnoustroje (*staphylo- strepto- diplococcus, bact. coli, bac. pyocyaneus*, i t. d.), jeśli przytem zapalenie ma miejsce w głębi tkanek, w części międzykomórkowej. Nieżyt powierzchowny oskrzeli lub zapalenie płuc nie stanowi jeszcze posocznicy; występuje ona wtedy, jeśli mamy wessanie wytworów patologicznych, lub jeśli po zgorzeli nabłonka pasorzyty same wnikają wgłąb' tkanek.

Wrota zakażenia bywają rozmaite; zarazki dostają się przez rany, zarówno fizyologiczne (pępek), jak i na patologicznym gruncie powstałe (poranienia, owrzodzenia, odleżyny, popękania), albo też przez błony śluzowe, nawet nieuszkodzone. Naturalnie, że muszą tu być okoliczności sprzyjające, urabiające grunt dla przedostania się zarazki; do takich okoliczności zaliczyć należy przede wszystkim złuszczenie się nabłonka jako geneza nieżytów. Sprawy ropne lub wrzodziejące z błon śluzowych rozszerzają się wgłąb' i wywołują posocnicę.

Najmniej ważne dla uniknięcia zarazki są błony śluzowe oka (łąznicą) i nosa. Przez błonę śluzową ust możemy otrzymać ropienie ślinianek lub gruczołów chłonnych, błonice rzekomą EPSTEIN'a, rzadko zaś zajęcie migdałków.

Ucho też nie ma w tej mierze wielkiego znaczenia; o ile są objawy zakażenia, pozostają one miejscowymi; zaledwie dwa razy notowano ropne zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego. Często w normalnym płynie mózgowo-rdzeniowym mamy te same pneumo- i streptokoki, co i w ropie usznej, są objawy podrażnienia mózgu, lecz istotne zapalenie opon mózgowych nie występuje.

Błona śluzowa głębokich odcinków dróg oddechowych ma znaczenie tylko o tyle, że u ssawców zapalenie płuc często przechodzi na błony surowicze i prowadzi do ogólnego zakażenia dwiema drogami: w jednych przypadkach naciek z płuc *per continuum* wywołuje ropny wysięk w opłucnie, osierdziu i wreszcie bakteryohemię, w innych zaś mamy nieznaczne objawy ze strony płuc i potem niespodziewane przerzuty (HEUBNER). Te zakażenia ogólne w następstwie porażenia narządów oddechowych są u ssawców dość rzadkie, a w pierwszym kwartale życia nie zdarzają się wcale.

O wiele częściej się zdarza zakażenie posocznicy przez narządy moczowe, a mianowicie w zapaleniu pęcherza, wywołanem przez prątek okrężnicy, lub we wstępującem zapaleniu miedniczek nerkowych.

Najważniejsze znaczenie w powstawaniu posocznicy u ssawców mają cierpienia narządów trawienia. Niekiedy posocznica przebiega u nich wyłącznie z objawami żołądkowo-kiszkowymi (*septicaemia larvata*); w innych razach po objawach kiszkowych następuje zapalenie płuc, nerek, skóry i t. d., słowem ogólne zakażenie przez przewód pokarmowy (CZERNY); niektórzy badacze sądzą, że w tych razach zapalenia innych narządów występują zupełnie przypadkowo i niezależnie od cierpień kiszkowych. Dla oryentowania się w tych sprzecznościach autor roztrząsa trzy pytania:

1) czy sprawy septyczne mogą wywołać objawy chorobowe w kiszkiach, i czy posocznica stwierdzona bakterjologicznie może z tymi tylko objawami przebiegać?

2) o ile badanie krwi i narządów w nieżytych kiszkiach z następczym zapaleniem innych organów wykazuje obecność drobnoustrojów, i czy uważać te powikłania za posocznice czy też za wtórne przypadkowe? i

3) jaką rolę odgrywają kiszki, jako wrota zakażenia w przypadkach, kiedy obecność we krwi gnilnych prątków została stwierdzona?

