

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka słów o drgawkach wskutek ząbkowania u dzieci, podał Julian Kramsztyk.—Kazuistyka. Przypadek cięcia cesarskiego pomyślnie zakończonęgo dla matki i płodu, opisał D-r Wincenty Sztęmbarth. — **Streszczenia i wyciągi.** 90. Pierwsza pomoc w otruciu. 91. Spączka eukrzy-cowa. 92. O przemiennem (alternans) leczeniu moczówki cukrowej. 93. O stosunku zapalenia surowiczęgo opłucnej do gruźlicy. 94. Przyczynę do nauki o odmie piersiowej (pneumothorax). 95. O leczeniu ropnego zapalenia opłucny przez trepanację żebra. 96. O lasecznika wytwarzającym kwas mleczny i jego obecności w soku żółdkowym. 97. Otyłość i miażdżycę tętnic. — Z VI zjazdu niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego, odbytego w Wiedniu 5—7-go czerwca r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r J. Kram-sztyk—Quelques mots sur les convulsions causées par la dentition chez les enfants. 2) D-r W. Sztęmbarth—Un cas d'opération césarienne avec issue favorable pour la mère ainsi que pour l'enfant.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r J. Kram-sztyk—Einige Worte ueber die bei Kindern in Folge des Zähmens auftretenden Krämpfe. 2) D-r W. Sztęmbarth — Ein Fall von Kaiserschnitt mit glücklichem Ausgange für Mutter und Kind.
Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str., 5.

Kilka słów o drgawkach wskutek ząbkowania u dzieci,

podał Julian Kramsztyk.

Kolega ARNSTEIN w № 11 „Medycyny“ z r. b. w artykule, mającym za przedmiot rolę pierwszego ząbkowania w etyologii drgawek u dzieci, wygłasza swoje zapatrywanie na tę sprawę, chcąc w ten sposób pobudzić lekarzy, rozporządzających obszernym materiałem spostrzegawczym, do dyskusji nad tym przedmiotem, istotnie niewyjaśnionym w zupełności. Kol. ARNSTEIN sądzi, że przypadłości chorobliwie wzmożonej pobudliwości narządu nerwowego ośrodkowego, doprowadzające niekiedy do drgawek, zależęć mogą od ząbkowania, a na dowód przytacza dwa przypadki drgawek u dzieci w okresie pierwszego ząbkowania.

W dyskusji, jaka miała miejsce na posiedzeniu naszego Towarzystwa Lekarskiego, nad sprawą, podniesioną przez kolegę ARNSTEINA, okazało się, że większość kolegów, chorobami dzieci się zajmujących, nie podziela zdania autora. W pracach dwóch kolegów: STERLINGA i PAPIESKIEGO, które świeżo pojawiły się w „Medycynie“, kwestya wpływu ząbkowania na powstawanie drgawek dotknięta została mimochodem, a obaj ci autorowie również wyrażają powątpiewanie co do możliwości związku między dwiema temi sprawami. Zdanie jednak kolegi A. podziela znaczna ilość lekarzy, nietylko medycyną ogólną się zajmujących, ale i pediatrów, tak u nas, jak i za granicą, a pojęcie to, niedawno jeszcze ogólnie przyjęte, tak głęboko wszczepione jest w przekonania laików, że wszelkie prawie drgawki u dzieci przypisują ząbkowaniu. Nie potrzeba chyba dowodzić, jak pogląd podobny jest w następstwach swoich szkodliwy, jak często rodzice przyprowadzają do lekarza dzieci swoje z chorobą daleko posuniętą, co do których nie zasięgałi porady w wła-

ściwym czasie jedynie z tego powodu, że występujące w czasie choroby drgawki przypisywali ząbkowaniu i ze spokojem tygodniami całymi oczekiwali wyrznięcia się ząbków. Ale i nie wszyscy lekarze tak krytycznie zapatrują się na sprawę ząbkowania, jak to czyni kolega ARNSTEIN; wielu nie uwzględnia jeszcze częstokroć rozmaitych spraw chorobowych, łatwo drgawki u dzieci powodujących. Z tego powodu sędzę, że nie będzie zbytecznym, słów kilka w tej sprawie wypowiedzieć.

Nie w chęci wdania się w polemikę z autorem wyżej wymienionego artykułu, ale dla wyjaśnienia sprawy, dla wykazania różnicy poglądów, jakie w sprawie tej istnieć mogą, uważam za właściwe rozpocząć uwagi moje od rozejrzenia się w spostrzeżeniach kol. ARNSTEINA, które skłoniły autora do twierdzenia, że drgawki w danym razie zależeć mogły tylko od trudnego wyrzynania się zębów.

Nie mam zamiaru poruszać w tem miejscu wszystkich spraw chorobowych, mogących wywołać drgawki u dzieci, ale zwrócić chcę uwagę na okoliczność, każdemu lekarzowi znaną, jak często w praktyce zdarzają się u dzieci drgawki, w których nie jesteśmy w stanie nawet po dłuższem trwaniu choroby, nawet po powrocie dziecka do zdrowia, z wszelką pewnością wykazać przyczynę drgawek. Że dziecko jednocześnie ząbkowało, że wkrótce potem wyrznął się jeden lub więcej ząbków, nie stanowi to bynajmniej dowodu zależności drgawek od ząbkowania. Nie stawiając tak wygórowanych żądań, jakie KASSOWITZ uważa za bezwzględnie wymagalne od każdego spostrzeżenia, mającego dowodzić związku drgawek z ząbkowaniem, nie możemy w każdym razie ograniczać się tylko na braku wszelkich innych momentów przyczynowych i spraw chorobowych, mogących spowodować drgawki, na dobrem zejściu choroby, obrzmieniu dziąseł i wyrznięciu się w następstwie jednego lub kilku zębów. Po najdokładnijszem wyłączeniu wszelkich śladów krzywicy, tej najczęstszej przyczyny drgawek niewyjaśnionych u dzieci, mamy prawo wymagać od podejrzanego przypadku, jak tego jeszcze BOHN żądał, aby natychmiast po wyrznięciu się zębów drgawki ustały, przed każdym lub najbliższem nowem ząbkowaniem znowu powróciły, a w odstępach między ząbkowaniem nigdy się nie pojawiały. W sprawie zależności chorób od ząbkowania, ciągnącej się tyle lat, która tyle namiętnych sporów wywołała, w której powoli przekonywano się, że liczne zaburzenia chorobowe, dawniej ząbkowaniu przypisywane, od innych zupełnie spraw chorobowych zależą, trzeba i co do zależności drgawek być bardzo ostrożnym. Tylko pierwsze spostrzeżenie kol. A. po części wymaganiom powyższym odpowiada. Dziecko podlegało drgawkom dwukrotnie w odstępie czterech miesięcy czasu, a za każdym razem po upływie czterech do pięciu dni wyrznęło się po kilka zębów.

Autor, jako jedną z przyczyn, dla których w tym przypadku uważa związek drgawek z ząbkowaniem za dowiedziony, podaje brak wszelkich innych momentów przyczynowych, między innymi krzywicy. Sądziłbym przeciwnie, że dane, przez autora przytoczone, pozwalają przypuszczać, że dziecko to dotknięte było krzywicą, chociaż w nieznacznym stopniu. Dziecko 13-sto miesięczne miało ciemną wielką „prawie zamkniętą“; miało tylko 4 zęby przednie i 2 dolne; wątpliwe jest, czy chodziło, albo i stało, bo w następstwie spostrzeżenia autor wyraźnie zaznacza, że dziecko od 4 miesięcy chodzi. Ciemną wielką u dzieci, nie dotkniętych krzywicą, jest w końcu roku zamkniętą zupełnie, a częstokroć już między 7 a 9 miesiącem życia nie znajdujemy u dzieci zdrowych śladu ciemienia wielkiego. Pewnego usposobienia do drgawek, co,

jak to dzisiaj ogólnie przyjmujemy, zależy przeważnie od krzywicy, dowodzi również i to, że dziecko po roku, przy rozpoczęciu odry, miało znowu drgawki. Odra może najrzadziej z pośród chorób zakaźnych rozpoczyna się od drgawek. Zasluguje również na uwagę wielka nieprawidłowość, z jaką w danym przypadku wyrzynały się zęby. U 13-sto miesięcznego dziecka wyrzynały się odrazu 4 zęby trzonowe w szczęce górnej, w cztery miesiące później 4 trzonowe w szczęce dolnej. Zęby więc trzonowe tylne, wychodzące zwykle w końcu drugiego roku życia, ukazały się jednocześnie z trzonowymi przednimi, t. j. od 6—12 miesięcy wcześniej, niżeli to ma zwykle miejsce, natomiast przednie dolne i kły uległy niezwykłemu opóźnieniu. Zęby trzonowe tylne rozwijają się zwykle w rok po trzonowych przednich tak w szczęce górnej, jak i w dolnej. Podobna nieprawidłowość w ząbkowaniu potwierdza przypuszczenie co do istnienia w danym razie krzywicy.

Przypadek drugi kolegi A., w którym drgawki pojawiły u dziecka gorączkującego, a po upływie dwóch dni wyrznęło się kilka ząbków, nie dowodzi bynajmniej, że ząbkowanie było powodem drgawek. Drgawki wystąpiły przy objawach gorączkowych, widocznej bolesności brzucha, pojawiły się tylko raz jeden. Główną, jedyną prawie przyczyną, skłaniającą autora do uważania drgawek za zależne od ząbkowania, jest brak wszelkich innych momentów przyczynowych i objawów chorobowych. Zapytam kolegi ARNSTEINA i każdego lekarza, często z chorobami dzieci do czynienia mającego, czy rzadko w praktyce zdarzają się podobne przypadki drgawek jednokrotnych, w których obok braku wszelkich innych momentów przyczynowych i wyraźnych objawów chorobowych tak w czasie wystąpienia drgawek, jak i następnie, nie jesteśmy w stanie stanowczo rozpoznać przyczyny drgawek? W razie odbywającego się ząbkowania, co u dzieci od pół roku do dwóch lat ma prawie ciągle miejsce, można przy dobrej woli odnieść je do tej przyczyny. Ale o ileż częściej w następstwie nie widzimy wyrzynania się kilku, a nawet jednego zęba. Nie mówiąc o innych chorobach ostrych, przebiegających skrycie, wspomnę o przypadku zapalenia gardła mieszkowatego (*angina follicularis*), przy którym spostrzegalem u dziecka dwuletniego kilkakrotnie drgawki z początku choroby. Dziecko to miało migdały bardzo duże, niekiedy udawało mi się po ustąpieniu drgawek znaleźć kilka małych plamek białych na migdałach, ale częstokroć sprawa ograniczała się na zaczerwienieniu i obrzmieniu migdałów, a dopiero po ustąpieniu obrzmienia po kilku dniach można było znaleźć plamki na bocznych i tylnych powierzchniach migdałów, niedostępnych do obejrzenia z początku choroby. Lekarz, nie znający dziecka tego dobrze, nie spostrzegający go przez czas dłuższy, mógłby nieraz odnieść drgawki do ząbkowania, które w tym czasie kilkakrotnie miało miejsce.

W czasie panującej w roku bieżącym i przed czterema laty epidemii grypy widywałem bardzo często u dzieci rocznych i dwuletnich drgawki z początku choroby. Ale rozpoznanie przyczyny drgawek możliwe było jedynie z powodu wyraźnych objawów choroby u osób starszych i u innych dzieci, w tej samej rodzinie jednocześnie na tęż chorobę zapadających. Jakiż pewny moment rozpoznawczy znajdziemy u dziecka, jeżeli nikt inny w rodzinie na influencję nie zapada? Dziecko po dwóch lub trzech dniach jest zdrowe, a jeżeli po kilku dniach wyrznie się jeden lub kilka zębów, czyż mamy prawo tu szukać przyczyny choroby?

Daleko częściej wszakże ząbkowanie odbywa się bez żadnych objawów chorobowych. Nawet matki, oczekujące z niepokojem wyrżnięcia się pier-

wszych zębów i wzywające kilkakrotnie lekarza z powodu łagodniejszych lub poważniejszych zaburzeń chorobowych u dziecka, zaniepokojone, czy dziecko nie „choruje na zęby“, przyznają prawie zawsze, że w czasie, kiedy ząbki nareszcie się ukazały, dziecko żadnym dolegliwościom nie podlegało, zęby wyszły niepostrzeżenie i wypadkiem znalezione zostały wówczas, kiedy się ich wcale nie spodziewano.

