

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Rana postrzałowa brzucha. Napisał Dr. A. Grünbaum. Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych, jako dopełnienie prac własnych poprzednich. Napisał Dr. S. Rybicki. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i wyciągi. 79. O leczeniu wilka zapomocą wstrzykiwań sublimatu. 80. Niektóre bóle nerkowe symulujące kamienie nerek.—Krytyka i Bibliografia. Rozwolnienie i wymioty u ssawców oraz ich leczenie. Przyczynek do etyologii i terapii dziecięcej. Sprawozd. Dr. F. Arnstein.—Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

RANA POSTRZAŁOWA BRZUCHA.

Napisał Dr. A. Grünbaum.

Ponieważ rany postrzałowe brzucha, drażące przez obie jego ściany i zupełnem kończące się wyzdrowieniem, należą, o ile mogłem się przekonać, po przejrzeniu literatury ostatnich czasów, do nadzwyczaj rzadkich, przeto postanowiłem ogłosić przypadek spostrzeżony przezemnie jeszcze letnią porą 1884 roku. O przypadku tym byłbym zupełnie zapomniał, gdyby chory nie zgłosił się do mnie powtórnie 25 Marca b. r. z prośbą o wyleczenie go z powstałej, po otrzymaniu owej postrzałowej rany, przetoki ropnej, znajdującej się obok trzonu 3 kręgu lędźwiowego. Sam przypadek, jak historia choroby przezemnie z największą dokładnością pokazuje, był następujący: Dnia 20 Czerwca 1884 r. o 5¹/₂ po południu przyniesiono do szpitala w Cytadeli w Warszawie artylerzystę Fr. W. z raną postrzałową, która przed godziną zadaną mu została przypadkowym sposobem przez feldfebla, uczącego go strzelać z rewolweru. Oglądając ranionego tego samego jeszcze dnia, zaraz po 6-tej wspólnie z byłym naczelnym lekarzem D-rem L. Z. znalazłem co następuje. Fr. W. mężczyzna silnej budowy ciała, około 26 lat mający, skarży się na nadzwyczaj silny palący ból w prawym boku i krzyżu, powiększający się przy każdym poruszeniu i nieco silniejszym wdechu i na mdłości nie dochodzące jednak do wymiotów. Chory leży na lewym boku ze ściągniętą prawą nogą, nie pozwalając jej wyprostować. Na pytania odpowiada krótkimi słowami i dosyć niechętnie. Tętno 92. Oddechów 28. Ciepłota ciała nie podwyższona. Na powłokach brzusznych z prawej strony w okolicy śródbrzusza, na wysokości linii pępkowej prawie na miejscu krzyżowania się tej ostatniej z przedłużeniem linii sutkowej znajduje się rana okrągłej postaci z ostremi, wywróconemi w tył brzegami, wielkości starej pięciogroszowej monety. Brzegi rany były pokryte miejscami czarnym od prochu pokładem. Otworu wyjścia nie można było nigdzie znaleźć. Z tyłu na prawej stronie stosu kręgowego na wysokości trzeciego kręgu lędźwiowego i tuż przy nim znajduje się mała stożkowatej postaci wyniosłość, powstała niezawodnie wskutek tego, że pod skórą jakies obce i twarde znajduje się ciało. Wyrostek ciernisty 3 kręgu lędźwiowe-

go był ruchomy. Badając następnie chorego na stole operacyjnym, po głębokim uspieniu i zupełnem wyprostowaniu całego ciała, znalazłem 1) że rana na przedniej ścianie brzucha jest okrągłą, ma kierunek prosty z przodu ku tyłowi i przenika przez całą jej grubość, 2) że na dnie tej rany widać mętno-białawą tkankę, jakby zmętniała błonę surowiczą, 3) że nigdzie niema otworu wyjścia, 4) że na około tylko co opisanego kanału nigdzie obcego i twardego nie wyczuwa się ciała i 5) że wyżej wspomniona guzowatość, znajdująca się obok 3 kręgu lędźwiowego, zależy niezawodnie od tego, że kula w tem miejscu ugrzęzła. Badania otworu wejścia za pomocą zglębnika lub palca stanowczo zaniechałem. Po oczyszczeniu więc brzegów rany za pomocą ciepłego roztworu sublimatu 0,5‰ i nałożeniu na nią tymczasowego opatrunku z muslinu jodoformowego, przystąpiłem do wydalenia kuli i odłamanego wyrostku. W tym celu więc przeciąłem obok trzeciego kręgu lędźwiowego w kierunku podłużnym skórę i tkankę podskórną, przenikając ostrożnie nożem do samego twardego ciała; przy czem mogłem się przekonać, badając naprzód za pomocą zglębnika a następnie za pomocą palca, że kula siedzi między mięśniami grzbietowymi, pod powięzią lędźwio-grzbietową, podnosząc tę ostatnią swoim stożkowatym końcem. Przeciąwszy tedy powięź na całej długości skórniego cięcia, rozszerzyłem dostatecznie za pomocą główkowatego noża utworzony w mięśniach grzbietowych kanał, po poprzednim dokładnem zbadaniu jego kierunku i za pomocą kleszczy wyciągnąłem utkwioną tam kulę razem ze strzępem czarnej tkaniny (kortu). Kula miała postać walcowato-stożkowatą, długości 23 mm., średnicy walcowatej podstawy 12 mm., wagi 3½ drachmy i w zupełności odpowiadała kalibrowi rewolwerów systemu Smith'a i Wilsson'a. Wydobyty zaś kawałek kortu miał długości 3 ctm. szerokości 1,5 ctm. Dla ostatecznego więc wydobywania resztek strzępów, jakieby w tym kanale jeszcze mogły się znajdować, wniknąłem w ten ostatni wskazującym palcem; przy czem przekonałem się 1) że w kanale znajdowało się jeszcze kilka strzępów rozmaitej postaci, długości i szerokości, które też natychmiast wydobytemi zostały, 2) że kierunek kanału jest prosty z przodu ku tyłowi i równoległy do trzonu 3 kręgu lędźwiowego, 3) że boczna powierzchnię tego trzonu, która nigdzie nie była obnażoną, można było przez całą długość kanału jak najdokładniej wyczuć i nareszcie 4) że wskazujący palec z wielką łatwością wnikał w ten kanał na całą swoją długość. Czy palec ten, wnikając tak głęboko, osiągał swoim końcem wnętrza jamy brzusznej, czy pozostał wśród miękkich tkanek grzbietu, nie mając wtedy pewnych wskazówek, nie mogłem żadnego stanowczego dać orzeczenia. Do zupełnego wreszcie zakończenia operacji, pozostało mi jeszcze wywalić odłamany wyrostek ciernisty, co też po przecięciu wewnętrznego płata w kierunku poprzecznym, tak że cała rana miała teraz postać litery T, oddzieleniu utworzonych płatów i przecięciu więzów, znajdujących się między wyrostkami, z wielką łatwością skutecznie się dało. Przekonawszy się tedy, po powtórnem zbadaniu tylnego kanału, że w nim żadnych niema więcej kawałków tkaniny, ani żadnego innego obcego ciała i że niema krwawienia ani z głębi t. j. z jamy brzusznej, ani z brzegów rany, przemyłem tę ostatnią rozczynem sublimatowym 1:2000, wprowadziłem dwa dreny średniego kalibru tak

głęboko, jak tylko można było t. j. na całą długość wskazującego palca, pozostawiając jeden koniec w górnym, a drugi w dolnym kącie rany i zeszyłem pomiędzy temi ostatniemi brzegi skóry za pomocą szwu węzłkowego. Po powtórnem więc obmyciu części miękkich, otaczających otwór wejścia i przestrzyknięciu przez dreny tylnej rany, nałożyłem opatrunek antyseptyczny. Wewnątrz zaleciłem $\frac{1}{4}$ granowe dawki makowca, wodę z winem i kawałki lodu. Na brzuch położono pęcherz z lodem. Ciepłota ciała zaraz po przebudzeniu się chorego 37,3. Tętno 96.

