

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przyczynek do sprawy opatrywania pępownicy u noworodków, napisał Stefan Gaszyński. (Dokończenie). — **Wykłady kliniczne.** O krwawieniach z macicy, podał Józef Saks (Łódź) (Dokończenie). — **Krytyka i bibliografia.** Ryszard Stern. W sprawie patologii i leczenia tyfusu brzuszego. — **Streszczenia i wyciągi.** 96. Gruźlica skryta i utajona. 97. O uchyłkach odbytnicy. 98. O leczeniu fosforem. 99. Nowy sposób leczenia biegunki letnej ssawców. 100. Przyczynek do etyologii pęcherzycy noworodków. 101. Doświadczenia Grützner'a nad działaniem ławaty z soli kuchennej. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Gaszyński—Quelques mots sur le pansement du cordon ombilical chez le nouveau-né.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Gaszyński—Zur Frage über den Verband der Nabelschnur beim Neugeborenen.

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

Przyczynek do sprawy opatrywania pępownicy u noworodków.

Napisał **STEFAN GASZYŃSKI** ordynator kliniki położniczej.

(Dokończenie.—Zob. N. 34).

Zwrócić tu muszę uwagę na pewien silnie rozpowszechniony zwyczaj, mianowicie zwyczaj kąpania dzieci w pierwszych dniach po urodzeniu. Trudno doprawdy zrozumieć, jaki cel dopatrują w stosowaniu tych kąpielei. Mniejsza już o to, że mając do czynienia z tak włągą organizacją, narażamy ją nieustannie na wiele ewentualności, wynikających ze złego stosowania tej procedury. Wszak tolerując z katedry, że się tak wyrażę, zwyczaj kąpania noworodków, oddajemy w ręce ludzi, zupełnie nieobeznanych z elementarnymi zasadami hydroterapii, tak ważny czynnik, jakim są kąpiele.

To też zazwyczaj stosują kąpiele bez żadnego indywidualizowania dla dzieci wszelkiej kompleksyi, w każdym stanie zdrowia, częstokroć w zimnej izbie; dziecko po kąpiele nie jest odpowiednio opatrzone; częstokroć wydarzają się wykroczenia co do ciepłoty wody i t. d. Wiadomo powszechnie, że zarówno jak zbyt zimna woda szkodzi w pewnym kierunku, tak też zbyt wysoka ciepłota wody działa szkodliwie.

W literaturze znane są przypadki teżca noworodków, które przyjmowano za epidemiczne; tymczasem po bliższem zbadaniu sprawy okazało się, iż są wywoływane przez zbyt gorącą ciepłotę wody używanej do kąpielei ⁴⁾. Mo-

⁴⁾ BOHN. Jahrbuch f. Kinderheilk. 1876. X. p. 307.

żna zrobić zarzut, że jeżeli się zaleca pewien zabieg, to nie idzie za tem, aby go źle wykonywać. W tym przypadku ze względu na personel, wykonywający kąpiele, zarzut ten upaść musi. Ale pomijam tę sprawę. Powstaje przeciwko kąpaniu noworodków, bez specjalnych do tego wskazań, z innego punktu widzenia. Działanie kąpieli, jak powszechnie wiadomo, wywołuje podniesienie przemiany materii w organizmie. Otóż zapytuję, w jakim celu mamy się starać o podniesienie przemiany materii u noworodków? Przemiana tu jest bez kąpieli niezmiernie wysoka, czego dowodzą niezwykle duże u noworodków wahania w wadze. Po co więc podnosić jeszcze przemianę materii, narażając i bez tego słabą organizację na zmniejszenie odporności przeciwko różnym insultom chorobowym.

Aby stwierdzić faktami powyższe zapatrywanie, przedstawię spostrzeżenia moje, przeprowadzone nad 370 noworodkami. W tej liczbie 190 dzieci było kąpanych raz na dzień w wodzie o ciepłocie 28° — $28,5^{\circ}$ R.; 180 zaś, prócz pierwszej wanny, stosowanej dla umycia dziecka po urodzeniu, nie kąpano wcale do czasu odpadnięcia dolnego odcinka pępowiny i zupełnego zagojenia się pozostałej po odpadnięciu rany.

Okazało się, że w pierwszej seryi dzieci ogółem było zachorowań 15: w tej liczbie 11 przypadków *gastroenteritidis*, 2 przypadki *dyspepsiae*, 1 *tetanus neonatorum*, 1 *melaenae neonatorum*. W tej seryi 11 przypadków zakończyło się śmiercią. W drugiej seryi zachorowań było 7: 6 *gastroenteritidis*, 1 przypadek niezmiernie ciekawy z innych względów, mianowicie *angina diphtheritica*; dziecko to urodziło się z matki absolutnie zdrowej; dyagnoza potwierdzona była na stole sekcyjnym. W tej seryi było 5 przypadków śmierci. Dzieci pierwszej seryi urodzone były w listopadzie i grudniu; dzieci drugiej seryi w lutym i marcu. Jedne i drugie miesiące należą do zimowych; klimatyczne zatem czynniki nie grają roli.

Tym sposobem *ceteris paribus* przy stosowaniu kąpieli otrzymano 2 razy tyle zachorowań, aniżeli bez kąpieli. Fakt bardzo wymowny.

Więcej szczegółowe badania nad działaniem kąpieli na noworodków, na innym miejscu ogłoszę; tutaj o tyle tylko poruszyłem tę sprawę, o ile bezpośrednio odnosi się do traktowanego przez nas przedmiotu. Jak wyżej powiedziałem, winniśmy starać się o mumifikację pępowiny. Otóż kąpiele nadzwyczaj mumifikacji przeszkadzają; zaledwie po ostatniej kąpieli cokolwiek podeschnie pępowina, gdy znowu zaczynają ją macerować w następnej kąpieli. Kąpiele przytem robią się powszechnie z wody niegotowanej; zaledwie trochę przegotowanej wody dolewa się dla rozgrzania zimnej; jakąż więc mamy szansę, macerując pępowinę, nie zaszcześcić na niej kultur całej masy przeróżnych szkodliwych drobnoustrojów? Ze względów powyżej przytoczonych, przynajmniej do czasu zagojenia się rany, pozostałej po odpadnięciu pępowiny, kąpieli u noworodków stosować nie należy.

Na zasadzie analogicznych rozumowań co do mumifikacji, należy raz na zawsze zarzucić używanie wszelkiego rodzaju płynnych preparatów, jako to oliwy⁵⁾, gliceryny⁶⁾, wszelkich wodnych rozczyńnów soli, np. *kali hypermanganicum* i t. d.

⁵⁾ Metoda SCHRÖDER'a.

⁶⁾ Metoda LWOW'a.

Co się tyczy tego ostatniego środka, gorąco rekomendowanego przez „Akuszerkę“ MICKIEWICZ⁷⁾, to on już *a priori* nie wydawał mi się dobrym z następujących powodów. *Kali hypermanganicum* stosowane być może tylko w roztworze wodnym, którym nasycamy jakiś materiał opatrunkowy, np. watę hygroskopijną, płótno i t. d. Otóż, przy zetknięciu się *kali hypermanganicum* z materią organiczną następuje utlenienie się tej ostatniej z jednoczesnym strąceniem z roztworu manganianu potasu; następnie zaś pozostaje w zetknięciu z pępowiną obojętny związek manganu z potasem, *plus* wilgotny opatrunek, co jest właśnie przeciwwskazane. Te czysto teoretyczne rozumowania sprawdziłem w 4 przypadkach, z których w jednym otrzymałem gnicie pępowiny i zmuszony byłem przejść do użycia airolu; w trzech zaś pozostałych przypadkach, po 7-iu dniach pępowina pozostawała wilgotną, zmacerowaną, bez tendencji do odpadnięcia, tak, że znów porzuciłem ten środek, aby zastosować airol.

Stosować zatem należy tylko środki w stanie stałym i działające w dwóch kierunkach, mianowicie hygroskopijnym i przeciwgnilnym. Stosowano wogóle masę środków; dla lepszego zorientowania się pośród nich, postaram się rozbić je na pewne grupy. Do pierwszej zaliczam te, które działają jedynie w kierunku hygroskopijnym; tu wymienię węgiel drzewny i węgiel otrzymany ze spalonego płótna lub słomy, ten ostatni gorąco zaleca WEJNSZTEJN⁸⁾; w tym też kierunku działają: talk, mąka ryżowa i t. d. Do drugiej grupy zaliczam środki czysto przeciwgnilne, jak jodoform, kwas borny, kwas salicylowy i t. d. Do trzeciej grupy należą środki, działające w dwóch poprzednich kierunkach, mianowicie: bismut, tannina, alun, gips i pierwszy raz przezemnie w tym celu użyty airol.

Środki, należące do 1-szej grupy, jako pozbawione przeciwgnilnych właściwości, zgodnie z powyżej wyłuszczonejmi zapatrywaniami, używane być nie mogą. Środki 2-iej grupy nie tylko, że nie pomagają sprawie mumifikacji, ale przeciwnie powstrzymują takową; jodoform działa tu najenergiczniej w kierunku ujemnym. Ze środków 3-iej grupy, tannina nie daje się stosować ze względu, że wytwarza dokoła pępowiny twardą skorupę, która drażni sąsiednie tkanki. Stosowałem tanninę w 5 przypadkach i dla wymienionego powodu porzuciłem dalsze z nią doświadczenia. Bismut, stosowany przezemnie w 25 przypadkach, nie dał pożądanego rezultatu: zdarzyło się w 10 razach użycia ropienie dokoła podstawy pępowiny; mumifikacja była powolna; pępowina odpadała przecięciowo w 8 dni i 20 godzin po urodzeniu dziecka; w 6 razach nawet zmuszony byłem użyć innych przeciwgnilnych środków. Alun posiada 5,37% względnej hygroskopijności⁹⁾, jest on więc mało bardzo obsuszający; osobistego doświadczenia co do tego środka nie posiadam; podług WEJNSZTEJN'a pępowina odpada przy używaniu tego środka na 6,1 dzień. Gips, przy hygroskopijności 17,26%, podług spostrzeżenia WEJNSZTEJN'a, sprzyja odpadnięciu pępowiny na 5,86 dzień. Airol (*bismutoxyjodidgallat*), jako związek dermatolu, środka silnie wysuszającego, z jodem, który pod wpływem wilgotnej wypociny natychmiast wypada ze związku i *in statu nascendi* działa silnie w kierunku przeciwgnilnym, wydał mi się bardzo odpowiednim do zamierzonego celu. Szczegółowych spostrzeżeń przeprowadziłem 25. Stosowałem airol w ten sposób, że z dmuchawki posypy-

⁷⁾ „Akuszerka“, 1894 r. N. 24.

⁸⁾ „Niesmieniaemaja powlaska i higroskopijnost perewiazocznych sredstw w woprosle ob uhadie za pupowlnnym ostatkom“. D-r E. M. WEJNSZTEJN — „Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolezniej“, październik, 1895 r., tom IX.

⁹⁾ Stopień hygroskopijności środków wymienionych podaje podług badań WEJNSZTEJN'a (praca wyżej wymieniona).

wałem nim odcinek pępowiny wraz z pępkiem i następnie zawijałem odcinek pępowiny w watę hygroskopijną. Wata posiada względną hygroskopijność 61,92%; jest więc znakomicie pomocną w sprawie mumifikacji. Grubość pępowiny, mająca znaczny wpływ na czas trwania procesu mumifikacji, była rozmaita w spostrzeganych przypadkach; dzieci wybierałem donoszone, dobrze rozwinięte, ze zdrowych matek; opatrunek co dzień był zmieniany. Wogóle nie widzę potrzeby stosowania do celów mumifikacji, zalecanego w ostatnich czasach przez niektórych autorów t. zw. opatrunku stałego, t. j. pozostawionego bez zmiany aż do czasu oddadnięcia pępowiny. Opatrunek stały stosują zwolennicy aseptycznego traktowania rzeczy. Zachodzi tu jednak proste nieporozumienie.