Gdyby istotnie drgawki zdarzały się z powodu trudnego ząbkowania, o ileż częściej musielibyśmy je spostrzegać, aniżeli to obecnie ma miejsce. Kolega ARNSTEIN na 82 przypadki drgawek u dzieci widział je 27 razy jako wstępny objaw chorób zakaźnych, 29 razy pod wpływem zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, a tylko 6 razy przez podrażnienie dziąseł przy trudnym wyrzynaniu się zębów. Opóźnione wszakże ząbkowanie spotykamy niemniej często, aniżeli każdą z chorób zakaźnych, rozpoczynających się niekiedy od drgawek.

W praktyce ambulatoryjnej szpitalnej opóźnione ząbkowanie wskutek krzywicy widuje się bardzo często, należy tylko zwrócić specjalną uwagę na ten przedmiot. Wobec znanej skłonności dzieci, dotkniętych krzywicą, do drgawek, powinnyby te ostatnie u dzieci z opóźnionem (a to chyba mamy prawo nazwać „trudnym“) ząbkowaniem zdarzać się daleko częściej, aniżeli to ma miejsce w początku chorób zakaźnych. W prowadzonym przezemnie ambulatoryum szpitalnem w roku bieżącym w ciągu ubiegłych pięciu miesięcy, na ogólną ilość 1126 chorych—było dotkniętych krzywicą, z ząbkowaniem mniej lub więcej opóźnionem, 95 dzieci, jakkolwiek tylko w ciągu ostatnich dwóch miesięcy na przedmiot ten szczególną zwróciłem uwagę u wszystkich dzieci, zgłaszających się o poradę.

W poprzednich miesiącach brałem pod uwagę, jak to zwykle czynię, te tylko dzieci, które wskutek wydatnie rozwiniętej krzywicy sprowadzane były do szpitala. Z chorób zakaźnych w tym czasie w ambulatoryum szpitalnem miałem 98 przypadków zapalenia płuc włóknikowego, 51 przypadków grypy, 21 odry, 8 zimnicy, 11 błonicy i po kilka przypadków innych chorób zakaźnych.

U dziecka w wieku od pół roku do dwóch lat można wydarzające się, a niełatwe do określenia pod względem etyologicznym drgawki odnieść prawie zawsze do trudnego ząbkowania, bo prawie zawsze dziecko w tym okresie ząbkuje; ale można również przyznać, że przyczyna drgawek nie została wykryta, jakkolwiek częstokroć przy starannem badaniu prędzej lub później udaje się i moment etyologiczny wykryć. Kolega A. zanotował tylko w dwóch przypadkach z pomiędzy wzmiankowanych 82 przyczynę jako niewykrytą. Z przypadków opisanych, jak to wyżej zaznaczyłem, odniosłbym raczej jeden do drgawek pod wpływem zaburzeń żołądkowych, w drugim nie można stanowczo wyłączyć krzywicy. Że dzieci w okresie ząbkowania częściej, niż dzieci starsze, podlegają drgawkom, to nie dowodzi bynajmniej związku między temi dwiema sprawami, ale potwierdza znaną oddawna skłonność małych dzieci do drgawek.

(D. n.).

KAZUISTYKA.

PRZYPADEK CIĘCIA CESARSKIEGO

POMYŚLNIE ZAKOŃCZONEGO DLA MATKI I PŁODU,

opisał D-r WINCENTY STEMBARTH.

Operacja cięcia cesarskiego nie powinna zapewne już dzisiaj przejmować obawą, ani też odstraszać lekarza od wykonania jej tam, gdzie rzeczywiście jest wskazana. Jakkolwiek nigdy prawdopodobnie do pospolitych zaliczać się nie będzie, z powodu specjalnych warunków, jakich wymaga, to jednak odsetek śmiertelności, dochodzący dawniej do poważnej cyfry 80%, niektórzy z operatorów zdołali sprowadzić do 8%, dzięki postępowi nowoczesnej akuszeryi operacyjnej. Nie bez pewnego zatem interesu dla ogółu lekarzy będzie, choćby tylko kazuistyczne, opublikowanie każdego przypadku, tembardziej, że zapatrywania różnych autorów na to: kiedy i w jakich okolicznościach operację tę wykonywać należy, lub też zastąpić ją inną, mniej jakoby dla kobiety niebezpieczną, wielo się różnią między sobą. W moim przypadku również, może niejeden lekarz inną obralby drogę postępowania; dlatego tem chętniej ogłaszam jego opis, poddając niejako pod sąd krytyki moje zapatrywanie.

W końcu kwietnia 1893 roku zgłosiła się do mnie panna X., prosząc o zbadanie jej i wypowiedzenie zdania o tem, czy rzeczywiście jest w ciąży, gdyż po kilkakrotnych stosunkach płciowych od kilku miesięcy przestała miesiączkować. Panna X. niska, brunetka, z chodem kaczkowatym, lat 32 wieku mająca, zrodzona z rodziców zdrowych; będąc dzieckiem, wczesnie zaczęła chodzić i do 3-go roku życia mogła biegać i bawić się; w tym jednak czasie zapadła na zdrowiu i była tak osłabioną, że na nogach utrzymać się nie mogła, tak, że musiano ją nosić. Stan taki trwał do 7-go roku życia, w którym to czasie, nieco wzmocniona i zdrowsza, zaczęła chodzić na nowo, nogi jednak coraz więcej wykrzywiały się nazewnątrz, aż stały się zupełnie paląkowate. W 8-ym czy 9-tym roku życia chorej zgrubiała szyja do tego stopnia, że musiano jej przygotowywać specjalne staniki. Mając lat 19, dostała po raz pierwszy miesiączki, która początkowo pojawiała się co 3 miesiące, po roku zaś stała się prawidłową i trwała 4 do 5 dni, aż do obecnego zajścia w ciążę. Z pojawieniem się miesiączkowania zgrubienie szyi zaczęło powoli ustępować i stopniowo znikło zupełnie. Wreszcie panna X. nie przechodziła żadnych innych chorób, czuła się zdrową i zdolną do swej pracy zawodowej jako nauczycielka.

Kobieta ta przedstawia: tkanki tłuszczowej podskórnej mało, mięśnie słabo rozwinięte; układ kostny bardzo upośledzony w rozwoju; głowa duża, klatka piersiowa wązka, lecz prawidłowej budowy; miednica wązka; krzyż wygięty nadmiernie, zapadnięty w okolicy lędźwiowej; brzuch wystający naprzód; kończyny dolne wyraźnie paląkowato wykrzywione na zewnątrz;—słowem wybitny obraz krzywicy. Miesiączkowała ostatni raz w końcu września lub na początku października 1892 roku. Sutki powiększone, twarde, okolice brodawek ziemniakale. Brzuch powiększony, twarde, przez ściany jego wyraźnie wyczuwano się powiększoną macicę. Przez środek brzucha, na smudze białej, wyraźna ciemna pręga. Przy badaniu części płciowych—wargi sromne większe okazały się nieco obrzmiałe, błona śluzowa warg mniejszych i wchodu do pochwy (*vulva*) ciemno zabarwiona, obrzmiała. Przy wysłuchiowaniu brzucha słychać bicie serca płodu. Badanie wewnętrzne wykazało ciążę prawidłową, mniej więcej w 6-tym miesiącu. Ciężarna czuła ruchy płodu w dole brzucha, lecz jak dawno, nie pa-

miętała. Wymiary miednicy następujące: odległość pomiędzy kołcami biodrowymi przodowymi 25,0 ctm., pomiędzy największym wygięciem na zewnątrz grzebieni kości biodrowych 23,0 ctm., co oznacza miednicę krzywicową. Wymiar przodowy zewnętrzny (*conj. exter.*) 16,0, przodowy ukośny (*conj. diagon.*) 8,0, czyli że wymiar prosty (*conj. vera*) wynosi 6,2 ctm. Nadto w tymże stosunku skrócone są wszystkie inne wymiary miednicy.

Wobec tak znacznego scieśnienia miednicy (*conj. vera* 6,2 ctm.) o urodzeniu się żywego płodu donoszonego nawet mowy być nie mogło; pozostawało zatem albo 1) wywołanie porodu przedwczesnego sztuką, albo 2) zmniejszenie objętości czaszki płodu przez wymóżdzenie płodu donoszonego, albo 3) wydobywanie płodu żywego i donoszonego przez cięcie cesarskie.

Pierwsze, ze względu na znaczny stopień scieśnienia miednicy, musiałyby być dokonane bardzo wcześnie, najpóźniej z końcem 7-go miesiąca ciąży, a stąd byłyby i małe widoki utrzymania przy życiu przedwcześnie urodzonego płodu. Wymóżdzenie pociągnęłoby za sobą śmierć nieuniknioną płodu. Tymczasem rozwiązanie przez cięcie cesarskie dawało największe prawdopodobieństwo uratowania życia płodu i matki. Oczywiście, gdyby się ciężarna na to ostatecznie nie zgodziła, musiano by obrać pierwszy lub drugi sposób jej rozwiązania. Że zaś po przedstawieniu ciężarnej tego zapatrywania otrzymaliśmy jej przyzwolenie na cięcie cesarskie, to ostatecznie, aczkolwiek ze wskazania względnego wynikające, uznaliśmy za najodpowiedniejsze. Wezwany na naradę kol. KUNIEWICZ, to moje zapatrywanie w zupełności potwierdził.

Ciężarnej dozwoliłem zajmować się, jak dotąd, swoimi zwykłymi obowiązkami zaleciłem jej wzmacniającą dyetę, wino i t. p. Dalszy przebieg ciąży był prawidłowy, łaknienie dobre, trawienie niezłe, chociaż od czasu do czasu wypróżnienia trzeba było pobudzać zapomocą enem wypróżniających; żadnych innych przypadłości nie było.

Ponieważ mieszkanie, przez ciężarną zajmowane, okazało się zbyt ciemne, do operacji niedogodne, umieściłem ją przeto w połowie czerwca u akuszerki Kosińskiej, w mieszkaniu na ten cel odpowiedniom.

W nocy, o godz. 1-ej, z dnia 7 na 8 lipca, dano mi znać, że bóle porodowe już się rozpoczęły; przybywszy, zastałem pojawiające się skurcze macicy, mniej więcej co 15 do 20 minut, lecz jeszcze słabe i krótkotrwałe. Przy badaniu zewnętrznem główka łatwo dawała się usuwać ku górze; badania wewnętrznego jeszcze zaniechałem; wody płodowe nie odeszły.

Zawiadomiwszy kolegów, których pomoc uprzednio sobie zapewniłem, dałem ciężarnej kilka kropel nalewki makowcowej, dla złagodzenia bólów, a sam zająłem się przygotowaniem stołu, środków opatrunkowych, przedtem dokładnie przezemnie samego wygotowanych, i wogóle ustawieniem wszystkiego, co do operacji było potrzebne, w przeznaczonym na ten cel pokoju.

