

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich. Napisał Dr. S. Rybicki. (Ciąg dalszy).—**Streszczenia i wyciągi.** 63. Przyczynki do rozpoznawania i leczenia krwotoków macicznych nietypowych. 64. O śpiączce moczówkowej. 65. O sztucznem pobudzeniu nowotworzenia kości. 66. Przenoszenie świeżych szypułkowatych płatów skóry z klatki piersiowej na górne kończyny. 67. Przyczynki do leczenia guzów hemoroidalnych. 68. Postępowanie przy przetokach odbytnicy.—**Odciinek.** Sprawozdanie z ruchu chorych w warszawskim szpitalu zapasowym w ciągu r. 1887. Ułożył Dr. W. Szumlański. (Dokończenie).—**Wiadomości bieżące.**— **Ogłoszenia.**

KRYTYCZNY PRZEGLĄD OSTATNICH POJĘĆ O ISTOCIE I LECZENIU DRGAWEK PORODOWYCH (*Eclampsia parturientium*)

jako dopełnienie prac własnych poprzednich.

Napisał Stanisław Rybicki,

Lekarz powiatu i szpitala Ś-go Stanisława w Skierniewicach, Członek-korrespondent Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 37).

Nowsze badania moczu i krwi u ciężarnych i eklamptyczek, oprócz wiadomych uprzednio faktów, mianowicie: wysokiego ciężaru gatunkowego moczu, odczynu kwaśnego, przesycecia moczanami, częstej w nim obecności białka, niekiedy morfologicznych elementów, krwi i t. p. wykazują jeszcze co następuje: MASSINI (*op cit.*) który zresztą eklampsję uważa jako neurozę zwrotną, stwierdził przy niej obecność w moczu cukru gronowego, który po ustaniu napadów wkrótce zniknął. Objawowi temu, jakkolwiek był spostrzeganym i przez innych autorów, nie przypisuje on szczególnego znaczenia. Mojem zdaniem, chwilowa obecność cukru, mogłaby dowodzić podrażnienia mlecza przedłużonego, jak to zkadinał jest nam wiadomem. STUMPF (*Centralblatt für Gynäkologie.* Nr. 26. 1886) potwierdza obecność cukru, jak również acetonu w moczu (ostatni ogólnie jest notowanym); znalazł też w nim tyrosinę i leucinę. DOLERIS et PONEY (*Progrés. méd.* Nr. 30. 1885) dowodzą, iż mocz ciężarnych pomimo wszelkich ostrożności przy jego upuszczaniu i przechowywaniu, może zawierać w sobie niższe ustroje (mikrokokki) 1 raz na 5, a to wskutek rozprzestrzenienia się niezytu błony śluzowej pochwy na pęcherz i moczowody; mocz zawierający białko zawierał stale owe twory, przeważnie w formie łańcuszkowej. Krew zaś takich kobiet nie zawsze je wykazywała, ale też i przedsięwzięte w celu jej badania poszukiwania nie były dość dokładnymi. U 5-ciu eklamptyczek z białkomoczem badania czynione w tym kierunku z uryną 3 razy dały wynik przeczący, 2 zaś razy potwierdzający. Zdaniem tych autorów, zależne od mikrokokków *nephritis* i białkomocz wzrastają lub zmniejszają swe

natężenie względnie do napadów eklampsyi. Wyż przytoczony STUMPF zdając sprawozdanie z ciekawych dwóch badań pośmiertnych eklamptyczek, na zebraniu Towarzystwa niemieckich gynecologów w Monachium (patrz *loco citato*) wykazał, iż krew w obu razach zawierała methamoglobulin, zaś tylko w jednym przypadku (przy zupełnej anurii) mocznik; ammonjaku zaś i tym razem w niej nie było. W przypadku gdzie zakażenia mocznikowego krwi nie wykazał twierdzi, że zatrucie mogło nastąpić pierwiastkami które jeszcze nie zdążyły zamienić się w mocznik. Biorący udział w dyskusyi nad tym przedmiotem BATTLEHNER zauważył, iż w przypadku owym zakażenie mogło nastąpić od pierwiastku należącego do kategorii ptomainu wytworzonego jeszcze za życia w wątrobie lub nerkach, STUMPF jednak ze względu iż ptomainy powstają tylko pod wpływem bakteryj gnilnych nie był skłonny do przyjęcia tego przypuszczenia.

Co się dotyczy zwiastunów napady drgawek poprzedzających, podzielić by je należało na podmiotowe (subiektywne) i przedmiotowe (objektywne). Pierwsze z nich nie są stałemi, często brak ich zupełnie albo przychodzą nie zwracając na siebie uwagi; do tych należą: zawroty, bóle głowy (najczęściej), zmiany w widzeniu (rzadziej) i t. p. Do drugiej kategorii zwiastunów zaliczyć wypada: obrzmienia ogólne lub częściowe ciała, zmniejszenie wydzieliny moczu i obecność w nim białka. Rozbierając następnie ich przyczyny, przekonamy się, iż ostatnie, rzeczywiście służyć mogą za wskazówkę każącą przypuszczać możliwość wystąpienia drgawek; żaden z nich jednak stanowczym zwiastunem eklampsyi być nie może.

H. T. BAHSON (*Virginia med. monthly* 1877 Październik) w 14 spostrzeżeniach własnych, zauważył jako objaw poprzedzający eklampsyę w ciąży, szczególną żarłoczność ciężarnych. Zdaniem jego, objaw ten wywołany był niezwykle przyspieszoną przemianą tkanek przez ciążę spowodowaną, przyczem produkta tej przemiany materii były niedostatecznie przez nerki usuwanemi z ustroju, co ostatecznie prowadziło nie do niedokrwienia lub pełnokrwistości lecz do przesyecenia krwi włóknikiem i tworami wyciągowemi. Żaden z jego przypadków nie przedstawiał objawów, wodnistości krwi znamionujących (opuchliny). Objaw więc chorobliwego głodu w ciąży uważa BAHNSON jako zapowiedni a nawet wskutek swych, do drgawek porodowych uspasabiający. Tenże autor zauważył również, w przypadkach przez siebie spostrzeganych, rażący brak zwykłych utrat krwi u rodzących podległych eklampsyi, co zdaniem jego ma być ważnem wskazaniem do użycia upustów krwi przez niego zalecanych.

b) Uwagi dotyczące warunków, przyczyn i sposobu powstawania choroby.

Pod względem częstotści pojawiania się drgawek porodowych, zdania różnych autorów są bardzo niepewne. Zdaje mi się iż wszyscy piszący, przytaczając stosunek częstotści eklampsyi do liczby ciąży i porodów, popełniali i popełniają jeszcze ten błąd mianowicie, iż biorą w rachubę liczbę porodów danej miejscowości. Wszyscy wprawdzie zaznaczają iż eklampsyja jest chorobą

rzadką, sądząc jednak iż ci z nich, który stosunek jej do liczby porodów oznaczają jak 1:1000 najbliższymi są prawdy. Twierdzenie to opieram na własnem spostrzeganiu. W powiecie Skierniewickim, w którym zamieszkuje od lat 20-tu, prawie wszystkie cięższe przypadki położnicze, przez cały ten czas, były przezemnie wyłącznie obsługiwane, a jednak w ciągu owych lat dwudziestu, miałem sposobność spostrzegać tylko 18 przypadków drgawek porodowych; przypuszczając iż zdarzyć się mogło jeszcze kilka takich przypadków tej choroby o których nie wiem i biorąc pod uwagę iż liczba porodów rocznie wahać się w naszym powiecie mogła między 1200 do 1400, wypadnie w przybliżeniu że na 24000 lub więcej nawet porodów mogło być około 24 przypadków eklampsyi; zatem 1 na 1000, jak to wyżej nadmienilem. Taki też stosunek podawał z dawniejszych autorów VELPEAU. Podług statystyki późniejszych autorów, francuzkich i angielskich, pomieszczonej w rozprawie mojej z r. 1870 wypadło iż stosunek ten wynosi przybliżenie 1:600 Niemiecka statystyka oznaczała go na 1:400 lub 500; z najnowszej przytaczam cyfry które podał SCHAUTA z Wiednia (*Arch. f. Gynäk.* Bd. XVIII. Hft. 2). Obliczył on mianowicie iż na 134,345 porodów obserwowano eklampsję 349 razy; wypada zatem bez mała 1 jej przypadek na 400 porodów. Tak wielki stosunek zależy niewątpliwie od tej okoliczności, iż na statystykę ową składały się cyfry instytutów położniczych i przypadki z praktyki prywatnej, które mieszczą w sobie wielkie odsetki porodów nieprawidłowych; zatem i eklampsją częściej powikłanych.