O bezgnilnem postępowaniu, jak powiedziałem wyżej, nie może być mowy. Nie zmieniając tedy przez kilka dni opatrunku, sami przeszkadzamy szybszej mumifikacji; pod opatrunkiem stopień wilgoci, ogólnie biorąc, jest zawsze o wiele większy, aniżeli stopień wilgoci w pokoju, w którym dziecko się znajduje; wpływają na to wzywy skóry, częste urynowanie dziecka, przyczem nieraz opatrunek musi być zmoczony i t. d.

Nie wiem więc, dlaczego dostęp, czy chwilowy przewiew powietrza, miałby szkodzić w danym przypadku? Wszak t. zw. *Luftinfection* wcale nas dziś nie przestrasza.

Z liczby 25 przypadków, spostrzeganych przezemnie, wszystkie miały przebieg zupełnie zadawalający; mumifikacja następowała bardzo szybko; po upływie $1\frac{1}{2}$ —2 dni pępowina na dotyk przedstawiała się zupełnie suchą; w czterech przypadkach opadła trzeciego dnia; w jednym przypadku, przy bardzo grubym sznurku pępkowym, pępowina opadła 8 dnia; tak, że, biorąc przeciętnie, odpadnięcie miało miejsce na 5,78 dzień po urodzeniu. Odczyn zapalny w miejscu przechodzenia odcinka pępkowego w pępek nadzwyczaj był słaby; w 16 przypadkach zupełnie go nie widziałem, w pozostałych zaś przedstawiał się w postaci linii, słabo zaczerwienionej.

Ogólny stan zdrowia dzieci nie pozostawiał nic do życzenia.

Na zasadzie powyżej przytoczonego nie mogę uważać airolu za środek idealny przy opatrywaniu pępowiny; 5,78 dni, potrzebnych do zupełnego odpadnięcia pępowiny, nie jest tak krótkim okresem czasu; jednakże ze środków dotychczas stosowanych uważam go za najlepszy: najsilniej działający pod względem antyseptycznym przy jednoczesnem działaniu wysuszającym.

Oprócz 25 przypadków, w których osobiście doglądałem opatrywania pępowiny przy stosowaniu airolu, dotychczas w klinice położniczej użyty był airol przeszło 100 razy, zawsze z równie pomyślnym wynikiem.

Jak dalece ważną jest sprawa racjonalnego opatrywania pępowiny, może posłużyć fakt, świeżo ogłoszony przez G. A. TOURNER'a¹⁰⁾. Autor mianowicie przytacza, że na wyspach Hebrydskich od 200 lat panowała epidemia tężca noworodków, tak silna, że 67,2% dzieci skutkiem niej umierało w pierwszych 14 dniach życia. Nadzwyczajna płodność kobiet hebrydskich zapobiegła zupełnemu wygaśnięciu miejscowych mieszkańców.

Po zastosowaniu antyseptycznych środków do opatrywania pępowiny udało się zupełnie epidemię opanować, do tego stopnia, że od 2 lat nie zdarzają się nawet sporadyczne przypadki tej ciężkiej sprawy chorobowej.

¹⁰⁾ Glasgow Med. Journ. 1895. Marzec. G. A. TOURNER. Die Pest von St. Kilda (Tetanus neonatorum).

WYKŁADY KLINICZNE.

O krwawieniach z macicy

podał JÓZEF SAKS (Łódź).

(Dok.—Zob. N. 34).

Rozpatrywaliśmy dotąd krwawienia z macicy podczas pierwszych 4 miesięcy ciąży. W miarę formowania się łożyska, przebieg porodu niewczesnego lub przedwczesnego bywa mniej lub więcej podobny do porodu prawidłowego, krwawienia zaś w drugim okresie ciąży zależą od uszkodzeń macicy lub przedwczesnego odklejania się łożyska, prawidłowo lub też nieprawidłowo (*plac. praevia*) w macicy usadowionego. Przedwczesne odklejenie się łożyska prawidłowo usadowionego może nastąpić wskutek rozmaitych przyczyn, jak: upadnięcia, uderzenia, dźwignia ciężarów, mocnego wzruszenia, choroby BASEDOW'a, *hydramnios*; najczęstszą jednakże przyczyną bywają stany chorobowe błony śluzowej macicy, zależne od przymiotu lub zapalenia nerek. Występują w tych razach często groźne krwotoki wewnętrzne i zewnętrzne; w pierwszym razie krew zbiera się między ścianą macicy a odklejoną częścią łożyska i błon płodowych; częściej jednakże krwotok od razu ma charakter krwotoku zewnętrznego, ponieważ krew toruje sobie drogę między błonami płodowymi a ścianą macicy nazewnątrż.

Objawy krwotoku wewnętrznego, który przybrał znaczne rozmiary, są bardzo podobne do objawów przy pęknięciu macicy: nagły silny ból w brzuchu, powiększenie się raptowne macicy (przy pęknięciu macicy tego objawu niema) i znaczna niedokrwistość, a rozpoznanie zostaje ułatwione, jeżeli jednocześnie z krwotokiem wewnętrznym ma miejsce i zewnętrzny. Rokowanie przy krwotokach wewnętrznych jest niepomyślne i dla matki i dla płodu. Z 106 przypadków, zebranych w literaturze przez GOODELL'a, umarło 100 dzieci, matek zaś 54.

Zadanie lecznicze w tych razach polega na szybkim usunięciu z macicy płodu, w celu wywołania należytego jej skurczu. Jeżeli główka znajduje się już w próżni miednicy i ujście maciczne jest dostatecznie rozwarte, zakładamy kleszcze; jeżeli główka umieszczona wysoko, wykonywamy obrót i sztuczne wydobycie płodu; przy ujściu macicznym niedostatecznie otwartem wielu poważnych akuszerów (VEIT, WINKEL) radzi przy krwotoku wewnętrznym *accouchement forcé*.

Przyczyną groźnych krwotoków w drugiej połowie ciąży bywa łożysko przodujące (*plac. praevia*). Przez pierwsze miesiące ciąży łożysko przodujące jest dla ciężarnej zjawiskiem o tyle nieobojętne, że ciąża bywa często przedwcześnie przerwana; niebezpieczeństwo jednak krwotoku zaczyna zagrażać matce dopiero w drugiej połowie ciąży, a to z powodu poczynającego się rozszerzenia dolnego odcinka macicy; wówczas łożysko nie może w tym samym stopniu się rozszerzać, zaczyna się więc odklejać; następuje krwawienie, które z początku często samo przez się ustać może wskutek zatkania naczyń przez skrzepy krwi. Po pewnym czasie nowa serya naczyń ulega napięciu, rozdziera się i znów następuje krwawienie. Owe krwawienia, zjawiające się bez widocznego powodu

w rozmaitych odstępach czasu w drugiej połowie ciąży, powinny zawsze wzbudzać myśl o łożysku przodującym.

Krwawienia z macicy podczas porodu zależą od następujących przyczyn: 1) raka części pochwowej macicy; 2) rozdarcia naczyń przy *insertio velamentosa* pępowiny; 3) pęknięcia macicy; 4) przedwczesnego odklejania się łożyska prawidłowo usadowionego lub też przodującego.

Rak części pochwowej macicy może być przyczyną uporczywych i dość obfitych krwawień z macicy podczas ciąży, a leczenie omawianego cierpienia zależy: 1) od czasu trwania ciąży i 2) od stopnia rozwoju nowotworu. Podczas pierwszych 4 miesięcy ciąży, postępowanie lecznicze polega na dokonaniu całkowitego usunięcia macicy przez pochwę, w drugiej zaś połowie należy się kierować następującą zasadą: jeżeli doszczętne usunięcie nowotworu jest możliwe, należy to uczynić, ponieważ życie matki jest cenniejsze od życia płodu; jeżeli zaś mamy przypadek nienadający się do operacji doszczętnej (*carcinoma inoperabile*), stosujemy leczenie objawowe w celu otrzymania zdolnego do życia płodu.

W pierwszym razie, jeżeli rozmiary macicy nie pozwalają już na usunięcie jej przez pochwę, można postąpić dwojako: albo, wywołując *lege artis* poronienie lub poród przedwczesny, usuwa się następnie macicę przez pochwę, albo też nieopóźnioną macicę usuwa się przez cięcie brzuszne według metody FREUND'a. Pierwszy sposób jest łatwiejszy i bezpieczniejszy, posiada jednakże tę ujemną stronę, iż wywołanie porodu przedwczesnego może wymagać niekiedy dość długiego stosunkowo czasu (skurcze macicy bywają przy raku bardzo słabe), rak zaś przez ten czas może robić znaczne postępy; operacja zaś FREUND'a może być dokonaną każdej chwili, jest jednak niebezpieczniejsza.

W przypadku t. zw. *insertio velamentosa* pępowiny krwawienie groźne dla płodu wówczas mieć może miejsce, jeżeli naczynia pępowiny przebiegają we wstawiającej się części pęcherza płodowego, którego pęknięcie może wywołać rozdarcie tych naczyń. Anomalię tę rozpoznać można, jeżeli przy stojących wodach wyczuwamy w przodującej części pęcherza płodowego tętno zgaszające się z tonami sercowymi płodu. Gdyby w takim przypadku miało miejsce krwawienie, wskazane jest najszybsze ukończenie porodu.

Ważną i niebezpieczną przyczyną krwawień z macicy podczas porodu stanowi pęknięcie macicy (*ruptura uteri*). Powstać ono może dobrowolnie (*ruptura spontanea*) lub też w zależności od rękoczynów przez lekarza lub akuszerkę dokonywanych i zwie się pęknięciem gwałtownym (*ruptura violenta*).

Leczenie pęknięcia macicy, a zatem i połączonego z niem krwotoku wewnętrznego, bywa odmienne w rozmaitych przypadkach. Odsyłając ciekawego czytelnika do rocznika „Medycyny“ z roku zeszłego, gdzie sprawa nas tu obchodząca szczegółowo rozpatrywana była, dodam, że jeżeli nieznaczna część płodu wyszła do jamy brzusznej, to staramy się wydobyć płód i łożysko przez pochwę, poczem macica najczęściej kurczy się dostatecznie i krwawienie wewnętrzne ustaje; dość jest wówczas nałóżyc na brzuch opaskę uciskającą i pozostawić chorą w spokoju; gdyby krwawienie nie ustawało, należy dokonać tamponowania jamy macicy zapomocą gazy jodoformowej według metody DUEHRSSEN'a. Jeżeli większa część płodu wyszła do jamy brzusznej, nie należy próbować wydobycia płodu drogą pochwową ze względu na bardzo łatwe powiększenie uszkodzenia macicy, lecz dokonać otwarcia jamy brzusznej (laparotomii), usunąć płód i łożysko, gdyby i ono znajdowało się w jamie brzusznej, a następnie próbować za-

szyć macicę; gdyby zaś ostatnie okazało się niemożliwym lub niewłaściwym, należy wykonać operację PORRO, lub całkowite wyluszczenie macicy.

Wyżej już mówiliśmy, że łożysko częściowo (*plac. praevia lateralis*) lub też całkowicie przodujące (*plac. praevia centralis*) bywa przyczyną krwawień niegroźnych zwykle podczas ciąży, natomiast podczas porodu przyjmujących charakter, ze względu na rozmiary, niebezpieczny dla życia matki i płodu, a powstaje ono wskutek niestosunku pomiędzy roztwierającą się macicą, a przodującym łożyskiem.

Z rozpoczęciem się bólów porodowych przy łożysku przodującym bocznym ściany ujścia macicznego wewnętrznego zaczynają się oddalać jedna od drugiej łożysko zaś, przymocowane do błon płodowych, nie może się posuwać wślad za ścianą macicy, zaczyna się więc odklejać i następuje krwotok, który wstrzymać się może sam przez się po pęknięciu pęcherza dobrowolnym lub sztucznie dokonaniem.

W przypadku łożyska środkowego sprawa jest więcej skomplikowana, ponieważ łożysko jest umocowane u obu brzegów ujścia wewnętrznego; nawet po pęknięciu pęcherza płodowego bywa ciągnięte w jedną i drugą stronę i odkleja się wskutek tego na bardzo znacznej przestrzeni.