Godzina 12 $\frac{1}{2}$ w nocy. Chory leży spokojnie. Skarży się na silny ból w ranach, odbijanie i mdłości. Opatrunek z tyłu stał się w jednym miejscu wilgotnym, jakby zakrwawionym.

21. Rano ciepłota ciała 38,5. Tętno 100 silne i pełne. Odbijanie i mdłości trwają dalej. Wymiotów nie było. Pacjent skarży się na ból w prawym boku, szczególnie w okolicy biodrowej prawej. Opatrunek z tyłu był prawie całkiem krwią przesiąkniętym, wskutek czego też go zdjęto. Przy przemywaniu tylnej rany, płyn tylko z początku był krwią zabarwionym, następnie zaś stał się zupełnie czystym. Świeży opatrunek. Wewnątrz makowiec, woda z winem i kawałki lodu. Na brzuch pęcherz z lodem. Żadnego pożywienia. Wieczorem ciepłota 39,8. Tętno 126. Ból w prawej stronie brzucha powiększył się. Wzdęcie i mdłości bez zmiany. Odbijanie rzadsze. W dzień chory spał trochę. Opatrunek nie przemókł.

22. Ciepłota rano 38,7. Tętno 104. Opatrunek suchy, na nim z tyłu widać czerwoną plamę wielkości dłoni. Przy przemywaniu tylnej rany płyn jeszcze był z początku nieznacznie krwią zabarwionym. Świeży opatrunek. Ból w prawym boku silny. Mdłości i odbijanie bez zmiany. Mocz odchodzi swobodnie. Leczenie i dyeta bez zmiany. Ciepłota wieczorem 39,9.

23. Ciepłota rano 38,6. Tętno 96. Chory miał w nocy dwa wypróżnienia z którymi wyszły także skrzepy krwi w znacznej ilości. Muslinowe warstwy opatrunku, znajdujące się w bezpośredniem zetknięciu z tylną raną, były jeszcze krwią zabarwione. Wzdęcie brzucha mniejsze. Ból w prawej stronie, szczególnie w okolicy biodrowej prawej dosyć silny. Leczenie bez zmiany. Dyeta: co kilka godzin 3—4 łyżek mleka. Ciepłota wieczorem 39.

24. Ciepłota rano 39,2. Tętno 108. Przy zmianie opatrunku zdjąłem pierwszy raz warstwy muslinu, leżące na ranie w przedniej ścianie brzucha, przy czem przekonałem się, że te ostatnie były zupełnie suche, że średnica rany znacznie się zmniejszyła i że na jej ścianach zdrowa pojawiła się ziarnina. Warstwy muslinu, pokrywające tylną ranę, już prawie wcale nie były zakrwawione. Zeszyte brzegi tej ostatniej rany zlepily się w zupełności na całej przestrzeni. Leczenie i dyeta bez zmiany. Ciepłota wieczorem 39.

25. Ciepłota rano 38. Tętno 88 - 90. W nocy znowu były dwa wodniste wypróżnienia, z którymi wydzielilo się kilka skrzepów krwi. Wzdęcie brzucha prawie zupełnie znikło. Ból, który poprzednio ograniczył się do prawej strony brzucha, rozprzestrzenił się obecnie na lewą po za pępkiem. Odbijanie i mdłości zupełnie ustały. Łaknienie nieco lepsze, tak że chory zaczął domagać się

stałych pokarmów. Dodano mu jeszcze dwie filiżanki rosolu z żółtkiem. Makowice usunięto. Opatrunku nie zmieniłem. Ciepłota wieczorem 38.

27. Ciepłota rano 37,3. Tętno 82. Wczoraj było jedno wypróżnienie bez najmniejszej domieszki skrzepów krwi. Opatrunek ten sam. Ciepłota wieczorem 38.

28. Ciepłota rano 37,4. Tętno 82. Chory czuje się zupełnie dobrze i domaga się stałych pokarmów. Przy siedzeniu doznaje jeszcze silnych bólów w stosie kręgowym i w prawej okolicy biodrowej, w której nad *Lig. Pouparti* można było wyczuć rozlaną, nieruchomą, twardą i dosyć bolesną guzowatość. Średnica kanału wchodowego jeszcze bardziej się zmniejszyła i zdrowa ziarnina pokryła w głębi całą przestrzeń tego kanału. Zeszyte brzegi rany, znajdujące się z prawej strony 3 kręgu lędźwiowego, dobrze się zrosły. Szwy zdjęto. Przez dreny prawie żadnej niema wydzielin. Choremu dodano jeszcze dziennie $\frac{1}{2}$ funta skrobanego mięsa i bulki w niewielkiej ilości. Od dnia 29 VI—14 VII, jak historia choroby pokazuje, nie było żadnych godnych wzmianki zmian. Przez cały ten przeciąg czasu, ciepłota ciała wieczorem nigdy nie dosięgła 38°. Łaknienie było coraz lepszem. Czynność kiszek prawidłowa. Chory zaczął w ostatnich czasach, trzymając się łóżek, powoli przechadzać się po szpitalnym namiocie, przyczem jednakże silnego jeszcze doznawał bólu w okolicy biodrowej prawej. Zmieniając tego dnia opatrunek, znalazłem: 1) że rana w przedniej ścianie brzucha jeszcze jest dosyć głęboką i ma postać stożkowatą z wierzchołkiem zwróconym ku tyłowi, 2) że brzegi jej były pokryte zdrową ziarniną, 3) że bolesna guzowatość w okolicy biodrowej była mniejszą i nareszcie, 4) że tylko przez jeden z drenów, znajdujących się w tylnej ranie, t. j. dolny, sączyła się ropa w nieznaczonej ilości. Po usunięciu więc drenu, znajdującego się w górnym kącie rany, nałożyłem świeży opatrunek, który pozostał do 20 Lipca bez zmiany. Tego zaś dnia, jako w przeddzień mojego wyjazdu, opatrzyłem ostatni raz chorego, przy czem i drugi dren usunąłem. Ponieważ po moim powrocie pacyenta już nie zastałem w oddziale, przeto zupełnie o nim zapomniałem i tylko, po jego powtórnem zgłoszeniu się do mnie w Marcu r. b., przypomniałem sobie cały wyżej opisany przypadek. Chory też, który teraz już nie służy w szeregach, zaczął mi w krótkich słowach kreslić cały przebieg choroby, zarówno podczas mojej obecności, jak i po moim wyjeździe. Z jego więc słów i z notatek zapisanych w odnalezionej przezemnie historii choroby, przez zastępującego mnie kol. Sp., dowiedziałem się, że obie rany, szczególnie w przedniej ścianie brzucha, goiły się bardzo powoli ale stanowczo bez najmniejszych powikłań, że guzowatość w okolicy biodrowej prawej zniknęła stopniowo, i że 22 VIII. 84 r. chory do zupełnego powrócił zdrowia, wskutek czego 25 t. m., więc mniej więcej w 9 tygodni po otrzymaniu rany, wypisano go ze szpitala. Co się tyczy wspomnianej przetoki ropnej, która podług słów chorego zjawiała się dosyć prędko po wyjściu ze szpitala, to badanie jej za pomocą zglębniaka pokazało, że jest ona podskórna, że ma kierunek ku dołowi i na wewnątrz ku stronie stosu kręgowego i że tam w głębi leży nieznaczonej rozmiarów ruchomy martwiak. Po przecięciu miękkich części na zglębniku rowkowanym, udało mi się z wielką łatwością wydalić zmartwiałą kostkę, która w żadnym już

