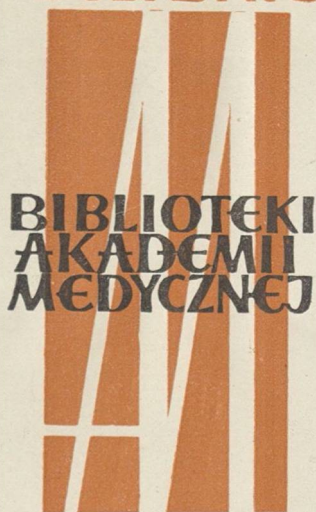


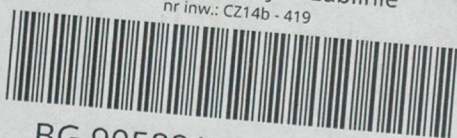
EX·LIBRIS



BIBLIOTEKI
AKADEMII
MEDYCZNEJ

W·LUBLINIE

Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 419



BG 90588/1861/46/1-12



PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO.



PAWLIK

TOwarzystwo Lekarskie

Warszawa



PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIRZ DYBEK.

S E R Y A I I I .

Tom IV.

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI.



WARSZAWA,

Nakładem księgarni **J. KAUFMANN i Sp.**

przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

—
1861.

PAMIĘTNIK

TOWARZYSTWA LECARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za pozwoleniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIECH BYRKA

Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

BERG A 111

Tom IV

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI

w Druk. K. Kowalewskiego.

WARSZAWA

Wydawnictwo K. Kowalewskiego, ul. Krakowska 10.

(17) Księgarnia Kowalewskiego, ul. Krakowska 10.

1881

92 90588

**PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO**

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIRZ DYBEK.

SERYA III.—TOM IV.

Poszyt I i II. — Dnia 15 i 31 Lipca.

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI.



WARSZAWA,

Nakładem księgarni J. KAUFMANN i Sp.
przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

1861.

Sawin

21

ПАМЯТНИК
ТОВАРИСТВА ЛЕКАРШНИКОВ

В КРАСНОУДСКОМ

ИЗДАВАН

За нововведением Казан

РЕДАКТОР ГЛАВ

ВЛОДИМИР ДЫБЯ

СЕРВАНТ-ТОМ IV

Том IV. Казань 1881 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Handwritten signature

акс. 188/52/45

I.

O POŁOGOWYM ZAKRZEPIE I ZAPALENIU ŻYL

(PHLEBOTHOMBORIS ET PHLEBITIS PUERPERALIS).

NAPISAZ

Ludwik Adolf Neugebauer.

Literatura.

- J. C. Beil: Ueber die Erkenntniss und Kur der Fieber. Halle, 1797 — 1815. 2 Band, S. 1 — 93. Gefässfieber.
- Breschet w dziele: Traité des maladies des artères et des veines, par Hodgson. Tome 2, page 433.
- Davis: w Medico-chirurgical Transactions. Vol. 12. London, 1822. 8. Page 419.
- Stanisław Czarnowski: Dissertatio de phlebitide. Vilnae, 1823. Velpeau w: Archives générales de médecine. 1824. Octobre. Page 223.
- Carl Gustav Carus: „Von den haemorrhoidalischen Zuständen in der Gegend der Ovarien. Erläutert durch zwei Krankengeschichten“. W jego dziele: Zur Lehre von Schwangerschaft und Geburt. 2 Abtheilung. Leipzig, 1824. 8. S. 141 — 166.
- Andral et Louis w: Archives générales de médecine. Tome 10. Paris, 1826. 8. Page 338. Notizen aus dem Gebiete der Natur- und Heilkunde, von Froriep. 14 Band, I. Weimar, 1826. 4. Nr. 7. S. 105.
- Andral: Clinique médicale. Tome 3, page 559.
- Dance w: Archives générales de méd. 1828, Décembre. 1829, Février.
- Dance und Arnolt: Ueber Venenentzündung und deren Folgen. Aus dem Französischen und Englischen über- P. T. L. W. Tom XLVI.

- setzt und mit einer Zugabe versehen von Gust. Himly.
Jena, 1830. 8-vo.
- T o n n e l é: Des fièvres puerpérales observées à la Maternité pendant l'année 1829 dans le service de M. Desormeaux. Paris, 1830.
- B a l l i n g: Zur Venenentzündung. Würzburg, 1829. S. 286.
- B a l l i n g: Beiträge zur Gynäkologie. Gemeins. deutsche Zeitschrift für Geburtskunde. 5 Band. Weimar, 1830. 8. 3 Heft, S. 308 — 338.
- Robert L e e: Venentzündung, die am 16-ten Tage nach der Geburt tödtlich ablief (Medico-chirurgical Transactions, Vol. XV, part 2). Journal für Geburtshülfe u. s. w. von A. U. v. S i e b o l d, fortges. v. Ed. C. J. v. S i e b o l d. 12 Bd., Frankf. a. M., 1832, S. 557 — 560.
- Entzündung der Venen der Gebärmutter u. Ulceration d. Gelenkknorpel; Eitererguss in das Kapselband des rechten Kniegelenks (Med.-chir. Transact., Vol. XV, part. 6). Journ. f. Geburtsh. u. s. w., 12 Bd., S. 560 — 562.
 - Pathologische Untersuchungen üb. d. Entzünd. der Venen der Gebärmutter u. Beobachtungen üb. d. *Phlegmasia dolens* (Medico-chirur. Transact., Vol. XV, part. 6). Journ. f. Geburtsk. u. s. w., 12 Bd., S. 562 — 570.
 - Krankengeschichte einer Frau, die nach einem Anfall von *Phlegmasia dolens* an tuberculöser Lungensucht starb. Journ. f. Geburtsh. u. s. w., 12 Bd., S. 570 — 574.
 - Researches on the pathology and treatment of some of the most important diseases of women. London, 1833. In's Deutsche übersetzt von Schuemann. Hannover, 1834.
 - Medico-chirurgical Transactions, Vol. 19. London. 8. — Jahrbücher der in- u. ausl. ges. Medicin, von Schmidt. Band 11. Leipzig, 1836. S. 298.
- J. C e r n y: Beobachtungen üb. die Entzündung der Baucharteria u. der unteren Hohlvene als häufig vorkommende Krankheiten im Wochenbette. Prag, 1831. 8.
- A. B a u e r s f e l d: Die Venentzündung der Gebärmutter. Inaugural-Abhandlung. Würzburg, 1832. 8.
- C a n s t a t t w: Journal für Chirurgie und Augenheilkunde v. v. G r ä f e u. v. W a l t h e r. Band 20. Berlin. 8.
- Entzündung der Gebärmuttervenen; w jego dziele: Handbuch der medicinischen Klinik. 2 Auflage. 4 Band, 1 Abtheilung. Erlangen, 1845. 8. S. 243—248.
- Jos. Q u a d r a t: Dissertatio sistens observationes circa fe-

- brem puerperalem anno 1833 — 1835 epidemicam in
Caes.-Reg. Lochochoio Pragensi. Praegae, 1835. 4.
- V. B. Vichura: De phlebitide uteri. Berolini, 1834.
- G. Eisenmann: Das Kindbettfieber. Erlangen, 1834.
— Die Wund- und Kindbettfieber. Erlangen, 1837.
— w dzele: Encyclopädie der gesammten Medicin von
Schmidt. Bd. 6. Leipz., 1844. 4.
- Hüter: Gebärmutterentzündung, w dzele: Encyclopädisches Wörterbuch der medicinischen Wissenschaften. 13 Band. Berlin, 1835. 8. S. 597—631 (Die Entzündung der Venen der Gebärmutter. S. 613 u. f.).
- Guil. Aug. Büttig: Dissertatio de phlebitide puerperarum uterina et femorali. Lipsiae, 1836. 4.
- Bartsch w czasopismie: Jahrbücher der in- u. ausländ. gesammten Medicin von Schmidt. Band. 13. Leipzig, 1837. 4. S. 214.
- Haeser w: Allgemeine medicinische Zeitung, 1837, N. 17. Schmidts Jahrbücher etc. Band 18. Leipzig, 1838. 4. S. 301.
- G. F. F. Löffler: Dissertatio de phlebitide uterina. Berolini, 1837.
- Helm: Monographie der Puerperalkrankheiten. Zürich, 1839. S. 34.
- Th. Helm: Monographie der Puerperalkrankheiten. Zürich, 1840.
- Kiwisch von Rotterau: Die Krankheiten der Wöchnerinnen. Prag, 1840.
- C. F. C. Litzmann: Das Kinderbettfieber in nosologischer, geschichtlicher und therapeutischer Beziehung. Halle, 1844. 4.
- P. Lumina: Dissertatio de phlebitide puerperarum. Ticini, 1844. 8.
- Friedrich Ludwig Meissner: Venenentzündung der Kindbetterinnen (phlebitis puerperalis); w jego dzele: Die Frauenzimmer-krankheiten u. s. w. 3 Band, 2 Abth. Leipzig, 1846. 8. S. 745—769, 856—861.
- Cruveilhier: Anatomie pathologique. Livraison 4 et 27. Universallexicon der Medicin und Chirurgie, Band 11. Leipzig, 1847. 8. S. 98.
- Friedrich W. Scanzoni: Puerperale Erkrankungen der Venen des Uterus—die sogenannte Metrophlebitis puerperalis; w jego dzele: Lehrbuch der Geburtshülfe. 3 Band. Wien, 1852. 8. S. 383—391.
- Pathologie der Obstruction-Phlebitis und der Phle-

- gmasia dolens, von F. W. Mackenzie und R. Lee. (Medico-chirurgical Transactions. 36, 1853). Schmidt's Jahrbücher der in-u. ausl. gesam. Medicin, herausg. v. Richter u. Winter. Band 82. 1854, S. 206—211.
- H. Lebert: Venenentzündung mit ihren Folgen; w dziele: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redigirt von Virchow. 5 Band, 2 Abth., 1 Hälfte. Erlangen, 1858. 8. S. 58—98.
- Th. Clemens: Ueber Phlebitis cruralis puerperarum. Monatsschrift für Geburtstkunde. 6 Jahrg. 1855, Heft 4. Schmidt's Jahrb. 89 Band. 1856. S. 72—73.
- Carl Braun: Lehre und Behandlung der Puerperalprocesse und ihrer Beziehungen zu einigen zymotischen Krankheiten; w dziele: Klinik der Geburtshülfe und Gynaekologie von J. Chiari, Carl Braun, J. Späth. Erlangen, 1855. 8. S. 423—454; — tudziez w jego dziele: Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien, 1857. 8. S. 913—990: „Puerperalprocesse (Lochiopyra)“.
- Rudolph Virchow: Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre. Berlin, 1858. 8. S. 176 u. f. „Die metastasirende Dyscrasie.“
- Ueber die in der Charité vorgekommenen Puerperalerkrankungen. Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe in Berlin. Monatsschrift für Geburtstkunde, 1858, 11 Heft.
- Graily Hewitt: On coagula formed in the veins during the puerperal state. The Lancet, 1858, I. 2.
- Béhier: Lettres sur la maladie dite fièvre puerperale. À M. le Prof. Trousseau. Union médicale, 1858. Nr. 31—64.
- L. L. J. F. Martineng: De la fièvre puerpérale devant l'Académie impériale de médecine etc. Paris, 1860. 8.

WSTĘP.

Przez wyraz: *połogowy zakrzep i zapalenie żył* (*phlebothromboris et phlebitis puerperalis*), rozumiemy zakrzep i zapalenie żył głównie macicy i żył z układem żylnym macicy w bliższym związku zostających u położnic. Cierpienie to zewnętrzną swą postacią okazuje się powinowatém z zakrzepem i zapaleniem żył traumatyczném, i to tém więcej, gdy dzielając znaną wielką skłonność téj choroby do wywołania pyemii i septicemii, a w następstwie tego ropniów w najrozmaitszych częściach ciała, zarazem podziela i jego zabójczość. Patologiczném znaczeniem zaś mocno od niego się różni. Proces bowiem chorobny tu miejsce mający, obrawszy sobie za siedlisko ustrój kobiety podległej sprawie płodzenia, w skutek osobliwych wpływów, jakich ze strony tego ustroju doznaje, przyjmuje cechę zupełnie odrębną.

Wspomnieliśmy tu o *stosunkach będącój w mowie choroby do położu w ogólności*. Wypada teraz oznaczyć i jój *stanowisko względem reszty chorób położnicom wła-*

ściwych a przedewszystkiém względem tak zwanéj *połogowéj gorączki* (febris puerperalis). Wiadomo, że pod tym względem pomiędzy lekarzami od dawna istnieje spór, który zamiast przez postępującą naukę być zniesionym, w najnowszym czasie przeciwnie coraz większe przyjął rozmiary, zwłaszcza po sławnéj dyskusyi, która przed niedawnym czasem przez członków Paryżkiéj Akademii lekarskiéj przez całe nieomal 5 miesięcy prowadzoną była, a która wszelako, mimo tak długiego trwania, do pogodzenia rozbieżnych zdań nie doprowadziła.

Jedni bowiem, jak wiadomo, uważają wszystkie tak zwane choroby połogowe za zwyczajne choroby położnic, zmienione tylko przez wpływ samego stanu połogowego i poprzedzającą ciążę. Należą tu pomiędzy innymi: Schu (1), Meissner (2), Helm (3), Plagge (4), C. A. Müller (5), Piorry, (6), Béhier (7).

(1) Schu: Einige Worte über das Puerperalfieber. Allgemeine medicinische Zeitung, 1838, N. 45. Porównaj: Historisch kritische Darstellung der Pathologie des Kindbettfiebers von H. Silberschmidt. Erlangen, 1854. 8. S. 96.

(2) Meissner: Die Frauenkrankheiten. Leipzig, 1842.

(3) Th. Helm: Monographie der Puerperalkrankheiten. Zürich, 1839. Silberschmidt, S. 99—100.

(4) Plagge: Peritonitis, Metritis und Febris puerperalis. Neue medicinisch-chirurgische Zeitschrift, 1842, N. 61. Silberschmidt, S. 100—101.

(5) C. A. Müller: La fièvre puerpérale existe-t-elle? Thèse. Strassbourg, 1846. Silberschmidt, S. 101.

(6) Piorry: Diss. sur la fièvre puerpérale dans l'Académie de médecine. Gazette médicale, Paris, Mars 13, 1858.

(7) Béhier: Lettres sur la maladie dite fièvre puerpérale. A M. le Prof. Trousseau. Union médicale, 1858, N. 48—81. Canstatt's Jahresb. üb. d. Fortschritte d. ge-

Inni, jak Kirkland (1), Stoll (2), Kieser (3), Amelung (4), Rost (5), Burns (6), Eisenmann (7), Waddy (8), Canstatt (9), Trousseau (10), Brouilland (11), uważają je za także choroby, przypisując im jednak własność zmienienia się przez wpływ panującego geniuszu epidemicznego chorób.

samnten Medicin in allen Ländern im Jahre 1858. 4 Band. Würzburg, 1859. 4. S. 423—424.

(1) Th. Kirkland: Treatise on the childbed fever. London, 1774. Silberschmidt, S. 95.

(2) M. Stoll: Ratio medendi. Tom. II, pag. 51. Silberschmidt, S. 95—96.

(3) G. Kieser: De febris puerperalis indole, varia forma et medendi ratione. Jenae, 1825, Silberschmidt, S. 96.

(4) Porównaj: Historisch-kritische Darstellung der Pathol. des Kindbettfiebers, von Silberschmidt, S. 96.

(5) Rost: Beobachtung eines durch neunmalige Umwandlung seiner Form merkwürdigen Puerperalfiebers, 1833. Silberschmidt, S. 96.

(6) Burns: Handbuch der Geburtshülfe, herausgegeben von H. F. Kilian, 1834. Silberschmidt, S. 98.

(7) Eisenmann: die Wundfieber und das Kindbettfieber. Würzburg, 1837. Silberschmidt, S. 98.

(8) Waddy o gorączce położowej w czasopiśmie: The Lancet. January, 1845. Silberschmidt, S. 99.

(9) Canstatt: Handbuch der medicinischen Klinik. 2 Aufl. 2 Band, 2 Abth. Erlangen, 1847. 8. S. 821.

(10) Porównaj: Historisch-kritische Darstellung der Pathologie des Kindbettfiebers von H. Silberschmidt, 1859, S. 101.

(11) Brouilland w: Gazette médicale. Avril 24, 1858. Silberschmidt, S. 101—103.

A inni jeszcze, jak Puchett (1), Eisenmann (2), Neumann (3), Ferguson (4), Kiwisch von Rotterau (5), Moser (6), Litzmann (7), Scanzoni (8), Hersent (9), Heymer (10), Karol Braun (11), Bam-

(1) Puchett: Das System der Medicin im Umriss dargestellt. Heidelberg, 1831. Band 3, S. 594. Silberschmidt, S. 106.

(2) Eisenmann: Die Wundfieber und das Kindbettfieber. Würzburg, 1837. Silberschmidt, S. 98.

(3) Neumann: Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin. Band 14, 1837. Silberschmidt, S. 105.

(4) Ferguson: Das Kindbettfieber. Uebers. von Kolb. Stuttgart, 1840. Silberschmidt, S. 112—113.

(5) Kiwisch Ritter von Rotterau: Die Krankheiten der Wöchnerinnen. Prag, 1840. Silberschmidt, S. 106—107.

(6) A. Moser: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten des Weibes. Berlin, 1843. 8. S. 57.

(7) C. Litzmann: Das Kindbettfieber in nosologischer, geschichtlicher und therapeutischer Beziehung. Halle, 1844. Silberschmidt, S. 113—114.

(8) Scanzoni: Bemerkungen über die Genesis des Kindbettfiebers. Vierteljahrsschrift für practische Heilkunde. Prag. 8. 1846. Lehrbuch der Geburtshülfe von W. Scanzoni. 3 Band. Wien, 1852. 8. S. 452—454. 2 Aufl. Wien, 1855. S. 1008.

(9) Hersent: Recherches sur la composition du sang dans la fièvre puerpérale. Silberschmidt, S. 119.

(10) Carl Heymer: Beiträge zum Puerperalfieber, Inauguralabhandlung. Würzburg, 1848. Silberschmidt, S. 120.

(11) Carl Braun w dziełkach: Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie, von Chiari, Braun, Späth. Erlangen, 1855, S. 423,—tudzież: Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien, 1857.

berger (1), Veit (2), Dubois (3), Pidoux (4), Mattei (5) i wielu innych uważają główne choroby położowe, zwłaszcza zapalenia macicy i narzędzi z nią w bliższym związku zostających, albo za *różne tylko formy ogólnego procesu chorobnego*, opartego na osobliwej zmianie krwi raz przez połóg i poprzedzającą ciążę, a powtóre przez działanie osobliwego, do dziś dnia jeszcze bliżej nie zbadanego miasmatu, czyli powyżej już wymienionej gorączki położowej; albo uważają je też za *zwyczajne choroby, przez połóg osobnym charakterem obdarzone, a mogące pod sprzyjającymi okolicznościami przedstawić się jako wyraz osobnej ogólnej choroby, to jest gorączki położowej*.

Z powyższych zdań ostatnie niezaprzeczenie najwięcej zbliża się do prawdy. Staranny bowiem i bezprzesądny rozbiór patogenetycznych stosunków go-

(1) Bamberger: Beobachtungen aus der medicinischen Klinik zu Prag. Deutsche Klinik, 1850, Nr. 8—12. Silberschmidt, S. 117.

(2) Veit: Puerperalkrankheiten, w dziele: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redigirt von Virchow. 6 Band, 1 Abtheilung. Erlangen, 1855. 8. S. (396—412) 403—407.

(3) Paul Dubois w dziele: De la fièvre puerpérale devant l'Académie impériale de médecine par L. L. J. F. Martineng. Paris, 1860. 8. p. 152—167.

(4) Pidoux: Notes sur la fièvre puerpérale, à l'occasion des débats académiques. Union médicale, 1858, Nr. 48—81. Canstatt's Jahresbericht über die Fortschritte der ges. Med. im Jahre 1858. 4 Band. Würzburg, 1859, S. 424.

(5) Mattei: Du rôle, que joue le précipitation de la lymphe plastique dans la production des fièvres puerpérales, des résorptions putrides. Moniteur des hôpitaux. 1858, Nr. 36—44. Canstatt's Jahresbericht über die Fortschritte der ges. Med. im Jahre 1858, 4 Band, S. 424—425.

rączki połogowej, jój przebiegu w pojedynczym przypadku, nakoniec jój stosunków epidemicznych przekonywa nas dostatecznie, że choroba ta jako osobna choroba krwi pochodzenia miasmatycznego rzeczywiście istnieje. Pojawia ona się najczęściej w postaci cierpień zapalnych, jużto bardziej powłoki otrzewnej, błony śluzowej, lub mięszu macicy, już téż bardziej żył tego narzędzia i części ciała przyległych, okazujących przy tém cierpieniu nadzwyczajną skłonność do zakrzepów. Dosyć często jednak ukazuje ona się i w postaci li tylko cierpienia ogólnego krwi nie połączonego z żadnemi wcale zapalnymi zjawiskami. Z drugiej jednak strony i to dostatecznie codzienném, że tak rzekę, postrzeżeniem jest udowodnione i ogólnie wiadome, że u położnic, a nawet już i u rodzących różne zapalne choroby macicy, żył i otrzewnej, niemniej i różne zapalenia i zakrzepy żył powstać mogą zupełnie samoistnie, bez wpływu jakiegobądź usposobienia, któreby mogło być tłumaczone jako powinowate z gorączką połogową w powyżej podaném znaczeniu. W takim więc razie tak powstałe zapalenia i tak nastąpione zakrzepy żył wypada uważać za nic innego, jak za zwyczajne zapalenia i zakrzepy zmienione tylko przez stan połogowy.

Przeto więc *połogowy zakrzep i zapalenie żył* przedstawia nam się jako *choroba ostra położnic, która raz u kobiet podległych sprawie płodzenia w ogólności wszcząć się i przebiec może sama przez się, innym razem znów rozwija się pod wpływem tak zwanego usposobienia połogowego (diathesis puerperalis).*

Cechy anatomiczne.

U kobiety świeżo-zległej, w stanie nawet zupełnie zdrowym, postrzedz można na wewnętrznej powierzchni macicy w miejscu odpowiedniem osadzeniu łożyska jużto większą, już mniejszą liczbę naczyń krwionośnych wstępujących po dwie do trzech linii w jamę macicy grubości w przecięciu pióra wroniego. Naczynia te są to żyły przedarte w skutek oddzielenia się łożyska od macicy. Niektóre z nich są puste, inne wypełnione są ciemnobarwnymi, miękkimi skrzepami krwi, a inne jeszcze zawierają w sobie także skrzepy, ale nie ciemne, lecz barwy bardziej jasnej, czerwono-żółtawej, przytém dosyć stałe i złożone z włókna.

Stosunek liczebny naczyń pustych do wypełnionych jest różny i zależy od stopnia ściągnięcia się ścian macicy po skończonym porodzie.

Im bowiem ściany macicy po wydzieleniu na zewnątrz łożyska mocniej się ściągnęły i im dłużej to ściąganie trwa, tém większa jest stosunkowa liczba żył pustych; im zaś ściągnięcia ich były słabsze, tém bardziej przeważa liczba żył wypełnionych skrzepami krwi i włókna, a nieraz w podobnych okoliczno-

ściach nieomal wszystkie żyły przyczepu łożyskowego są takimi skrzepami zatkane; czasem nawet skrzepy te rozciągają się aż w żyły w głębi mięszu macicy leżące.

Jeżeli tu później następują mocniejsze ściągnięcia ścian macicy, a zapalenie wewnętrznego pokładu owych ścian miejsca nie miało, wówczas przez ściągający się mięsz macicy skrzepy zostają z żył wypchnięte, — kiedy tymczasem końce żył w jamę macicy wystające ściągają się, zwierają, coraz więcej zanikają i nakoniec wraz z powierzchnin pokładem błony śluzowej i zabytkami błony doczesnej od ściany macicy się oddzielają i wraz z wydzieliną połogową na zewnątrz odchodzą.

Jeżeli zaś następuje jakiegokolwiek wewnętrznego pokładu ściany macicy zapalenie, wówczas owe połogowe zwrotne przeobrażenie się macicy zostaje natychmiast przerwanem; a ponieważ mięsz macicy w takim razie już należycie się nie ściąga, przeto do rzeczzonego powyżej wypchnięcia skrzepów w żyłach zawartych nie przychodzi. Ale równocześnie nie przychodzi także i do zwarcia się końców żył. Z tego więc powodu końce żył otworem stojące wraz z zawartemi w nich skrzepami krwi i włókniaka doznają bezpośredniego zetknięcia z wysiękami zbierającemi się w jamie macicy, co znów pociąga za sobą rozmięknienie, zropienie i sposoczenie onych skrzepów, i to w tym większym stopniu, jeżeli zewnętrzne powietrze miało przystęp do jamy macicy. Same zaś ściany żył z początku pozostają jeszcze przez niejaki czas w stanie prawidłowym; jednak przez dłuższe zetknięcie z owemi skrzepami, w skutek drażniącego wpływu

rozpadającą i chemicznie rozkładającą się ich substancji przechodzą jużto szybciej, już powolniej w stan zapalenia.

Zapalenie to objawia się w następujący sposób:

Błona wewnętrzna zapalonych żył, ponieważ nie jest opatrzona żadnemi naczyniami krwionośnemi odżywczemi (*vasa nutritia*), nie zaczerwienia się, a jeżeli okazuje przy śledztwie pośmiertném czerwone zabarwienie, to ono jest tylko tak zwaném zaczerwienieniem przez wessanie (*rubor ab imbibitione*). Ale za to błona owa ogołaca się, jak *Lebert* pokazał (1), z swego wrzecionowatego nabłonka i traci w skutek tego naturalny swój połysk i swoją gładkość. Przytém substancja jej obrzęka i nasiąka nieraz nawet ropą. Gdy zaś pod nią, czyli raczej między nią a błoną średnią zbierają się wysięki, przeto się ona wznosi w licznych miejscach ku jamie żyły, zmarszcza i nieraz przedziurawia tu i owdzie w drodze prostego rozwrzodzenia.

Również błona średnia, jak niemniej i zewnętrzna są obrzękłe, a przytém nieraz stwardniałe (tak, że w skutek tego całe naczynie w zapalonej swjej części przyjmuje wejrzenie jakby tętnicy), drugi raz bywają rozmiękłe. Substancja tych błon częścią zachowuje jeszcze histologiczną swą budowę, częścią zaś znajduje się na drodze stłuszczenia; nieraz jest ona ropą nasiąknięta. W przypadkach zupełnie świeżych obie te

(1) *Lebert*: Krankheiten der Venen; w dziele: *Handbuch der Pathologie und Therapie*, bearbeitet von Rud. *Virchow*. 5 Band, 2 Abth., 1 Hälfte. Erlangen, 1855. 8. S. (54—124) 61.

błony są zaczerwienione w skutek przekrwienia mającego miejsce w odżywczych ich naczyniach. W ostatnich *Lebert* nigdy nie znalazł ropy, lecz tylko twornicę, czyli ciecz krwi (*plasma sanguinis*).

Przy dłuższem zaś trwaniu choroby cała ściana żyły zwolna rozmiękcza się coraz więcej i rozpada na koniec na ziarnistą masę.

Zresztą podane tu objawy zapalenia nie zawsze są tak wyraźnie rozwinięte, a w innych znowu razach mimo istnienia okazałych skrzepów w żyłach nie ma ich wcale.

Co się zaś tyczy samych skrzepów, to te zachowują się w bardzo różny sposób. Raz bowiem są one bardziej miękkie, jakby trzęsikowate. Przytém albo wypełniają cały kanał żyły, albo też stanowią tylko mniej więcej gruby pokład do ścian onego kanału na około przylegający, tak, że wtedy sam kanał w swój osi jest wolny. Czasami znowu skrzepy te wypełniają kanał żyły o tyle niezupełnie, że między skrzepem a ścianą żyły pozostaje wolny przewód.

Po mniej więcej długiem trwaniu choroby skrzepy zawsze, i to zwykle najprzód w środku, rozmiękczejają się, rozpadają i zamieniają na żółtawo-białą ciecz podobną do ropy, ale z nią, jak mianowicie *Virchow* (1) pokazał, bynajmniej nie identyczną. Według sławnego tego badacza (2) nitki skrzepłego w żyłach włókniaka rozpadają się na mniejsze oddziały; oddziały te rozpadają się na coraz drobniejsze jeszcze

(1) *Rudolph Virchow*: Die Cekkularpathologie. Berlin, 1858. 8. S. 179.

(2) *Rudolph Virchow*: tamże, str. 179—181.

cząstki; a w końcu cała massa włókniaka skrzep składająca zamienioną się okazuje na masę złożoną z samych drobnych, białych ziarenek. Gdy zaś skrzepły włókniak nadto prawie zawsze w sobie zawiera i mniej więcej liczne krążki krwi, zatem te, straciwszy wcześnie swą barwę i doznawszy mniej więcej znacznego



zwrotnego przeobrażenia, pomiędzy rzeczonymi powyżej ziarnkami rozpadłego włókniaka pokazują się w postaci bezbarwnych komórek opatrzonych lub nie opatrzonych jądra-
mi, i mniej więcej mocnemu stłuszeniu podległych a po części już na drobne ziarnka się rozpadających (1).

Im dłużej choroba trwa, tém więcej rzeczone komórki rozpadają się na swe pierwiastki; i po pewnym czasie postrzegamy w ich miejscu tylko jeszcze same drobne ziarnka. Częstokrotnie zaś ciecz z rozkładu

(1) Figura tu załączona (powzięta z przytoczonego powyżej dzieła Virchow'a: str. 179. Fig. 70), przedstawia drobnowidzowe pierwiastki ropowatej cieczy powstającej z rozmięklego zakrzepu żylnego:

A. Białe ziarnka wynikające z rozpadającego się włókniaka. B. Bezbarwne krążki krwi przy rozmiękieniu włókniaka z tegoż się uwalniające, częścią ropnemu przeobrażeniu podległe. Jedne z nich (a) opatrzone są kilkoma jądrami, inne (b) jednem tylko jądrem i pojedynczemi kulkami tłuszczu, inne jeszcze (c) są bez jądra i podległe przeobrażeniu w tłuszcz. C. Krążki krwi tracące swą barwę i na ziarnka rozpadające się.

skrzepów wynikająca przyjmuje charakter zupełnej posoki.

Opisane powyżej skrzepy w ciągu choroby w ogólności czworakiego doznać mogą przeobrażenia:

Raz bowiem mogą one się *rozejść* czyli *rozczynieć*, co się w ten sposób dzieje, że się rozmiękczają i nakoniec rozpadają na drobne cząsteczki, które porwane przez krew w niej znikają; — *powtórę* skrzep w żyłę zawarty zrosnąć się może z jej ścianą, a co w końcu prowadzi do zupełnego zarośnięcia samej żyły; — *po trzecie* skrzep rozmięknięwszy do pewnego stopnia, w większych kawałkach porywanym być może przez krew, co powoduje utkwienie porwanych części w ostatnich rozgałęzieniach tętnic i układzie naczyń włosowatych, czyli tak zwany *zator (embolia)* tychże naczyń; — a *po czwarte* nakoniec, skrzep rozpadłszy się na ciecz ropowatą lub posokę, w postaci tej lub owęj torować sobie może drogę przez ścianę naczynia na zewnątrz, w tkankę łączną żyłę otaczającą, tworząc tam ropień, lub też przejść może w prąd krwi, która w ten sposób doznaje tak zwanego ropniczego lub posokowego zakażenia.

Opisane powyżej zmiany chorobne ukazują się najczęściej i najwyraźniej w żyłach powyżej już rzeczzonego miejsca macicy. to jest w żyłach przyczepu łożyskowego. Ponieważ zaś łożysko najczęściej osadzonem bywa w prawej części macicy, więc też owa część macicy stosunkowo najczęściej tej chorobie ulega.

Dosyć często jednak nie ograniczają się one na okolicę macicy odpowiednią dawniejszemu przyczepowi łożyska, lecz rozszerzają się nieraz przez cały miąższ macicy, a często rozciągają się aż po za obręb

tego narzędzia, tak, że je śledzić można z jednej strony przez splot wicinowaty (plexus pampiniformis) aż w żyłę nasienną wewnętrzną i przez tę w żyłę nérkową, — z drugiej zaś strony przez żyły maciczne i żyły podbrzusne w żyły biodrowe zewnętrzne i wspólne, a przez te ostatnie w żyłę główną dolną.

Oznaki zapalenia i zakrzepu mogą jednak ukazać się i w żyłach bardziej odległych od miejsca przyczepu łożyskowego w taki sposób, że zapalenie to i zakrzep żadnego bezpośredniego związku nie mają z zapaleniem i zakrzepem żył powstałymi w miejscu przyczepu łożyska. W takim razie żyły pośredniczące między zapalonymi i zakrzepłymi żyłami tych dwóch miejsc mogą być zupełnie zdrowe.

Odosobnione takie zapalenie żył czy to samej macicy, czy żył dalej w miednicy lub nawet w udzie położonych zdaje się najczęściej być wynikiem utrudnionego w odpowiednich żyłach krążenia krwi, które w samej macicy tém łatwiej nastąpić może, jeżeli przypadkiem jój miąższ nierównie, to jest w jednych miejscach mocniej, w innych zaś słabiej się ściga. Przez to bowiem żyły leżące w miejscach słabiej ściągniętych pozostają rozszerzonymi, co pociąga za sobą osłabienie prądu krwi w owych miejscach. Gdy zaś krew w skutek osobliwej swój podczas ciąży i w pierwszych okresach położu mieszaniny posiada nadzwyczaj *wielką skłonność do krzepnięcia*, z zawartej w niej wielkiej ilości włókniaka wynikającą, — przeto wstąpiwszy w rozszerzone części żył, doznaje ona w skutek następującego zatrzymania się w nich, mówiąc z Vir-

chow'em (1), zmiany w stanie agregacyi swych cząstek i—*krzepnie*.

W przypadkach gdy choroba była bardzo silną, zwłaszcza gdy dłużej trwała, nie tylko same żyły okazują się dotkniętymi procesem zapalnym, ale i naokoło nich, w otaczającej je tkance łącznej znajdujemy nagromadzony wysięk włóknikowy, trzęsinowaty, a nawet często ropiasty. Podobny wysięk częstokrotnie ukazuje się także i pod powłoką otrzewną macicy, co udowadnia częsty udział téj powłoki, jak i otrzewnej w ogólności, w procesie zapalnym żył. Równie często, a raczej częściej jeszcze proces ten udziela się także i wewnętrznej wyścielce czyli błonie śluzowej macicy. Ta bowiem w miejscu osady łożyska, jako téż po za obrębem tegoż miejsca, okazuje się rozmiekkłą i pokrytą błoniastym pokładem brudno-szarawo zabarwionego wysięku nadzwyczaj przykrój woni. Nieraz na wewnętrznej powierzchni macicy pozostają jeszcze mniej więcej wielkie, zgniłe szczątki łożyska.

Sam miąższ macicy w lżejszych przypadkach choroby częstokrotnie jest bledszy, niż w stanie prawidłowym i tylko na około zakrzepłych i zapalonych żył zaczerwieniony i lekko nasiąknięty; w cięższych przypadkach zaś okazuje on się, w bliskości zwłaszcza chorych żył, często ciemnosino, sino, brunatno lub nawet czarno zabarwionym i tak skruszałym, że z łatwością między palcami roztartym być może. Nieraz w nim istnieją mniej więcej wielkie ropnie, utworzone

(1) Rudolph Virchow: „Die Pfortbildungen und Verstopfungen in den Gefässen”, w jego dziele: Handbuch der Pathologie und Therapie, 1 Band. 1854. 8. S. (156—182) 158.

nie tyle przez bezpośrednie zropienie samej substancji macicy, jak raczej przez ulanie się w tę substancję ropy i posoki w żyłach powstałej przez ich ściany przedziurawione w drodze zropienia i sposoczenia. Przytém ściany macicy zwykle są zgrubiałe.

Częstokrotnie także naczynia chłonne macicy i części przyległych znajdują się w stanie zapalenia, będąc nieraz napełnionemi ropą lub posoką, jak to zauważali Nonat (1), Ritgen (2) i inni.

Co do reszty części płciowych, to w nich stosownie do tego, czy one były wciągnięte w proces chorobny, czy nie, istnieć mogą najrozmaitsze zmiany chorobne każdoczesnemu powikłaniu odpowiednie, jako to wysięki, nasiąknięcia, owrzodzenia i t. p., lub mogą one też od takich zmian być wolne. Toż samo odnosi się do innych także wnętrzości jamy miedniczej i właściwej jamy brzusznej, gdzie w razie powikłania z zapaleniem otrzewnej nie tylko ta ostatnia w mniej więcej wielkich przestrzeniach okazać się może zaczerwienioną, ale i pojedyncze wnętrzości jamy miedniczej i brzusznej między sobą być mogą pozlepiane, i między niemi, zwłaszcza w zatoce wypustnicomacicznnej, istnieć mogą mniej więcej obfite wysięki natury surówiczj, ropiastj lub też posoczj.

Błona śluzowa przewodu pokarmowego zwykle nie pokazuje żadnych zmian, któreby mogły być uważanemi za bezpośredni wynik procesu chorobnego w układzie żył odbywającego się.

(1) Meissner: Die Frauenzimmerkrankheiten. 3 Band, 2 Abth. Leipzig, 1846. 8. S. 669.

(2) Ritgen w: Gemeins. deutsche Zeitschrift für Geburtskunde. Bd. 7. S. 4. 597.

Ale za to wątroba, która najszybciej przedstawia zmianę swego mięszu znaną pod nazwą *wątroby muskatowej*, tudzież śledziona, która zwykle jest powiększona, są bardzo często siedliskiem małych, mniej więcej licznych ropniów tak zwanych następnych.

Nérki bywają blade, anemiczne, wiotkie, zresztą w swém utkaniu nie zmienione.

Co do wnętrzości klatki piersiowej, to mianowicie płuca bardzo często bywają siedliskiem następnych zmian chorobnych. Nie tylko bowiem dosyć stale górne ich zrazy bywają obrzęknięte, dolne zaś przekrwione, ale nadto częstokroć znajdujemy w nich także ropnie następne wielkości ziarn polnego grochu aż do wielkości włoskich orzechów lub kurzych jaj, albo téż w miejsce nich tylko zrazikowe lub zrazowe zwątrobie.

Nadto opłucne dosyć często są zapalone i w skutek tego ich jamy zawierają mniej więcej obfite wysięki.

Serce bywa wiotkie, blade; jego substancja krusza, tak, że łatwo być może rozdartą. W krwi w sercu zawartej bardzo rzadko pojawiają się skrzepy włóknikowe, sama krew zaś przedstawia się najczęściej jako masa półpłynna, barwy wiśniowobrunatnej, ciemnobrunatnej lub czarnej.

W mózgu w ogólności rzadko znajdują się zmiany chorobne. Wszelako nie można milczeniem pominąć, że L u n z (1) znajdował nieraz substancją mó-

(1) G. A. L u n z w czasopiśmie: Schweizerische Zeitschrift für Natur- und Heilkunde, herausgegeben von C. F. v. P o m m e r. 1839. Bd. 1, Heft 1. M e i s s n e r w miejscu przytoczonym, str. 355.

zgu rozmięklą, i że podług Bartsch'a (1) wydrążają się w niej nawet nieraz ropnie. Częściej opony bywają zmienione; znajdowano je bowiem nieraz przekrwionemi; nadto pod oponą pajęczą widziano częstokroć nagromadzony wysięk surowiczy (2).

Jak w różnych powyżej wymienionych wnętrznościach, tak nakoniec i w układzie kostnym, oraz w tkance łącznej podskórnej i międzymięsnej częstokroć ukazują się *ropnie* następcze. Co do układu kostnego, to ukazują się one tu najczęściej w większych stawach, mianowicie w stawach kolanowych, dalej w stawach ramieniowych, łokciowych, nadgarstkowych, nakoniec w spojeniu łonowém, jako też w spojeniach biodrokrzyżowych. Ale widziano, że im za punkt wyjścia służyć może także i okostna, jak to p. i. widział Bartsch (3).

Co zaś do układu mięsnego i układu tkanki łącznej podskórnej, to mogą będące w mowie ropnie tworzyć się tu w każdym miejscu; stosunkowo najczęściej jednak zdają one się pojawiać w bliskości większych stawów.

Co do sposobu tworzenia się tak zwanych *następczych ropniów*, to osobliwe to zjawisko, które niegdyś lekarzom dało podstawę do utworzenia teoryi o metastazach, długi czas jak wiadomo było tłumaczonemi jako następstwo przypuszczonego w tym celu wejścia

(1) Franz Bartsch w czasopiśmie: Oesterreichische medicinische Jahrbücher etc. Band 10, S. 1. Wien, 1836.

(2) Busch: Die Krankheiten der Wöchnerinnen. 1 Theil.

(3) Bartsch w miejscu przytoczoném. Meissner w miejscu przytoczoném, str. 760.

w krew zkądbądź ropy i nagromadzenia się jęj w tém miejscu, w którém tak zwany ropień metastatyczny się ukazywał. Światłe jednak poszukiwania nowszych patologów, a przedewszystkiém Rokitanskiego (1), Beck'a (2), Vogel'a (3) i innych pokazały, że sposób ten tłómaczenia nie miał najmniejszėj zasady; gdyż najprzód w dokonanych przez Beck'a doświadczeniach wstrzyknięta w krew ropa bynajmniej nie zbierała się nigdzie w ropnie, a powtóre przy tak zwanej białaczce czyli leukemii mimo istnienia w krwi niesłychanėj ilości tak zwanych białych ciałek krwi (które tak co do postaci, jak i co do wielkości zupełnie z ciałkami ropnemi zdają się być identycznymi), przecież nie przychodzi do zebrania się tych *ciałek* w żadne nakształt ropniów złoży.