Wkrótce przybyli koledzy: BILCZYŃSKI, KUNIEWICZ, PASŁAWSKI, ROGOZIŃSKI SOŁOWIEJCZYK, WINAWER i BORSUK, który się zajął ostatecznem przygotowaniem poprzednio odkażonych narzędzi. W asystencyi i przy łaskawej pomocy wymienionych kolegów zacząłem operację o godz. 6-ej rano, a zatem już przy świetle dziennem. Po zbadaniu rodzącej wraz z kol. WINAWEREM i znalezieniu ujścia macicy dostatecznie otwartem, co zapewniało swobodny odpływ odchodów w położeniu, i wobec całego stawiającego się pęcherza płodowego, rodzącą położono na stół i zachloroformowano. Po dokładnem obmyciu brzucha i ogoleniu dolnej jego części, ustawiłem macicę w ten sposób, aby jej wymiar podłużny dokładnie odpowiadał smudze białej. Zacząłem cięcie w smudze białej od pępka ku dołowi tak nisko, aby tylko nie narazić na zranienie pęcherza moczowego, który opróżniono poprzednio zapomocą cewnika. Przytrzymywaniem macicy

zajął się kol. KUNIEWICZ, osuszaniem rany i przytrzymywaniem brzucha od góry kol. BORSUK. Krwawienie prawie żadne. Doszedłszy do otrzewny, przeciąłem ją nożyczkami na całej długości rany. Następnie przedłużyłem cięcie ścian brzusznych ku górze, aż na szerokość 3-ch palców poniżej mostka i wytoczyłem, przy pomocy kol. KUNIEWICZA, ciężarną macicę na zewnątrz. Zamiast nakładania przewiązki elastycznej tymczasowej na dolny odcinek macicy, co przedstawia tę niedogodność, że z powodu dłuższego i zbyt silnego ucisku często następuje zwiócenie (*atonia*) macicy, prosiłem kol. KUNIEWICZA o wywieranie tego ucisku zapomocą palców. Cięcie macicy przeprowadziłem przez środek jej dna i ściany przodowej. Natrafiwszy na łożysko (*placenta praevia cesarea*), szybko je oddzieliłem i wyjąłem; poczem bezpośrednio wydobylem i płód, schwyciwszy go za nóżki. Dziecko niewielkie, żywe, dobrze ukształtowane i zdrowe, oddałem akuszerce. Po wyjęciu zawartości macica skurczyła się doskonale, krwotoku prawie żadnego nie było. Przystąpiłem zatem do nałożenia szwów. Na macicę nałożyłem szew dwupiętrowy, do czego użyłem jedwabiu. Najpierw zwyczajnym szwem węzłkowym zeszyłem tkankę mięśniową, unikając zajmowania błony śluzowej, a następnie otrzewną, pokrywającą macicę, zespoilem szwem LEMBERT'a. Dokonawszy tego, włożyłem macicę do jamy brzusznej, zeszyłem ranę powłok brzusznych i nałożyłem zwykły opatrunek wyjałowiony.

Przez cały czas operacji baczyłem starannie, aby trzewa jamy brzusznej jak najmniej były w zetknięciu z otaczającym powietrzem. Brzuch od początku operacji był przykryty serwetkami, namoczonymi w ciepłym słabym roztworze sublimatu. Brzeżi rany brzusznej, po wytoczeniu macicy na zewnątrz, były zbliżone do siebie, aby zamknąć o ile możności jamę brzuszną tak dokładnie, iżby się do niej nie dostało przy rękoczynach, dokonywanych na samej macicy. Do wacików, służących do osuszania rany, używany był słaby roztwór sublimatu. Dlatego też toalety jamy brzusznej po dokonaniu operacji nie robiłem, z uwagi, że choćby się tam i dostało trochę krwi, to niewielkie z tego nieszczęście, zważywszy, że krew sama przez się jest płynem aseptycznym i łatwo się wehłaniającym. Natomiast wprowadzanie ciał obcych, choćby nawet wacików dokładnie odkażonych, tarcie, wycieranie i tym podobne drażnienie otrzewny uważam nie tylko za bezużyteczne, ale nawet za szkodliwe.

Przebieg po operacji był bardzo pomyślny, położnica jak zasypiała, tak i obudziła się w zupełnie dobrem usposobieniu, nie skarżąc się na nic, a zapytana, odpowiadała, że nic jej nie boli i czuje się zupełnie dobrze. Żadnych nieprzyjemnych przypadłości po chloroformie nie było. Ciepłota ciała ani razu nie podniosła się wyżej normy, to jest zwykle nie dochodziła 37°C. Ósmego dnia zmieniłem pierwszy raz opatrunek, zdjąłem kilka szwów brzusznych, a czternastego resztę. Rana brzuszna zupełnie się zagoiła. Czwartego dnia po operacji dałem oleju rycinowego. Pożywienie dostawała chora zwykle w takich razach. W trzy tygodnie pozwoliłem jej podnieść się po raz pierwszy, a w cztery wróciła do zwykłych swych zajęć zupełnie zdrowa.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

90. L. LEWIN. **Pierwsza pomoc w otruciu.** Pomoc lekarska w przypadkach ostrego otrucia winna czynić zadość trzem wskazaniom: *a*) wydalenie jadu z ustroju możliwie szybko i dokładnie; *b*) zobojętnienie trucizny pod względem chemicznym tak, aby ona czasowo lub na zawsze utraciła swe własności szkodliwe; *c*) usunięcie wywołanych przez truciznę zaburzeń w czynnościach narządów lub całego ustroju.

Cele powyższe osiągamy zapomocą środków mechanicznych, czysto chemicznych lub farmakodynamicznych.

Co do pierwszego wskazania, to, ponieważ najczęściej trucizna dostaje się przez żołądek, przeto pierwszym zadaniem w większości przypadków jest opróżnienie żołądka. Przy bardzo wielu otruciach, nawet przy ciężkich objawach ogólnych (drgawki, utrata przytomności i t. p.) dokładne opróżnienie żołądka sprowadza wyzdrowienie zupełne (np. w otruciu karbolem). Rozumie się, wyniki zależą od szybkiej pomocy i od rodzaju trucizny. Przy otruciu kwasem cyanowym po 5—10 minutach pomoc bywa już spóźniona, gdy po otruciu fosforem, nitrobenzolem lub cukrem ołowianym po $\frac{1}{2}$ —1 godz. opróżnienie żołądka może przynieść istotną pomoc. W każdym jednak razie należy dokonać opróżnienia żołądka nawet wtedy gdy już wystąpiły objawy ogólne zatrucia, a nawet wówczas, gdy jad dostał się do ustroju inną drogą np. podskórną, niektóre bowiem trucizny (jod, morfina) wydzielają się przez żołądek.

Do opróżnienia żołądka posiadamy dwa środki: wymioty i przepłukiwanie żołądka. Jakkolwiek większość trucizn wywołuje bezpośrednio lub odruchowo wymioty, jednakże nie usuwa to konieczności przepłukania żołądka. Za najodpowiedniejszy w tym celu przyrząd należy uważać długi, miękki zgłębnik żołądkowy z balonem. Balon posiada odpowiedni wentyl i dwie rurki; przez stosowne nakładanie balonu można płyn odpowiedni wprowadzać do żołądka albo też wydobywać go. Przepłukiwania należy dokonywać nawet w stanie nieprzytomnym chorego; brak pomocy, jaką przedstawia polykanie, nie stanowi bynajmniej przeszkody nie do pokonania. Jeżeli istnieje szczękoscisk, a przytem niema braku zębów, należy szybko wyjąć ząb i przystąpić do sondowania. Jednakże w pewnych otruciach lekarz nie może ograniczyć się na prostem przepłukaniu żołądka. Skoro jest znany rodzaj trucizny, należy dodawać do wody odpowiednie odtrutki chemiczne. Tak, w otruciu fosforem przepłukujemy rozcieńczonym roztworem siarczanu miedzi; w otruciu karbolem—roztworem siarczanu sodu; w otruciu solą szczawikową—wodą wapienną; w otruciu cukrem ołowianym—siarczanem cynku; w otruciu chromem—rozcieżczonym roztworem soli ołowianych i t. d. Zgłębnik żołądkowy może nam oddać jeszcze jedną przysługę. Jeżeli skutkiem podrażnienia nerwów czuciowych żołądka następują wyczerpujące chorego mdłości i wymioty, przepłukujemy żołądek rozcieńczonym roztworem kokainy (0,05—0,1 : 1000,0 wody); dla zapobieżenia zapaleniu żołądka—wodą z lodem; przy krwotokach—roztworem półtorachlorku żelaza. Jeżeli przy otruciu ciałami żrącymi dostęp do przelyku jest niemożliwy, wówczas jest wskazane przecięcie przelyku (*Oesophagotomia*). W każdym razie ani naturalne ani sztuczne wymioty nie są w stanie zastąpić przepłukania żołądka. Jeżeli jednak dla jakichkolwiek bądź powodów przepłukiwanie jest niemożliwe, wówczas uciekamy się do środków wymiotnych. Nigdy jednak nie należy stosować w tym celu środków olejnych lub tłuszczowych, ani ciepłej wody. Należy stosować tylko trzy środki: 1) proszek gorzycy, rozbełtany z wodą (8—10,0 na szklanek wody); 2) siarczan miedzi (1,0); 3) *apomorphinum hydrochloricum* podskórnie (0,02). Pierwsze dwa środki może stosować nawet i nielekarz. W razie nieprzytomności chorego pamiętać należy o położeniu głowy, aby wymiociny nie mogły się dostać do dróg oddechowych. Takimi środkami rozporządzamy w celu wydalania jadu z żołądka.

Są jednak pewne trucizny, które nie rozpuszczają się w żołądku, lecz dostają się szybko do przewodu pokarmowego i tu dopiero wchłaniają się do krwi przez błonę śluzową kiszek (np. oleje lub soki z roślin trujących, należących do wilczomleczowatych—*Euphorbiaceae*). Do usunięcia jadu z kiszek używamy środków przeczyszczających, lecz z pośród nich tylko sole, najlepiej sól SEIGNETTE'a (10,0—20,0 w wodzie, zapomocą zgłębnika żołądkowego lub przez połknięcie). Nadto można używać sól glauberską i gorzką, szczególnie w otruciach jadami roślinnymi.

Zgłębnik żołądkowy może mieć zastosowanie także przy wydalaniu jadu z innych dostępnych nam jam ciała: z jamy opłucnej, z odbytnicy, z macicy, jamy nosowej (np. otrucie chromem), a nadto można działać chemicznie pewną odtrutką na jad.

Wszystkie jednak zabiegi powyższe tracą swą wartość, gdy jad dostał się do krwi. Wówczas tylko przez wzmożenie czynności gruczołów chłonnych możemy osiągnąć niejakię wyniki. Lecz to przechodzi już zakres pierwszej pomocy przy

otruciu. Natomiast pozostaje nam jeszcze jedna droga, mianowicie nerki. Jednocześnie z przepłukiwaniem żołądka lub środkami przeczyszczającymi, wprowadzamy do żołądka *liquor kalii acet.* albo lepiej *tartarus boraxatus* (25,0:500,0 wody).

Na szczególną uwagę zasługuje wydalanie jadu, który dostaje się do krwi przez skórę. Tą drogą przechodzą tylko: 1) jady żrące; 2) lotne; 3) rozpuszczone w lotnych substancjach (wyskok, eter, chloroform, dwusiarek węgla); 4) jad w postaci drobnego proszku, w tłuszczu i mocno wcierany w skórę. W przypadkach podobnego otrucia należy usunąć odzież i dobrze wymyć skórę mydłem i możliwie zimną (nie ciepłą!) wodą. Przy nadżarciach skóry należy działać odpowiednimi odtrutkami chemicznymi, jednocześnie zaś często zmieniać zimne okłady. Później zaś, dla zmniejszenia napięcia skóry, wcieramy środki olejne, względnie tłuste. O ile tylko natura chemiczna jadu pozwala, lekarz winien pośpiesznie zastosować odtrutki i w ten sposób czynić zadość drugiemu wskazaniu. Przy otruciu kwasami stosujemy alkalia, przy otruciu alkaliami—kwasy; przy otruciu fosforem—siarczan miedzi w wielkich dawkach, lecz w rozcieńczonym roztworze; przy otruciu arsenem—woda tlennika żelaza. Rozumie się, do środków powyższych możemy mniejszą nadzieję przywiązywać, jeżeli pod wpływem jadu nastąpiło nadżarcie samej tkanki żołądka albo też jad dostał się do krwi. Dlatego też zawsze najważniejszą czynnością w razie otrucia jest możliwie dokładne i śpieszne wydalanie jadu z żołądka.

Rzadko niezmiernie zdarza się, aby lekarz był wezwany przed wystąpieniem ogólnych objawów otrucia. Objawy te mniej lub więcej mogą być groźne; jako takie, wymagają odpowiednich zabiegów. Do objawów groźnych należą: 1) znaczny upadek czynności serca; 2) brak oddechu; 3) początek porażenia mózgu; 4) ciężkie drgawki; 5) znaczne zmiany czerwonych krążków krwi, względnie barwnika krwi.