nie była związku z kręgiem lędźwiowym, od którego niezawodnie początek wzięła. Rana, powstała po wykonaniu tylko co opisanego cięcia, wyskrobaniu niezdrowej ziarniny i okrwawieniu brzegów przetoki, zagoiła się bardzo prędko i chory w obecnej chwili zupełnem cieszy się zdrowiem. Przypomniawszy tedy sobie tylko co opisany nader ciekawy ten przypadek, zadałem na nowo sobie pytanie, którego, jak pamiętam, wtedy, znajdując się przy łóżku chorego, w żaden sposób nie mogłem rozwiązać. Pytaniem tem, jak każdy czytelnik może się odrazu domyśleć, jest mianowicie to, w jaki sposób przebyła owa walcowato-stożkowata kula swoją drogę z przodu ku tyłowi, czy w kierunku prostym, przenikając przez całą jamę brzuszną i raniąc wszystkie spotkane w tej drodze narządy, czy też drogą okólną, omijając zupełnie jamę brzuszną z jej wnętrznościami. Najmniejszej nie ulega wątpliwości, że jedynie natychmiastowa i stanowcza odpowiedź na tylko co zadane pytanie, mogła nam wskazać sposób chirurgicznej interwencji, jaki należało w danym stosować przypadku; bo jeżeli laparotomija stała się, co prawda, w ostatnich czasach, dzięki antyseptyce, operacją mniej niebezpieczną, to jednak, śmiem sądzić, że stosowanie tego zabiegu operacyjnego tam, gdzie ścisłych dla niego nie ma wskazań, a tylko dla zadosyćuczynienia swojej rozpoznawczej ciekawości, należy uważać za czystą chirurgiczną brawurę.

Otóż brak właśnie w opisanym przypadku tych ścisłych wskazań, mianowicie brak objawów zapadowych, zwykle dosyć prędko występujących po zranieniu wnętrzności brzucha, już to wskutek wystąpienia treści kiszki do jamy otrzewnej, już też wskutek silnego w jamie brzusznej krwawienia, stanowczo przemawiał przeciw prostemu kierunkowi kuli, a więc i przeciw wykonaniu laparotomii. Nie przywiązując więc w pierwszej chwili wielkiej wagi do wyżej opisanego kierunku kanału wchodowego, postanowiłem tymczasem wykonać tylko to, co było bezpośrednio wskazanem, t. j. wydobyć kulę, tkwiącą między mięśniami grzbietu i wydalić odlamany wyrostek ciernisty, co też natychmiast skutecznionem zostało. Przekonawszy się jednak, po przeprowadzeniu opisanego zabiegu operacyjnego, ku wielkiemu mojemu zdziwieniu, że kanał wychodowy jest dosyć głębokim, tak że mogłem w ten ostatni cały wskazujący palec wprowadzić i że kierunek tego ostatniego jest zupełnie prostym od przodu ku tyłowi, musiałem znowu przypuścić, że kula niezawodnie po prostej przebiegła linii, wskutek czego kiszki i inne narządy po drodze leżące, zostały do pewnego przynajmniej stopnia uszkodzonymi i że w niedalekiej przyszłości zapewne wystąpią groźne objawy zapalenia otrzewnej.

Cheąc więc, o ile można, zmniejszyć niebezpieczeństwo, jakie w przyszłości wyniknąć mogło, wskutek zebrania się w jamie otrzewnej treści kiszki, krwi i surowiczej wydzieliny, postanowiłem korzystać z istniejącego już tylnego otworu, w znaczeniu odprowadzającego kanału i w tym celu wprowadziłem przez ten ostatni, o ile można jak najgłębiej, drewny. Oczekiwane te jednak groźne objawy, na szczęście dla chorego, wcale nie wystąpiły i wątpliwości, jakie istniały w pierwszej chwili po oglądaniu pacyenta, dalszy przebieg wcale nie rozjaśnił. Po przypomnieniu więc sobie, z powodu powtórnego zgłoszenia się do mnie tego pacyenta, tylko co opisanego przypadku, postanowiłem dla wyjaśnienia tych wątpliwości, wykonać na trupach następującego rodzaju do-

świadczenie, mianowicie przebić z wielką siłą jamę brzuszną w wyżej wskazywanych punktach za pomocą drutu zakończonemu stożkowatym zaokrągleniem, następnie otworzyć tę jamę i obejrzeć w jaki sposób uszkodzone zostały kiszki, krezka i po za tą ostatnią leżące naczynia nasienne i moczowód. Otóż doświadczenie to, na dwóch trupach wykonane, pokazało: 1) że drut u obu przeszedł najswobodniej między pętlcami kiszek, przylegającymi bezpośrednio do przedniej ściany brzucha, najmniejszego nie przyczyniając im uszkodzenia. 2) że tylko z tyłu u jednego trupa przeszył na wskroś pętlcę tuż przy brzegu jej kreskowym, u drugiego zaś samą tylko kreskę w odległości 15 ctm. od miejsca zdwojenia się jej listków i nareszcie 3) że naczynia nasienne i moczowód znajdują się na wewnątrz w dosyć znacznym oddaleniu od miejsca, gdzie drut przedziurawił tylną ścianę. Opierając się tedy na tych danych, mimo, że te stosunki, jakieśmy widzieli, nie zawsze i nie u wszystkich są ciągle jednako- we, możemy, uwzględniając wyżej opisany kierunek kanału wchodowego i wychodowego, z największą pewnością przyjąć, że kula odbyła swoją drogę z przodu ku tyłowi po prostej linii, przy czem jednak mogło się stać, że albo wcale nie raniła kiszek, albo tylko jedną pętlcę tuż przy kreskowym brzegu, nie otwierając wcale jej światła, wskutek czego nie mogło nastąpić zapalenie otrzewnej z przedziurawienia (*peritonitis perforativa*). Że się tak stać może, dowodzą cztery przypadki ran postrzałowych brzucha opisane przez H. Mc. GUIRE ¹⁾, w których badanie pośmiertne pokazało, że kule te, które przebiegły przez całą jamę brzuszną, nie zraniły żadnego z ważniejszych narządów. Śmierć zaś u tych chorych nastąpiła wskutek otrucia krwią, która się w znacznej ilości nagromadziła w jamie otrzewnej i zapalenia tej ostatniej. Skrzepy zaś krwi, które u naszego chorego wydzieliły się z wypróżnieniami i krwawieniem, jakie w samym początku miało miejsce przez drewny, znajdujące się w tylnym kanale, mogły być skutkiem zranienia drobnych naczyń, znajdujących się między listkami kreski i w błonie śluzowej pętlcy kiszek. Samo przez się rozumie się, że zapalenie otrzewnej, przy tak nieznacznym uszkodzeniu wnętrza brzucha i przy istnieniu odprowadzających kanałów w dogodnym dla odpływu miejscu, nie mogło się stać groźnym.

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. 41).

Pojęcia HALBERTSMA zjednały sobie w ostatnich czasach licznych zwolenników, chociaż i na przeciwnikach im nie zbywa; w rzędzie tych ostatnich

¹⁾ Chicag. med. Journ. and Exam. Supplement to the Juin Nr. 1881 r. Centralbl. f. chir. Nr. 41 1881 r.

H. LÖHLEIN (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk.* 1882. Bd. VIII) opisując przypadek eklampsyi w położu, twierdzi iż o ucisku moczowodów nie mogło być przy nim mowy i wogóle utrzymuje, iż pojęcia o owym ucisku, jako o przyczynie wywołującej eklampsyę, zbyt szalenie się rozpowszechniły, a zbyt wiele jest przykładów, które im wprost przeczą lub też na tej drodze nie dają się objaśnić.

Pomijając ten wzgląd iż niektóre z tłumaczeń HALBERTSMA wydają się nam zbyt widocznie naciągniętymi, przypominamy tu fakt, iż utrudnione wydzielenie moczu przy eklampsyi, nie jest tak ogólnem, jakiem by go mieć chciał autor powyższej teoryi; tak więc mogłaby ona być stosowaną tylko do takich przypadków, gdzie ucisk moczowodów jest rzeczywiście stwierdzonym. I w tych jednak razach pozostaje wątpliwem, czyli pojęcia autora o sposobie działania owego ucisku moczowodów na wywołanie drgawek są usprawiedliwionemi; dla czego bowiem, zamiast stawiania przypuszczeń o zakażeniu moczowem, o podrażnieniu miedniczek lub samych nawet nerek, nie moglibyśmy równie dobrze przyjąć, iż wynikiem zatrzymania swobodnego z moczowodów odpływu wydzieliny, jest utrudnienie jej wytwarzania się w nerkach, a ztąd niestosunkowe podniesienie parcia w układzie tętnicznym ośrodków nerwowych. Ta droga wydaje nam się zrozumialszą i prostszą niż objaśnienie HALBERTSMA.