W każdym razie widzimy iż eklampsja jest chorobą rzadką, ztąd wniosek że i momenta sprzyjające jej powstawaniu są również rzadkiemi.

Sposób pojawienia się eklampsyi jest sporadyczny. Potwierdzają to nietylko dawniej przezemnie podane lecz i obserwacye kolegów łaskawie mi udzielone (ROGOWICZA, THEMEGO, STYPIŃSKIEGO); każdy z nas, odnośnie do okresu czasu w którym zbieraliśmy nasze spostrzeżenia widział mniej więcej jednakową liczbę przypadków: bywało ich od 1 do 3 w ciągu jednego roku, niekiedy zaś lat kilka mijało bez możności spostrzegania choćby jednego przypadku tej choroby; zdarzyły się i dłuższe przerwy, tak np. ja sam od 1872 do 1880 r. t. j. w ciągu lat siedmiu ani razu nie spostrzegalem eklampsyi.

Rzadkość i sporadyczność choroby nie przemawiają za przypuszczeniem iż by ona mogła być dziedziczną lub też, iżby na rozwinięcie jej mogło mieć wpływ naśladownictwo, właściwsze histeryi. Takie też jest przekonanie ogółu badaczy, zdania zaś przeciwne należą do wyjątków. Zwolennikiem przyjęcia tych wpływów w charakterze przyczyn eklampsyi jest Stephane BARQUISSAU (*De l'Eclampsie puerperale. These.* Paris 1872) który stawia je w rzędzie przypadkowych przyczyn tej choroby; wierzy również w usposobienie do niej wynikające z jednorazowego już jej przebycia, co w zupełności nie zgadza się z obserwacyami największej liczby autorów, również i z mojem: na 18 bowiem przypadków choroby widziałem ją 1 raz tylko występującą powtórnie u tej samej kobiety. Z dawniejszych KRAUSE twierdził wprost przeciwnie a mianowicie, iż raz przebyta eklampsja zabezpiecza od następnego jej pojawienia. Polegając zapewne na przypadkowym występowaniu eklampsyi

podczas panowania epidemicznych chorób połogowych, autor ten między przyczynami przypadkowemi pomieszcza i zaraźliwość, nie rozbiera wszakże pytania czyli epidemiczność jej zależy od zarazka *sui generis* właściwego eklampsji, czyli też od zarazka połogowego wogóle; przypuszczeń zaś swych nie popiera żadnemi pozytywnemi dowodami. BARQUISSAU jest zresztą jedynym ze znanych mi autorów, który w warunkom kosmicznym przypisuje szczególny wpływ na powstawanie eklampsji; powiada on iż raptowne zmiany temperatury są w możności ją wywołać, a także że w krajach stref gorących (cytuje wyspę Bourbon) choroba ta ma być szczególnie częstą. Czy tak jest w rzeczy samej nikt więcej dotąd nie stwierdził, a i autor ten dowodów dotykanych i liczbowych w pracy swej nie przytacza.

Ogólnie znanym jest fakt, że eklampsji głównie podlegają pierwiastki: w pracy mojej z r. 1870 przytoczyłem statystykę z której wypada iż na 100 przypadków eklampsji występowała ona 77 razy u pierwiastek. SCHAUTA (*op. cit.*) podaje ze swych obliczeń 82,6% pierwiastek; z zebranych przezemnie obecnie cyfr okazuje się, iż na 68 przypadków eklampsji zdarzyła się ona 53 razy u pierwiastek a 15 razy u kobiet już w ciąży bywałych czyli 76,5% liczby ogólnej przypadków. Cyfry te tak są blizkie sobie, iż nie powinno nam być poczytane za błąd, jeżeli stosunek eklamptyczek pierwiastek do niepierwiastek oznaczymy przez 4:1. KIWISCH oznaczał go dawniej jak 5:1.

Tę większą skłonność pierwiastek do eklampsji tłumaczą ogólnie wyższym u nich stopniem zmian chemicznych krwi, a z drugiej strony większą niepodatnością ścian brzusznych, drogi porodowej i sromu, wpływającemi już to na utrudnienie krążenia, już znów na trudniejsze warunki porodu. Taki sposób tłumaczenia w zupełności podzielamy. Im starszą jest pierwiastka im przeto większą jest u niej niepodatność ścian brzusznych i drogi porodowej, tem więcęj staje się ona skłonną do eklampsji. Zdanie to ogólnie jest przyjętem, chociaż cyframi trudno jest go dowieść, największa bowiem liczba pierwiastek mniej więcęj należy do 20-letnich; ztąd też na ten wiek przypada stosunkowo największa liczba przypadków eklampsji. Dodając wszakże wiek wszystkich chorych przezemnie i kolegów obserwowanych i dzieląc otrzymaną cyfrę przez liczbę przypadków jako średni wiek dla eklampsji wypadło nam lat 25, co w pewnej mierze stwierdza przypuszczenie powyżej postawione. Zwracam uwagę, iż w statystyce obecnie przezemnie zebranej najmłodsza pierwiastka eklampsji podległa miała lat 16, najstarsza zaś lat 40. E. H. WHEELER (*Amerik. med. Biweckly*. Czerwiec 22. 1878) opisał przypadek eklampsji u pierwiastki niecałe 13 lat wieku liczącej, w stanie Illinois przez niego spostrzegany; chora ta przed zajęciem w ciążę zaledwie 2 razy tylko miesiączkowała; rozwiązana kleszczami, zmarła.

Opierając się na cyfrach dawniejszych autorów, w rozprawie z r. 1870 wyprowadziłem wniosek, iż eklampsya prawie 3 razy jest częstszą podczas porodu niż w połogu, a w tym ostatnim, częstszą niż w ciąży; stosunek liczbowy przedstawił się w sposób następujący: podczas porodu 149 przypadków, w połogu 59 przyp., w ciąży 40 przyp. SCHAUTA (*op. cit.*) stosunek ten podaje w cyfrach 145:82:42 czyli przybliżenie jak 4,5:2:1. Pragnąc dokładnie zbadać

możliwe przyczyny eklampsji, staraliśmy się w statystyce naszej krajowej, zebrać pod tym względem jeszcze więcej szczegółowe dane i okazało się iż na 68 przypadków eklampsja wyłącznie w ciąży była obserwowaną 6 razy, w ciąży i przy porodzie 6 razy, przy porodzie samym 20 razy, przy porodzie i w położu 16 razy, w ciąży, przy porodzie i w położu 7 razy, nakoniec w położu samym 13 razy. Tym sposobem na 68 przypadków drgawki wystąpiły pierwotnie przy porodzie 36, w położu 13, w ciąży 19 razy przybliżenie zatem wypadła stosunek jak 3:1:2. (St. JERZYKOWSKI w podręczniku swoim z r. 1875 wyraża ten stosunek procentowo jak 55%:18%:27% czyli przybliżenie jak 5:2:3). Wypadłoby zatem iż drgawki pierwotnie występujące w położu są rzadszemi od drgawek w ciąży, co zmieniloby poprzednio wypowiedziane przekonanie. Jakkolwiek z teoretycznego punktu widzenia, przyjęcie takiego stosunku częstości pierwotnego pojawiania się drgawek w różnych okresach sprawy płodzenia, byłoby dogodniejszom dla tłumaczenia ich przyczyn; to jednak wyznają iż liczba 68 spostrzeżeń jest jeszcze zbyt małą aby na niej stanowcze wnioski można było oprzeć; pozostaje tylko jeden fakt faktem: iż eklampsja występuje pierwotnie najczęściej podczas porodu, że zatem okres ten sprawy płodzenia, dostarcza najwięcej momentów drgawki wywołujących. Ta największa częstość pojawiania się eklampsji podczas porodu, uzasadnia nadawanie jej skróconej nazwy polskiej „Drgawki porodowe“.

Przejdźmy z kolei do rozważania warunków, wśród których drgawki pojawiają się w każdym poszczególnym okresie sprawy płodzenia.