Leczenie krwotoku porodowego, zależnego od łożyska przodującego, jest dość skomplikowane, a zasady postępowania wogóle dadzą się sformułować w następujący sposób: „Przebij pęcherz płodowy, sprowadź ku dołowi jedną nóżkę, lecz czekaj z wydobyciem płodu⁴⁵⁾“. Wyżej już nadmieniliśmy, że sztuczne otwarcie pęcherza płodowego jest rękoczynem często tamującym krwawienie, sprowadzona zaś ku dołowi nóżka działa w postaci tamponu uciskającego krwawiące naczynia. Krwawienie zwykle potem ustaje; gdyby zaś dalej trwało, to pociągamy nóżkę niżej. O zupełnym wydobyciu płodu przy nieznacznie rozwartem ujściu macicznym mowy być nie może bez narażenia rodzącej na pęknięcie szyi macicznej. Jeżeli krwotok jest groźny przy nieznacznie rozwartem ujściu macicznym, niedozwalającym na wprowadzenie ręki do jamy macicy, i sprowadzenie ku dołowi nóżki jest niemożliwe, należy szczelnie wytamponować pochwę gazą jodoformową lub założyć balon BRAUN'a; zabiegi te działają hemostatycznie i jednocześnie pobudzają macicę do skurczów, a więc rozszerzania się przewodu szyi macicznej. Zwykle przy dobrych bólach już po 6 godzinach ujście maciczne jest dostatecznie rozwarłe.

Taki sposób postępowania daje stosunkowo dobre wyniki: dawniej śmiertelność matek dochodziła do 30%, teraz zaś do 6%; śmiertelność dzieci pozostała zawsze bardzo znaczną, gdyż wynosi 60%. Można by zmniejszyć procent śmiertelności dzieci, przystępując zaraz po obrocie do wydobycia płodu, rękoczyn ten jednakże wobec nieznacznie rozwartego ujścia macicznego znacznie pogarsza rokowanie co do matek.

Po urodzeniu się dziecka źródło krwotoku może być dwojakie: 1) uszkodzenie narządów płciowych i 2) niedostateczny skurcz macicy. Przy rozpoznawaniu przyczyn krwotoku, co ze względu na leczenie jest rzeczą bardzo ważną, należy się kierować następująco: jeżeli macica wyczuwa się w postaci twardej kuli, to krwotok pochodzi zawsze z uszkodzenia części przewodu płciowego; uszkodzenia mają zwykle miejsce w szyi macicznej (najniebezpieczniejsze), w pochwie lub też w okolicy lechtaczki. Jeżeli krwawienie zależy od pęknięcia szyi macicznej, to

⁴⁵⁾ SCHROEDER, L. c. str. 305.

najwłaściwszym i najpewniejszym zabiegiem leczniczym jest szew na miejscu uszkodzenia. Umieszczamy chorą na łożku poprzecznym, asystent uciska przez brzuch macicę ku dołowi, chwytamy zapomocą kulociągów obie wargi macicy i pociągamy je ku dołowi; zwykle można przyciągnąć macicę aż ku szparze sromnej; szyja maciczna jest wtedy zupełnie dostępną, uszkodzenie widoczne, tak, że założenie szwu trudności prawie żadnej nie przedstawia. Toż samo odnosi się do uszkodzenia w pochwie lub części płciowych zewnętrznych. Ostatnimi czasy przy krwotokach, zależnych od uszkodzenia części miękkich przewodu płciowego, stosują tamponowanie zapomocą gazy jodoformowej z bardzo dodatnim rezultatem: zabieg ten nie daje jednakże tak pewnych wyników, jak szew. W literaturze zanotowano wiele przypadków bezskutecznego stosowania tamponowania, a to z powodu przesiąkania tamponów; niekiedy nawet szczelne wytamponowanie powiększało samo uszkodzenie.

Niedawno opisał CHROBAK⁴⁶⁾ dwa przypadki bezskutecznego stosowania tamponowania przy uszkodzeniach szyi macicznej; w obu przypadkach chore zmarły wskutek krwotoku. W jednym przypadku tampon w tak znacznym stopniu powiększył uszkodzenie, że nawet zeszybie okazało się niemożliwym; musiał więc autor dokonać usunięcia macicy, lecz chora, jak wyżej nadmieniliśmy, zmarła wskutek bezkrwistości.

Jeżeli przy badaniu wyczuwamy macicę w postaci miękiej masy, to należy przypuścić krwawienie z miejsca przyczepu łożyska wskutek braku skurczów macicy—niedowładu mięśnia macicy (*atonia uteri*). Może się też zdarzyć, że krwotok zależy od uszkodzenia jakiejś części przewodu płciowego i zarazem od niedowładu macicy, o czym łatwo przekonać się można,—a mianowicie: jeżeli zapomocą pocierań macicy uda się nam wywołać skurcz jej (wyczuwać przez czas dłuższy w postaci twardej kuli), krwawienie zaś, jakkolwiek mniej znaczne, nie ustaje zupełnie, dowodzi to, że krwotok zależy nietylko od atonii macicy, lecz i od uszkodzenia części przewodu płciowego.

Niedowład mięśnia macicy, będący powodem groźnych krwotoków macicznych, zdarza się: *a*) po porodzie ulicznym, *b*) po porodzie długotrwałym, *c*) jeżeli macica nadmiernie była rozszerzona przez znaczną ilość wód płodowych lub bliźnięta, *d*) u kobiet gorączkujących lub źle odżywianych, *e*) jeżeli mięsień macicy słabo jest rozwinięty, *f*) przy przepełnieniu pęcherza moczowego, *g*) długa narkoza również wpływa ujemnie na skurcze macicy w trzecim okresie porodowym.

Oprócz wyżej wspomnianych przyczyn odgrywają niepoślednią rolę w powstawaniu krwotoków atonicznych zboczenia w wydalaniu się łożyska. Że włókniaki maciczne bywają też powodem atonii macicy w 3-im okresie porodowym, nie ulega wątpliwości, choć HOFMEYER⁴⁷⁾, na zasadzie licznych spostrzeżeń, dochodzi do wniosku, że włókniaki maciczne stosunkowo rzadko wywołują krwotoki poporodowe. Pogląd ten nie doznał jednakże przychylnego przyjęcia i w krótkim czasie po pracy HOFMEYER'a ukazał się artykuł KLEINWAECHTER'a⁴⁸⁾, w którym autor wnioski HOFMEYER'a obala.

Główne zadanie przy leczeniu krwotoków atonicznych polega na wywołaniu należytego skurczu macicy; staramy się więc przedewszystkiem, uci-

46) Centralblatt für Gynäkol. N. 21, 1895, str. 576.

47) HOFMEYER. „Ueber den Einfluss der Fibromyome des Uterus auf die Conception, Schwangerschaft und Geburt“. Zeitschrift für Geb. und Gyn. B. 30 r. 1894.

48) „Uterusmyom und Lestation“. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Bd. 32, Heft 2, str. 226, 1895 r.

skając przez ścianę brzucha, uwolnić macicę od skrzepów, a jeżeli przy tym zabiegu uda się wytłoczyć i łożysko, to tem lepiej; następnie czas jakiś pocieramy jeszcze dno macicy, czem podtrzymujemy skurcz macicy, a więc i ustanie krwotoku, podając jednocześnie odpowiednią dawkę sporyszu.

Gdyby zapomocą pocierania macicy nie udało nam się wytłoczyć łożyska, to uciec się należy do sposobu CREDÉ'go, opróżniając w pierw pęcherz moczowy; gdyby zaś i zabieg CREDÉ'go, wykonany podług wszelkich prawideł, nie usuwał łożyska, a krwotok się przedłużał, to należy bezzwłocznie odszukać powód zatrzymania się łożyska, co zależeć może albo od zwężenia dolnego odcinka macicy lub też od nieprawidłowego zrosnięcia łożyska ze ścianami macicy. Zwężenie (wskutek skurczu) dolnego odcinka macicy, nie przepuszczające łożyska, niekiedy już całkowicie odklejonego, zależeć może od a) nieprawidłowego, zbyt wczesnego lub energicznego zastosowania zabiegu CREDÉ'go, b) nieudatnych prób ręcznego wydobycia łożyska, c) podawania sporyszu przed wydalaniem się łożyska, d) energicznego pociągania za pępowinę w celu usunięcia łożyska. Badanie wewnętrzne w tych razach wykazuje obrączkowe zaciśnięcie najczęściej w okolicy ujścia macicznego wewnętrznego, przepuszczające jeden lub najwyżej dwa palce. Łożysko może się znajdować w zupełności na miejscu zwężonym (uwięznięcie łożyska zupełne—*incarceratio placentae totalis*) lub też część łożyska znajduje się nad, część zaś niżej obrączki zaciskającej; mamy wówczas uwięznięcie łożyska niezupełne (*incar. plac. incompleta*). W przypadkach zatrzymania się łożyska z powodu skurczu dolnego odcinka macicy, unikać należy wszelkich podrażnień macicy, irygacyi gorących lub zimnych, podawania sporyszu, gwałtownych prób rozszerzenia miejsca zwężonego; zastrzyknięcie podskórne morfiny lub lekka narkoza usuwają w krótkim czasie przeszkodę w wydalaniu łożyska i skrzepów krwi. Gdyby badanie wewnętrzne nie wykryło skurczu dolnego odcinka macicy, krwotok zaś dalej miał miejsce, to przyczyna zatrzymania się zależeć tylko może od zrosnięcia łożyska ze ścianami macicy, a leczenie w takich razach polega na ręcznym odklejeniu i wydobyciu łożyska.

Ponieważ jednak zabieg ten nie jest obojętny dla chorej, nie należy więc z nim śpieszyć. Niekiedy łożysko ostatecznie samo odchodzi lub też udaje się to osiągnąć przy dłuższem stosowaniu zabiegu CREDÉ'go. Operacji wydobycia łożyska dokonywamy na łóżku poprzecznem, po należytem zdezynfekowaniu rąk własnych i części płciowych rodzącej; narkoza ułatwia operację; często jednakże wskutek braku czasu lub znacznej bezkrwistości chorej—narkozy unikamy.

Sam rękoczyn wydobycia uważam za bardzo ważny, wymaga bowiem wielkiej ostrożności, zręczności i zimnej krwi ze strony operującego. Po wydobyciu łożyska przemywamy jamę macicy 2% roztworem ciepłym kwasu karbolowego i podajemy sporysz, poczem zwykle macica kurczy się należycie i krwawienie ustaje; gdyby zaś krwawienie dalej miało miejsce, postępujemy wtedy według poniżej podanego sposobu.

Krwotoki w okresie poporodowym mają bardzo doniosłe znaczenie praktyczne i w pierwszych dniach połogu zależą najczęściej od niedowładu macicy lub obrażeń części miękkich przewodu płciowego, o czem wyżej mówione było.

Krwotoki atoniczne w pierwszych dniach okresu poporodowego nie bywają zjawiskiem częstym, choć mogą być groźne dla życia matki przy braku umiejętnej pomocy lekarskiej. Według statystyki CHURCHILL'a ⁴⁹⁾ na 170,221 porodów miały

⁴⁹⁾ „Sem. Medicae“, N. 40. 1892.

miejsce krwotoki poporodowe atoniczne w 1370 przypadkach (0,8%), umarło zaś z nich 228 kobiet (16,65%). W Dublińskim Rotundo-szpitalu na 40,175 porodów miało miejsce 206 krwotoków atonicznych poporodowych, zmarło zaś 16 kobiet (8%).