Przytoczywszy trzy zasadnicze pojęcia o powstawaniu drgawek porodowych, przejdźmy pobieżnie i inne, mniej lub więcej różne poglądy ostatnich czasów, abyśmy byli w możności dokładnie zrozumieć istotę opisanej przez nas choroby.

SCHAUTA (*op. cit.*) jako przyczynę drgawek porodowych przyjmuje nagły obrzęk mózgu, następnie jako momenta drażniące ośrodek drgawkowy w rdzeniu przedłużonym, stawia nagłe niedokrwienia, przekrwienia i wylewy mózgowo; sądzi też iż pod tym względem odgrywa pewną rolę, szczególna skłonność do drgawek.

PUSCH (*Beiträge zur Lehre von der puerperale Eklampsie. Dissertation.* Berlin 1880) powiada, iż ani teorya FRERICHS'A, ani też ROSENSTEIN'A, nie mogą objaśnić wszystkich przypadków eklampsyi i niepodobna odrzucić dla jej tłumaczenia tak zwanej teoryi reflexyjnej. Zwraca on uwagę na zmiany ciężą wywołane i na momenta czyniące poród bolesnym. Ostatecznie twierdzi, iż przy eklampsyi mamy do czynienia ze zmianami ośrodkowemi i podrażnieniami obwodowemi.

A. MACDONALD (*op. cit.*) utrzymuje, iż apoplexye nie są następstwem, lecz przyczyną, być może najważniejszą i najbliższą napadów drgawkowych; z drugiej strony zgodnie z TENNER'EM i KUSSMAUL'EM jest także zdania, że i znaczna niedokrwistość głębokich części mózgu, eklampsyę powodować może. Polemizuje on przeciw przyjęciu teoryi TRAUBE-ROSENSTEIN'A i przypuszcza iż przy eklampsyi następuje podrażnienie ośrodka naczynio-ruchowego przez mocznicę w ten mianowicie sposób, iż składniki moczowe zatrzymane we krwi, drażniąc ów ośrodek sprowadzają anaemyę przez ściąganie się tętnic głębokich mózgowia; autor zatem akceptuje teoryę FRERICHS-SPIEGELBERG'A tylko lokalizuje trujące działanie mocznika na ośrodek naczynio-ruchowy. Zdaniem jego ostre niedokrwienie (po utracie krwi) może również napady eklamptyczne wywołać.

Josef KONCHER (*New York Americ. journ. of obstetr.* 1883. Maj str. 459). Opierając się na 52 przypadkach eklampsyi spostrzeganych przez niego w Wiedniu i New-Yorku, przychodzi do przekonania, iż chorobę tę tylko na drodze mechanicznej objaśniać należy. Utrzymuje on, iż eklampsya pochodzi od tych samych przyczyn co i mocznicca, oraz zatrzymanie moczu i jego części składowych; to ostatnie zdaniem jego, częściej powstaje wskutek zatkania, zagięcia lub zwężenia moczowodów niż wskutek ich ucisku. Choroba BRIGHT'A pogarsza położenie wobec eklampsyi i sama może ją także wywołać, jeżeli tak dalece przeistoczy nerki, iż skutkiem ich zwyrodnienia następuje niedostateczne wydzielanie moczu.

J. KNOWLES (*Med. age.* Vol. III. Nr. 12) przyjmuje trzy formy eklampsyi.

1) Zależną od ucisku powiększonej macicy na żyły nerkowe, uremiczną. 2) Będącą drgawkami zwrotnymi i zależną od podrażnień ciężarnej macicy. 3) Będącą wynikiem pełnokrwistości w ciąży rozwiniętej. Dodaje on, że jeżeli nie we wszystkich, to przynajmniej w znacznej większości przypadków drgawek porodowych, znajdziemy choć cokolwiek elementu uremicznego.

Jako ciekawe odbicie ducha, który w ostatnich czasach zapanował wszechwładnie w świecie lekarskim, cytujemy następującą teorię:

DELORE, na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy francuzkich (w r. 1884) wypowiedział swe przekonania o zależności eklampsyi od bakteryj, formułując je jak następuje:

1) Choroba występuje po objawach zapowiednich, które jakkolwiek dotąd nie dobrze są znane, dowodzą wszakże postępowo rozwijającej się dissolucyi krwi; one wyobrażają okres zarażenia (*Stad. incubationis*).

2) Przy eklampsyi podobnie jak i przy innych chorobach zależnych od zakażenia bakterjami (ostre wysypki, durzyca, gorączka połogowa) spotykamy się z białkomoczem i zapaleniami nerek w różnych okresach tej choroby.

3) Widzimy przy eklampsyi stale (?) bardzo wysokie podniesienie ciepłoty, dochodzące podczas napadów do 39 a nawet 42°, która zaraz po śmierci wzrastać może aż do 43°, co jest charakterystycznym dla wszystkich bakteryjalnych chorób.

4) Eklampsya ma zdaniem autora występować nader często w postaci epidemicznej.

5) Konwulssye obserwują się i przy wielu innych chorobach bakteryjalnego pochodzenia.

6) Nakoniec za wyrażonym tu poglądem przemawiać ma i wielka śmiertelność przy eklampsyi, jak to w chorobach tego rodzaju bywa.

Autor tak świetnej teorii rozpatrywał krew, niestety u jednej tylko eklamptyczki i otrzymał wynik.. przeczący (!!).

Gdzież bo dziś nie dopatrujemy wpływu bakteryj? moda jest wszechwładną nawet w medycynie i ona to napewne poprowadziła DELORE'GO do tak rażących a nieudatnych naciągów.

Odpowiedzmy na każdy z sześciu punktów oddzielnie:

ad 1) Objawów zapowiednich w wielu razach brakuje zupełnie, a rozcięnczenie krwi należy do fizjologicznych zmian ciąży wywołanych, najwybi-

tniej u pierwiastek występujących; ciąża zaś stanowi rzeczywiście pewien okres wylęgania, ale dziecka, nie zaś bakteryj DELORE'GO.

ad 2) Przy sprawach chorobowych zależnych od zakażenia krwi bakterjami, znaleziono rzeczywiście bakterye; DELORE'GO zaś poszukiwania w tym kierunku, uwieńczone zostały rozczarowaniem. Białkomocz i cierpienia nerek są następstwem zmian ciążą spowodowanych, a nawet następstwem napadów drgawkowych także od ciąży zależnych; idąc więc za zdaniem DELORE'GO trzebaby chyba przyjąć iż i ciąża sama jest sprawą bakteriologiczną.

ad 3) DELORE wykazuje stałe podniesienie ciepłoty u eklamptyczek; widocznie więc nie są mu znane spostrzeżenia tych badaczy, którzy za prawdziwą eklampsję uważają tylko mocznicową i utrzymują iż cechą jej charakterystyczną jest właśnie ciepłota normalna.

ad 4) Epidemij eklampsyi nikt dotąd nie miał szczęścia obserwować, owszem, jest ona ogólnie uznana za chorobę sporadycznie występującą.

ad 5) Konwulsye przy rzeczywistych chorobach od bakteryi zależnych są rzadkością.

ad 6) Nakoniec wielka stosunkowo śmiertelność eklampsyi zależy od jej gwałtowności a nie bakteriálnego charakteru, jak to mieć chce DELORE; zresztą bakteriálne sprawy odznaczają się naszczęście właśnie mniejszą śmiertelnością niż eklampsya.