1) Pierwszy objaw wymaga zastosowania środków, podniecających czynność serca. Ponieważ jednak skutkiem zaburzeń krążenia, zdolność wchłaniania jest zmniejszona, przeto wstrzykiwanie podskórne środków podniecających mniejsze wyniki osiągnąć może. Najodpowiedniejszą drogą jest odbytница. Po oczyszczeniu odbytницы ciepłą wodą zapomocą balonu, w tenże sam sposób wprowadzamy do kiszki i to możliwie wysoko środek podniecający. W tym celu stosujemy: amoniak (30 kropel na 2 szklanki wody), wyskok (koniaku 1 łyżeczkę od herbaty na szklanke wody z dodatkiem roztworu *gummi arabic.*), *ol. camphor.* ($\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki w tłuszczu obojętnym) i kawę czarną. Jeżeli mamy prawo przypuszczać, że wchłanianie w tkance podskórnej nie jest upośledzone, to najodpowiedniej użyć podskórnie 3,0—4,0 *tinctur. moschi.* Oprócz tego zalecamy bardzo gorące okłady z wody na serce, gorące poduszcзки z piaskiem lub ciepłe kataplazmy.

2) Przeważna część trucizn wywołuje zaburzenia w akcie oddychania. Jeśli mamy przed sobą ciężką duszność z sinicą lub bez niej albo też zupełny brak oddechu, w takim razie koniecznie należy wywołać oddech sztucznie lub odruchowo. Najszybszy i najpewniejszy sposób wywołania oddechu drogą odruchową polega na puszczaniu prądu możliwie zimnej wody na kark. Co do sztucznego oddychania, to stosujemy różne sposoby zależnie od okoliczności. Zwykle stosowane sposoby (przewracanie z położenia boczego na brzuszne i uciskanie klatki piersiowej, podnoszenie ramion przy położeniu grzbietowym nad głowę i opuszczanie ich na klatkę) najczęściej osiągają pomyślne wyniki. Jeśli mamy do pomocy 2—3 ludzi, możemy zastosować metodę wahań: lekarz siada na krześle i obejmuje między kolaną głowę chorego; dwaj pomocnicy, wzięwszy go za nogi, podnoszą cały tułów możliwie wysoko, a następnie je opuszczają. Szczególnie pożytecznym wydaje się wyciąganie języka, zalecane przez LABORDE'a. Jeżeli jednak powietrze ma zamknięty dostęp do płuc skutkiem obrzmienia języka, zapadania tegoż ku tyłowi, obrzęku głośni i t. p., wówczas wyciąganie języka już nie wystarcza i trzeba się uciec do tracheotomii i sztucznego wdmuchiwania powietrza przez rurkę. Należy tylko ostrzegać przeciwko używaniu amoniaku, tak często niestety stosowanego w razie utraty przytomności, ponieważ środek ten wywołuje zamknięcie głośni i przerwę oddychania, i tak już mocno utrudnionego.

3) Porażenie mózgu bywa zwykle następstwem zaburzeń oddechu i czynności serca, może jednak zjawiać się i pierwotnie pod wpływem jadów mózgowych. W podobnych przypadkach zalecić należy drażnienie skóry, przez bicie jej, przez

kładzenie gorczycy rozbełtanej z ciepłą wodą na kark, podeszwy lub dołek podsercowy. Także energicznie działa amoniak w postaci okładu napojonego nim i odpowiednio przykrytego dla uniknięcia ulatniania się amoniaku. Z innych środków można stosować *tinct. moschi* podskórnie, także kamforę, małe ilości mocnego wina lub koniaku przez odbytnicę lub kawę czarną tąż drogą.

4) Przeciwno drgawkom tężcowym stosować należy wdychania środków znieczulających (eter-chloroform). Środki te usuwają także drgawki podobne do padaczkowych. Przy lekkich drgawkach klonicznych należy wprowadzać do odbyticy większe ilości naparu *rad. valer.* Surowo jednak zabronić należy używania wodanu chloralu ze względu na działanie jego na serce. W razie potrzeby, dla szybkiego uspokojenia chorego, można stosować paraldehyd (3,0 dobrze zmieszane z żółtkiem) przez odbytnicę.

5) Wiele rodzajów trucizn wywołuje zmiany w czerwonych krążkach krwi. Tlenek węgla, siarkowodór, arsenowodór, hydroksylamina, sulfonal, nitrobenzol, anilina, chloran potasu i t. d. zmieniają oksyhemoglobinę w methemoglobinę, hematyne, sulfohemoglobinę lub hematoporfirynę i uniemożliwiają w ten sposób prawidłową wymianę gazów we krwi. Jako zasadę ogólną przyjąć należy, że w takich razach tylko upust krwi może wydać pomyślne wyniki. Jednocześnie wydalamy jad z ustroju, a także wywołujemy nowy prąd soków z naczyń chłonnych do przestrzeni krwionośnych, przez co podnosi się ciśnienie krwi i wzmagą czynność serca. Jeżeli można, należy wprowadzić do żył roztwór soli kuchennej (0,6%) z dodatkiem 0,1% sody lub bez niej, w ilości odpowiadającej dwukrotnej masie wypuszczonej krwi.

Oto są główne zabiegi, jakie lekarz winien przedsięwziąć w ostrem otruciu. Nigdzie może nie wymaga się od lekarza więcej przytomności umysłu, zdolności szybkiego orientowania się i wiedzy. Tutaj należy jednocześnie stosować kilka środków, kilka rękoczynów; lecz głównym zawsze celem, do którego lekarz ma dążyć, winno być wydalenie jadu z ustroju.

(Berl. klin. Wochenschr. N. 24. 1895).

W. M.

91. F. HIRSCHFELD. **Śpiączka cukrzycowa.** Śpiączka cukrzycowa obok grużlicy płuc jest najczęstszą przyczyną zejścia śmiertelnego chorych dotkniętych cukrzycą. Pierwotnie, opierając się na statystyce BLAU'a, autorzy przypuszczali, że śpiączka wikła jedynie cukrzycę z przebiegiem ostrym, jaką się spostrzega u ludzi młodych; później jednakże chirurdzy poczęli zwracać uwagę na występowanie objawów śpiączki po operacjach, dokonanych z powodu gangreny w przypadkach cukrzycy przewlekłej. Obecnie wszyscy zgadzają się na to, że przebieg choroby bynajmniej nie wpływa na wystąpienie objawów śpiączki. HIRSCHFELD przypisuje doniosłą wartość wykrycia w moczu acetonu. W 7-iu przytoczonych przez niego przypadkach ilość acetonu w ostatnich tygodniach życia chorego stale się zwiększała, dochodząc nawet do 3 grm. na dobę. Wydzielanie przeszło jednego gramu acetonu, zdaniem HIRSCHFELD'a, jest objawem bardzo groźnym, nawet przy dobrym stanie ogólnym chorego. Wydzielanie acetonu dotąd uważano za zaburzenie czynnościowe, nic wspólnego z wydzieleniem cukru nie mające; tak, wykrywano aceton przy głodzeniu, chorobach gorączkowych i rakach. Zwiększone wydzielenie acetonu w tych przypadkach zdaniem H. jest jedynie następstwem niedostatecznego wprowadzania do ustroju węglowodanów, aceton bowiem znika, jak tylko chorzy zaczynają spożywać więcej pokarmów roślinnych lub mleka. W cukrzycy zaś ustrój traci zdolność rozkładania węglowodanów i acetonu. Częstą przyczyną, sprzyjającą wybuchowi groźnych objawów śpiączki, jest nadmierny wysiłek z jednej strony i niedostateczne odżywianie z drugiej. Wynika stąd, jak ostrożnym trzeba być w zalecaniu chorym cukrzycowym ruchu lub ścisłej diety; jeżeli w jednym przypadku śpiączka występuje po zbyt męczącym spacerze, to w drugim to samo wywołuje wprowadzanie do ustroju wyłącznie pokarmów białkowych. W ostatnich czasach BECKER zwrócił uwagę na narkozę, jako przyczynę, wywołującą śpiączkę; zdaniem HIRSCHFELD'a działanie narkozy zależy od szkodliwego wpływu chloroformu na serce i układ naczyniowy, t. j. mamy tu działanie analogiczne z nadmiernym wysiłkiem mięśniowym. Z chorób gorączkowych jedynie grypa może czasem sprzyjać wybuchowi śpiączki. Rozpoznanie śpiączki w większości przypadków jest łatwe; chorzy narzekają na zaburzenia żołądkowe, ból głowy i uczucie duszności, oddech staje się głębokim i częstym, chorzy tracą przytomność i w 2—10 dni

po wystąpieniu tych objawów następuje śmierć. Niezawsze jednakowoż przebieg bywa tak ostry; są prócz tego tak zwane postaci poronne, przy których występuje jeden lub drugi objaw, który po kilku dniach znika, i jedynie obecność większej ilości acetonu w moczu naprowadza lekarza na myśl, że ma do czynienia z lekką postacią śpiączki. Do objawów śpiączki podobne są objawy, towarzyszące osłabieniu działalności serca, występujące u chorych cukrzycowych po nadmiernych wysiłkach fizycznych; i tu jedynie obecność acetonu może rozstrzygnąć rozpoznanie. Czasem w śpiączce na pierwszy plan występują objawy ze strony przewodu pokarmowego, jak: uporczywe zaparcie stolca i wymioty. SCHMITZ jest nawet zdania, że w wielu przypadkach śpiączka bywa następstwem otrucia wytworami trawienia kiszkiowego, i zaleca w celu leczniczym jedynie środki czyszczące. Ze względu na mogącą wystąpić śpiączkę, leczenie chorych na cukromocz wymaga wielu ostrożności; szczególnie należy być ostrożnym w zalecaniu ruchu; konieczne jest w każdym przypadku, prócz badania moczu na aceton, zwracać uwagę, jaki wpływ wywiera zmęczenie na tętno i oddech, i w każdym razie unikać wysiłków. Niemniej ważnym czynnikiem jest regulowanie diety: małe ilości węglowodanów, niezbyt wiele białka, dużo tłuszczów, a także i wyskok. Tam, gdzie objawy śpiączki już wybuchły, zaleca się użycie większej ilości węglowodanów i gliceryny, jako zmniejszającej wydzielanie acetonu. Od zalecanych przez STADELMAN'a wstrzykiwań podskórnych rozczywnów alkalicznych H. wiele korzyści nie zauważył.

W rozprawach HIRSCHBERG przytacza 2 przypadki operacji jaskry, po których również wystąpiły objawy śpiączki, z nich nawet jeden zakończył się śmiercią; do znieczulenia oka użył kokainy.

A. FRAENKEL przytacza przypadek ciężkiej cukrzycy u 15-letniej dziewczyny, której przy odpowiedniej dyecie przybyło nawet 30 funtów i stan ogólny był bardzo dobry, kiedy nagle z powodu *parulis*, która prędko przyjęła charakter zgorzeli nowy, w przeciągu 24 godzin nastąpiła śmierć przy objawach śpiączki cukrzycowej. Zamiast węglanu sodu stosuje F. fizjologiczny rozczywn soli kuchennej.

KAREWSKI przypuszcza, że wiele objawów śpiączki, występujących u starych osób po operacjach z powodu zgorzeli, zależy nie tyle od cukromoczu, ile od posocznicy i miażdżycy tętnic. Przy rozpoczynających się objawach śpiączki K. gorąco zaleca wstrzykiwanie rozczywnów alkalicznych, do 30 gm. węglanu sodu na dobę.

Zdaniem STADELMAN'a śpiączka zależy od otrucia ustroju kwasami. U wielu z tego punktu widzenia usprawiedliwione jest zalecanie przez STADELMAN'a wprowadzanie do ustroju dużych ilości alkaliu, tembardziej, że są one zupełnie nieszkodliwe, nawet przy bezpośrednim zastrzykiwaniu do żył.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, N. 25 i 26).

M. F.

92. A. ROBIN. O przemiennem (*alternans*) leczeniu moczówki cukrowej. Niezależnie od teorii, upatrującej źródło moczówki cukrowej w trzustce, istnieją nadto dwie główne teorie patogenezy tego cierpienia. Według jednej przyczyna choroby leży w nadmiernem wytwarzaniu cukru, według drugiej w niedostatecznym jego spalaniu skutkiem zwolnienia przemiany materii w ustroju. Stąd wynikają dwie metody lecznicze, zasadniczo sobie przeciwne: jedna dąży do zmniejszenia wytwarzania cukru przez zwolnienie przemiany materii wogóle; druga przeciwnie, ma na celu przyspieszenie spalania cukru przez podniesienie przemiany ogólnej.