Co się tyczy pytania pierwszego, to zmiany, jakim podlega jama ustna i proces trawienia w stanach gorączkowych same mogą wywołać biegunkę, lecz przy działaniu toksyn objawy te stają się o wiele silniejsze i mogą przedstawiać się w postaci choleryny. Takie przypadki uważa EPSTEIN za rodzaj ostrej posocznicy; najczęściej znajdowano wtedy prątek okrężnicy

Przypadki zaburzeń kiszkowo-żołądkowych bez innych objawów septycznych, a przynajmniej oddzielnych wybroczyn na skórze, nie mogą być uważane za posocznice.

Pytanie drugie autor rozwiązuje w ten sposób. W zaburzeniach przewodu pokarmowego krew była w większości przypadków jałowa, a jeśli znajdowano czasem drobnoustroje, to ilość w każdym razie nie przemawiała za posocznice pochodzeniem cierpienia. Zapalenia kiszki u ssawców są najczęściej cierpieniem jedynie miejscowym; nieprawidłowa przemiana materii powoduje zatrucie ustroju (nie zakażenie) i, osłabiając jego odporność i zdolność bakterjobójczą, daje podkład do powikłań, które są zupełnie przypadkowe; powikłania powstają, zdaniem autora, na tle „skazy kiszkowej” (*enterogene Dyscrasie*); możemy, naturalnie, znajdować w tych razach pomiędzy innymi przypadkowymi powikłaniami i posocznice.

Co się tyczy pytania trzeciego, to normalny lub lekko nadwerężony przewód kiszkowy nie może służyć za wrota zakażenia; tą drogą zakażenie jest możliwe w 3 grupach przypadków.

a) w nader rzadkiem *enteritis pseudo membranacea* z przedostaniem się bakterji do otrzewny i z jej zapaleniem;

b) w *enteritis streptococcica* (ESCHERICH) z przedostaniem się drobnoustrojów do krwiobiegu przez naczynia chłonne; i wreszcie

c) przy ciężkich zmianach błony śluzowej, owrzodzeniach i t. d.

Przewlekłe biegunki i zanik u dzieci niekiedy też przebiegają z objawami posocznicy, lecz i wtedy jest posocznica cierpieniem wtórnym, powikłaniem, przyspieszającym krytyczne rozwiązanie.

Jahrbuch f. Kinderheilk. 1900 II.

Zd. Prechner.

26. ŠEBOR. **Pierś łódkowata.** W r. 97 MARIE zwrócił uwagę na szczególny kształt klatki piersiowej, spotykany wyłącznie u cierpiących na syringomyelię; podobną klatkę piersiową nazwał łódkowatą—*thorax en bateau*.

Zniekształcenie to niema żadnego związku z skrzywieniami kręgosłupa, które często spotykają się w syringomyelii; polega ono na tem, że klatka piersiowa w górnej swej części ponad linią, łączącą dolne brzegi obu mięśni piersiowych dużych (*m. pector. maj.*), t. j. na wysokości chrząstek 4—5 żebra, jest znacznie spłaszczona, a nawet wyżłobiona, podczas gdy niżej zachowuje swój kształt zwykły. Wygląda to tak, jak gdyby rękojeść a nieraz i górna część trzonu mostka zbliżyła się do kręgosłupa. Zagłębienie, w ten sposób utworzone, nie koniecznie ma leżeć pośrodku, lecz może być najgłębszą swą częścią przesunięte

w tę lub inną stronę, znajdując się na odległości 3 do 9 ctm. od linii pośrodkowej i w odległości 3 do 5 ctm. od obojczyków.

Piersź łódkowata pociąga za sobą swoiste ułożenie ciała; głowa z szyją, zazwyczaj krótką i grubą, posunięta jest ku przodowi i do środka, ręce zwykle bywają trzymane pośrodku w położeniu nawrotnem.

Sprawą tą bardziej szczegółowo zajmował się ASTIE, który na 10 przypadków syringomyelii w 4 spostrzegł typową piersź łódkowatą. W r. z. jeden przypadek *thoracis en bateau* opisał KATTWINKEL.