Postępowanie nasze lekarskie bywa w poszczególnych przypadkach odmienne. Najprostszy zabieg leczniczy polega na pocieraniu kolistem macicy przez ściany brzuszne, przez co wywołujemy skurcz macicy, przyczem od czasu do czasu ugniatamy dno ku dołowi, aby wycisnąć znajdujące się w jamie macicy skrzepy krwi. Przy takim wytłaczaniu krwawienie zdaje się na pierwszy rzut oka obfitszym, co jednak nie powinno nas niepokoić, ponieważ wytłaczamy tylko znajdującą się już w jamie macicy krew, przeszkadzającą stałemu skurczowi; ugniatanie macicy ku dołowi nie powinno być zbyt często stosowane (najwyżej 3—4 razy), gdyż przeszkadza formowaniu się zakrzepów łożyskowych. Jednocześnie podaje chorej sporysz w postaci proszków 1,0 — 2 *pro dosi* lub dokonywam podskórne go zastrzyknięcia ergotyny. Gdyby pocieranie macicy, połączone z wygniataniem jej zawartości, nie wywierało pożądanego skutku, stosuję zimne lub gorące szprywowania pochwe. Właściwszą jest w tych razach woda gorąca, 40° R. mająca, ponieważ dodaje ona, jak słusznie zauważył RUNGE, ciepłika chorym, tak dla nich w tych przypadkach często pożądanego. Irygator trzymać należy dość wysoko, około jednego metra, aby siła padającego strumienia była dość znaczną, zdolną wywołać, drażnić, lepszy skurcz macicy.

Gdyby wskazane zabiegi nie tamowały krwotoku, będzie to dowodem, że stałemu skurczowi macicy przeszkadza obce jakieś ciało, w macicy się znajdujące skrzep krwi, pozostała część łożyska lub błony płodowe, łożysko dodatkowe (*plac. succenturiata*) i t. d.; w takim razie przystępuję do zbadania jamy macicy, aby jednocześnie usunąć z niej obcą zawartość. Rękoczyn to konieczny, a zaniedbanie może kosztować życie kobiety.

Starać się trzeba usunąć za jednym razem całą zawartość, aby nie wprowadzać kilkakrotnie do macicy ręki, aby o ile można zmniejszyć możliwość zakażenia chorej. Jeżeli, śledząc wewnątrz, nie znajduję żadnego ciała obcego, a krwotok dalej się przeciąga, przystępuję hezwłocznie do szczelnego tamponowania jamy macicy zapomocą sposobu DUEHRSEN'a, chyba że niema pod ręką odpowiedniego materiału opatrunkowego; w ostatnim razie wprowadzam jedną rękę do jamy macicy, zzewnątrz zaś przyciskam ścianę macicy ku ręce wewnątrz się znajdującej, przez co osiągamy silny skurcz macicy.

Tamponowanie macicy zapomocą sposobu DUEHRSEN'a uważam za najlepszy środek wstrzymania krwotoku, a sam rękoczyn wykonywam w sposób następujący: chorą umieścić należy na łóżku poprzecznem, z nieznacznie podniesionym tułowiem, w celu uniknięcia embolii powietrznej (DUEHRSEN)⁵⁰⁾. Zapomocą kulociągów chwytamy obie wargi maciczne i ciągniemy ku dołowi, a następnie zapomocą zwykłych kleszczyków wsuwamy do macicy gazę i wypełniamy nią szczelnie całą jamę macicy i pochwę. Jako materiał do tamponowania używamy 5% gazę jodoformową (dawniej używano 20%, sprowadzało to jednak zatrucia jodoformem), lub, co jest bezpieczniejsze, gazę wyjałowioną, długości pięciu metrów, szerokości zaś dłoni, przechowywaną w blaszance specjalnej, z której wprost wprowadzamy gazę do macicy. Czas pozostawiania tamponu nie jest ściśle określony.

⁵⁰⁾ „Berliner Klinik“, październik, 1894 r.

DUEHRSEN doradza 6 godzin, są zaś i tacy, którzy pozostawiali tampon bez szkody dla chorej 48 godzin; większość usuwa go jednakże po 12—24 godzinach.

Ten sposób leczenia krwotoków atonicznych daje stosunkowo najpewniejsze wyniki, zauważyć jednakże należy, że niesłusznem byłoby stosowanie tej metody przy każdym krwawieniu atonicznem poporodowem, które można często zatamować zapomocą wyżej omawianych, a mniej skomplikowanych zabiegów. TRUZZI⁵¹⁾ zaleca tamponowanie macicy zapobiegawcze, zapominając, że nie jest to zabieg zupełnie obojętny dla kobiety, czego dowodzą odnośne przypadki, zanotowane w literaturze z ostatnich lat, a mianowicie zakażenie ogólne (OLSHAUSEN, SECHYRON), zatrucie jodoformowe, przypadki embolii powietrznej i t. p. Gdybyśmy zauważyli po tamponowaniu, że macica się powiększa, to należy założyć na brzuch opaskę uciskającą, mającą za zadanie przycisnąć macicę do tamponu w niej się znajdującego. J. LEUSSER⁵²⁾ zebrał 218 przypadków szczęśliwego tamponowania macicy; chociaż więcej jeszcze interesującą jest praca KISIELEW'a⁵³⁾, w której autor zebrał z literatury 468 przypadków tamponowania macicy przy krwotokach poporodowych, z tych 10 zakończonych śmiercią.

O jednej jeszcze przyczynie krwotoku w trzecim okresie poporodowym należy tu wspomnieć, mianowicie o wycisnieniu macicy. Krwotok w tych razach bywa bardzo duży, a postępowanie lecznicze skierowane być winno przeciw *causa efficiens*, t. j. wycisnieniu.

Oprócz krwotoków, zagrażających bezpośrednio życiu kobiety, zdarzają się w okresie poporodowym krwawienia nieznaczne, które, powtarzając się uporczywie, wyniszczają chorą; zależą one najczęściej od niedostatecznego zwijania się macicy (*involutio uteri incompleta*). Pomiędzy momentami etyologicznymi niezupełnego zwijania się macicy pierwsze miejsce zajmują bardzo często się powtarzające porody, następnie zbyt wczesne wstawanie w położu, uporczywe zaparcie stolca, zmiany w położeniu macicy, stan chorobliwy narządów płciowych w okresie poporodowym (*endometritis, metritis, parametritis puerperales*) i t. p., a bezpośrednio następstwem tego są zbyt obfite i przeciągające się odchody połogowe krwawe. Badanie wykazuje w tych razach macicę dużą, mięką, część pochwową również mięką, jak podczas ciąży. Cały przewód szyi często jest rozarty i swobodnie przepuszcza palec. Dobre rozpoznanie w tych razach jest bardzo ważne, ponieważ cierpienie to wywołać może chorobę przewlekłą (*metritis chronica*), trudną następnie do usunięcia, a czyniącą z kobiety istotę niezdolną do pracy. Co się dotyczy leczenia, to w każdym podręczniku dział ten odpowiednio opracowany znaleźć można.

⁵¹⁾ „Die prophylaktische Gaze-Uterustamponade bei rechtzeitigem Geburten“. E. Truzzi. Monatschrift für Geb. und Gyn. 1895 Band II. Heft 2 und 3.

⁵²⁾ Wracz N. 13, r. 1895, str. 366 i 367 (refer.).

⁵³⁾ N. S. KISIELEW. „Tamponacya matki pri pošlerodowych krowoteczenlach“, Wracz. N. 15, 1893 r.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Ryszard Stern.

W sprawie patologii i leczenia tyfusu brzuszego.

(Volkmann's Samml. N. 5. 1896 r.).

Praca niniejsza jest zestawieniem szeregu poszukiwań dokonanych w klinice wrocławskiej. Kolejno omawia autor: stosunek lasecznika tyfusu do soku żołądkowego, poszukiwania bakteryologiczne we krwi przy tyfusie brzuszonym, działanie krwi ludzkiej na lasecznika tyfusu i doświadczalne zakażenie tyfusem, wpływ ciepłoty gorączkowej na szybkość wzrostu i jadowitość lasecznika tyfusu, wreszcie sprawę t. zw. odkażenia kiszek przy tyfusie brzuszonym.

I.

Naturalną obroną przeciw napaści laseczników jest, jak wiadomo, sok żołądkowy. Szczególną własność odkażania zawdzięcza on zawartosci kwasu solnego. Gdy rzeczą jest znana, że laseczniki tyfusu giną w wodnych roztworach 0,1—0,3% kwasu solnego, to jednak nie należy tych wyników stosować wprost do soku żołądkowego, zawierającego choćby tenże procent kwasu solnego, co powyższe roztwory wodne. Inne badania wykazały, że wobec białek, peptonu, różnych soli i t. d. kwas solny nie wywiera tego samego wpływu chemicznego, co w roztworach czystych, bowiem z ciałami białkowymi wstępuje on w związki kwaśne i traci wskutek tego część swych chemicznych własności; np. roztwory wodne, dające znane odczyny z barwnikami, tracą tę własność, jak tylko kwas solny zostanie „związany“ z białkami. Przy trawieniu pepsynowem działa on wtedy tak samo słabiej; przypuszczać zatem należy, że i działanie odkażające jest wówczas również mniejsze. To też już zwyczajne spostrzeżenie poucza nas, że wobec braku wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, rozwijają się tu różne bakterye, powstają fermentacye i różne rozkłady, chociaż rozbiór chemiczny dowodzi, że przynajmniej w części tych przypadków istnieje taka ilość kwasu solnego, która mogłaby łatwo zniszczyć wszystkie bakterye, tylko że kwas solny występuje tu w postaci związanej.

COHN wykazał, że kwas solny, związany z peptonami, usuwa fermentację mleczną znacznie trudniej, niż wolny. HAMBURGER dokonał na zlecenie autora badań nad wpływem kwasu solnego, związanego z białkami, na bakterye chorobotwórcze, a specjalnie na lasecznika tyfusu. Do roztworów peptonu WITTE'go ze zmienną ilością kwasu solnego, dodawano określoną ilość bakteryi i po pewnym czasie wylewano próby na płytki żelatynowe; wylewano je najwcześniej po 20—30 minutach, ponieważ w tym czasie pokarm u człowieka zaczyna przechodzić z żołądka do kiszek; najpóźniej zaś— po 6-iu godzinach, wtedy bowiem żołądek zdrowy jest zawsze pusty, po przyjęciu nawet obfitego pokarmu.

Z badań tych wynikło, że kwas solny związany działa na laseczniki tyfusu o wiele słabiej i wolniej, niż wolny. Rzecz oczywista, że w normalnym soku żołądkowym zachodzi coś zupełnie podobnego. Już badania bezpośrednie z sokiem osób chorych i zdrowych wykazały, że traci on prawie zupełnie swą własność odkażającą, gdy kwasność ogólna obniży się do 0,1%, lub gdy wszystek kwas solny zostanie związany przez białka. W warunkach zwykłych, zaraz po przyjęciu pokarmu, niema wolnego

kwasu solnego w żołądku, zostaje on bowiem pochłonięty przez rozmaite zdolne do tego związki. Pojawia się on dopiero po pewnym czasie, co zależy z jednej strony od ilości przyjętego pokarmu, a z drugiej — od szybkości wydzielania go z gruczołów. Po śniadaniu próbnem EWALD'a np., potrzeba do tego około trzech kwadransów, po obiedzie LEUBE-RIEGEL'a — 3—5 godzin. Dopóki ten okres nie nastąpi, może się do kiszek dostać nawet bardzo dużo laseczników tyfusu.

Na zasadzie tych badań wnosić należy, że obrona, jaką ma stanowić kwas solny, jest w danym przypadku dość niepewna; jedynie w razie nadkwaśności można być przekonanym, że wszystkie laseczniki zostają zaraz zabite.

Ponieważ w niektórych przypadkach zjawia się w żołądku znaczna ilość kwasu mlecznego, więc i on mógłby stanowić pewien czynnik w walce z napastnikami. Siłę jednak odkażającą ma on znacznie słabszą od siły kwasu solnego tego samego stężenia, zresztą ginie ona tak samo, skoro kwas mleczny zostanie związany przez białka; na tej więc zasadzie można twierdzić, że kwas mleczny, istniejący w żołądku, nie może zastąpić w walce z bakteriami kwasu solnego, tembardziej, że jedynie w rzadkich przypadkach patologicznych może on dojść w żołądku do tego stężenia, co kwas solny.

Autor zresztą wykazał, że nawet w warunkach normalnych przechodzą przez żołądek ludzki żywe bakterye, wrażliwsze względem kwasu solnego od lasecznika tyfusu, jak np. *b. prodigiosus*. Doświadczenie to, kilkakrotnie wykonane, zgadza się z wynikami doświadczeń podobnych, dokonanych na zwierzętach przez MILLER'a i MACFADYEN'a.