Z powyższego przeglądu różnych pojęć o istocie eklampsyi, który zresztą nie jest i nie może być wyczerpującym, ze względu na wielką liczbę piszących o tym przedmiocie, wynika wniosek, iż żadna z teoryj nie objaśnia zadowalająco sposobu powstawania eklampsyi, że jednak z pomiędzy wszystkich najłatwiej zastosować się daje w tym celu, teoria TRAUBE-ROSENSTEIN'A; ta bowiem nie sili się na wyszukiwanie wpływów pobocznych, lecz wysnuwa swe wnioski z pewnego *maximum* zmian wywołanych w ustroju niewieścim, ciążą fizyologiczną. Zdaje nam się wszakże, iż wszystkie teorye i pojęcia w tym względzie, obok stron ujemnych mają też, każda dla siebie i wiele stron dodatnich; dlatego ośmielam się je pogodzić w sposób następujący:

Zastanawiając się uważnie nad warunkami wśród których powstaje eklampsya, nad przyczynami do niej usposabiającymi lub napady drgawkowe wywołującymi, nad zmiennością wyników badania pośmiertnego i pamiętając iż jedynie przez podrażnienie ośrodku drgawek obustronnych w rdzeniu przedłużonym, mogą napady tej choroby powstawać, musimy przyjść do jednego wniosku, iż eklampsya jest typową neurozą, powstałą przez podrażnienie tegoż ośrodku. Obojętną jest rzeczą co drażni w danej chwili, byleby bodziec drażniący był dostatecznie silny, lub ośrodek odpowiednio do podrażnienia nadający się; w ostatnim razie napozór nic nieznaczący nawet bodziec drgawki wywołać może.

Tylko w ten sposób sformułowane pojęcie pogodzić może różne teorye o istocie eklampsyi i objaśnić różne ich sprzeczności; tylko na tej drodze jesteśmy w możności wytłumaczyć, zawsze jednaki typ drgawek porodowych, pomimo różnych współtowarzyszących im objawów za życia lub znajdujących po śmierci.

Wszystko cokolwiek wpływa na niekorzystną zmianę odżywiania ośrodka, co w rezultacie odporność jego zmniejsza i czyni wrażliwszym na działanie bodźców, zatem, tak dobrze niedokrwistość jak przekrwienie, wodnistość krwi, *plethora* surowicza, jak wreszcie zakażenie krwi pierwiastkami szkodliwymi (moczowemi); wszystko to działając czas pewien na ów ośrodek może do eklampsji usposobić, a nawet, w razie przekroczenia pewnego *maximum* nieszkodliwości, samodzielnie ją wywołać. W różnych przypadkach taka przyczyna uspasabiająca może być różną, zawsze jednak główną jej podstawą jest ciąża.

Nie we wszystkich wszakże przypadkach, przyczyna uspasabiająca osiąga owego *maximum*, po którym już drgawki samodzielnie wywołać może; owszem, wiadomo nam iż one pojawiają się najczęściej nie w ciąży, lecz podczas porodu; akt więc ten, łączy w sobie najwięcej momentów napady drgawkowe wywołujących.

Takimi w mojem przekonaniu i w przekonaniu wielu innych badaczy są: 1) nagłe podniesienie ciśnienia wewnątrz-naczyniowego, pracą porodową wywołane i 2) podrażnienie nerwów obwodowych z tą pracą w związku zostające. W tym ostatnim razie eklampsja jest dopiero prawdziwą *neurózą zwrótną*, za jaką ją mieć chce stale wielu autorów. Bodziec drażniący, nie potrzebuje tu nawet być zbyt gwałtownym, zastaje on bowiem w danej chwili, ośrodek mniej odporny a ztąd łatwo dający się podrażnić. W ten sposób objaśniamy powstawanie drgawek w ciąży i przy porodzie.

Eklampsja w położu jest albo następstwem porodowej i jest wówczas dalszym ciągiem tegoż samego podrażnienia, albo też, jeżeli tu dopiero rozwija się samodzielnie, powstaje i teraz z przyczyn podobnych do tych, jakie sprowadzają drgawki w poprzednich okresach sprawy płodzenia.

W każdym razie eklampsja położowa dowodzi, że wytworzone przez ciążę w osrodku nerwowym usposobienie do drgawek, dosyć długo po porodzie przeciągać się może; że zatem wynika ono nie z przyczyn chwilowych, lecz długotrwałych i stopniowo spotęgowanych.

Stawiając w ten sposób pojęcie o powstawaniu drgawek porodowych, nie przeczy my wcale możności oddziaływania na tę sprawę w pewnej mierze zakażeń krwi (bez względu na ich naturę). Przypisujemy im jednak działanie raczej usposabiające niż wywołujące eklampsję.

Główną różnicą obecnego mego poglądu na powstawanie eklampsji od dawniejszego (z r. 1870) jest to, że dziś opierając się na większej liczbie własnych i cudzych spostrzeżeń i godząc różne na tem polu teorye, przyjmuję, iż nie tylko ciążą wywołane zwyczajne, że je nazwę fizyologiczne, zmiany składu krwi i jej krążenia, lecz że i chorobowe następstwa ciąży, w równej mierze do powstawania drgawek uspasabiać mogą, a to mianowicie przez wadliwe odżywianie właściwego ośrodka nerwowego.

Pojęcie powyższe o istocie eklampsji o tyle, mojem zdaniem, jest praktycznie ważnem, o ile przyjmuje w zasadzie możliwość różnych przyczyn uspasabiających i wywołujących drgawki; z niego więc wynika logiczny wniosek, iż pod względem leczniczym, przy eklampsji niewolno jest nam stosować się do

jednego z góry postawionego prawidła, lecz że przy wyborze środków winniśmy nieodzownie stosować się do wskazań, jakie nastroczą nam poszczególne przypadki.

(d. c. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

79. TANSINI. O leczeniu wilka zapomocą wstrzykiwań sublimatu. Autor przytacza leczenie przypadku wilka twarzy zapomocą powtórnych wstrzykiwań chlorniku rtęci. Wstrzykiwania sublimatu rozpoczynano od słabego roztworu 1 na 200, co nie wywoływało żadnej reakcyi ze strony tkanek. Jednak, gdy używano mocniejszego roztworu 1 na 100, to na miejscu ukłucia występowało nabrzmienie, niekiedy przechodzące w ropienie. Ilość wstrzykiwań wynosiła od 14—15; do każdego wstrzykiwania używano kilka kropel roztworu sublimatu. Przy tem leczeniu wkrótce można było zauważyć polepszenie, tak, że wkońcu wszystkie objawy ustępowały, nie pozostawiając po sobie nawet śladów, z wyjątkiem tylko tych miejsc gdzie po ukłóciu było ropienie.

Dr. TANSINI stosował powyższe wstrzykiwania, opierając się na następujących danych: 1) że wilk jest odmianą gruźlicy; 2) że laseczników jest niewielka ilość i że mają skłonności do przerzucania się na inne miejsca; 3) że chlornik rtęci jest wypróbowanym środkiem, zabijającym laseczniki. Autor gorąco zachwala korzyści tego sposobu leczenia, jako mniej przykrego i bolesnego, zwłaszcza, że, co się tyczy strony kosmetycznej, daje znakomite wyniki.

(Gaz. deg'ti Osp.). J. Drzewiecki.

80. Charles RALFE. Niektóre bóle nerkowe symulujące kamienie nerek. *Certain Nephralgias Simulating Renal Calculus*. Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy w Dublinie Dr. RALFE odczytał swój artykuł, w którym zwraca uwagę na wiele okoliczności, mogących dać powód do błędnego rozpoznania kamieni nerek. Naprzykład w jednym przypadku mężczyzna, u którego podejrzewano kamień lewej nerki, zmarł nagle. Po śmierci stwierdzono, iż śmierć nastąpiła wskutek pęknięcia tętniaka aorty brzusznej. Z drugiej znów strony zdarza się i odwrotnie: tam gdzie rozpoznano newralgię, był kamień w nerkach. Podobny przypadek błędnego rozpoznania został opisany w *Chicago Journal*. Chory z rozpoznaniem newralgji, w krótkim czasie wydzielił z moczem kamień, składający się z moczanu wapna i moczu potem stał się gęstym i krwawym. Prawdziwe newralgie nerek zdarzają się bardzo rzadko i najczęściej występują przy zimnicy. Niektóre delikatne kobiety miewają czasami bóle przypominające bóle newralgiczne nerek.