Tworzenie się ropniów następczych raczėj, za przykładem Vogel'a, uważać możemy za zjawisko wynikające z następujących dwóch różnych przyczyn:

Najprzód wszelkie bryłowate substancye obce

(1) Rokitansky: Handbuch der pathologischen Anatomie. Wien, 1841—1846. 8.

(2) Bernhard Beck: Anatomische Forschungen und physiologische Versuche über den Einfluss des Eiters, der Jauche und anderer Flüssigkeiten auf den Organismus bei Einspritzungen in die venösen Gefässe; — w dziele: Untersuchungen u. Studien im Gebiete der Anatomie, Physiologie u. Chirurgie. 1852. S. 36—79. Porównaj: Handbuch der spec. Pathol. u. Therap. v. Virchow. 1. Bd. 1854. S. 461—462.

(3) Vogel: Störungen der Blutmischung; w dziele: Handb. der speciellen Path. und Therapie, herausg. von Virchow. 1 Bd. Erlangen, 1854. 8. S. (372—471) 461—463.

lub utworzone w ustroju, mające wielkość przechodząca światło naczyń włosowatych, skoro jakąkolwiek dostały się drogą w prąd krwi, doszedłszy do ostatnich rozgałęzień tętnic i tu utkwivszy, wywołać mogą zapalenie odpowiedniej części ciała i tak wywołać jój zropienie;—a powtórę krew w skutek swój przy niektórych stanach chorobnych skłonności do krzepnięcia w żyjącym ustroju, czyli tak zwanój przez V o g e l'a *inopexii* nie tylko w większych naczyniach, ale i w naczyniach włosowatych skrzepnawszy, może wywołać zapalenie zatkanych nią naczyń i otaczającego mięszu, co w dalszym ciągu znów prowadzi do tworzenia się i tu ropnia. Skłonność tę do krzepnięcia w żywym ustroju krew prawdopodobnie nabywa przez przymieszanie się do niej z jakiegokolwiek źródła ropy lub posoki.

Obie zaś okoliczności, to jest tak istnienie w prądzie krwi bryłek przewyższających swą średnicą mniej więcej znacznie średnicę naczyń włosowatych, jak i przymieszanie się do krwi i posoki przy położowem zakrzepnięciu i zapaleniu żył, mają miejsce. Pierwsze powstają w postaci cząsteczkowych zakrzepów, utworzonych w chorych żyłach, które opłukująca zakrzepy te krew kiedy niekiedy oddziela i z sobą porywa; druga zaś przechodzi w ogólny prąd krwi już to z tychże samych zakrzepów, już może niekiedy przez ulanie się w zapalone żyły macicy ropniów zewnątrz tych żył w mięszu macicy istniejących a ściany ich przedziurawiających lub raczej przez wsiąknięcie, w kanał rzeczonych żył przez ich ściany. O ile zaś w danym przypadku ropień następczy przy tej chorobie tworzący się z pierwszego

lub z drugiego źródła pochodzi, najczęściej nie da się wykazać ani przez śledztwo pośmiertne, ani przez objawy za życia chorób istniejące.

Przyczyny.

Choroba, o której mówimy, prawie wyłącznie wydarza się tylko u położnic; ale może się ukazać także już podczas porodu, jak to autentyczne postrzeżenia udowadniają (1). Napada zaś ona nie tylko takie kobiety, które w prawidłowym czasie odbyły poród, ale pojawia się i u takich, które przed należytym czasem zległy, a nawet u kobiet po poronieniu. Zdaje się jednak, że poronienie następujące na końcu trzeciego miesiąca w ogólności jest najrychlejszym terminem, w którym pojawienie się jej jest możliwem.

Jawny wpływ mają na powstanie tej choroby pewne konstytucye epidemiczne, mianowicie tak zwana

(1) Należy tu p. i. ciekawy przypadek opowiedziany przez C a r u s'a, w którym u rodzącej rozwiązanej przez niego za pomocą kleszców, podczas tej operacyi ułała się z części rodnych ropa, której źródłem przy następnie dokonaniem śledztwie pośmiertnem okazały się być zapalone i zropniałe żyłki macicy. (C a r u s: Von den hämorrhoidalischen Zuständen in der Gegend der Ovarien; w jego dziele: Zur Lehre von Schwangerschaft und Geburt. 2 Abth. Leipz. 1824. 8. S. (141—166) 157—166.

konstytucja połogowa (constitutio puerperalis). W pojedynczych zaś epidemiach gorączki połogowej nie zawsze pokazuje ona tę samą częstość, tak dalece, że raz przeważa pod tym względem nad innymi formami tej choroby, inny raz znowu w stosunku do reszty zapalnych chorób połogowych staje się rzadszą.

To tłumaczy nam, dla czego p. i. T o n e l l é (1) w r. 1829 między 222 przypadkami śmiertelnie zakończonej gorączki połogowej 90 razy (a zatem prawie tylko 41 % wszystkich przypadków) żyły macicy znalazł zapalone; gdy zaś B é h i e r (2) donosi, że z pomiędzy 85 położnic w latach 1855 do 1858 na też chorobę zmarłych przy dokonaniu na ich zwłokach śledztwie pośmiertnym 84, a zatem niemal wszystkie, przedstawiały żyły nie tylko macicy, ale często i dalej odległe pnie żyłne, jako to sploty żyłne wicinowate (plexus pampiniformes), żyły podbrzuszne, żyły biodrowe i żyły podskórne wielkie kończyn dolnych, zapalone i ropą napelnione.

Co się tyczy sposobu powstawania samego procesu chorobnego, to najbliższa przyczyna tego procesu, jak to z anatomicznych jego cech wynika, zależy głównie i pierwotnie na niedostatecznym ściąganiu się miększu macicy, mianowicie w okolicy przyczepu łożyska. W skutek tego niedostatecznego ściąganie-

(1) T o n n e l l é: Des fièvres puerpérales observées à la Maternité pendant l'année 1829. Porównaj: Die Frauenzimmerkr. v. M e i s s n e r. 3 Bd., 2 Abth. 1846. S. 758.

(2) B é h i e r w miejscu przytoczonym. C a n s t a t t's Jahresbericht über die Fortschritte der ges. Med. im J. 1858. 4 Bd. S. 428.

nia się mięszu macicy, które samo znowu z dwóch różnych przyczyn, to jest raz z bezwładności, a powtóre z zapalenia macicy wyniknąć może, żyły macicy nie zwierają się w sposób należyty, i przeto przychodzi w nich do utworzenia się mniej więcej znacznych skrzepów krwi. Te znów przeobrażając się w posokę drażnią ściany zawierającego je naczynia, które w skutek tego mniej więcej szybko przechodzą w stan zapalenia. Tak więc głównie raz bezwładność, a powtóre zapalenie macicy uważane być muszą za bliższe przyczyny będącego w mowie powikłanego cierpienia, a *wszystko, co powodować może powstanie owych dwóch stanów chorobnych macicy*, musi zatem być uważanem i za dalszą przyczynę położowego zakrzepu i zapalenia żył.

Tu należą: najprzód, jako okoliczność usposabiająca, samo już obranienie wewnętrznej powierzchni macicy przez oddzielenie się od niej podczas porodu łożyska; — dalej dłuższe trwanie porodu (ztań, jak powyżej widzieliśmy, kobiety po raz pierwszy rodzące bardziej są narażone na będącą w mowie chorobę, niż kobiety mnogorodzące); — zgniecenie i obranienie ścian macicy przy sposobności utrudnionego porodu czy to przez same części dziecka, czy też przez narzędzia lub ręce niosące pomoc osoby, jak to tak często miewa miejsce przy obrocie, założeniu kleszczów, operacjach zmniejszających dziecko, cięciu cesarskiem, odluszczeniu łożyska i t. p.; — *psucie się jaja lub pojedynczych części jego albo nakoniec skrzepów krwi w jamie macicy*; — *wprowadzenie w tę jamę w jakim bądź celu z zewnątrz drażniących substancyj* różnego rodzaju, jako to bardzo zimnej, lub przeciwnie zbyt cieplej wody, mocnych płynów

chemicznie działających i t. p.; — dalej jeszcze zbyt wczesne przez położnicę opuszczenie łóżka i zajęcie się ciężkimi robotami; — nakoniec wykroczenia pod względem diety, zaziębienia, gwałtowne wzruszenia moralne i t. p.

Z drugiej zaś strony żyły rzeczonoego miejsca macicy przejść mogą w stan zakrzepu i zapalenia także i z inną jeszcze przyczyny, to jest przez działanie na przedarte ich końce łożyskowe substancyj gnijących, jak to ma miejsce wówczas, kiedy w macicy znajdują się gnijące skrzepy krwi, gnijące nieodeszłe części łożyska, gnijący płód i t. d.

Tu może być wymienioném także i wprowadzenie w pochwę i w macicę tak zwanego *jadu trupiego*, co na przykład może mieć miejsce, jeżeli osoba poprzednio zajęta rozbiorem anatomicznym gnijących trupów dokonywa śledzenia pochwy i ust macicznych palcem, nie oczyściwszy sobie dokładnie rąk (1).

(1) Okoliczność tę nie zbyt dawno, jak wiadomo, Semmelweis w Wiedniu wyprowadził na jaw jako główną i nieomal jedyną przyczynę epidemicznie panujących gorączek połogowych. Rzucone przez niego pytanie wywołało żywą dyskusję, w której prócz wielkiej liczby niemieckich lekarzy, jako to Skody, Dumreichera, Heschla, Lampeggo, Chiarego, Hammernika, Scanzoniego, Kiwischa von Rotterau, Seyferta, Bambergera, Mandego i Karola Brauna, i niektórych skandynawskich jak Retziusa i Faye go, także i Akademia medyczna w Paryżu udział brała, a która w końcu poprowadziła do tego przekonania, że wprowadzenie w pochwę i usta maciczne jadu trupiego przy sposobności śledzenia tych części palcem powinno być uważnóm, chociaż nie

Wszystkie tego rodzaju gnijące substancje stykając się z przedartymi żyłami macicy, przyprowadzają zawartą w tychże żyłach krew do skrzepnięcia, w skrzepłej zaś krwi wzbudzają szybko postępujący rozkład chemiczny. W skutek tego powstałe skrzepy rozpadają się na posokę, a ta znów z swjej strony drażniąc ściany żyły wzbudza w nich zapalenie, które jednak naśladując także i bezpośrednio przez drażnienie, którego końce przedartych żył doznają ze strony działających na nie substancyj zgniłych w jamie macicznej zawartych. Sama zaś posoka ze skrzepów krwi powstała udziela się krążącej krwi, która także i pojedyncze mniej więcej znaczne części samych skrzepów z sobą porywa. I tak z drugiej strony następuje zakażenie całej masy krwi, która przez to, jak doświadczenia Millington'a (1), H. Lee'a (2) i innych, pokazały, zarazem nabywa osobliwej skłonności do krzepnięcia w żyjącym ustroju. Pomijam

za konieczny powód powstania gorączki połogowej, jak to sądzi Semmelweis, to za okoliczność *mogącą* chorobę tę wywołać. Porównaj o tym przedmiocie dzieło: Klinik der Geburtshülfe u. Gynäkologie von Chiari, Braun, Späth. 1855. S. 465—477.

(1) Millington: Experimental inquiry into the effects of various animal matters injected into the blood. Edinburgh monthly Journal. 1851, pag. 486. Porównaj: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 1 Bd. Bearb. v. Virchow, Vogel u. Stiebel. Erlangen, 1854. S. 462.

(2) H. Lee: Purulent infection of the blood. Medical Times, 1852. April, pag. 401. Handbuch der speciellen Path. und Therapie. v. Virchow u. s. w. 1 Bd. S. 462.

to, że także i sama substancja zgniła w jamie macicy zawarta bezpośrednio wejść może w krążącą krew i podobne w niej wywołać zmiany.

O b j a w y.

Objawy wywołane przez płożowe zapalenie żył mogą być podzielone na objawy *miejscowe* i objawy *ogólne*.

Objawy miejscowe.

Te są w ogólności nieznaczne, póki choroba ogranicza się na żyłach macicy, Chora skarży się na tępy, rzadziej na ostry ból w okolicy macicy, który nieraz napadami się powiększa. Nieraz w miejsce bólu istnieje tylko nieprzyjemne, jakby prące uczucie w podbrzuszu. W innych znowu razach nawet i takiego uczucia prącego nie ma, lecz ukazuje się dopiero przy dokonaniu nacisku na podbrzusze, a zwłaszcza na macicę, wyraźniejszy w téjże ból, który przecież nigdy tak silnym nie jest, jak przy zapaleniu otrzewnej. W innych jeszcze razach nawet i tego zjawiska wcale nie ma.

Macica najczęściej po nastąpieniu jej zmniejszeniu się do pewnego stopnia dalej się już nie ściąga, lecz pozostaje przy nabytej ostatecznie objętości, lub też przeciwnie powiększa się na nowo. Powiększenie to raz jest znaczniejsze, drugi raz mniej znaczne.

W innych zaś przypadkach zmniejszanie się jęj objętości postępuje zupełnie prawidłowym sposobem. Odchód połogowy odpływa mniej obficie, staje się wodnistym, ropiastym lub téż posokowatym i przyjmuje woń nader przykrą. U innych znów chorych nie zmienia on się wcale. W przypadkach tylko, w których zapalenie żył macicy szerzy się na żyły bardziej powierzchownie położone, rozszerzenie się to jego częstokroć dość łatwo daje się wykazać przez odpowiednie objawy, jako to w razie rozszerzenia się zapalenia na splot wicinowaty (plexus pampiniformis) i żyłę nasienną wewnętrzną, jak niemniej i przy rozszerzeniu się na żyłę biodrową i udową, przez wyraźną bolesność okolicy odpowiedniej przebiegowi tych naczyń, wyraźne ich stwardnienie i t. d.

Bardziej cechującemi są:

Objawy ogólne.

Chora po krótszem lub dłuższem trwaniu powyżej rzeczonych objawów od razu, najczęściej bez wszelkiej danej ku temu przyczyny doznaje mocnego napadu zimna i wpada następnie w gorączkę. Pierwszy ten dreszcz oznacza zwykle chwilę, w której zapalenie żył przez przejście rozciękłych na posokę zakrzepów żylnych w prąd krwi, wciąga cały obieg krwi w obręb cierpienia i staje się, że tak rzekę, ogólną chorobą, która odtąd w postaci pyemii trwa aż do śmierci lub wyzdrowienia.

Nie zawsze jednak choroba w ten sposób się rozpoczyna; bo częstokroć z początku nie ma żadnych objawów miejscowych, i cierpienie odzywa się raczej objawami ogólnymi. Chora gorączkuje umiarkowa-

nie i to nieraz nawet przez kilka dni, będąc przytém wolną od wszelkich cierpień w obrębie przyrządu płciowego. Od razu następuje mocny napad zimna, i tём rozpoczyna się rzeczony już powyżej stan pyemiczny.

I w jednym i w drugim razie nie jeden tylko napad zimna miewa miejsce, lecz takowy powtarza się najczęściej po pewnym czasie. Nieraz chora ma kilka napadów w ciągu jednego i tego samego dnia. W innych razach następują one w dłuższych odstępach czasu, codziennie lub co drugi dzień, i to częstokroć tak regularnie, że choroba przyjąć może zupełny pozór gorączki przestankującej. Częściej jednak powtarzanie się napadów odbywa się zupełnie nieregularnie, tak, że jednego dnia napadów może być kilka, drugiego jeden, w innym znów dniu żaden napad nie ma miejsca i t. d.

Tę samą odmiennosć przedstawiają napady także i pod względem siły, równie jak i pod względem trwania. Raz bowiem napad bywa bardzo słaby, tak, że się objawia tylko przez lekkie dreszcze. Ale to w ogólności rzadziej ma miejsce. Innym razem znów,—i to się znacznie częściej przytrafia, napad—bywa silny, tak dalece, że nieraz nawet objawia się przez najgwałtowniejsze trzęsące zimno, połączonego z nieomal trupowatém zblednieniem i zziębnieniem twarzy, rąk i nóg. Słabsze napady trwają kilka minut, kwadrans, pół godziny, gwałtowniejsze zaś rozciągnąć się mogą do godziny, a nawet dwóch i więcej godzin.

Po każdym napadzie następuje silna gorączka, przy której najczęściej skóra pozostaje suchą. Rza-

bywa
dziej—i to zwykle miewa tylko miejsce na schyłku choroby, — napady kończą się rozplywającym potem.

Gorączka po niejakiu czasie zwykle folguje, ale nigdy nie ustaje w zupełności, gdyż tętno ciągle jest małe i przyspieszone. Tak więc chwil bezgorączkowych, jak przy właściwej gorączce przestankującej wcale nie ma.

Od chwili wystąpienia będących w mowie napadów zimna wejrzenie chorój w zupełności się zmienia. Twarz jój przyjmuje osóbliwą fizyognomią, znaną od czasów Helm a pod nazwą *fizyognomii łożniczej* (Puerperal-Physiognomie), która z każdym nowym napadem coraz mocniej się wybija. Skóra staje się bladą i pokrywa się w czasie gorączki w okolicach licowych określonymi rumieńcami, które zresztą nie są stałe. Częstokrotnie bowiem nie ma ich wcale, innym znówrazem jeden tylko policzek jest zarumieniony, drugi zupełnie bład. Chora skarży się na ból w różnych okolicach ciała, a mianowicie w stawach. Nie raz nawet jeden lub drugi ze stawów, najczęściej jedno z kolan, lub jeden ze stawów ramieniowych, łokciowych lub nadgarstkowych, lub téż dwoje albo więcej jeszcze stawów równocześnie przedstawia oznaki wyraźnego zapalenia: czerwoność, powiększony ciepłota i nawet powiększoną objętość. Zjawisko to pochodzi od umiejscowienia się procesu pyemicznego w rzeczonych stawach i kończy się często tworzeniem się w nich mniej więcej znacznych ropniów. W innych znów razach, jeżeli proces zakrzepowy i zapalny żył macicy i żył miedniczych w ogólności rozszerzył się na żyły dolnych kończyn, przychodzi do obrzęknięcia i obolenia tych kończyn w postaci tak

zwanego *białego bolesnego obrzęku* (phlegmasia alba dolens), i to albo obydwóch od razu albo tylko jednej z nich. W innych znowu przypadkach, w których przychodzi do tworzenia się ropniów następczych w płucach lub do tworzenia się zapalenia opłucnych, pojawiają się oznaki już to zapalenia zrazikowego lub zrazowego płuc, już oznaki zapalenia i wysięku opłucnej; tudzież w razie ulokalizowania się rzeczzonego powyżej procesu w mózgu lub oponach nastąpić mogą objawy wynikające z odbywającej się w takim razie w rzeczonych narządziach sprawy zapalnej.

Przytém chora, której wejrzenie staje się coraz więcej kachektyczném, czuje się zwykle mocno osłabioną, i okazuje pewną obojętność i apatyą ku wszystkiemu, co ją otacza, skarży się na ból głowy (który w razie zajęcia zapalnego mózgu lub opon bywa nawet nadzwyczaj silny), majączy często, ma wzrok jakby dziki, zmieszany. Powierzchnia jęj ciała jest paląca i najczęściej sucha. Skóra zwolna przyjmuje barwę brudną, a nieraz nawet żółknie. Zmiana ta jęj barwy pochodzi nie od zmiany nastąpionej pod względem wydzielienia żółci, gdyż zmiany tego rodzaju zwykle tu wcale nie ma, lecz od zmiany chorobnej w składzie samėje krwi.

Wkrótce choroba przyjmuje postać zupełnie tyfoidalną. Chora coraz częściej majączy. Apatya jęj wzmacnia się coraz więcej. Błona śluzowa jęj ust i jęj nosa pokrywa się mniej więcej grubą warstwą czarnęj, sadzowatęj substancyi. Oddychanie i tętno przyspieszają się więcej. Ostatnie mianowicie czyni często przeszło 140 uderzeń na minutę. Choręj dokuczają nudności, odbijanie z żołądka, a często nawet wymio-

ty żółciowe. Jój brzuch jest mniej więcej wzdęty i wrażliwy.

Na początku choroby częstokrotnie ma miejsce zatrzymanie stolca. Później zaś najczęściej następuje biegunka, w skutek której odchodzą dość obfite stolce odznaczające się odrażającą wonią. Wraz z tą biegunką następują częstokrotnie i rozplywające poty. Nakoniec ukazują się podskakiwania ścięgien, kurczowe podrgiwania i trzęsienia warg; chora wpada w stan osłupienia. W stanie tym, a nieraz już znacznie wcześniej chora odlega się. Często stolce odchodzą mimowolnie. Przed samą śmiercią nieraz następuje pozorne polepszenie stanu chorój.

W tych przypadkach, w których następuje wyzdrowienie, choroba zaraz zwykle z góry przedstawia się łagodniejszą i nie przychodzi do rozwinięcia się opisanego powyżej stanu tyfoidalnego. Objawy choroby są mniej groźne, mniej niebezpieczne. Jeżeli się tworzą ropnie, to tworzą się one w częściach bardziej powierzchownie położonych, — w tkance łącznej podskórnej i t. d., i wypróżnienie tych ropniów czy to przez samowolne otworzenie się ich, czy za pomocą sztuki, przynosi chorój nie tylko jawną ulgę, ale i polepsza widocznie cały jój stan.

Nastąpienie wyzdrowienia nieraz oznaczone jest ogólnym potem, okazaniem się spokojnego snu, odejściem ropnistej wydzieliny połogowej, obfitszym wydzieleniem się mleka i moczu.

Podług Helma (1) zapalenie połogowe żył

(1) Helm: Monogr. der Puerperalkrankheiten. Cantstatt: Handb. der med. Klinik. 2 Aufl. 4 Bd., 1 Abth. S. 247.

macicy bardzo często wywołuje osobliwy rodzaj *manii* napadami się pojawiającą. Napady téj manii są w ogólności rzadkie, ale trwają po 5 do 6 godzin i dłużej. Przed napadem chora okazuje się nadzwyczaj żywą i gada bardzo prędko. Po krótkim trwaniu tych zwiastunów lub téż zupełnie nagle następuje wybuch będącego w mowie cierpienia. Chora okazuje chęć uciekania, objawia myśli w żadnym z sobą związku nie będące, i ma nieraz szalone majaczenia; w innych zaś razach majaczenia te są bardziej natury wesołej. Przytém twarz jéj jest zarumieniona, obrzmiała, wzrok niestały, błędzący, tętno mocno przyspieszone. Po upływie 5 do 12 godzin chora na koniec nabywa na nowo przytomności i wraca do stanu, w jakim się znajdowała przed napadem, lub téż wpada w stan odurzenia. Rzadko takie chore żyją dłużej, jak dwa lub trzy dni.

Przebieg i zejścia.

Choroba pojawia się zwykle zaraz w pierwszych dniach po porodzie. Rzadziej wszczyna się ona dopiero w drugim, trzecim lub czwartym tygodniu położu. Podług wszelkiego prawdopodobieństwa objawy jéj następują tém wcześniej, im bardziej żyły samej macicy zakrzepnieniem i zapaleniem są dotknięte, tém później zaś, im zakrzepła i zapalona żyła dalej od macicy jest położona. I tak n. p. zakrzep i zapalenie żyły udowej jawném się staje często dopiero w trzecim lub czwartym tygodniu.

Rozwinięcie się stanu pyemicznego następuje już to wcześniej, już później. Nieraz następuje on już w kilka godzin po porodzie, w innych zaś razach, dopiero po kilkodniowym trwaniu pierwszego okresu choroby, w którym oznaki zapalenia żył są jedy-nymi objawami.

Również i cała choroba w ogólności ma bardzo różne trwanie. Raz zabija ona chorą już po krótkim trwaniu; w innych znowu razach ciągnie się przez kilka tygodni.

Co do jęj zejścia, to jest trojakie.

Najrzadszém jest *zupełne* i, żeby tak rzec, *bezpośrednie wyzdrowienie*. W takim razie choroba doznaje nieraz wyraźnego przesilenia, oznaczonego powiększeniem wydzielania mleka i moczu, ukazaniem się ogólnych potów, rzadkich łajnistych stolców, spokojnym snem a nieraz odejściem ropiastej wydzieliny połogowej i t. d. Samo wyzdrowienie odbywa się pod takimi okolicznościami mniej więcej szybko. Znacznie wolniej zaś chora wraca do zdrowia wówczas, kiedy już przyszło do utworzenia się ropniów, chociaż tylko w powierzchownie położonych częściach ciała. W takich przypadkach nieraz pojawia się prosówka (miliaria), lub też bąblica (pemphigus). Wyzdrowienie rozciąga się tu często przez kilka lub nawet kilkanaście tygodni. Częściej ma miejsce tak zwane *niezupełne wyzdrowienie*. Zejście to przedstawia się w różnych formach.

W jednym bowiem razie zapalenie żył ustaje, ale same żyły zarastają i tak nadal dla krążenia krwi stają się obcemi, co znów następnie prowadzić jeszcze może do obrzmień narzędzi zarosłemi onemi żyłami

opatrzonych, to jest macicy, jeżeli zarośnienie to nastąpiło w żyłach tego narzędzia, nogi, jeżeli żyła udowa zarosła i t. d. W innych razach utworzone wysięki nie zostają wessane, a w innych jeszcze istniejące ropienie przyjmuje formę przewlekłą, lub też w skutek ropniów kostnych przychodzi do obumarcia okostnej i strupieszenia samej kości.

We wszystkich tego rodzaju przypadkach wyzdrowienie przychodzi zwolna, po długotrwałém cherłactwie, a i tak jeszcze chora częstokroć pozostaje pozbawioną możności używania członka, w którym ropienie lub strupieszenie miało miejsce.

Najczęstszém zejściem jest *śmierć*. Ta następuje w bardzo różny sposób. Raz bowiem chora może jęj uledz krótko po rozpoczęciu się choroby przez rozszerzenie się zapalenia żył na otrzewną, lub też przez oddzielenie się większych części jednego lub drugiego z istniejących w żyłach skrzepów, przejście ich w prąd krwi i przypadkowe utkwienie w płucach lub innych potrzebnych do życia narządziach. Drugi raz chora ulega jęj dopiero później, i to najczęściej około końca trzeciego tygodnia, w skutek wyczerpania sił przez gorączkę lub w skutek różnych następnych cierpień, jako to zapalenia mózgu, opon mózgowych, płuc, opłucnej, wątroby, śledziony lub też utworzonych w jedném lub drugiem z tych narządzi ropniów; lub nakoniec w skutek zgorzeli téj lub owęj części następczém zapaleniem dotkniętej, a w innych razach jeszcze później w skutek gorączki trwającej.

Rozpoznanie.

Wszyscy piszący o połogowym zakrzepie i zapaleniu żył na to się zgadzają, że choroba ta, póki się ogranicza na samém miejscowém zajęciu żył, zwłaszcza macicy, nie przedstawia żadnego objawu, któryby mógł być uważany za niemylny dowód jęj rzeczywistego istnienia. Pochodzi to głównie ztąd, że cierpienie to w najrzadszych tylko przypadkach pojawia się samo przez się, to jest bez powikłania z innemi cierpieniami połogowemi macicy i otrzewnej. W takim bowiem razie zwykłe objawy zajęcia samej macicy lub otrzewnej o tyle przeważają, iż zasłonięne przez nie objawy zajęcia żył z pod oka postrzegacza mniej więcej się usuwają. Ale nawet i w tych przypadkach, w których żadnych tego rodzaju powikłań nie ma, prawie żadnego nie posiadamy objawu, któryby mógł usunąć wszelką wątpliwość względem istnienia lub nieistnienia będącej w mowie choroby. Bo jak powyżej widzieliśmy, powiększenie nawet macicy lub uczucie bólu w niej lub w jęj bliskości raz może istnieć, drugi raz nie. Podług S c a n z o n i'ego (1) istnienie zapalenia żył staje się prawdopodobnem wówczas, jeżeli u położnic dotkniętych licznemi żylakami w ogólności okazują się objawy zapalenia błony śluzowej macicy. Doświadczenie bowiem, mówi S c a n z o n i, pokazało, że skrzepnienia krwi i różne ich przeobrażenia częściej u takich kobiet się

(1) S c a n z o n i: Lehrbuch der Geburtshülfe. 3 Band, Wien, 1853. 8. S. 387.

wydarzają, u których już podczas ciąży ukazywały się liczne żylaki. Jeżeli u kobiet, u których skutkiem tego krążenie krwi już do pewnego stopnia jest utrudnioném, pojawia się zapalenie błony śluzowej macicy, — wówczas przez wynikające z owego cierpienia niedostateczne ściągnięcie się macicy, krew już sama przez się ma większą skłonność do krzepnięcia, i krzepnąc, tém większego w żyłach macicy doznaje w swobodném krążeniu utrudnienia. Skrzepy zaś w końcach żył przedartych przez oddzielenie się łożyska powstałe, będąc wystawione na działanie chemicznie rozkładającej się zawartości jamy macicznej, rozciekają się na posokę, i tak dają powód do zapalenia się zawierających je żył.

Jakkolwiek wnioski te są uzasadnione, wszelako ztąd nie wynika jeszcze, aby zapalenie błony śluzowej macicy w każdym razie istnienia liczniejszych żylaków pociągnąć powinno zapalenie lub zakrzep żył, a nawet temu doświadczenie się sprzeciwia. Wiemy bowiem, że zapalenie błony śluzowej macicznej bardzo często mimo istnienia licznych pognogach, na sromie i na około otworu stolcowego żylaków nie udziela się żyłom tego narzędzia.

Wartość przeto objawu podanego przez Scanzoni'ego jest bardzo ograniczona.

W tym jednym tylko razie, kiedy w skutek rozszerzenia się zakrzepu i zapalenia żył macicy na pnie żyłne w sąsiedztwie owego narzędzia położone żyła biodrowa, udowa lub nawet i wielka żyła podskórna nogi (vena saphena), lub też z drugiej strony żyła nasienna wewnętrzna została dotkniętą zakrzepem i zapaleniem, w tym tylko, mówię, razie

w drodze fizykalnego śledzenia choroba bezpośrednio może być wykazana, gdyż wtedy zawsze będzie istniał wyraźny, określony ból wzdłuż przebiegu zakrzepłych naczyń, które to naczynia same przytém mniej więcej wyraźnie czuć się dają w postaci twardych powrózków, w pierwszym razie pod skórą obrzękniętej dolnej kończyny, w drugim zaś razie wzdłuż mięśnia poledźwiowego przebiegających.

Nieco jawniejszą w ogólności staje się choroba od chwili udzielenia się cząsteczek rozpadłych i zropniałych lub sposoczałych skrzepów w zapalonych żyłach zawartych krążącej w ustroju krwi, czyli innemi słowy, od chwili nastąpienia pyemii. Chwila ta bowiem, jak wiemy, dosyć stale oznaczoną bywa opisanemi powyżej napadami trzęsącego zimna i ciągłym odtąd mocnym gorączkowaniem, częstokroć podobnemi, jak miały miejsce na samym początku okresu pyemicznego, napadami zimna przeplataném. Pod względem tych napadów zimna ta tylko jest potrzebną ze strony lekarza ostrożność, aby przez mające nieraz miejsce powtarzanie się ich w równych odstępach czasu nie dał się powodować do wzięcia choroby za gorączkę przestankującą. Lecz okoliczność, że tu między jednym napadem zimna a drugim chwil zupełnie wolnych od gorączki nie ma, łatwo uchroni go od popełnienia tego rodzaju pomyłki w rozpoznaniu.

Wniosek, że choroba znajduje się już w okresie pyemicznym, tém będzie więcej uzasadnionym, jeżeli mamy sposobność wykazać tworzenie się następnych zapaleń i ropniów w stawach, pod skórą, pod powierzchnią mięśni lub we wnętrzu ciała.

Zawsze jednak trzeba mieć na uwadze, że cechująca się temi objawami pyemia pochodzić może także i z zupełnie innych przyczyn, aniżeli z zakrzepu i zapalenia żył; jak z drugiej strony znowu wydarzyć się mogą zakrzepy i zapalenia tych naczyń, przy których nie przychodzi ani do ukazania się owych napadów trzęsącego zimna, ani téż do tworzenia się następnych zapaleń i ropniów.

Od *zapalenia chłonic*, które zresztą rzadko samo się wydarza, lecz najczęściej połączoném jest z będącą w mowie chorobą, ta ostatnia różni się tém, że przy niej gruczoły chłonicze nie są zapalnie obrzękłe, gdy zaś przy zapaleniu chłonic zapalnego tego obrzęknięcia gruczołów, zwłaszcza okolic pachwinowych, nigdy nie brakuje.

Od *zapalenia otrzewnej* odróżnia się ona mniejszym i bardziej tępym bólem, mającym swe siedlisko bardziej w głębi podbrzusza; dalej przez mniejszy stopień wzdęcia brzucha; dalej jeszcze przez istnienie ropy w odchodzie połogowym; przez osobliwą obojętność choréj; obojętny lub téż nieraz dziki wyraz twarzy; nakoniec w ostatnich chwilach choroby przez obfity, lepki pot nie przynoszący choréj ulgi.

Od *zapalenia zaś miększu i błony śluzowej macicy* odróżnia się także mniejszym i bardziej tępym bólem, nieraz nawet wcale nie istniejącym i nadto objawami wynikającymi z pyemii.

Mające zaś miejsce powikłania zakrzepów i zapalenia żył z wymienionemi tu cierpieniami odznaczają się powikłaniem także obustronnych cechujących objawów.

Rokowanie.

Ponieważ rozpoznanie zakrzepu i zapalenia po-
łogowego żył w pierwszym mianowicie jego okresie
tak jest niepewném, przeto lekarz pod względem niego
powinien zachować jak największą ostrożość. W naj-
lepszym razie powinien je oznaczyć jako *wątpliwe*.
Słusznie mówi Scanzoni (1), że nie ma podstęp-
niejszej choroby, jak połogowe zapalenie żył; nie ma
choroby, któraby tak długo jak ona mogła pozostać
ukrytą i po pewnym dopiero przeciągu czasu tak na-
gle z całém niebezpieczeństwem wybuchnąć, — aby
(dodaję to) nieraz niespodzianie szybko położyć tamę
życiu choréj, która przed chwilą jeszcze zdawała się
być nieomal zdrową. Nader często u położnic po-
zornie zupełnie zdrowych lub wyzdrowiewających
z jakiejs innéj choroby rozwijają się nagle i najczę-
ściej po nastąpieniu silnego, długotrwałego napadu
zimna trzęsącego objawy bardzo ostro przebiegające-
go i już po kilku godzinach zabijającego zakażenia
krwi, przy którém wszelako przy sposobności doko-
nywającego się następnie śledztwa pośmiertnego znaj-
duje się *długo* już trwające i daleko rozszerzone zapa-
lenie żył macicy i w ogólności żył miedniczych.

W ogólności z chorych tą chorobą dotkniętych
podług Helm'a umiera około 80 do 90 na sto.

Jako zjawisko pomyślne w ogólności uważać mo-
żemy ustąpienie napadów zimna i gorączki i ukazy-
wanie się krytycznych wydzielen. Im zaś napady

(1) Scanzoni w miejscu powyżéj przytoczoném, str. 388.

zimna są silniejsze, im częściej się powtarzają, im choro-
 roba więcej okazuje skłonności do przyjęcia natury
 tyfoidalnej, im więcej objawy przemawiają za nastą-
 pionem posokowem zakażeniem krwi, tém pewniej
 i prędzej chore śmierci ulegają. Chore przedstawia-
 jące już tak zwaną fizyognomią łożniczą prawie za-
 wsze uważać można za poświęcone śmierci, toż samo
 chore, u których przyszło do rozwinięcia się manii po-
 łogowej. Powstała podczas choroby żółtaczką ma
 zawsze być połączoną z istnieniem zrazikowego zapa-
 lenia płuc. To zaś, jak i istnienie ropniów następ-
 czych w płucach, tudzież w wątrobie, śledzionie, ner-
 kach, mózgu, z Karolem Braun'em (1) uważać
 powinniśmy za grożące po największej części życiu
 chorąg niebezpieczeństwem; istnienie zaś podobnych
 ropniów w spojeniach biodrokrzyżowych, spojeniu łó-
 nowém, kolanach i stawach w ogólności, jeżeli nie za
 konieczne zgubne, to przynajmniej za zjawiska nie-
 pomysne, dla tego, że w najlepszym jeszcze razie naj-
 częściej prowadzą do stracenia ruchliwości odpowie-
 dnych stawów. Ropnie zaś powstałe w tkance łącznej
 międzymięsnej i podskórnej a nawet i ropnie w gru-
 czolach przyusznych przedstawiają się przeciwnie nie-
 raz jako oznaki pomysne, gdyż częstokroć po poja-
 wieniu się ich następuje wyzdrowienie.

(1) Carl Braun: Klinik der Geburtshülfe und Gynaekologie. 1855. S. 529. Lehrbuch der Geburtshülfe. 1857. S. 963.

Leczenie.

Leczenie zapalenia żył położnic dzieli się na *leczenie zapobiegające* i *leczenie rozwiniętej już choroby*,

A): *Leczenie zapobiegające.*

Leczenie zapobiegające ma na celu zmniejszenie ile możliwości usposobienia do będącej w mowie choroby i wstrzymanie jej rozwoju.

Kobieta podległa sprawie płodzenia już podczas ciąży powinna skrupulatnie się zachować podług przepisów dyetetyki. Powinna celem zmniejszenia skłonności swój krwi obfitującej we włókniak do krzepnięcia, używać pokarmów bardziej roślinnych, umiarkowanego ruchu na wolnym powietrzu, a w razie większej skłonności do zatrzymania stolca w ostatnich mianowicie chwilach ciąży i przy istniejących licznych żylakach, starać się o uregulowanie jego wypróżnienia przez zastosowanie łagodniejszych środków rozwalniających.

Jeżeli zaś krew jest usposobienia wodniczego (hydraemia), wówczas dyeta powinna być bardziej wzmacniająca i wraz z nią powinny być zastosowane środki żelazne.

Przy porodzie zaś potrzebnym jest, ażeby sama sprawa porodowa nie rozwlekła się zbyt długo, zwłaszcza przy nieprawidłowym stosunku mechanicznym między płodem a drogami rodnymi, i ażeby znowu z drugiej strony środki użyte do spiesniejszego zakończenia porodu i do umożliwienia go w ogólności ile możliwości nie wywołały mocniejszego wstrząśnie-

nia układu nerwowego. Ztąd więc wynika raz potrzeba dokonywania samych operacyi akuszeryjnych w sposób ile możności łagodny, a powtóre wielka użyteczność zastosowania przy boleśniejszych tego rodzaju operacyach środków otrętwiających, jako to chloroformu, eteru i makowca, — pierwszych dwóch mianowicie podczas saméj operacyi, a trzeciego, lub w miejsce jego czystéj morfiny, po jéj już skończeniu.

Ponieważ z każdym porodem następuje prawdziwe przez odejście łożyska obranienie macicy, przeto po skończonej sprawie porodowej starać się trzeba, ażeby tak powstała rana jak najdokładniej i najszybciej się zagoiła. W tym celu nie się tak nie zaleca, jak spokojne zachowanie się położnicy, i utrzymywanie na około niéj, zwłaszcza względem przyrządu płciowego jak największej czystości. Przytém powinna ona utrzymywać dyetę ścisłą, aby przez obfite jedzenie nie dać powodu do przekrwień we wnętrznościach brzucha. Ale za to nie powinna nigdy cierpieć pragnienia, lecz takowe zaspakajać *obfitym, letnim* napojem, albowiem przez to jéj naczynia, a tém samém i żyły macicy utrzymywane są w stanie mocno napełnionym, a więc w taki sposób zapobiega się możliwemu wsiąknięciu w owe naczynia z jamy macicy ostrych i gnijących cieczy. Rozumie się, że z tego samego powodu niestosowném jest użycie środków pędzących mocz i pot, gdyż one wszystkie prowadzą do zgęszczenia krwi, nabywającéj skutkiem tego tém większej skłonności do wsysania w siebie substancyj płynnych, jako to gnijących cieczy, gdy takowe znajdują się w macicy.

W czasie zaś epidemicznie panujących gorączek

połogowych stosowném może być nawet zalecone tu przez Karola Brauna (1) zadawanie położnicy do wewnątrz sporyszu lub wodnistego wymoczu tego środka pobudzającego macicę do mocniejszego ściągania się, aby tym sposobem zapobiedz niebezpiecznym zakrzepom żył tego narzędzia. W tym samym celu zastosować można w takich okolicznościach także i powtarzane rozcieranie brzucha i macicy ręką.

Wydzielenie odchodu połogowego powinno być utrzymywane w należytym biegu przez pozostawienie położnicy przynajmniej ośm dni w łóżku i chronienie jęj od wszelkich zaziębień.

Karmienie zaś dziecka przy epidemiczném panowaniu gorączek połogowych powinno być przerwane, skoro już u położnicy pojawiają się ślady bólu w podbrzuszu lub gorączka.

W razie, jeżeli w skutek obrażeń nastąpionych przy porodzie w macicy lub pochwie nastąpiło ropienie lub nawet zgorzel, rzezzone części jak najstawniej powinny być od wydzielającej się w nich ropiastej lub posokowej cieczy oczyszczane za pomocą przestrzykiwania ich letnią wodą, letnim naparem kwiatu rumiankowego i t. p. Również będzie tu stosowném miejscowe użycie odwaru chinu, rozcynu ałunu, nalewki jodowej, garbnikanu ołowiu, lub nakoniec saletrganu srebra.

Wszystkie te środki głównie przez to stać się tu

(1) Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie von Chiari, Braun u. Späth. Erlangen, 1855. S. 531. Lehrbuch der Geburtshülfe v. Braun. 1857. S. 969.

mogą użytecznemi, że zapobiegają wsysaniu cieczy ropiastych i posokowych przez miejsce obranione (1).

B). Leczenie rozwiniętej już choroby.

Leczenie istniejącego już *połogowego zakrzepu i zapalenia żył* jest różne stosownie do zmian chorobą tą w ustroju wywołanych.