II.

O ile łatwo rozpoznać tyfus w przypadku typowym, o tyle trudno w przypadkach wątpliwych, nietypowych wyłączyć inne zakażenia ostre, np. gruźlicę prosówkową, posocznicę pochodzenia skrytego, zapalenie opon mózgowych, zapalenie płuc środkowe i t. d. W tych przypadkach rozstrzygające byłoby wykrycie pasorzyta.

Dotąd jednak odkrycie lasecznika tyfusu nie przyczyniło się do rozwikłania trudności rozpoznawczych. Powodem tego jest okoliczność, że nie mamy dotąd niezawodnej cechy morfologicznej, któraby pozwoliła wyróżnić go od grupy laseczników okrężnicy. W kale te właśnie pasorzyty znajdują się w ilości przeważającej, a że oprócz laseczników tyfusu typowych znane są i laseczniki nietypowe, bardzo podobne do poprzednich, wykazać zatem pasorzyty tyfusu w kale jest rzeczą bardzo trudną, a niekiedy prawie niemożliwą. Wszystkie metody, stosowane w tym celu, okazały się niepewnymi.

Okolicznością, jeszcze bardziej utrudniającą wczesne rozpoznanie tyfusu na drodze badania bakteriologicznego, jest to, że według poszukiwań niektórych autorów, laseczniki tyfusu nie zjawiają się w kale przed 9-tym lub 10-ym dniem choroby, a później zjawiają się jedynie w niewielkiej ilości. A zatem wtedy właśnie, w pierwszych dwóch tygodniach, gdy rozpoznanie następuje najczęściej z trudności, nie można się niczego spodziewać od badania bakteriologicznego kału.

Próby wykazania laseczników w innych wydzielinach (mocz, pot) dały wyniki jeszcze mniej pomyślne.

Stosowniejsem już było poszukiwanie laseczników tyfusu w ustroju tam, gdzie znajdują się one w hodowli czystej, a więc w śledzionie i we krwi.

Punkcya śledziony dała w przeważającej liczbie przypadków wyniki dodatnie. NEISSER np. dokonał jej w dwunastu przypadkach z wynikiem pomyślnym, z jednym

tylko wyjątkiem, a w jednym przypadku wykrył pasożyta swoistego już w piątym dniu choroby. Sposób ten jednak nie zyskał na rozpowszechnieniu, i może słuszenie, bo chociaż nieznan jest ani jeden przypadek, w którymby punkcja śledziony przyniosła choremu uszczerbek, to jednak nie można go zupełnie wyłączyć, zwłaszcza teraz, gdy znamy ropotwórcze działanie lasecznika tyfusowego. I to jeszcze należy zauważyć, że nie we wszystkich przypadkach można tego zabiegu dokonać, silne bowiem wzdęcie nie pozwala niekiedy ani wymacać, ani opukać śledziony.

Bakteryologiczne badanie krwi przywiodło wielu badaczy do wyników ujemnych, a niektóre wyniki dodatnie polegają, zdaje się, na błędach. Najlepiej udawały się poszukiwania NEUHAUSS'owi, który dobywał krew z plamek wysypki różycowej i wypowiedział nawet na tej zasadzie zdanie, że laseczniki tyfusowe są nagromadzone w plamkach, czego jednak badacze późniejsi nie potwierdzili. To też nie dziwnego, jeśli najnowsze podręczniki dyagnostyki bakteryologicznej podają, że krew osób chorych na tyfus nie zawiera zwykle laseczników, badanie więc krwi nie przynosi w tym razie pożytku.

Nie należy jednak tak sceptycznie zapatrywać się na tę sprawę. Jeśli już w pierwszych dniach choroby znaleźć można laseczniki w śledzionie, to muszą one choć przez czas krótki znajdować się w krwiobiegu. Ponieważ znajdowano je w rozmaitych okresach choroby w licznych narządach, to jest to również dowodem, iż muszą się one znajdować we krwi choćby w niewielkiej ilości. Jeśli tak, to badanie pod tym względem krwi winno mieć niezaprzeczoną przewagę, jako zabieg bezwarunkowo nieszkodliwy, a dostępny zawsze, nawet w tych przypadkach, w których śledziona dostępna nie jest.

Autor dokonał poszukiwań w tym względzie zarówno we krwi dobytej z żyły środkowej łokciowej, jak we krwi z plamek wysypki. Pierwszy sposób jest niewątpliwie pewniejszy, można bowiem mieć do rozporządzenia znacznie więcej krwi. Rozumie się, że cały rękoczyn odbywa się z zachowaniem wszelkich przepisów aseptyki; do wytoczenia krwi z żyły służy wyjałowiona strzykawka PRAVAZ'a, z plamki zaś — wyjałowiony lancet. Natychmiast po wypuszczeniu mieszał autor krew z rozpuszczonym agarem; trzeba bowiem mieć na względzie okoliczność, że krew ludzka posiada bardzo wydatną bakterjobójczą własność względem lasecznika tyfusu (przynajmniej zewnątrz naczyń). Gdy krew stoi przez kilka godzin, lub gdy się ją, jak to pospolicie bywa, jedynie rozmazuje po pożywce, to stać się może, że i tak nieliczne laseczniki zostaną przez krew zabite. Postępując w sposób podany przez autora, unikamy tego przypadku, kilkominutowy bowiem wpływ krwi na laseczniki nie ma żadnego znaczenia, jak to wykazały doświadczenia próbne THIEMICH'a.

Trzymając płytki z agarem przy 37° C., możemy już po upływie doby, a niekiedy nawet wcześniej, zauważyć kolonie; rozumie się, wszelkie sposoby, przyspieszające ich rozwój, są bardzo pożądane, boć chodzi o rozpoznanie jaknajszybsze, czy mamy do czynienia rzeczywiście z tyfusem. Jeśli kolonia składa się z krótkich, dość grubych, ruchomych laseczek, to już istnieje podejrzenie co do tyfusu, podejrzenie, które w wielu przypadkach autora zawsze zamieniło się w pewność przy dalszym badaniu. W każdym razie pamiętać należy i o tem, że przez wrzody w kiszki mogą się dostać do krwiobiegu i laseczniki okrężnicy, co może mieć miejsce i w innych stanach chorobowych podobnych do tyfusu, a jednak nie będących tyfusem; zawsze jednak już po upływie doby powziąć możemy podejrzenie co do tyfusu, a w razie braku kolonii dokonać próby po raz drugi.

Rozpoznanie tyfusu jest pewne, gdy kolonia przeszczepiona do agaru z cukrem nie wydziela gazu, gdy hodowla na kartoflu jest typowo „niewidoczna“, gdy wreszcie

mleko nie ścina się. Te trzy próby dają wyniki dopiero po 3—4 dniach hodowania przy 37° C. Później cokolwiek można otrzymać i dość charakterystyczne kolonie na płytce żelatynowej w postaci obrazu przypominającego listek winny prążkowany.

Z sześciu przypadków tyfusu udało się autorowi wykryć laseczniki w trzech, z tych w dwóch od razu, w jednym — dopiero przy powtórnym badaniu. W trzech innych, z wynikiem ujemnym, zbadano krew tylko porazu. Zgodnie z poprzednimi spostrzeżeniami, dokonanymi przez innych badaczy, liczba rozwijających się kolonii jest bardzo mała, nie przenosiła bowiem nigdy 2—3 kolonii na płytce. Do przypadków autora należy dodać sześć przypadków, w których KUEHNAU dokonał badania krwi żyłnej i w pięciu otrzymał wynik dodatni.

Chociaż wogóle liczba zbadanych w ten sposób przypadków jest zbyt mała, aby można wyciągnąć określone wnioski, jednak dobrzeby było dokonać podobnych prób u większej liczby chorych. Wtedy możnaby przekonać się, w którym okresie choroby najłatwiej znaleźć laseczniki i czy badanie krwi z plam daje lepsze wyniki, niż badanie krwi żyłnej.

Oprócz laseczników tyfusu wyrosły w trzech przypadkach autora gronkowce, dwa razy same, raz z tyfusem. Wszystkie trzy przypadki zakończyły się śmiercią, a badanie pośmiertne wykryło (oprócz zwyczajnego obrazu tyfusu brzuszego) obecność w śledzionie i gruczołach krezkowych takich samych gronkowców, nie różniących się niczem od gronkowca białego.

Czy gronkowce te pochodziły ze krwi, trudno orzec stanowczo, zdarzają się bowiem niezbyt rzadko podobne bakterye w powietrzu, a bardzo często na skórze. Tu jednak wykazanie tych samych pasorzytów w śledzionie i gruczołach krezkowych, co we krwi, winno służyć za dowód, że bakterye te istotnie się we krwi znajdowały. Nicby to nie było dziwnego, bo łatwo mogą się one dostać do krwiobiegu przez obnażoną błonę śluzową kiszki; dziwniejsze jest chyba to, że tak liczne w kiszki laseczniki okrężnicy nie dostają się częściej do krwiobiegu. Zdarzające się w przebiegu tyfusu brzuszego niezbyt rzadkie powikłania w postaci ropienia w rozmaitych narządach tu właśnie znajdują swe tłumaczenie; przyczyną ich rzadko bywa sam lasecznik tyfusu; znacznie częściej wywołane są one przez pospolite pasorzyty ropotwórcze — gronkowce.

Należy zauważyć, że w przypadkach, w których w rozpoznaniu wahamy się między tyfusem a posocznicą, nie należy jedynie na zasadzie obecności gronkowców, w braku laseczników tyfusu, twierdzić, że się ma przed sobą posocznicę. To, co było powyżej powiedziane, winno służyć za usprawiedliwienie dla takiego ograniczenia.

III.

Odkrycie przez BEHRING'a uodparniającej i leczniczej własności surowicy jest jednym z największych postępów na drodze zastosowania wyników doświadczalnych do leczenia chorego ustroju. Znaczenie tego odkrycia polega na wykazaniu pewnego odczynu biologicznego, ciekawego ze względów teoretycznych, który wiadomości nasze w sprawach odporności i leczenia chorób zakaźnych popchnął na nowe tory.

Sam autor wykazał, że surowica ludzka zabija znaczne ilości różnych bakteryi, między innymi i laseczniki tyfusu. Znaczenie jednak tej własności określić trudno, niewiadomo bowiem, czy krew zawarta w naczyniach posiada tę samą lub podobną zdolność, a od tego właśnie zależy rozstrzygnięcie innego pytania: o ile tu zdolność bakteryobójcza krwi może stanowić samoobronę ustroju przeciwko niektórym przynajmniej pasorzytom (nie wszystkie bowiem bakterye chorobotwórcze ulegają temu

działaniu krwi). Już dawniej zauważył autor, że właśnie bakterii, poddających się najbardziej wpływowi krwi, jak np. wibryona cholery, we krwi znaleźć nie można, posocznice natomiast wywołują tylko takie pasorzyty, dla których krew jest dobrą pożywką.

Tem zapewne należy tłumaczyć sobie okoliczność, że lasecznik tyfusu znajduje się we krwi w ilości niewielkiej, nawet przed samą śmiercią; krew posiada względem niego wybitną zdolność bakterycydy, a KŁONKA wykazał tę zdolność we krwi wydobytej u chorego na tyfus na 24 godziny przed śmiercią. Ponieważ laseczniki tyfusu rozmnażają się swobodnie w rozmaitych narządach, należy sądzić, że komórki i ich wytwory opierają się lasecznikom słabiej od krwi.

Z kolei badał autor pod względem bakterycydy krew osób, które przebyły właśnie tyfus; okazało się, że zdolność ta była w znacznym stopniu zatraczona: była ona znacznie mniejsza, niż u osób, które tyfusu nigdy nie przebywały. Zjawisko to możnaby sobie wytłumaczyć w ten sposób, że podczas choroby zużyta zostaje znaczna część istoty bakterycydy. Taki wniosek byłby, co prawda, zupełnie usprawiedliwiony jedynie wtedy, gdyby doświadczeń dokonano u wielkiej liczby osób i gdyby przeprowadzono porównawcze badania przed i po chorobie u jednego i tego samego osobnika.