W drugim znowu przypadku chory zmarł w Londyńskim szpitalu 1880, uskarżając się za życia na ciągłe bóle w okolicy nerek. Po śmierci nie znaleziono żadnego kamienia, tylko przerost lewej komórki serca. Wiele chorobowych warunków dwunastnicy może również symulować kamień nerek. W jednym przypadku, gdzie podejrzewano kamień po podaniu środków czyszczących wyszła duża glista. Kamienie żółciowe przyjmowano jako cierpienie prawej nerki: próchnienie kręgu kolumny pancerzowej powoduje objawy, które mogą być błędnie przypisywane kamieniom nerek. Podobne objawy daje także ropień mięśnia lędźwiowego wielkiego (*psaos major*). PROUT opisał kilka przypadków krwiomoczu i nerwobólu nerkowego, zależnych od chorobliwej czynności moczopłciowych organów; objawy ciągłego pożądania moczenia, bóle kłójące itp. stale występowały. Zdarza się wreszcie, że i cierpiący na niestrawność miewają niekiedy objawy, mogące symulować kamienie nerek.

(The Medical Record, September 3, 1887). J. Drzewiecki.

KRYTYKA I BIBLIOGRAFIA.

Der Brechdurchfall der Säuglinge und seine Behandlung. Beitrag zur Aetiologie und Therapie der Cholera infantum von Dr. H. SCHOPPE. Bonn 1887. Rozwolnienie i wymioty u ssawców oraz ich leczenie. Przyczynnik do etyologii i terapii cholery dziecięcej.

Sprawozdawca Dr. F. Arnstein z Kutna.

Z pomiędzy cierpień wiek dziecięcy, a szczególnie ssawców nawiedzających, żadne nie daje takiej cyfry śmiertelności, jak cierpienie narządów trawienia znane pod nazwą cholery dziecięcej (*cholera infantum*). Jeżeli pomimo tak dawno znanej choroby i tak bogatego materiału spostrzegawczego nie udało się dotychczas stworzyć zadawalającego leczenia, któreby wywierało korzystny wpływ na cyfrę zachorowań i śmiertelności, wnosić stąd należy, że etyologia i przyroda tego cierpienia nie zostały naukowo dobrze poznane. Szukać przeto należy nowych momentów, któreby nam rozjaśniły niezupełnie poznaną dotychczas przyrodę cierpienia.

W ostatnich kilku latach różni badacze wdzięczne to zadanie podjęli, jakkolwiek wyniki ich badań nie są jeszcze zupełnie zadawalającymi, przyczyniły się jednak znakomicie do lepszego poznania przyrody cierpienia. Wielkie znaczenie mają dane dotyczące etyologii cholery dziecięcej, które zawdzięczamy BAGINSKIEMU¹⁾. Rozporządzając bogatym bardzo materiałem, jaki dostarcza Berlin, w którym corocznie średnio umiera na cholere dziecięcą 1300 dzieci, B. poddał szczegółowej ocenie warunki wywołujące cholere dziecięcą i sprzyjające jej rozwojowi. Badania tego uczonego dowiodły, że bliskość wody zaskórnej niemniej i wahań w poziomie wody zaskórnej nie wywiera żadnego wpływu na śmiertelność z cholery dziecięcej.

Śmiertelność przy cholere dziecięcej jest za to podług poszukiwań B. w wysokim stopniu zależną od znacznej ciepłoty powietrza atmosferycznego, lecz wpływ ten staje się dopiero widocznym po pewnym czasie (po 8 dniach). Ważny bardzo wpływ na powstanie i częstość biegunki u dzieci wywierają mieszkania. Niezdrowe, źle odwietrzane mieszkania piwnie Berlina okazały się szczególnie sprzyjającymi rozwinięciu cholery dziecięcej. Ponieważ wysoka ciepłota i źle przewietrzane mieszkania są jednocześnie momentami w wysokim stopniu sprzyjającymi rozpadowi substancji organicznych, stąd już przy powierzchniowym rozważaniu wnosić należało, że cholera dziecięcą zostaje wywołaną przez pewne sprawy rozpadowe ciał organicznych. Dla dokładniejszego zbadania tych stosunków BAGINSKY poddał szczegółowemu badaniu drobnowidzowemu wypróżnienia dzieci chorych na cholere dziecięcą, przyczem znalazł w nich liczne laseczniki jużto większe jużt mniejsze, (*Bacterium termo*) koki, jakoteż masy ziarniste rozpadowe. Jaką rolę odgrywają powyższe twory, czy mają one bezpośredni wpływ na powstanie cierpienia, czy są tylko końcowymi produktami zmian chemicznych w przewodzie pokarmowym się odbywających, nie podobna stanowczo orzec; dowodzą one wszelako że w przewodzie pokarmowym przy cholere dziecięcej odbywa się znaczne natężenie i z pewną szybkością, rozpad ciał organicznych, czyli że przy cholere dziecięcej mamy jedynie do czynienia ze sprawą gnilną w przewodzie pokarmowym się odbywającą. Pogląd ten znajduje potwierdzenie w ujemnych zmianach anatomicznych na błonie śluzowej kiszek w przypadkach, które się szybko śmiercią zakończyły.

Do tych samych co i BAGINSKY wyników doszedł i MEISSNER²⁾ w Lipsku,

¹⁾ Ueber den Durchfall und Brechdurchfall der Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. VIII. 310.

²⁾ Ueber cholera infantum. Sammlung klin. Vorträge v. Volkman. Nr. 157.

który dowodzi, że jakkolwiek formy grzybków przy cholercie dziecięcej znajdowanych nie zostały jeszcze dokładnie poznane i opisane, wszelako obecność ich stanowi dostateczny dowód pasożytniczej przyrody cierpienia. Sposób, w jaki cierpienie powstaje jest prosty: w nadmiernej ilości w powietrzu zawieszone grzybki dostają się do mleka, gdzie znajdują odpowiedni grunt dla swego rozwoju. Wraz z mlekiem dostają się one do przewodu pokarmowego i tu przy ich pośrednictwie odbywa się rozpad ciał organicznych. Na korzyść pasożytniczej przyrody cierpienia przemawia fakt, że kontyngens dzieci ulegających cholercie dziecięcej składa się w większej części z dzieci sztucznie karmionych; bardzo zaś mały procent przypada na dzieci piersią karmionych. Przyjąwszy sprawy fermentacyjne, rozpadowe, w przewodzie pokarmowym się rozwijające jużto bezpośrednio już pośrednio za pomocą mleka uległego w części rozpadowi, jako jedyny i prawdziwy moment etyologiczny łatwiej sobie objaśnimy obraz kliniczny cholery dziecięcej jakoteż wczesny zapad temu cierpieniu towarzyszący.