W ciąży występują pierwotnie najczęściej w drugiej jej połowie i to tem częściej, im bliżej kresu ciąży. W 3-ch moich przypadkach wystąpiły one za każdym razem w końcu 9-go miesiąca. Kol. ROGOWICZ na 5 przypadków spostrzegał ją raz w 6 miesiącu, 2 razy w 7-ym, raz w 8-mym i raz w 9-ym miesiącu. Kol. THIEME na 11 przypadków obserwował ją: raz w 7-ym, 10 razy w 9-ym miesiącu. Ogółem przeto na 19 przypadków eklampsji rozpoczynającej się w ciąży występowała ona pierwotnie: raz w 6-ym, 3 razy w 7-ym, raz 8-ym i 14 razy w 9-ym miesiącu. Obliczenie to potwierdza wyżej postawioną zasadę; wogóle też przyjmują iż eklampsja w pierwszej połowie ciąży należy do największych rzadkości; w nowszej literaturze znajdujemy opisany jeden tylko przypadek wystąpienia tej choroby w 5-tym miesiącu ciąży, obserwowany przez A. HAMILTON'a z Chester (*Brit. med. Journ.* 1881. Kwiecień 2. p. 511).

Z powyższego wynika że, im bliższą jest ciąża swego kresu, tem więcej potęgują się momenta uspasabiające do eklampsji. Jakież to mogą być owe momenta? Fizyologiczne następstwa ciąży przekraczające granicę fizyologiczności i czysto patologiczne. Do pierwszych należą właściwa ciężarnym chemiczna zmiana krwi (*leuco-hydraemia*) i zależne od ciąży mechaniczne przeszkody w krążeniu, a ztąd podniesienie ciśnienia tętniczego w ośrodkach nerwowych przez utrudnienie krążenia w narządach dolnej połowy ciała.

Tu przypominamy, iż tak zwane zmiany fizyologiczne od ciąży zależne zwykle wybitniejszemi są u pierwiastek niż u kobiet w ciąży bywałych; ztąd

większa częstość eklampsyi u pierwszych niż u drugich; że wreszcie zmiany te są stałymi towarzyszami ciąży wogóle, gdy tymczasem zmiany chorobliwe, któreby do eklampsyi usposabiać mogły, chociaż często się przytrafiają, nie są jednak tyle stałymi jak fizyologiczne.

Podczas porodu, eklampsya jak to już wyżej wzmiankowaliśmy, zwykła najczęściej występować; poród więc musi być chwilą najbardziej powstawaniu drgawek sprzyjającą. Zapytujemy co charakteryzuje okres porodowy w tem rodzaju, iżby wywołać mogło objawy nerwowe dowodzące nagłego podrażnienia ośrodków? Dwa są tylko momenta którym wpływ podobny przypisać można: 1) bóle porodowe od skurczów macicy pochodzące, niezależnie od woli rodzącej; 2) natężenia porodowe, polegające na większem lub mniejszem parciu przepony na trzewia brzuszne, do pewnego stopnia od woli rodzącej zależące; pierwszych oddziaływanie może być czysto nerwowe, drugich dynamiczne, utrudniające niekiedy w wysokim stopniu (choć tylko chwilowo) warunki krążenia w narządach brzusznych, *respective* podnoszące ciśnienie w naczyniach ośrodków nerwowych.

Zobaczmy przedewszystkiem: jaki też jest stosunek pojawienia się pierwotnego drgawek do różnych okresów porodu.

Nazwa autora.	Liczba sposzrzeń	Początek napadów w okresie porodowym.				
		I	II	III	IV	V
Z dawniejszych: Krauze	6	2	3	—	—	1
Kiwisch	32	10	10	8	1	3
Arneth	10	2	5	3	—	—
Z nowszych (krajowych) Rogowicz.	9	3	4	2	—	—
Thieme	7	2	1	3	1	—
Rybicki	12	1	7	2	—	2
Stypiński ¹⁾	8	—	6	2	—	—
Razem na	84	20	36	20	2	6

Z tablicy tej widzimy, iż w pierwszych trzech okresach porodu najłatwiej o przyczynę wywołującą drgawki, a z pomiędzy nich najłatwiej o taką przyczynę w okresie 2-gim. Czemże to szczególniem odznacza się okres 2-gi? Jest to okres rozwierania się ujścia macicznego i wogóle najprzykrzejszych dla rodzącej bólów porodowych. Dokuczliwość ta zmniejsza się z chwilą wstępowania części przodującej w próżnię małej miednicy t. j. z chwilą rozpoczęcia się okresu 3-go w którym, owo że się tak wyrażę różnicie porodowe

¹⁾ Kol. STYPIŃSKI w opisie swych 10 przypadków eklampsyi (*op. cit.*) konkluduje: wprawdzie napady choroby rozpoczynały się częściej w 3-cim okresie niż w 2-gim lub innych, nie wiemy wszakże co chce rozumieć przez okres 3-ci. Przyjmując zgodnie z ogółem iż początek okresu 3-go porodu zaczyna się z chwilą ustalenia główki, dostatecznego rozwarcia ujścia a przedewszystkiem z chwilą rozpoczęcia się zstępowania głowy w małą miednicę, byliśmy zmuszeni, czytając z uwagą opis każdego z przypadków kol. STYPIŃSKIEGO, odnieść z nich 5 do okresu 2-go, 2 zaś tylko do 3-go okresu porodu.

zaczyna się zmieniać w bóle tak zwane porodowe dęte. W okresie 1-ym i 2-gim nateżeń czynnych ze strony rodzącej nie bywa zwykle, a przynajmniej są one znacznie mniejsze niż w okresach 3-im i 4-tym; trudno zatem przypuścić aby w dwóch pierwszych okresach porodu, przeszkody w krwioobiegu, powstające wskutek pracy porodowej, mogły być przyczyną pierwotnego wystąpienia drgawek; w tych zatem okresach jedynie bolesność skurczów macicy i wynikłe ztąd podrażnienie nerwowe, mogą być uważane za moment wywołujący drgawki. Im bliższą jest część przodująca wychodu miednicy małej i bóle przybierają więcej charakter dętych, a część przodująca już nie może uciskać narządów nad wchodem małej miednicy leżących, tem niebezpieczeństwo wystąpienia drgawek staje się mniejszem; dowodzi tego wielka rzadkość drgawek powstałych pierwotnie w 4-tym okresie porodowym. Drgawki okresu 5-go, równie rzadkie, objaśnić też możemy jedynie podrażnieniem nerwowem wywołanem skurczami macicy, dążącemi do wydalenia łożyska, bowiem o jakim bądź ucisku, w tym okresie nie może być mowy.

Tyle powiedzieć się daje o wpływie bólów, mniej więcej prawidłowych, pierwszych okresów porodu na wywołanie napadów drgawkowych. Przypisując im wpływ drażniący ośrodku, dochodzimy logicznie do wniosku, iż im one są dokuczliwsze, im bardziej nieprawidłowe, im dłużej ich trwanie się przewleka, tem snadniej wyrzucić one mogą ów wpływ szkodliwy.

Faktem trudno zaprzeczać, to też już i dawniejsi autorowie (KIWISCH, SCANZONI, KRAUSE) wpływ bólów porodowych na występowanie drgawek, stawiali w szeregu przyczyn je wywołujących. Zaprzeczył mu, z wybitniejszych pisarzy tylko C. BRAUN z Wiednia (*Klinik der Geburtsh. und Gynäk. Erlangen 1885. XV Beitrag. Wniosek 11. Str. 300*). Uczynił to zapewne z pobudek czysto teoretycznych, jako bowiem gorący zwolennik teorii FRERICHS'A, pragnął wszystkie i zawsze przypadki eklampsyi objaśnić li tylko zatruciem moczownikowem a właściwie amonowem; z teoretycznego zatem punktu widzenia, przyjmowanie wpływu nerwowego bólów porodowych wcale mu nie było potrzebem.