Jak wiadomo, krew zwierząt sztucznie uodpornionych chroni inne zwierzęta od tego samego zakażenia. Ponieważ przebycie wielu chorób zakaźnych, a także tyfusu brzuszego, wytwarza u danego osobnika odporność względem zachorowania powtórnego, więc nieobojętne było przekonać się, czy też we krwi ludzkiej nie zachodzą wtedy zmiany podobne do zmian u zwierząt uodpornionych sztucznie. Doświadczenia, dokonane z krwią 14 osób, które przebyły tyfus, wykazały, że takie zmiany istnieją rzeczywiście, ale nie zawsze; wykazać się one dają tem rzadziej, im więcej czasu upłynęło od wyzdrowienia. Co prawda, to w tych przypadkach, w których nie dało się wykryć zmian powyższych (w ilości krwi użytej do doświadczenia), nie można twierdzić, aby tych zmian nie było zupełnie, ze względów bowiem zrozumiałych nie można szafować tutaj wielkimi ilościami surowicy; jeśli do rozporządzenia mamy jej jeden cm. sz., to już dużo; znacznie częściej bywa tego materiału o wiele mniej. W każdym jednak razie u osób, które dawno przebyły tyfus, surowica zawiera ciał uodporniających znacznie mniej, niż u tych, które świeżo przebyły chorobę. Wielce ciekawy jest fakt, że krew osób zmarłych, wydobyta po śmierci, wykazała w dwóch badanych przypadkach większą zawartość antytoksyn, niż krew osób, które przyszły do zdrowia. (D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

66. E. MARAGLIANO. **Gruźlica skryta i utajona.** U znacznej ilości trupów, podlegających badaniu, znajdujemy w płucach nierozpoznane za życia ogniska gruźlicze. Fakt ten spowodowany jest tem jedynie, że owe ogniska nie wywołały żadnych zewnętrznych zmian miejscowych przy badaniu fizycznym, z drugiej zaś strony brakło również i charactwa gruźliczego, gdyż wytwarzane przez laseczniki toksyny gruźlicze nie przedostawały się do krążenia ogólnego zupełnie, lub też w ilości bardzo nieznacznej, a zatem niedostatecznej (jak stwierdzają doświadczenia nad zwierzętami), aby powodować zaburzenia ogólne, jak gorączkę, upośledzenie odżywiania i t. d. Prócz tej postaci gruźlicy, którą autor nazywa *skrytą* — *latente tbc.*, nierozpoznaną bywa również gruźlica wtedy, gdy u osobnika gorączku-

jącego, o charłaczym wyglądzie, nie możemy wykryć w żadnym narzędzie zmian, wskazujących gruźlicę; jest to postać gruźlicy utajona—*larvate tbc.*

Skryta gruźlica miewa przebieg kliniczny trojaki, może bowiem być: 1) stale skrytą; 2) czasowo skrytą; 3) przestankową—*intermittens*. Stale skryta nigdy się nazewnątrz nie ujawnia dzięki temu, że wytwarzane przez ustrój antytoksyny poskramiają nieprzyjaciela i gruźelki zastępuje tkanka łączna; jest to t. zw. autoserumterapia. Do postaci czasowo skrytej należą te przypadki, w których nagle lecz wyraźnie występuje jakikolwiek objaw gruźlicy, np. krwotok płucny; nagłe ujawnienie się procesu gruźliczego jest wynikiem wzmożenia się tegoż lub też zmniejszenia odporności ustroju; dlatego też najczęściej ujawnia się gruźlica podczas ciąży, po położu, chorobie zakaźnej (influenza), w przypadkach upośledzonego odżywiania. Gruźlica, w taki sposób ujawniona, może kroczyć naprzód widocznie, lub też skryć się, by po pewnym czasie wystąpić ponownie. Jest to wtedy postać przestankowa i pod nią podciągamy liczne przypadki gruźlicy, w których wywiady wskazują często przebywane przez chorego nieżyty oskrzeli; jak wielce winny być one podejrzane, dowodzi fakt, że szczepiona przez autora świnkom morskim płwocina tego rodzaju chorych, wywołała w 25% gruźlicę, pomimo, że badanie drobnowidzowe lasieczników wykryć nie mogło.

Gruźlica utajona przebiega klinicznie pod postacią dystroficzną lub gorączkową. W pierwszej głównym i jedynym objawem jest upośledzenie odżywiania z jego następstwami, a zatem małokrwistością, słabem działaniem serca i t. d., u kobiet zaś występują jeszcze zaburzenia w miesiączkowaniu; po dłuższym czasie udaje się niekiedy wykryć ognisko gruźlicze w którymkolwiek narzędzie, najczęściej zaś w płucach lub nerce. W postaci gorączkowej — *typhöse*—głównym objawem jest gorączka o przebiegu zwalniającym, przerywanym lub ciągłym; towarzyszą jej zaburzenia ze strony narządów trawienia oraz układu nerwowego, o natężeniu stosownem do wysokości ciepłoty; niekiedy występuje nawet różyczka, obrzęk śledziony, nieżyt kiszek, co, razem wzięwszy, daje prawo lekarzowi do rozpoznania tyfusu, a utwierdza to rozpoznanie pomysłne zejście choroby po upływie kilku tygodni; po pewnym czasie chory ponownie zapada na ów tyfus. Często bardzo dzięki temu dowiadujemy się od suchotników, że poprzednio w krótkim okresie czasu przechodzili kilkakrotnie tyfus.

Rozpoznanie gruźlicy utajonej jest możliwe jedynie zapomocą metody wyłączenia u danego osobnika wszelkich innych chorób, naturalnie po bardzo skrupulatnem zbadaniu wszystkich narządów, wydzielin oraz wydaliny ustroju; ułatwiają rozpoznanie wywiady co do dziedziczności oraz przebytych chorób. Rozpoznanie jednak należy zawsze opierać na faktach, ku czemu w danym razie możemy i powinniśmy korzystać z tuberkuliny. Jest ona środkiem bezwarunkowo nieszkodliwym, gdy ją stosujemy w dawce małej (0,003—0,010—0,025 postępowo), a zupełnie wystarczającej do wywołania charakterystycznej reakcji u suchotników. Statystyka GÜTTSTADT'a wykazuje obecność tej reakcji u 95% suchotników, u 27% osobników podejrzewanych o gruźlicę i zaledwie u 8% ludzi zupełnie zdrowych; ponieważ jednak u zwierząt zdrowych reakcja występuje jedynie po użyciu dużej dawki tuberkuliny, gdy chore reagują już na dawki minimalne, przypuszczać należy, że u owych 8% ludzi zdrowych istniała gruźlica skryta, którą wykryło właśnie użycie tuberkuliny.

Autor stosuje tuberkulinę w celu rozpoznawczym w dawkach wyżej oznaczonych i, jeżeli po użyciu 0,025 nie otrzymuje żadnej reakcji, uważa wynik za ujemny; najmniejsze jednak zmiany — podniesiona ciepłota, obrzęk gruczołów,

zmiany fizyczne w płucach—dowodzą istnienia gruźlicy u badanego osobnika i upoważniają do odpowiedniego leczenia.

Leczenie gruźlicy winno mieć na celu pomaganie ustrojowi w walce z lasecznikami i ich wytworem, a stroną walczącą są antytoksyny. Należy zatem leczyć ustrój ogólnie, by mu przysporzyć sił do wytwarzania antytoksyny, pobudzać do jej wytwarzania, co skutecznie spełnia tuberkulina, a wreszcie dostarczać ustrojowi gotowej antytoksyny, zawartej w surowicy otrzymanej metodą autora. Surowica jest nieszkodliwą, może być zatem bezpiecznie stosowaną przez czas dłuższy u osobników już wycieńczonych. Surowica, wstrzykiwana osobnikom, podejrzanym o gruźlicę skrytą lub utajoną, w ilości 0,01 co drugi dzień, czyni, że po upływie miesiąca nie reagują już na znaczne dawki tuberkuliny, mianowicie na 0,025, gdy z początku wystarcza do otrzymania reakcji 0,001 tego środka.

Wobec wielkiego wpływu, jaki ma wczesne rozpoznanie gruźlicy na wyniki leczenia, autor radzi jaknajczęściej stosować tuberkulinę, choćby wyłącznie w celu rozpoznawczym, i porzucić niesłuszne uprzedzenie do tego środka.

(Berl. klin. Wochenschr. N. 19 i 20, 1896).

M. Bernstein.

97. D-r A. NEUMANN. **U uchyłkach odbytnicy.** Ze względu na pochodzenie, uchyłki jelita grubego podzielić można na powstałe: a) wskutek marszczenia się bliznowatego w pobliżu ściany kiszki (zrostów otrzewnowych? K. N.), lub b) wobec zastojów kału w t. zw. workach ślepych jelita przy zmniejszonej częściowo sprężystości ścian tegoż (*Pulsionsdivertikel*), a dalej na c) uchyłki, które GRAWITZ opisał po raz pierwszy, jako zaważone obecnością w jelicie wrodzonej i zaopatrzonych zwykle w otwór środkowy przegrody poprzecznej, przyczem w następstwie zatrzymywania się smołki, skręcenia pętli kiszki i zrostu obu gałęzi powstałej stąd w postaci głośki *u* wstęgi, wytwarza się pomiędzy niemi ulegające przedziurawieniu od nacisku kału przepierzenie, a gdy zawatość kiszki toruje sobie przez otwór drogę dalszą, z boku pozostaje uchyłek na stałe. Wreszcie, zgodnie z twierdzeniem CORDUA'y, zdarzyć się mogą d) uchyłki, jako twory kiszki dwoiste.

W spostrzeżeniu poniższem autor opisuje uchyłek odbytniczy, którego rozwój musiał być całkiem odmienny. Przypadek dotyczy 45-letniej kobiety, narzekającej od lat dwudziestu pięciu na częste w prawym pośladku bóle oraz na swędzenie w okolicy odbytu. W roku ubiegłym, wkrótce po zagojeniu się ropnia w tkance przyodbytnicznej, chora zauważyła na tymże pośladku małe, lecz szybko rosnące stwardnienie, które po zbadaniu przyjęte zostało za pozostający w związku z prawą ścianą jelita stolcowego guz, szerzący się wgłąb miednicy, dosyć ruchomy, wielkości jabłka, o postaci kolistej, powierzchni gładkiej, spoistości prawie chrzęstnawej. W mniemaniu, że guz ten jest nowotworem złośliwym, przystąpiono do operacji i, jak przy rakach odbytnicy, poprowadzono cięcie łukowate, okalające, poczynawszy od szwu (*raphe perinei*), w odległości 3 ctm. odbytu ze strony prawej i kończące się w środku pomiędzy tym ostatnim a kością ogonową, poczem ku jej wierzchołkowi wydłużono cięcie w kierunku linii środkowej. Po przedostaniu się do warstw głębszych stwierdzono, że guz, o zarysach gruszkowatych, posiada zwążający się stopniowo ku obwodowi górnemu dziury zastłonowej (*for. obturatorium*) prawej wyrostek, dalej zaś, że łączy się ze ścianą odbytnicy za pomocą długiego na centymetr, jak ołówek grubego, wewnątrz wydrążonego pasma, przez które zgłębnikiem cienkim można przedostać się łatwo z kiszki do jamy nowotworu. Po podwiązaniu i przecięciu wyrostka i pasma, guz, wrosły pomiędzy pęczki mięśniowe dźwigacza odbytu, wyłuszczone, a wypełniwszy ranę

gazą, zaszyto skórę prawie doszczętnie, poczem po upływie pięciu miesięcy nastąpiło zagojenie zupełne.