I tak wówczas, kiedy cierpienie ogranicza się jeszcze na zmianach chorobnych czysto miejscowych, zadaniem lekarza jest, znieść proces zapalny w dotkniętych chorobą żyłach, a równocześnie doprowadzić ile możności do wessania istniejących w nich skrzepów, a rozpadnięciu się ich na ropę lub posokę zapobiedz.

W tym celu stosownemi się okazują przede wszystkim *odciagnienia krwi i użycie środków merkuryalnych*.

Co do pierwszych, to nie może tu chodzić o *zmniejszenie* ogólnej ilości krwi. Takie postępowanie byłoby tu prosto szkodliwem. Wiadomo bowiem, że przez upuszczenie téj cieczy stosunkowa ilość włókniaka i bezbarwnych ciałek w krwi się zwiększa, stosunkowa ilość zaś białka i czerwonych krążków się zmniejsza. Ale zmiana tego rodzaju względem wzajemnego stosunku ilości wymienionych pierwiastków krwi ma i tak już miejsce u położnic z powodu poprzedzającej

(1) Karol Braun widział w takich razach bardzo dobre skutki od dziennie dwa do trzech razy powtarzanego przestrzykiwania jamy macicy odwarem chinu i mocnym roztworem ałunu. Klinik der Geburtshülfe u. Gynäkol. S. 531—532. Lehrbuch der Geburtshülfe. S. 970.

cięży. A więc powiększylibyśmy tylko przez upuszczanie krwi jęj i tak wielką w pierwszym mianowicie czasie połogu skłonność do krzepnienia, opartą, jak wiadomo, właśnie na pomienionym powyżej ilościowym stosunku części jęj składowych. Z tego zatęm powodu *ogólne odciąganie krwi* powinno być w tęj chorobie *zaniechanęm*.

Inaczęj zaś rzecz się ma z *miejscowęm jęj odciąganiem* przez pijawki lub bańki. To bowiem, jak doświadczenie pokazało, mniej szkodliwie oddziaływa na ogólny skłád krwi, a przedstawia się zawsze jako jeden z najpewniejszych środków do odwrócenia, że tak rzekę, prądu krwi od dotkniętego zapaleniem narzędzia. Ilość przystawionych pijawek lub baniek powinna być nie zamala. Zresztą w razie, jeżeli nie zaraz następuje polepszenie, powinno miejscowe to ociągnięnie krwi stosownie do przypadku raz jeszcze, lub nawet kilka razy być powtórzonęm.

Karól Braun (1) zaleca w miejsce odciągnięń krwi zastosowanie *hemospazyi* za pomocą tak zwanej *olbrzymięj bańki* (*ventouse monstre*) Juno d'a. Żałować trzeba, że Braun ograniczył się na samém tylko zalecaniu tego sposobu leczenia, a nie podał własnych nad nim postrzeżeń, do których stojący pod jego kierunkiem wielki zakład położniczy tyle mu przecież podaje sposobności.

Co do *środków merkuryalnych*, to i one mają działać głównie tylko przez swój chemiczny wpływ na

(1) Klinik der Geburtshölfe und Gynäkologie v. Chiari, Braun, Späth. 1855. S. 543. Lehrbuch der Geburtshölfe 1857. S. 980.

masę krwi, zasadzający się, jak wiadomo, na zmniejszeniu w tej cieczy ilości włókniaka a powiększeniu ilości wody, i zmniejszający przez to skłonność tej cieczy do krzepnięcia. Używamy ich przeto i wewnętrznie i zewnętrznie: wewnętrznie w postaci *kalomelu*, zewnętrznie w postaci *maści merkuryalnej szarój*.

Kalomel najstosowniej za przykładem K i w i s c h'a (1) podajemy po dwa grana co dwie godziny aż do nastąpienia pierwszych śladów ślinotoku.

Jeżeliby ten środek zbyt mocno działał na kiszkę, co w tej chorobie, zwłaszcza przy istniejącym współudziale otrzewnej, nigdy nie jest do życzenia, wówczas równocześnie lub też po zaprzestaniu użycia jego zadaje się do wewnątrz makowiec lub morfinę celem zatrzymania powstałej biegunki. Też same środki lub też w miejsce ich ipekakuanę w małych wziętkach wypada także zastosować w tych razach, gdy w dalszym jeszcze ciągu choroby powstaje biegunka, — gdyż cierpienie to, jak wiadomo, pociąga za sobą zgęszczenie krwi, a przez to jej władzę wsysania, w tej chorobie właśnie wcale nie pożądaną, powiększa.

Co zaś do *szarój maści*, ta powinna być wcierana w podbrzusze, lub według rady M e i s s n e r'a (2) w górną część wewnętrznych powierzchni ud, i to także aż do powstania pierwszych śladów ślinotoku.

(1) Kiwisch von Rotterau: Die Krankheiten der Wöchnerinnen. Prag, 1840. Klinik der Geburtshülfe u. Gynäkologie v. Chiari, Braun, Späth. S. 545.

(2) Meissner: Die Frauenzimmerkr. 2 Band, 2 Abth. S. 857.

Przy istniejącym zaś stanie gastrycznym stosowném nieraz będzie przed użyciem kalomelu lub téż później jeszcze zadanie środka na wymioty.

Później zaś zadaje się dwuwęglan sody lub inne podobne środki.

Niektórzy radzą użycie *ciepłych kataplazmów* na podbrzusze. Ponieważ zaś powiększone tym sposobem w macicy ciepło koniecznie prowadzić musi do szybszego rozcieknienia się i rozkładu istniejących w żyłach skrzepów, przeto kataplazmowanie może zamiast być użyteczném, stać się nawet szkodliwém.

Niezaprzeczenie większą od niego wartość zdaje się mieć okładanie brzucha według sposobu hydriatrycznego płatami płótna lub flaneli namoczonymi w zimnej wodzie temperatury mniej więcej $+15^{\circ}$ R., wyżętymi i złożonymi w kilka warstw, które to płaty pozostawia się na brzuchu aż do ich wyschnięcia, poczem na nowo je się namacza i na nowo okłada. Scanzoni (1), jak również i Braunowi (2) okazało się to postępowanie użyteczném przy zapaleniu połogowém otrzewnej. Prawdopodobnie przeto powinno ono także i przy połogowém zapaleniu żył być stosowném. Sam nawet używałem ich niedawno przy tém ostatniém parę razy z widocznie dobrym skutkiem.

Jeżeli po ustąpieniu już właściwego stanu zapal-

(1) Scanzoni: Lehrbuch der Geburtshülfe. 3 Band, Wien, 1852. S. 397—398.

(2) Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie v. Chiari, Braun, Späth. S. 550. Lehrbuch der Geburtshülfe v. Braun. 1857. S. 987.

nego pozostaje macica jeszcze znacznie powiększoną i przy nacisku bolącą, jak również jeżeli pnie żyłne po za obrębem macicy leżące, jak żyły biodrowe i udowe, okazują się w stanie zakrzepu, wówczas skuteczném jest pędzlowanie odpowiednich miejsc ciała nalewką jodową lub odpowiednio mocnym roztworem jodiny w glicerynie. Mnie przynajmniej środek ten okazał się w tego rodzaju przypadkach kilkakrotnie nader skutecznym.

Bardzo ważnem jest, ażeby chora przy powyższym sposobie leczenia przyjmowała dużo, letniego mianowicie lub téż chłodnego napoju, i to z przyczyn, jakie już powyżej bliżej oznaczyliśmy.

W końcu przy tém wszystkiem baczne trzeba mieć oko na stan odchodu połogowego. W razie bowiem, jeżeliby odchód ten był wstrzymany, albo okazywał się ropiastym lub posokowatym, wypada starać się i tu za pomocą przestrzykiwania macicy letnią wodą lub letnim naparem kwiatu rumiankowego—w pierwszym razie o pobudzenie na nowo wstrzymanego odchodu, w drugim zaś o usunięcie z macicy i pochwy substancyj psuciu podległych.

W razie jeżeli choroba zaraz z góry nosiła na sobie cechę wykształconej gorączki połogowej, wówczas po zniesieniu lub przynajmniej uśmierzeniu objawów miejscowych stosowném nieraz jest przejść do użycia chininy w dawkach przeciw-zimniczych. Sposób ten wówczas mianowicie obiecuje być skutecznym, kiedy równocześnie panuje gorączka przestankująca.

Niektórzy francuzcy lekarze, dalej Faye w Chry-

stianii i Karol Braun (1) w Wiedniu otrzymali od środka tego przy gorączce połogowej w ogólności stosunkowo zadawalniające wypadki. Zdaje on się być tu użytecznym głównie przez swą władzę wzniecania w nieznanym nam jeszcze sposób siły żywotnej.

Tyle co do leczenia wymaganego przez ten okres będącej w mowie choroby, w którym ona jest jeszcze cierpieniem czysto miejscowem.

Skoro zaś choroba stała się już *ogólną* przez *zakażenie całej masy krwi rozpadłemi na ropę zakrzepami zapalonych żył*, wówczas sposób leczenia przeciwpalny jest już niestosownym; wówczas użycie mianowicie kolomelu mogłoby tylko prowadzić do tém prędszego rozkładu czyli spoczenia onéj cieczy.

W tym tak zwanym *pyemicznym okresie choroby* wskazanie dla lekarza jest zupełnie inne. Tu nie chodzi już o usunięcie miejscowego cierpienia, nie o zapobieżenie grożącemu niebezpieczeństwu, ale o ocalenie nadwreżonego mocno ustroju. Tu już sama *krew* (ów sok odżywczy ciała) jest przeistoczona. Chodzi przeto o to, aby tę krew doprowadzić do prawidłowego jéj stanu, i przez to zapobiedz tworzeniu się owych tak niebezpiecznych następnych ropniów.

Krew pyemiczna posiada ogromną skłonność do krzepnięcia w żyjącym ustroju i przez to jest powodem tak łatwego krzepnięcia w obrębie naczyń włosowatych, co właśnie prowadzi do tworzenia się ropniów następnych.

Zadaniem przeto jest, tę skłonność krwi do krze-

(1) Klinik der Geburtshülfe u. Gynäkologie. 1855. S. 532.
Lehrbuch der Geburtshülfe. 1857. S. 970.

pnienia w żywym ustroju, tę tak zwaną przez Vo-ge l'a *inoperyą* usunąć.

W obec tego zadania jednak sztuka nasza znajduje się w bardzo krytycznym położeniu. Bo przyznać musimy, że do dziś dnia nie znamy jeszcze środka, któryby owe osobliwe usposobienie krwi z pewnością znieść był w możności.

Ze wszystkich środków ku temu celowi dotychczas zalecanych najwięcej zdają się jeszcze posiadać wartości *alkalia*, a przedewszystkiem *ammonia*.

Ch a b r e l y uważa *occian ammonii* i tak zwaną *wodę Lucyi* (eau de Luce) prosto za środki zapobiegające tworzeniu się pyemii, a także i B l a n d i n na własnym oparty doświadczeniu głośno przemawia za skutecznością ostatniego mianowicie z rzeczonych dwóch środków (1).

N a u m a n n'owi zaś okazał się *węglan ammonii* nader zbawiennym w przypadku mocno rozwiniętej pyemii, dotyczącym wprawdzie nie położnicy ale raczej mężczyzny. Chory, do którego się to odnosi, otrzymał dwie drachmy cieczy węglanu ammonii w sześciu uncjach mocnego odwaru kory chinowej do użycia co godzina, później co dwie godziny po łyżce stołowej; prócz tego dano mu dla wielkiego upadku sił pięć rosół i nieco wina; za napój udzielano mu zalecany przez F r a n k a napar liści dulkamary, a nadto sta-

(1) B l a n d i n w Gaz. des hôpitaux 1842. Juin.

(2) N a u m a n n: Zur Behandlung der purulenten Infection des Blutes. Rheinische Monatschrift für praktische Aertze, von Nasse, Wietzer, Kilian, Ungar, Claessen. 1 Jahrgung. 1847. Köln. 8. S. (91—94) 93—94.

wiono wielką wezykatoryą na piersi i utrzymywano miejsce z nabłonka огоłocone w ropieniu; w brzuch wcierano co 2 lub 3 godziny *Linimentum ammoniato-camphoratum*, a gdy i kilka stawów bolało, okładano takowe kataplazmami złożonemi z zakiszonego ciasta, oleju terpentynowego i kamfory. Po czterokrotném i dłuższemi przestankami przerywaném powtórzeniu lekarstwa nastąpiły obfite wydzielienia przez skórę, nérki, a po użyciu środka rozwalniającego, także i przez kiszki, przez co niebezpieczeństwo zostało nakoniec usunięte.

Ten sam środek także i w klinice akuszerijnej prof. B e t s c h l e r'a w Wrocławiu w czasie, kiedy kursa lekarskie tamże odbywałem, a następnie w latach 1847 do 1849, kiedy urzędowałem jako lekarz pomocniczy rzeczonej kliniki, w różnych formach gorączki połogowej, już w postaci czystego *węglanu* lub *pyro-węglanu ammonii*, już téż w postaci nasycenia téj lub tamtéj soli octem często z zadawalniającym w ogólności skutkiem bywał używany.

Zalecony przez T e i s s i e r'a *akonit* podług G r i s o l l e'a miał być przez D u b o i s z dobrym skutkiem w gorączce połogowej nżyty (1). Podawał on go w postaci nalewki po $\frac{1}{2}$ gramma czyli 8 gránów, stopniując aż do 8 grammów czyli 2 drachm. Ale inni znowu, jak np. V o g e l (2), zaręczają, że

(1) Gazette des Hôpitaux. 1852, Nr. 66, 69, 72. B r a u n: Klinik der Geburtsh. u. Gynäk. S. 533. Lehrb. der Geburtsh. v. B r a u n. 1857. S. 971.

(2) V o g e l w dziele: Handb. d. spec. Pathol. u. Therap. 1 Band, bearb. v. V i r c h o w, V o g e l u. S t i e b e l. 1854. S. 466.

od tego środka przy pyemii nie otrzymali żadnego skutku.

Karól Braun zwraca uwagę na *dwuchłórek rtęci* jako środek kwalifikować się mogący do użycia przy pyemii połogowej, odwołując się do zdania Liebig'a (podług którego środek ten ma być zdolnym do zniszczenia w krwi substancyj fermentowych) (1) jak i do postrzeżeń zrobionych przez prof. Pitha w Wiedniu pod względem sposobu działania jego w zgorzeli szpitalnej. Spostrzeżenia te dały jak najlepszy wypadek (2). Żałować przeto trzeba, że nie posiadamy jeszcze żadnych postrzeżeń co do działania jego przy gorączce połogowej.

Niemniej też i użycie *jodku potassu*, według własnych moich, wprawdzie dotąd jeszcze niezbyt licznych doświadczeń, zdaniem mojem w chorobie tej ze wszech miar na uwzględnienie zasługuje.

W najnowszym czasie używano przy pyemii połogowej częstokroć chininę. Zdaje się, że środek jest rzeczywiście stosownym, chociaż nie ze względu na napady trzęsącego zimna, któremi okres ten pyemiczny się odznacza, — gdyż te napady nie są napa-

(1) Klinik der Geburtsh. u. Gynäk. v. Chiari, Braun, Späth. S. 533, i Lehrb. d. Geburtsh. v. Braun, S. 971.

(2) Klinik der Geburtsh. und Gynäk. S. 541, i Lehrb. d. Geburtsh. v. Braun. S. 978. Pitha używał rzeczonego środka tak do wewnątrz, jak i zewnątrz w następującym rozczywie:

Rp. Merc. sublimati corros. granum,
Aq. dest. unc. sex,
Spir. vini unciam.
M. D.

dami gorączki przestankującej. China, jak już powyżej objawiliśmy, działa tu tylko jako środek podtrzymujący siłę żywotną.

W razie zaś, kiedy choroba przyjęła charakter *tyfoidalny*, wówczas jedynie tylko o leczeniu czysto symptomatyczném może być mowa.

Jeżeli przeto ukazują się objawy stanu bezwładności i septycemii, wówczas przechodzi się do użycia środków wzbudzających, jako to: waleryany, arniki, kamfory, przedewszystkiém zaś węglanu lub pyrowęglanu ammonii (*ammonium carbonicum pyrooleosum*) i kwasów mineralnych. W miejscu jest tu także i odwar chiny.

Ukazujące się w tym okresie choroby częstokroć biegunki konieczne powinny być zniesione. Ku temu służą głównie makowiec, alun i garbnik. Każdy z tych środków zadawany być może nie tylko do wewnątrz, ale i w enemach.

Następujące częstokroć wymioty wstrzymuje się najstosowniej za pomocą makowca lub téż kawałków lodu, które chorąg do wewnątrz się zadaje.

Powstałe *ropnie następcze*, jeżeli są przystępne dla działania akiurgicznego, powinny być jak najwcześniej otworzone.

Obrzęknienia zaś zapalne stawów wymagają pędlowania tychże stawów nalewką jodową lub jodogliceryną.

PRZYPADEK CIĘŻKIEJ PYEMII

**z pękania zakrzepu i zapalenia żył
wynikłej,**

a zupełnem wyzdrowieniem chorej zakończonej.

Aleksandra S. żona urzędnika, lat wieku 34 licząca, kobieta silnie i prawidłowo zbudowana, w 12-tym roku życia swego odbyła skarlatynę, a w 16-tym przez dłuższy czas dotknięta była gorączką przestankującą. Zresztą nie ulegała żadnej innej chorobie, mianowicie zaś żadnej chorobie niewieści. Poszedłszy w miesiącu Styczniu r. z. za mąż, krótko potem zaszła w ciążę. Jak poprzednio tak i teraz najlepszym ciągle cieszyła się zdrowiem i doszła z dniem 3-go Listopada r. z. do prawidłowego końca ciąży. Poród zaś był nieprawidłowy. Woda bowiem płodowa odeszła przed zupełnem jeszcze rozwarciem ust macicznych. Chociaż więc bole były dobre i ani ze strony miednicy, ani ze strony dróg rodnych miękkich matki, ani też ze strony dziecka, w położeniu czaszkowém znajdującego się, żadne nie zachodziły przeszkody, sprawa porodowa przeciągała się mocno, i to

w takim stopniu, że dziecko dopiero w dniu 4-tym Listopada o godzinie 10-tój wieczór, to jest w 45 godzin po odejściu wody płodowej na świat wystąpiło, poczem po upływie dwóch godzin miejsce samowolnie i bez szczególniejszego krwotoku odeszło. Dziecko było płci męskiej, silnie rozwinięte, i miało szyję przez ściśniętą na około niej pępowninę nadzwyczaj mocno skrępowaną. W skutek ostatniej okoliczności przyszło na świat w stanie apoplektycznym. Usiłowaniom obecnego przy porodzie kolegi D a r e w s k i e g o wprawdzie udało się, pozornie zmarłą dziecinę otrzeźwić. Wszelako oznaki apoplexyi nie ze wszystkiem ustąpiły. Już wkrótce po urodzeniu wpadło ono w ogólne drgawki i zmarło w dniu 5-tym Listopada o godzinie 2-giej z południa, to jest w 16-cie godzin po urodzeniu.

Co zaś do samej matki, ta w dwie godziny po odejściu łożyska dostała dreszczów i wpadła następnie w silną gorączkę połączoną z bólem głowy i wymiotami.

Ponieważ zaś przedstawiała objawy saburalne, kolega D a r e w s k i dał jęj na wymioty i zadawał jęj w następnych dniach olęj rycynowy w dawkach umiarkowanie rozwalniających.

Wspomniona powyżej gorączka folgowała dosyć szybko i ustała nakonie w zupełności, tak dalece, że położnica w dniu 13-tym Listopada, to jest w dniu 9-tym po porodzie już w możności była łóżko opuścić.

Tymczasem polepszenie to nie było stałe. W dwa bowiem już dni później na nowo doznała napadu dreszczów, poczem ponowiła się także i gorączka. Wraz z tą gorączką chora zaczęła się skarżyć na tępy ból

w okolicy macicy, choréj wprowadzie nie zbyt dolegający, ale przy naciśnieniu na macicę wyraźnie się powiększający.

Stawiono choréj jeszcze w dniu 15-tym Listopada 18 siekanych baniek na brzuch; prócz tego kolega D a r e w s k i zaordynował wcierania maści merkuryalnej szaréj w brzuch i kataplazmy, do wewnątrz zaś chininę w umiarkowanych dawkach.

Stan jednak choréj w niczém się nie poprawił. Dnia 19-go Listopada nastąpił nagle gwałtowny napad trzęsącego zimna, następnie bardzo silna reakcja gorączkowa, która wszelako potem się nie zakończyła. Tegoż dnia miała chora drugi jeszcze tego rodzaju napad i od tego czasu napady te wstrząsającego zimna i następującego silnego gorączkowania powtarzały się codziennie raz do dwóch razy w zupełnie nieregularnych przestankach, najczęściej jednak w porze wieczornéj. Samo zimno trwało nieraz do całej godziny. Następująca po zimnie gorączka rozpoczynała się najczęściej wymiotami i była zwykle połączoną z wyraźném wzmaganiem się bólu głowy chorą nieomal ciągle dręczącego.

W dniu 21-go Listopada byłem proszony do choréj celem leczenia jéj nadał wspólnie z kolegą D a r e w s k i m.

Chora wówczas przedstawiała najwyraźniej tak zwaną fizyognomią puerperalną. Policzki jéj pokryte były ostro określonymi rumieńcami; reszta twarzy blada; wyraz oczu jakby dziki; wargi obeschłe; język wilgotny, białobłoony; skóra na całym ciele sucha, paląca; tętno twarde, niewielkie, uderzało przeszło 120 razy na minutę, Wnętrznosci klatki piersiowej

wolne od wszelkich cierpień. Brzuch dosyć miękki, umiarkowanie wzdęty. Mocniejszy nacisk na podbrzusze sprawiał chorąg tęg ból, który mając swe siedlisko głównie w lewym więzie szerokim macicy, ciągnął się ztąd wzłuz odpowiedniej żyły udowej aż w pachwinę i w udo. Sama macica zaś w bólu tym nieznaczny tylko miała udział i przedstawiała odpowiednią obecnemu okresowi położu objętość. Także i odchód położowy nie pokazywał nic nieprawidłowego ani pod względem obfitości, ani pod względem jakości. Od kilku dni chora skarżyła się na ból także i w stawie lewej stopy, jako i w stawie prawej ręki, które to stawy okazywały się nieco obrzękniętymi a zarazem przedstawiały powiększony ciepłota. Chora skarżyła się na ciągły tęg ból głowy, podczas powtarzających się ciągle napadów gorączkowych silnie się wzmagający, a zarazem na ciągle pragnienie, będąc przytém zupełnie przytomną tak dalece, że nawet podczas napadów gorączkowania wcale nie mijała, lub bardzo tylko mało. Wypróżnianie stolca odbywało się rzadko i najczęściej tylko po danych ławatywach. Mocz wydzielany w umiarkowanej ilości był czerwono-żółtawy, przezroczysty, nie osadujący i tylko opatrzony obłoczkiem.

W takich okolicznościach kazaliśmy chorąg na nowo przystawić 16-cie baniek siekanych na podbrzusze, a bolące okolice ciała, mianowicie pachwinę lewą, lewy staw stępowy i prawy staw nadgarstkowy dwa razy dziennie pędzlować nalewką jodową. Do wewnątrz zaś zadaliśmy chorąg jodek potassu i siarzan chininy w umiarkowanie wielkich dawkach. Przytém zaleciliśmy użycie chłodnych napojów w wię-

kszej ilości i, celem oswobodzenia okrężnicy od zaległego w niej kału, codzienne użycie enem.

Stan jednak chorój pozostał mniej więcej ten sam. A raczej napady dreszczów, gorączkowanie i oznaki pyemii w ogolności wzmagaly się zwolna coraz więcej.

Z tego więc powodu w dniu 2-gim Grudnia zapisaliśmy chorój roztwór pyro-węgłanu ammonii (drachmę w 6-uncyowej miksturze, co 2 godziny po łyżce stołowej). Po użyciu téj mikstury, którą raz jeszcze powtórzyć kazaliśmy, i następniém użyciu przez niejaki czas w umiarkowanych dawkach jodku potassu napady zimna ustały i gorączka stała się łagodniejszą. Nie przyszło jednak do żadnych wyraźniej czysto krytycznych wydzielen tak dalece, że nawet skóra pozostała ciągle suchą. Ale za to utworzył się wielki ropień w prawym pośladku, który chorój lancetem otworzyłem i z tego około 2 funtów gęstej żółtawo-białej ropy wyciekło. Wypróżniona jama ropniowa stosunkowo bardzo prędko się zrosła, tylko jój otwór pozostał przez dłuższy czas w stanie ropienia i dopiero w pierwszych dniach miesiąca Stycznia r. b. zabliznił w zupełności.

Chora jednak pozostawała ciągle w stanie gorączkującym. Dotknięte zapaleniem stawy, jako i okolica pachwinowa lewa, w której czuć się dało w głębi określone stwardnienie tkanki łącznej, ciągle bolały. Wszelako obrzmienie tych części już nadal się nie powiększało.

Naraz jednak cała scena nagle się zmieniła. Jednej bowiem nocy (było to na początku miesiąca Lutego) chora nagle dotkniętą została zapaleniem pra-

wego płuca, obejmującym całą tylną część dwóch górnych zrazów tegoż płuca.

Zastosowaliśmy umiarkowaną antyflogozę. Jakkolwiek powikłanie to przy danych okolicznościach nader było niepomyslném, — chora jednak z niego szczęśliwie wyszła. Zwątrobień płuca zwolna przyszło do rozdzielenia i po upływie trzech tygodni chora mała tylko jeszcze z tego powodu doznawała dolegliwości.

Tymczasem miejscowe cierpienia w obrębie stawów i mięśni w niczém nieomal się nie zlagadzały. Wraz z tém także i obrzmienie w lewej pachwinie zwolna znikło, tak, że zaprzestać można było pędzlowania téj okolicy nalewką jodową. Również i zajęcie stawów zwolna przyjęło łagodniejszy charakter. Za to zaś pojawiły się jednego dnia nagle żywe oznaki zapalenia tkanki łącznej międzymięsnej w okolicy dolnych końców mięśniów prostych brzucha. Okolica ta obrzmiała, w obrzmieniu bardzo szybko pojawiła się fluktuacya, a gdy w dniu 28 Lutego utworzony tamże okazały ropień otworzyłem, ulał się z niego blisko 1 funt ropy.

I ten ropień po otworzeniu zarosł się bardzo prędko, bo w przeciągu zaledwo więcej jak jednego tygodnia.

Podczas kiedy się ropień ten jeszcze goił, utworzył się inny ropień, znacznie jednak mniejszy, bo tylko wielkości włoskiego orzecha na wewnętrznej stronie prawego uda tuż poniżej guza kulszowego téjże strony. Ropień ten, po otworzeniu go w dniu 2 Marca, zagoił się bardzo szybko i krótko po nim zagoił się także ropień okolicy podbrzusnej.

Prawie równocześnie z zagojeniem się tych ropni jednak ukazało się znowu ropienie w lewej goleni i to od razu w dwóch miejscach, a mianowicie w łydce i w okolicy główki kości strzałkowej, a raczej po za tą główką. Z tych mianowicie pierwszy doszedł szybko do bardzo znacznej objętości. Gdy go w dniu 17 Marca lancetem otworzyłem, ułało się z niego około 5 funtów posokowatę, przykro woniejącej ropy, wraz z którą z jamy ropnia wyszły i liczne płyty i płatki zepsutej tkanki łącznej. W dniu 27-go Marca otworzyłem także i ropień po za główką kości strzałkowej powstały, który był bez porównania mniejszy. Chora w tym czasie czuła się już znacznie lepiej, napadów zimna już od niejakiego czasu wcale nie miała. Gorączka była łagodniejszą. Chora nie skarżyła się już na ból głowy i żądała pokarmu.

W miesiącu Maju ukazał się jeden jeszcze ropień, z kolei szósty, powyżej lewego kolana pod powięzią szeroką uda, co dało powód do wzmocnienia się na nowo gorączki.

Gdy jednak w dniu 26 Maja ropień ten otworzyłem, reakcyja gorączkowa nie tylko zaraz znowu zfolgowała, ale znikła w zupełności, i z tém chora wstąpiła w konwalescencyą.

Teraz dopiero nastąpiło jawne odteętnienie stawu stopowego lewego i stawu nadgarstkowego prawego dotąd obrzmiałych, bolących i nieruchomych, i stawy te odtąd znów zwolna odzyskiwały naturalną swą ruchomość. Równocześnie także i obrzmienie okolicy pachwinowej lewej zwolna w zupełności znikło. Gdy zaś przytém apetyt chorój coraz się polepszał i sprawa odżywcza coraz lepiej się odbywała, chora w wyso-

kim stopniu wychudzona przy użyciu wzmacniających pokarmów i dobrego wina niemniej zwolna odzyskała swe siły i dawniejszą swoją dobrą tuszę. Obecnie zaś, to jest w miesiącu Lipcu, cieszy się znowu już jak najdoskońalszém zdrowiem. Jedno jęj tylko dokucza, to jest zeszywnienie lewej nogi, które jednak nie jest opartém na żadnej wadzie organicznej ani stawów rzeczonęj kończyny, ani téż mięśni, a zatém prawdopodobnie za niejaki czas samo przez się zniknie. Można się tego z tém większą pewnością spodziewać, gdy chora rzeczoną kończynę już po trosze do chodu używać poczyną.

Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

w Druk. K. Kowalewskiego.

90588

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIRZ DYBEK.

SERYA III.—TOM IV.

Poszyt III i IV. — Dnia 15 i 31 Sierpnia.

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI.



WARSZAWA,

Nakładem księgarni J. KAUFMANN i Sp.

przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

—
1861.

Surzyński

WARSZAWSKI
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
PAMIĘTNIK

WYDAWANE
Za pozwoleniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY
WŁODZIMIERZ DUBNIŃSKI

ROK IV — TOM IV

WARSZAWA, 1881



OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLIV

WARSZAWA

Wydawnictwo Warszawskie
Księgarnia "Prace" (No 111)

1881

aka. 1881/2/45



III.

POSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Choroba Ś-go Walentego albo Padaczka.

Przypadek opisany przez

Benjamina Rosenblum.

(Czyt. na posiedz. Towarzyst. Lekars. Warszaw. d. 16 Lipca 1861 r.)

Starozakonny, brunet, szczupły, średniego wzrostu, 43-ci rok liczący, syn zdrowych i w późnym wieku zmarłych rodziców, bardzo młodo ożeniony, ztąd mający już zamężną córkę i inne dorosłe, zdrowe dzieci, uległ po raz pierwszy w r. 1851 tryprowi. Cierpienie to przechodząc różne koleje, doszło aż do przyjadra. We dwa miesiące po wyleczeniu się zaraził się po raz drugi śluzotokiem wenerycznym, z tą jednakże różnicą, że tym razem otwór zewnętrzny cewki moczowej od samego początku choroby zasklepił się strupem, co nadzwyczaj utrudniało oddawanie moczu. Współcześnie miało miejsce nabrzmienie gruczołów pachwinowych, stwardniałych a niebolesnych. Tak pierwszy jak i drugi tryper leczony był jedynie za pomocą pieprzu kubebowego. W zimie 1852 roku pozostawał jeszcze stan chronicznego zapalenia cewki

moczowej, odznaczający się żółtawemi plamami na bieleźnie i pływaniem nitek w oddanym moczu. W tym stanie chory udał się do kolegi G r o ò r a, który mu ordynował użycie *dekoktu Z i t t m a n n'a*. Po użyciu 10 butelek, bez wiedzy k. G. chory nasz wyjechał do Lublina i tam spostrzegł po raz pierwszy, że ma wrzodzik niewielki na członku. Wezwany kolega wojskowy Dr. S c h l e g e l zapisał czarną fagedeniczną wodę do zewnętrznego użycia, bez leczenia wewnętrznego. W roku 1853 chory, jak powiada, czuł się zupełnie zdrowym; do mnie zaś przybył dopiero w następnym, to jest 1854 roku, przedstawiając liczne przypadłości wtórnego przymiotu (*lues secundaria*), jako to: owrzodzenie w gardle, wypadanie włosów z głowy, nabrzmienie gruczołów karkowych i t. p. O ile sobie z pewnością przypomniać mogę, leczyłem chorego za pomocą czerwonego precypitatu według metody B e r g'a. Po dłuższém ale nieregularném leczeniu straciłem chorego z oczów i dopiero po dwóch latach przybył do mnie powtórnie z przypadłościami trzeciwemi.

Teraz leczenie odbywało się jeszcze nieregularnie. Znaglony silnemi bólami okostnej i kości, mianowicie zaś przestraszony nabrzmiałościami na głowie szukał u mnie pomocy w latach 1857, 8 i 9. Pomimo najsilniejszego przedstawienia z méj strony potrzeby użycia energicznej i systematycznej kuracyi, chory nigdy na to nie chciał się zdecydować, tém bardziej, że zapisane *Kali hydrojodicum* znaczną mu w cierpieniach sprawiało ulgę. W roku 1860 cierpienia kości jeszcze bardziej się wzmacniały; wówczas chory już bez wiedzy mojej szukał zbawienia w użyciu lekarstwa

z czarnej flaszki (*K. hydroj.*). W Marcu tegoż roku chory nasz pojechał do Galicyi, gdzie nad Wisłą przez kilka godzin oczekiwał nadejścia galarów. Zostawał tu w nadzwyczajnym rozdrażnieniu; szło bowiem o szczęśliwe nadejście transportu tysiąca przeszło korcy pszenicy. W tém spostrzega nadpływające galary, a radość takie na nim robi wrażenie, że pada i przez godzinę zostaje bez zmysłów. Był to pierwszy napad padaczki. Puszczano krew. Następnie nie jedząc prawie nic, tylko używając dużo herbaty wrócił do Królestwa. Pierwsze trzy tygodnie po napadzie chory miał się zupełnie dobrze. Silne dopiero wzruszenie przez gniew wywołało ból głowy przez półtóry doby trwający. Przez cztery następne tygodnie chory miał się dobrze; dopiero po tym czasie nastąpiły dwa napady padaczki jeden po drugim, a po ostatnim chory utracił możność mówienia. Po tym napadzie puszczo no drugi raz krew, bez żadnego wewnętrznego leczenia. W ośm dni po 3-cim napadzie nastąpił napad 4-ty a nazajutrz 5-ty mocny, po którym chory wrócił do Warszawy. Nazajutrz po powrocie, temu rok przeszło, wezwano mnie do chorego. Oprócz oznak kongestyi do głowy i przestachu na twarzy, chory nie przedstawiał żadnej widocznej przypadłości dla wytlómaczenia obecności padaczki. Tylko bliższa znajomość przebiegu przymiotu u tego chorego nakazała ściślejsze wybadanie cza szki. I w istocie z łatwością wynaleść się dały liczne nabrzmiałości, wielkości orzecha laskowego, różnej twardości i na dotykane bolesne, głównie na szczycie głowy; słowem tak zwane *tophi* i *nodi*, — jako przypadłości trzeciowe przymiotu (*syphilis tertiaria*).

Mając wzgląd na ważność i rzadkość przypadku prosiłem o poradę lekarską. Wezwani koledzy P o d o w s k i i G r o ë r jednozgodnie uznali chorobę za padaczkę w skutku nacisku nabrzmiałości kostnych czaszki i zdecydowali użycie frykcyj ściśle według przepisów R u s t'a.

Nie będę szanownych kolegów nudził opisem przebiegu całej kuracyi; dodam tylko, o czém każdy doświadczony lekarz przekonany, że nie ma żadnej systematycznej kuracyi, gdzieby można obejść się bez ogólnych zasad terapii. I tak byłem przymuszonym w danym przypadku zaniechać kąpeli w przygotowywawczej kuracyi, bo chory w pierwszej zaraz miał nader silny napad padaczki. Podobnież się miało z ilością wtartej maści i z dniami pauzowemi. I tu stosowałem się więcej do stanu chorego, mianowicie ust, żołądka a głównie do pulsu, aniżeli do szematu Rustowego. Po 10-tój frykcyi stan chorego był tak przestraszający, że dalsza kontynuacja łatwo by śmierć sprowadzić mogła. I w istocie ilość ta była dostateczną do zupełnego wyleczenia; chory bowiem dziś, po roku przeszło, jest zdrow, nie miał ani jednego więcej napadu, wygląda czerstwo i zdrowo, nabrał tuszy, słowem, czuje się zdrowszym jak przed 10 laty.

Przypadek ten z wielu względów zasługuje na uwagę naukową a mianowicie:

1° Pokazuje, ile bywa trudności w wynajdowaniu pierwotnej zarazy w przypadkach zastarzałych i nieporządnie leczonych.

2° Pokazują się tu przypadłości trzeciowe dość wcześnie.

3° Dowodzi, że *Kali hydrojodicum* nie jest radykalnym środkiem w trzecimym przymiocie.

4° Jest dowodem, że leczenie gatunkowe poznanej przyczyny znosi prędko i radykalnie formy chorobne nie syfilityczne.

Nakoniec pozwala ustanowić zasady:

1° Że we wielu cierpieniach ogólnych, tak nerwowych jako téż organów wewnętrznych, po nadaremnm śledzeniu przyczyny, szukać i badać należy przyczynę syfilityczną.

2° W razie wynalezienia choćby tylko jednej wyraźnej przypadłości przymiotu należy śmiało takowej użyć jako wskazanie do leczenia gatunkowego.

SPRAWOZDANIE
Z CZYNNOŚCI LEKARSKICH
w oddziale chirurgicznym kobiet

SZPITALA DZIECIĄTKA JEZUS

za rok 1860

przez A. Gliszczyńskiego Lekarza Oddziału.

Z pomiędzy chorych z roku przeszłego pozostałych cztery tylko zasługują na wzmiankę. Pierwszą z nich jest dziewczynka piętnastoletnia, u której w trzecim kwartale r. z. wykonałem odjęcie nogi poniżej kolana. W miesiącu Listopadzie tegoż roku poddać się musiała powtórnej amputacyi w udzie z powodu cierpienia odpowiedniego stawu kolanowego i ogólnego skutkiem tego wycieńczenia. Rana zabiła się w stosunkowo dość krótkim czasie przy użyciu środków wewnętrznych wzmacniających, a stan zdrowia dziewczynki ogólny nie pozostawiał nic do życzenia, tak że już w połowie Stycznia r. b. jako zdrowa zupełnie opuścić mogła szpital.

Druga, 36 lat wieku mająca kobieta, przybyła do szpitala jeszcze w miesiącu Październiku r. z. ze słoniowaciną goleni i owrzodzeniem zastarzałem. Po zrobieniu, wkrótce po jej przyjęciu do oddziału, amputa-

cyi, zabliźnianie rany postępowało z początku szybko i dobrze; później jednakże rana znacznie już podgojona zanieczyściła się i powiększyła znowu, jak się zdaje, pod wpływem zakażenia krwi żółtawatego czy też kołtunowego. Po użyciu kilkomiesięczném tranu i jodku potasu rana zabliźniła się zupełnie a chora przysłała do zdrowia i opuściła szpital w miesiącu Marcu r. b.

U trzeciej, kobiety 59 letniej, wykonałem częściowe odjęcie stopy przez przepiłowanie kości piętowej, czyli tak zwaną resekcyą Syme i Pirogow'a, w miesiącu Październiku r. z. Spieszne zagojenie powiodło się tylko w części środkowej; ropienie było bardzo obfite, a zrośnienie zupełne powierzchni skutkiem operacyi z sobą połączonych nastąpiło dopiero po upływie sześciu miesięcy. Na dowód pomyślnego skutku operacyi dosyć powiedzieć, że chora nie mając dawniej z nogi téj żadnego użytku, obecnie przy pomocy odpowiedniego trzewika prawie równie dobrze posługiwać się nią może jak kończyną zdrową.

Czwarta wreszcie chora, dotknięta fistułą pochwo-pęcherzową znacznej objętości, poddawała się trzy razy operacyi. Po ostatniej przetoka, dawniej trzy centymetry długa, zamieniła się na otworek grubości nitki, przez który mocz raz poraz kroplami sciekał do pochwy. Czterokrotne przyżeganie kamieniem piekielnym, co trzy tygodnie uskuteczniane, spowodowało zabliźnienie zupełne małego otworku, a chora opuściła szpital w miesiącu Kwietniu wyleczona zupełnie.