Z pomiędzy nielicznych autorów naszych ja zdaje się pierwszy, zwróciłem szczególniejszą uwagę (w rozprawie z 1870 r.) na bóle porodowe, jako na przyczynę drgawki wywołać mogącą i kilkoma następnie drukiem ogłoszonymi spostrzeżeniami, starałem się twierdzenie moje podtrzymać. Pilniejszą zwracając na ten przedmiot uwagę, w spostrzeżeniach moich przy eklampsyi podczas porodu się rozpoczynającej, zauważyłem nieprawidłowość lub wielką dokuczliwość bólów porodowych w 7 przypadkach, a także raz w przypadku drgawek rozpoczętych pierwotnie w ciąży i takimi bólami w następstwie podczas porodu podtrzymywanemi i raz w położu przy silnem bardzo rznięciu połogowem. W innych przypadkach moment ten nie zwrócił na siebie mojej uwagi, lub też bóle były prawidłowemi. Kol. ROGOWICZ w ciągu swej praktyki nie zwracał szczególnej uwagi na ten przedmiot. Kol. THIEME w nadesłanej mi statystyce podaje 5 przypadków w których nieprawidłowość lub dokuczliwość bólów porodowych spostrzegł: w jednym z nich eklampsya pojawiła się pierwotnie w 1 okresie porodu, w 1 w 2-gim okresie, w 2-ch w 3-im okresie

i nakoniec w 1 rozpoczęła się pierwotnie w ciąży a następnie przeciągała się podczas porodu, będąc bólami takimi podtrzymywaną. Baczniejszą uwagę na ten wpływ bólów porodowych zwrócił kol. STYPIŃSKI, który na 10 przez siebie obserwowanych przypadków w czterech go stwierdził; położył on przytem nacisk na szczególny wpływ jaki wywrzeć może w pewnych razach ucisk ręką na tylną ścianę macicy wywarły podczas porodu a nawet i w położu t. j. na możliwość wywołania tą drogą napadu eklampsji (w 1 przypadku po dość długim już nawet ustaniu jej poprzednio).

O ile zauważyć mogłem, najbardziej drażniącemi rodzące, są bóle okresu 2-go; krótkie, często się powtarzające a mało lub prawie nieskuteczne, przez co okres ten nadmiernie się przewleka i do najwyższego stopnia może rozstroić nerwowo rodzącą. Wśród takich to bólów, przy istniejącem zkądinąd usposobieniu, drgawek najbardziej obawiać się należy. (d. c. n)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

63. **Przyczynę do rozpoznania i leczenia krwotoków macicznych nietypowych.** *Zur Diagnose und Therapie der atypischen uterusblutungen von Dr. EICHHOLZ in Jena.* (Odbitka z pisma miesięcznego „Der Frauenarzt“ 1887). Krwotoki maciczne nietypowe, których źródłem są zapalenia wewnątrz-maciczne (*endometritis fungosa s. polyposa*), resztki łożyska jakoteż nowotwory, jużto złośliwej, już niezłośliwej przyrody są przez różnych ginekologów w różny sposób leczone. Jedni, nie troszcząc się wcale o bliższe określenie cierpienia będącego źródłem krwotoku, robią wyskrobanie (*Curettement*) błony śluzowej wnętrza macicy. Inni znowu przed przystąpieniem do jakiegokolwiek rękoczynu rozszerzają ujście maciczne i dopiero za pomocą badania palcem (*Abtastung*) starają się przekonać o cierpieniu podstawowem. Wynik badania dopiero decyduje o jakości rękoczynu. Zwolennicy ostatniego sposobu postępowania twierdzą, że bez należytego zbadania wnętrza macicy niepodobna zrobić ścisłego rozpoznania, a zatem i wszelkie leczenie jest nieusprawiedliwionem; że ani badanie za pomocą zgłębnika, ani anamneza, ani inne objawy nie dostarczają tak pewnych danych jak zbadanie palcem, że i leczenie, a specyjalnie wyskrobanie nie jest ścisłem, ponieważ wraz z cierpiącą błoną śluzową usuwa się i części zdrowe, a z drugiej strony pozostawia ekskrescencye usadowione w miejscach dla kuretki niedostępnych. A zresztą dla czegoż nie ma być wykonaniem rozszerzenie ujścia macicznego; wszak laminaria może się stać przy pomocy leków przeciwniglnych aseptyczną, a niebezpieczeństwo zakażenia usuniętem.

Przeciwnicy tego sposobu postępowania opierają swój pogląd na następujących danych. Rozszerzenie ujścia macicznego do przejścia wymaga co najmniej 3 dni czasu; oprócz bólu, jakiego chore doznają są one narażone na niebezpieczeństwo zakażenia; podczas całej tej procedury chora winna być ściśle spostrzegana, co w praktyce prywatnej nie łatwem jest do przeprowadzenia; rękoczyn wymaga licznej assistencyi. Co się tycze wyżej wspomnianej niedostateczności ścisłego rozpoznania, to jest ono po większej części zbyt czynnem; skoro się bowiem przekonamy, że krwotoki nie zależą od cierpienia innych narządów, w takim razie mamy prawo twierdzić, że źródłem ich jest cierpienie macicy tembardziej, gdy chore mają upławy, gdy na części pochwowej macicy znajdziemy owrzodzenie, a czoło macicy zgrubiałem i powiększonym. Czy zaś usunięta będzie cała błona śluzowa wnętrza macicy, czy tylko część to wszystko jedno, ponieważ jest dowiedzionem, że błona śluzowa macicy po jej wy-

Dział choroby	WYSZCZEGÓLNIENIE CHOROBY																	
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	15.	20.	25.	30.	35.	40.	
Morbi infectiosi	Typhus abdominalis																	
	Typhus exanthematicus																	
	Febris intermittens																	
	Variola																	
	Variolois																	
	Morbilli																	
	Diphtheritis																	
	Pneumonia crouposa																	
	Erysipelas																	
	Rheumatismus articularis acutus																	
Universales et sanguinis	Marasmus senilis																	
	Anaemia																	
	Scrophulosis																	
	Lues inveterata																	
	Rheumatismus muscularis																	
	Rheumatismus articularis chronicus																	
	Arthritis deformans																	
App. respiratorii	Laryngitis catarrhalis acuta																	
	Stenosis laryngis luetica																	
	Bronchitis catarrhalis acuta																	
	Bronchitis catarrhalis chronica																	
	Emphysema pulmonum																	
	Pleuritis serosa																	
	Gangraena pulmonum																	
	Phthisis pulmonum																	
App. circulationis	Insufficiencia et stenosis mitralis																	
	Insufficiencia et stenosis aortae																	
	Arteriosclerosis																	
	Phlebitis																	
	Lymphadenitis submaxillaris																	
App. digestionis	Angina follicularis																	
	Abscessus peritonsillaris																	
	Dyspepsia																	
	Gastritis catarrhalis acuta																	
	Gastritis catarrhalis chronica																	
	Carcinoma ventriculi																	
	Enteritis catarrhalis acuta																	
	Enteritis catarrhalis chronica																	
	Gastro - duodenitis catarrhalis																	
	Cirrhosis hepatis																	
Echinococcus hepatis																		
Neoplasma hepatis																		
App. urin.	Catarrhus colli vesicae urinae																	
	Atonia vesicae urinae																	
	Morbus Brighti chronicus																	
App. genit. fem.	Amennorrhoea																	
	Neoplasma benignum uteri																	
	Carcinoma uteri																	
	Oophoritis																	
App. nervosi	Haemorrhagia cerebri																	
	Ramollitio cerebri																	
	Myelitis chronica																	
	Tabes dorsalis																	
	Comotio cerebri																	
	Epilepsia																	
	Neurasthenia																	
	Lumbago																	
	Ischias																	
Varii	Alcoholismus chronicus																	
	Otitis media																	
	Contusio capitis																	
	Simulatio																	
	Agonizatio																	

skrobaniu szybko się oradza. Rozważywszy dane przemawiające za i przeciw rozszerzeniu ujścia macicznego należy dodać, że co się tyczy prostoty i niedługiego trwania całego rękoczynu *ceteris paribus* pierwszeństwo oddać należy wyskrobaniu bez rozszerzenia ujścia; z drugiej strony pewność rozpoznania bez rozszerzenia ujścia pozostawia nieraz wiele do życzenia. I w rzeczy samej zdarzają się przypadki, w których pomimo wyskrobania krwotoki nie ustają, a badanie następnie wykonane przy pomocy rozszerzenia ujścia macicznego wykrywa twardy guz w macicy. Tu należą przypadki LOMERA (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* IX) i OLSHAUSENA (*Arch. f. Gynäkologie* VIII). Autor miał sposobność spostrzegać 34 przypadków nietypowych krwotoków macicznych, przy których dokonaniem było rozszerzenie ujścia macicznego. Przypadki te są zdaniem autora bardzo ważne dla wyjaśnienia omawianej kwestyi i dlatego podaje autor wyniki przez się otrzymane.