Autor przychyła się (co zresztą starał się uzasadnić w pracach poprzednich) ku pierwszej teorii. Twierdzi mianowicie, że u osób, dotkniętych moczówką, daje się zauważyć wzmoczenie wszelkich czynności chemicznych w ustroju i przemiany wogóle, a nadewszystko nadmierna czynność ze strony wątroby i układu nerwowego. Dlatego też osiłą zabiegów leczniczych winny być trzy cele: zwolnienie przemiany ogólnej; usuwanie środków, przyspieszających przemianę; pozabawianie ustroju pokarmów, z których najłatwiej może się wytwarzać cukier.

Ponieważ dotknięci cukromoczem tracą dużo części mineralnych, przeto ze zjawiska tego wypływa wskazanie, aby przez dowóz odpowiednich środków z zewnątrz wynagradzać ustrojowi poniesione braki.

Środki leczenia można ułożyć w trzy grupy. Do pierwszej należy antypiryna; do drugiej związku arsenowe, ziemie alkaliczne, siarczan chininy; do trzeciej kofeina (waleryana), makowiec, wilcza jagoda (*belladonna*), bromek potasu. Obok tego w charakterze środków pomocniczych wymienić należy chinę, alkalia i tran. Każda z tych trzech grup odpowiada pewnemu okresowi leczenia, któremu autor nadaje miano przemiennego.

Okres pierwszy. Zaleca się antypirynę dwa razy dziennie po 1,0 wraz z węglanem z sodu po 0,5. Antypiryny nie należy dawać dłużej nad dni 5. Nadto przeciwwskazana jest u chorych z białkomoczem, u osób tłustych, a także w okresie chudnięcia. Jeśli po 4 dniach niema zmniejszenia cukru o 10—15%, to antypirynę należy usunąć i do niej nie wracać.

Okres drugi. Po 4—5 dniach przerywamy antypirynę i przystępujemy do środków obniżających przemianę: siarczan chininy, przetwory arsenowe, kodeina, węglan litynu. Autor zaleca następującą formę: 1) przed obiadem 0,4 chininy, używać przez 5 dni; następnie pauzować 4 dni i znów używać chininę przez 6 dni; 2) przed śniadaniem i przed kolacją po jednym proszku *natrii arsenicosi* 0,002—0,003, *lithii carbonici* 0,1—0,15, *codeini* 0,02—0,03, *pulv. theriacal.* 0,25, *extr. chinae pulver.* 0,4. *Mf. pulvis.* Jako środki pomocnicze należy zalecać, jak i w pierwszym okresie: tran, wino chinowe, alkaliczne wody mineralne.

Okres trzeci. Po 15 dniach autor stosuje przez 10 dni pigułki: *extr. belladonnae* 0,005, *extr. thebaic.* 0,01, *extr. valerianae* 0,1, *pulveris cort. chinae q. s. ut. f. pilula.* Pierwszego i drugiego dnia 1 pigułka co 6 godzin; 3-go i 4-go dnia 1 pigułka co 4 godziny; 5-go i 6-go co 3 godz.; 7-go i 8-go co 6 godzin; 9-go i 10-go co 8 godzin. W ciągu tego okresu zaleca do picia wodę przegotowaną z dodatkiem 8,0 węglanu sodu na litr wody. Tran należy zaprzestać. W razie jeżeli chory nie znosi mاکowca i belladonny albo też należy do osób nerwowych, trzeba używać, zamiast pigulek powyższych, 2,0—3,0 bromku sodu w ciągu 8 dni.

Dla całej kuracji autor podaje następujący szemat. Naprzód zaleca na 5—8 dni dyetę BOUCHARDAT'a, poczem określa ilość cukru w moczu. Następnie daje przez 4—5 dni antypirynę i znów określa cukier w moczu. Jeżeli cukier znikł, zaleca tylko przez dłuższy czas ścisłą dyetę. W razie jeżeli cukier nie znika, przechodzi do drugiego okresu i używa proszków powyższych przez 15 dni. Następnie czyni przerwę przed trzecim okresem. Zresztą od czasu do czasu robi przerwy miesięczne, ograniczając wówczas całą kurację wyłącznie do ścisłej dyety. Po ukończeniu seryi powyższej rozpoczyna ją powtórnie od początku. W czasach przerwy stosuje wody alkaliczne, lecz tylko wtedy, jeżeli chory wydziela nadmierne ilości azotu; wówczas można nawet uciec się do przetworów żelaznych. W razie ciężkich przypadków moczówki cukrowej leczenie zmienia się cokolwiek, odpowiednio do warunków. W razie moczówki u dzieci należy łączyć leczenie przemienne z leczeniem tonicznym (żelazo, unikać przetworów mاکowca). Przy moczówce z azoturią skutkiem wyniszczenia są wskazane: tran, pokarmy tłuste, żelazo, strychnina.

Powyższą metodę autor stosował w 100 przypad. moczówki cukrowej, przy czem wszyscy chorzy wydzielali powyżej 100,0 cukru dziennie. Wyniki otrzymane dają się tak wyrazić: 1) Ostateczne wyleczenie zostało osiągnięte w 24 przypadkach w ciągu 3 miesięcy do 2 lat. 2) W 25 przypadkach zupełne wyleczenie jest jeszcze wątpliwe. Tyczą się to chorych, którzy wydzielali od 105,0 do 350,0 cukru. Cukier u nich powielekroć znikał z moczu, zjawiał się jednak powtórnie pod wpływem wzruszeń moralnych lub wykroczeń dyetetycznych. 3) W 33 przypadkach poprawa była znaczna, o ile chorzy ściśle się trzymali przepisanej dyety. Z tych u 14 chorych, wydzielających 110,0—520,0 cukru dziennie, cukier znikał, lecz wkrótce zjawiał się, a ilość jego wahała się między 5,0 a 50,0. U 17 innych, wydzielających 120,0—180,0, cukier nigdy nie znikał, lecz utrzymywał się poniżej 50,0; w dwóch przypadkach nie udało się sprowadzić ilości cukru poniżej 73,0 dziennie. 4) W pozostałych 18 przypadkach nie osiągnięto żadnego skutku alboważ wyniki były na tyle chwilowe, iż nie można było uważać ich za poprawę. Długość trwania kuracji była bardzo zmienna—od kilku dni lub tygodni do wielu miesięcy. W większości przypadków należało powtórzyć kilkakrotnie powyżej przedstawioną seryę leczenia.

(*La semaine médicale* № 30 1895 r.).

W. M.

93. H. EICHHORST. O stosunku zapalenia surowiczego opłucnej do gruźlicy. Dane, dotyczące stosunku, jaki zachodzi pomiędzy zapaleniem surowiczem opłucnej i gruźlicą, różnią się znacznie pomiędzy sobą. Z 54 chorych, dotkniętych zapaleniem surowiczem opłucnej, jakich spostrzegali BARRS, 18 t. j. 33,3% po upływie 5-u lat zmarło na gruźlicę. Wyniki spostrzeżeń FIEDLER'a są jeszcze mniej korzy-

stne, albowiem z 91 osobników, dotkniętych zapaleniem surowiczem opłucnej, po upływie 2-oh lat tylko 21 czyli 22,8% było niedotkniętych gruźlicą. Opierając się litylko na spostrzeżeniach klinicznych, nigdy nie będzie można odpowiedzieć mniej lub więcej stanowczo na następujące pytania: czy zapalenie opłucnej bywa wywoływane przez skrytą gruźlicę? czy wysięk surowiczy tak ujemnie wpływa na tkankę płucną, iż staje się ona więcej dostępną dla laseczników gruźlicy? lub czy zapalenie surowicze opłucnej i gruźlica płuc zależą od gruźlicy jakiegoś innego narządu? Do rozwiązania szeregu tych pytań oprócz spostrzeżeń klinicznych nieodzowne są i badania bakteriologiczne. Najprostsze jest, jak wiadomo, badanie wysięku surowiczego na obecność laseczników gruźlicy, lecz o ile znalezienie ich jest niezbitym dowodem, przemawiającym za charakterem takiego wysięku, o tyle znów nieznanie bynajmniej nie dowodzi, aby dany wysięk nie był gruźliczym, tembardziej, że poszukiwania laseczników gruźliczych w wysiękach przedstawiają pewne trudności.

Ażebym stosunek pomiędzy zapaleniem surowiczem opłucnej a gruźlicą udowodnić z matematyczną prawie ścisłością, istnieje, według EICHHORST'a, jedna tylko droga, a mianowicie połączenie klinicznych spostrzeżeń z doświadczeniami na zwierzętach. Autor każdemu choremu z zapaleniem surowiczem opłucnej robi próbne przekłucie w ciągu pierwszych 3-oh dni pobytu w klinice i wysięk zastrzykuje do jamy brzusznej śwince morskiej. Zwierzę pozostawia przy życiu w ciągu 6 do 8 tygodni, potem zabija i bada narządy wewnętrzne co do gruźlicy. E. w początku swoich doświadczeń posiłkował się zwyczajną strzykawką PRAVAZ'a, zastrzykując zawartość jednej tylko strzykawki. Wyniki takich doświadczeń były dosyć ujemne: z 11 przypadków, w których po przekłuciu próbnym zastrzyknięto świnkom morskim po 1 grm. wysięku surowiczego, tylko u jednej znaleziono po upływie pewnego czasu gruźlicę gruczołów w jamie brzusznej. Ponieważ jednak nawet w przypadku, gdzie u osobnika z zapaleniem opłucnej surowiczem, u którego w następstwie rozwinęła się gruźlica płuc, doświadczenie ze świnką morską dało wynik ujemny, E. zaczął przypuszczać, iż w doświadczeniach jego musi być niedokładność; z drugiej zaś strony, ponieważ znalezienie laseczników gruźlicy w wysiękach przedstawia dlatego trudności, że laseczników tych jest niewiele, autor zaczął zastrzykiwać świnkom morskim znacznie większe ilości płynu surowiczego, otrzymywanego od osobników, dotkniętych zapaleniem surowiczem opłucnej, a mianowicie około 15 cm. sz. W rzeczy samej, wyniki wtedy znacznie się zmieniły. Zastrzyknięty w tej ilości płyn świnkom morskim od 23 osobników, które w okresie pozornie zupełnego zdrowia dotknięte zostały zapaleniem surowiczem opłucnej, wywołał gruźlicę w narządach jamy brzusznej u 15 świnek morskich czyli u 65,2% przypadków. Doświadczenia te dowodzą, iż niewątpliwie istnieje ścisły związek między zapaleniem opłucnej a gruźlicą, i przynajmniej dwie trzecie wszystkich przypadków zapalenia surowiczego opłucnej mają charakter gruźliczy. EICHHORST jest zdania, że zapalenie surowicze opłucnej nietylko jest zależne od ognisk gruźliczych w samych płucach, ale raczej od gruźlicy gruczołów oskrzelowych, czasami jednak i sama opłucna pierwotnie dotknięta bywa gruźlicą. Z doświadczeń swoich nakoniec autor wyprowadza wnioski praktyczne, mające znaczenie przy rokowaniu u osobników, dotkniętych surowiczem zapaleniem opłucnej, jak również i przy leczeniu, przypominając, że osobnik, wyleczony z zapalenia surowiczego opłucnej, może być tylko pozornie zdrowym, a ścisła dalsza obserwacja nad jego zdrowiem może pozwolić zająć się wczesnym leczeniem odpowiedniemi rozwijającej się u niego gruźlicy. Co się zaś tyczy wysięków surowiczych w innych jamach, jak np. w osierdziu, to z 27-u przypadków, spostrzeganych przez E., 8 t. j. prawie $\frac{1}{3}$ część okazała się pochodzenia gruźliczego. Podobny zapewne stosunek, według słów autora, zachodzi i przy zapaleniu otrzewnej, opon mózgowych, przy wysiękach w stawach i t. p. (*Corr.-Blatt für Sch. Aerzte* № 13. 1895). S. M.

94. MEUNIER. **Przyczyna do nauki o odmie piersiowej** (*pneumothorax*). O stanie naprężenia gazu, zawartego w jamie opłucnej, różni autorowie wypowiadali najrozmaitsze zdania, co należy przypisać temu, że wnioski swe w tym kierunku wyprowadzali po większej części na podstawie rozumowania, nie zaś doświadczeń. Cały szereg ścisłych doświadczeń, dokonanych na ludziach i zwierzętach (1895 — 1886) przez WEIL'a, określił ciśnienie gazu w jamie opłucnej, jak następuje :1) Prze-

ciężne ciśnienie powidtrza w jamie opłucnej jest ujemne w przypadkach odmy piersiowej zamkniętej, równe ciśnieniu atmosferycznemu w przypadkach odmy otwartej, dodatnie w przypadkach odmy z klapą. 2) Wahania w ciśnieniu w jamie opłucnej pod wpływem ruchów oddechowych są największe przy odmie zamkniętej, najmniejsze przy odmie otwartej, średnie zaś przy odmie z klapą.