Ruch chorych w oddziale chirurgicznym kobiet był w ciągu roku bieżącego bardzo wielki; prawie ni-

gdy nie było łóżek próżnych, a często nawet trzeba było dla braku miejsca wypisywać chore nie zupełnie jeszcze wyleczone. W pierwszym półroczu miałem sposobność obserwować kilka przypadków ważniejszych i wykonać kilka większych chirurgicznych operacyj. Od chwili jednakże urządzenia kliniki chirurgicznej przy szpitalu Dzieciątka Jezus stan rzeczy zmienił się tak dalece, że oprócz wrzodów różnego rodzaju, zapaleń tkanki łącznej w rozmaitych okolicach ciała, kilku przypadków złamań kości, ran ostre i tępe mierzonych narzędziami i fistuł pochwo-pęcherzowych, innego rodzaju chorych w oddziale napotkać nie było można. Wrzody zastarzałe i atoniczne wymagały niejednokrotnie użycia rozpalonego żelaza; zaś w ogóle odznaczały się uporczywością i skłonnością do powrotu. Wrzody zwyczajne, niedawne, nie będące w związku z cierpieniami ogólnymi nie wymagały zazwyczaj żadnego osobliwego leczenia; spokojność, dieta właściwa, a miejscowo skubanka sucha, rumianek, albo nareszcie odwar z siemienia lnianego wystarczały zwykle w takich razach i sprowadzały wyleczenie zupełne. Często widzieliśmy wrzody w rozmaitych częściach ciała jako następstwa chorób wenerycznych; cechy ich były tak wybitne, że je na pierwszy rzut oka można było poznać, a wywód potwierdzał prawie zawsze domniemanie nasze. Użycie samych tylko środków miejscowych nigdy tutaj nie doprowadzało do celu; podczas kiedy w połączeniu z użyciem wewnętrznym jodku potasu zawsze pomyślny sprowadzało skutek. W oddziale gangrenowym używałem zamiast proszku dezynfekcyjnego z nienajgorszym, jak miałem sposobność się przekonać, powodzeniem,

roztworu *Kreozotu* (drachm. $\frac{1}{2}$ —1 na funt wody). Po użyciu tego płynu wrzody zgorzelowe lub bardzo zanieczyszczone prędzej i skuteczniej się oczyszczały jak pod wpływem innych środków.—Przy zapaleniach tkanki łącznej używałem z dobrym skutkiem drenowania, zastosowując obok tego ciepły kataplazm. Jeżeli objętość miejsca zapaleniem tego rodzaju dotkniętego nie była wielką, sprowadzało równie pomyslny skutek użycie kataplazmu ciepłego i przecięcie rychle ropnia w ten sposób utworzonego. Dłuższe bowiem wyczekiwanie i opóźnienie przecięcia łatwo staćby się mogło powodem do infiltracyi części głębszych i do utworzenia się otoków.—Rany goiły się w ogólności dosyć prędko, osobliwie rany cięte; wolniej nierównie rany zadane narzędziem tępym. Ze złamaniami kości nie wiele miałem chorych w oddziale; najczęściej jeszcze zdarzały się złamania obojczyka, kości piszczelowej i jednej lub obudwóch kości przedramienia. Przy zastosowaniu właściwego obandażowania, najczęściej krochmalnego, chore powracały do zdrowia i używania kończyn złamaniem dotkniętych bez najmniejszego nadwreżenia ich funkcyi.—Przy zapaleniu chroniczném stawów używałem z bardzo dobrym skutkiem wezykatoryi z następnym jatrzeniem rany ztąd powstałej i okrochmalenia odpowiednich kończyn.—Z pomiędzy chorych z opadnięciem macicy do szpitala przybyłych jedna tylko zasługuje tutaj na wzmiankę. Opadnięcie powstało u niej nagle we trzy miesiące po porodzie skutkiem podniesienia ciężaru. W kilka godzin po przypadku macica była tak obrzmiała i bolesna, że o odprowadzeniu jej natychmiastowém mowy nawet być nie mogło. Do-

piero po przystawieniu dwukrotném pijawek do macicy, użyciu kataplazmu ciepłego i kąpeli ciepłych udało nam się nie bez trudności organ wypadnięty odprowadzić na miejsce. Aby go zaś i nadal utrzymać w tém położeniu, kazaliśmy chorą leżeć przez dni kilkanaście spokojnie w łóżku, zalecając jej później nosić przez czas jakiś wianek maciczny.—Operacyj chirurgicznych większych robiłem w tym roku szesnastcie i jakkolwiek nie wszystkie zupełnie pomyślnym uwieńczone zostały skutkiem, żadna jednakże chora nie umarła, a te które nie zostały uleczone zupełnie, doznały przynajmniej znacznej w cierpieniu ulgi i opuściły szpital w stanie nierównie lepszym jak kiedy do niego przybyły.

1. L. F. lat 44 wieku mająca, przebyła w ogóle sześć porodów: z tych trzy odbyły się szczęśliwie w oznaczonym czasie, zaś trzy inne nastąpiły w szóstym lub siódmym miesiącu ciąży; prawie zawsze towarzyszyły im znaczne krwotoki maciczne. Miesiączkę miewała zawsze regularnie; dopiero od dwóch lat dostrzegła, że takowa częściej i obficie się pojawiała. Od roku pokazały się krwotoki maciczne dosyć ofite, które z początku tylko po zmartwieniu lub silniejszym utrudzeniu, później przy zwyczajnem chodzeniu, a pod koniec nawet i przy położeniu chorą w łóżku co chwila się powtarzały. Osłabienie chorą, wzmagające się z dniem każdym, zmusiło ją do wezwania kolegi *Helbicha*, który przewidując obecność ważniejszej choroby macicznej, mnie na radę przywołał.

Po dokładném wyegzaminowaniu i wysledzeniu chorą dowiedzieliśmy się, że krwotokom powyższym

nie towarzyszyły żadne prawie boleści i że chora, skutkiem utraty krwi prawie ciąglej, bardzo osłabła i schudła. Część pochwowa macicy straciła zupełnie pierwotną swoją postać, przedstawiając raczej narośl w kształcie grzyba, gąbczastą, rozpadniętą, opatrzoną jakby szypułką grubą, twardą, chrząstkowatą, z powierzchni nierówną, przechodzącą ku przodowi bezpośrednio w zdrową tkaninę macicy. Ku tyłowi stwardnienie sięgało znacznie wyżej, tak, że trudno nawet było z pewnością punkt wyjścia jego oznaczyć. Nie powątpiewaliśmy ani na chwilę, że mamy do czynienia z przeistoczeniem rakowatém części pochwowej macicy; a widząc jedyny, jakkolwiek wątpliwy ratunek dla choréj w operacyi, mającéj na celu odjęcie rakowatéj części, postanowiliśmy wykonać ją niezwłocznie. Chora zdecydowała się niebawem nie tylko na operacyą, ale i na przeniesienie do szpitala, przewidując, że kuracya tego rodzaju dłuższego wymagać będzie czasu. W kilka dni potém, dnia 7 Maja, przystąpiłem do operacyi, w przytomności pp. kolegów: Lébrun'a, Helbicha, i Konitza. Aby uniknąć utraty krwi, postanowiłem użyć przyrządu Chassaigna'ca, *écraseur* zwanego. Po wypróżnieniu pęcherza za pomocą cewnika, a kiszki stolcowéj za pomocą lawatyw, i zachloroformowaniu choréj, sciągnąłem macicę cokolwiek na dół za pomocą kle-szczy Muzeu'go, poczem założyłem pętlicę z piłki łańcuszkwéj *écraseur'a* utworzoną na część pochwową macicy, nasuwając ją z przodu powyżej tkankiny chorobą dotkniętą, zaś od tyłu cokolwiek niżej, z powodu niższego przyczepienia w téj okolicy otrzewnej. Po odgnieceniu części rakowatéj nie nastąpiło

żadne krwawienie; pokazało się jednakże, że ku tyłowi zostało jeszcze małe stwardnienie. Dla bezpieczeństwa założyłem do pochwy zatykadło z waty, zmaczanej w roztworze półtorochlorku żelaza, i postanowiłem, dla zniszczenia pozostałych stwardnień, użyć w kilka dni potem przypieczenia żelazem rozpaloném. Dnia następnego wyjęto zatykadło i oczyszczono pochwę za pomocą wstrzykiwań zimnej wody. Chora miała się stosunkowo dosyć dobrze, jakkolwiek tętno znacznie było przyspieszone (130 na minutę). Dnia 9-go Maja dostała mocnych dreszczów, a dnia 13-go pojawiło się dosyć obfite krwawienie, które jednakże po użyciu wstrzykiwań z roztworu chlorniku żelaza ustało zupełnie. Dnia 15-go Maja pokazało się po założeniu wziernika macicznego, że większa część rany, dosyć znacznej, miała dobre wejście; tylko ku tyłowi pokryta była ropą czarno-szarawą, cuchnącą, w miejscu gdzie było stwardnienie. Aby więc dalszemu szerzeniu się choroby zapobiedz, przypiekłem tę część rany bardzo energicznie żelazem rozpaloném.

Aż do dnia 25-go Maja włącznie stan chorób był wcale niezły; a kiedyśmy ją wysłedzili, pokazało się, że strup przypiečeniem spowodowany już odpadł i że nie było zgoła żadnego stwardnienia. Przez wziernik dostrzegliśmy nadto, że rana wielkości dłoni pokryta była wszędzie obfitymi i dobrymi brodawkami. Dnia 7-go Czerwca pokazał się znowu krwotok, który po użyciu chlorniku żelaza ustąpił; a dnia 29-go Czerwca pojawiała się miesiączka w zwykłym, jak za dni zdrowych, przebiegu. Odtąd chora zaczęła wracać do sił; apetyt wzrastał się z dniem każdym; a chcąc przyspie-

szyć zabliznienie rany, przypiekalismy ją co sześć dni kamieniem piekielnym. Dnia 29-go Lipca pojawiła się po raz drugi miesiączka; dnia 29-go Sierpnia po raz trzeci; a jakkolwiek operowana chodziła po całych dniach po ogrodzie, krwotok nie pojawił się już więcej. Dnia 24-go Września rana była zupełnie zagojona, a w kilka dni potem F. opuściła szpital i jest obecnie zdrową zupełnie.

2. W miesiącu Sierpniu miałem sposobność wykonać drugą podobną operacyą na żonie urzędnika z prowincyi, 37 lat wieku mającej, przez kolegę K a c z k o w s k i e g o do mnie przysłanej. I tutaj przeistoczenie rakowate części pochwowój macicy, którego jedynym objawem subiektywnym były od półtora roku coraz to częściej powtarzające się krwotoki maciczne, dało powód operacyi. Choroba była w tym przypadku nierównie bardziej rozwiniętą; przeistoczona część pochwowa macicy tworzyła większą jeszcze narośl grzybowatą, rozpadniętą, a stwardnienie sięgało tak wysoko, że trudno było granicy jego oznaczyć. Czyniąc zadość życzeniu chorej i pragnąc jej chwilową przynajmniej przynieść ulgę wykonałem w tenże sam sposób co w przypadku poprzednim operacyą w przytomności kolegi K a c z k o w s k i e g o. Jakkolwiek pętlica łańcuskowa założona była bardzo wysoko, pozostało jednakże znaczne jeszcze stwardnienie, które po przypieczeniu kilkakrotném, bardzo energiczném — rozpaloném żelazem — zupełnie znikło, pozostawiając ranę znacznej objętości obfitemi i dobrymi pokrytą brodawkami. Ponieważ w ośm tygodni po operacyi rana znacznie się zmniejszyła, krwotok wcale się nie pojawił, a upływy

bardzo były umiarkowane, chora powróciła na własne żądanie do domu. Zaś niedawno temu miałem wiadomość, że stan jej zdrowia znacznie się polepszył i że krwotoki nie ponowiły się dotąd.

3. H. D. panna, 24 lat wieku mająca, przybyła do szpitala w miesiącu Marcu skarżąc się na mocne upławy i krwotoki obfite połączone często z bólami podobnymi z opisu do bólów zwiastunnych porodowych. Po wysledzeniu chorąj przekonaliśmy się, że powodem cierpienia był polip, wielkości jaja gęsiego, za pomocą grubej i krótkiej szypułki do wewnętrznej powierzchni szyi macicznej przytwierdzony, górne sklepienie pochwy w części wypełniający. Przystępując bez straty czasu do operacji, ściągnąłem go na dół za pomocą kleszczy M u z e u x'go i odciąłem długimi nożyczkami w miejscu przyczepienia szypułki. Po operacji nie było krwawienia, a i później krwotok nie pojawił się już więcej; miesiączka zaś pokazała się w zwykłym czasie. Dla usunięcia niedokrwistości przepisaliliśmy chorąj dyetę wzmacniającą i żelazo, a w cztery tygodnie po operacji wypisaliliśmy ją, wprawdzie cokolwiek jeszcze osłabioną, ale zresztą zdrową zupełnie, ze szpitala, zalecając jej używać jeszcze przez czas jakiś żelazo.

4. Odjęcie sutki lewej robiłem u 66 letniej pani M. S. z powodu owrzodzenia rakowatego znacznej objętości, zajmującego cały prawie gruczoł i wydzielającego obficie ropę posoczystą, smrodliwą. Chora jakkolwiek zamężna nie rodziła nigdy, a cierpienie datowało od lat trzydziestu; tak przynajmniej utrzymywała pani S., zapewniając, że wówczas pojawiał się już w sutce guziczek wielkości małego laskowego

orzecha, który powiększając się coraz bardziej, doszedł do wielkości jaja gęsiego. Dopiero od kilku lat pojawił się ból przeszywający w sutce, a przed rokiem zrobiło się owrzodzenie, które rozszerzając się coraz i wydzielając obfitą ilość ropy cuchnącej, spowodowało nareszcie chorobę do poddania się operacji. W ranie powstałej po odjęciu utrzymywałem przez dosyć długi czas ropienie, a podupadłe siły chorób podtrzymywałem lekami wzmacniającymi i pokarmami pożywnymi. We dwa miesiące po operacji pani S. wyszła ze szpitala z raną jak najzupełniej zagojoną w bardzo pożądanym zdrowiu i cieszy się nim po dziś dzień jeszcze.

5. Wyłuszczenie palucha oraz palca drugiego i trzeciego w stawie łączącym pierwsze członki palcowe z powierzchnią przednią główek kości stopowych robiłem u dziewczyny 17 letniej z powodu pruchnienia kości palcowych z owrzodzeniem połączonego. W sześć tygodni po operacji rana zagoiła się zupełnie i dziewczyna wyszła zdrowa ze szpitala.

6. Podobną operacją, to jest wyłuszczenie trzech środkowych palców, robiłem z równie pomyślnym skutkiem u dziewczyny dwudziesto-kilkoletniej dla tejże samej przyczyny. Rana po operacji goiła się tutaj jednakże nierównie dłużej, bo blisko trzy miesiące, jakkolwiek ogólny stan zdrowia operowanej był dobry.

7. Odjęcie narośli rakowatej w okolicy pępka na skórze brzucha powstałej skuteczniłem u kobiety 45 letniej w połowie miesiąca Września. Ponieważ skóra brzucha bardzo była podatna, a rana nie głęboka, połączyłem brzegi jej pięcioma szwami okręcanymi

celem zagojenia rany przez szybkie spojenie. Czwar- tego dnia wyjąłem szpilki, ale plan mój wcale się nie powiódł. W kilka dni potem chora zaczęła gorączko- wać, rana zanieczyściła się i wydzielala ropę brudno- żółtawą, cuchnącą. Dopiero po użyciu zewnętrzném i wewnętrzném Chiny rana oczyściła się, pokryła do- bremi brodawkami, nie prędzej jednakże jak w siedm tygodni zagoiła się zupełnie. Pierwszych dni Listo- pada operowana opuściła szpital w dobrém zdrowiu.

8. W. S. panna, 20 lat wieku mająca, przybyła do szpitala z guzem wielkości pięści na mięśni podło- patkowym prawym, z niewiadomój przyczyny po- wstałym. Guz był ruchomy, skórą tylko pokryty, a z górnjej jego części czuć się dawało wyraźne cheł- botanie. Celem odjęcia guza zrobiłem dwa cięcia półkoliste w kierunku włókien mięśni, oszczędzając o ile możności skóry, a po wyluszczeniu guza wypeł- niłem ranę głęboką—skubanką. Narośl składała się z tłuszczu i tkanki łącznej, w górnjej zaś jój części, tam gdzie czuć się dawało chełbotanie, był wylew krwi, rzadko bardzo w tłuszczakach napotykanym. W kilka dni po operacyi pojawiło się w ranie obfite i dobre ropienie; wkrótce zaczęła się ona wypełniać li- cznemi brodawkami, a obecnie jest tak mała, że za dni kilka spodziewać się można zupełnego jój zagojenia. W początkach opatrywaliśmy ją suchą skubanką, obe- cnie zaś przyżęga się co kilka dni kamieniem pie- kielnym.

9 — 16. Operacyj przetok pochwo-pęcherzowych robiłem w tym roku ośm: sześć za pomocą sposobu Simon'a z Darmstadt, a dwie sposobem nieco odmiennym, używając zamiast nitki jedwabnych dru-

tów srebrnych do złączenia brzegów okrwawionych. U wszystkich chorych dotkniętych tém kalectwem przetoki utworzyły się skutkiem porodów, z których cztery przy pomocy rozmaitych instrumentów doprowadzono do końca. Tylko jedna z tych kobiet była mnogorodna, zaś wszystkie inne pierwiastki i z wyjątkiem dwóch niezamężne. — Jedna tylko operacya sposobem *S i m o n'a* robiona została zupełnie pomyslnym uwieńczona skutkiem, jakkolwiek i tutaj otwórki, przez które nitki przechodziły, długo dosyć wydzielaly ropę. Chora dotknięta przetoką mniej więcej cal jeden długości mającą, bliżej ujścia macicy jak wylotu cewki moczowej położoną, poddaną została operacyi w pięć miesięcy po powstaniu przetoki. W pięć tygodni po operacyi, przy której nałożono pięć szwów, opuściła szpital wyleczona zupełnie. U pięciu innych kobiet tymże samym sposobem operowanych operacya spowodowała tylko zmniejszenie przetok i to u trzech bardzo znakomite, u dwóch zaś niewielkie. We wszystkich pięciu przypadkach spieszne spojenie nie udało się wcale, albo w małej tylko części. Korzyści jednakże, jakie chorym operacya przyniosła, były bardzo widoczne, bo i przetoki zmniejszyły się i mocz, który dawniej w każdym położeniu chorych spływał bez przerwy do pochwy, po operacyi sciekał tylko przy silniejszym poruszeniu lub chodzeniu.

Przypisując nieudanie się szybkiego spojenia w powyższych pięciu przypadkach nitkom jedwabnym, przecinającym zbyt wczesnie brzegi spojone rany i wywołującym ropienie, postanowiłem nadal używać do spojenia brzegów, za przykładem lekarzy amery-

kańskich, drutów srebrnych.— Wkrótce nastąpiła mi się do tego sposobność. Bardzo duża przetoka tym sposobem na mieście operowana zagoiła się zupełnie, a dwie inne operacye w szpitalu skutecznie zostały prawie zupełnie pomyslnym uwieńczone skutkiem. (1)

(1) Porówn. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. XLV. posz. XI, str. 342, sqq.

III.

WETERYŃARYA.

KASTRACYA KRÓW PRZEZ POCHWĘ MACICZNĄ

NAPISAŁ

Piotr Seifman

MAGISTER WETERYNARYI.

Powody do opisania kastracyi.

Byłe Towarzystwo Rolnicze w Królestwie Polskiem poruczyło mi wprowadzenie na ogólném Jego zebraniu lutowém 1861 r. kwestyi o wychowaniu bydła rogatego do korzystnego udoju, pracy i wypasu. W uwagach odpowiednio do zaszczytnego tego wezwania przezemnie poczynionych zaleceń między innemi kastrowanie krów, jako postępowanie, które po części wpływa korzystnie na mlekodajność, głównie zaś na usposobienie zwierzęcia do rychlejszego i łatwiejszego wypasu (1). Przytém nadmienilem, że operacya ta wykonana sposobem dawniej znanym, to jest przez przecięcie ściany brzusznej, nie mogła się należycie upowszechnić z powodu, że narażała krowę na znaczne niebezpieczeństwo życia, dodając, że obecnie przy wykonaniu tej operacyi podług metody p. *Charliera*, przez przecięcie pochwy macicznej, spodziewać się należy tak rozległego jęj upowszechnienia u nas, jak

(1) Qb. Roczn. Gospod. Krajowego za miesiąc Wrzesień 1861 r. str. 487.

to już ma miejsce w wielu krajach za granicą; gdyż podług rzeczonéj metody uskuteczniła kastracya, byle tylko operator posiadał dostateczną wprawę i znajomość rzeczy, nie jest zwierzę prawie wcale na niebezpieczeństwo wystawione.

Dotąd nie posiadamy żadnego w języku naszym opisu sposobów kastrowania przez pochwę maciczną; wielu gospodarzy przeto, a być może że i niektórzy z kolegów weterynarzy, nie tylko nie zna metody operowania, ale nawet nie posiada wiadomości o istnieniu innego sposobu kastrowania krów jak przez przecięcie ściany brzusznej, co zdaje się być głównym powodem, iż kastracya pomimo całej swéj użyteczności, u nas mało, prawie wcale się nie praktykuje.

Pragnąc brak ten usunąć, podaję tu wspomnionéj operacyi opisanie, zwracając przy tém uwagę na wszystkie te szczegóły, których znajomość za rzecz użyteczną uznałem.

Wiadomości ogólne.

Kastracya krów jak i innych samiec zwierząt gospodarskich, zależy na odłączeniu i wydaleniu na zewnątrz jajników położonych w jamie brzusznej; a to dla uczynienia zwierzęcia do zapłodnienia niezdolném i przytłumienia w niem zarazem popędu płciowego.

Wykonanie téj operacyi przez przecięcie pochwy uskutecznił po raz pierwszy w roku 1850 p. Charlier z Reims, który téż o tém wkrótce wiadomość drukiem ogłosił.

Jakkolwiek w metodzie operowania wskazanej przez p. Charlier'a, co do głównych punktów przynajmniej, nie zaszły dotąd zmiany, w niektórych jednak względach, a mianowicie w konstrukcyi narzędzi chirurgicznych do téj operacyi użytych, zaprowadzono pewne ulepszenia, które czyniąc samą operacyą do wykonania łatwiejszą, a koszt narzędzi chirurgi-

cznych mniejszym, celowi praktycznemu więcej sprzyjają. W opisie niniejszym przeto, przy wzmiance ogólnej o sposobie operowania wskazanym pierwotnie przez p. Charlier'a zastanowimy się obszerniej nad sposobem kastrowania, który za najpraktyczniejszy uważać można.

Co do korzyści z kastracyi krów wynikających, o tych już wyżej ogółowo wspomniałem. P. Charlier który radzi kastrować wszystkie krowy, będące z jakiej bądź przyczyny do dalszego rozplodu nie odpowiedniami, daje definicyą o korzyściach téj operacyi przez trywialne wprowadzie, po części jednak trafne porównanie, mówiąc że kastracya zamienia krowy na prawdziwe fabryki mleka, mięsa i tłuszczu. Lubo porównanie to nie zawsze, a przynajmniej tylko przez krótki czas daje się zastosować do mleczności, wszakże o ile się odnosi do produkcji mięsa i tłuszczu, prawie nigdy nie zawadzi.

Z postrzeżeń u nas czynionych na krowach kastrowanych przez dyrektora tutejszój weterynaryjnej szkoły p. Eichler'a okazuje się, że udój istotnie staje się po kastracyi obfitszy, przy poprawieniu się mleka i co do własności i że korzyści te, znikające po jakimś czasie, a mianowicie po upływie około mniej więcej jednego roku, wynagradzają się skłonnością krowy do łatwego i mniej kosztownego wypasu, oraz wydaniem smacznego kruchego mięsa które przytém łatwo ugotować się daje.

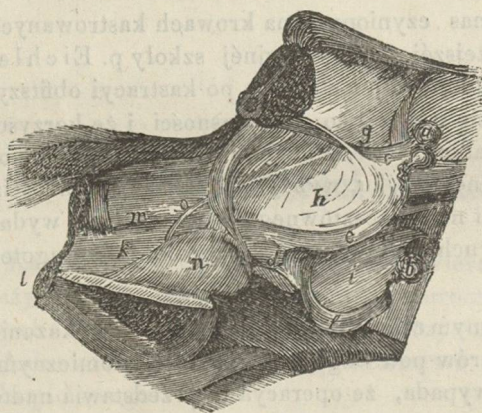
Jakkolwiek głównym celem niniejszych uwag jest wykazanie korzyści kastracyi krów pod względem czysto ekonomicznym, wspomnieć jednak wypada, że operacya ta przedstawia nadto pożytki, mogące być pobudką do jój przedsięwzięcia i w widokach właściwie weterynaryjnych.

W tym względzie jedną z głównych usług jój jest ta, że może zapobiedz rozwinieciu przewlekłej ale zawsze do śmierci prowadzącej choroby, która znana jest pod imieniem francuzkiej, a raczej narodzi gruźlicowych bydła (*cachexia boum tuberculosa*). Korzystną także jest kastracya u krów trudne porody odbywających, oraz u tych, u których po porodzie następować zwykło opadnienie (*prolapsus*) pochwy lub i macicy;

gdyż operacya ta czyniąc zwierzę do zapłodnienia niezdolnym, kładzie tém samym tamę rzeczonym niepomyślnym następstwom porodu.

Wiadomości anatomiczne.

Jak przy wykonaniu wszelkiej operacyi chirurgicznej, tak téż, a nawet więcej jeszcze przy kastracyi przez pochwę,—którą dopełniamy nie widząc nawet części poddanych działaniu ręki i narzędzi chirurgicznych,—niezbędną jest znajomość położenia i budowy części ciała operowanych i niektórych w ich sąsiedztwie położonych. Dla tego przed przystąpieniem do opisu samej kastracyi, podajemy wiadomości anatomiczne części rodnych.



(Fig. 1.)

J a j n i k i
(Ovaria) (fig. 1.),
których jest dwa,
prawy (a), lewy
(b), stanowią cia-
ła inniiej więcéj
do przyplaszczono-
nej kuli zbliżo-
ne, wielkości wło-
skiego orzecha,
z których czasa-
mi jeden jest nie-
co większy niż
drugi. Każdy jaj-
nik objęty wpu-

kleniem otrzewnej (peritoneum) pozostaje w związku z rogiem macicznym odpowiedniej strony, i z otrzewną za pośrednictwem więzu jajnikowego (ligamentum ovarii) i więzu szerokiego macicy (ligamentum uteri latum).

Jajniki są niejako zawieszone u ścian brzusznych tuż za nerkami. Na każdym jajniku mamy do uważania dwie wypukłe powierzchnie oraz brzeg przedni łukowaty i tylny po-

siadający szczyrbę zwaną wycięciem (hilus ovarii), do którego przylega zakończenie jajowodu, strzępami (fimbriae tubarum) otoczone. Wycięcie to pokrycia otrzewnej jest pozbawione.

Pod powłoką otrzewnej obejmującą jajnik znajduje się błona biała włóknista (tunica albuginea), która miąższ jego (parenchyma ovarii) otacza. Miąższ ten składa się ze spójnej białawej masy tkanki łącznej, tworzącej tak zwane podścielisko jajnikowe (stroma ovarii).

W tém podścielisku mieszczą się liczne mieszki zwane pęcherzykami *Graafa* (folliculi s. vesiculae *Graafii*). Pęcherzyki te są rozmaitej wielkości (4 — 5 linii średnicy), największe, które téż są najdojrzałszymi, leżą najbliżej powierzchni jajnika, nad którą częstokroć znacznie sterczą. Składają się one z trzech błon, z których wewnętrzna, utworzona z nabłonka płatkowatego, zowie się błonką ziarnistą (membrana granulosa); zawierają zaś w sobie przezroczystą białkową ciecz zwaną płynem pęcherzyków *Graafa* (liquor folliculi *Graafiani*).

Przy stronie odwróconej do powierzchni jajnika zbierają się w pęcherzykach *Graafa*, w znaczniejszej ilości niż w innych punktach, komórki nabłonkowe (epitelialne) tworząc tak zwaną szybkę albo pagórek zarodkowy (discus s. cumulus proligerus). W środku téj szybki, leży jajko (ovulum primitivum) mające $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{16}$ linii średnicy, które gołym okiem widzieć się daje jakby nader drobne ziarnko pyłu.

Jajko stanowi pęcherzyk, składający się z błonki żółtkowej (zona pellucida) w której zawarta ciecz zowie się żółtkiem (vitellus). W cieczy téj mieści się znowu pęcherzyk zwany załążkiem lub pęcherzykiem zarodkowym (vesicula germinativa Purkinje). W tym ostatnim pęcherzyku dostrzedz się daje tak zwane znamię zarodkowe (macula germinativa).

Określone właśnie jajko, po pęknięciu pęcherzyka *Graafa*, zostaje przeprowadzone do macicy przez jajowód, którego strzępiasty brzeg otaczający jego utwór brzuszny (ostium

abdominale) obejmuje jajnik podczas grzania się samicy, i utrzymuje go tak jeszcze nawet przez pewien czas i po sprawie zapłodzenia. Jeżeli jajko to zostanie zetknięte z nasieniem samczym (sperma), w takim razie może zwolna się rozwijać na istotę do rodziców swych podobną, w przeciwnym zaś razie marnieje ono i po jakimś czasie znika z macicy. W każdym jednak razie, w miejscu gdzie w jajniku pęcherzyk Graafa uległ pęknięciu, powstaje później masa przyjmująca zwolna barwę żółtą, która ciałem żółtym (corpus luteum) nazwaną bywa.

Pod wycięciem jajnika, a mianowicie pomiędzy blaszkami więzu szerokiego i okrągłego, znajdujemy zwykle tak zwany przyjajnik (parovarium) który stanowi kłęb cienkich, ślepo zakończonych cewek, będących jak się zdaje ostateczną pozostałością ciała Wolffa.

Macica (uterus) stanowi błoniastą podłużną torbę dzielącą się w części przedniej widłowo na dwie gałęzie zwane rogami (cornua uteri).

Jest ona przeznaczoną do udzielenia płodowi pomieszczenia przyjaznego jego rozwojowi. Macica leży w jamie brzusznej pod odbytnicą (intestinum rectum) (*m*) a nad pęcherzem moczowym (*n*). Jest ona zewnętrznie powleczone otrzewną, zdwojenie której tworzy więzadła szerokie (ligamenta uteri lata) przytwierdzające macicę z boków i dochodzące do jajowodów.

Całą macicę uważając z tyłu ku przodowi dzielimy na szyję, pośrodek i na wspomniane wyżej dwa rogi.

Szyja macicy (collum v. cervix) stanowi tylną część tego narzędzia, której pewny oddział sterczy do jamy pochwy i z tego powodu oddziałem pochwowym (portio vaginalis uteri) nazwanym bywa.

U krów jest szyja macicy stosunkowo długa (około 2 cali) i gruba, w dotknięciu jędrna, a przytém znacznie pomarszczona.

Posiada ona otwór do próżni pochwy zwany ujściem pochwowym albo ustami pochwowymi (orificium vaginale v. uteri externum) i drugi do jamy macicy noszący nazwę ujścia ma-

cicznego lub wewnętrznego (orificium uterinum v. uteri internum), które to dwa ujścia połączone są scieżnionym przewodem zwanym szyjnym (canalis cervicis).

Pośrodek (corpus uteri) jest u krów stosunkowo krótki (zaledwie cal długi) z wierzchu i na spodzie przyplaszczony tak, że na nim uważać można dwie powierzchnie, z których górna jest obrócona do odbytnicy a dolna do pęcherza moczowego, i dwa brzegi, z których występują więzadła szerokie.

Zakończenie przednie pośrodku macicy nazwane dnem (fundus uteri) posiada dwa znacznej średnicy otwory, prowadzące do rogów macicznych.

Tak upostaciony pośrodek macicy obejmuje w czasie wolnym od ciąży nie zbyt wielką próżnię pozostającą w komunikacji tak z pochwą jako i z rogami macicznymi.

Rogi maciczne (cornua uteri) to jest prawy (e) i lewy (f), zaczawszy od dna macicy, rozchodzą się widłowato ku przodowi nieco w górę, a następnie zaginają się łukowato, — u krów nawet dość znacznie, — na zewnątrz i ku tyłowi. Każdy z rogów przedstawia do uważania brzeg przedni znacznie wygięty i tylny wklęsły. Ten ostatni pozostaje w związku z więzem szerokim.

Zakończenie każdego rogu macicznego przechodzi u krów nieznacznie czyli bez wyraźnego ograniczenia w jajowody.

Macica składa się z trzech błon; zewnętrzna surowicza, utworzona jest z wpuklenia otrzewnej; średnia stanowi warstwę, u krów mocno rozwiniętą, utworzoną z włókien mięśniowych nieprążkowanych ułożonych w kierunku podłużnym, poprzecznym i skośnym; wewnętrzna błona zaś jest śluzowa, pokryta nabłonkiem migawkowym, a na powierzchni téj błony obróconej do jamy macicy, znajduje się u krów znaczna liczba (80 do 120), wyraźnie ograniczonych sklepistych wyniosłości czyli guzów (cotyledones) posiadających mnóstwo otworków, stanowiących ujścia tak zwanych gruczołków łagiewkowych, które podczas ciąży znacznej dosięgają wielkości. W rzeczonej błonie śluzowej widzieć się dają podwójnego rodzaju gruczołki, to jest zwykłe śluzowe i wspomniane łagiewkowe (glandulae utriculares). Ujścia pierwszego ro-

dzaju gruczołków zaytkając się, przyjmują czasami wejrzenie mieszków sterczących na powierzchnię błony, które nazwano pęcherzykami czyli jajeczkami N a r b o t h ' a (ovula N a r b o t h i).

Macica utrzymywana jest w swém położeniu za pomocą 4-ch więzów, z których dwa zowią się szerokimi, a dwa okrągłemi.

Więzy szerokie (ligamenta uteri lata) których jest dwa: prawy (*h*) i lewy (*i*), stanowią zdwojenia otrzewnej, występujące w okolicach lędźwi, a idąc nieco ku dołowi, obejmują każde ze swęj strony pośrodek i rogi maciczne, jajowody i jajniki.

Więzy okrągłe (ligamenta uteri rotunda) (*g*), także prawy i lewy, powstają również ze zdwojenia otrzewnej, a raczej zewnętrznej blaszki więzu szerokiego. Formują one rodzaj powrozków, biorących początek przy jajowodach i jajnikach, i przechodzących każdy ze swęj strony w dalszy ciąg otrzewnej.

Jajowody (oviductus s. tubae uterinae v. Fallopianae) (*e*) stanowią dwie wężykowato pocięte rurki, rozpoczynające się każda w końcu rogu macicznego, u krów jak wspomniono bez wyraźnego ograniczenia, a kończące się w jamie brzusznej obok jajników rozszerzeniem zwanem strzępkami jajowodów (fimbriae tubarum). W tém strzępiastém rozszerzeniu znajduje się otworek stanowiący ujście brzuszne (ostium abdominale) jajowodu, gdy otworek jego drugi, biorący początek w końcu rogu macicznego, zowie się ujściem macicznym (ostium uterinum).

Każdy jajowód składa się jak i macica z trzech błon. Z tych zewnętrzna surowicza, stanowi ciąg dalszy więzu szerokiego, za pośrednictwem którego jajowód pozostaje w związku z swoim jajnikiem. Błona średnia jest mięśniową utworzoną jak i w macicy z włókien nieprążkowanych. Ta właśnie błona udziela jajowodowi władzę uchwycenia i przytrzymywania jajnika strzępiastém rozszerzeniem w czasie grzania

się. Wewnętrzna błona jajowodu jest śluzową, stanowiącą dalszy ciąg takieżę błony saméj macicy. Jest ona powleczo-
na także nabłonkiem migawkowym, a przy ujściu brzu-
szném przechodzi w błonę surowiczą.

P o c h w a m a c i c z n a (vagina uteri) (*k*) stanowi przewód błoniasty, — u krów 12—14 cali długi, i około 4 cali szeroki, — poczynający się zewnątrz od szczeliny rodnicowéj a kończący się przy szyi macicy, którą otacza. Pochwa jest nieco przyplaszczona tak, że w niéj uważać można ścianę górną odwróconą ku odbytnicy i dolną przylegającą do cewki i pęcherza moczowego. Pochwę a raczéj jéj jamę dzielimy w kierunku długości na trzy części, to jest: na część tylną zwaną przedsionkiem, która się rozciąga od szczeliny rodnicowéj do ujścia cewki moczowéj; na dno czyli sklepienie pochwy (fornix v. fundus), którego górna ściana jest jeszcze zewnątrz powleczo-
na otrzewną; i na pośrodek, który zajmuje przestrzeń między przedsionkiem a dnem pochwy. Pochwa,—z wyjątkiem tylko górnéj ściany swego dna,—składa się z dwóch tylko błon. Z tych zewnętrzna mięśniowa utworzona jest z włókien okolnych pochwę ściskać mogących; wewnętrzna zaś jest śluzowa, która około szczeliny rodnicowéj ma barwę różową i posiada tu liczne gruczoły opatrzone obszernemi ujściami. Na dwa do trzech cali od wéjścia do pochwy znajduje się w jéj dolnéj ścianie ujście cewki moczowéj, które w postaci rynienki ku tyłowi jeszcze się przedłuża.

Przed rzeczoným ujściem tworzy błona półksiężycowe zdwojenie, wznoszące się po bokach ku górze i oddzielające tym sposobem przedsionek od pośrodku pochwy. Jest to tak zwana zastawka pochwy (valvula vaginae), która przedstawia coś odpowiadającego błonie dziewiczej (membrana hymen) kobiet.

Obok ujścia cewki moczowéj znajdują się dość często u krów dwa otworki, stanowiące początek dwóch kanałów, przebiegających pomiędzy błoną śluzową i mięśniową pochwy ku przodowi, a kończące się ślepo w więzach szerokich. Są to tak zwane kanały *G a e r t n e r'a*, stanowiące pozostałości przewodów ciałek *W o l f f'a*. Nadto napotyka się

blisko ujścia pochwy z jednej i drugiej strony po jednym gruczole, posiadającym wielkość mniej więcej orzecha, a w środku przewód z widocznym ujściem do pochwy. Są to tak zwane gruczoły pochwowe Duverney'a lub Bartholin'a (glandulae vaginae s. Duverneyi s. Bartholini) które przez Duverney'a odkryte, a przez Bartholin'a opisane zostały. Gruczoły te wydzielają ciecz właściwą do pochwy.

R o d n i c a (vulva) (l) stanowi wzniosłość położoną poniżej odbytu (anus) tuż pod międzykroczem (perineum), która posiada podłużny prostopadły otwór, prowadzący do wnętrza części rodnych, zwany szczeliną rodnicową (rima vulvae). Szczelina ta powstaje przez zetknięcie się z sobą połówek wyż wzmiankowanej wzniosłości, które tworzą tak zwane wargi rodnicowe (labiae vulvae). Wargi rzeczzone powleczone są zewnątrz cienką skórą zupełnie włosów pozbawioną lub nader delikatnymi tylko włosami, która zawracając się do wnętrza szczeliny rodnicowej, przechodzi niebawem w błonę słuzową pochwy. Obie wargi rodnicowe łącząc się z sobą z góry i dołu tworzą dwa kąty; kąt górny umieszczony jest blisko odbytu, od którego tylko międzykroczem jest oddzielony; dolny kąt zaś jest u krów nieco wydłużony ku spodowi i porośły kosmkami długich włosów.

Do nadania pełności i pewnego zaokrąglenia wargom rodnicowym, przyczynia się głównie położony pod ich delikatną skórą zwieracz rodnicy (musculus constrictor cunni), posiadający władzę ścieśnienia szczeliny rodnicowej i podniesienia nieco łechtaczki. Po części jednak zależy pełność rzeczonych warg od obfitej w nich tkanki łącznej tłuszczem wypełnionej i mieszczącej w sobie wiele nerwów i naczyń.

Ł e c h t a c z k a (clitoris) jest szczególnym ciałkiem,—u krów o koło 3 cali długości,—położonym blisko szczeliny w dolnym kącie rodnicy. Łechtaczka posiada budowę mniej więcej podobną jak prącie samcze; również jak ono bowiem składa się z ciał jamistych (corpora cavernosa clitoridis), rozpoczynających się dwiema odnogami na tylnym brzegu kości kulszowych (ossa ischii); z żołądźi (glans clitoridis), która

u krów jest stosunkowo małą; a w reszcie z napletka (praeputium clitoridis), utworzonego ze zdwojenia skóry rodnicy. Nadto wchodzi w skład lechtaczki jej mięsień wzwodzący (m. erector clitoridis). Główna więc różnica zachodząca w budowie lechtaczki i prącia jest ta, że lechtaczka nie posiada jak prącie cewki moczowej.

W powłoce żołądźci znajduje się znaczna ilość gruczołków łojowych, które wydzielają małą właściwą woni, powlekającą żołądźci powierzchnię.

Skończywszy tym sposobem przegląd anatomiczny części rodnych krów, przed przystąpieniem do opisu kastracyi winniem nadmienić, że lubo w celu chirurgicznym mógłbym właściwie ograniczyć się na pobieżnym przedstawieniu tylko uwag anatomiczno-topograficznych, uznałem jednak za rzecz niezbyteczną powiedzieć słów kilka i o budowie części rodnych samich z powodu, że przy zupełnym braku w języku naszym dzieła zootomii opisowej poświęconego, uwagi powyższe, choć niewielkie przynieść mogą ułatwienie tym, którzy nie posiadając sposobności korzystania z literatury cudzoziemskiej, pragnęliby jednak nieco bliżej poznać budowę organów o których mowa.

O narzędziach chirurgicznych przy kastracyi używanych.

Kastracya krów przez pochwę zależy na przecięciu ściany górnej tego organu, w bliskości szyi macicznej, dla wprowadzenia przez zrobiony otwór do wnętrza pochwy jajników, które od więzadeł przytwierdzających i utrzymujących je w jamie brzusznej, przez odkręcanie oddzielone zostają.

Dla ułatwienia cięcia ściany pochwy zaleca p. Charlier

jéj naprężenie za pomocą wynalezionego przezeń naprężnika (dilatateur).



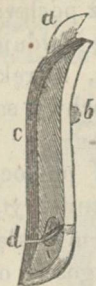
(Fig. 2.)

Narzędzie to (fig. 2), składa się z dwóch stalowych sztabek, (a a) długich na 24 cali, które posiadają łukowate wygięcie od środka swego do końca górnego czyli przedniego, gdzie do wystającego czopka (b) są przytwierdzone. Dolne końce tychże sztabek przymocowane są do obrączki (c) trzonka (f). Podobnej długości dwa stalowe cienkie i sprężyste pasy (d d), których górne końce przymocowane są także do czopka (b), towarzysząc pierwszym, a te,—za pomocą szruby (e) trzonka (f) do której dolne ich końce są przytwierdzone, — mogą się w miarę potrzeby mniej lub więcej ku zewnątrz łukowato rozszerzyć, i zrzucić napinanie ścian pochwy, do której instrument wprowadzony został.

Z miejsca zbiegnięcia się z sobą w przodzie wspomnianych pasów, bierze początek okienko metalowe (g) także łukowato zgięte, w którym otwór służy do oznaczenia miejsca, gdzie cięcie u skutecznioném być powinno.

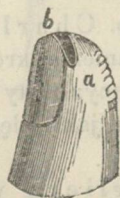
Wspomniony wyżej czopek, posiadający $1\frac{1}{2}$ cala długości a $\frac{1}{2}$ cala średnicy, wprowadzony zostaje przez usta maciczne w kanał przebiegający szyję macicy, przez co w miarę popchnięcia całego instrumentu pochwa może być mniej lub więcej naciągnięta w kierunku podłużnym i skierowana więcej ku spodowi.