Pośród 33 przypadków syringomyelii, leczonych w klinice prof. MAISNER'a. Ś. w 21 nie znalazł żadnych podobnie szczególnych zmian w kształcie przedniej ściany klatki piersiowej. Pozostałe 12 przypadków autor dzieli na dwie części: jedną, gdzie łódkowatość klatki piersiowej była bardzo nieznaczna (7 przyp.), drugą, gdzie zniekształcenie to wyraźnie się zaznaczało (5 przyp.).

Przytoczywszy historye choroby tych 12 przypadków z podobiznami bardziej uderzających i rysunkami poprzecznych przecięć klatki piersiowej na różnej wysokości, doskonale wyobrażającemi charakterystyczną postać zniekształcenia, Ś. rozpatruje bliżej 7 przypadków, gdzie łódkowatość nie była wyraźna. U 3 chorych znajduje wszystkie cechy, uprawniające go do rozpoznania *thoracis en bateau*, u reszty chorych t. j. u 4 przypuszcza wypadkowe istnienie splaszczzonej piersi. Z tego sądzi, że *thorax en bateau* jest jednym z rzadszych objawów jam rdzenia.

DÉJERINE zniekształcenie to czyni zależnem od zaniku mięśni piersiowych lub od skrzywienia kręgosłupa, które prawie zawsze spotykamy przy jamach rdzenia.

MARIE i ASTIE są zdania, że piersź łódkowata stoi w związku prostym ze zmianami w rdzeniu.

Ś. przepatrzył większą liczbę bocznych i tylnych skrzywień kręgosłupa, ale nigdy nie znajdował w takich razach klatki piersiowej podobnej do piersi łódkowatej. Ani choroba, ani długość trwania choroby nie mają tu znaczenia. Spostrzeżenia dotychczasowe tyczą się chorych w wieku od lat 15 do 73, cierpiących na jamy rdzenia od 1½ — do 20 lat.

Autor jest zdania, że piersź łódkowata, będąc zjawiskiem *sui generis*, występującem jedynie w syringomyelii i nie sprawiającem żadnych prawie zaburzeń czynnościowych, jest cenną pomocą w rozpoznawaniu jam rdzenia.

(Casopis lékařů českých Nr. 41. r. 1900).

Sz. Kossobudzki.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 5 lutego. r. 1901.

THIESC: 1) W. BETHNER — przedstawienie chorego, wyleczonego przez cięcie brzuszne ze skręcenia okrężnicy nagłej. 2) E. PLATAU i Br. SAWICKI — „Badania doświadczalne z dziedziny plastyki nerwów obwodowych“ (z demonstracją operowanych zwierząt). 3) L. BREGMAN — „Spastyczne zwięźnięcie przełyku i padaczka odruchowa“ (z demonstracją chorego).

1) Kol. SZTEJNER przedstawił mężczyznę 55 letniego, wyleczonego przez cięcie brzuszne ze skręcenia okrężnicy.

Objawy niedrożności jelit trwały od 7 dni. Rozpoznanie okazało się możliwem przed operacją: ogromne rozdęcie brzucha przy pustym żołądku i pustej odbytnicy, podobne, choć łżejsze ataki miewał chory poprzednio. Po otworze-

niu brzucha znaleziono niezmiernie wzdętą i skręconą na 360 stopni okrężnicę, którą odkręcono, a przez odbytnicę założono długi na $\frac{1}{2}$ metra i gruby dren. Wypróżnienie nastąpiło niezwłocznie, co ułatwiło nałożenie szwu. Następnego dnia dren wyjęto. Chory ma się dobrze.

2) Koledzy E. FLATAU i Br. SAWICKI przedstawili wyniki swych badań doświadczalnych z dziedziny plastyki nerwów obwodowych i demonstrowali operowane zwierzęta.