We wszystkich przypadkach rozszerzenie dokonaniem zostało za pomocą laminaryi, co wymagało średnio 3 dni czasu. W 15 przypadkach ekskrescencye usadowione były w dnie macicy i około tub, w 6 w samym dnie, w 3 w szyi macicznej, w 4 na przedniej, tylnej ścianie. Kilka razy musiało być skutkiem gorączki rozszerzenie ujścia przerwaniem na pewien czas; raz po operacyi w drugim tygodniu rozwinęło się zapalenie okołomaciczne znacznego natężenia z wysiękiem, który uległ wessaniu dopiero po 2 miesiącach, raz mniej znaczne zapalenie okołomaciczne. Z 34 przypadków 8 chorych zgłosiło się po raz drugi do autora z przyczyny powtórnych krwotoków. Chore te zasługują na szczególniejszą uwagę.

Jedna chora, u której pierwszy raz znaleziono wyniosłości na dnie macicy i częściach przytykających do tub, w 9 tygodni po operacyi zgłosiła się z przyczyną powtarzających się krwotoków. Przy drugim badaniu znaleziono małe wyniosłości na dnie i naokoło prawej tuby, które widocznie nie zostały usunięte przy pierwszej operacyi; jestto najlepszy dowód, że nawet badanie za pomocą palca nie ubezpiecza od niedokładności rękoczynu. Dwie chore, u których znaleziono błonę śluzową wnętrza macicy gładką, zakomunikowały autorowi listownie, że krwotoki mają ten sam nieregularny charakter jak i przed operacyą. U jednej chorej, u której nie znaleziono nieprawidłowego i która też operowaną nie była, znaleziono w pół roku przy pierwszym badaniu z wielkości grochu polipy. U innej chorej, u której znaleziono miękkie śluzowe wyniosłości na dnie macicy usunięte zostały pojedynczo za pomocą łyżeczki (*Löffelzange*) musiało być wykonaniem skutkiem powtarzających się krwotoków. Siódma chora, u której usunięto z macicy mięsaka zakomunikowała autorowi po 6 miesiącach, że krwotoki powtarzają się nadal. Przyczyną krwotoków musiało być istniejące obok mięsaka zapalenie wnętrza macicy (*endometritis fungosa*).

U 8 chorej u której wykonaniem było całkowite wyskrobanie błony śluzowej macicy z przyczyną *endometritidis fungosae*, po 2 latach przy ponownem badaniu znaleziono znowu przewlekłe zapalenie wnętrza macicy. W tym przypadku widoczną jest prawdziwa recydywa. Leczenie przy którym w 34 przypadkach 7 razy otrzymano wynik ujemny już w krótkim czasie nie może być uważanem za zupełnie dokładne, z czego wnosić należy, że rozszerzenie ujścia macicznego, dla ścisłego rozpoznania przyczyny krwotoków macicznych i dla skutecznego usunięcia tychże nie zawsze uwienczonem zostaje pomyslnym wynikiem. Zdaniem autora tylko w przypadkach, w których za pomocą zgłębnika macicznego wykryto obecność lub też choćby prawdopodobieństwo stałego guza będącego przyczyną krwotoków macicznych, rozszerzenie ujścia macicznego jest koniecznem tak dla ścisłego rozpoznania jak i leczenia. Autor z przypadków przez się spostrzeganych wyprowadza następujące wnioski:

1) Rozszerzenie ujścia macicy i zbadanie za pomocą dotyku wnętrza ma-

cicy przy krwotokach macicznych nietypowych jest w większości przypadków zbyt czynnym.

2) Zapalenia wnętrza macicy (*endometritis fungosa*) daje się łatwo rozpoznać z objawów: krwawienia, upławów owrzodzenia części pochwowej macicy, powiększenia ciała macicy; obecność resztek łożyska z anamnezy.

3) Dla terapii obojętnem jest gdzie są usadowione śluzowe wyniosłości lub resztki łożyska, ponieważ bez szkody usunąć można całą błonę śluzową macicy. Przez kilkakrotne zakładanie laminaryi rozpoznanie zostaje utrudnionem, co pochodzi prawdopodobnie od wygładzenia się błony śluzowej pod wpływem laminaryi.

4) Twarde narośle we wnętrzu macicy usadowione dają się łatwo rozpoznać przy badaniu za pomocą zgłębnika. W tego rodzaju przypadkach należy jednak za pomocą rozszerzenia ujścia macicznego przekonać się o przyrodzie i umiejscowieniu guza.

Feliks Arnstein.

64. O śpiączce moczówkowej (*Du coma diabétique*). Par R. LÉPINE. Dawne mniemanie, że krew, cierpiących na moczówkę jest mało alkaliczną, wskrzeszonym zostało przez M. STADELMANA, który badając mocz diabetyków wykrył kwas, zbliżający się bardzo do kwasu krotonowego. Ostatnie poszukiwania KÜLZ'A i MINKOWSKIEGO, dokonane niezależnie jeden od drugiego, wykazały, że to jest kwas oksybutyrowy, co następnie potwierdzili DEICHMÜLLER, SZYMAŃSKI i TOLLENS. Opierając się na swoich poszukiwaniach, STADELMAN przepisuje diabetykom dwuwęglan sodu od 36—72 grm. przez ciąg kilku dni. Następstwem tej kuracji jest zmniejszenie ilości soli amoniakalnych w moczu. Nawet podczas śpiączki M. STADELMANN nie waha się wstrzykiwać do żył wodę słoną zawierającą 20—30 grm. sody na 1000.

Chory X. 24 lat przybył do kliniki 17 I. 1887. Od 19 roku miał objawy moczówki. I. II. 87. O godz. trzeciej w dzień wystąpiła śpiączka. P. 120. T. 35°6. Zapach acetonu w moczu. Do *venu med. cephal.* wiano powoli (20 minut) 1½ litra wody 40° C. zawierającej 8,0 soli i 34,00 sody. Bezpośrednio po wprowadzeniu do krwi tego roztworu zauważono, że śpiączka jest mniejszą, chory mógł sam pić. Wieczorem drugie wlewanie z 2 litrów 40° C. (12,00 soli i 10,0 sody). Surowica badana przed wlewaniem była prawie obojętną. Mocz wypuszczony w ½ god. po wlewniu był mocno kwaśny lecz nie polaryzował na lewo. Chory miał się lepiej ale wbrew oczekiwaniu zmarł o 2-iej rano. W danym przypadku zasługuje na uwagę ta okoliczność, że z uryna, pomimo że do krwi wprowadzono 44 grm. sody pozostała mocno kwaśną; również i surowica nie przedstawiała alkaliczności prawidłowej. Z punktu widzenia M. STADELMANN'A niepomyślne zejście opisanego przypadku zależnem było od niezupełnej i spóźnionej interwencji terapeutycznej; niezupełnej — krew bowiem nie dosięgała zwykłej swej alkaliczności, spóźnionej — gdyż chory był w śpiączce od 6 godzin. Co się tyczy pierwszego, autor robi uwagę, że lubo kwasy będące we krwi zostaną nasycone przez zasadę, jednak pozostają w krwi sole tych kwasów, które mogą nie być obojętnymi dla organizmu. Jako dowód, że sole kwasów należących do tegoż szeregu, jakoto propionowego, butyrowego i t. d. są jadowite, autor przytacza doświadczenia M. MAYER'A i O. WEBER'A, dokonane na zwierzętach. Dalej jednak mówi, że odrzucać leczenie STADELMANN'A byłoby rzeczą nierozsądną, doświadczenie bowiem wykazało że w moczu wydobytym za pomocą kateteru po drugiem wlewaniu, kwasu oxybutyrowego nie znaleziono (mocz nie polaryzował na lewo). Przypuszcza zatem autor, że soda działa tu nie nasycając na kwasy, lecz jako środek moczopędny zapobiega dalszemu tworzeniu się kwasów i sprzyja ich rozkładowi. W zakończeniu autor zachęca do dalszych doświadczeń w tym kierunku i robi słuszną uwagę, że zazwyczaj diabetykom przepisują wyłącznie mięsna dyetę, która niepomyślnie wpływa na przebieg choroby.