Wycięty twór, 9 ctm. długości, a 3 w średnicy mający, o wazkim końcu górnym, miał z boku, na miejscu swej z kiszka stolcową styczności, jamę prawie okrągłą, oraz zawartość, złożoną z brunatnych, śmierdzących i twardych bryłek kałowych; grube na 2 mm. szarozółtawe ściany owego tworu zawierały, jak pod drobnowidzem stwierdzono, typowe dla skóry tkanki, a zwłaszcza warstwę brodawkową, rozwiniętą dobrze. Z danych więc tych sądzić wypada, że twór usunięty był przydatkiem uchyłkowym odbytnicy, powstałym prawdopodobnie w okresie życia wewnątrzmacicznego. Że nie mogła to być pierwotnie leżąca w pobliżu odbytnicy torbiel skórzasta, która, otworzywszy się do kiszki, zamieniła na kał pierwotną swą zawartość, przekonać się można przedewszystkiem z wywiadów, chora bowiem nie zauważyła nigdy większego w okolicy pośladkowej obrzemia lub jakiegokolwiek bądź domieszki w swych masach kałowych; a dalej z położenia tworu, który przebiegał z boku i ku przodowi od odbytnicy w kierunku gałęzi poziomej kości łonowej; gdy tymczasem, jak poucza v. BERGMANN, torbiele tego rodzaju rosną w kierunku do krocza i ku dołowi od tegoż, wywołując nieraz zmieszczenie wylotu odbytowego ku przodowi. Za uchyłkiem wreszcie przemawia i postać opisanego tworu. Z drugiej znów strony, w razie zaniku rozszerzającego się bańkowato pasma, które łączyło guz z jelitem, z owego uchyłku również dobrze mogłaby się rozwinąć torbiel. Autor też mniema, że pochodzenie tych zwłaszcza torbieli skórzastych, które z odbytnicą w tak ścisłym pozostają związku, że niepodobna ich wyłuszczyć bez uszkodzenia jelita, być może w ten właśnie sposób pojmować należy.

(*Deutsch. medicin. Wochenschrift N. 10. 1896.*) K. Niedzielski.

98. Fr. HARTCOP. **O leczeniu fosforem.** Jak tylko KASSOWITZ w 1883 r. ogłosił spostrzeżenia swoje nad działaniem fosforu w krzywicy, zaczął autor stosować ten środek i nabierał doń stopniowo coraz większego zaufania, patrząc na pomyślne wyniki leczenia emulsią KASSOWITZ'a. Jako lekarz domu podrzutek, widywał autor najrozmaitsze postacie krzywicy, od lekkich do najcięższych, i przekonał się, że zawsze, nawet w przypadkach najuporczywszych, leczenie fosforem prowadzi do wyleczenia krzywicy, jeśli lekarz i rodzice posiadają dostateczny zapas cierpliwości, chyba, że jakieś groźne powikłanie kładzie kres życiu dziecka. To też obecnie uważa autor fosfor za jeden z najskuteczniejszych środków, którymi posługuje się medycyna współczesna; pod działaniem jego nieszczęśliwe, skazane na kalectwo i niedołęstwo umysłowe dzieci wyrastają na zdrowych i inteligentnych ludzi.

W krzywicy usuwa fosfor nietylko zmiany w układzie kostnym, lecz i wszystkie niepożądane i groźne powikłania; nawet przy ciężkich niezżytach kiszkiowych nie należy się powstrzymywać od podawania dzieciom fosforu; z dodatkiem małych dawek makowca usuwa on najczęściej biegunkę i przywraca czynność prawidłową przewodu kiszkiowego. Niewątpliwy wpływ wywiera fosfor na stan nerwowy i umysłowy dzieci krzywicznych: wszystkie objawy nerwowe szybko ustępują, dzieci są spokojniejsze, śpią lepiej, mniej się pocą, skurcz głośni powoli ustępuje, w krótkim też czasie zauważyć się daje zmiana korzystna w rozwoju umysłowym: często bardzo u dzieci apatycznych, niedołącznych, głupowatych, idiotów prawie — rozwój umysłowy pod wpływem fosforu postępuje tak znacznie i widocznie, iż śmiało rzec można, że w ciągu kilku tygodni dziecko stało się mędrsze i roztropniejsze.

Ten tak często przez autora stwierdzany, pomysłny wpływ fosforu na stan nerwowy i umysłowy dzieci krzywicznych, skłonił go do stosowania tego środka u dzieci starszych, wolnych od krzywicy, lecz dotkniętych nadmierną pobudliwością—dzieci żywe, wrażliwe, przedwcześnie rozwinięte, obdarzone nadzwyczajną pamięcią—lub też wyraźnem osłabieniem układu nerwowego, bądź wrodzonym, bądź nabytem przez niedokrwistość, powstałą pod wpływem przebytych chorób. Są to zwykle dzieci blade, źle odżywione, z wiotkimi mięśniami—nieszczęśliwe istoty, które każdy większy wysiłek fizyczny lub umysłowy przypłacają nieznośnym, przez nieprawidłowe odżywianie mózgu spowodowanym bólem głowy, któremu niekiedy towarzyszą mdłości, wymioty, drgawki i zupełna utrata przytomności. U dzieci z nadmiernie pobudliwym układem nerwowym łatwo bardzo rozwijają się oznaki osłabienia mózgowego, jeśli ich nie strzeżono i pozwalano słabeiną a pobudliwemu ich mózgowi nadmiernie się wysilać.

Najnieszcześniejszym okresem życia takich dzieci jest czas nauki szkolnej: nuży je kilkogodzinny pobyt w zamkniętym, dusznym pokoju, przymus siedzenia na jednym miejscu, skupianie stałe uwagi na jednym jakimś przedmiocie; bóle głowy stają się nadwyraz męczące, odbierają dziecku humor i zaturwiają mu całą młodość. U takich właśnie dzieci stosuje autor ze znakomitem powodzeniem od lat 10 fosfor, dzięki czemu stan ogólny małych chorych szybko się poprawia, objawy niedokrwistości mózgu znikają, dzieci krzepną fizycznie i duchowo.

Autor podaje zawsze fosfor w sposób zalecony przez KASSOWITZ'a, t. j. w postaci emulsji z tranu, dwa razy dziennie po 0,0005 f. dla dzieci od lat 1—5, lub po 0,0006 dla starszych, u ostatnich niekiedy 3 razy dziennie, zawsze w godzinę po jedzeniu. Przy rozpoczynaniu leczenia fosforem uważa autor za warunek niezbędny — brak najłżejszych choćby objawów chorobowych ze strony żołądka; zaleca też bardzo zwracanie ciągle bacznej uwagi na stan tego narządu i stanowczo doradza przerwanie leczenia z chwilą wystąpienia zaburzeń żołądkowych. W początkach leczenia należy widywać dziecko dosyć często, aby przekonać się, jak znosi ono fosfor, później badać stan dziecka w dłuższych przerwach; tym tylko bowiem sposobem zmusić można rodziców do zrozumienia, że poprawa nie może nastąpić prędko i że leczenie wymaga dłuższego czasu. Stosownie do przypadku zaleca autor 10, 15 lub 20 flaszek emulsji po 100,0 grm. i zapowiada zawsze, że dopiero po wypiciu 5 flaszek niejaka poprawa widoczną stać się może. Więcej nad 20 flaszek nie przepisuje autor nigdy, niekiedy tylko zaleca po jednym lub dwóch latach powtórnie 10 flaszek emulsji. Odpowiednia dyeta, pobyt na świeżem powietrzu i letnie, 8 minut trwające kąpiele, znakomicie podtrzymują działanie fosforu. Autor nie przeczy, że żelazo, tran w wielu przypadkach usuwają objawy chorobowe, fosfor jednak działa skutecznie tam nawet, gdzie żelazo zawodzi; prócz tego małe dzieci często wcale żelaza nie znoszą.

Ci tylko lekarze nie otrzymują przy leczeniu fosforem dobrych wyników, którzy nie dają baczenia na stan żołądka i zalecają zbyt małe dawki.

W jaki sposób fosfor wpływa na przebieg krzywicy oraz na opisane wyżej zaburzenia nerwowe: czy wywiera on swe działanie bezpośrednio na komórki ośrodkowego układu nerwowego, czy też pośrednio przez poprawę składu krwi, orzec trudno. To tylko nie ulega najmniejszej wątpliwości, że działanie fosforu nie jest wyłącznie miejscowe na sprawę krzywiczną w układzie kostnym, gdyż pozostałoby niezrozumiałem, dlaczego często pod wpływem fosforu powikłania krzywicy ustępują rychlej, niż zmiany w kościach.

99. REINACH. **Nowy sposób leczenia biegunki letniej ssawców.** Przy leczeniu tego cierpienia należy: 1) przeciwdziałać zgęszczeniu się krwi i 2) zapewnić choremu przewodowi kiszki spójność na dni kilka. Pożądanem jest także dostarczanie ustrojowi pewnej ilości pożywienia inną jakąś drogą — nie przez żołądek i kiszki.

Pobudzenie czynności serca przez drażnienie skóry i podawanie herbaty lub wysoko wywiera zwykle wpływ pożądany na jakość krwi, niekiedy jednak wszystkie te środki zawodzą. Zauważono, że przy ciężkich nieżytach kiszkiowych, specjalnie przy cholerycznej, wlewania podskórne roztworu soli kuchennej 1—3 razy dziennie po 10 ctm. szśc. wywierają wpływ znakomity na gęstość krwi. Przekonano się również, że surowica przeciwbłonicza wywołuje rozcieńczenie krwi. Ponieważ jest dowiedzione, że małym dzieciom można bez obawy złych następstw zastrzykiwać znaczne względnie ilości surowicy, usprawiedliwioną jest przeto zupełnie myśl stosowania tego środka przy ciężkich ostrych nieżytach kiszkiowych u dzieci w celu przeciwdziałania zbyt gęstemu zęszczeniu krwi. Ubiegłego lata stosował autor w 15 przypadkach wyjątkowo surowicę krowią, zamierza jednak używać do dalszych prób surowicy końskiej, okazało się bowiem, że nie wywiera ona wpływu ujemnego na czerwone ciała krwi ludzkiej.

Wszystkie 15 przypadków należały do bardzo ciężkich; były to dzieci sztucznie karmione, u których trwającemu 2—3 dni nieżytkowi kiszkiowemu towarzyszył stale znaczny ubytek wagi ciała. Wiek dzieci wahał się między 14 dniami i 9 miesiącami. Z tych 15 przypadków 4 zakończyły się śmiercią: w 2 nieżytkach kiszkiowych powikłany był przez zapalenie płuc zrazikowe, w 2 pozostałych badanie pośmiertne wykazało ciężkie zmiany w kiszkiach grubych.

Zastrzykiwano zwykle pod wieczór 10—20 ctm. szśc. surowicy pod skórę bocznych części klatki piersiowej. Poprawa występowała stale nazajutrz dopiero: dzieci wyglądały znacznie rześniej, ciepłota ciała podnosiła się do normy, sinica ustępowała, kończyny stawały się cieplejsze, ciemiona mniej napięte; tętno, którego często wyczuć nie było można, wyraźne; dzieci, które poprzednio nie miały siły ssać, brały chętnie flaszkę. Poprawa ta była w większości przypadków trwałą, kilka razy tylko przechodziła, aby utrwalić się dopiero po ponownym zastrzyknięciu.

Dzieci nie otrzymywały żadnych leków, pożywienie ich w ciągu 24—48 godzin stanowił jedynie kleik ryżowy. Szybko występująca poprawa trawienia i stolców powstała prawdopodobnie nie tylko dzięki dyecie, lecz wskutek działania pewnych składowych części surowicy, pobudzających przemianę materii.

Stosowanie surowicy w przypadkach ciężkich nieżytów u dzieci ma tę jeszcze dobrą stronę, że pozwala na dłuższą dyetę absolutną, albowiem wraz z surowicą zastrzykuje się chorą pewną ilość ciał białkowych. LANDOIS uważa zastrzykiwanie podskórne surowicy za zastrzykiwanie odżywcze.

Prawda, że ilość białka, zawarta w 20 ctm. szśc. surowicy, jest bardzo nieznaczna; można ją jednak powiększyć, zastrzykując większe ilości surowicy w 2 dawkach dziennych, choć i tak nie jest ona bez znaczenia przy cierpieniu, skazującym żołądek i kiszki na kilkodniową przymusową bezczynność. W 20 ctm. szśc. surowicy znajduje się 1,5 gr. białka, co odpowiada mniej więcej ilości zawartej w 150 gr. mleka kobyiego.