Doświadczeń dokonano na 21 psie i 39 królikach. Zasadnicza myśl tych doświadczeń polega na tem, że chciano się przekonać, czy nerw ruchowy z pewną określoną czynnością można zastąpić innym nerwem ruchowym, którego czynność jest wprost przeciwna. W tym celu przecinano nerw strzałkowy (*n. peroneus.*), którego czynność polega na rozginaniu stopy, i zeszywano następnie obwodowy odcinek tego nerwu z płatem, odciętym od nerwu piszczelowego *n. tibiialis*, którego czynność polega na zginaniu stopy.

Otóż z doświadczeń tych okazało się, iż po wycięciu nerwu strzałkowego na znacznej przestrzeni (1—2 ctm.) występuje stały i bardzo znaczny zanik mięśni z zupełnym odczynem zwyrodnienia na przedniej powierzchni goleni. Zanik mięśni występuje już po 2—4 tygodniach i szybko wzrasta.

W drugiej seryi doświadczeń, w której nerw strzałkowy zaraz po przecięciu zeszywano, jak podano wyżej, z nerwem piszczelowym, początkowo występowały te same zmiany, jak po wyłącznym wycięciu nerwu strzałkowego. Po kilku jednak tygodniach następował powrót mięśni do pierwotnej objętości, konsystencji, a oddziaływanie elektryczne było osłabione ilościowo, lecz jakościowo niezmienione. W znacznym stopniu wracała ich czynność. Po kilku miesiącach koledzy F. i S. nie mogli zauważyć różnicy w objętości mięśni na końcu operowanej w porównaniu ze zdrową.

W badaniach dotychczasowych przeciąg czasu pomiędzy pierwszą a drugą operacją nie przewyższał jednego miesiąca. Otóż okazało się, że nawet po upływie tego stosunkowo znacznego przeciągu czasu może nastąpić poprawa a nawet powrót mięśni do ich normalnego stanu i oddziaływania. W dziedzinie więc nerwów obwodowych uszkodzenia urazowe nie wywołują zmian stałych, nie do poprawienia, jak w dziedzinie układu nerwowego ośrodkowego. Widać bowiem, iż nerw z pewną ściśle określoną czynnością nie tylko może wrastać w nerw z czynnością zupełnie odmienną, lecz i bierze na siebie jego czynność. Przypuszczać należy, iż komórki przednich rogów rdzenia pacierzowego są zdolne przesyłać swe impulsy odżywcze także do tych mięśni, których nerwy pierwiastkowo wychodzą z zupełnie innych komórek. Powrót czynności mięśni, unerwionych przez przecięty nerw strzałkowy, pozwala przypuszczać, iż ruchowe impulsy, idące z mózgu, mogą pobudzać do działania różne komórki w przednich rogach rdzenia.

Prelegenci zwracają uwagę na teoretyczne i praktyczne znaczenie dokonanych doświadczeń. Sądzą, że dodatnie wyniki ich doświadczeń powinny pobudzić chirurgów do dokonywania tych operacji na ludziach i to nie tylko z uszkodzeniem urazowym nerwów obwodowych, lecz również i w tych przypadkach zapalenia szarej istoty rdzenia (*poliomyelitis ant.*), w których uległa porażeniu pewna czynnościowa jednolita grupa mięśniowa (np. grupa mięśni, unerwiona przez nerw strzałkowy).

Kol. SAWICKI do przemówienia kol. FLATAUA dodał, iż powziął myśl przeprowadzenia doświadczeń na zwierzętach po przeczytaniu pracy SICK'a. Chirurg ten w przypadku zniszczenia na większej przestrzeni nerwu promieniowego,

przyszył z dobrym wynikiem obwodowy koniec tego nerwu do płacika, wyciętego z nerwu pośrodkowego (*n. medianus*). Z pomiędzy kilku stosowanych sposobów łączenia nerwów F. i S. użyli dwóch: 1) obwodowy koniec nerwu strzałkowego łączyli z płacikiem, wyciętym z nerwu piszczelowego, 2) nadcinali nieco pień nerwu piszczelowego i w ranę nerwu wszywali koniec obwodowy nerwu strzałkowego. W końcu S. wspomina o pracy z oddziału prof. TRZEBICKIEGO, opisującej trzy przypadki rozpatrywanej operacji na ludziach i o pracy doświadczalnej MANASSE, który koniec obwodowy nerwu twarzowego przyszywał do nerwu dodatkowego WILLIS'a.