65. SLELFERICH. 0 **stuczem pobudzeniu nowotworzenia kości.** Autor radzi w przypadkach, w których tworzenie kostniny po złamaniu jest opóźnione, lub niedostateczne, lub po oddaleniu wielkich martwiaków zastosować postępowanie, które by wywołało przekrwienie w miejscu, w którym tego pragniemy. Przekrwienie to ma pobudzić szybsze tworzenie się kostniny, i daje się osiągnąć przez przewiązanie kończyny rurką gumową elastyczną i obandażowanie powyżej miejsca, na którym chcemy wywołać przekrwienie. Ucisk powinien mieć dość mocy, nie na tyle jednak, aby sprawiał ból choremu; z początku stosuje się przez kilka godzin, później i dłużej. Obrzmienie żył autor nie spostrzegał. Nie radzi stosować tego postępowania przy cierpieniach grzliczych kości, a przy stawach wrzekomych metoda ta nie osiąga żadnego rezultatu. Autor czynił już próby od 6 lat z dobrym skutkiem i poprzednio metodę tę stosowali DUMREICHER i NICOLADONI. (Beilage zum Centralbl. für Chir. 1887. Nr. 25). A. G-z.

66. WAGNER. **Przenoszenie świeżych szypułkowatych płatów skóry z klatki piersiowej na górne kończyny.** Autor za przykładem zmarłego prof. MAAS'A zastosował w 2 razach przeniesienie płatów z klatki piersiowej na pokrycie braków skóry powstałych po obrażeniach z dobrym skutkiem. Główne zasady postępowania: 1) przedewszystkiem kończynę na którą ma być płat przeniesiony i okolicę z której go wzięto, należy w wzajemnym do siebie stosunku nieruchomo ustalić za pomocą opaski gipsowej. 2) Warstwę ziarninową z okolicy, na którą płat przenosimy, należy dobrze zeszkrobać łyżeczką. 3) Płatybrane z klatki piersiowej należy wycinać w kierunku biegu naczyń. 4) Płat należy dokładnie przyszyć do brzegów pozostałej jeszcze skóry na rękę i dobrze go przystosować do oświetzonej powierzchni. 5) Szypułkę przecina się między 10 a 14 dniem. Tę samą metodę można zastosować i przy dużych wrzodach na goleni, przenosząc płat ze zdrowej nogi na chorą.

(Beilage zum Centralbl. für Chir. 1887—25). A. G-z.

67. LANGE. **Przyczynę do leczenia guzów hemoroidalnych.** Autor robił doświadczenia na 36 osobnikach i zachwala metodę zastrzykiwania kwasu karbolowego, jako bardzo skuteczną, nie przedstawiającą żadnego niebezpieczeństwa. Operacja daje się wykonać bez uspienia chorego, przy użyciu kokainy i szczególnie nadaje się u osobników niedowkrwistych. Główne jej zasady: 1) chorey, jak zwykle dostaje na przecyszczenie przed operacją, 2) przed samym aktem operacji guzy pokrywa się maścią jodoformową. 3) Igła szprzycki powinna być bardzo cienka, i wkłówa się ją nieco ukośnie w miąższ szyszki, 4) zastrzykuje się do małych guzów 2—3 kropel, a do większych 5—6 kropel roztworu kwasu karbolowego w glicerinie Ad 5) zastrzykiwanie powinno się odbywać powoli, i po wyjęciu igły należy ucisnąć miejsce wkłócia dla zapobieżenia wypływowi wstrzykniętego płynu. Rzadko kiedy autor zmuszony był powtórzyć zastrzykiwanie.

(Beilage zum Centralbl. für Chir. 1887 - 25). A. G-z.

68. LANGE. **Postępowanie przy przetokach odbytnicy.** Autor radzi przy przetokach odbytnicy długo trwających następujące postępowanie: rozszerzenie zwieracza przez założenie gąbki do kiszki stolcowej; następnie przetoka przecina się jak zwykle na całej swej długości na zgłębniku, oddziela się nożyczkami lub łyżeczką wszystkie chorobliwie zmienione części, i nakłada się szew dokładny na całej długości rany. W wielu razach autor otrzymał zagojenie *per primam intentionem*.

(Beilage zum Centralbl. für Chir. 1887 - 25). A. G-z.

ODCINEK.

SPRAWOZDANIE Z RUCHU CHORYCH

w Warszawskim szpitalu Zapasowym w ciągu roku 1887 z opisem kilku ciekawych spostrzeżeń.

Ułożył Witold Szumlański, lekarz miejscowy tegoż szpitala.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 37).

17/II. Plamy na całym ciele; najdawniejsze: na pośladkach, plecach i ramionach prawie czarne; pozostałe czerwone połączone w mniejsze lub większe grupy.

18/II. Całe ciało pokryte ciemnymi, prawie czarnymi, mniejszymi lub większymi plamami. Na pośladkach z obu stron linii środkowej naskórek odstaje; łatwo się oddziela, obnażając powierzchnię skóry wilgotną, bolesną przy dotykaniu.

19/II. Miejsca pozbawione nabłonka przyschły; na lewym pośladku było nieznaczne krwawienie. Na twarzy wysypka zniknęła; w innych miejscach zbladła.

20/II. Stan ogólny lepszy; ciepłota prawidłowa. Złuszczenie naskórka trwa w dalszym ciągu; na prawym pośladku i w okolicy prawego większego krętarza powierzchnia obnażona wilgotna; w pozostałych miejscach na tułowiu plamy koloru miedzi; na kończynach barwy fioletowej.

21/II. Naskórek złuszcza się dużymi płatami, powierzchnia obnażona sucha, na prawym pośladku i w okolicy krętarza tworzą się odleżyny.

Od tego czasu wysypka stopniowo ginęła i jednocześnie naskórek w dalszym ciągu się złuszczał; odleżyny nowe nie tworzyły się, a te które były, po kilku dniach zaczęły się podgajać.

W dostępnych mi podręcznikach nie znalazłem nigdzie wzmianki o podobnym powikłaniu duru brzuszego. JACCOUD w swym Wykładzie patologii szczegółowej ¹⁾ wspomina wprawdzie o jednym przypadku, w którym „wysypka była tak obfita i uogólniona, że sprawiała najzupełniejsze wrażenie odry odgraniczonej (*rubeola discreta*)”, lecz powstała ona w tym czasie, gdy zwykle zjawia się różyczka durowa, gdy tymczasem w naszym przypadku plamy zjawily się w końcu 3-go tygodnia; różyczka zaś właściwa widoczna była na skórze tułowia w dniu przybycia chorej do szpitala i znikła po upływie dni kilku.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, iż wysypka ta zależną była od nadzwyczajnego wyniszczenia i upadku odżywiania ogólnego, a więc i odżywiania ścianek naczyń włosowatych skóry; mając to na względzie zalecono częste ogólne obmywanie octem aromatycznym; po złuszczeniu naskórka miejsca wilgotne opatrywane były watą, pod którą przysychały, na odleżyny zaś stosowano *Ungt. plumbi tannici*.

III. Ignacy J. Stróż, lat 26, wstąpił do szpitala 30/I, 3-go dnia choroby, która zaczęła się bólem głowy i dreszczami; ból głowy stopniowo coraz się powiększał.

Przy badaniu znaleziono: Ciepłota 40^o5. Tętno 108. Ogólne odżywianie dobre, budowa prawidłowa. Na skórze twarzy, zwłaszcza czoła, jak również na piersiach, brzuchu, plecach i kończynach widać wysypkę w kształcie oddzielnych drobnych czerwonych grudek (*papulae*). Chory twierdzi, iż wysypka ta trwa już oddawna. Na lewym ramieniu blizny po zaszczeplonej ospie.

Oddech nieco zastrzony; kaszel umiarkowany. Tony serca czyste, prawi-

¹⁾ Przekład polski. T. III str. 601.

dłowe. Brzuch wzdęty, nieco bolesny; wypróżnień nie było od dni kilku. Język suchy obłożony. Pragnienie ciągłe.

Górna granica śledziony pod 7-m żebrem: od dołu nie daje się wyczuwać. Wysypka, która po pierwszym badaniu chorego pozwała przypuszczać początkowy okres ospy, zwiększała się ilościowo i przyjmowała właściwe cechy tak iż na trzeci dzień rozpoznanie nie mogło ulegać wątpliwości. Przebieg choroby był wogóle dosyć typowy, z wysoką jednak gorączką, przechodzącą wieczorem w pierwszych dniach 40°0; potem ciepłota nieco opadła; w okresie ropienia były znów wahania dochodzące do 39°0; dziesiątego dnia choroby najstarsze krostki (na twarzy) zaczęły podsychać, a w końcu 3-go tygodnia gdy podsychanie zostało ukończone zalecono choremu ciepłą kąpiel i przeniesiono go na salę ogólną.