Do przecięcia ściany pochwy napiętej za pomocą opisanego naprężnika używa p. Charlier bistura skrytego (fig. 3), którego ostrze (a) na $2\frac{1}{2}$ cala długie i wygięte naksztalt noża ogrodniczego, daje się za pomocą guziczka (b) łatwo przesuwając w nierównie dłuższych okładkach (c).



Cały bistur może być łatwo oczyszczany, gdyż okładki jego rozsuwając się naksztalt okładek zwyczajnego lanceta, pozwalają wyjąć ostrze dla oczyszczenia. Dla zapobieżenia wszelako rozsuwaniu się okładek podczas operacji urządzonej (Fig. 3.) jest stosowny do tego celu guziczek (d).

Ukręcanie jajników skutecznia p. Charlier za pomocą kleszczów, wprowadzie dłuższych, ale z resztą zupełnie podobnych do używanych przy kastracyi samców przez ukręcanie jąder. Ich opisanie przeto pomijam, zwłaszcza, że mogą być dobrze zastąpione przez kleszcze p. Colina a lepiej jeszcze przez kleszcze mojego pomysłu o których niżej będzie mowa, (ob. fig. 7 i 8) a które w praktyce są daleko dogodniejszymi.

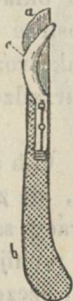


(Fig. 4.)

P. Charlier zaleca posługiwać się przy operacyi, szczególnym napairstkiem (fig. 4), z karbowaną powierzchnią dolną (a) i ostro zakończonym brzegiem paznokciowym (b), który ułatwiać ma oddzielenie jajników od więzadeł, po ich częściowem nadwężeniu przez skręcenie.

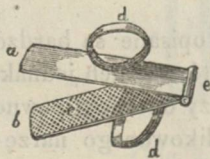
Jakkolwiek narzędzia opisane są bardzo dowcipnie pomyslane, niektóre z nich jednak, mianowicie zaś naprężnik, przedstawiają przy operacyi pewne niedogodności, wysoka cena zaś tak skomplikowanego narzędzia jakim jest rzeczony naprężnik, stanowiąc tamę dla wielu praktyków w nabywaniu go, powoduje, że i kastracya przez pochwę, pomimo niezaprzeczonych swych zalet, nie dość się upowszechnia. Z tych powodów starano się później niedogodności te ile można usunąć. W tym względzie zasłużył się wielce p. Colin, profesor szkoły weterynaryjnej w Al-

fort pod Paryżem. Mąż ten, przez doświadczenia praktyczne na znacznej liczbie zwierząt dokonane przekonał, że można odbyć kastracyą zupełnie bez naprężnika, gdyż pochwa, która w chwili wprowadzenia do niej ręki kurczy się i fałduje, uzyskuje zwoła napowrót swój stan pierwotny tak, że ręka w niej swobodnie poruszać się i przecięcie ściany pochwy, sama przez się miernie napiętej, skutecznić może.



Ponieważ do wykonania cięcia bez pomocy naprężnika nie daje się dogodnie użyć bistur skryty wyżej opisany p. *Charlie*'a z ostrzem wklęsłym, ten bowiem nie nacinając całą długością ostrza, powoduje fałdowanie się pochwy w kierunku poprzecznym; z tego więc powodu, radzi p. *Colin* użyć noża podług swego pomysłu urządzonego (fig. 5), posiadającego nie wklęsłe, ale wypukłe ostrze, (a) osadzone stale w trzonku (b). Przytwierdzony ruchawo na jednej z powierzchni ostrza (Fig. 5). tępy płatek metalowy półksiężycowy (c) za pomocą wielkiego palca łatwo poruszać się dający, służąc do zakrycia lub odsłonięcia ostrza, czyni, że ono w miarę potrzeby staje się do nacinania sposobne, lub przeciwnie.

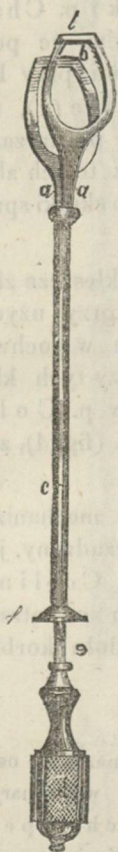
Nóż ten więc podobnie jak używany przez p. *Charlie*'a po zasłonięciu jego ostrza, bez obawy zranienia krwi lub operatora, może być do pochwy wprowadzony; użyty zaś po odkryciu ostrza nacina nie jednym punktem jak wklęsły, ale znaczną długością ostrza swego.



(Fig. 6.)

Naparstek p. *Charlier*'a wyżej opisany uważa p. *Colin* za nieodpowiedni, i w miejsce jego zaleca do przytrzymania więzadeł stosowne szczypczyki, (fig. 6), przy pomocy których, obok zapobieżenia krwotokowi oraz skręceniu się więzadeł jajnikowych za nadto wysoko, można ukrećenie zupełne jajników skutecznić. Szczypczyki te składają się z dwóch odnózek (a—b), każda na 2 cale długa, karbowana na powierzchni (c), stykającej się z płaszczyzną także karbowaną odnóżki

drngiej. Na odwrotnych, gładkich powierzchniach każdej odnóżki znajdują się obrączki (*d d*) służące do wprowadzenia palców. Za pomocą zaś zawiaski (*e*) są obie odnóżki z sobą ruchomo spojone.



(Fig. 7.)

Kleszcze do ukręcania jajników (fig. 7) pomysłu p. Colin, które jak wspomniano wyżej, użyć się wygodnie dają i przy sposobie operowania według metody p. Charlier'a, złożone są z dwóch ramion (*a a*) zakończonych przy przednim swym końcu chwytnikami okienkowymi (*b b*) na powierzchni swego zetknięcia karbowanymi. Ramiona te łącząc się ku spodowi, tworzą pręciak obły (walcowaty) (*e*) osadzony w trzonku (*d*). Pręciak rzeczony mieści się w rurce (*c*) z krążkiem daszkowatym (*f*). Za pomocą tego krążka właśnie daje się rurka przez uciskanie wielkim palcem posuwać w jedną i drugą stronę i tym sposobem sprawia zbliżenie czyli zamykanie lub oddalenie czyli otwieranie się wzajemne chwytników.

Kleszcze te są długie około dwudziestu pięciu cali; aby zaś dały się łatwiej oczyścić i dogodniej chować, mogą być złożone z 2-ch części szrubą spojonych, tak jak są urządzone zwykle znaczniejszej długości igły zawłoczne.

Kleszcze złożone (fig. 8). Jakkolwiek kleszcze p. Colin'a są już dogodniejsze w użyciu, od używanych przez p. Charlier'a, nie są jednak wolne od pewnych wad ostatnim właściwych, a mianowicie: 1) Tak przy jednych jak i przy drugich jesteśmy zmu-

szeni trzymać w pochwie przez cały czas ukręcania jajników rękę jedną, którą ściskamy więzadła jajników, aby się za daleko nie skrzyły; przez to zaś, obok znacznego utrudzenia

ręki, ulawiając dostanie się do jamy brzusznej powietrza atmosferycznego, narażamy zwierzę na tyle zawsze niebezpieczne zapalenie otrzewnej (peritonitis), które właśnie wniknięcie powietrza do rzeczonyj jamy powodować zwykło. 2) Kleszcze p. Colin'a prawie w takim samym stopniu jak i p. Charlier'a przedstawiają wielką niedogodność w tém, że podczas ukręcania jajników, zawadzając chwytnikami przy każdym obrocie o palce ściskające więzadła jajnikowe (1), nie tylko utrudniają operacyę, ale nadto powodują powtarzanie zwolnienia ucisku rzeczonych więzadeł i przez to ich zbyt wyskie skręcanie się, a tym sposobem rozmaite złe skutki spowodzić mogą.

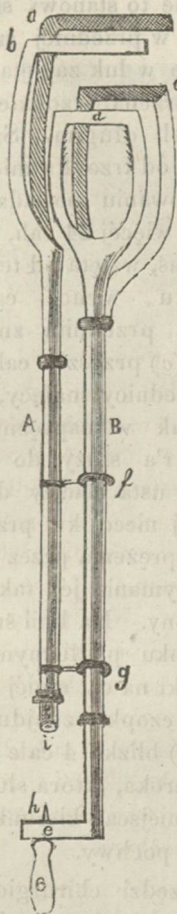
Dla usunięcia tych niedogodności zaleciłbym kleszcze złożone mojego pomysłu zaraz opisać się mające, przy użyciu których ręki w czasie ukręcania jajników wcale w pochwie trzymać nie ma potrzeby, a nadto staje się przy tych kleszczach i pomoc wyżej określonych szczypczyków p. Colin'a (fig. 6), jakoteż naparstka p. Charlier'a (fig. 4), zupełnie niepotrzebną.

Kleszcze złożone o których mowa, posiadają mechanizm do zamykania i otwierania zupełnie tak samo urządzone, jak w niżej określonych kleszczach do ukręcania p. Collin'a; stanowią one właściwie dwoje kleszczy, z których zewnętrzne (A) z chwytnikami większemi (a b) nie mają u dołu korbki,

(1) O téj niedogodności miałem sposobność przekonania się osobiście, kastrując w dniu 11 Czerwca 1861 r. w szkole weterynaryjnej tutejszję krowę przyslaną do tego celu przez p. Schlippenbach'a. Krowa ta, która już na trzeci dzień po dopełnieniu operacyi jako zupełnie zdrowa i nie wymagająca opieki weterynaryjnej z kliniki szkoły weterynaryjnej właścicielowi oddana została, może między innemi służyć także za dowód, że kastracya krów przez przecięcie pochwy, byle dobrze skuteczniejsza, bynajmniej do niebezpiecznych nie należy.

IV. Przepisek autora.

większe zaś (B) z chwytnikami mniejszemi (c d) opatrzone są korbką (e). Do kleszczy zewnętrznych przytwierdzone są



(Fig. 8.)

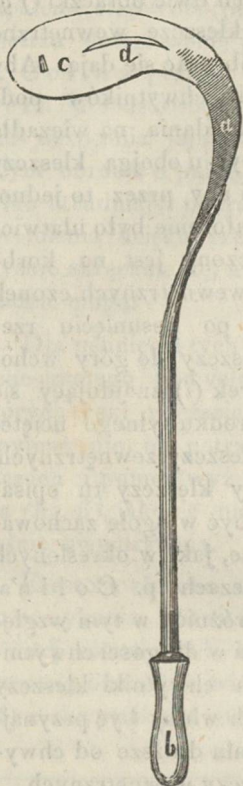
stale na nitach dwie obrączki (f g) w których kleszcze wewnętrzne swobodnie obracać się dają. Aby zaś kierunek chwytników podczas ich zakładania na więzadła jajnikowe był u obojga kleszczy jednakowy i aby przez to jednocześnie ich założenie było ułatwione, umieszczony jest na korbce kleszczy wewnętrznych czopek (h), który po posunięciu rzeczonych kleszczy do góry wchodzi w otworek (i) znajdujący się w samym środku tylnego uciętego końca kleszczy zewnętrznych.

Wymiary kleszczy tu opisanych mogą być w ogóle zachowane takie same, jak w określonych wyżej kleszczach p. Colin'a. Główna zaś różnica w tym względzie zachodzi w długości chwytników; bowiem chwytniki kleszczy zewnętrznych winny być przynajmniej o $\frac{3}{4}$ cala dłuższe od chwytników kleszczy wewnętrznych.

Naprężnik p. Eichler'a (fig. 9). Podług p. Colin'a daje się wprawdzie wykonać cięcie w pochwie bez pomocy naprężnika; przyznać jednak nale-

ży, że narzędzie napinające i utrzymujące pochwę w stałym położeniu, byle nie tak skomplikowane jak naprężnik p. Charliera, wykonanie cięcia wielce ułatwia, i dla tego zwrócić należy uwagę na naprężnik zrobiony tu w Warszawie podług informacji p. Eichler'a, który to naprężnik, jako

mało kosztowny, do praktycznego użytku jest bardzo stosownym.



(Fig. 9.)

Narzędzie to stanowi sztabka stalowa (a) w przedniej szerszej części mocno w łuk zagięta, z tyłu zaś opatrzona trzonkiem (b) około 5 cali długim. Sztabka wspomniana od trzonka mierzona po wyprostowaniu posiada długości mniej więcej 24 cali, cięciwa zgiętej zaś, wzięta od tego samego punktu, wynosi cali 20. Przy końcu przednim znajduje się czopek (c) przeszło cal długi i $\frac{1}{3}$ cala średnicy mający, który podobnie jak w naprężniku p. Charlier'a służy do wprowadzenia w usta macicy dla popychania jęj nieco ku przodowi i na spód, naprężenia przez to pochwy i utrzymania jęj tak przez czas potrzebny. Na linii środkowej w kierunku podłużnym rzeźzonej sztabki na cal mniej więcej odległe od czopka znajduje się szczelina (d) blisko 4 cale długa, a 2 linie szeroka, która służy do oznaczenia miejsca i kierunku cięcia w ścianie pochwy.

Poznawszy dotąd zalety i wady narzędzi chirurgicznych przez rozmaitych operatorów do wykonania kastracyi krów przez pochwę zalecanych, nie trudno będzie ocenić, które celowi najwięcej odpowiadają. Podług mojego przekonania są najodpowiedniejszymi z dotąd opisanych narzędzia następujące: 1) naprężnik p. Eichle'r'a (fig. 9), 2) kleszcze złożone do ukręcania jajników mojego pomysłu (fig. 8), 3) i nóż skryty p. Charlier'a (fig. 3), który przy pomocy wspo-

mnionego naprężnika p. Eichlera lepiej celowi odpowiada, niż bistur p. Colina.

Postępowanie przy operacyi.

Do kastracyi w celu ekonomicznym przeznaczają się krowy będące w takim stanie i wieku, że wkrótce stać się mogą do dalszego rozplodu i doju niezdatnymi, a tém samém tylko na wypas odpowiedniami. Poddaje się jednak operacyi téj krowa wówczas, kiedy po ocieleniu jój udój jest najobfitszy. Najlepiej wybrać do tego celu czas przypadający na 5—6 tygodniu po ocieleniu, i zważać, aby krowa wówczas się nie grzała i nie była na nowo odstanowioną.

Krowa mająca być kastrowaną, dnia przed operacyą winna mieć podawany sobie pokarm w mniejszej ilości i to tylko płynny; w dniu operacyi zaś nie daje się jój wcale pokarmu, aby kiszki nie były zbyt znacznie wypełnione, bo to mogłoby operacyą utrudnić. W tym także celu, to jest dla wypróżnienia zwierzęcia, radzą niektórzy dawanie przed operacyą lawatyw, co jednak, o ile z własnego doświadczenia twierdzić mogę, nie jest konieczném.

Jeżeli nie nie zagna do natychmiastowego przystąpienia do operacyi, kiedy ją zatém nie dla usunięcia jakiego chorobnego stanu, ale w celu li ekonomicznym przedsięwierzemy, najlepiej jój uskutecznienie odłożyć na czas pogodny, miernie ciepły, wiosenny lub jesienny i wybrać do tego godzinę ranną, po której więcej nam zostaje czasu dziennego do pielęgnowania bydłęcia po operacyi i do udzielania mu w razie potrzeby stosownego ratunku.

Operacya wykonywa się na zwierzęciu stojącym. W tym celu przywiązuje się je mocno za rogi, przy głowie staje pomocnik dla przytrzymania i uspokojenia krowy w czasie operacyi, który przyciąga zarazem ku przodowi i na bok ogon krowy do powrózka przytwierdzony. Dwóch pomocników umieszcza się przy bokach krowy, aby jój nie po-

zwaląc przestępowania tyłem z miejsca na miejsce. W braku pomocników dość jest umieścić przy boku lewym tylko człowieka, który zwierzę przyciska do słupa lub ściany zastąpić mogącej ze strony prawej brakującego pomocnika.

Przy operatorze winien być umieszczony oddzielny pomocnik do podawania narzędzi i wykonywania szczególnych zleceń w razie zajść mogącej tego potrzeby. Krowa przy operacyi ustawioną być winna tak, aby tylnymi nogami stała wyżej niż przednimi.

Po tém przygotowaniu operator umieszcza się za krową, ujmuje ręką lewą wodą letnią zwilżoną za koniec przedni naprężnika (fig. 9), którego trzonek (*b*) trzyma ręką prawą i wprowadza instrument wraz z ręką lewą do pochwy. Tam wyszedłszy usta maciczne wsuwa w nie czopek (*c*) tak, aby wygięcie łukowate a mianowicie szczelina (*d*) przypadła mniej więcej na sam środek ściany górnej pochwy. Gdyby po wprowadzeniu ręki z narzędziem nastąpiło skurczenie się pochwy, nie wyjmując ręki ani narzędzia, operator wstrzymać się ma, aż stan kurczowy minie, poczem już działać może swobodnie w pochwie ręką i narzędziem.

Po umieszczeniu naprężnika w sposób opisany wyjmuje operator z pochwy rękę lewą, którą ujmuje wystający z pochwy trzonek narzędzia; uwolnioną zaś ręką prawą po zwilżeniu wodą letnią ujawszy nóż skryty (fig. 3) pomiędzy palce w kształcie ostrokągu ułożone, wprowadza go wraz z ręką do pochwy.

Doszedłszy do szczeliny naprężnika wysuwa za pomocą dużego palca ukryte dotąd ostrze, którym robi cięcie przenikające wskroś wszystkie trzy błony pochwy.

Cięcie to robi się od przodu ku tyłowi, kierunkiem szczeliny naprężnika, a zatem w linii środkowej ściany górnej blisko dna pochwy.

Podczas dokonania cięcia ręką prawą, należy ręką lewą popychać miernie naprężnik ku przodowi i nieco na dół, a to dla znaczniejszego napięcia ściany górnej pochwy.

Krowa przytém jest zwykle niespokojna i wygina do góry słup kręgowy, dla przeszkodzenia więc temu winien pomo-

cnik przy głowie stojący uciskać mocno przegrodę nosową palcami, lub stosownemi kleszczykami; przy tyle zaś stojący pomocnicy szczypią zwierzę palcami za skórę w okolicy lędźwi, albo co lepiej, zakładając na poprzek słupa grubą laskę, uciskają takowy mocno.

Po zrobieniu cięcia, wyjmuje się z wolna naprężnik oraz nóż, którego ostrze zostało już wprzód w okładce ukryte.

Następnie wsuwając powtórnie,—po poprzednim oczyszczeniu—rękę prawą do pochwy, sięga się dwoma jej palcami, to jest wskazicielem i średnim, przez zrobiony otwór do jamy brzusznej dla wyszukania tam jajników zawieszonych nad otworem nieco na bok i ku przodowi.

Wynaleziony jajnik (prawy), ująwszy pomiędzy rzeczone dwa palce wprowadza się przez zrobiony otwór w pochwę. Później wprowadzają się do pochwy kleszcze złożone (fig. 8), których czopek (*h*) winien być wówczas wsunięty w odpowiadający mu otworek (*i*) tak, aby obojga kleszczy chwytники miały jeden i ten sam kierunek. Pomiedzy otwartemi chwytnikami tak kleszczy zewnętrznych jako i wewnętrznych umieszczają się teraz o ile być może wysoko więzadła jajnikowe i za pomocą rurek do tego przeznaczonych zamykają się kleszcze, mocniej zewnętrzne, wewnętrzne zaś nieco luźniej. Po dokonaniu tego zsuwają się kleszcze wewnętrzne jak najbliżej jajnika tak, aby odległość pomiędzy chwytnikami (*a b*) kleszczy zewnętrznych a chwytnikami (*c d*) kleszczy wewnętrznych przynajmniej wynosiła $\frac{3}{4}$ cala. Ścisnąwszy teraz mocno rurką zwolnione chwytники kleszczy wewnętrznych, zaczynamy je obracać z wolna ręką prawą za pomocą korbki (*e*) około własnej osi ku stronie prawej, gdy kleszcze zewnętrzne są nieruchomo utrzymywane ręką lewą. Po kilkunastorazowym obrocie zostają więzadła przerwane, poczem roztworzywszy chwytники kleszczy zewnętrznych, wyjmuje się z pochwy narzędzie wraz z ukręconym jajnikiem zawieszonym pomiędzy chwytnikami kleszczy wewnętrznych.

Ukręcenie drugiego (lewego) jajnika, po oczyszczeniu wyjątego narzędzia i ręki, skutecznia się zupełnie w taki sam sposób, z tą tylko różnicą, że kleszcze wewnętrzne nie ku pra-

wój lecz ku lewej obracają się stronie. Po wydaleniu drugiego jajnika wygarnia się z pochwy krew tam nakapaną, na czem operacya ukończoną zostaje.

Obchodzenie się z krową po operacyi.

Operowane zwierzę umieszcza się w miejscu wygodném, spokojném, i na obfitej podścielce. Jest ono zwykle w dniu operacyi smutne i przez kilka godzin pokarmu wcale nie przyjmuje. Gdyby jednak okazało chęć do jadła, można mu dać dobrze osolone poilo z otrąb i nieco mąki. Jeżeli kastratka przed operacyą była wydojoną, w takim razie ma najczęściej jakiś czas po niej wymię suche; skoro się jednak pokaże w wymieniu mleko, należy je w zwykłych godzinach wydajać, nie używając go wszakże z pierwszych dwóch lub trzech dni po operacyi na pokarm dla ludzi, gdyż lubo pozornie nie jest zmienioném, nie posiada jednak właściwych przymiotów, warzy się i wzbudza u psów wymioty.

Dnia trzeciego powstaje czasami lekka gorączka; puls w takim razie jest przyspieszony i twardszy, a zwierzę niespokojne, oddaje uryny mało, kał zaś albo zupełnie jest wstrzymany albo wydziela się rzadko, w małej ilości i twardy. W tym przypadku dawanie poila letniego, solonego lub zakwaszonego octem, albo przy zatrzymaniu kału stosownej dozy soli glauberskiej na rozwolnienie, bywa dostateczném. Gdyby wszakże gorączka była znaczniejszą, należy silnym sztukom upnszczać stosownie do ich wielkości i ciało-składu odpowiednią ilość krwi, a wewnątrz daje się saletra, sól glauberska lub inna jaka rozwalniająca, najlepiej rozpuszczona w odwarze siemienia lnianego. Dobrze nadto działają lawatywy wypróżniające кишки. Silniejsza gorączka zdrza się w ogóle rzadko, lekka zaś przy stosowném postępowaniu rychło usunąć się daje. Najczęściej staje się zwierzę na 3 lub 4 dzień po operacyi coraz weselszém, odzyskuje apetyt i przeżuwanie, mleko wydzielające się w coraz znaczniejszej ilości,

nabiera téż właściwych sobie przymiotów. Objawy te zaś, będąc dowodem powrotu do zdrowia, wskazują potrzebę powiększania pokarmu, którego jednak do dnia 6 lub 7 w małych ilościach, ale za to częściej dawać wypada; następnie zwierzę za zupełnie zdrowe uważać i jako z takim obchodzić się z nim można.

Wypadki nadzwyczajne podczas i po operacyi.

Do ważniejszych niepomysłnych wypadków przy kastracyi zaliczamy następujące:

1) Powiększenie i przeistoczenie jajników. Nieprawidłowość ta zależy najczęściej na utworzeniu się w jajnikach torbieli (cyst), które zwykle nad powierzchnią jajnika mniej więcej znacznie sterczą. W takim razie należy się starać dobrze ująć jajnik za więzadła i wprowadzić go ostrożnie do pochwy. Nacisk bowiem wywarty nań mógłby spowodować pęknięcie torbiela, wylanie zawartości jego do jamy brzusznej i następne złe skutki.

2) U krów starych zdarza się, lubo dość rzadko, że w skutek szczególnego przeistoczenia przerywają się naczynia przed należytym ich skręceniem i przez to po oddaleniu jajnika następuje krwotok śmiercią grożący. Przewidując taki wypadek, przy którym więzadła okazują się być wątłemi, należy dla zapobieżenia złemu zwolna i uważnie wprowadzać jajniki do pochwy, a samo ukręcanie odbywać z wielką ostrożnością. Gdyby jednak pomimo tego nastąpił krwotok, lepiej w takim przypadku zwierzę przeznaczyć na konsumcyą, niż czekać na niepewne krwotoku zejście:

3) Niekiedy powstaje po operacyi zapalenie otrzewnej (peritonitis), albo macicy (metritis), lub pochwy (colpitis). Wypadki te, rzadko wprawdzie zdarzające się, bywają zwykle skutkiem błędu podczas operacyi popełnionego, a zapalenie otrze-

wniej jest najczęściej spowodowane przez dostanie się powietrza atmosferycznego do jamy brzusznej. Dla uniknięcia tego rodzaju niepomysłnych wypadków zaleca się umiejętne wykonanie operacji i staranne zasłonięcie szczeliny rodnicowej podczas operacji, aby powietrze nie mogło się łatwo dostać do wewnątrz. Leczenie zaś wspomnianych chorób gdyby miało być przedsięwzięte, stosowane być winno podług właściwych zasad terapii.

IV.

POSIEDZENIA

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.

(Prezyduje Kol. K u l e s z a).

Posiedzenie 12-te, dnia 2-go Lipca 1861 r.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia:

P r e z e s powitał przybyłych nowo obranych na przesłém posiedzeniu Członków Towarzystwa.

Złożono nadesłany od p. Xawerego Jasińskiego rękopism p. n. „O różnicy optyczno-patologicznej, jaka zachodzi między zaciemniałościami rogówki a wysiękami źrenicznymi”. Sprawozdanie z tego rękopismu przedstawi Kolega J o d k o - N a r k i e w i c z.

Kol. Z i m m e r m a n n ofiarował do biblioteki Towarzystwa: 1) Anatomią Krysztofa v. H e l l w i g z pouczającymi drzeworytami wydaną w Lipsku r. 1774 w języku niemieckim. 2) Dra J. Ern. H e b e n s t r e i t Fizyologią i Patologią w wierszu łacińskim p. n. „De homine sano et aegroto carmen”. Lipsk, 1753.

Kol. Ś c i b o r o w s k i opowiedział przypadek skołowacenia (tetanus) w Szpitalu Willanowskim śmiercią zakończono-

ny. Powodem było ukąszenie chorego przez konia w łokieć. Scisk szczękowy (trismus), jako pierwszy objaw choroby, pokazał się w cztery tygodnie po tym przypadku, przed zupełnym jeszcze zagojeniem rany, która z początku zaniedbana, później skutkiem użycia stosownego opatrunku oczyściła się i przedstawiała dobre wejście. Gdy makowiec, atropina użyta wewnątrz i zewnątrz (endermatycznie, po przystawieniu weżykatoryi) i t. p. środki w ciągu trzech dni żadnego nie sprawiły polepszenia, Kolega postanowił wyciąć bliźnię i ranę na łokciu nożem. W celu wykonania téj operacji zachloroformowano chorego, którego na czas trwania odurzenia tężce wprowadzić zupełnie opuściły, atoli później z większą jeszcze powróciły mocą. Chory nazajutrz życie zakończył. Przy dokonanej sekcji Kolega godnym uwagi znalazł stężenie rdzenia przedłużonego jak nie mniej węzła czaszkowego.

Kol. Ł u c z k i e w i c z opowiedział dwa przypadki nagłe przebiegającego cierpienia mózgu u dwojga dzieci w wieku lat czterech i sześciu, w jednej rodzinie, zakończone śmiercią. Choroba objawiła się w obu razach silnym i nagłym bólem głowy, wymiotami przy wstrzymaniu wypróżnień stolcowych, znaczną gorączką, drgawkami, nieprzytomnością, sennością. Pierwsze z dzieci zmarło trzeciego dnia, po zadaniu przez przywołanego lekarza środka wymiotnego w początku choroby. Do drugiego przyzwany Kolega zdołał przystawieniem pijawek za uszy, zastosowaniem środków odciągających, tudzież zadaniem kalomelu z jalapą chwilowe tylko spowodować polepszenie, gdyż i tu na trzeci dzień choroby śmierć nastąpiła. Oprócz powyżej wymienionych przypadłości dziecię uskarżało się na lekki ból gardła i miało błonę śluzową przełyku nieco zaczerwienioną. Powodów choroby nie mógł Kolega wysledzić. Przypuszcza przez wyłączenie raczej niż na zasadzie stanowczych dowodów wpływ insolacji.

P r e z e s przypuszcza wpływ złośliwej zimnicy, a Kol. C h w a t przytacza przypadki zimnic w r. 1855 obserwowanych w Chersonie z podobnym przebiegiem.

Kol. Ł u c z k i e w i c z wyłącza zimnicę z powodu bra-

ku znaków chorobę tę cechujących, a mianowicie obrzmienia śledziony i śladów intermissey.

Kol. Helbich przyjmując jako powód tak gwałtownej choroby u dwojga dzieci w jednej rodzinie zakażenie krwi, któremu wspólnie uległy, widzi tu prawdopodobieństwo choroby erupcyjnej, a mianowicie skarlatyny, za którą przemawia wielkie natężenie gorączki i ból gardła lubo mniej znaczny.

Kol. Helbich zwraca uwagę na dwa przypadki śmierci wydarzone w tym roku u ludzi pracujących przy budowie nowego mostu na Wiśle, pod wielkiem ciśnieniem (trzech atmosfer dochodzącem) nabijanego w też cylindry, celem wypchnięcia z nich wody, powietrza. Niebezpieczeństwo grozi robotnikom mianowicie w chwili zbyt nagłego wyjścia z cylindrów, przyczem uledez mogą krwawemu zalewowi, mianowicie płuc i t. p. (jak to sekcyja w pomienionych dwóch przypadkach dopełniona wykazała), zwłaszcza jeżeli krwiste ich naczynia są kruche, skutkiem np. poprzedniego nadużycia trunków.

Kol. Sekretarz stały objaśnia to niebezpieczeństwo jako skutek zgęszczenia pod znacznem ciśnieniem w cylindrach powietrza w krwi rozpuszczonego, którego przeżenie nie zrównoważone, przy zbyt nagłym wyjściu robotników ze wspomnianych cylindrów ciśnieniem powietrza zewnętrznego, naczynia nagle rozpręża i o uszkodzenie może łatwo przyprowadzić.

Prezes zwraca uwagę na panujące w obecnej porze letniej cierpienia kataralne przewodu pokarmowego, z mniej lub więcej gwałtownym przebiegiem, a Kol. Libchen naznacza jako zwykłą przyczynę powodową podobnych cierpień uchybienia w dyecie, a głównie wpływ niestrawionych pokarmów, po których usunięciu za pomocą środków wypróżniających, mianowicie wymiotnych, choroba wprędce usunąć się daje. Kolega opisuje trzy przypadki z własnej praktyki dla objaśnienia swoich twierdzeń.

Posiedzenie 13-te, dnia 16-go Lipca 1861 roku.

Obecny jako gość p. Majkowski z Grójca.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Złożono korespondencją osobistą od prof. Szymańskiego z Helsingfors Członka korespondenta Towarzystwa.

Kol. Janikowski przedstawił nadesłany przez p. Alexandra Korewę z Wilna, Członka Ces. Towarz. Lek. Wileńskiego, rękopism p. n. „Aforyzmy z filozofii lekarskiej” wraz z załączonym opisem biegu życia autora, którego wspólnie z Prezesem przedstawia na Członka korespondenta Towarzystwa.

Kol. Rosenblum odczytał opis choroby mężczyzny czterdziestokilkuletniego, który przed dziesięcią laty uległ zarazie wenerycznej, a przed rokiem zaczął doznawać napadów padaczkowych. Zastosowanie wcierań merkuryalnych metodą Rust'a uwolniło tego chorego od przypadłości trzecioowych choroby syfilitycznej, któremi był dotknięty, a z niemi razem ustała i padaczka tak, iż chory ten, który poprzednio oprócz innych przetworów, niedość wprowadzie systematycznie zastosowanych, bez skutku używał jodku potasu, teraz dopiero do zupełnego i czerstwiejszego jak dawniej zdrowia powrócił.

Kol. Helbich przytacza inny przykład porażenia, wyleczonego przez wcierania merkuryalne, zastosowane z powodu podejrzenia dyskrazyi syfilitycznej. W przypadku tym, zarówno jak w opisanym przez Kolegę Rosenbluma, wraz z utraconą władzą w kończynach powróciła ntracona oddawna rzeźwość i czerstwe wejrzenie; a Kol. Janikowski cytuje jeszcze inny przykład na dowód, jak skutecznie wspomniona metoda leczenia znosi, wraz z innemi przypadłościami choroby syfilitycznej, cherłactwo, wzmacnia upadłą reprodukcją, a ludziom wątłym, chorowitym powraca czerstwość i siły wiekowi ich właściwe.

Kol. Rosenblum zwraca uwagę, że właśnie złe wej-

rzenie czyli cherłactwo (tak zwana blednica syfilityczna), a obok tego obecność gruczołów, mianowicie w pachwinach i na karku, stanowić zwykły główny dowód niewyleczonej dyskrazji. Z pomiędzy środków przeciw dyskrazji zalecanych, tak zwane frykcyje (wcierania maści szarej) w najkrótszym czasie usuwać zwykły obrzmienie gruczołów. W drugiej linii stoi pod tym względem jodek rtęci, w następnej kwasorodnik czerwony, sublimat zaś z przetworów rtęci ostatnie zajmuje miejsce. Odnosnie do przypadku cytowanego przez Kol. Helbicha, Kolega opowiada inny przykład porażenia syfilitycznego wyleczonego za pomocą jodku potasu w wielkich działkach.

Kol. Pawlikowski uważa jodek potasu jako środek pewny przeciw przypadłościom trzeciomym w tych przypadkach, gdzie poprzedziło systematyczne zastosowanie jednego z przetworów rtęci. Kolega opiera się w tym względzie na zdaniu syfilidologów francuzkich, a mianowicie pp. Nélaton, Notta, Buisson.

Kol. Rosenblum oświadcza, iż z korzyścią w kilku przypadkach łączył użycie jodku potasu z wcieraniami merkuryalnemi.

WIADOMOŚCI Z CZASOPISMÓW ZAGRANICZNYCH.

Sprawozdawca Wł. Ściborowski.

Budowa jajnika.

Podług zdania powszechnie przyjętego, jajniki zwierząt ssących składają się z podścieliska (*stroma*) tkanki łącznej, zaopatrzonego w naczynia krwiste i nerwy, w którym leżą większe i mniejsze pęcherzyki (*Graaf'a*). Każdy z nich mieści w sobie jajka osłonięte warstewką komórkową, która jako *membrana granulosa* wysięla wewnętrzną powierzchnię pęcherzyków i obejmuje jamkę napełnioną cieczą zwaną: *liquor folliculi*.

Dr. E. Pflüger, prof. w Bonu, po licznych badaniach i spostrzeżeniach, podaje pod tym względem twierdzenia różniące się od zdania powszechnie przyjętego.

Podług Pfl. jajniki zwierząt ssących składają się z wielkiej liczby rurek; należą zatem do gruczołów cewkowatych podobnie jak u samców jądra. Grubość ceweczek, tak u rozmaitych rodzajów zwierząt jako też u jednego i tegoż samego rodzaju, a nawet zwierzęcia, nie jest jednakową; grubsze mogą być gołym okiem dostrzeżonemi, drobniejsze najłatwiej widzieć się dają pod drobnowidzem; w tych można odróżnić: nabłonek z jądrami komórkowatemi, otaczający kanał pró-

zny wzdłuż cewki przebiegający. Niektóre komórki nabłonkowe wystają w przewód, zewnętrzne zaś ich powierzchnie tworzą linią prostą, albo lekko zagiętą, ograniczającą cewki. Po dodaniu kwasu octowego zarys ten w postaci ciemnej linii, odpowiadającej błonie właściwej (*membrana propria*), staje się tym wyraźniejszym.

Wewnątrz tych przewodów powstają pęcherzyki Graafa, i to albo po kilka razem jak w większych przewodach, albo jak w mniejszych pojedynczo. Kiedy przewód zawierający w sobie nabłonek nie jest jeszcze zniszczonym w skutek wzrostu pęcherzyków, ostatnie mają w sobie błonę ziarnistą wraz z błoną właściwą, jako też pęcherzyk zarodkowy, mieszczący w sobie ciało jądrowe i często pokazujący ciemniejszą obwódkę jako zarodek żółtka. Przy powstawaniu pęcherzyków Graafa na cewkach odosobnionych można widzieć, jak w jednym miejscu pęcherzyki będą zupełnie rozwinięte, dalej inne mało co rozwinięte, a nawet niekiedy maleńkie pęcherzyki zaledwo jąderko pokazujące. Stosownie do tego cewka nie wszędzie jest równiej grubości: gdzie jajeczka są większe i liczniejsze, tam cewka jest grubsza i przeciwnie; w tych miejscach każdemu pęcherzykowi przylegającemu do ściany przewodu odpowiada brzuszkowate wypchnięcie ścian cewki na zewn., a troskliwe uważanie cewek odosobnionych w różnych położeniach przekonywa, że pęcherzyki rzeczywiście w ich wnętrzu się wytwarzają.

Cewki takie Pfl. znajdował nie tylko u zwierząt młodych ale i u dorosłych; szukając ich u zwierząt należących do różnych rodzajów, u każdego je znajdował.

Dla czego budowa tak uważanych narzędzi dotychczas należycie poznana nie została, powodu szukać należy w trudności poszukiwań, w niestosownym wyborze zwierząt albo też niewłaściwym sposobie badania. Bliższe szczegóły obiecuje autor podać w obszerniejszej rozprawie mającej zawierać historią rozwoju jaja zwierząt ssących i pęcherzyków Graafa.

(Allgemeine medicinische Central-Ztg. 1861, N. 42).

Obecność ropy w powietrzu.

Dr E i s e l t z Pragi w jednym z ostatnich uumerów czasopisma p. t. *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte*, zamieścił spostrzeżenie, które zasługuje na bliższą uwagę i staranne zbadanie, czy się okaże być prawdziwém.

Drowi E. (jak podaje) udało się wykazać ropę w powietrzu izby, w której znajdowała się większa liczba dzieci cierpiących na zapalenie oczu.

Przeciągając przez powietrze właściwe narzędzie opatrzone w przyrząd służący do zbierania stałych cząstek, choćby najdrobniejszych, w powietrzu się unoszących, ostatnie badał za pomocą drobnowidza. W ten sposób dostrzegł komórki odznaczające się, jakie w cieczy ropnej się znajdują. Spostrzeżenia P o u c h e t'a dawniej już wykazały w powietrzu obecność innych części stałych.

Ważność spostrzeżenia E i s e l t'a (jeżeli się okaże być prawdziwém) jest znakomitą dla medycyny; w ten sposób bowiem dałaby się wyjaśnić zaraźliwość wielu chorób i dostarczyłoby się dowodu, dla czego powietrze w izbach szpitalnych przepełnionych choremi, mniej czysto utrzymywanych, albo nie wietrzonych starannie, staje się tak szkodliwém dla chorych i przyczynia się nie tylko do pogorszenia stanu chorób już obecnych, ale i inne wywołuje. W ten sposób najlepiej możnaby wytłumaczyć powstawanie zgorzeli szpitalnej (*gangraena nosocomialis*).

O o z o n i e.

Na jedném z posiedzeń Londyńskiego Towarzystwa chemicznego, nie dawno odbytém, czytał p. H o m i d g e rozprawę: *O ozonie, jego rodzie i własnościach*, zawierającą wiele szczegółów bardzo zajmujących, z której podajemy niektóre wyciągi. Ozon powstaje w skutek wpływu działaczy elektrycznych

(tak przez tarcie jako i galwanizm), przez wpływ promieni słońca na tlen, przez parowanie i wydech roślin. Zgodnie z Schönbain'em uważa Homidge ozon jako tlen odmiennie-postaciowy (allotropiczny) albo ujemnie polaryzowany, będący odwrotnym stanem tlenu dodatniego, który nazywa *autozonem*. Z tych dwóch postaci powstają dwie kategorie nadtlenuków (hyperoxyd). Nadtlenki wodoru, alkaliów i ziem alkalicznych zawierają autozon; nadtlenki niektórych kruszczów, ozon. Teorią swoją wyjaśnił H. przez doświadczenie b. nauczające, t. j. wzajemny rozkład nadmanganianu potażu i nadtlenu wodoru, przy wydobywaniu się tlenu. Podług wszelkiego do prawdy podobieństwa powstawaniu ozonu towarzyszy wydzielanie autozonu; zkąd wykazuje się niepodobieństwo zozonizowania tlenu w większej ilości, gdyż między ozonem i autozonem istnieje znakomita dążność do łączenia się.

Zwykłe ozonometry są niedostateczne; najlepszym odczynnikiem dla wykazania ilości ozonu jest uwolnienie potasu czystego z jodku potasu przez działanie ozonu.

Krew mieszana z ozonem czernieje w przeciągu pary godzin, utlenia się zupełnie i zawiera mało co albo nawet wcale nie zawiera istot organicznych. Jedyne wypadki podobnego postępowania są: gaz kwas węglany i wodór; nie wiadomo co się dzieje z azotem. Czernienie zdaje się być pierwszym dowodem rozkładu. Przemiana krwi tętniczej na żylną w ustroju odbywa się zapewne w sposób podobny. Potrzeba jednak dowodu, czy w istocie taki rozkład z wydobywaniem się ozonu w ciele ma miejsce jako wypadek sprawy, przez którą ciała krwi działają odżywiająco. Na inne istoty ustrojowe ozon nie wywiera podobnego działania, jak na krew; białko i siarczek ulegają rozkładowi, ale w części tylko; na istoty wydzielane, jak żółć (o ile jest wolną od śluzu), tłuszcz, barwik, mocznik, allatoin, alloxan, kreatin, ozon żadnego wpływu nie wywiera, toż samo na włóknik, galaretę i cukier (lubo te już w ustroju ulegają rozkładowi).

Działanie ozonu utleniające tak silne stawia go w rzędzie środków desinfekcyjnych.