W dyskusyi kol. KOPCZYŃSKI St. z okazji poruszenia kwestyi chirurgii nerwów obwodowych przypomina o referowanym przez niego przed dwoma laty w „Gazecie Lekarskiej” artykule amerykańskiego chirurga PETERSON'a o transplantacji nerwów, gdzie autor podaje własny i rozbiera obszerną kazuistykę innych przypadków, dotyczących tej sprawy. Okazało się, iż pomiędzy ośrodkowy a obwodowy koniec przeciętego lub zmiażdżonego nerwu wszywano kawałki od $\frac{1}{2}$ do 10 ctm. długości nerwów różnych zwierząt lub z amputowanych świeżo kończyn. Czas operacji wahał się pomiędzy kilku dniami a 5 laty od chwili uszkodzenia nerwu obwodowego. Wyniki były w bardzo znacznej większości przypadków pomyślne. Najpierw wracało czucie, później ruch w mniejszym lub większym zakresie.

Kol. ZIELŃSKI Edw. wątpi, ażeby proponowane przez prelegentów zabiegi operacyjne przyniosły korzyść w przypadkach *poliomyelitis anter.*, u dzieci; albowiem chodzi tu o zniszczenie pierwotne komórki, tego ośrodka odżywczego.

Kol. SZTEJNER nie podziela optymizmu prelegentów, przypominając opisane w literaturze niepomyślne wyniki łączenia nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym WILLIS'a.

Kol. WOLBERG przypomina, iż przed 20 laty sam zajmował się sprawą zrostania przeciętych nerwów, kiedy o niej mówiono wiele z powodu prac FALKENHEIM'a z Królewca, GLUCK'a z Berlina i LÉTEVANT'a.

Kol. KRAJEWSKI zwraca uwagę kolegów KOPCZYŃSKIEGO i WOLBERGA, że chodzi tu nie o zeszywanie nerwów i implantacje — sprawy znane oddawna chirurgom, lecz o rozdzielanie impulsu ruchowego na dwa odrębne nerwy. Doświadczenia prelegentów powinny zachęcić do prób w tym kierunku.

Kol. BREGMAN proponuje dokonywanie podobnych doświadczeń na nerwach, których komórki w rdzeniu leżą na różnych wysokościach, zdala od siebie, i radzi przyszywać *n. ischiadicus* do *n. cruralis*. B. sądzi, że w przypadkach *poliomyelitis anterioris* przeszczepianie ścięgien znajdzie lepsze zastosowanie, ponieważ 1) daje nam możliwość lepszego znacznie wyzyskania ocalałych mięśni, 2) zwykle kwesta interwencji chirurgicznej nie wcześniej poruszana bywa, aż wyrodnienie dotkniętych mięśni jest już tak daleko posunięte, że przeszczepienie nerwu skutku żadnego osiągnąć nie może.

W odpowiedzi kolegom KOPCZYŃSKIEMU i WOLBERGOWI prelegenci zaznaczają, iż bynajmniej nie sądzą, by doświadczenia ich były pierwszemi z dziedziny plastyki nerwów obwodowych. W odpowiedzi kol. E. ZIELŃSKIEMU zaznaczają, iż *poliomyelitis* nie zasadza się na pierwotnym zaniku komórek przednich rogów rdzenia, lecz na zapaleniu, które się umiejscawia głównie w szarej istocie rdzenia i niszczy też znajdujące się w niej komórki ruchowe. Prelegenci sądzą, że w ich doświadczeniach komórki nerwu piszczelowego działają po dokonaniem zeszytciu nerwów na nerw strzałkowy i unerwiane przez ten ostatni nerw mięśnie. To samo może mieć również zastosowanie i w *poliomyelitis*. W odpowiedzi kol. BREG-

MANOWI prelegenci zwracają uwagę na różnice, które kieruje się chirurg w wyborze operacji na ścięgnach lub nerwach. W przypadkach, w których np. *phlegmone* zniszczyła wielką liczbę ścięgien, może być mowa tylko o przeszczepianiu ścięgien, w innych zaś, kiedy mamy na widoku odświeżenie pewnej grupy mięśni, czynnościowo jednolitych, dokonać należy zeszczenia nerwów obwodowych.