Po kilku dniach ciepłota raptownie rano 25/II wzniosła się do 39°5, chory skarżył się na ból głowy i ból w gardle przy polykaniu. Błona śluzowa gardziela mocno przekrwiona usiana drobnymi grudkami i krostkami. Wieczorem C. 38°5; na nosie i na prawym policzku skóra nieco zbrzęknięta, błyszcząca zaczerwieniona. Rozpoznano różę²⁾, która wędrowała potem po całej twarzy i głowie, przeszła na muszle uszne, na szyję i kark. Ciepłota wahała się pomiędzy 38°0 rano i 40°5 wieczorem.

5-go dnia przebiegu róży 1/III powstało nowe powikłanie: chory zaczął kaszleć, wydzielać plwocinę z rdzawym odcieniem; przy badaniu płuc znaleziono oddech równomiernie zaostrozony bez rzężeń. Dnia następnego 2/III C. 40°1. T. 104, rdzawe zabarwienie plwociny daleko wyraźniejsze; kaszel nieco mniejszy; w prawem płucu, zwłaszcza w okolicy płata górnego od tyłu znaleziono stępienie odgłosu wypukowego i oddech mocno zaostrozony. C. wieczorna 39°7. T. 109.

3/III. C. 39°5. T. 96. Stępienie i oddech oskrzelowy w okolicy prawej łopatki. Kaszel umiarkowany z plwociną rdzawą. Wiecz. C. 38°. T. 96.

4/III. C. 36°4. W nocy było bredzenie. Stępienie i oddech oskrzelowy w okolicy łopatki. Plwocina słabo zabarwiona krwią. Wieczorem C. 37°8. T. 80. Kaszel nieznaczny, wykrztuszania niema. Od tej chwili zaczęło się rozdzielenie sprawy zapalnej w płucach i jednocześnie ograniczyła się róża i naskórek począł się łuszczyć. Po 2 tygodniach, podczas których stan ogólny chorego znacznie się poprawił, ciepłota niespodzianie podniosła się do 40°1 i znów zjawiała się róża na twarzy. Przebieg jej był tym razem mniej ciężki niż poprzednio, jednakże w ciągu dni kilku ciepłota dochodziła do 40°0 i róża znów wędrowała po twarzy i głowie.

Od d. 27/III stan bezgorączkowy; gdy po wszystkich tych przejściach stan chorego poprawił się o tyle, iż tenże był już w stanie sam chodzić, wypisano go ze szpitala stosownie do jego życzenia i tem chętniej, iż obawialiśmy się nowych jakich powikłań, które być może nie przeszły by już tak pomyślnie.

Mieliśmy zatem do czynienia z chorem, który jednocześnie, lub kolejno przebył następujące choroby: *Variola*, *Erysipelas faciei*, *Pneumonia fibrinosa acuta dextra* i potem raz jeszcze *Erysipelas faciei et capillitii*.

IV. Spostreżenie niniejsze zasługuje na wzmiankę ze względu na ciężkie dosyć powikłania, jakie zaszły podczas przebiegu lub w okresie zdrowienia po ospie u 16-letniego stolarza Józefa Z.

Przebieg samej ospy był prawidłowy; śladów szczepienia nie znaleziono i chory nie pamięta, czy miał kiedykolwiek szczepioną ospę ochronną.

Powikłania były następujące: 1) 5-go dnia pobytu chorego w szpitalu, a 8-go dnia choroby utworzyło się małe owrzodzenie w pobliżu zewnętrznego brzegu prawej rogówki; naczyń łącznic były mocno nastrzyknięte, chory

²⁾ W przeddzień przeniesienia chorego na salę ogólną wypisany został z tejże sali chory, który przebył różę twarzy i głowy.

skarżył się na ból kłójący w oku i mrużył oczy wskutek światłowstrętu. Nazajutrz owrzodzenie zwiększyło się; brzegi miało nieco wzniesione; naczynia łącznicy w sąsiedztwie owrzodzenia nastrzyknięte. Pod wpływem zapuszczenia do oka rozczyntu *Aquae chlori* ($\frac{1}{2}$ unc. : 2 unc.) i przy wkraplaniu roztworu atropiny, owrzodzenie zagoiło się po upływie dni kilku; pozostała w tem miejscu biała plamka bliznowata; nastrzyknięcie naczyń trwało jeszcze dni kilka, poczem cała sprawa zakończyła się bez ważniejszych następstw. 2) W okresie przysychania wysypki zaczęły tworzyć się na kończynach dolnych liczne czyraki, które częścią otwierały się same przez się i wychodziła z nich ropa, częścią zaś należało je przecinać i nakładano opatrunek przeciwnalny. 3) Prawie jednocześnie chory zaczął żalić się na ból w lewym pośladku; przy badaniu znaleziono zaczerwienienie skóry i w głębi stwardnienie bolesne wielkości małego jabłka. Okolicę bolesną smarowano nalewką jodową i przykładano katalplazmy. Gdy po kilku dniach bolesność zwiększyła się, objętość guza wzrosła do wielkości dużej pięści i można było wyczuć wyraźne chelbotanie i gdy tym sposobem były wskazania do nacięcia, którego nie można było uskutecznić na miejscu wskutek braku warunków odpowiednich tegoczesnym wymaganiom chirurgii, przeniesiono chorego do oddziału chirurgicznego szpitala Dziec. Jezus i dalszy los jego nie jest nam znany.

V. 29/I przybyła do szpitala Katarzyna B. wyrobnica lat 60, żaląc się na kaszel, który męczył ją już oddawna, a ostatniemi czasy wzmógł się bardzo; z wywiadów ważnym jest jeszcze, iż chora odbyła 12 porodów.

Przy badaniu znaleziono dosyć znaczne obniżenie granic płuc i objawy przewlekłego nieżytu oskrzeli.

Godnemi uwagi jednak są w tym przypadku objawy ze strony narządów jamy brzusznej, a zwłaszcza ze strony wątroby; objawy, które wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, pozwalają przypuszczać istnienie stanu chorobowego, znanego pod nazwą *Wątroby wędrującej* (*Hepar migrans*). Objawy te są następujące: ściany brzucha ścięczały, wiotkie; z prawej strony można wyczuć całą prawie wątrobę, której dolna powierzchnia przy leżącym położeniu chorej sięga poniżej pępka i zwróconą jest ku tyłowi; górną zaś powierzchnię, zwróconą ku przodowi można całą obejść ręką pod prawym łukiem żebrowym, ucisk w tem miejscu sprawia chorej nieznaczny ból. Odprowadzenie wątroby we właściwe jej miejsce uskutecznić się daje dosyć łatwo. Gdy chora stoi, dolna część brzucha wypukła się, a w górnej tworzy się wgłębienie, przyczem wątroba opuszcza się do prawej jamy biodrowej, gdzie ją w całości można wyczuć ręką.

Przy powtórnem badaniu przeprowadzonym d. 12/II t. j. po upływie dwóch tygodni, w ciągu których chora pozostawała ciągle w łóżku, znaleziono stan następujący: Wątroba nie wyczuwa się w miejscu poprzednim; zajmuje zaś właściwe miejsce, wystaje nieco z pod łuku żebrowego, nie zmienia swego położenia ani przy siedzeniu ani przy staniu; ściany brzuszne wiotkie, zwieszone. Chora pozostawała w szpitalu jeszcze przez 5 dni, w ciągu których, czując się zdrowszą, wstawała z łóżka i nieco chodziła. Przy wypisaniu znaleziono nieznaczne obniżenie się wątroby, która występowała z pod łuku żebrowego na szerokość dłoni, lecz przy pionowym położeniu ciała nie opuszczała się ku dołowi.

Zdaje się, iż pomimo trudności i wątpliwości jakie się nastroczają przy rozpoznawaniu za życia zmian tego rodzaju, można w naszym przypadku napewno prawie powiedzieć, iż mieliśmy tu do czynienia z wędrującą wątrobą, która wskutek zwiótczenia więzów i ścian brzusznych opuszczała się przy staniu własnym ciężarem ku dołowi; po 2 tygodniach pozostawania chorej w łóżku nastąpiło dobrowolne odprowadzenie. Ciekawem byłoby wiedzieć, co się

stało w następstwie, gdy chora po wyjściu ze szpitala oddała się zwykłym swym zajęciom; na nieszczęście jednak nie zdarzyło mi się już więcej chorej widzieć.