Co się tyczy zawartości tlenu i kwasu węglanego w gazie przy odmie, badania EWALD'a (1875) wykazały: 1) W odmie otwartej tlenu 12—18% i mniej niż 5% kwasu węglanego. 2) W odmie zamkniętej mniej niż 10% tlenu i od 15 do 20% kwasu węglanego. 3) Pośrednie miejsce zajmuje odma z klapą, gdzie E. znajdował mniej niż 12% tlenu i od 5 do 10% kwasu węglanego. Zawartość kwasu węglanego może więc służyć za wskazówkę różniczkową pomiędzy odróżnianymi trzema postaciami odmy piersiowej.

Mając na uwadze dane powyższe, autor przeprowadził szereg badań na trzech chorych odnośnych zapomocą zbudowanych przez siebie bardzo prostych, aczkolwiek dokładnych przyrządów. W pierwszym przypadku odmy zamkniętej, powstałej sztucznie wskutek wadliwego nastawienia kranu w przyrządzie POTAIN'a podczas przekłucia, badanie w 6 dni po wypadku wykazało: ciśnienie gazu podczas wdechu—8 ctm. wody, podczas wydechu — 2; przeciętne więc ciśnienie ujemne — 5. Kwasu węglanego wykryto 12%. W drugim przypadku odmy z klapą u suchotnika ciśnienie podczas wdechu + 7, podczas wydechu + 9; przeciętne ciśnienie dodatnie + 8; zawartość kwasu węglanego 9%. Wreszcie w trzecim przypadku odmy otwartej, również u suchotnika, ciśnienie podczas wdechu — 1, podczas wydechu + 1; przeciętne ciśnienie = 0 czyli równoznaczne z ciśnieniem atmosferycznym; zawartość kwasu węglanego = 1,50%. Wyniki więc, otrzymane przez autora, w ogólnym zarysie zgodne są z wynikami, otrzymanymi przez WEIL'a i EWALD'a.

W pracy swej autor zadaje sobie pytanie, jakim dalszym zmianom ulega ciśnienie gazu w odmie zamkniętej, i rzecz tę rozstrzyga na drodze doświadczeń na królikach. Doświadczenia te wykazały: 1) Wchłanianie gazu przy odmie zamkniętej sztucznej, w której ciśnienie pierwotne równało się zeru, następuje stopniowo i regularnie. 2) Podczas wchłaniania ciśnienie pozostaje ujemnem. 3) W doświadczeniach na królikach czas konieczny do wchłonięcia zupełnego 80 do 90 ctm. szśc. powietrza wynosi 6 do 7 dni. 4) W doświadczeniu, gdzie ciśnienie wewnątrzopłucne było dodatnie wskutek wtłoczenia powietrza, gaz z początku wchłania się szybko, dopóki ciśnienie pozostaje dodatniem, następnie ciśnienie staje się ujemnem i wchłanianie idzie zwykłym trybem.

(*Archives générales de Médecine Mai 1895*).

Wi. Zawadzki.

95. A. REY. O leczeniu ropnego zapalenia opłucny przez trepanację żebra.

Autor twierdzi, że w większości przypadków ropnego zapalenia opłucny trepanacja żebra wystarcza, zwłaszcza w przypadkach świeżych. Obszerniejsze zabiegi operacyjne (metoda ESTLANDER'a) nie ziściły pokładanych w nich nadziei. Autor cytuje VIDAL'a (de Cassis), który opisuje metodę trepanacji, jako znaną już HIPPOKRATESOWI i następnie powołaną do życia przez REYBARD'a (1841). HIPPOKRATES'a za nim i REYBARD nie używali wprawdzie trepana, lecz przebijali żebro trójgrańcem i w otworze umieszczali kaniulę lub pióro z nanizanym na to ostatnie kawałkiem wilgotnego jelita kocięgo; tworzyło to rodzaj wentyla, dającego odpływ ropie, a nie dopuszczającego powietrza do jamy opłucnej. REY używa trepana i wstawia dren. W pracy swej autor pomieścił trzy przypadki z operowanych przez siebie z pomyślnem zejściem.

A oto wnioskii: 1. Trepanacja żebra w otoku ropnym opłucny jest operacją łatwą, łagodną, mało krwawą. 2. Należy ją robić na 8-em, a zwłaszcza na 9-em żebrze, w miejscu, gdzie żebro najszersze t. j. z tyłu, na 7 ctm. od kąta żebra. 3. Korona trepana ma mieć średnicy 1 ctm. 4. Można się uciec do kilku otworów na jednym żebrze, lub na różnych mniej lub więcej odległych. 5. Metoda ta pozwala na obfite stosowanie antyseptyki bez obawy zacieśnienia otworu przez zbliżenie a nawet zajście na siebie żeber. 6. Metoda ta pozostawia klatkę piersiową jeszcze bardziej nietkniętą, niż częściowa resekcja, a przedstawia tę wyższość, że w okrągłym otworze łatwiej sącdek umieścić. 7. Całość absolutna klatki piersiowej ułatwia chorej stronie powrót do normy pod względem sprawy oddychania.

(*Lyon médical 1895* № 25).

S. P.

96. W. SCHLESINGER i A. KAUFMANN. **O laseczniku wytwarzającym kwas mleczny i jego obecności w soku żołądkowym.** BOAS w ogólnie znanym swym podręczniku chorób żołądka pierwszy zwrócił uwagę na obecność w soku żołądkowym przy raku pewnych laseczników, układających się w długie nitki; dane te następnie potwierdzone zostały przez OPPLER'a, któremu jednak nie udało się przeprowadzić odpowiednich hodowli.

Badając sok żołądkowy w wielu przypadkach raka, autorzy również stwierdzili dane powyższe, a po kilku niefortunnych próbach udało im się wreszcie otrzymać hodowle lasecznika na peptonowo-mięsny agarze z dodatkiem soku żołądka przy raku, lub też na tej samej pożywce z domieszką brzezki i cukru growego.

Gatunek, o którym mowa, rośnie wolno; kolonie na drugi dzień dopiero stają się widoczne i dla nieuzbrojonego oka przedstawiają się jako matowo-białe, przezroczyste, nie błyszczące i nie wilgotne twory; pod lupą, dzięki delikatnej budowie i nieprawidłowym zarysom, przypominają one kłaczek wełny, drobnowidz zaś wykrywa w nich ciemny środek, z którego wychodzą nieprawidłowe promienie, tworząc wokół świetlne pasmo. W ukłuciu hodowla rozwija się jako delikatna wstęga z falistym, nikłym, prawie przejrzystym brzegiem. W kwaśnym bulionie lasecznik na drugi lub trzeci dzień wytwarza obfity kłaczkowy osad, na żelatynie się nie rozwija. Długość lasecznika waha się między 3—10 μ , zazwyczaj zaś wynosi 6—8 μ ; niekiedy dają się zauważyć długie, pokręcone nitki bez wyraźnego rozczłonkowania na oddzielne osobniki; grubość wynosi 1 μ , końce są zaokrąglone. Laseczniki są nieruchome, rosną zarówno w obecności tlenu, jak i w środowisku, tlenu nie zawierającym; wytwarzanie zarodników dotychczas nie jest dowiedzione. Wreszcie rozpatrywane ze strony chemicznej, dane drobnostroje posiadają własność ścinania mleka i wytwarzania kwasu mlecznego z rozmaitych gatunków cukru (cukier mleczny, gronowy, maltoza).

Ta ostatnia okoliczność w związku z wielkim rozpoznawczym znaczeniem, jakie BOAS przypisuje obecności kwasu mlecznego w soku żołądkowym przy raku tego narządu, była dla autorów pobudką do poszukiwania danych drobnoustrojów nietylko przy raku, ale i przy innych chorobach żołądka.

Z pomiędzy 20 niewątpliwie pewnych przypadków raka żołądka laseczniki i kwas mleczny znaleziono w 19, w jednym zaś przypadku, pomimo klinicznie rozpoznanego raka, badanie w obydwu kierunkach wypadło ujemnie. W dalszym ciągu znaleziono laseczniki i kwas mleczny w trzech jeszcze przypadkach, a mianowicie w operowanym przypadku blizny po wrzodzie okrągłym wraz z rozszerzeniem, przy nieżycie żołądka z rozszerzeniem i przy wysokim stopniu zwiótczenia. W 76 pozostałych przypadkach rozmaitych chorób żołądka laseczników i kwasu mlecznego nie znaleziono.

Z powyższych danych autorzy wnioskuja, że chociaż obecność opisanych laseczników w soku żołądkowym z pewnym tylko prawdopodobieństwem świadczy o raku tego narządu, zawsze wszakże idzie w parze z dużą ilością kwasu mlecznego; fakt ten pozwala zastąpić uciążliwe niekiedy badanie chemiczne przez proste rozpatrzenie kropli soku żołądkowego pod drobnowidzem.

(*Wiener klinische Rundschau 1895 Nr. 15*)

Jerzy Brunner.

97. E. H. KISCH. **Otyłość i miażdżycza tętnic.** Jednym z najczęstszych i najpoważniejszych zjawisk, towarzyszących otyłości, jest przedwczesna miażdżycza. Przyczyna jak jednej, tak i drugiej jest wspólna: nadmierny dowóz pokarmów i napojów przy niedostatecznym ruchu ciała, co pociąga za sobą powolne i stałe zwiększanie się ciśnienia w tętnicach, a stąd ciągle drażnienie mechaniczne ich ścian; sybaryta przeto trybem swego życia zarabia w równej mierze na nagromadzenie się tłuszczu w tkankach, jak i na zmiany miażdżycowe naczyń. Niezależnie jednak od tego arterioskleroza może być nietylko zjawiskiem towarzyszącym, ale i następstwem otyłości. Dzieje się to w ten sposób, że, o ile z jednej strony odkładanie się tłuszczu w błonie zewnętrznej tętnic i obok niej samo już przez się wywiera wpływ na powstawanie w nich zmian miażdżycowych, o tyle z drugiej strony nagromadzenie się tłuszczu w brzuchu, w sieci, krezkach i t. d. pociąga za sobą utrudnienie krążenia w naczyniach kiszek i—co za tem idzie—zwiększenie ciśnienia w całym układzie tętniczym. Nie należy także zapominać i o wpływie nadużyć *in Baccho*, tak często spotykanych u tłuściochów, zarówno jak i o dnie,

towarzyszącej częstokroć otyłości, a także o niewątpliwym wpływie przebytego przymiotu.

Miażdżycę tętnic, jeśli towarzyszy otyłości, nadaje objawom, zależnym od nadmiernego gromadzenia się tłuszczu w ogóle, w szczególności zaś od odkładania się go między włóknami mięśnia sercowego, pewne swoiste piętno, które się wyraża z jednej strony właściwościami widocznymi i dających się wymacać tętnic, z drugiej — obrazami sfigmograficznymi, z trzeciej wreszcie — objawami ze strony serca. Tętnice mają przebieg wężykowaty, a przy ucisku przedstawiają się niezwykle twarde i napięte. Sfigmogramy wyrażają zwiększone ciśnienie w tętnicach (ramię wstępujące strome, wyniosłość, zależna od sprężystości [*Elasticitätsselevation*], bardzo wydatna); daleko zaś posunięta miażdżycę cechuje się niską anakrotą, płaskim a nawet zaokrąglonym wierzchołkiem, nieznacznymi wyniosłościami katakroty, a często i zwolnieniem tętna.

Ze strony serca, które musi pracować niepomiarnie, raz z powodu otyłości, a następnie z powodu utrudnionych skutkiem miażdżycy warunków krążenia, mogą występować objawy wyczerpania i niedomogi (duszność przy wysiłkach mięśniowych, jak wchodzenie na schody), przedmiotowo zaś — przerost lewej komórki, wzmoczenie i dźwięczność drugiego tonu tętnicy płucnej i t. d.; nieradko spotykają się także napady duszniczy sercowej i bolesnej.