Dotychczas objaśniano sobie powstanie choroby w następujący sposób: nieprawidłowa zawartość kiszek wywiera silne podrażnienie na zakończenia nerwowe, wskutek czego ruchy robaczkowe kiszek zostają wzmocnione; w ten sposób powstają wymioty i biegunka. Podług tego poglądu cholera dziecięca nie byłaby wcale sprawą swoistą, lecz powikłaniem znacznego natężenia spraw nieżytych w kiszkiach się odbywających, a towarzyszący zapad następstwem wymiotów i obfitych wodnistych wypróżnień. Pogląd ten jest jednak zupełnie fałszywym; sprzeciwia mu się zdaniem autora w pierwszej linii obraz kliniczny i przebieg choroby. Wymioty i biegunka przy cholercie dziecięcej w bardzo rozmaity sposób się zachowuje; występują one jużto wcześniej, już później, niekiedy najprzód wymioty, innym razem najprzód biegunka, czasami współcześnie. Natężenie, trwanie biegunki, ilość wypróżnień bardzo też jest rozmaita; często na pewien czas i wymioty i biegunka ustają, ogólny stan pomimo to zostaje niezmiennym. Co jednak główną na siebie zwraca uwagę, to ta okoliczność, że natężenie i trwanie zapadu (*collapsus*) jużto wcześniej już później występującego nie jest w prostym stosunku do natężenia wymiotów i biegunki. Zapad następuje często już wtedy, gdy wymioty i biegunka są bardzo nieznaczne, z drugiej strony nieraz bieguncie dawno już trwającej wcale nie towarzyszy napad. Brak przyczynowego związku między wymiotami i biegunką a zapadem znajduje też potwierdzenie w licznych spostrzeżeniach z praktyki dziecięcej. Zwyczajna biegunka u dzieci od piersi odstawionych skutkiem niestrawienia pokarmów, nieraz przeciąga się całe tygodnie nie wywołując zapadu, gdy przy cholercie dziecięcej już bardzo wczesnie występuje groźny zapad.

Z powiedzianego wynika, że nie wymioty i biegunka stanowią istoty cholery dziecięcej. Obraz kliniczny cholery dziecięcej odznacza się charakterystycznymi właściwymi sobie rysami niełatwo dającymi się opisać, lecz przy pewnem doświadczeniu łatwo dającym się rozpoznać. Występują one już bardzo wczesnie i winny zwrócić uwagę lekarza; w przypadkach podobnych przedewszystkiem występują zmiany w rysach twarzy, głęboko wpadłe oczy, starchy wygląd, osobliwe zachowanie się skóry i t. p. Obraz kliniczny tu się przedstawiający zupełnie się różni od obrazu klinicznego długo trwającej zwyczajnej biegunki tak często w wieku dziecięcym się zdarzającej. Oprócz powyższych rysów bardziej podmiotowych posiadamy i bardzo charakterystyczne rysy przedmiotowe, ważne mające pod względem rozpoznawczym znaczenie a dotyczące się zachowania się tętna i ciepłoty ciała. W przypadkach zwyczajnej biegunki dziecięcej tętno nawet po długim trwaniu choroby pozostaje prawie niezmiennem, gdy przy cholercie dziecięcej już po pierwszych wypróżnieniach tętno jest nadzwyczaj drobnem prawie nitkowatym i opróżnionem. I ciepłota zewnętrzna skóry wczesnie bardzo spada poniżej normy.

Z doświadczeń przez autora podjętych (poszukiwania termometryczne

u dzieci na cholereę dziecięcą chorych) okazuje się, że znaczny spadek ciepłoty zewnętrznej (o kilka, a nawet kilkanaście stopni) następuje przy cholereze dziecięcej stale a to już wtedy, gdy tak wymioty, jak i biegunka bardzo są nieznaczne, z czego autor wnosi, że cholera dziecięca wywiera nadzwyczajny wpływ na naczynia krwionośne specjalnie zaś na naczynia skórne, że wpływ ten nie jest zależnym od dwóch głównych objawów cholery dziecięcej wymiotów i rozwolnienia; oprócz tego z doświadczeń przez autora podjętych wynika, że zmiany w stosunkach hydrostatycznych są pierwotne, niemniej i spadek ciepłoty zewnętrznej, a reszta objawów właściwych cholereze dziecięcej są wtórne.

Jeśli zatem zapad przy cholereze dziecięcej nie jest następstwem wymiotów i biegunki w takim razie musimy szukać nowej teorii objaśniającej nam niebezpieczeństwo cholery dziecięcej. Dla objaśnienia sobie źródła zapadu autor zastanawia się szczegółowo nad wszystkimi objawami cholery dziecięcej i porównywa jej obraz kliniczny ze sprawami analogicznymi. Z porównania takiego autor przechodzi do wniosku, że obraz kliniczny cholery dziecięcej wszelkie przedstawia podobieństwo i zgodność z pewnym stanem chorobowym ustroju wywołanym przez silne urazy szczególnie dotyczące jamy brzusznej i dającym się podciągać pod pojęcie „shock”. Zdaniem autora dla objaśnienia sobie obrazu klinicznego cholery dziecięcej w zupełności wystarcza czysto mechaniczny moment jakim jest przepełnienie narządu trawienia krwią i zmniejszenie ilości krwi w innych częściach ustroju. Bezpośredni następstwem tego mechanicznego zбочenia jest z jednej strony oddziaływanie tych części ustroju, które nagle pozbawione zostały płynu odżywczego; najpierw i najbardziej odczuwa tę utratę płynu odżywczego mózg, wskutek czego przy wyższym natężeniu omawianego cierpienia powstaje cały szereg objawów składających się na zapad. Z drugiej strony czynność w tych częściach ustroju, które są przepełnione płynem odżywczym zostaje podniesioną, wskutek czego powstaje biegunka i wymioty towarzyszące cholereze dziecięcej. Z tego co się powyżej o przyrodzie i sposobie powstawania cholery dziecięcej powiedziało wynika, że leczenie tego cierpienia musi być fizyczno-hydraulicznem. Głównem zadaniem leczenia winno być wyrównanie krążenia przez odciągnięcie krwi z narządów trawienia. Najlepiej da się to uskutecznić za pomocą zewnętrznych wodoleczniczych procedur, które, jak wiadomo, zwiększają przyływ krwi do skóry i do niektórych narządów i odciągają ją z narządów wewnętrznych. Najenergiczniejszą procedurą, za pomocą której osiągnąć można pożądany cel jest tak zwane mokre owinięcie w koce (*feuchte Einpackung*). Oprócz działania odciągającego na skórę wywiera ono przez silne podrażnienie nerwów skórnych na drodze odruchowej pobudzenie czynności serca i płuc, moment to ważny w leczeniu zapadu towarzyszącego cholereze dziecięcej. Autor kładzie nacisk na to, że leczenie hydropatyczne należy zastosować wcześniej zaraz z początku choroby, leczenie bowiem skierowane wprost ku zwalczeniu biegunki i wymiotów najczęściej bezskuteczne, a nawet szkodliwe nie odpowiada istocie choroby.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Pisma nasze codzienne, równie jak i organa policyjne bardzo są skore do stawiania jednej z najtrudniejszych dygnoz, mianowicie wścieklizny. Wiadomo że rozpoznanie czy pies lub inne zwierzę jest wściekłem przedstawia takie trudności, iż nawet uczony weterynarz, po dokonaniu sekeyi zwierzęcia w nielicznych przypadkach orzec może czy choroba była wścieklizną lub nie. Kryterów zupełnie pewnych w tym względzie na stole sekeyjnym niema. Tylko dłuższa obserwacja zwierzęcia lub kilkorazowe szczepienie może do pozytywnych w tym względzie rezultatów doprowadzić. Jeżeli mlecz zwierzęcia podejrzanego o wściekliznę,

zaszczepiony u innego zwierzęcia wywołuje w nim wściekliznę, to wniosek pozytywny stąd wyprowadzić nam wolno. Oczywiście iż sprawdzanie takie prawie nigdy u nas miejsca nemá, tylko dowiadujemy się z gazet, iż stójkowy zabił psa wściekłego i został za to nagrodzony, albo że pies wściekły na tej lub owej ulicy zdołał pokąsać kilku ludzi, dopóki nie został przez oprawcę usunięty. Skąd to przekonanie, że to był pies wściekły? Pies dziko chowany, a najzdrowszy rzuca się i kąsa obcych ludzi.