Thompson zwraca uwagę, że ozon zmniejsza liczbę uderzeń tętna; ztąd zaleca jego zastosowanie u suchotników. W 20 przypadkach suchot, w których tran rybi zoonizowany zadawano chorym w ilości 2 do 4 drachm 2 razy na dzień, po ośmiudniowym użyciu u 11-tu tętno spadło blisko o 20 uderzeń w minucie, u 4-ch o 10 przeszło; w 7-miu przypadkach, w których dawano wodę zoonizowaną, u 3-ch spadło o 20 uderzeń, u 3-ch o 10. Thompson mniema, że ozon pod tym względem zasługuje na pierwszeństwo przed naparstnicą, gdyż na serce nie działa przytłumiająco, lecz wzmacniająco. Th. nie zgadza się na przypuszczenie, jakoby ozon miał być wyższym stopniem utlenienia wodoru, gdyż nadtlenek wodoru, którego używał u chorych, nie wywierał żadnego skutku, a nawet pomnażał liczbę uderzeń tętna.

(Allgemeine med. Central-Ztg. 1861, N. 39).

Uwagi nad odchodami połogowymi.

Wydział lekarski w Heidelbergu ogłosił konkurs na rozprawę o fizyologicznym stanie odchodów połogowych (*lochia*). Nagrodę otrzymała rozprawa kand. med. W e r t h e i m e r'a, której główne wypadki są następujące:

1.) Bezpośrednio po ukończonym porodzie przez kilka godzin, a nawet przez dzień cały niekiedy, odpływ z części rodnych jest czysto krwisty ze skrzeplinami włóknikowemi.

2.) Później po odejściu łożyska wydziela z pochwy się ciecz surowicza zawierająca mniej lub więcej śluzu, który w cieczy pozostawionej w naczyniu wraz z ciałkami krwi opada na dno, tworząc osad ciągnący się. Ciecz surowicza w miarę większej lub mniejszej ilości ciałek krwi jest ciemno lub jasno czerwoną (*lochia rubra v. cruenta*) albo też blado-

czerwoną, podobną do wody z mięsa (lochia serosa); pierwsze odchodzą zwykle przez pierwszych 2 lub 3 dni, drugie przez parę dni następnych, niekiedy aż do piątego. W cieczy téj znajduje się wiele strzępków; oddziaływa ona alkalicznie i posiada woń właściwą mdlą; pod drobnowidzem pokazują się ciałka krwi, nabłonki eliptyczne i wielokątne, ciałka słuzowe i ziarnkowate. Rozbiór chemiczny wykazuje białko, służnik (*Mucin*), tłuszcz zmydlający się, chlorki, fosforany alkaliczne, żelazo i sole wapienne.

3.) Od 5 do 7 lub 10 dnia wydzielina jest więcej surowiczą; ciałek krwi jest coraz mniej i od dnia do dnia zmniejszają się, oraz postać ich się zmienia, brzegi stają się nierówne i bledną, za to pod drobnowidzem pokazują się coraz w większej ilości ciałka ropne, wydzielina nabiera barwy brudno-brunatnej, żółtej, białawej lub szarej, oddziaływa obojętnie i posiada zapach niemiły; prócz tego znajdują się w niej nabłonki, ziarnka i kulki tłuszczowe.

4.) Od 8 — 9 dnia aż do końca wydzielania odchody są jednakowe (jeżeli nowy krwotok nie nastąpił); wyglądają zielonawo, żółto-białawo lub szaro, gęstości śmietanowatę; oddziaływają kwaśno lub obojętnie; pod drobnowidzem najwięcej pokazuje się ciałek ropnych, mniej zaś nabłonek i te są po większej części okrągłe, większe lub mniejsze.

5.) Kwas lotny tam tylko dał się wykazać, gdzie oddziaływanie było mocno kwaśne.

6.) Ciał rozkładowych, jak ammoniak i fosforany zasadowe W. wcale nie znalazł, również i wywieźywania się gazu siarkowodorowego nie uważał.

7.) Skrzepy włóknikowe wtedy tylko znajdują się, jeżeli krwotok świeży nastąpił.

8.) Od 4 lub 5 dnia woń właściwa niemiła stale się objawia.

9.) Nabłonek walcowatych i migotnych w odchodach połogowych W. wcale nie widział.

10.) Do części składowych przypadkowych należy *trichomonas vaginalis*, który jako podobny do owych nabłonek, zapewne za nie był brany.

11.) Ciałka krwi giną w odchodach czasem b. wcześniej, kiedy indziej późno, gdyż dopiero około 12-go dnia.

(Virchow's Archiv, XXI, 3, 1861).

O wzroście kości długich.

Pytanie co do wzrostu kości długich u ludzi młodych, po resekcjach i amputacjach, należące do najważniejszych i rzucających światło, kiedy i jak te operacye wykonywać, dotychczas jeszcze rozwiązaniem nie zostało. Ollier, któremu wiele pięknych spostrzeżeń pod tym względem zawdzięczamy, robił liczne doświadczenia na zwierzętach, dla przekonania się, czy oba końce kości długiej w równym stopniu rosną, albo czy utrata jednego końca szkodliwszą jest niżli drugiego; czy wreszcie rozmaite resekcye w jednakowy sposób przeszkadzają rozwijaniu się kończyn.

Jako wypadek licznych spostrzeżeń pokazało się, że kończyny górne i dolne zostają pod tym względem w stosunku odwrotnym; gdy bowiem w kończynach górnych wzrost końców kości odleglejszych od stawu łokciowego jest mocniejszy niżli przytykających do tegoż, to w kończynach dolnych wzrost końców składających staw kolanowy mocniejszym jest niżli oddalonych od tegoż. W pierwszej chwili uderza to, że szybszy wzrost właśnie ma miejsce na tych końcach, gdzie spojenie przyrostków jest opóźnionem; ale jednak sama ta okoliczność rzeczy nie wyjaśnia, gdyż podany stosunek udziału kości różnych we wzroście jest tenże sam od urodzenia. Kierunek otworku odżywczego (*foramen nutritium*) podług spostrzeżeń Olliera nie wywiera żadnego wpływu na wzrost wspomniony. Wypadki podane są bardzo ważnemi ze względu na resekcję, przekonując, że odjęcie różnych końców stawowych nie w jedna-

kowy sposób przeszkadza rozwojowi kończyny; odjęcie końca stawowego w stawie łokciowym nie tyle zaszkodzi późniejszemu rozwojowi kończyny, jak odjęcie końca stawowego kości w kolanie, gdzie właśnie wzrost postępuje od dolnego końca kości udowej, a górnego goleniowej.

(Gazette des hôpitaux, 1861, Nr. 15).

Zachowanie się nerwów w naroślach rakowatych.

Prof. B u s c h z Bonn podaje spostrzeżenie raka wargi, przy którym u chorego z jednej i drugiej strony guza czuć było w wardze okrągłe jakby wałeczki. Po wycięciu badania przekonało, że owemi wałeczkami były nerwy bródkowe, które zaraz po wyjściu z otworków kości tworzyły nabrzmienie, jakie i na drobniejszych gałązkach się pokazywało. Drobnowidz wykazał, że owo nabrzmienie powstało skutkiem nagromadzenia komórek właściwych rakowi nabłonkowemu i znajdujących się w tkance łącznej nerwu. Zasługuje na uwagę, że owa zmiana w nerwie nie wywołała za życia innych objawów i że zajęcie nerwu rozciągało się prawie trzy razy tak daleko jak sam guz, podczas kiedy inne części miękkie, w których nerw się znajdował, pozostały jeszcze zdrowymi zupełnie. Ciekawy ten objaw, na znaczną liczbę raków wargowych jakie corocznie tam się zdarzają, jeden raz tylko był uważanym.

(Allg. med. Centr.-Ztg. 1861, 8 Juni).

VI.

OGŁOSZENIE

CESARSKO-KRÓLEWSKIĘJ WARSZAW. MEDYKO-CHIRURGICZNĘJ
AKADEMII.

CESARSKO-KRÓLEWSKA *Warszawska Medyko-Chirurgiczna Akademia* niniejszém zawiadamia, że z dniem (19 Września) 1 Października r. b. rozpoczęte zostaną egzamina:

A.) Na stopnie lekarskie:

1^o *Naukowo-praktyczne:*

a.) Lekarza; b.) Doktora Medycyny; c.) Doktora Medycyny i Chirurgii;

2^o *Naukowo służbowe:*

a.) Lekarza Powiatu; b.) Lekarza Miejskiego; c.) Akuszerza Miejskiego i Akuszerza Członka Urzędu Lekarskiego; d.) Inspektora Urzędu Lekarskiego;

3^o *Specyalne praktyczne:*

a.) Dentysty; b.) Akuszerki.

B.) Farmaceutyczne:

a.) Pomocnika Aptekarskiego; b.) Prowizora; c.) Magistra Farmacyi.

Kandydaci z podaniami zgłaszać się winni do Kancellaryi Akademii.

Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

w Druk. K. Kowalewskiego.

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIRZ DYBEK.

SERYA III.—TOM IV.

Poszyt V. — Dnia 15 Września.

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI.



WARSZAWA.

Nakładem księgarni J. KAUFMANN i Sp.
przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

—
1861.

PAWIŁNIK
TOWARZYSTWA LEXARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY
Za upoważnieniem Rady

REDAKTOR GŁÓWNY
WŁODZIMIERZ DYBKA

WYDAWANY
Tom IV
Leczenie K. — Dnia 15 Wiosna

OGÓLNEGO KSIĘGOWNICTWA TOM XLIV

WARSZAWA

Wydawnictwo Księgarni J. KAWCZAKA
ul. Krakowska-Przedmieście, Nr 412 (1)

1881

alc. 188/52/45



■.

SŁOWO O OPERACYACH WCIELONYCH DO OKULISTYKI W CIĄGU LAT OSTATNICH.

NAPISAŁ

Xawery Jasiński.

W ostatnich pięciu do sześciu latach pole działania operacyjnego w oftalmiatryce rozleglejszém się stało, jużto że całkiem nowe wynaleziono sposoby operowania, już też że dotąd znanym naznaczono obszerniejsze wskazania. W rezultacie na jedno to prawie wychodzi, czy się operuje w sposób świeży, czy dawny, a przybytkiem zawsze dla postępu nauki zostanie, że przystępujemy w takich przypadkach do czynnego działania, które dawniej miano za stracone, a więc granicę sztuki posuwamy dalej. Przybytek ten zaś tém bardziej jest nowością w sztuce operacyjnej, że stosownie do odmiennego wskazania odmienną używamy metody i tym sposobem tworzymy modyfikacją znanego już sposobu.

Mam tu na myśli *irydektomię* i *paracentezę* oka. Pierwszą, czyli raczej *iridotomię* wykonywano bardzo

dawno temu, bo myśl do niej powziął lekarz Jakóba II, Thomas Woolhouse, a uczeń jego Ch es el den dwa swoje przypadki r. 1728 opisał. Odtąd Heuermann, Beer, Mannoir, Guérin, Janin byli jój korektorami. Iridektomią wprowadził W en z e l r. 1780, a S a b a t i e r, Beer, Benedict, F i s c h e r zajęli się jój wykształceniem. Spostrzeżenie dobrowolnej *koremorfozy* przez naturę wykonanej, przez oderwanie tęczówki od kółka rzęskowego, naprowadziło Adama S c h m i d t'a w Wiedniu i A. S c a r p e w Pawii na *irydodialyzę*, ulepszaną przez H i m l y i B e e r a. Wszakże ani te różne encheirezy, wraz z innemi jak: *iridoencleisis* Langenbeck'a, *iridectomedialysis* Assalini'ego, *iridoparelkysis* albo *iridorhexis* Desmarr'a, ani téż skomplikowane do nich narzędzia jak: *coreoncion* Langenbeck'a i Graefe'go *iriankistron*, W ag n e r'a *Staarnadelzange*, E m d e n a *rhphiankistron*, G e i g e r'a *Lanzenhaken* i naszego Nestora—Nowickiego *labidobelonankistron* opisane razem i wyobrażone w akiurgii B l a s i n s'a (XVII, 47, — G, 2) nie wywarły tak przeważnego wpływu na przyszłość operacyi samój, jako téż oftalmiatryki, jak wskazania nowe do jój wykonania. Wskazaniami dawnemi były: bielma zasłaniające źrenicę rogówki; zamknięcie proste źrenicy, katarakta przyrośnięta, przednie synechie z przeciągniętą albo zupełnie zamkniętą źrenicą, *staphylomata* częściowe i całkowite, *kerectasia conica*. Widzimy, że to są wszystko procesy ubiegłe, zadaniem zaś przy nich przywrócić wzrok na operowaném oku. Do tego dodał G r a e f e r. 1855 kataraktę warstwową (*Schichtstaar*), stałe za-

ciemniałości jądra soczewki i centralne zaciemki torebkowe, które nie kwalifikując się do żadnej z operacyj katarakt właściwych, przemawiają raczej stanowczo za krwawém rozszerzeniem źrenicy, zostawiając zaciemek samemu sobie; dalej obszerne ropienie rogówki bez względu, czy towarzyszy mu *Iritis*, czy nie, skoro tylko grozi niebezpieczeństwo utraty źrenicy. We wszystkich tych razach przeznaczenie *iredetomii* jest miejscowe i mechaniczne, mające na celu otworzyć promieniom światła wzbroniony przystęp do oka; dla tego policzmy tu także zwężenie nadnaturalne źrenicy (*myosis*). Do tych wskazań, tworzących naturalną grupę, przybyła teraz klasa druga, gdzie chodzi o zatamowanie irytacyi naczyńiówki wraz z błoną tęczową i kółkiem rzęskowém, które tworzą anatomiczną całość opisywaną pod nazwą błony jagodowej (*tunica uvea*). Tu należą: *a*) synechie tylne, bądź to z przeciętą od komórki tylnej źrenicą, bądź téż bez tego (zwracam tu uwagę, że przestrzegać należy ściśle różnicy między źrenicą osłoniętą, gdzie wysięk znosi zupełnie otwór kolistych (*membrana obturatoria*), a między źrenicą odciętą od komórki tylnej, tak iż otwór istnieje, ale obwód jego przyrośnięty przecina komunikacyą między obiema komórkami); *b*) Sama irytacya błony jagodowej odznaczająca się tak właściwemi sobie przypadłościami, iż jej niepoznać trudno; *c*) Wysięki surowicze, będące już produktami zapalenia; *d*) Okres zapowiedni zapalenia kapilarnego tęczówki, aby nie dopuścić zapalenia miąższu tęczy; *e*) Chroniczna forma zapalenia więzu grzebieniastego (*ligamentum iridis pectinatum*); *f*) Wszelkie przypadki, gdzie tęczówka przyduszona,

przygnieciona, lub w jakikolwiek sposób zostaje pod wpływem mechanicznego ucisku, jako to: jeżeli w skutek rozwarcia torebki czy to sztucznego, czy traumatycznego soczewka się nadyma, jeżeli obce ciała tkwią w tęczy, jeżeli soczewka wyrugowana z swego miejsca, jeżeli tęcza po nieregularném cięciu przy ekstrakcyi przyrosła częściowo do blizny na rogówce; g) Nareszcie ma ona być użytą zapobiegawczo przeciw niechybnie zagrażającemu cierpieniu drugiego oka, znanemu pod nazwiskiem oftalmii sympatycznój, podczas kiedy proces na pierwotnie chorém oku jeszcze się odbywa, albo z utratą tegoż doszedł swego kresu, skoro tylko pojawiają się peryodyczne drażnienia na drugiem, i to bez zwłoki, nie czekając dopiero na tęczowe wysięki.

Trzecia klasa wskazań obejmuje te choroby, gdzie wzrok się zmniejsza lub ginie w skutek wzmagającego się nad miarę ciśnienia wewnętrznego oka, wywołanego przez osobny rodzaj zapalenia naczyńiówki zieloniakiem (glaucoma) zwany.

Modyfikacye jakim operacya stosownie do swego nowego przeznaczenia uległa, ściągają się najprzód do miejsca, gdzie ją zrobić należy. Przy katarakcie warstwowej albo centralnej torebkowej usiłować trzeba zrobić wycinek nie z obwodu, aby nowa źrenica nie stanęła naprzeciw krawędzi soczewki, która nieregularnie łamie światło; przeciwnie przy rogówce stożkowatej (cornea conica) na obwód się głównie spuszcza my. Powtóre co do metody: przegląd sumienny dotychczasowych metod odbył R o t h m u n d w swój krytycznej rozprawie: „Beiträge zur künstlichen Pupillenbildung” (München, 1855) i dochodzi do sądu, że czasby było wyrzec się w praktyce wszel-

kich innych wyszukanych sposobów wraz z do-
wcipnemi do nich narzędziami, skoro excyzya wszel-
kim wymagalnościom zadosyć uczynić zdoła i ca-
łą baczność zwrócić raczej na objętość przyszłej
żrenicy. Kiedy chodzi o dopuszczenie promieni
światła, mały otwór średnicy 1''' więcej przyno-
si użytku, chroniąc od rozpraszania i zbytniego ra-
żenia; przy całej zaś klassie drugiej i trzeciej wska-
zań duży wycinek nieodbicie jest potrzebny. Przy
zieloniaku nadto następne reguły uwzględnić nale-
ży, od których głównie zawisł ostateczny rezultat:
a) Rany winny być ile możności excentryczne tak, iż
zewnątrzna padnie na $1\frac{1}{2}'''$ w twardówkę, wewnętrzną
na samą granicę jęj z rogówką. W ten tylko sposób
da się wyjąć tęcza aż do swego przyczepienia rzęskowgo,
co jest warunkiem nieodzownym pomyślnego wypadku;
b) Wycinek winien być jak największy; w tym celu
użyć trzeba lancy szerokiej, albo téż zwyczajną posu-
nać daleko; im proces gwałtowniejszy, im wyraźniej
czuć się daje przemoc ciśnienia wewnętrznego, do tém
większej excyzyi jesteśmy uprawnieni. Niedopełnianie
tych warunków objaśnia nam różnicę, jaka w wy-
padkach badaczów umiających śledzić z subtelną by-
strością, a których sumiennność zresztą nie podlega
wątpliwości, zachodzi. I tak C o c c i u s przed nie-
dawnym czasem w rozprawie swojej: „Ueber Glaukom,
Entzündung und die Autopsie mit dem Augenspiegel”,
postawił twierdzenie, że proste wycięcie tęczy w chro-
nicznym zieloniaku prawie zawsze zawodzi, nawet
w rychłej wykonane epoce, i natomiast swoją *enclaisin*
polecił; G r a e f e przeciwnie przyznaje jęj ujemny
skutek tylko tam, gdzie się już zanik nerwu wzro-

kowego i scieżnienie widokreęu znachodzi. On tęż w kilku razach pierwszą operacyą, po której nie widział pomyślnego wpływu, poparł powtórnią, a kiedy bezpośreduio po niej zjawiska zieloniaku nie ustąpiły, wymagalność excozyi obszernęj i do samego obvodu tēm więkšej nabrała powagi.

Wyznać atoli trzeba, że nie łatwem jest odpowiednie temu założeniu. Przy owych to bowiem właśnie stopniach gwałtownych rzeczonej choroby znachodzimy rogówkę nieczulą, spłaszczoną, komórkę przednią scieżnioną, a źrenica szeroko rozwartą wąski tylko zostawia skraj tęczówki, nie przenoszący może 2 milimetrów; nadto ciśnienie potężne z głębi prze soczewkę naprzód i wtłacza w rozszerzoną źrenicę. I pod takimi to niepomyślnemi okolicznościami mamy wykonać jak największą w rogówce ranę i jak największy wycinek w tęczy. Jeżeli lancy nie zapuszczę po za obwód wewnętrzny tęczy, rana wypadnie za małą; jeżeli po za niego przekroczę, przy najdrobniejszym nieobliczonym ruchu oka obrażenie torebki jest nieuchronnem. Aby te trudności pokonać, Tröbelius w Petersburgu nową wynalazł encheirezę. Chcąc zadać rogówce doskonałe cięcie, a mimo tego nie dostać się za głęboko do komórki przedniej, naznaczam nożowi kierunek nie dośrodkowy, lecz dotyczny. Za narzędzie ma służyć jego *keratom*, czyli—*sklerotom*; jest to nożyk maleńki, cienki, na wzór noża ekstrakcyjnego Himlego, tylko że długi nie więcej nad 13 millm., a tam gdzie najszerszy, 2 mm. szeroki, i tworzy kąt 65° z trzonkiem, jak lanca, ztąd tęż go jak lancy używać można od strony nosa. Za pomocą tego narzędzia możemy na jakimkolwiek miejscu na granicy

rogówki albo w twardówce mały utworzyć płacik, robiąc w kierunku dotyczącej odcinek na obwodzie komórki przedniej. Przytrzymując oko oftalmostatem po stronie przeciwniej, utykamy keratom stromo, $\frac{1}{2}'''$ od brzoza rogówki w białkówkę; skoro koniec wniknął do komórki, posuwamy go w niej równolegle do tęczy, ale nie w kierunku dośrodkowym, do któregośmy przywykli, lecz ku górze lub ku dołowi, tak, że instrument w kształcie łuku przecina błonę twardą, ustawicznie trzymając się odległości $\frac{1}{2}'''$ od rogówki. Naówczas następuje z łatwością wypadnięcie tęczy, zapewne dla tego, że rany wewnętrzna i zewnętrzna są sobie równe, i nie potrzeba kleszczykami głęboko do komórki wnikać. Wykonanie, jak na fantomie przekonać się można, jest nietrudne, zabliznienie dobre. Technika ta wszakże ograniczać się winna tylko na zieloniak, bo gdzie indziej cięcie podłużne nie napotyka trudności i niebezpieczeństwem nie grozi, wycinku tak dużego nie potrzeba, komórka przednia nie jest za ciasna, soczewka w tym stopniu nie ogołocona od tęczy.

Przystępujemy teraz do nowego wynalazku, *korelysis* (Κόρη źrenica i Αίω odłączam), oderwania bezkrwawego brzoza źrenicznego od torebki soczewkowej. Operacja ta nie jest oryginalnym pomysłem o tyle, iż jako środek pomocniczy znaną i używaną już była przy zaciemkach przyrośniętych, zwłaszcza za czasów kiedy reklinacja kwitnęła. Streatfield opisał ją jako samodzielną r. 1857 w „Ophtalmic hospital reports etc” (October). Już Wenzel i Muter uczynili wniosek, przy katarakcie przyrośłej wsunąć po pierwszym akcie hak pod kątem prostym zagięty między torebkę

i brzeg źreniczny, oprowadzić go, przekreślić, rozłączyć tym sposobem przyrostki, poczem wziąć się do atrakeyi. Assalini toż samo zrobić radził igłą 4''' długą, płaską na przedzie i tępą. Sposoby te jako obłęd wyobraźni zupełnie ignorowano, mniemając, że podczas gdy źrenica przytwierdzona jest okrężnie, niepodobna przedostać się między złótowane z sobą części; a choćby przymocowaną była tylko miejscami, dotkliwość samego aktu pociągnęłaby za sobą zgubne niechybnie zapalenie tęczy. Podług ówczesnej nieświadomości co do obraźliwości tęczy sąd ten, na ostrożności oparty, był chwalebny. Dziś lubo przy nim obstawać nie możemy, operacyą w mowie będącą inny za to czekać będzie zarzut. Mamy tu bowiem przed sobą układ soczewkowy prawidłowy, którego chronić winniśmy.

Że zgubne recydywy zapaleń tęczy mają swe źródło w przyczepieniach tylnych, jest to jednym z dogmatów oftalmologicznych. Iritis z przyrostkami przysiadłemi tylko tu i owdzie, niekiedy tylko się wróci; liczne i szerokie przyrośnięcia, opierające się uporczywie sztucznemu rozszerzeniu źrenicy, prawie zawsze sprawiają, iż się wraca; bez wyjątku i niechybnie to nastąpi, skoro wysięk pozostawił przyrośnięcie tęczy tylne całkowite. Następujące w trop za owemi recydywami zapalenie naczyńki, zanik kuli oka, katarakta, tworzą sieć zagłady, w którą chwyta się oko, nie pozbywszy się owych na pozór niewinnych i stałych produktów. Wysięki gęste, zupełnie nie przeświecające na układzie soczewkowym, przy równocześnie przymocowanej źrenicy, są co do swego dioptrycznego skutku mniej wię-

cój podobnemi do zaciemniałości na rogówce, t. j. odcinając pewną ilość promieni, zniżają oświetlenie siatkówki, a ztąd niepewność pacjentów w oryentowaniu się przy zmroku i mdłym świetle. Wysięki zaś przeświecające szkodzą jeszcze w ten sposób, że łamią promienie w kierunku odmiennym od prawidłowego, a więc zamiast w punkt jeden sprowadzić, rozpraszają je na pewną powierzchnię; nadto na obraz ten i tak niewyraźny rozlewają jeszcze przez rozpraszanie promienie, które w zdrowym oku padają na część obwodową siatkówki. Wystawić więc sobie musimy w oku jakoby obraz ciemny, niewyraźny i jakby warstwą gazową pokryty. Dalsze złe rodzi nieruchomość i skurczenie źrenicy. Ze zwężenia wynika ścieśnienie widnokręgu, zwłaszcza jeżeli zwężenie się jeszcze wzmaga przez wysięki koncentryczne pobrzeżne, tak iż niektórzy pacjenci ze schodów zstępować nie umieją bez pomyłki i o zawady potracają na drodze; dalej entoptyczne zjawiska, które tém bardziej tu się uwydatniają, iż przyrząd dioptryczny nie jest całkiem czysty i kryje ciemne, cień rzucające ciała. Nieruchomość z swój strony sprawia: a) Kurzyślep, gdyż przy bladym świetle wieczora i nocy źrenica nie może sobie rozszerzeniem zaradzić, aby więcej pochłonąć promieni; b) Mniejszą bystrość wzroku w odcległości, bo kąt widzenia maleje, a oświetlenie za pomocą rozszerzenia źrenicy w tym samym stosunku nie rośnie, podczas kiedy w normalnym stanie neutralizuje się ów czynnik; szkodliwszą prawie jeszcze jest nieruchomość jednostronna; przy niewspólnej bowiem funkcyi oko tém mniej jest zdolne abstrahować od kół rozpraszających i regulować ilość dopuszczanych

promieni; c) Chromatopsia, widzenie w kolorach mianowicie przedmiotów dalekich. Najwyraźniej się to dostrzega, jeżeli się utworzyło częściowe tylne przyrośnięcie tęczy (synechia posterior partialis) takiego rodzaju, że z jednego boku przyczepia się brzeg źreniczny do przedniego bieguna soczewki, a drugi jemu przeciwległy jest wolny. Jest wtedy źrenica w tém samym położeniu, jak gdybyśmy ją przez połowę zasłonili kartą. Ponieważ ostrokąg promieniowy do połowy tylko wnika, kolory powstałe z rozkładu jego nie neutralizują się kolorami drugiej połowy, następującemi po sobie w kierunku odwrotnym. d) Dalej synechie ograniczają nastrajanie oka, albo zupełnie niemożliwem czynią, z powodu, że krzywizna przednia soczewki zmieniać się nie może; e) nieznośny zaś ból ciliarny zmusza chorego poprzestać i jak najkrótszego zatrudnienia. f) Nie pomijając wreszcie kosmetycznego względu przytoczyć wypada, że źrenicy brak jój koloru czarnego a barwa tęczy coraz płowieje, co nadaje oku wyraz chorobliwo-odrażający. Wpływ więc szkodliwy rzeczonych przyrośnięć rozciąga się na źrenicę jako miejsce kędy światło dochodzi, na tęczówkę jako regulatora funkcji optycznej, na soczewkę jako organ pomocniczy przyrządu do nastrajania oka.

Czegóż się chwyta terapia dotąd na tak ważne cierpienia? Jeżeli pominiemy milczeniem takie środki, jak silne emetyki, aby przez wstrząśnienie pozrywać owe przyczepienia: największą świadczyły przysługę środki na rozszerzenie źrenicy (mydriatica); jeżeli te jednakże bezskutecznymi się okazały, byliśmy bezwładni, trzeba było patrzeć z zało-

nemi rękoma na funkcją organu jak najmocniej dotkniętą i czekać, ażby iridektomii jako ostatecznej użyć broni. Ale iridektomia nie będąc w stanie wypełnić zadania terapeutycznego przeciw samejże tylnej synechii, założyła sobie jedynie odwrócenie niebezpieczeństwa grożącego całkowitą wzroku utratą. Żadnego zaś nie miała wpływu: a) na zaciemniałości częściowe w otworze źrenicznym, bo nie widać, aby przez resorbcyą znikaly; b) na nieruchomość źrenicy, zwiększając tylko jej objętość; c) na soczewkową krzywiznę. Jeżeli zaś barwa tęczy się rozjaśnia a źrenica odzyskuje zdobiącą ją czarność, za to pacyenci nie mało się żalili na szczelinę w tęczy.

Doświadczenie nabyte z terapii mydriatycznej, iridektomii, autopsyi za pomocą skośnego oświetlenia, sekcyi i mikroskopu nauczyło, że przyrostki tylne nie rwą się w środku, tylko jeżeli są wąskie i zębate odrywają się od torebki, nie tracąc swego przyczepienia do brzegu źrenicznego, i bujają towarzysząc ruchom tęczowym, nie okazując żadnej skłonności przyrośnięcia znowu drugim końcem; kiedy zaś osada ich na torebce jest szersza, odrywają się od źrenicy, przytrzymując część barwnego nabłonka; spostrzegamy to osobliwie w świeżych przypadkach, gdzie wysięk zawsze osiadł na przedniej powierzchni torebki. Osiadłszy zaś tamże, odcięty zostaje od swojej żywności, marnieje powoli, a barwik zostaje tylko po nich śladem. W szerokich błoniastych synechiach znachodzi się wprawdzie tworzenie naczyń, ale nigdy, nawet przy przestarzałych i najbardziej rozwiniętych torebka w tej organizacyi nie ma udziału i pod niemi przezroczystość swoją zachowuje. Korelysis, o któ-

rój mówimy, ma na celu uzupełnienie mydriatycznej terapii, a wskazania jej były następujące:

A.) Przy przyrośnięciu całkowitem tylném a) choćby adhezye wydawały się bardzo ważne i wątplę, skoro dało powód do recydywy, a wszelki inny powód wznowionego zapalenia da się wykluczyć. Zaleca się tu jednak, choć pierwszą razą *mydriatica* nie działały, jeszcze raz ich spróbować, bo przy świeżem nasiąknięciu części jest większa nadzieja ich skuteczności; b) Jeżeli funkcyja organu cierpi w sposób powyżej opisany do tego stopnia, iż obowiązki stanu utrudnia lub wcale tamuje; c) Jeżeli funkcyja wprawdzie nie przerwana, ale w skutek różnicy we wzroku jedno oko od pracy się wyklucza, a drugie niedoślepem zagrożone. Tutaj właśnie jednostronne patrzenie pociąga za sobą skutki, jak nigdzie indziej; bo czy oko pracujące zdrowe, czy też tylko mniej cierpiące, czy synechia jest jedną, czy obustronną, zawsze będą w stanie chorobnym siły współdziałające, jakimi oko rozporządza. Wstrzymana czynność źrenicy i nastrajanie oka uwłaczają zarazem oku zdrowemu, tak iż wytrwałości po nim normalnej wymagać nie można. Prócz tego kongestye oka chorego drażnią sympatycznie i drugie. Niedoślep zaś na chorém oku szybkim postępuje krokiem, nie tylko że wykluczone od zobopólnej funkcyi, ale że wymieniana innerwacya do akkomodacyi i ruchów źrenicznych z okiem czynném powoli zdradza nieregularności w krwi obiegu. Za skazówkę tego wykluczenia służy zboczenie osi podczas zajęcia. Skoroby się zaś zmiany cyrkulacyjne w naczyniówce już pod zwierciadłem w zarodku swym okazały, do Iridektomii uciechy się wypadało.

B.) Przy synechii tylnej całkowitej trzeba ze wskazaniami do *korelysis* przystępować z oszczędną ostrożnością, ponieważ utrudniona technika do mniejszych upoważnia nadziei. Nie można będzie więc jęj podejmować: 1) kiedy drugie oko po *iridochorioiditis* na olśnienie zapadło, albo téż dopiero takowe zapowiada, i ograniczyć się winna na przypadek, kiedy albo będzie zdrowe, albo z częściową synechią, a mające być operowane posiada wzrok prawidłowemu blizki; 2) Jeżeli wzrok jest wprowadzie tylko mierny, tak iż np. N. 4, 3 skali J ä g e r'a ledwo co sylabizować się daje, ale jedynie w skutek obszernych wysięków źrenicznych, bez ścieśnienia i miejsc próżnych w widokręgu; znowu pod warunkiem, że drugie oko lepsze, albo wcale dobre. 3) Jeżeli spodziewać się możemy resorbeyi wysięku, a zatém przy obstrukcyach świeżych i które tém się odznaczają, że oprócz okrężnego przyrośnięcia znajduje się w środku blaszka wysięku, a między niemi współśrodkowe miejsce wolne, w kształcie pierścienia lub obrączki; bo dopiero później brzeg źreniczny przyciąga się do środka i łączy z blaszką środkową, którą zarazem wzmacniają osady plastyczne; wtedy byłoby do operacyi za późno.

Do przeciwwskazań zaliczamy: 1) trwający jeszcze stan zapalny, bo *Korelysis* nie dzieli z *Iridektomią* własności antyflogistycznych, owszem po operacyi na miejsce rozłączonych przyrostków pojawiłyby się nowe; 2) Powikłania z zapaleniami naczyńiówki, na które tylko *Iridektomia* swoiście działa; 3) Jeżeli tęczą pukli się naprzód; bo mimo tego, że w takim razie zapalenia naczyńiówki obawiać się należy, przednia powierzchnia tęczy z rogówką często się spaja, a rozłączenie tego

spojenia nabawiłoby wielkiego niebezpieczeństwa. Rozpoznać to pozwalają zaciemniałości na tyle rogówki; 4) Jeżeli cała źrenica osłoną zakryta; nie chcąc bowiem obrazić tęczy pozostawałoby chyba wniknąć między miejsce spojenia jęj z wysiękiem, które jest za ścisłe, aby tego dopuścić; błona zaś samego wysięku tak jest zbita, że przebić się tępym narzędziem nie da. Na nicby się zresztą to nie przydało, bo owa błona źreniczna oparałaby się na zawsze resorbeyi, promienie więc światła nie dochodziłyby drogą zwykłą. Jest to ten sam powód, dla czego 5) bielmo rogówki centralne tēj operacyi zabrania.

Technika. Dniem wprzód i w dniu operacyi wkrapla się kilkakrotnie atropina; pacjent leży poziomo; chloroformu nie potrzeba, bo ból nie wielki, soczewkę siły muskularne pomykają bliżej, wznoszą do góry i przytwierdzają do rogówki, tak iż się nie chwieje; dalej, że wymioty nie zmuszają cofać się z narzędziem, a głównie, że zwiężenia źrenicy, jakie chloroform wznieca, nie życzymy sobie wcale, owszem jak najrychlejszego rozszerzenia. Bierze się igłę do paracentezy Desmarr'a. 4 milim. od środka rogówki odpowiadają 2 mm. od brzegu miernie rozszerzonej źrenicy; w tym punkcie ją się utyka, posuwa w średnicy poziomej równolegle z tęczą tak głęboko, iżby rana zewnętrzna wynosiła 4 — 5 mm., a igła przebiegłszy kanał 2 mm. ukazuje się mniej więcej jakby przy brzegu miernie rozwartej źrenicy w komórce przedniej. Po wyciągnięciu jęj, jeżeli komunikacya między obiema komórkami nie była przecięta, ciecz wodnista odpływa, soczewka i cały areal źreniczny wraz ze swemi przyrostkami posuwa się naprzód, a soczewka kładzie się i opiera na

samój rogówce, tak iż narzędzie po niej pomykające wielkiej jej krzywdy w tém położeniu nie wyrządzi. Naówczas przez owo cięcie wprowadzam łopatkę prostą płaską 1 $\frac{1}{2}$ mm. szeroką, 4 mm. długą, zewsząd dobrze zaostrzoną, lubo nie tak iżby krajała, i pomykam łagodnie, jak najlżejszy wywierając nacisk na torbkę. Na tę manipulacyą pękają słabsze przyczepienia, a łopatka tam, gdzie najmniejszy natrafia opór, podchodzi pod tęczę nie przebijając się bynajmniej gwałtem. Podkopawszy sobie w ten sposób drogę, zapuszczam ją do takiej głębokości, iżby tylko wązka szyjka tkwiła w kanale rany, tak iż można trzonkiem wykonywać obroty boczne, łukowate i rozrywać więcej przyrostków. Jeżeli jeszcze u góry albo u dołu stoją niektóre nietknięte, bierze się rydelek podobny, ale pod prostym kątem zagięty, doprowadza pod nie i niszczy; jeżeli razem u góry jako też u dołu, trzeba go wprzód wyjąć i obrocić, żeby zagięciem swoim je zajął. Słaby przyrostek można tymczasem zostawić, zamiast ranę zbyt urażać; przemoże go z łatwością atropina; przy częściowej zaś synechii możemy tego uniknąć, jeżeli do cięcia w rogówce wyznaczymy miejscowość odpowiednią miejscu wolnemu od przyczepień. Do cięcia u góry i na wewnątrz użyjemy lancy Jägera, zakrzywionej na płask; podobnie i rydelek zagięty być może. Widzimy, o co chodzi; od położenia i własności przyrostków zależeć będzie jakie najstosowniej wybrać miejsce do cięcia i które z tych narzędzi. Do pomocy zaopatrzyć się jeszcze trzeba w haczyk płaski i zaokrąglony.

Przy synechii tylniej całkowitej operować jest trudniej, bo ciecz do ostatniej kropelki nie odpływa, so-

czewka leży głębiej i nie ma takiego punktu oparcia. Przedewszystkiem strzedz się należy trzymać rydel za prostopadle do soczewki, bo w chwili kiedy wniknie po za obręb przyczepień, reszta cieczy nagle upływa, a soczewka szparko pomyka naprzód. Na płask więc ile możliwości trzymać się wypada; skoro zaś wyłom pierwszy utoruje drogę, dalszy ciąg operacyi jest jak wyżej.

Płoną zdaje się być obawa, żeby soczewka nie pękła. Nigdy się to jeszcze przy tej nie przytrafiło sposobności; a jeżeli zważymy, jak ją przy reklinacyi igła wraz z zawartym w niej rdzeniem, mimo oporu kuli szkistej i wieszadła soczewki wlecze za sobą w całości, jak ciała obce przedź do luxacyi doprowadzić zdołają, niż ją przedziurawić, jak przy wycięciu tęczy szarpiemy ją częstokroć bezkarnie,—łatwo sobie objaśnić, że torebka mimo swój delikatnej budowy obdarzona jest pewną trwałością i mocą.

Na tém mechanika się kończy, a dalsza terapia ma za zadanie wymódl i utrzymać rozszerzenie źrenicy *ad maximum*. Sprzyjają jej: spokojne poziome położenie chorego i zupełne zaciemnienie pokoju; sprzeciwiają się zaś okładania zimne, z któremi ztém spieszyć się nie trzeba. Wkraplanie atropiny ponawia się stosownie do kurczliwości rozwieracza źrenicy; 6 godzin—10 minut stanowią granice; w ostatnim razie baczność mieć należy na intoksykcyę.

Widzimy, że *korelipsis* zamierza doprowadzić oko do normalnego stanu i tém góruje nad *irydektomią*, która gorsze tylko następstwa odwrócić usiłuje, a nawet tego nie zawsze dokazać zdoła, np. dalszego rozwoju katarakty powstrzymać nie jest w stanie. Ani też wymagać tego po niej można, odkąd się przez anatomią pa-

tologiczną wykazuje, że katarakta powstająca w ślad za zamkniętą i osłoniętą źrenicą powstaje w ten sposób, iż wysięki na torebce przedniej kurcząc się mocno i ściągając, marszczą ją we fałdy i przez to odrywają gwałtem od tylniej, wzdłuż równika soczewki, tak iż osłona rdzenia wygląda jak skorupa muszlowa z połowin dwóch złożona, lubo miejscami z sobą spojonych.

Druga operacya nowa, zaprowadzona przez Graefego, odnosi się także do tak trudnego do leczenia przewlekłego zapalenia tęczy lub siatkówki i tęczy. Jeżeli rezultat iridektomii jest tu wątpliwy, to zależy oprócz od zaniku gałki ocznej, także od wciągnięcia siatkówki w proces chorobny, od przeobrażenia rogówki, a nareszcie także i od zbytnej dezorganizacyi tkanki tęczowej. Dopóki tęcza z brzegiem przyrośniętym przedstawia wypukłości, wypierane przez wysięk płynny komorki tylnej, da się ona ująć w fałdę i wyciąć; płyn wycieka, garby owe się płaszcza, a tęcza równą przedstawia płaszczyznę. Czasem wprowadzie zwieracz (sphincter) pozostaje i okno tylko w tęczy się wycina, zasłonięte do tego resztkami barwika. Mimo tego przypadków takich za stracone uważać nie można; na tylnej powierzchni tęczy przestają się wydzielać produkty i luka owa wystarcza do miernego wzroku. Gorzej rzecz się ma, jeżeli przy zatarasowanej w około źrenicy nie płyn, lecz błony rzekome tęczówkę z tyłu z torebką sklejają. Wtedy to wypuklin nie widzimy; liczne naczynia gołym okiem lub pod lupą dostrzegalne krzyżują tkankę tęczową, podczas kiedy w powyższym razie jest ona bezkrwista, barwy

więcej szarawej. Tutaj do iridektomii fałdy uchwycić nie możemy, a kiedy kleszczyki ledwo kawałek tkanki wyskubią, puszcza się z naczyń rzęsisty krwotok; dalej przewlekłe podrażnienie nie ustaje, owe produkty pomnaża, a wydobyć onych jedyne przedstawia ocalenie. Wydobyć temu najbardziej stoi na przeszkodzie system soczewkowy. Z tego to powodu mechanicznego, jako też z prawdopodobnego domysłu, że tenże wprost szkodliwie oddziaływa na proces zapalny, przedsięwzięto nasamprzód wydobyć zdrowej soczewki, a potem dopiero błon rzekomych i tęczy. O linearniej ekstrakcyi myśleć tu nie można, bo wiemy, że ona dla rdzenia zdrowego nie wystarcza; płatowe więc cięcie użyte być musi. Co najlepší dowodzi szkodliwego oddziaływania soczewki, to polepszenie, jakie po jej wyjęciu widzieć się daje. Tęcza mniej zamazano wyglądać zaczyna, przekrwienie się zniża, ból rzęskowy (neuralgia ciliaris) ustępuje, oko wyraźniejszego wpływu światła doświadcza. W 4 — 8 tygodni potem przystępuje się do stanowczego aktu. Przez podłużne cięcie wsuwa się hak ostry, przebija przez błony i przyciąga. Skoro się ukaże czysta i czarna źrenica, i ciało szkliste tłoczy do komory przedniej, dosyć na tém. Jeżeli nie, trzeba poprawić kleszczykami prostemi. Źrenica takowa nigdy nie zarasta i tém się od innych odznacza.