Co się tyczy doniosłości połączenia się obu w mowie będących cierpień, to przedewszystkiem wspomnieć należy o mieczu Damoklesa, wiszącym ciągle nad głową chorego w postaci grożącego mu u d a r u m ó z g o w e g o. Wszystkie czynniki, zwiększające ciśnienie tętnicze lub żyłne (wstrząśnienia moralne, nadużycia *in Baccho et Venere*, wysiłki mięśniowe, wydymania się przy oddawaniu stolca, czasami nawet kichnięcie, krzyk i t. p.) — są w stanie spowodować wylew krwiawy do istoty mózgu. Niemniej ważnym bywa w tych sprawach udział nerek, zwłaszcza przy jednoczesnem holdowaniu. Bachusowi; skutkiem istniejącego już zwykle zastójki rozwija się stopniowo zapalenie śródmiąższowe i choroby umierają przy objawach mąrskości nerek. Z tego, co się rzekło, wynika wniosek praktyczny, żeby zawsze, mając do czynienia z otyłymi, zwracać staranną uwagę na układ tętniczy, gdyż miażdżycę spotyka się u nich w $\frac{2}{3}$ przeszło przypadków i to przeważnie u ludzi młodych, bo między 30-m i 50-m rokiem życia.

(*Wiener klin. Rundschau*, 24. 1895).

St. Rembieliński.

Z VI-go zjazdu niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego

(odbytego w Wiedniu dnia 5—7-go czerwca r. b.).

Na poprzednim zjeździe, odbytym we Wrocławiu, ustanowiono dwa tematy, a mianowicie: o pęknięciu macicy (*ruptura uteri*) i o zapaleniu wewnątrzmacicznym (*endometritis*).

Referentami pierwszego tematu byli: prof. H. FRITSCH z Bonn i prof. SÄNGER z Lipska. Pierwszy opracował leczenie pęknięcia macicy, drugi zaś mechanizm powstawania i anatomie patologiczną tej choroby. Rozpoczynamy od podania treści referatu FRITSCH'a.

Przed wprowadzeniem do lecznictwa antyseptyki, leczenie pęknięcia macicy ograniczało się do podawania makowca i stosowania pęcherza z lodem, a gdy chora z krwotoku nie zmarła, starano się ją ratować zapomocą przekazanego tradycją leczenia zapalenia otrzewny.

W przypadkach zupełnego wypadnięcia płodu z jamy macicy do jamy brzusznej, uważano laparotomię, jako ostateczny środek ocalenia życia matki, za uzasadnioną i konieczną.

Rzadko też dokonywano laparotomii z powodu pęknięcia macicy, a szczególnie rzadko w praktyce prywatnej. Łatwo pojąć, że takie przypadki prawie zawsze kończyły się niepomyślnie, albowiem nieraz całemi godzinami pracowano nad wydobyciem płodu zapomocą kleszczy, obrotu, wymóżdżenia i zgruchotania czaszki, a nawet rozkwalenia płodu, zanim przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej już gorączkującej rodzącej. I cięcie brzuszne, stosowane jako ostateczny środek odszukania i wydobywania z jamy brzusznej główki płodu, oderwanej od tułowia, również niepomyślny dawało wynik.

Doświadczenie, zdobyte w czasach stosowania antyseptyki, pobudziło akuszerów do wynajdywania sposobów leczenia pęknięcia macicy, mogących dać lepsze, niż dotąd, wyniki.

Dwa zabiegi zdają się być uzasadnionemi: sączkowanie rany macicznej od strony pochwy i zeszywanie jej od strony jamy brzusznej. O wartości tych dwóch sposobów postępowania nie może F. wypowiedzieć swego zdania z danych statystycznych, już to z tego powodu, że mało jest autorów, którzyby byli w tem szczęśliwym, czy też nieszczęśliwym położeniu, aby mogli swoje poglądy uzasadnić bogatą, własną kazuistyką; już też, że autorowie z najrozmaitszych punktów zapatrywania się opisywali swoje przypadki, a stąd i cały materiał statystyczny do bezstronnego wyrokowania posłużyć nie może. Dlatego też F. wspomina tylko o pracy KRONER'a, w której autor wykazuje, że przypadki bezgorączkowe, aseptyczne, dają dobre wyniki bez wszelkiego leczenia i że przypadki, w których rodzaje gorączkowały przed powstaniem pęknięcia macicy, zatem już zakażone, pomimo wszelkiego leczenia kończyły się niepomyślnie. Zatem podług KRONER'a ostateczny wynik zależy nie od sposobu leczenia, lecz od tego, czy rana macicy powstała w aseptycznej, czy też septycznej drodze porodowej.

Z innego punktu widzenia zapatruje się LEOPOLD, a mianowicie widzi on główne niebezpieczeństwo w nadmiernej krwi utracie i całe jego postępowanie: laparotomia i zeszywanie rany macicy albo też szelne tamponowanie rany i jamy macicznej,—ma na celu przedewszystkiem powstrzymanie krwawienia.

W ostatnim lat dziesiątku ogłoszono cały szereg przypadków pomyślnie zakończonych tak przy samym tylko sączkowaniu, jakoteż po laparotomii i zeszyciu. Jednakże nie trzeba zapominać, że przypadki pomyślne prawie wszystkie są znane, lecz za to niepomyślne najczęściej nie są ogłaszane. Dlatego też wyprowadzanie wniosków ze statystyki tych opisów, jakie się w czasopiśmie z ostatnich lat znajdzie, jest całkiem błędne i do fałszywych prowadzi wyników.

Wogóle autorowie podręczników coraz więcej przechylają się na stronę tych, którzy laparotomię zalecają jako zasadniczy sposób leczenia pękniętej macicy.

Co się dotyczy postępowania zapobiegawczego, wszyscy zgadzają się na jedno: zabronić rodzącej wyrabiania bólów porodowych (t. zw. dętych) i utrzymywać macicę w położeniu prawidłowym, gdy jest przechylona na jedną lub drugą stronę.

Jeżeli pęknięcie macicy jest zupełne i płód części przedostał się do jamy brzusznej, części pozostaje jeszcze w macicy, jedni zalecają wydobyć go drogą naturalną, inni zaś radzą natychmiast przystąpić do otwarcia jamy brzusznej przez przecięcie jej powłok, a to z obawy, że przy wydobywaniu płodu drogą naturalną, rozerwanie macicy się powiększy, krwotok się wzmoże, jelita wypadną i uwięzną. Nadto ostateczny wybór pierwszego lub drugiego sposobu postępowania zależy od okoliczności zewnętrznych: np. w praktyce prywatnej rozwiązanie drogą naturalną, w klinice laparotomia częściej znajduje zastosowanie.

Jako правило wszystkie podręczniki podają, aby po rozpoznaniu pęknięcia macicy natychmiast płód wydobyć. Najodpowiedniejszym do tego sposobem będzie ten, którego wykonanie wymaga zajęcia najmniejszej przestrzeni w drodze porodowej.

Co się dotyczy pytania: czy zeszywać macicę, czy też nie, zdania są podzielone; albowiem znane są pomyślne wyniki po zeszyciu, jak również i bez nakładania szwów na ranę macicy. Większość jednak autorów gorąco zaleca zeszywanie i uważa je za niezbędne; inni uważają nakładanie szwów za niemożliwe z powodu głębokości pęknięcia, drążącego w *parametrium*.

Sączkowanie teoretycznie będzie odpowiednie szczególnie przy niezupełnym pęknięciu. Atoli i przy zupełnym rozdarciu macicy niektórzy autorowie uważają je jako wystarczające do powstrzymania krwotoku, zwłaszcza przy spóczesnem wywieraniu ucisku na dno macicy zapomocą odpowiedniej opaski lub ręki, przez powłoki brzuszne działającej.

Prawie wszyscy autorowie do sączkowania używają muszlinu jodoformowego, z tą tylko różnicą, że jedni wypełniają nim pochwę jedynie, inni tamponują bardzo szelnie nie tylko macicę i pochwę, lecz i szelnie w macicy, a nawet przepychają koniec muszlinu przez ranę maciczną do jamy brzusznej.

Przemywania macicy po większej części są odradzane. Niektórzy jednak autorowie nadają im wielkie znaczenie. Tak np. ANTFELD sądzi, że można jamę brzuszną oczyścić przemywaniami, od strony pochwy dokonywanymi. A nawet są tacy, którzy laparotomię zalecają jedynie w tym celu, aby można po otwarciu jamy brzusznej wydalić z niej zapomocą przemywania krew, wodę i smółkę płodową.

Laparotomia, jak to już wspomniano, przy wysunięciu się płodu do jamy brzusznej powszechnie za uzasadnioną jest uważana. A nawet niektórzy zalecają laparotomię przy nieprawidłowym położeniu płodu, zwłaszcza poprzecznem, z tego powodu, że przy dokonywaniu obrotu płodu na nóżki, rozdarcie macicy zwykle się powiększa.

Na pytanie, czy należy macicę wyciąć sposobem PORRO, nie mamy jednoznacznej odpowiedzi.

Niektórzy autorowie radzą, macicę zawsze wydalać. Inni sądzą, że to jest poprostu niemożliwe, albowiem nie można nałożyć przewiązki poniżej rany macicznej. W każdym jednak razie przy istnieniu rozpadu w jamie macicznej, albo też przy mięśniaku macicy operacja Porro winna być dokonana.

Wielu autorów, zwłaszcza PAWLIK, przypisuje wielkie znaczenie już wspomnianemu uciskowi brzucha. O doskonałym działaniu ucisku na powstrzymanie krwotoku i zbliżenie do siebie brzegów rany macicznej panuje jedno tylko zdanie twierdzące.

Następnie referent motywuje rozmaite przepisy postępowania tak celem zapobiegania, jakoteż leczenia już powstałego pęknięcia macicy i dochodzi do wygłoszenia następujących twierdzeń:

1) Ogólny przepis, zapobiegający pęknięciu macicy podczas porodu, przy położeniu czaszkowem i miednicy ściśnionej, stanowi ułożenie rodzącej na tym boku, na którym najwięcej napiera główka płodu na dolny odcinek macicy. Wyrabianie bólów (t. zw. dętych) przez rodzącą jest przeciwwskazane przy wysokiem położeniu główki płodu. W celu przyspieszenia porodu można ostrożnie stosować ucisk przez powłoki brzuszne na główkę, ułożywszy rodzącą w położeniu wiszącym według WALCHER'a, z uwzględnieniem położenia macicy.

Na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków sądowo-lekarskich, referent doszedł do przekonania, że lekarze często poświęcają życie matki i dziecka dla wątpliwej nadziei ocalenia życia tego ostatniego. Życie jednak matki należy zawsze i przedewszystkiem mieć na względzie; zatem unikać dokonywania wszelkich zbyt gwałtownych operacji.

Co się dotyczy środków zapobiegawczych w razie grożącego pęknięcia macicy, referent takie wypowiada twierdzenie:

2) Przy zagrażającym pęknięciu macicy trzeba jaknajśpieszniej przystąpić do rozwiązania rodzącej. W tym celu należy wybrać ten sposób postępowania, który wymaga zajęcia najmniej miejsca w przewodzie rodnym.

Przy położeniu czaszkowem, wymóżdżenie i zgruchotanie czaszki płodu stanowi najpomyślniejszy zabieg operacyjny dla życia matki; przy położeniu płodu poprzecznym, jeżeli płód żyje, należy próbować dokonania obrotu na nóżki w głębokiem uspieniu rodzącej. Gdy zaś płód nie żyje, należy uciekać się zawsze do zabiegów, zmniejszających wielkość dziecka.

Według doświadczenia referenta, przypadki, w których przy pęknięciu macicy płód tylko częściowo z macicy się wysunął, rzadko się zdarzają. W takich przypadkach należy ostrożnie starać się wydobyć płód przez pociąganie. W klinice łatwiej byłoby wykonać laparotomię.

3) Gdy rozpoznano pęknięcie macicy i wysunięcie się płodu do jamy brzusznej, to należy go jaknajśpieszniej stamtąd wydobyć zapomocą cięcia brzuszno. Jeżeli płód znajduje się częścią w macicy, częścią w jamie brzusznej, należy go wydobyć drogą naturalną, gdy wydobyć to zdaje się być łatwe. Przy dogodnych zaś warunkach należy wykonać cięcie brzuszne w razie silnego i przedłużającego się trwania krwotoku lub trudności wydobywania płodu przez pociąganie.