Kol. SAWICKI odpowiada kol. SZTEJNEROWI, iż operację połączenia obwodowego końca porażonego nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym WILLIS'a wykonano na ludziach, o ile mu wiadomo dwa razy. FAURE miał wynik ujemny, lecz w jego przypadku operacji dokonano w rok po porażeniu. W przypadku DROBNIKA wyniku ostatecznego S. jeszcze nie zna. W każdym razie te dwa przypadki nie mogą stanowić przeciwwskazań do dalszych prób w tym kierunku.

3) Kol. BREGMAN odczytał rzecz p. t.: „Spastyczne zwężenie przełyku i padaczka odruchowa” (z demonstracją chorego). Praca ta ukaże się niebawem w całości w „Medycynie”.

St. Kopyński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Zdaniem LOEWENFELD'a, wiele objawów władu rdzenia może ulegać poprawie samoistnie. Porażenia zewnętrznych mięśni gałek ocznych często znikają bez wszelkiego leczenia. Odruchowa nieruchomość źrenic, jeden z najważniejszych i najpocząwszy objawów, może czasowo przemijać. Bóle przeszywające niekiedy ustają na miesiące, tak samo znieczulenia. Niezborność często zmniejsza się znacznie, a nawet ustaje; polepszeniu temu towarzyszy niekiedy pogorszenie się innych objawów. Odruch kolanowy może pojawić się na nowo. Niemożność wstrzymania moczu i kału ustaje. L. opisuje chorą od lat 10 cierpiącą na wład, u której bezwład do tego stopnia znikł, iż mogła wchodzić na górę do 1000 metrów wysokości. W drugim przypadku niezborność i osłabienie kończyn dolnych tak się zmniejszyły, że chory przepędzał 7—8 godzin dziennie na polowaniu. (Deutsche Praxis. 10—1900).

— BRAULT pierwszy zwrócił uwagę na to, iż usunięcie jednej brodawki po-

woduje zniknięcie wszystkich innych. Otóż HERVONET w 2 przypadkach stwierdził słuszność powyższego mniemania. H. sam miał na dłoni mnóstwo dużych brodawek, które przeszkadzały mu w pracy i nawet sprawiały mu ból. Postanowił tedy usunąć za pomocą kwasu saletrzanego największą i najstarszą, poczem zauważył, iż wszystkie pozostałe wkrótce znikły. W drugim przypadku młoda dziewczyna miała kilka brodawek na palcu; H. wypalił tymże kwasem jedną, a wtedy inne znikły szybko. (Gaz. med. de Nantes. 16. 6. 1900).

— HERMANN (Karlsbad) u 3 chorych spostrzegł powrót napadów kolki żółciowej po doszczętnem wycięciu pęcherzyka po ośmiu miesiącach, u drugiego po 3 latach odchodziły na nowo kamienie ze stolcami; u dwóch pozostałych nie widziano wprowadzić kamieni, ale były typowe napady. (Mitth. a. d. Grenz. d. Med. u. Chir. T. 6).

P.

Wiadomości bieżące.