VI. Wiktor K., 13-letni syn dróżnika Dr. Ż. W.-W. przybył na oddział kol. SZWAJCERA 11/III, skarżąc się na womity po każdym jedzeniu, zwłaszcza po zjedzeniu chleba, którym podlega już od 4 miesięcy. Matka chłopca potwierdza te skargi, dodając iż po spożywaniu pokarmów płynnych, womity, jakkolwiek bywają, lecz nie bardzo obfite, tak iż część pokarmu pozostaje w żołądku. Chory prócz odry i jakiegoś cierpienia oczu, innych chorób nie przechodził; nie zauważył również nigdy, aby wraz ze stołcem wychodziły glisty, lub członki tasiemca.

Przy badaniu narządów wewnętrznych żadnych złożeń nie znaleziono, a ponieważ i wygląd chorego nie usprawiedliwiał tego rodzaju objawów, zjawilo się przypuszczenie, że chłopiec, jak również jego matka albo przesadzają, albo też udają chorobę. Skoro jednak nazajutrz chory po zjedzeniu śniadania zaczął wkrótce womitować, a womity te nie sprawiały mu żadnej przykrości i zdawało się iż są one niejako następstwem przyzwyczajenia, zaczęliśmy podejrzewać, iż chłopiec je za prędko i za dużo na raz, oraz że sama myśl o tem, iż musi zwomitować to, co zjadł, wywołuje ten niezwykły i niezem niedający się usprawiedliwić objaw. Wskutek tego polecono uważać na chorego, by jadł bardzo wolno, po łyżce, by odpoczywał podczas jedzenia i oddziaływano nań moralnie, wmawiając, iż przy zachowaniu takich ostrożności womity bezwarunkowo się nie powtórzą. Było to w zupełności wystarczającym. Chłopiec pozostał jeszcze przez dni kilka w szpitalu, stosując się ściśle do przepisów; spożywał prawie wszystko, lecz zawsze pomału i womity nie powtórzyły się.

Po otrzymaniu stosownych wskazówek został wypisany ze szpitala z zastrzeżeniem, aby w razie ponowienia się poprzednich objawów, przybył bezwzględnie z powrotem. W ciągu 2 miesięcy jednak, przez które szpital był jeszcze otwarty, nie pokazał się nam więcej. (Patrz tablicę załączoną do dzisiejszego Numeru).

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. D. 6 b. m. odbyło się pierwsze posiedzenie po feryach letnich Warsz. Towarzystwa lekarskiego, na którym prof. Marcelli NENCKI z Bernu miał wyczerpujący odczyt o Salolu. Następnie kol. JAKOWSKI odczytał protokoły z posiedzeń komitetu higieny publicznej a w końcu kol. PACANOWSKI demonstrował pompkę żołądkową aspiracyjną D-ra CZYRNIAŃSKIEGO.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 20 Września 1887 r. o god. 6^{1/2} wieczorem.

I. GULIŃSKI. Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu zaniechanego; zejście pomyślne (z demonstracją chorej).

II. ZAGÓRSKI. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

III. JAKOWSKI. Sprawozdanie z pracy D-ra PUŁAWSKIEGO.

Zagraniczne. W roku 1886 w Anglii skutkiem wypadków na drogach żelaznych zostało zabitych 938 ludzi, a ranionych 3539.

— W Paryżkim Uniwersytecie jest obecnie 10,679 studentów a między 3686 uczących się medycyny. Studentek jest 167.

— W Williamsburgu pod New-Yorkiem niejaki Weidler niemiec zabił w biały dzień na ulicy bardzo cenionego lekarza D-ra DUGGAN'A, z powodu iż przypisywał mu śmierć dwojga swoich dzieci.

— Dekretem rządowym z d. 22 Sierpnia r. b. postanowiono wybudować w Paryżu nowy szpital w okolicy placu „du Danube” w XIX okręgu.

— Pewien lekarz Australski podaje do publicznej wiadomości że we wszystkich przypadkach, w których leczenie jego nie odniosło pożądaných skutków zwracać będzie połowę kosztów pogrzebu! (*Med. Record*).

— W Brunświku pokazało się przeszło 50 przypadków trichinozy a w Hamburgu w jednym domu 7 osób na tę chorobę zapadło.

— Nigdzie tak starannie i tak skutecznie nie opiekują się ślepyimi jak w Anglii. Obecnie np. w Cambridge promowany został na lekarza student ślepy, który prawie ze wszystkich przedmiotów złożył z odznaczeniem. Jest on wychowawcą Instytutu ociemniałych w Worcester.

— Prof. NOTHAGEL z Wiednia wezwany na konsultację do znanego przedsiębiorcy kolejowego Polakowa do Moskwy uległ przykreemu wypadkowi. Przed udaniem się na spoczynek w pociągu wyszedł ze swojego przedziału i omyliwszy się otworzył drzwi, które na zewnątrz prowadziły i wypadł na plant kolejowy. Pozycja jego była straszna, bo obuwia na nogach ani kapelusza na głowie nie miał i w ciemną noc wśród deszczu i bez znajomości języka rossyjskiego błąkał się przez 4 godziny aż nareszcie dostał się na stację Iwanówkę. Szczególnym a wielce szczęśliwym zbiegiem okoliczności nie wyniósł z tego wypadku żadnego kalectwa, tylko lekko zranił skroń swoją oraz potłukł prawą nogę. Powrócił do Wiednia w doskonałym stanie zdrowia.

— Kongres lekarski w Washingtonie rozpoczął swoje czynności d. 5 b. m. Pierwsze posiedzenie odbyło się, jak nam podmorski telegraf donosi w gmachu opery pod przewodnictwem prezydenta kongresu D-ra CLEVELANDA. Obecnych było 5000 lekarzy z których dwie trzecie Amerykanów. Dr. UNNA z Hamburga odpowiedział w imieniu gości z Europy.

— Dr. VIEUSSE radzi *Bismuthum subnitricum* jako środek przeciwko poceniu się nóg. Bismut wciera się w nogi a w niewielu przypadkach w których wyleczenie nie nastąpiło, zupełnie ustał nieprzyjemny odór z nóg.

Zmarli. W Paryżu umarł Dr. GIRAUD-TEULON przeżywszy lat 71. Urodzony w Larochelle, poświęcił się zawodowi technicznemu i później dopiero rozpoczął studia lekarskie, które zakończył doktoryzacją w Paryżu w r. 1848. Znane i wielce cenione są prace jego na polu fizjologii i patologii oka.

— W Paryżu także zakończył życie Dr. Henryk LÉONVILLE znany ze swoich prac na polu anatomii porównawczej i higieny.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 36. RUMSZEWICZ. Trzy nowe przypadki przetrwania błony żrenicznej. SMOLEŃSKI. O hydroterapii suchot płucnych (c. d.). W *Odcinku*. PBus. Listy z Paryża W N-rze 37. RUMSZEWICZ. Trzy nowe przypadki przetrwania błony żrenicznej (dok.). BLUMENSTOK. Gwóźdź w głowie. Jaka przyczyna śmierci? W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne z Persyi (d. c.)

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 36. A. SOKOŁOWSKI. O zwężeniu przymiotowem (syfilitycznym) tchawicy i oskrzeli (dok.). PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdza (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.). O. BUJWID. Metoda Pasteur'a ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie (c. d.). W N-rze 37. L. PRZEDBORSKI. Obecne metody leczenia gruźlicy krłani. J. PAWIŃSKI. Powikłanie włóknikowego zapalenia płuc zakaźnem zapaleniem wsierdza (*Endocarditis pneumonica*) (c. d.). O. BUJWID. Metoda Pasteur'a ocena prac i doświadczeń nad ochronnemi szczepieniami wścieklizny, wyniki własnych poszukiwań, oraz statystyka szczepień w Warszawie (dok.). T. DUNIN. Z powodu zamierzonej budowy nowego szpitala żydowskiego.

Do dzisiejszego Numeru dołącza się tablica kolorowana do Sprawozdania z ruchu chorych w Warszawskim szpitalu Zapasowym.

REDAKTOR i WYDAWCA, DR. Gustaw Fritsche. Adres Redakeyi: Aleja Jerozolimska N 80.