Jeżeli doświadczenia LEUBE'go, co do wtryskania zastrzykniętego pod skórę masła, i u ludzi dadzą wyniki pomyślne, będzie można czasami prócz surowicy

zastrzykiwać takim chorym i masło, aby wprowadzać do ich ustroju nietylko białko, lecz i tłuszcz. Naturalnie, że odżywianie takie jest niewystarczające, ale do podtrzymania sił ssawca potrzeba mniejszych znacznie ilości, niż dla dorosłego. Bądźcobaż, sprawa odżywiania zapomocą zastrzykiwań podskórnych powinna być dokładnie i wszechstronnie zbadana.

(*Münch. med. Woch. 1896. N. 18.*)

S. P.

100. W. PETER. **Przyczynę do etyologii pęcherzycy noworodków.** Pod ogólnem mianem pęcherzycy (*pemphigus*) pojmujemy dwie grupy chorób, które zarówno pod względem klinicznym, jak i etyologicznym, należy od siebie oddzielać. Do pierwszej kategorii zaliczamy postaci przewlekłe: *pemphigus chronicus vulgaris et foliaceus* — o etyologii zupełnie ciemnej, do drugiej zaś *pemphigus acutus*, przebiegający z gorączką, oraz *pemphigus neonatorum*.

Pęcherzycę ostrą zaliczamy do rzędu cierpień zakaźnych. DEMME z zawartości pęcherzy oraz ze krwi wyhodował diplokoka, a BLEIBTREU prócz tego jeszcze i gronkowca ropotwórczego złocistego. Co się tyczy pęcherzycy noworodków, to dopiero w ostatnich czasach coraz więcej mamy dowodów, że i to cierpienie jest pochodzenia zakaźnego. Pierwszy STRELITZ, a później ALMQUIST wyhodowali z zawartości pęcherzy gronkowca złocistego. Dotychczas przypuszczano, że pasorzyt ten z powietrza, za pośrednictwem kąpieli, gąbek, dostaje się do skóry. Przypadek, jaki autor spostrzegł, dowodzi, że i w pęcherzycy noworodków zakażenie skóry może mieć swój początek ze krwi oraz naczyń chłonnych.

U dziecka sześciodniowego wystąpiły, bez jakichkolwiekby innych objawów, pęcherze na twarzy, piersi, a następnie na całym ciele. Noworodek karmiony był przez matkę, dotkniętą ciężką postacią zakażenia septycznego. Z zawartości pęcherzy wyhodował autor czyste kultury gronkowca złocistego, diplokoka oraz pojedyncze kolonie gronkowca białego, z mleka zaś matki rozwinęły się przeważnie kolonie gronkowca ropotwórczego złocistego, w mniejszej zaś ilości gronkowiec biały oraz diplokoki, znalezione poprzednio w zawartości pęcherzy, a identyczne z tymi, jakie opisał DEMME. Ze krwi dziecka były wyhodowane diplokoki oraz gronkowiec ropotwórczy biały, w bardzo małej zaś ilości gronkowiec złocisty.

Badania te wykazują, że mamy do czynienia z tymi samymi mikroorganizmami, co i przy ostrej pęcherzycy, przebiegającej z gorączką.

Autor wypowiada zdanie, że przyczyna pęcherzycy ostrej niekoniecznie tkwi w jakimś specyficznym jadle, lecz że najrozmaitsze, we krwi krążące mikroorganizmy chorobotwórcze są w stanie wywołać te objawy, które określamy mianem *pemphigus*.

(*Berl. klin. Wchschrift N. 6. 1896*)

St. Gutentag.

101. WENDT. **Doświadczenia Grützner'a nad działaniem lawatyw z soli kuchennej.** Przed dwoma laty ogłosił GRÜETZNER wyniki całego szeregu doświadczeń nad działaniem lawatyw z 1,5 — 3 ctm. sz. ciepłego roztworu fizyologicznego soli kuchennej na perystaltykę kiszek. Dodawał on umyślnie do roztworu soli kuchennej: trociny, węgiel sproszkowany, krochmal i t. d., i znajdował ciała te u kotów, szczurów i królików w jelitach cienkich, a nawet w żołądku. GRÜETZNER robił także doświadczenia na ludziach i znalazł w jednym przypadku w zawartości żołądka, wydobytej zapomocą zgłębnika żołądkowego, ziarenka krochmalu, znajdującego się w podanej przed kilku godzinami lawatywie.

Wyniki GRÜETZNER'a zainteresowały świat lekarski, rzuciły one nowe światło na znaczenie lawatyw odżywczych i wzbudziły nadzieję, że chorych z cierpieniami

żołądka uda się odżywiać przez czas dłuższy nie tylko substancjami, które ulegają wessaniu w kiszkiach grubych, lecz i takimi, które ulegać muszą trawieniu kiszkiowemu. Opierając się na dawnych doświadczeniach NOTHNAGEL'a, twierdzi GRUETZNER, że roztwór fizyologiczny soli kuchennej, drażniąc ścianę kiszki, wywołuje ruch przeciwoznaczny, skutkiem którego ciała, znajdujące się bliżej ścian, wędrują w kierunku jelit cienkich i żołądka, zaś masy kałowe, zajmujące sam środek światła kiszki, dzięki zwykłemu ruchowi robaczkowemu posuwają się w zwykłym kierunku.

Z pośród autorów, którzy powtarzali doświadczenia GRUETZNER'a, niewielka tylko część otrzymała wyniki pomyślne; większość autorów uważa za rzecz niemożliwą, aby w warunkach prawidłowych jakiegokolwiek ciała przedostać się mogły przez zastawkę BAUHIN'a.

Chcąc wyrobić sobie na całą tę sprawę pogląd całkowicie bezstronny, dokonał autor szeregu doświadczeń na ludziach (3) i zwierzętach (16), bacząc pilnie, aby tym ostatnim odjęta była wszelka możliwość lizania lub zjadania własnego kału. W pięć godzin po lawatynie zabijał autor zwierzęta chloroformem i badał zawartość kiszki i żołądka; do roztworu soli kuchennej dodawał próchna, zabarwionego błękitem metylowym, lub bismutu, którego ślady nawet łatwo bardzo sposobem LEGER'a wykryć się dają.

Wynik tych doświadczeń nie potwierdza bynajmniej poglądu GRUETZNER'a. U żadnego z trzech poddanych doświadczeniu chorych, nie znalazł autor w zawartości żołądka śladów choćby zawartych w lawatynie substancji; żołądek i jelita cienkie zwierząt również były od nich wolne, z wyjątkiem czterech przypadków, w których środki, uniemożliwiające zwierzętom lizanie kału, okazały się niedostateczne.

Ponieważ wyniki odżywiania chorych zapomocą lawatyn przemawiają również stanowczo przeciw wywodom GRUETZNER'a, czuje się autor najzupełniej upoważnionym do wygłoszenia poglądu, iż niemożliwą jest rzeczą, aby lawatyny nieobfite, pozostające pod nieznacznym ciśnieniem, przechodzić mogły poza zastawkę BAUHIN'a. O lawatynach bardzo obfitych, wiadomo z prac wielu poważnych bardzo autorów, że dostają się one do kiszki cienkich, niekiedy nawet do żołądka, skąd często przez wymioty wydalane bywają. I tu jednak zdania autorów są podzielone; wielu utrzymuje stanowczo, że przy należytej sprawności kiszki, lawatyna do górnych odcinków kiszki cienkich żadną miarą dostać się nie może.

(*Munch. med. Wochenschr.* N. 19. 1896).

S. P.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PETRASKO spostrzegł poronienie po zastosowaniu w celu terapeutycznym nieznacznych dawek gwajakolu (0,1 *pro die*). Ponieważ żadnego powodu usprawiedliwiającego poronienie nie można było wykazać, autor kładzie je na karb gwajakolu, który działając na ośrodki naczynioruchowe, mógł spowodować niedostateczne odżywianie

płodu. (*Pest. med. chir. Pr.* N. 5. 1896).

= Badania REMFRY'ego nad wpływem laktacji na miesiączkowanie oraz zające w ciąży, przeprowadzone nad kilkuset kobietami, wykazały: u 57% zupełny brak miesiączki, u 23% nieprawidłowe miesiączkowanie, u 20% prawidłowe; prawdopodobieństwo

stwo zajścia w ciąży u kobiet pierwszej kategorii wynosi 6%, u pozostałych zaś wynosi ono 60%, będąc bezwarunkowo większem wśród kobiet z prawidłowem miesiączkowaniem. U kobiet nie karmiących pierwsza miesiączka występuje w czasie pierwszych sześciu tygodni po położeniu. (Ther. Wochenschrift N. 4. 1896).

— POPPER przedstawił w Towarzystwie dermatologów wiedeńskich siedmioletniego chłopca, dotkniętego nabitym wskutek rytualnego obrzezania przymiotem. Objawy miejscowe wystąpiły w 4 tygodnie po obrzezaniu. Leczenie swoiste dało dobry wynik. (Wien. med. Pr. N. 9 1896).

— Statystyka śmiertelności wśród położnic za ostatnie dziesięciolecie wykazuje o wiele większe odsetki zejść śmiertelnych, spowodowanych gorączką połogową, aniżeli wobec stosowania aseptyki i antyseptyki spodziewać się należało. H. MEYER upatruje powód tego w tem, że niemożliwym jest w większości przypadków pozaszpitalnych ściśle przeprowadzić anty- i aseptyczne badanie chorej, wobec czego rażni jak najrzadziej badać narządy płciowe położnicy, zadawalając się badaniem zewnętrznem, zupełnie wystarczającym w większości przypadków. Należy również, zdaniem autora, zastąpić kwas karbolowy sublimatem, akuszerki bowiem, wobec drażniącego działania rozczyń kar-

bolu odpowiedniej siły, używają do obmywania części płciowych rodzącej oraz rąk własnych rozczyńu zbyt słabego. (Corp. Bl. für Schw. Ärzte N. 9. 95).

— JONIN przepisywał tyreoidyne (w tabelkach po 4—8 dziennie) pewnej liczbie chorych, dotkniętych włókniakomięśniakami macicy. W trzech przypadkach nastąpiło zmniejszenie krwawień, a w dwóch zanik częściowy guza. JONIN zachęca do dalszych badań w tym kierunku, chociaż ostatnie doświadczenia nad fizyologią gruczołu tarczowego nie dają mu dostatecznego tłumaczenia działania tyreoidyne w leczeniu *fibromyoma uteri*. (Progrès Medical, 3 Aout. 95).

— RUGE poleca przy swędzeniu sromu (*pruritus vulvae*) wszelakiego pochodzenia przemywanie mydłem oraz rozczyńem sublimatu sromu, pochwy i części pochwowej macicy, poczem miejsca najbardziej bolesne należy posmarować 3—5% waseliną karbolową. Zabiegi te powtarzane bywają co 3—4 dni. (Berl. klin. Woch. N. 18. 1896).

— LARAT i FAUTIER, nie uznając korzyści z faradyzacji, radzą przy wymiotach nerwowych i wymiotach ciężarnych używać prądu stałego zstępującego o słabem napięciu od 8 do 10 milliamperów w ciągu 15 do 30 minut. Posiedzenie należy powtarzać codziennie. (Annali di Obstet. e Ginekol. N. 2 1896).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Koledzy Władysław BRUNER i Edward ZIELIŃSKI mianowani zostali ordynatorami oddziałów wewnętrznych w szpitalu na Pradze.

— D-rzy Andrzej OBRZUT, Władysław NIEMIŁOWICZ oraz Waclaw SOBIERAŃSKI zostali mianowani profesorami we Lwowie; pierwszy z nich wykładać będzie anatomję patologiczną, drugi chemię lekarską, ostatni zaś farmakologię i farmakognozę.

— Dyrekcyja główna kolei Wirtemberskich zaprowadziła w warsztatach robotniczych w Cannstatt dowolny wybór lekarza i wypłatę za każdą wizytę.

— CASENEUVE chemik wynalazł sposób sztucznego wytwarzania mocznika.

— Katedrę po HOPPE - SEYLERZE w Strassburgu objął prof. HOFMEISTER z Pragi.