— Przed kilkunastu dniami skończył 25 lat praktyki lekarskiej i działalności naukowej współwłaściciel i ceniony współpracownik naszego pisma kol. S. GOLDFLAM. Zasługi naukowe Szano-

wnego Jubilata są tak dobrze znane szerokiemu kołu sfer lekarskich, że obszerniej o nich rozводить się byłoby rzeczą zbyteczną. Przypominamy tylko, że Jego rzecz o „przymiocie rdzenia,

stanowi w piśmiennictwie lekarskim polskiem pierwszą o tym przedmiocie pracę źródłową, opartą na ścisłych badaniach klinicznych i drobnowidzowych, że szeregiem prac o „porażeniu napadowym rodzinnem” oraz o „myastenii” (choroba ERB - GOLDFAMA) GOLDFLAM chlubnie zaznaczył się w piśmiennictwie lekarskim. Zwłaszcza prace o myastenii szeroko rozgłosiły nazwisko GOLDFLAMA, nie ulega bowiem wątpliwości, że jego to zasługą jest wyodrębnienie i dokładne scharakteryzowanie tej postaci chorobowej. GOLDFLAM też wydobyl z zapomnienia opisane przez CHARCOT'a „chromanie przestankowe” (*Claudication intermittente*). Jako przewodnik młodzieży Jubilat cieszył się zasłużonym uznaniem licznych pokoleń studentów za czasów asystentury swej w klinice prof. LAMBDA, a od czasu założenia swojej polikliniki wykształcił szereg doskonałych lekarzy. Życzymy Mu z całego serca, aby drugie 25-lecie jego działalności było równie owocne, jak pierwsze.

— D-r S. FLOERSHEIM prosi o ogłoszenie następującego listu: „Pracując od pewnego czasu nad badaniami z zakresu opoterapii nadnercza, specjalnie zaś nad zastosowaniem substancji nadnercza w wadach serca, byłbym niezmiernie wdzięczny każdemu, ktoby mi ze-

chciał udzielić swoich spostrzeżeń w tym kierunku, a mianowicie: stan serca i tętna przed, zastosowaniem nadnerczyny; następnie działanie na tętno po upływie 10 minut od zażycia suchego proszku nadnerczyny w ilości 0,20 grm. spożytego bez popicia płynem”. Adres: D-r FLOERSHEIM 218 East 46-th St. New-York N. Y U. S. A.

— Medical Record z dnia 16 z. 1901 komunikuje następujące dane, co do ujawnienia jadowitego serum w Medyolanie. Osiem osób, dotkniętych dyfterytem i leczonych surowicą, zmarło przy objawach tężca. Władze w tej chwili zamknęły zakład w Medyolanie, zabroniły tymczasowo używania surowicy przeciw-dyfterytycznej we Włoszech i rozpoczęły śledstwo ścisłe przez radę zdrowotności w Medyolanie i w Rzymie. Zarząd pracowni surowicy w Medyolanie zażądał niezwłocznie zwrócenia wszelkiej surowicy rozestanej i zniszczył wszelkie zapasy, w przygotowaniu będące. Profesorowie nie mogą sobie zdać sprawy, czy surowica przeciwdyfterytyczna była zanieczyszczona przez mikroby tężca, czy też przez pomyłkę w owych 8 fatalnych przypadkach nie użyto wskutek pomyłki surowicy przeciw-tężcowej.

— **Zmarli.** W Warszawie, w dniu 26 lutego, zmarł najstarszy z lekarzy tutejszych d-r Julian WEJNBERG, po 80 latach życia. Zmarły cieszył się niegdyś szeroką popularnością, jako wzięty praktyk i autor licznych prac z dziedziny medycyny, przyrodoznawstwa i etnografii, drukowanych w „Pamiętniku Tow. lekarskiego”, „Tygodniku lekarskim” i w oddzielnych książkach. Główniejsze z nich są: „Choroba skrofaliczna, jej przyczyny, sposoby uniknięcia i leczenia”, „Cholera i jej leczenie”, „O grzybach i bedłkach jadalnych krajowych oraz o niesieniu pomocy otrutym grzybami jadowitymi”, „O składzie chemicznym i działaniu fizyologicznym herbaty”, „Polacy w rodzinie Słowian” i wiele innych.

— W Petersburgu zmarł b. profesor Akademii d-r W. A. MANNASSEIN, redaktor znanego pisma lekarskiego „Wracz”, gorliwy obrońca spraw stanu lekarskiego.