O operacyi, mającej za zadanie zmniejszenie ciśnienia powiek na gałkę oczną. Wypełnienie tego zadania byłoby wielkim zyskiem dla leczenia ciężkich zapaleń spojówki, czy to dyfterytycznych czy też śluzotokowych i ziarnistych. Ciśnienie mające swój początek w sile

sprężystej i mięśniowej powiek, zwiększa zapalenie, utrudnia zastosowanie środków miejscowych, zwłaszcza takich, co bezpośrednio po sobie wywołują nabrzmienie i erozyą błony śluzowej, tém bardziej, jeżeli nasięki i zawrzodzenia rogówki równocześnie się znajdują. Każdy strup na rogówce drażni ją mechanicznie, i to w stosunku prostym do nacisku powieki. I przy lżejszych rodzajach zapalenia spojówki cierpienia powiększej części są zawisłe od ciśnienia powiek. Jeżeli powieki są luźne, nabrzękłość do wysokiego nawet posunięta stopnia nie wywołuje bóleści, i oko znosi środki drażniące, jak to miewa miejsce przy przewlekłych cierpieniach spojówki i brzegu powiekowego. To też dawno już starano się o eliminacyą owego szkodliwego czynnika. Tu należą: 1) Wycinanie chemotycznej spojówki w obszernym zakresie przy cierpieniach śluzotokowych, ziarnowaniu nagłym i dyfteryi. Po wycięciu atoli pozostają narosty w kształcie guzów, po nich zaś blizny, bynajmniej nie tak obojętne dla oka. 2) Wycięcie poziomej elipsy na skórze powiekowej, jak przy wywinięciu powiek na wewnątrz, dozwalając ranie zabliźnić się wszersz. 3) Dodamy do tego jeszcze trzeci sposób, t. j. rozprucie spoidła, czyli kąta zewnętrznego powiek. Okazało się ono wielokrotnie skuteczném przy gwałtownych zapaleniach, mianowicie ziarnistych nagłych, kiedy błona śluzowa sztywnie nabrzękła, albo wrzody na rogówce oku zagrażają. Rozwarłszy miernie powieki od siebie i wyprężywszy na zewnątrz, nacinamy spoidło skalpelem, w kierunku powiekowej szczeliny, i to nie tylko skórę, ale i tkankę łączną i powierzchowne warstwy mięśnia zwieracza. Długość cięcia niech wy-

nosi 4 — 6''' , ale do worka spojówki dochodzić nie powinno, inaczej dolna powieka się zwiesi i na zewnątrz wywinie. Przecięta jedna lub dwie tętnice powiekowe wstępujące, dość znaczne, sprawią krwotok, który utrzymywać można, dopóki rana rozwarta; skoro puścimy jej brzegi, zwieracz przyciska je do siebie i krew tamuje. Rana pozostawiona samej sobie goi się w dniach kilku, zostawiając po sobie bliznę podłużną, ledwo co widoczną. Ale niekiedy może być zamiarem przeszkodzić spiesznemu spojeniu (*prima intentio*), rozłączając od czasu do czasu jej brzegi. Za lekkie ropienie i bliznę która się skryje pod naturalną zmarszczką mięśnia zwieracza, utrzymujemy w zamian dłuższy skutek rozluźwania.

Operacya zaciemka niemniej wydoskonaloną została w pewnym kierunku. Nieszczęśliwe wypadki, które mimo największej ostrożności po ekstrakcy płatowej nie należą do rzadkich, pobudziły do zastąpienia jej przez rozcięcie (*discissio*) i linearną ekstrakcyą. Ale gdy stan skupienia zaciemków wzbraniał tym metodom pewne przekroczyć granice, rzecz stanęła na tém, że na zwykłe katarakty podeszłego wieku bez płatowego cięcia się nie obejdzie. Jeżeli przy twardszym zaciemku łyżeczka *Davie*l'a gwałtem rozdużać musi soczewkę na tylnéj rogówce, przez co ostatnią za nadto przygniata, mniej to jeszcze szkodzi, niż obrażenie tęczy tak ową manipulacyą, jak pozostałymi częstkami soczewkowemi. łyżeczka w wydrażenie swoje obejmuje tylko część środkową jądra, a po bokach je kruszy i wypycha wraz z istotą korową w tył po za tęczę, i chcąc je wydobyć trzebaby

tak łyżeczką obracać, iż i tęcza, i brzegi rany wielceby ucierpiały. Jeżeli jeszcze na domiar dołek talerzykowaty pęknie, ciało szkliste wypada, my zaś cofać się musimy, żeby do otworu się nie rzuciło i tak pozostawiamy kruszyny istoty korowój, jako jądra, które pęcznieją i nie omieszkają wywołać zapalenia tęczy, ropienia rogówki. Prościej więc linearnéj ekstrakcyi trzeba zaniechać; ale za to wprowadzoną została pewna jéj odmiana polegająca na tém, że nim się torebka otworzy wycina się tęcza, tam gdzie rogówka nacięta; przez to otwieramy sobie drogę, aby łyżeczką po za jądro się dostać. Dalszy ciąg operacyi odbywa się za pomocą łyżeczki Schuft'a, który sposób ten w swojej broszurze: „Die Auslöfflung des Staarres, ein neues Verfahren” opisał. Konstrukcyja téj łyżeczki ma na celu objąć jądro i trzymać w swéj wklęsłości, tak iżby je wydostać, nie przyciskając do rogówki. Szufelka téj łyżeczki jest owalna, $3\frac{1}{2}$ — $4\frac{1}{2}$ mm. szeroka, spód jéj mało wyżłobiony, a kończy się nagle cienką szyjką; boki szufelki na około są strome i wysokie, aby zawartość się nie wyżliznęła; krawędź tyle tylko zaostrzona, aby przebić korę. Łyżek tych ma być kilka różnego rozmiaru, wedle wielkości jądra, czyli grubości kory. Wybrać należy właściwą, aby za mała nie potrafiła o jądro, bo mógłby się zerwać rąbek Zinn'a i ciało szkliste wytoczyć; lepsza za wielka, niż za mała. Widzimy, że rogówce trzeba zadać cięcie walne, wiele szerzą niż zwykłe lancą, aby szuflę przepuścić. Jest to akt pierwszy, iridektomia drugi, w trzecim zaś przebijamy torebkę cystotomem, albo haczykiem, ale po stronie rany jak najdalej ku równikowi, żeby zaraz tędy (czwarty akt) oprowadzić

łyżeczkę na okół krawędzi soczewkowej. Zagłębiamy ją bardzo stromo, okrążamy jądro na obwodzie tylnym, a doszedłszy do bieguna tylnego, nachylamy rękojeść ku skroniom, a koniec ku rogówce, tak że jądro w szuflę zawarte do rogówki przypiera; od tej chwili już ono wysliznąć się nie zdoła i bez ciśnienia na rogówkę wydobytém być może. Zastraszający jest wprowadzić widok narzędzia dla jego wielkości, ale też objętość jego po ujęciu jądra się nie zwiększa.

Operacja więc opisana ma na celu zastąpienie ekstrakcji płatowej w takich razach, gdzie jądro mniej więcej twarde mierniej wielkości, a istota korowa miernie rozmięczona; jeżeli miękka nie jest, łyżeczka zamiast się przebić między jądrem a tylną torebką, wypchnie całą soczewkę ze swego siedliska, albo rozdrze dołek talerzykowaty. Jeżeli zaś i jądro i kora są miękkie, wtedy nie potrzebujemy tej metody, bo prosta linearna ekstrakcja wystarcza. Rozpoznać owe katarakty łatwo; twardość jądra i wielkość odkrywa jak zwykle oświetlenie skośne, a istota korowa (*substantia corticalis*) przedstawia szerokie niebieskawo mieniące się pasy, i przy swojej nabrzmiałości tęczę przed sobą wypiera. Między 30 a 40 rokiem już się takowe formy, lubo rzadko, pojawiają i stanowią znaczną liczbę zaciemków w starości.

Nowo w użycie wprowadzoną została także operacja przeciw niedostateczności (*insufficiencia*) obu mięśni wewnętrznych prostych. Działalność tych mięśni przy nastrajaniu oka w pobliżności jest u różnych różną. Jedni są w stanie wpatrywać się w przedmiot w odległości 2" — 3" dość długo, obiema oczami, dru-

dzy nawet na 6" — 7" do tego nieposobni; przy wymuszoném natężeniu przykre uczucie w gałęzi ocznej piątej pary nerwów wzmaga się aż do bólu, łyzy sączyć poczynają i trzeba odpocząć. U krótkowidzów zbiegają się osie oczne z przyczyny właściwego im stanu nastroju oka daleko bliżej, mięśnie wewnętrzne działają przeważniej. Dopóki siła tych mięśni stoi w stosunku odpowiednim sile łamiącej, dopóty oba czynniki tworzą jedną całość; lecz skoro mięśnie wytrzymałości sprostać nie mogą i słabiej działają, nieprzyjemne uczucie nakazuje przerwę w ich czynności, albo przyczyniają się do wykluczenia jednego oka, jużto iż się je ręką zakrywa, już też że m. prosty zewnętrzny w rozbieżnym je oddala kierunku; lecz naówczas pojawiają się podwójne skrzyżowane obrazy, a m. prosty zewnętrzny chcąc pomódz je przytłumić i rozpędzić jak najdalej od siebie, ściąga się bardziej, niż tego nerwy pozwalają bez nieprzyjemnego wrażenia. Niedostatki te natenczas sprawiają pewien rodzaj słabości wzroku. Później nawet na większą odległość trudno jest zetknąć się osiom, wtedy też przy wpatrywaniu się w dal bez myśli uwydatnia się zez rozbieżny. Że w ostatnim razie przecięcie ścięgna mięśnia zewnętrznego prostego jest wskazaném, jasną jest rzeczą; ale tu dodać chcemy, że i w rychlejszym okresie, kiedy koszenie następuje tylko przy akkomodacyi w bliskości, jest ona nieocenionym środkiem. Okulary wklęsłe przy pracy w pobliżu, pryzmy obrócone podstawą na wewnątrz, wykluczenie jednego oka przez szkło zamglone są środkami kojącymi (palliativa), a radykalnym operacya, t. j. posunięcie mięśnia zewnętrznego prostego w tył, dla naj-

niższego stopnia jednostronnie, dla wyższego obustronnie, a w stopniu najwyższym całkowite przecięcie ścięgna.

Co do tenotomii w ogóle, nie jest ona wprawdzie nową, ale zasady na których się opiera, matematyczne obrachowanie jej skutku będącego naszym zamiarem, są nowe. Następane prawidła w tym względzie przedwodniczyć nam będą:

a) Kiedy chodzi o 1''' tylko, spojówkę i tkankę komórkową przecinamy ostrożnie, haczyk bierzemy mały, ścięgno odpruwamy tylko częściowo, tak iżby $\frac{1}{4}$ część jego pozostawić nietykalną, a nareszcie ranke małą w spojówce zeszywamy, wyciągając nitki po 12 — 36 godzinach. Przy szwie zaś zajmujemy wielką część spojówki i do tego nieco tkanki komórkowej.

b) Średni skutek 1 $\frac{1}{2}$ ''' — 2'', otrzymujemy przez tenotomią całkowitą ostrożną, ze szwem, lub bez niego.

c) Większy, 2 — 2 $\frac{1}{2}$ '', przez śmielsze oddzielenie tkanki, оголоzenie całego ścięgna, użycie haka większego; do zwiększenia skutku przyczynia się również cięcie więcej poprzeczne, jako też skierowanie oka przez kilka godzin po operacji w stronę przeciwną.

d) Zboczenia najwyższego stopnia, 4 — 6'', usuwamy przez nacięcia albo zupełne odłączenie torebki Tenon'a po obu bokach mięśnia i przez ponowienie operacji na tém samém oku, albo — na drugiem oku.

W ścisłym z tą operacją związku zostaje inna, jej przeciwna, t. j. posunięcie mięśnia ku przodowi. Myśl do niej podał wprawdzie już Jules Guérin, ale

wykonał ją dopiero G r a e f e i technikę poprawił. Przy porażeniu mięśnia mamy się starać, wbrew anatomii przyczepić go bardziej ku przodowi; jeżeli zaś po błędnej operacyi zéza za nadto w tył się schował, i oko się kosi w kierunku dyametralnie przeciwnym dawnemu, a po stronie bezwładnego mięśnia wcale pozbawione ruchu, przyciągnąć go mamy znowu bliżej jego anatomicznego przyczepienia. Jest to operacya bardzo wdzięczna nawet pod względem kosmetycznym: zapadłe mięsko łzowe i pozorne wysadzenie oka (exophthalmos) ustępują, stanowisko i ruchliwość gałki nic do życzenia nie pozostawiają. — Ogołociwszy mięsień starannie od wszelkich przyczepień, przystępujemy do 2-go aktu, który ma posunąć go ku rogówce, skrócić gałkę jak najbardziej w kąt po téj samej stronie, i utrzymywać ją w téj pozycyi aż do organicznego przyklejenia mięśnia do twardówki. Tego dokazać inaczej nie możemy, jak za pośrednictwem antagonisty owego mięśnia. Na nim to dokonujemy tenotomii, przeciągamy przez przednią część ścięgna nie jedwabną, a przechyliwszy gałkę ku stronie przeciwnéj za pomocą pętlicy, przytwierdzamy tę ostatnią czy to na grzbiecie nosa, czy na zewnętrznej krawędzi oczodołu, tak żeby nie dotykała rogówki, ani nie wrzynała się w brzegi powiek. W położeniu tém przez 24 — 36 godzin żadna nie ma nastąpić zmiana; jeżeli po upływie tego czasu rogówka jeszcze przynajmniej 3''' ku kątowi jest zwrócona, nie się wyciąga.

Przytoczymy tu jeszcze kilka nowych operacyj dotyczących dróg łzowych. Za ciasne punkty łzowe wsysaniu łez przeszkadzają, a rozszerzenie ich, w pe-

wnych przypadkach ustawicznego ścieku łez, wielką chorem wyrządza przysługę. W tym celu wynaleziono zgłębniki stożkowe podobne do igieł karlsbadzkich, z zaokrąglonym końcem, nabrzmiewające nagle w ostatnich 4". Wprowadzają się w kierunku kanałików aż blisko do worka, i tak mają leżeć 5 — 10 minut. Zgłębniki te służą jeszcze do rozpoznania choroby i za przygotowanie do wstrzykiwań. W stanie normalnym ciecz jakakolwiek wstrzyknięta przez punkt dolny, wnika do nosa; ale przy najmniejszej obrzniętości błony śluzowej przewodu, wytryska punktem górnym napowrót; co jeszcze nie jest bynajmniej dowodem zupełnego zatkania. Jeżeli zaś zgłębnikiem stożkowatym punkt górny zatkamy, a ciecz się obok strzykawki *A n e l'a* przeciska, możemy już prędzej podejrzewać zarośnięcie. Jeżeli przytém użyjemy strzykawki *A n e l'a*, której koniec na wzór zgłębnika stożkowato jest uformowany, wtedy albo strzał płynu przewycięży zaporę, albo płyn wcale upływać nie będzie (przypuszczając, że zbytniego nie użyjemy gwałtu); wtedy na zarośnięcie z pewnością rachować możemy. Rozszerzenie poprzednicze będzie też sposobem najlepszym do wprowadzenia strzykawki, której przez ciasne punkta albo wcale przecisnąć niepodobna, albo też upierając się przy swoim, rozdrażni się je tak dalece, iż dalsze postępowanie nader utrudnioném będzie. Drugim wynalazkiem jest przestrzykiwanie powietrzem, które się zupełnie w ten sam sposób jak poprzednie wykonywa, tylko że strzykawkę zamiast płynem napęlniamy powietrzem, które łatwiej się przez kanał zwężony przecisnie i może za środek oczyszczenia go posłużyć.

Pomysł przyżegania i zarazem dylatacyi przewodów ścieśnionych lub pozatykanych za pomocą strun nasiąkniętych roztworem saletrzanu srebra zrealizowano najprzód na trąbie Eustachiusza, dalej na kanale moczowym. Dubois i Rau przenieśli go i na przewód nosowy. Po wstrzykiwaniach oczyszczających zapuszcza się struna do takiej głębokości, iżby się przez miejsce zwężenia przedostała; ból nie jest tak dotkliwy, iżby nie dozwolił jój leżeć przez godzin 24, poczem nowa się wciska, poprzedziwszy zastrzyknięciem letniej wody albo roztworu siarczanu miedzi. Niezadługo struna tej samej średnicy łatwiej i głębiej przechodzi, pęcznienie jój bowiem ustala skutek żegadła, szybko zatem na grubszą zamienić ją możemy. Przy gwałtowniejszym odczynie kładziemy strunę zwyczajną, bez chemicznego środka.

Widzimy z tego poglądu, jak oftalmiatria na drodze operacyjnych ulepszeń do postępu zdąża. Zdawać by się mogło, że pole jój nie wielkie nie zostawiałoby już prawie wiele odkryć dla potomności, chyba w zakresie optyki i wewnętrznej terapii, i że tylko pozostałoby ulepszanie i przeobrażanie istniejących już metod. A wszakże wspomnę tu jeszcze oderwanie siatkówki, którego zadaniem obecnie już podjętym jest, dostać się z wszelką ostrożnością do ciemnej głębi oka, wytoczyć wysięk z pomiędzy siatkówki a naczyniówki i zapobiedz dalszemu odrywaniu się nerwowych pierwiastków, a więc ograniczyć ślepotę na pewną okolicę, i pewną przynajmniej okolicę widokręgu ocalić dla oka.

III.

WIADOMOŚCI Z CZASOPISMÓW ZAGRANICZNYCH.

Sprawozdawca Wł. Ściborowski.

Użycie gliny przeciw wysypkom wilgotnym i potem cuchnącym.

Już w r. 1858 w 20 N. *Tygodnika Lek.* zwracałem uwagę naszych lekarzy na zastosowanie gliny przeciw potem nóg cuchnącym podług rady K n o p'a; obecnie znów Dr S c h r e b e r z Lipska w czasopiśmie: „Jahrbuch für Kinderheilkunde” (III Jahrg., 2 Heft), zaleca glinę przeciw wysypkom wilgotnym, ciecz z siebie wydzielającym, z mocnym swędzeniem połączonym, jako środek prosty, łagodny, tani a przytém skuteczny jeżeli nie jako środek radykalny, to przynajmniej jako tymczasowy i czas trwania choroby skracający.

Zaleca S. glinę rozmięczyć w wodzie, przegnieść przez sito dla oddzielenia kamyczków i zwiru, a następnie smarować nią jak maścią raz lub kilka razy dniem na grubość tylca od noża; jeżeli się kruszy, należy odpowiednią część ciała obmyć i świeżo nasmarować. Płynty wydobywające się ulegają wessaniu i nie mogą skóry drażnić, a brak powietrza nie do-

puszcza rozkładu tychże wydzielin; cuchnienie ustaje, a żadne złe skutki nie następują. Lubo glina nie działa wprost jako środek leczący, przyspiesza zagojenie.

Przy potach cuchnących nóg i pachy zaleca także smarowanie gliną; jedno nasmarowanie z rana wystarcza na dzień cały, znosi woń niemiłą i zapobiega obtarciu skóry, lubo potów zupełnie nie przytłumia. Glina dość długo pozostaje miękką, a nawet od rana do wieczora bryłki oddzielające się są wilgotne i gniczenia nie sprawiają. Przeciw łuszczycy (pityriasis) i ostrości skóry na rękach i twarzy także zaleca S. smarowanie rzadką mieszaniną gliny z wodą.

Wpływ tłuszczów na rozpuszczalność kwasu arsenawego.

(Z protokołu posiedzeń paryżkiej Akademii umiejętności.)

B l o n d l o t, na jednym z posiedzeń zwrócił uwagę Akademii na to, że ciała tłuste zmniejszają rozpuszczalność kwasu arsenawego tak dalece, że ten 15 do 20 razy słabiej się rozpuszcza a tém samym stosunkowo słabiej bywa wessanym. Ztąd to nieraz w razie otrucia arszenikiem wykrycie téj trucizny staje się trudnem z powodu obecności w przewodzie pokarmowym tłuszczów, jak masła, śmietany i t. d. Jeżeli kwas arsenawy sproszkowany dostanie się do żołądka w którym znajduje się wiele istot tłustych, może tamże przez dłuższy czas pozostawać bez działania. Ta okoliczność wyjaśnia nam wątpliwości, jakie nieraz trafiają się przy dochodzeniach sądowych, jako téż tłumaczy sztuki owych kuglarzy, którzy znaczne nieraz ilości arszeniku połykają bez szkody: prawdopodobnie przed wystąpieniem w obec publiczności zjadają oni

znaczne łocie tłuszczu, a po połknięciu arszeniku, ustąpiwszy na bok, bior środek wymiotny. Najważniejsza korzycie ze spostrzeen B l o n d l o t'a jest ta, że objaśnia nam, iż w razie otrucia arszenikiem tłuszcze nie tylko pomagają jako środek odmikczajcy, obwijajcy, ale są prawdziwą odtrutk (antidotum), ktor daleko łatwiej można mieć pod rek niżli inne środki w tym celu zalecane.

Radix Ginseng.

Gdy Francuzi po zajciu Pekinu weszli do pałacu cesarskiego, pomiędzy innemi rzeczami znaleźli pewną łocie korzenia *Ginseng* wyborowego. Dr A r m a n d podaje bliższe wiadomości o tym leku dla nas do dzie dnia prawie zagadkowym, a ktory w Chinach jako środek lekarsko-dyetetyczny bardzo często bywa używanym i prawie na wagę złota się sprzedaje. Nazwa chińska jest *Gin-sen* albo *Nin-sen* od *Gin* v. *Nin* jabłko i *Sen*, siła, moc. Roślina z ktorej pochodzi rośnie dziko w Tartaryi, i sądząc z szyjki korzeniowej, ma drobne listeczki; od szyjki wspomnianej wychodz dwa korzonki grubości małych, długich rzodkiewek. Wysuszone są lekko pomarszczone, białawe lub żółtawe i półprzezroczyste, zwłászcza na końcu, gdzie się na drobne korzoneczki rozdzielają; w przełomie także półprzezroczyste, lekkie, bez woni, w smaku podobne do korzenia słodkiego drzewa (rx. glycyrrhizae), z początku słodkie, później gorzkawe. Do użycia korzeni kraje się je na drobne kawałki, i w łoci kilku skrupułów do pół uncyi nalwa si filiank wody a następnie gotuje w naczyniu zamknietm w łzni wodnej; pozostało może być jeszcze raz użytą. Odwar pije się z rana na czczo przez 3 lub 4 do 8 dni po sobie nastpnajcych, czasem powtarzając i wieczorem przed pójściem spa. Przy tem nie zmienia się spo-

sobu życia, z wyjątkiem, że herbaty nie pija się wcale przynajmniej przez miesiąc, ta bowiem ma zobojętniać zbawienne działanie korzeni.

Prawdopodobnie Gin-sen naprawia trawienie osłabione w skutek nadużycia herbaty. Głoszono w Europie, że Gin-sen jest używanym jako środek życie przedłużający; zdanie to jednak zdaje się być mylném, gdyż starcy ani dzieci środka tego wcale nie używają, lecz ludzie młodzi, lub w wieku męzkim będący, jeżeli są osłabionemi i wyniszczonemi. Środek ten zatem uważać należy jako orzeźwiający (*analepticum*) i rozjużający (*aphrodisiacum*). Druga odmiana tańsza, lubo także wysoko ceniona, nosi nazwę *Cori-sen*.

(Gazette des hôpit. 1861, N. 3).

Coal-tar.

Dla dogodniejszego użycia lekarskiego i higienicznego *Coaltar'u D é m e a u x* zaleca następną mieszankę: Smoła kamienna, mydło i wyskok zmieszane w różnych częściach ogrzewają się w łaźni wodnej aż do zupełnego rozpuszczenia; płyn ostudzony zamienia się w masę mydlastą łatwo w wodzie rozpuszczalną, a która tworzy pewien rodzaj mleczanki (emulsio). Mydło *Coaltar'owe* używaném być może we wszystkich przypadkach, w których wskazane jest użycie proszku zalecanego przez pp. *Corne* i *D é m e u x* (smoła kamienna z gipsem), a zasługuje na pierwszeństwo jako łatwo w wodzie rozpuszczalne, ztąd bielizna, pościel, opaski témże zanieczyszczone z łatwością mogą być wypranemi.

G r a t i o l e t już dawniej w tym celu zalecał mieszankę 24 części *Trae Quillayae saponariae* z 10 częściami *Coaltar'u*;—z tego 1 cz. dodana do 4 cz. wody, po zakłóceniu two-

rzy mleczankę używaną do okładania ran i wrzodów cuchnących, wygubiania owadów, przechowywania wyrobów anatomicznych i t. d.

(L e m a i r e. Du Coaltar saponiné. Paris, 1860.)

Woda wawrzynowiśni dla zniesienia woni tranu rybiego.

Różne już podawano sposoby dla zniesienia niemiłej woni tranu rybiego, dla której wielu chorych taką doń mają odrazę.

Niektóre francuzkie farmakopeje zalecały dodawanie olejku z gorzkich migdałów, który niweczy wprawdzie zapach rybi tranu; ale dodatek podobny może stać się bardzo szkodliwym.

J e a n n e t zaleca dodawać niewielką ilość wody wawrzynowiśni. Po zamieszaniu woda oddziela się, nie tracąc swego zapachu; a zatem ilość kwasu wodosinnego pozostająca w tranie musi być nieskończenie małą. Mimo to jednak tran traci woń swoją i daleko staje się znośniejszym do używania (1).

(Journal de méd. de Bordeaux. Septemb. 1860.)

(1) Przed parą laty zalecano dodawać do tranu kreozot w ilości 1 kropli na funt tranu; dodatek ten zmienia zapach tranu na podobny bardzo do ryby wędzonej, nie wpływając w tak małej ilości na skuteczność leku. Tego środka poprawiania woni używam od dość dawna. Chorzy zażywający utrzymują, że taki tran jest daleko znośniejszym.

(Ściborowski.)

Na posztostojenie Cenzury Warszawskiej

A. Kozłowski

Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

w Drukarni K. Kowalewskiego.

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIRZ DYBEK.

SERYA III.—TOM IV.

**Poszyt VI i VII. — Dnia 30 Września
i 15 Października.**

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI.

Sunys

WARSZAWA,

Nakładem księgarni J. KAUFMANN i Sp.
przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

—
1861.



PAWIETNIK

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO

WYDAWANT

Na powiększenie Księgi

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIERZ BYRKA

STYLISTA

Wydany w Warszawie — Dnia 30 września

1885 r.

OGÓLNEGO KSIĘGZEMO

Handy

WARSZAWA

Wydawca: J. KAUTSKY

1885
aks 188/52/45



II.

UWAGI

O WYKŁADZIE MEDYCYNY PUBLICZNEJ

SZCZEGÓLNIJ ZAŚ SĄDOWEJ

W UNIWERSYTECIE PARYZKIM I NIEKTÓRYCH NIEMIECKICH.

NAPISZAŁ

Stanisław Janikowski, D. M.

Sądząc, że obowiązkiem każdego, ktokolwiek był tak szczęśliwy, iż dla dalszego kształcenia się w swym zawodzie mógł wyjechać za granicę, jest zdać poniekąd publicznie sprawę ze spędzonego w obcych krajach czasu, zabrałem się do spisania niniejszych uwag z wrażeń naukowych, które mi pozostały z dwuletniej podróży. Nadto inna jeszcze myśl kierowała mną w tém przedsięwzięciu: wiem z własnego doświadczenia i nie jeden z kolegów po raz pierwszy za granicę wyjeżdżających zapewne mi słuszość przyzna, ile w każdym niemal miejscu traci się drogiego czasu na pierwszych, niejako omackiem stawianych krokach, na wyszukiwaniu najodpowiedniejszych swemu szczegółowemu zawodowi wykładów publicznych lub pry-

watnych, i t. p. Otóż zdaje mi się, że gdyby każdy z lekarzy podróżujących za granicą opisał swoje w téj mierze przygody, oszczędziłby kolegom nie jednego zawodu; ja ze swojej strony chciałbym się do tego przyłożyć, jakkolwiek o bardzo specyjalnym przedmiocie tylko zamierzam zdać sprawę. Wreszcie, zastanawiając się nad zaletami lub niedostatkami wykładu medycyny publicznej w uniwersytetach, które zwi-
dziłem, szczęśliwym byłbym, gdybym choć jedną taką myśl podał, której pożyteczne przeprowadzenie u nasby się dało uskuteczyć.

I. PARYŻ.

Z niezwykle mi nadziejami zawitałem do przybytku nauki, gdzie d'Arce t, Parent-Duchâtelet, Barruel, Lassaigne uprawiali a po części dopiero tworzyli higienę publiczną, a Esquirol, Marc, Leuret, Orfila, Devergie medycynę sądową; jedyną moją obawą było, czy tylko w ciągu każdego dnia wystarczy czasu i siły na czerpanie wiedzy medycyny publicznej z najróżnorodniejszych źródeł. Tymczasem rzeczywistość po większej części nie odpowiadała moim oczekiwaniom: w ciągu pierwszych pięciu miesięcy mego pobytu (w semestrze zimowym) nie było w uniwersytecie paryzkim ani jednego wykładu z medycyny publicznej;

(dopiero w dwóch ostatnich, t. j. w kwietniu i maju r. 1860 miałem sposobność słuchać wykładu medycyny sądowej p. T a r d i e u'go, i kursu higieny pana B o u c h a r d a t). Bliżej się rozpytawszy, dowiedziałem się, że profesor zwyczajny medycyny sądowej, pan A d e l o n, już od kilku lat sam nie wyklada z powodu słabości zdrowia i podeszłego wieku, i jak się to zwykle dzieje w takich razach w uniwersytetach francuzkich, zastępowany jest przez jednego z profesorów nadzwyczajnych (agrégés en exercice), p. T a r d i e u, znanego zaszczytnie z licznych prac w medycynie publicznej. W tedy się zdecydowałem udać się wprost do p. T a r d i e u z prośbą o radę w wyszukaniu źródeł nauki medycyny publicznej, przystępnych dla cudzoziemca w Paryżu. Przyjęty ze zwykłą francuzką grzecznością, dowiedziałem się od szan. profesora, że medycyna sądowa wyklada się w letnim semestrze, w trzech godzinach na tydzień; że jestto wykład czysto teoretyczny; że student w ciągu całych studiów nie tylko nie wykonywa, ale nawet nie widzi ani jednej sekcji sądowej lub innej czynności sądowo-lekarskiej. Wiadomo, że we Francyi nie ma oddzielnych lekarzy urzędowych do poszukiwań sądowo-lekarskich, ale dochodzenia te powierzone są, według uznania sędziego, temu lub owemu lekarzowi prywatnemu, zazwyczaj mającemu rozgłos specjalisty w tym zawodzie: otóż prof. T a r d i e u posiada w tej chwili niezawodnie najrozleglejszą i najróżnorodniejszą praktykę sądowo-lekarską w Paryżu, a przeto i w całej Francyi, bo Paryż nie tylko jest ogniskiem centralizacyi administracyjnej, sądowniczej i t. p. — ale i centralizacyi — zbrodni, przynajmniej co

do jakości takowych. W ostatnich czasach nie było prawie we Francyi ważniejszej sprawy kryminalnej połączonej z kwestyami sądowo-lekarskimi, w którejby jeżeli nie jako wyłączny znawca (expert), to przynajmniej jako członek komisji, a najczęściej jako jej sprawozdawca, nie występował Dr Ambroży Tardieu; jemu też powierzone było dochodzenie sądowo-lekarskie ofiar zamachu 14. stycznia 1858 r. Na zapytanie moje, czyliby nie można było czasami być obecnym przy niektórych z poszukiwań sądowo-lekarskich, podejmowanych przez prof. Tardieu, odpowiedział mi tenże, iż to jest rzeczą bardzo trudną, albowiem wszelkie tego rodzaju badania odbywają się w komitetach zamkniętych, tajnych. Wprawdzie pan T. zapisał sobie mój adres, obiecując, że mnie czasami będzie jako widza wzywał, ale na tém się rzecz skończyła, ponowiona bowiem po jakimś czasie wizyta nie miała lepszego od pierwszej skutku, i zaniechałem dalszych nalegań, ażeby nie być natrętnym. Tak więc owa *Morgue*, w której wystawiają na widok publiczny zwłoki osób gwałtownie zmarłych niewiadomego pochodzenia, i w której też odbywa się większa część sekcji sądowych, jest przybytkiem nieprzystępnym dla cudzoziemca; ale cóż dziwnego, wszak ona jest nieprzystępną i dla francuzkich lekarzy: właśnie podczas mego pobytu zdarzył się przypadek, że Dr Faure, chcąc sprawdzać na zwłokach osób utonionych fakta, które w swych doświadczeniach spostrzegł na trupach zwierząt topionych, uzyskał był od prefekta policyi pozwolenie do wykonania kilku sekcji w *Morgue*, niebawem jednak za wstawieniem się p. Devergie, który należy

do uprzywilejowanych *Morgi*, pozwolenie to zostało cofnięte.

W zakres niniejszego pisma nie wchodzi uwagi o zajęciach, na których schodziły mi ranne godziny, t. j. o zwiedzanych przezemnie klinikach i szpitalach. Dla spożytkowania reszty czasu dwojaka mnie się droga otwierała: zająć się anatomią, albo chemią praktyczną, a rozpatrzywszy się w miejscowości, w ciasnocie i prze-ludnieniu pracowni chemicznych położonych w *Quartier latin*, korzystniejszą rzeczą zdawało mi się zająć się anatomią. Odtąd więc resztę czasu w zimowym se-mestrze spędzałem w gmachach szkoły praktycznej (*École pratique*). Czas schodził na preparowaniu, od którego odrywały tylko powtarzania (*répétitions*) prywatnych nauczycieli (pp. *Batilhé*, *Dumay* i innych, o których nie mam nic szczególnego do nad-mienienia) i kurs publiczny (3 godziny w tygodniu) p. *Sappey'a* dyrektora szkoły praktycznej (*chef des travaux anatomiques*). Dr *Sappey* wykła-dał w tym sesmetrze nadzwyczaj szczegółowo anatomię topograficzną trzewów, a mianowicie przyrządów trawienia i oddychania, łącząc z tém jak najdo-kładniejsze opisy budowy drobnowidowej tychże narzędzi i bardzo obszerne (bo niemal połowę czasu zajmujące) wywody historyczne. Wykład był zawsze jasny i zajmujący, ale z powodu źle urządzonego au-ditorium zaledwo słuchacze w pierwszych dwóch ław-kach, zajętych na godzinę i wcześniej przed lekcją, mogli coś korzystać z preparatów, wszyscy zaś inni musieli poprzestawać na licznych wielkiego rozmiaru rysunkach rozwieszonych po ścianach; pomimo tego sala była zawsze natłoczona, taki jest obecnie brak

dobrych wykładów anatomii w Paryżu. Wreszcie dwa razy na tydzień wychodziłem do *Collège de France* na prawdziwą dla mnie uroczystość naukową, na wykład p. Claude B e r n a r d (fizyologia i patologia doświadczalna), o którego zaletach rozwodzić się uważałbym za rzecz zbyteczną. Z wykładu patologii doświadczalnej, a raczej toksykologii, szczególnie dla mnie zajmujące były spostrzeżenia nad wpływem pewnych gazów na krążki krwi, doświadczenia z niektórymi truciznami działającymi na układ nerwowy lub mięśniowy, ze zwykłą profesorowi temu genialnością wykładane, i t. d. Wracając się do szkoły praktycznej, nadmienię tu jeszcze, że liczba dostarczanych trupów, przypadających na jednego ucznia nie jest zbyt wielka, koszt zaś wpisu dość znaczne (20 fr. od uczniów szkoły lek., 60 fr. od obcych). Jednych tylko zwłok noworodków mogłem mieć pod dostatkiem, te bowiem nie wchodzi w ogólny rachunek.

W letnim semestrze r. 1860, jak już wspomniałem, prof. T a r d i e u wykładał medycynę sądową. Kurs ten należał do najliczniej uczęszczanych, wykład bowiem był jasny, ożywiony, przytém przeplatany liczną i zajmującą kazuistyką z obszernego doświadczenia profesora. W ciągu dwóch pierwszych miesięcy wyłożył pan T. o uszkodzeniach mechanicznych i rozpoczął rozdział o gatunkach gwałtownej śmierci. Szczegółowiej były traktowane uszkodzenia, których powodem bywają koleje żelazne, i bardzo obszernie rany postrzałowe, nad którymto przedmiotem sam pan T. robił zajmujące poszukiwania w ciągu sprawy wytoczonej we wrześniu 1858 r. tak zwanemu *homme-canon*, pokazującemu w hippodromie sztuki z armatą

prochem tylko nabitą, obnoszoną na plecach, a która ranila jednego z widzów. (Ann. d'hyg. publ. N. S., T. XI). Opis dochodzeń zamachu 14. stycznia 1858, których przedmiotem były tak straszne i całkiem nowego rodzaju uszkodzenia mechaniczne, zajął całą godzinę; bardzo też były obszerne wiadomości o kulach stóżkowatych, ich doniosłości i t. p., czerpane wido-
cznie ze specjalnych dzieł wojskowych, przyczém p. T. pokazywał ciekawy zbiór tych nowoczesnych równie jak dawniejszych pocisków. Przy wykładzie o śmierci z uduszenia robił Dr T. niektóre doświadczenia na psach, które były tylko powtórzeniem jego doświadczeń opisanych w rozprawie „*De la mort par suffocation.*” (Ann. d'hyg. N. S. T. IV). Zapowiedziane też były niektóre doświadczenia toksykologiczne, których jednakże już nie widziałem. Co do sposobu wykładu nadmieniam jeszcze, że prof. Tardieu nie wdaje się nigdy w pytania lub określenia prawnicze, ani w przywodzenia kodeksu. Na zakończenie tego ustępu niechaj mi wolno będzie pokrótce wspomnieć o zasługach pana Tardieu w medycynie sądowej. Jedną z pierwszych większych prac jego w tym przedmiocie były ogłoszone w r. 1845 i 46 dochodzenia w przypadkach ciąży wątpliwej lub udawanej. (Ann. d'hyg. I Sér. T. 34 i 35). W ślad za temi poszły w r. 1848 i 49 zajmujące rozprawy o ranach śmiertelnych i o stanie upojenia (T. 40 i 42), zaś w r. 1854 spostrzeżenia nad spalaniem ciała ludzkiego zebrane przy pożarze ulicy *Beaubourg* w listopadzie r. 1853. (Ann. d'hyg. N. S. T. I). W r. 1854 ogłosił też 32 sekcij (bardzo nauczających) w przypadkach fałszywie branych za otrucie. (Tamże, T. II).

W następnym roku (1855) wydał ciekawe spostrzenia nad tatuowaniem czynione w szpitalu Lariboisière na 51 osobach (T. III), tudzież obszerną rozprawę o śmierci *per suffocationem* (T. IV), której pewne ustępy, zwłaszcza dotyczące znaczenia podbiegnięć krwi podsurowicznych, ostrzej uległy krytyce z Berlina w ostatnim czasie (Tyg. lek. 1861, str. 353). W związku z nią była ogłoszona w początku r. 1859 rozprawa o śmierci *per strangulationem*, z liczną własną kazuistyką (38 przypadków), którą przyczynił się do rozjaśnienia nie jednej kwestyi wątpliwiej (T. XI). Umiał też Tardieu korzystać z obfitości materyałów sądowo-lekarskich, którą przedstawia Paryż jako siedlisko wielorakiego zepsucia: świadczą o tém dwie gruntowne prace o spędzeniu płodu, z których pierwsza (T. III i IV), opiera się na 26-ciu; druga, zaledwo w 2 1/2 roku potém wydana (T. X. r. 1858), na nowych 22-ch spostrzeżeniach samego Tardieu'go. Z tejże czarnej księgi Paryża napisał T. znakomitą rozprawę o występkach przeciw obyczajom, zebrawszy przeszło 400 własnych spostrzeżeń nad występkami przeciw wstydnemu niewieściemu, połączonemi częstokroć z najohydniejszymi innemi zbrodniami, i przeszło 100 własnych dochodzeń nad pederastyą. (T. VIII.) Co za przerażające liczby! Ostatnią wręście specjalnością, której też nie myślimy zazdrościć panu T., jest zbiór dochodzeń sądowo-lekarskich w przypadkach pastwienia się nad dziećmi. (T. XIII). W liczbie tych 32-ch przypadków są opisy zadawanych dzieciom mąk i tortur, na których myśl wzdrygnęłoby się najzakamienialsze serce. W tych wszystkich pracach Tardieu okazuje się ścisłym badaczem, dobrym znawcą anato-

mii patologicznej, ginekologii i innych szczególnych gałęzi medycyny. W kwestyach jednakże chemicznych pan T. udawał się do współpracownictwa specjalisty, najczęściej L a s s a i g n e'a, np. w rozprawie o zaszczepieniu (Ann. d'hyg. N. S. T. I), o wpływie cholery na wydalanie pewnych związków metalicznych z organizmu (T. III.), i t. d., w pytaniach zaś drobnowidowych do D-ra Karola R o b i n, prywatnego docenta w uniwersytecie (agrégé libre), który rzetelne zasługi położył w ważnym przedmiocie dochodzenia wątpliwych plam w sprawach kryminalnych.