Postępowanie takie ma swoją bardzo złą stronę. Nie jeden z lekka draśnięty kłem psa, o którym nazajutrz było w Kurjerze że był wściekły, nabija sobie głowę iż niechybnie wściec się musi. Do tego przychodzi to niedorzeczne przekonanie, iż inkubacja wścieklizny trwa 9 dni, 9 tygodni, 9 miesięcy lub 9 lat (!) i sprawia, iż ów biedny pokąsany, a nawet lekko draśnięty (najeźdźcą przez psa zdrowego) lata całe wyczekuje na tę straszną chwilę, w której wścieklizna w nim się objawi. Ale nietylko owym pokąsanym krzywdę się wyrządza, cała ludność zostaje niepotrzebnie alarmowaną i co więcej wywołuje to ciągłe obostrzenia w przepisach utrzymywania psów i to całkiem nieuzasadnione. Gdyby wszystkie wiadomości o psach wściekłych przez pisma nasze podawane, były prawdziwemi, to już znaczna część naszej ludności powinna by się wściec, a jednak widzimy że tak nie jest.

Z tego więc wypada, że ciągłe ograniczenia w przepisach utrzymywania psów są zbyt ciężkie, a alarmowanie publiczności ustawicznemi doniesieniami o wrzekomo wściekłych psach i o wypadkach stąd wynikłych są szkodliwe i należy okazywać w tych razach więcej oględności.

— Posiedzenie kliniczne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbędzie się we Wtorek dnia 18 Października 1887 r. o god. 6^{1/2} wieczorem.

I. MATLAKOWSKI. O raku kiszki prostej.

II. PAWIŃSKI. Przypadek choroby Addissona.

III. Wybory na Członków Towarzystwa.

Uwaga. Ze względu, że wybory już po raz drugi są na porządku dziennym, uprasza się kolegów o liczne zgromadzenie się na posiedzeniu.

Zagraniczne. Dnia 30 Września r. b. wydano w Wiedniu ucztę na cześć znakomitego angielskiego chirurga SPENCERA WELLS'A, który z powodu kongresu higienicznego bawił w nim kilka dni. Do stołu zasiadło tylko 40 osób, wyłącznie chirurgów i ginekologów. Przewodniczył prof. BREISKY, który wygłosił mowę toastową w języku angielskim. SPENCER-WELLS w serdecznych słowach za okazane mu uznanie dziękował.

— Zmarły w Londynie professor QUAIN zapisał prawie cały swój majątek 75,000 ft. sterl. wynoszący (koło 750,000 rs.) na rzecz Uniwersytetu Londyńskiego.

— Kongres higieniczny w Wiedniu został zamknięty, a d. 2 b. m. nastąpiło ostatnie uroczyste posiedzenie, pod przewodnictwem prof. Chrystyana KINSKY'EGO, na którym wygłoszono dwa ważne i piękne odczyty: Dr. Alfonso CORRADI Rektor Uniwersytetu w Padwie mówił: „o długowieczności wobec historyi, antropologii i historyi” a professor Uniwersytetu Wiedeńskiego i przewodniczący centralnej komisji statystycznej Dr. Karol Teodor v. INAMA-STERNEGG „O ważniejszych zmianach w ludności Europejskiej w ostatnim tysiącu lat”. Jako miejsce zebrania na przyszły także kongres wybrano, jak to już donosiliśmy Londyn, a następnego po nim tymczasowo Petersburg.

— Czytamy w Przeglądzie lek.

P. Minister Oświecenia zezwolił na zaprowadzenie w Uniwersytecie lwowskim wykładów anatomii i fizyologii. Wykłady anatomii opisowej rozpoczną się już w tym roku, a wykladać ją będzie prof. KADYI; asystent zaś prof. CYBUŁSKIEGO, Dr. Gustaw PIOTROWSKI, otrzymał stypendyum w kwocie 1,200 zła. celem dalszego kształcenia się w fizyologii za granicą.

— Prof. BABES znany bakteriolog z Buda-Pesztu został powołany do Bukaresztu, gdzie obiecano mu wybudować podług wskazówek jego pracownią kosztem miliona franków i wyznaczono mu pensyi 25,000 fr. rocznie. B. decyduje się przyjąć te propozycje.

— Propozycje zmian w ustawie Zjazdów lekarzy i przyrodników niemieckich przedsta-

wione na ostatnim 60 Zjeździe w Wiesbaden przez VIRCHOWA zostały odesłane do komisji, która ma opinie swoje przed następnym zjazdem drukiem ogłosić.

— Nowo mianowany professor chirurgii w Uniwersytecie Jagiellońskim RYDYGIER przybył do Krakowa dla objęcia katedry.

— W Anglii puszczono w handel nowy produkt otrzymywany z dystylacji węgla kamiennego kreolin, używany jako środek przeciwnilny.

Zmarli. Bernard v. LANGENBECK nestor chirurgów niemieckich, b. professor Uniwersytetu Berlińskiego umarł w Wiesbaden, gdzie osiadł był na stare swoje lata, d. 4 Października r. b. Zmarły urodził się d. 9 Listopada 1810 r. w Hornburgu w Hanowerskiem, a studia lekarskie odbył pod światłym kierunkiem swojego stryja Langenbecka, również znakomitego chirurga, który przez pół wieku t. j. od r. 1802 do 1851 był professorem chirurgii w Göttingu. W tem ostatnim mieście rozpoczął swoją karierę, jako docent chirurgii w r. 1838. Już w roku 1842 został powołany do Kiel jako professor zwyczajny i Dyrektor kliniki chirurgicznej, a w r. 1847 z powodu śmierci DIEFFENBACHA objął katedrę po nim w Berlinie. W roku 1882 z powodu nadwątlonego zdrowia zakończył swoją professorską działalność. L. wykształcił wielką liczbę chirurgów, którzy później pierwszorzędne stanowiska zajmowali. Jako professor, jako praktyk i operator, jako uczony i twórca nowych metod leczniczych, jako chirurg wojskowy i wreszcie jako dzielny obywatel swojego kraju ś. p. Langenbeck daleko poza granicami kraju swojego się wslawił. Działalność jego zasługuje na najwyższe uznanie, którem go też hojną obdarzono ręką za życia i po śmierci.

— Dr. R. QUAIN zaszczytnie znany Anatom i professor w *University-College* umarł w Londynie.

Wykaz prac oryginalnych w czasopismach lekarskich polskich zamieszczonych.

W Przeglądzie lekarskim. W N-rze 39. BLUMENSTOK. Zgwałcenie dwukrotne. Tętniak międzywarstwowy aorty. Związek przyczynowy? SMOLEŃSKI. O hydroterapii suchot płucnych (dok.). W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne z Persyi (d. c.). W N-rze 40. PIOTROWSKI. Badania nad unerwieniem naczyń. ROSENBLATT. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu Ś-go Ludwika od r. 1879 do 1882 (c. d.). W *Odcinku*. Zjazd VI dla higieny i demografii w Wiedniu. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne z Persyi (c. d.). W N-rze 41. TRZEBICKI. Jednostronny krwiak macicy i trąbki (*haematometra et haematosalpinx unilateralis*) wyleczony przez laparotomię. PIOTROWSKI. Badania nad unerwieniem naczyń (c. d.). ROSENBLATT. Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882 (c. d.). TALKO-ŁĘGOWSKI-HRYNCEWICZ. Olejek migdałów gorzkich lotny jako środek pokrywiający woń jodoformu. W *Odcinku*. JABŁONOWSKI. Szkice sanitarne z Persyi (c. d.).

W Gazecie lekarskiej. W N-rze 40. WŁ. BRUNER. O moczopędnem działaniu chlorku rtęci w chorobach serca. Z. KRAMSZYK. O związku łuszczyki z jaglicą (dok.). M. JAKOWSKI. Przyczynki do etyologii zapaleń ropnych po tyfusie. W N-rze 41. MATLAKOWSKI. Zestawienie 25 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przy chorobach narządów rodzących kobiecych niezapalnego pochodzenia. STRZEMIŃSKI. Antypiryna i antyfebryna jako środki kojące bóle. SZTAMPKE. Bąbllica ostra (*Pemphigus acutus*) jako choroba ogólna zakaźna, jej przebieg i leczenie.

W Wiadomościach lekarskich. Zeszyt 2. COGHENA. O wpływie mózgu na obniżenie ciepłoty. FEIGLA. Nagła śmierć w szkole (dok.)