F. zgadza się z LEOPOLD'em, że istnieje jeden tylko zupełnie pewny zabieg, zapewniający powstrzymanie silnego i uporczywego krwotoku z rozdartej macicy, a mianowicie: zeszywanie macicy po przecięciu powłok brzusznych. Pamiętać bowiem należy, że nie rana w samej macicy, lecz rana w tkance, zewnątrz niej się znajdującej, najwięcej krwi dostarcza. Stąd więc niebezpieczeństwo śmierci z krwotoku ma swe źródło raczej w tkance przymacicznej, niż w szczelinie samej macicy. Tamponowanie wtedy przedstawia nawet pewne niebezpieczeństwo, a mianowicie: oduszczenia a nierozdarta jeszcze otrzewna może uleść pęknięciu przy silnem napychaniu i ucisku. Gdy niebezpieczeństwo śmierci z krwotoku minęło, wtedy F. radzi postępować wyczekująco; zwłaszcza, jeżeli już istnieje gorączka, wtedy tak cięcie brzuszne, jakoteż i szczelné tamponowanie może sprawić porozrywanie już istniejących zlepek i doprowadzić do ponownego rozwarcia sklejonych brzegów rany, krwawienia i zakażenia.

4) Ani tamponowanie, ani też ucisk, ani jedno i drugie razem, nie może powstrzymać każdego krwotoku, skutkiem pęknięcia macicy powstałego. Nawet obklucie pochwy nie jest sposobem pewnym. Jedynie po przecięciu powłok brzusznych można dokonać pewnego obklucia tryskających krwią naczyń. Jeżeli krwotok ustał dobrowolnie już od wielugo-

dzin, a tętno stało się wyraźne, należy wtedy zalecić makowiec i spokój zupełny; pęcherz moczowy cewnikiem opróżniać. Ani przepłukiwanie pochwy, ani też przepłukiwanie jamy otrzewnej od strony pochwy, nie jest uzasadnione.

Ta okoliczność, że szczelina znajduje się po większej części poniżej trzonu macicy, wskazuje, że odjęcie (*amputatio*) trzonu macicy nie ma znaczenia swoistego sposobu w leczeniu pęknięcia macicy.

5) Odjęcie trzonu macicy należy wtedy wykonać, gdy wewnątrz macicy uległo zakażeniu posoczniczemu, lub gdy rozpoznamy obecność w niej mięśniaka, który już sam przez się stanowi wskazanie do cięcia brzuszno.

(C. d. n.).

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Jako ostrzeżenie warto wymienić próby nad wartością surowicy przeciwbłoniczej, dokonane przez SCLAVO według metody BEHRING'a. Okazało się, że surowica № I BEHRING'a zawierała tylko 33 jednostki, № II—60, a № III nawet mniej od 60 (powinny zaś zawierać 60, 100 i 140 jednostek); surowica ROUX'a zawierała 60 jednostek, a ARONSON'a tylko 33; z dwóch preparatów włoskich każdy zawierał więcej, niż 60, ale żaden nie osiągnął 100 jednostek. (Riv. d'Igiene 1895 № 6).

— HELLER badał przelyk w 18 przypadkach pleśniawek i tylko w trzech nie znalazł w nim pasorzytów swoistych; w dwóch przypadkach przenikały do nabłonka, w siedmiu do tkanki łącznej, w dziewięciu nawet do naczyń. W tych ostatnich sześć znaleziono zakrzepy, raz nawet zarodniki. W siedmiu przypadkach utworzyły się owrzodzenia (z pasorzytami w tkance łącznej); dwa razy przelyk był rozszerzony i zatłaczony masą pasorzytów, niby korkiem. W siedmiu przypadkach pleśniawek w krtni tylko dwa razy sprawa ograniczała się do nabłonka, pięć razy pasorzyty przenikały do tkanki łącznej, a w jednym z nich cały nabłonek był zniszczony i sprawa doszła do owrzodzenia. W tchawicy również znaleziono nitki, wrastające przez nabłonek do tkanki łącznej. W przypadku zapalenia płuc przy pleśniawkach rozszerzone oskrzela wypełnione były grzybkami, których nitki przedostawały się do naczyń. W przypadku wrzodu żołądka przewlekłym znalazł również H. nitki wrastające w dno wrzodu. Rzadkość przerzutów należy tłumaczyć szybkim tworzeniem się zakrzepów; że jednak przerzuty mogą się tworzyć, dowodzi przypadek ZENKER'a, który znalazł liczne drobne ropnie mózgowie, i SCHMORL'a, który widział przerzuty w nerkach. Oprócz tego pasorzyty pleśniawek, niszcząc nabłonek, tworzą łatwy dostęp dla innych czynników chorobotwórczych, samej więc sprawy nie należy uważać za tak niewinną, jak to się dotąd praktykuje. (D. Ar. f. klin. Med. 55, str. 123).

Z.

— ALTHAUS radzi w przypadkach ostrego zastoinu kału, gdzie jednak oddanie go mogłoby nastąpić po silnym skurczu mięśni kiszki (np. bezwładzie kiszki, zatłaczaniu światła przez ciało obce i t. d.), próbować przed laparotomią prądu elektrycznego. Jeden z biegunów należy wprowadzić do kiszki prostej, drugi postawić na brzuchu. Po przytoczeniu kilku przypadków pomyślnie uleczonych, wspomina A. metodę BOUDET'a i LARAT'a, którzy stosują t. zw. „wstrzykiwania elektryczne“. Wlewają oni do kiszki wodę osoloną, poczem wprowadzają tamże biegun dodatni prądu stałego, a biegun ujemny stawiają na brzuchu. Gdy jednak po trzech posiedzeniach w ciągu 24 godzin skutek pożądany nie nastąpi, radzą przystąpić do operacji. (Brit. med. Journ. 1895. N. 4).

— FAHM, stosując w ciągu 1/2 roku między innymi w oparzeniach *airol*, zaleca ten środek jako najlepiej wpływający na zmniejszanie się wydzielania ropy i nie drażniący sąsiednich części skóry. W ostatnich czasach autor stosował *airol* u dziesięcioletniej dziewczynki, dotkniętej gruźlicą kiszki. Środek ten w ilości 0,2 dwa razy dziennie podawany, wpłynął na zmniejszenie się rozwojenia, jak również na zmniejszenie się bólów. *Airol* jest to garbnik tlenkowy bismutu, w którym jedna grupa hydroksylowa zamieniona jest przez jod. Jest to proszek bardzo mialki, szaro-zielonej barwy, bez smaku i zapachu. Z waseliną można go używać w postaci maści lub też z wodą lub gliceryną jako zawiesinę. (Corr. Blatt f. Schw. Aerz. № 8. 1895).

S. M.

— RIVOLTA podaje prosty sposób odróżnienia płynu wysiękowego od przesiękowego na tej zasadzie, iż w zapalnych wysiękach paraglobulina rozpuszcza się w kwasie octowym. Sposób ten polega na dokonaniu dwóch prób: 1) do małej ilości uprzednio przesączonego płynu, otrzymanego przy przekłuciu, dodaje się kroplę rozcieńczonego kwasu octowego; jeśli mamy do czynienia z wysiękiem, natychmiast tworzy się biały osad, opadający na dno naczynia wślad za spadającą kroplą kwasu. Jeżeli zaś mamy do

czynienia z przesiękiem, to wtedy cała ilość płynu jednakowo mętnieje; 2) do 200—300 cm. sze. wody przekroplonej dodaje się kroplę *acid. acet. glac.* i do tego płynu dodaje się kroplę mającego być zbadanym wysięku lub przesięku. W pierwszym razie tworzy się biało-niebieskawo-żółtawy osad, który opada na dno; dodawszy wtedy jeszcze kilka kropel kwasu octowego, widzimy, iż osad ten znika. Ta druga próba jest konieczna, aby wyłączyć obecność nierozpuszczającej się mucyny. (Wien. mod. Presse. 28. 1895). S. M.

== BOLOGNINI opisuje nowy, bardzo wczesny objaw o d r y. W samym początku choroby, zanim wystąpi wysypka, u chorych istnieje charakterystyczne tarcie otrzewnowe. Autor na 200 przypadków odry tylko w 2 nie znalazł tego objawu, który wywołać można, kładąc dziecko na plecach i zlekka dotykając się brzuściami średnich palców ręki rozmaitych okolic powłok brzusznych. B. przypuszcza, że tarcie to zostaje spowodowane przez wysypkę odry, zjawiającą się wcześniej (24 do 48 godzin) na otrzewnej, niż na skórze, w okresie, kiedy chory zaczyna gorączkować. (Le concours méd. 25. V. 95). S. M.

== KESSLER, robiąc doświadczenia nad samym sobą z *adonis aestivalis*, przekonał się, że nalewka z tej rośliny jest znakomitym środkiem przeciw tyfii. Już po 12 dniach zażywania tej nalewki w ilości 10 kropel 3 razy dziennie, K., ważący 342 funty, stracił na wadze 17 funtów, przyczem autor swobodnie mógł oddychać i czuł się znacznie rzeświejszym. W ciągu miesiąca strata na wadze równała się 25 fun-

tom. *Adonis aestivalis* nie posiada własności zbiorowego działania. (Therapeut. Woch. 21/IV 95). S. M.

== STRUMPF zaleca bardzo prosty sposób leczenia *enuresis nocturnae*, a mianowicie radzi, aby chorzy, dotknięci tem cierpieniem, w ciągu kilku tygodni sypiali z wysoko podniesionemi dolnemi kończynami. Działanie tego zabiegu objaśnia autor w ten sposób, że zbierający się w pęcherzu moczu nie nagromadza się w okolicy otworu wewnętrznego cewki, oblewanie (*Bespülen*) bowiem tego ostatniego u osobników z *enuresis nocturna* działa nadzwyczaj drażniąco na *m. detrusor* pęcherza. (Münch. med. Woch. № 25 1895). T. N.

== E. P. MILLER zachwala leczenie guzów hemoroidalnych wewnętrznych zapomocą zastrzykiwań kwasu karbolowego. Autor stosuje ten sposób leczenia już od 17 lat i bardzo zadowolony jest z wyników, zastrzykując 18 lub 20% roztwór kwasu karbolowego. Zastrzykiwania kwasu karbolowego działają w ten sposób, że następuje rozrost tkanki łącznej, ściągającej guzy. Krwotoki oraz ból znikają nieraz już po drugim zastrzyknięciu. (New-York med. Times. Kwiecień 1895). S. M.

== W. MOOR zaleca, jako pewny środek przy otruciach morfiną lub makowcem, nadmanganian potasu, 15 gr. morfiny ulega zupełnemu rozłożeniu przez 0,06 *kal. hypm.* Przy ciężkich otruciach zaleca się użycie tego środka przy pomocy zgłębnika żołądkowego lub w postaci zastrzykiwań podskórnych. (Brit. Med. Jour. 22. VI. 95). S. M.

Wiadomości bieżące.

— Stan sanitarny naszego miasta uległ w ciągu ubiegłego miesiąca lipca znacznemu pogorszeniu. Gdy bowiem w ciągu maja i czerwca śmiertelność tygodniowa wahała się w granicach od 17,5 do 20‰, była więc znacznie niższą, aniżeli w odpowiednich miesiącach roku zeszłego, w ciągu miesiąca lipca, zwłaszcza w drugiej jego połowie, podskoczyła nagle do 29,59‰ t. j. do wysokości, jakiej dawno już nie dosięgała. Przyczyną tego jest przedewszystkiem zwiększenie się ilości chorób zakaźnych: szkarlatyny, odry i błonicy, przebiegających zresztą dosyć łagodnie, i biegunki krwawej, pojawiającej się coraz częściej i przybie-

rającej coraz groźniejszy przebieg. Więcej jeszcze, aniżeli w samem mieście, ukazuje się ona w okolicach Warszawy, w których przebywa obecnie wielu mieszkańców miasta, zwłaszcza w Nowo-Mińsku, Wawrze i Otwocku. Wcześniejsze pojawienie się tej choroby, aniżeli w latach ubiegłych, stoi zapewne w związku z niezwyczajną suszą i silnymi upałami. Z innych chorób zakaźnych pojawiają się: tyfus brzuszny, zapalenie płuc włóknikowe, krztusiec i róża, natomiast ospa i tyfus wysypkowy bardzo rzadko się napotyka. Ostre nieżyty przewodu pokarmowego (choleryna) również niezbyt często się wydarzają. J. K.