Dr R o b i n zapowiedział był na początku r. 1860 dwumiesięczny kurs prywatny praktyczny anatomii drobnowidowej, do którego, prócz mnie, zgłosiło się tylko jeszcze dwóch lekarzy cudzoziemców (z Brazylii). Lekcje odbywały się w mieszkaniu pana R., a kurs nie stanowił ciągu systematycznego, lecz przedmiot śledzenia na każdej prelekcyi zależał głównie od materiału przyniesionego przez jednego z trzech słuchaczy. Ja ze swjej strony starałem się naprowadzać na kwestye sądowe, tak, żeśmy przeszli ważniejsze rodzaje plam, których dochodzenie zdarza się w sprawach karnych. W dochodzeniu plam krwawych, p. R. nigdy nie używa odczynnika mikrochemicznego podanego przez T e i c h m a n n a, (acid. aceticum glaciale), jeno pod mikroskopem wykrywa pojedynczo włókniki, ciała czorwone i ciała bezbarwne krwi, co mu w dotychczasowych dochodzeniach zawsze się udawało. Do oddzielania ciałek krwi z plam zaschłych używa zwykle Dr R o b i n płynu sprzedawanego przez p. B o u r g o g n e w Paryżu, p. n. *liquide con-*

servateur 4. a, a którego to płynu skład jest tajemnicą rzeczono go fabrykanta, (Porówn. Tyg. Lek. 1859, Nr. 48, i 1861, N. 11). Krew z czyszczeń miesięcznych pochodzącą rozpoznaje pan R. po obecności nabłonków częścią słupkowych (z macicy), częścią płaskich (z pochwy pochodzących), z przynieszaniem komórek ropy (leucocythes), j po braku skrzepów włókniaka. Dochodzenie plam pochodzących ze smołki dziecięcej, lub z powłoki sérowatěj, zostało również udoskonalone przez niego. W ogóle, komu nie jest obce, jak niepewne były odczyny barwne, wyszukiwane aż do ostatnich czasów przez wielu chemików dla rozróżnienia plam tłuszczowych, ślinowych, mózgowych, nasiennych, i t. d., a zwłaszcza kto zna bezskuteczność tychże odczynów w razie gdy plama składa się z mieszaniny kilku różnych substancyj, ten uznać musi wielką zasługę drobnowidowych poszukiwań Dra R o b i n. — W niektórych razach przechodził p. R. i na pole histologii porównawczěj, np. powtarzając nam pokrótce swe poszukiwania czynione w r. 1858 w ciągu sprawy, gdzie w plamie tłustěj rozróżnić należało, czyli pochodzi z tkanki tłuszczowěj podskórnej człowieka, czy też wołu. — W przedmiocie embryologii ciekawe są śledzenia pana R. nad nowotworem nabłonkowym płuc, *epithelioma pulmonum* (t. j. nad zapelnieniem pęcherzyków płucnych nabłonkiem płaskim), jako nad jedną z przyczyn, dotychczas nieuwzględnionych, tak zwanego *stanu płodowego* płuc, (atelectasia pulm.) (1854); tudzież nad naczyniami pępkowemi noworodka, co do których p. R. przekonał się, że zamienienie się ich w pełny sznurek (obliterationatio), nie dzieje się, jak dotychczas sądzono, w zwy-

kły i jednostajny sposób na całej przestrzeni, począwszy od samej obrączki pępkowej, albowiem, po oderwaniu się sznurka pępkowego, błony wewnętrzna i średnia przerwanych naczyń pępkowych, jako sprężystsze kurcząc się, oddalają się od obrączki pępkowej: tętnice w dół o 5 do 14 centymetrów, żyła zaś w górę o 3 do 10 cm., tak, że późniejsze więzy pęcherzo-pępkowe i wieszadło wątroby (lig. suspensorium hepatis) w części sąsiedniej pępkowi powstały nie z obliteracyi całych naczyń, ale tylko ich błony zewnętrznej. (1858).

Ponieważ Dr. Robin jest w Paryżu wyrocznią, i jeżeli nie wyłącznym, to przynajmniej głównym przedstawicielem nauki histologii we Francyi, nie od rzeczy może będzie wspomnieć jeszcze o niektórych jego zapatrywaniach się naukowych, wielce różnych od tego, co w téj chwili przyjmuje większość uczonych niemieckich. Najprzód p. Robin jest stronnikiem tworzenia się samowolnego komórek (genèse spontanée): w skórze zarodków, w tworzących się gruczołach i t. d. spostrzegał on powstawanie jąder (noyaux) i następne tworzenie się komórek w skutek rozszczepywania się (segmentation) istoty bezkształtnej na około tych jąder. Toż samo miał widzieć przy rozwoju chrząstki. Niezwykłe są też zdania pana R. o budowie komórek, które według niego są w ogóle ciałami jednorodnemi, stałemi, bez żadnego śladu oddzielnéj błony zewnętrznej (!), z wyjątkiem tylko trzech następujących rodzajów komórek, które mają posiadać błonę zewnętrzną właściwą, t. j. komórki tłuszczowe, komórki nabłonka gruczołów tłuszczowych skóry i białe krążki krwi czyli komórki ropy

(leucocythes). Co do tych ostatnich znowu twierdzi, że jądra, które w nich widzimy, są utworem pośmiertnym (?). Stanowczo zaprzecza istnienia jakichkolwiek kanalików w tkance chrząstnej, lub w innéj jakiej substancyi łącznéj (Bindesubstanz. Köllik.); Virchow a zasługi i w ogóle autorów niemieckich bardzo lekko sobie ceni, mówiąc, że teorye Virchow a przesiąknięte są starą doktryną alchemiczną, (tak), a w zapaleniu widzi tylko zboczenie w krążeniu krwi (trouble de la circulation). Wreszcie ma pan R. pewną skłonność w pracach swoich do stanowienia nowych kategorii tkanek i substancyj, które nie wiem, czy wszystkie utrzymają się w nauce. I tak w tkance uważanéj dotychczas za łączną, (tissu connectif, Bindegewebe), otaczającéj cewki nerwowe, upatruje on tkankę *sui generis*, różną zarówno od tkanki łącznéj, jak od sprężystéj, a którą opisuje p. n. *périnevre* (1854); tak zwane rurki moczowe (Harneylinder, Fibrin-cylinder), znajduwane w moczu w chorobie Brighta i innych, opisuje jako złożone z istoty białkowatéj *sui generis*, różnéj od włóknika i od białka (1855), i t. d. Nie wiadomo mi téż, czy się potwierdziło odkrycie pana R., że naczynia włoskowe w mózgu mają jeszcze błonę dodatkową bezkształtną, między którą a właściwém naczyniem, znajduje się surowica komunikująca z surowicą zawartą w przestrzeniach podpajęcznych mózgu i rdzenia kręgowego. (1850). W ogóle powiedzieć można, że Dr Robin jest bardzo pracowitym i dokładnym, ale drobnostkowym badaczem, więcej zastanawiającym się nad szczegółami, niż obejmującym całość przedmiotu; charakterystycznym jest np. rysem, że w poszukiwaniach

swych najczęściej od razu bierze powiększenie 500-tne, prawie zaś nigdy nie używa poprzednio słabiej powiększających soczewek. — Z większych prac histologicznych pana R. zasługują szczególnie na uwagę poszukiwania nad nowotworami złożonemi z tkaniny odpowiedniej tkaninie niektórych gruczołów (*tumeurs héteradéniques*), którymto badaniom sam Virchow oddał należyłą słuszność (*Cellul. Path.*).

Prócz profesora Tardieu nie wielu jest teraz znakomitszych pracowników na polu medycyny sądowej we Francyi, i poszukiwania ich nie mogą iść w porównanie z dawniejszemi pracami ojców sądowej psychiatrii, toksykologii i t. d., Esquirola, Marca, Leureta, Bayarda, Olliviera (*d'Angers*), Orfili i innych; sam Devergie rzadko się już odzywa i to najczęściej tylko w przedmiotach polemicznych. Najznakomitsze są jeszcze prace z chemii sądowej Flandina, Galtiera, Reveila, Chevalliera i przed dwoma laty zmarłego Lassaigne'a. Na prowincyi bardzo pracowitym badaczem, zwłaszcza w chirurgii sądowej jest profesor Toulmouche w szkole lekarskiej w Rennes; dalej profesor Tourdes w Strasburgu, i inni. Psychiatrią sądową z wielkiem powodzeniem uprawia Dr Briere de Boismont, ten sam, który w r. 1831 przez kilka miesięcy dobrowolną i bezinteresowną służbę lekarską pełnił w Warszawie podczas epidemii cholery; nie mniej ważne w kwestyach duchowo-sądowych są prace pp. Boileau de Castelnau, Vingtrinier i innych.

Publicznie wykładał psychiatrią za mego pobytu tylko p. Baillarger w letnim semestrze r. 1860,

na któryto kurs co niedzielę z rana o godz. 9-tój po paręset słuchaczów zbierało się w *Salpêtrière*; ponieważ jednak te odczyty rozpoczęły się dopiero w końcu kwietnia, miałem sposobność wysłuchać tylko wykład znakomitego profesora o złudzeniach zmysłowych. Pod koniec każdego odczytu p. B a i l l a r g e r wykład swój teoretyczny popierał żywym przykładem na chorych, których wypytywał w obec swych słuchaczy.

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć o higienie publicznej. — P. B o u c h a r d a t, profesor higieny na wydziale lekarskim paryzkim, w prelekcjach swych (w letniem półroczu 1860), obejmował naraz higienę prywatną i publiczną: wykład jasny, ożywiony, podział nader systematyczny, były główną zaletą tych odczytów, które z powodu zbyt wielkiej na jedno półroczne rozległości przedmiotu, nie mogły być nigdy wyczerpujące. Co się tyczy prac prof. T a r d i e u'go w higienie publicznej, rozprawa jego napisana w r. 1852 na konkurs o katedrę higieny, (która się dostała panu B o u c h a r d a t), rozprawa ta, p. n. „*Voirie et cimetières*” była dokładnem zestawieniem znanych faktów w przedmiocie usuwania i spożytkowania odpadków i zwłok zwierzęcych lub ludzkich w wielkich miastach. Słownik higieny publicznej, w trzech grubych tomach, (*Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*. Paris 1852-54), jest obfitym zbiorem najróżnorodniejszych materyałów, zwłaszcza odnoszących się do urządzeń francuzkich, ale nie zbyt krytycznie obrobionych. Przysłużył się też pan T. poszukiwaniami nad chorobami właściwemi niektórym fabryka-

cyom, jakoto: wyrabianiu odlewów miedzianych (Ann. d'hyg. publ. N. S. T. II), zapalek chemicznych (wspólnie z pp: B a u m e s, B u s s y i t. d. Tamże, T. IV), i t. p. W związku z temi badaniami, ale właściwie już do medycyny sądowej należące, były dochodzenia bardzo rozległe i ściśle co do zmian fizycznych i chemicznych, które sprawia w niektórych częściach ciała zajęcie się pewnemi powołaniami i rzemiosłami (Ann. d'hyg. I. Ser. T. 42); jestto najszacowniejsza praca, jaka dotychczas istnieje w tym przedmiocie tak ważnym przy dochodzeniach tożsamości osób.

Jeżeli nie łatwo cudzoziemcowi w Paryżu dostać się do źródeł nauki medycyny sądowej, to jeszcze większa trudność przedstawia się w higienie publicznej. Zakłady fabryczne, których zwidzanie stanowiłoby rodzaj kursu praktycznego higieny przemysłowej, nie są przystępne dla cudzoziemca; zwykle bowiem dyrektor w lekarzu chcącym zakład zwidzić podejrzewa technika podpatrującego tajemnice fabrykacyi, tak np. odmowna mię spotkała odpowiedź w fabryce zapalek chemicznych i w kilku innych. W tym względzie więc poprzestać musiałem tak w Paryżu, jak i w Berlinie, na zwidzaniu higienicznych urządzeń szpitalów (Tyg. Lek. 1861. NN. 19, 20, 44), niektórych więzień, targów, (N. 27), kąpieli i pralni publicznych (Tamże), szlachtuzów (1860, N. 4), zakładów spożytkowujących zwłoki zwierzęce i materye odchodowe, (1861. NN. 3, 37), urządzeń dotyczących się czystości ulic, (NN. 37, 38) i t. d.

Bardzoby się jednakże mylił, kto z braku specjalnych wykładów w przedmiocie higieny publ. w uniwersytecie paryzkim robiłby niekorzystne wnioski

o stanie téj nauki we Francyi, bo przeciwnie ze wszystkich krajów, z wyjątkiem może jednéj Belgii najbardziej ona tutaj kwitnie, popierana niepospolitemi nakładami pieniężnemi rządu, światłem uczonych specjalistów i dobrą wolą wielu obywateli. Dobrze uorganizowana administracya policyjno-lekarska, złożona z Komitetu doradczego higieny publicznej przy ministerstwie rolnictwa i handlu, z rad departamentowych higieny publ., i z takichże komisyj po okręgach (*arrondissements*), gromadzi bez ustanku mnóstwo szacownych poszukiwań, w najrozmaitszych przedmiotach dotyczących zdrowia publicznego, i co ważniejsze, skuteczne daje rady ku usuwaniu szkodliwości. I nic dziwnego, gdy w skład tych rad i komitetów wchodzi specjaliści w najrozmaitszych gałęziach nauki i techniki, gdy chemia jest w nich reprezentowana przez takich ludzi jak *Barruel*, *Boussingault*, *Bussy*, *Chevreur*, *Dumas*, *Fremy*, *Le Canu*, *Payen*, *Poggiale*, *Soubeyran*. Nie ma wprawdzie w téj chwili badacza, któryby wyrównywał kamiennéj pracy *Parent-Duchâteleta* lub *d'Arceta*, są jednakże tacy, którzy się zaszczytnie do nich zbliżają. I tak niezliczone są, bardzo szacowne i najróżnorodniejsze poszukiwania higieniczno-chemiczne przed krótkim czasem zgasłego *Lassaigne'a*, i profesora wyższej szkoły farmaceutycznej *Chevalliera*, jednego z najdawniejszych współpracowników dziennika *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*; pierwszego prace bardziej treściwe, drugiego nieco przeciążone erudycją jakby niemiecką. Równie ważne są chemiczne prace pp. *Becquerela* i *Vernois* (omleku,

Ann. d'hyg. I. Ser. T. 49 i 50), Wurtza, Gaultier de Claubry, Kuhlmann, Millon i innych. W kwestyach szkodliwości pojedynczych zatrudnień i fabrykacyj szczególnież zasłużyli się w ostatnich czasach pp. Bouchut (o bieli cynkowej, tamże, T. 47), Vernois (o węglarzach, tamże, N. S., T. IX; o fabrykantach używających farb arsenikalnych, por. Tyg. lek. 1860, N. 45; i t. d.), de Pietra Santa, który, jako naczelny lekarz więzień dpt. Sekwany, miał sposobność spostrzegać wpływ pewnych zatrudnień w warsztatach więzienia *des Madelonettes* (Ann. d'hyg. N. S. T. IX. X.) i ważne wydał studia o więzieniu komórkowém (1859), i inni. O wentylacyi gmachów publicznych piękne są prace pp. Vernois, Gaultier de Claubry, Boudin, Grassi; tego ostatniego równie ważne o kloakach i wychodkach. Hygieną morską, po śmierci Keraudren, zajmuje się głównie Dr Fonsagrives, profesor medycyny w Szkole morskiej w Brest. Geografią lekarską nieustannie wzbo-
gającą lekarze wojsk i flot francuzkich np. w ostatnich czasach Rochard (o wpływie podróży morskich na gruźlicę, Ann. d'hyg. N. S. T. VI), Jacquot (o gorączkach miazmatycznych, tamże T. II. III. VIII. IX.) i t. d. W statystyce lekarskiej i w ogóle w kwestyach społecznych odznaczyli się pp. Benoiston de Châteauneuf, Trébuchet i Villermé; więcej zaś może jeszcze, po za granicami Francyi, pp. Quetelet i Ducpetiaux w Brukselli, Lombardi niedawno zmarły Marc d'Espine w Genewie; wręście p. Boudin, niegdys

lekarz wojskowy w Algierze, a dziś naczelny lekarz szpitala wojskowego w Vincennes z równem powodzeniem uprawia geografią, jak statystykę lekarską.

II. BERLIN.

Z Paryża z porządku udałem się do Berlina, dokąd mię zarówno pociągało imię V i r c h o w a, jak C a s p e r a. Ten ostatni jest niezawodnie w téj chwili nie tylko w Prusiech, ale i w całych Niemczech pierwszą powagą w przedmiotach sądowo-lekarskich. Żaden ze współczesnych sądowych lekarzy niemieckich nie miał tak rozległej praktyki sądowej i, co ważniejsza, nie umiał, z wyjątkiem jednego M a s c h k i, z równie krytycznym poglądem spożytkować danego materiału. Z ilużto błędnych zdań, które tradycyjnie przepisywane były z jednej książki do drugiej, C a s p e r oczyścił medycynę sądową, odwołując się zawsze do spostrzeżenia i doświadczenia!

Wykład profesora C a s p e r a jest w każdym półroczu dwójaki: teoretyczny i praktyczny. Pierwszy ma miejsce tuzi razy na tydzień w uniwersytecie i odznacza się temi wszystkimi zaletami, któremi znakomite dzieło tego profesora celuje, a mianowicie jest bardzo praktyczny, wolny zarówno od abstrakcyjnych rozumowań, jak od zbytecznej książkowej erudycyi, wreszcie bardzo krytyczny i rzecz wielce u-

praszczejący. Wykładu tego oprócz medyków, obowiązani są słuchać i prawnicy, dla tego też prof. Casper czasami daje stosowne objaśnienia „für die Herrn Juristen”; nie zdaje mi się jednak aby ony wystarczały dla słuchaczy prawa, dla których potrzebaby oddzielnego kursu zastosowanego do ich wiadomości i poprzedzonego odpowiednią propedeutyką lekarską, jak to przed kilkunastą laty dość szczęśliwie uczynił Bergmann w swój „*Medicina forensis für Juristen*” (Braunschweig 1846).

Kurs praktyczny sekcij sądowo-lekarskich odbywa się w Instytucie patologicznym (Leichenhaus) szpitala *Charité*, gdzie na ten cel przeznaczony jest cały lokal w suterenie, złożony z sali sekcyjnej, z izby audyencyonalnej, z sali w której na kamiennych tapczanach (porówn. Tyg. lek. z r. b., str. 175) wystawiane są na widok publiczny zwłoki osób niewiedomego pochodzenia (Morgue) i t. d. O sekcji sądowej, ile razy takowa się zdarzy, zawiadamiani bywają słuchacze, na ten kurs zapisani, przez pocztę miejską dnia poprzedzającego. Materiał sekcyjny jest obfity, z urzędu bowiem profesor medycyny sądowej jest zarazem lekarzem sądowym m. Berlina (Stadtphysikus); byłoby zaś jeszcze więcej sekcij, gdyby otwierano zwłoki samobójców, co jednakże w Prusiech zdarza się tylko w wyjątkowych i wątpliwych przypadkach. Pomimo tego w czasie mego pobytu wypadało mniej więcej po 2 do 3-ch sekcij na tydzień. Otwarcie zwłok wykonywają po kolei zapisani na ten kurs studenci medycyny, a tylko wyjątkowo felczer sądowy (Gerichts-Wundarzt), który według istniejących jeszcze w Prusiech (podobnie jak u nas) przepisów nie-

zbędny jest przy każdej sekcji sądowej, i na protokół po lekarzu się podpisuje. Protokół zawsze dyktuje sam prof. C a s p e r, w końcu zaś doraźne zdanie sądowo-lekarskie (provisorisches Gutachten), przyczém zwykle ustnie obszerniej się rozwodzi nad powodami swego zdania. Tu niech mi wolno będzie przemówić na korzyść postępowania używanego przy kursie praktycznym sądowo-lekarskim pod kierunkiem czcigodnego nauczyciela mego, profesora von S a m s o n - H i m m e l s t i e r n w Dorpacie, gdzie zaprowadzony jest ten zwyczaj, iż student wykonywający sekcję jest téż obowiązany do napisania zdania sądowo-lekarskiego, które na oddzielnej lekcji przez profesora bywa rozbierane. Dobrzeby téż było, gdyby sam student dyktował protokół, ze stosownemi doraźnemi poprawkami profesora, jak się to także w Dorpacie czasami zdarzało.

W kursie praktycznym prof. C a s p e r a najszaconiejsze są uwagi, które tenże czyni w ciągu sekcji przy pojedynczych zjawiskach znajdujących na zwłokach, tudzież doświadczenia jego na trupach czynione. Co do tych ostatnich wielkie zasługi w nauce położył prof. C a s p e r: wiadomo, jak niemi rozjaśnił i uprościł naukę o rowku na szyi u osób powieszonych (Strangrinne), o siniakach i innnych uszkodzeniach skóry za życia lub po śmierci powstałych, o takichże złamaniach kości i t. d. Nie powtarza wprawdzie prof. C. w każdym półroczu wszystkich rodzajów doświadczeń, które w ciągu swój praktyki sądowo-lekarskiej wykonywał na trupach, ale powtarza te, które są w związku ze zdarzającemi się w kursie przypadkami. Tak np. podczas mego pobytu zdarzyły

się dwa wypadki śmierci z powieszenia, przy których powtarzał p. C. doświadczenia co do pęknięcia wewnętrznych błon tętnicy szyjowej (a. carotis). Do doświadczeń, stwierdzających wielki opór stawiany przez zwłoki na jak najsilniejsze gwałty mechaniczne, dały powód wypadki śmierci z przejechania, zgniecenia i t. p., których było siedm, z tych cztery będące skutkiem zawalenia się w dniu 27-mym czerwca 1860 dachu żelaznego gazometru w fabryce gazu do oświetlania. Śmierć z rany postrzałowej zdarzyła się raz tylko, przyczem prof. C. miał sposobność zwrócić uwagę na bezzasadność twierdzenia, jakoby po postaci brzegów można było zawsze rozróżnić otwór, którym kula weszła, od tego, którym wyszła, tudzież jakoby krew, która się wylała z naczyń po śmierci, nie mogła już skrzepnąć. Dochodzeń na płodach lub noworodkach było trzy, przy których powtarzane były doświadczenia ze sznurkiem pępkowym, dowodzące, że wyschnięcie tegoż (mumificatio) nie jest wcale świadectwem pozamacicznego życia płodu, tudzież doświadczenia z wdmuchywaniem powietrza do płuc.

Toksykologia sądowa jest najslabszą stroną wykładu prof. C a s p e r a, jak to już sam czytelnik jego dzieła (Pract. Handbuch d. gerichtl. Medicin. 2 Bde. Berlin 1860. 3-te Aufl.) z łatwością przyzna, przeczytawszy np. rozdział o gazach kloakowych lub o chloroformie. Z tém wszystkiém i w téj materji położył C. zasługi, a mianowicie zachwiawszy zasadę, jakoby wykrycie trucizny było zawsze niezbędnym warunkiem do udowodnienia otrucia (porówn. Tyg. Lek. 1861 N. 2.). Dochodzenia sądowo-chemiczne dawniej zwykle wykonywał sławny Mitscherlich,

później zaś Dr Feliks H o p p e, pierwszy asystent V i r c h o w'a i dyrektor pracowni chemicznej w patologicznym zakładzie szpitala *Charité* (obecnie profesor chemii w Tubindze). Podczas pobytu mego jednak nie zdarzył się (przez 3 miesiące) ani jeden przypadek otrucia w Berlinie. Dr H o p p e przy śledzeniu plam krwawych używa środków mikrochemicznych, szczególnie kwasu octowego stężonego. Z wykładów i kursów praktycznych V i r c h o w'a i drugiego jego asystenta, Dr R e c k l i n g h a u s e n a, jeden tylko przypadek zawału moczowego (Harninfaret) w nerkach noworodka i uwagi V i r c h o w'a o zjawiskach trupich (Leichenerscheinungen), przy każdej niemal sekcji czynione, mają bezpośredni związek z medycyną sądową; tém więcej przedmiotów, bo prawie wszystko, miało z nią w tych znakomitych wykładach związek pośredni.

W témże półroczu Dr E. R. S c h n e i d e r wykladał raz na tydzień w swém laboratorium w uniwersytecie chemią sądową. Przechodził on po kolei główne trucizny i podawał metody używane ku wykryciu ich w zwłokach ludzkich; doświadczenia jednak, które robił przed słuchaczami, ograniczały się głównie do różnych odczynów; metodycznego zaś dochodzenia w przypadku otrucia nie wykonał Dr S. ani jednego.

Wykład policyi lekarskiej zapowiadziany był przez docenta Dra S o n n e n s c h e i n a, ale nie przyszedł do skutku, z powodu braku słuchaczy. Z wielkim też moin żalem główny, a może jedyny, ścisły badacz w przedmiotach higieny publicznej w Niemczech, Dr L. P a p p e n h e i m, który poprzednio był do-

centem w uniwersytecie berlińskim, na krótki czas przed mom przyjazdem opuścił był Berlin, przeniosłszy się na wyższą posadę lekarsko-administracyjną do Szlązka.

III. PRAGA CZESKA.

W uniwersytecie pragskim znajdują się dosyć korzystne pod pewnemi względami warunki dla uczenia się medycyny sądowej. A mianowicie wspomnieć tu najprzód trzeba tę okoliczność, że na tamtejszym wydziale lekarskim niektórzy profesorowie znakomicie ułatwiają zadanie profesora medycyny sądowej, uwzględniając szczegółowo w swych wykładach kwestye sądowo-lekarskie. Mam tu szczególnież na myśli profesorów *Treitz* a i *Seyferta*.

Dr *Treitz*, profesor anatomii patologicznej, objawiał mi częstokroć swe przekonanie, że osobny wykład teoryi medycyny sądowej jest rzeczą całkiem zbyteczną i przyznać trzeba, że czynem, a raczej słowem, bo swoim wykładem, skutecznie popiera to swoje przekonanie. Weźmy na przykład stany chorobne miąższu płuc. Otóż, opisując rozedmę ostrą płuc (*emphysema acutum pulm.*), prof. *Treitz* opisuje szczegółowo i tę rozedmę, która zwykle towarzyszy śmierci z utonienia; w opisie *atelectasiae pulmonum* objęty jest zarówno stan ten płuc zdarzający się

chorobnie u dorosłych, jakoteż i płodowy; mówiąc o przekrwieniach płuc, wskazuje, jak je rozróżnić od pośmiertnego opuszczenia się krwi, podobnież i przy wodnicy płuc (oedema pulmonum) i t. d. Co do sposobu wykładu nadmienię jeszcze muszę, że prof. T. trzyma się metody sokratycznój, i zwykle wyklada, wypytując, na ochotnika, którego ze swych słuchaczy; tejże samėj metody używają niektórzy inni profesorowie w Pradze. -

Profesor położnictwa, Dr Seyfert, ze swėj strony miewał raz na tydzień lekcją, w którój rozbiierał niektóre ciekawsze przypadki sądowo-położnicze i z właściwym sobie nader krytycznym poglądem bardzo upraszczał nie jedną zawikłaną kwestyą. Szczególniej nauczający był szereg przypadków dotyczących oddychania przed urodzeniem w skutek ściśnięcia sznurka pępkowego (porównać Tygodnik Lekarski 1861. strona 354) i t. d. Również na klinice swój, zwłaszcza przy śledzeniu kobiet brzemiennych i rodzących, zwracał często uwagę na zadanie lekarza sądowego. Otóż, gdyby wszędzie i wszyscy profesorowie gałęzi specjalnych tak dobrze pojmowali i uwzględniali znaczenie kwestyj sądowo-lekarskich, jak dwaj dopiero co wymienieni, być może, iżby przyszło do tego, że oddzielny wykład teoretyczny medycyny sądowej stałby się niepotrzebnym, coby jednak jeszcze bynajmniej nie usuwało potrzeby i pożytku z wykładu téjże praktycznego, z ćwiczeń w działaniach sądowo-lekarskich, roztrząsania kazuistyki i t. p.

Właściwy wykład medycyny sądowej dla medyków podzielony jest w Pradze między dwóch nauczycieli: profesorem zwyczajnym jest (mało znany w na-

uce) Dr P o p e l; profesorem nadzwyczajnym Dr Józef M a s c h k a, pierwsza w téj chwili powaga w medycynie sądowej na całą Austryą. Jeszcze jako asystent profesora medycyny sądowej wystąpił M a s c h k a w r. 1849 z dobrą rozprawą o śmierci z utonienia (Prag. Vjschr. T. 23), w której, głównie na podstawie własnych doświadczeń, należytej krytyce poddał znaki téj śmierci uważane za charakterystyczne, i szczególny przycisk położył na pewien stan rozkładu krwi pochodzący z braku przystępu tlenu, tudzież na wynikające ztąd zjawiska w trupie. W dwa lata potem (1851) ogłosił piękną pracę o zjawiskach trupich (Tamże, T. 31), w której z należytem uwzględnieniem fizyki opisał zmiany zależne w trupie od ciężenia płynów, ich przesiąkania i ulatniania się, równie jak od zachodzących spraw chemicznych gnicia, przyczém jednak nie popadł w tak ostateczny sceptycyzm, jak w kilka lat potem na tymże uniwersytecie profesor E n g e l (Die Leichenerscheinungen. Wien 1854). W r. 1853 (Prag. Vjschr. T. 35) robił M. doświadczenia dotyczące się różnicy oparzelizn za życia lub po śmierci powstałych (porówn. Pam. T. L. W. 1860. T. XLIV), a w związku z tém, w następującym roku wspólnie z prof. L e r c h e m doświadczeniami starał się ustalić rozpoznanie oparzeń sprawionych przez kwas siarczany lub przez ogień (Prag. Vjschr. T. 38.). W r. 1855 śledzenie pośmiertne w 7-miu przypadkach otrucia grzybami dało mu sposobność do zbadania tego gatunku śmierci, o której przedtém bardzo niedokładne posiadano wiadomości, a której charakterystyczne znaki w trupie są: brak stężenia trupiego, płynność i ciemna barwa krwi, przepełnienie (pora-

żenie) pęcherza moczowego i liczne wylania krwi, tak w mięszu organów, jak pod ich powłoką surowiczą (Tamże, T. 46.). Wreszcie o wylaniach krwi podsurowicznych w ogólności traktuje ostatnia obszerniejsza rozprawa prof. M a s c h k i (Tamże, T. 62. Porów. Tyg. Lek. 1859, N. 54.). Prócz tego ogłosił prof. M a s c h k a bardzo liczną kazuistykę w różnych dziennikach (np. peryodycznie w Prag. Vjschr., T. 55, 56, 58, 61, 66, i t. d.) i w dwóch zbiorach zdań sądowo-lekarskich (Sammlung ger. ärztl. Gutachten. Prag I. 1853, II 1858), pochodzących częścią z akt wydziału lekarskiego pragskiego, częścią z własnej praktyki, t. j. z sekcij sądowych, do których bywa wzywany wspólnie z prof. P o p e l e m, a które służą za materiały do wykładu medycyny sądowej. Sekcye te odbywają się w Instytucie patologicznym przy szpitalu głównym (allgem. Krankenhaus); wykonywają je z kolei po dwóch studentów, z których jeden pełni rolę pomocnika. Niektóre formalności w technice sekcynnej, w rozwlekłym sposobie dyktowania protokołu i t. p., zależące głównie od prof. P o p e l a, tracąc nieco zastarzałemi już w medycynie sądowej tradycjami, *treść* jednakże, o ile zwłaszcza na jej wyjaśnienie wpływa Dr. M a s c h k a, jest zawsze nauczającą; wielki wszelako niedostatek ztąd wynika, iż nie bywa ani doraźnego zdania sądowo-lekarskiego, ani późniejszego roztrząsania. Dr M a s c h k a starał się w części brak ten zastąpić, raz w tydzień bowiem w kursie publicznym bezpłatnym roztrząsał z uczniami medycyny wypadki z własnej praktyki sądowej, których *stan rzeczy* za każdą razą przedstawiały, nad zdaniem sądowo-lekarskiem rozprawiał

ze swemi słuchaczami. Wypadki tak były dobrane, aby w ten sposób powtórzyć ważniejsze rozdziały medycyny sądowej. Zrobić tu jeszcze muszę tę uwagę, że w tych nawet dwóch uniwersytetach, w których znalazłem urządzone kursa praktyczne sądowo-lekarskie, w zakres tych ćwiczeń nie wchodzi jednak wcale dochodzenia sądowo-lekarskie na osobach żyjących, co jednakże zdaje się, iżby nie było tak trudne do zaprowadzenia, zważywszy zwłaszcza, że dochodzenia takie mogłyby po większej części odbywać się w szpitalach głównych lub klinicznych i stanowiłyby niejako właściwą *klinikę* sądowo-lekarską. (Za uprzejmém pozwoleniem prof. M a s c h k i byłem obecny przy dochodzeniu sądowo-lekarskiem, którego tenże dopełnił w szpitalu głównym na osobach kilku robotników poranionych przy zawaleniu się niedokończonego jeszcze domu na *Kohlmarkt* w Pradze, w m. grudniu 1860 r.)

O wykładzie teoretycznym tak medycyny sądowej, jak policyi lekarskiej prof. P o p e l a nie mam nic szczególnego do nadmienienia.

Do wykładu medycyny publicznej dla prawników jest w uniwersytecie pragskim oddzielny docent, Dr G ü n t n e r, który podczas mego pobytu czytał raz na tydzień w sposób bardzo popularny policyą lekarską starając się w słuchaczach swych nieobeznanych bliżej z naukami przyrodzonymi i z medycyną, obudzić przekonanie o wielkiej ważności nauki zdrowia powszechnego.

Kurs praktyczny psychiatrii wykladał w zimowym semestrze r. 1860/61 w domu obłąkanych Dr K ö s t l, dyrektor zakładu. Kurs ten składał się wyłącznie z uwag profesora nad stanem chorobnym

pacjentów, których w obec słuchaczy egzaminował zawsze na początku godziny. Charakterystyczną cechą, a przytém wielką zaletą wykładu Dra K. jest nadzwyczajne uproszczenie w klasyfikacyi chorób umysłowych; przyjmuje on tylko postać pierwotną, w której wyzdrowienie jest jeszcze możliwe, stan wtórny nie dający już żadnej nadziei, tudzież okres przejściowy; wszelkie inne podziały zaś jako zbyt liczne odrzuca. Pierwotnej formie mają odpowiadać głównie przekrwienia opon mózgowych; wtórnej zaś (paralitycznej) wysięki w tychże, zgrubienia i t. d., wreszcie zanik warst korowych mózgu; podstawą zaś wszystkich tych zmian mają być najczęściej zboczenia w odżywianiu całego ciała. Do zalet wykładu pana K. należy jeszcze nader ściśle zważanie na zjawiska ruchowe chorobne (Motilitätstörungen) i bardzo systematyczny porządek w badaniu chorego, którego się trzymając, nie łatwo jest coś ważnego przeoczyć.

Dolne piętro (Kellergeschoss) patologicznego Zakładu przy szpitalu głównym zajęte jest na pracownią chemiczną, której dyrektorem jest Dr Józef E r c h, profesor nadzw. chemii patologicznej i sądowej, właściciel apteki na Smichowie (jednym z przedmieść Pragi Czeskiej). Szczęśliwem dla mnie zdarzeniem prof. L. w półroczu, które spędziłem w Pradze, wykladał właśnie chemią sądową i policyjną. Wykład ten miał nie jedną ważną zaletę pod względem praktycznym przed innemi wykładami, których w tym przedmiocie słuchałem (np. R. Schneidera w Berlinie, K. S c h m i d t a w Dorpacie). I nic dziwnego, albowiem od przeszło 10 lat wszystkie ważniejsze dochodzenia sądowo-chemiczne lub policyjno-chemiczne

z całego Królestwa Czeskiego powierzane są prawie wyłącznie prof. L e r c h o w i, tak, że w pracowni jego wypada na rok przeszło 50 takich dochodzeń. Podczas gdy w zwykłych podręcznikach i wykładach chemii sądowej profesor najczęściej poprzestaje na kolejnym opisie postępowania potrzebnego do wykrycia téj lub owéj trucizny, Dr L. w pierwszej części swego kursu daje wstęp bardzo szacowny i niezbędny do tych badań. Od początku swego kursu szczególny przycisk kładzie prof. L. na jak najściślejsze śledzenie mechaniczne trzewiów będących przedmiotem dochodzenia i ich zawartości, t. j. dokładne obejrzenie w całości błon śluzowych żołądka, kiszek i t. d., znajdujących się na tychże błonach plam, ciał obcych (w postaci ziarenek i t. p.), oddzielenie ciał obcych przez płókanie, pławienie (Schlemmen) i t. d.; następnie śledzenie tych obcych ciał fizyczne, co do barwy, zbitości i t. p., obejrzenie pod drobnowidzem, co znowu daje wskazówki do dalszego ich śledzenia chemicznego na drodze suchéj i mokréj. Przeszedłszy w ten sposób odczyny ważniejszych trucizn napotykaných *in substantia* w trupie, a podzielonych bardzo praktycznie na gromady podług barwy i innych własności fizycznych, zwraca się Dr L. do wskazówek, jakie wynikają w dalszém śledzeniu otrucia z pewnych zapachów (alkohol, chloroform, kw. pruski i t. d.), i wspomina wreszcie o użyciu pomocniczém zmysłu smaku, który np. naprowadzić może na domysł obecności alkalojdów i t. p. Po takim dopiero wstępie przechodzi Dr L. do sposobów niszczenia materyi organicznój w dochodzeniach sądowo-chemicznych i podaje nareszcie tak metodę analityczną ogólną poszukiwania

trucizny w razach, w których nie ma podejrzenia ani wskazówki na żadną szczególną truciznę, jakoteż szczególnie metody używane do wykrycia pojedynczych ważniejszych trucizn. Wreszcie, co najważniejsza, teorią tę stwierdza prof. L. przykładem, wykonywając w obec swych słuchaczy cały bieg śledzenia sądowo-chemicznego w kilku ważniejszych przypadkach zliczby tych, które się w ciągu tego kursu zdarzają w jego pracowni.

Z chemii policyjnej wykonywał prof. L e r c h w swym kursie tylko kilka dochodzeń, tyczących się zafałszowania pokarmów, szczególnie chleba, i co do spiżów używanych na naczynia; nie starczyło zaś czasu na inne poszukiwania tego rodzaju, które niezawodnie stanowiłyby mogły przedmiot całkiem oddzielnego kursu, szczególnie tak ważne dochodzenia zafałszowań pokarmów i napojów. W ogóle jestem przekonania, że ze względu na ważne zastosowania chemii w zawodzie publiczno-lekarskim, do obowiązkowych przedmiotów dla każdego słuchacza medycyny wliczyćby należało chemią sądową i policyjną, i kurs ogólnej analizy chemicznej.

Wreszcie z wdzięcznością dodać muszę, iż za uprzejmém pośrednictwem prof. L e r c h a miałem sposobność zwidzić w szczegółach higienicznych niektóre ważniejsze zakłady fabryczne na Smichowie i w Pradze, jako to: dwie fabryki gazu do oświetlania, fabrykę smalty i innych wyrobów chemicznych, fabrykę wagonów do drogi żelaznej, i t. d.

IV. W I E D E Ń.

W Wiedniu, podobnie jak w Paryżu, nie ma wcale wykładu praktycznego medycyny sądowej. Działalność profesora medycyny sądowej, Dra D l a u h y, ogranicza się do wykładów teoretycznych, nie można bowiem praktyką sądowo-lekarską nazwać ćwiczeń (formalnych) w technice sekcyjnej na tych trupach, co do których za stosowne uznali lekarze pojedynczych oddziałów Szpitala ogólnego, aby nie kazać ich otwierać. Sekcje sądowe z całego miasta są wprowadzone ześrodkowane w jedném miejscu, nie służą jednak jako materiał wykładowy, wykonywa je bowiem prof. R o k i t a n s k y z rana o godzinie 8-miej, t. j. w takim czasie, w którym studenci zajęci są klinikami, i nie mogą przeto uczęszczać na te dochodzenia sądowo-lekarskie. Uzyskawszy pozwolenie prof. Rokitańskiego, bywałem w maju i czerwcu r. b. na tych sekcjach, któremi sędziwy prof. jest prawdziwie przeciążony, wszystkie bowiem własną ręką wykonywa, a nieraz na jeden ranek po pięć, a nawet więcej sekcij wypadało. Do tak przeciążającej liczby przykładają się głównie ta okoliczność, że pomiędzy temi sekcjami zdarza się wiele przypadków nagłej śmierci z nieznaną, zwykle jednak nie gwałtowną przyczyną. Tak np. na 32 sekcji, przy których byłem obecny, 21 razy śmierć nastąpiła bez gwałtownej przyczyny i bez winy osób trzecich, a mianowicie u dorosłych najczęściej z zapalenia płuc lub z wad sercowych („paralysis cordis”), u dzieci zaś najczęściej z kataru oskrze-

lowego lub wodnicy płuc: „*paralysis pulmonum*”. (To ostatnie wyrażenie jest w każdym razie nie ścisłe, jeśli zważymy jak mało jest tkanki mięśniowej w budowie płuc!) Z liczby pozostałych 11-tu właściwych sekcij sądowych 2 dotyczyły śmierci z postrzału (u samobójców), 6 ze wstrząśnienia lub gwałtów mechanicznych, 2 śmierci z utonienia, 1 z powieszenia. Że sekcye te, pomimo niejakiego pośpiechu, są bardzo nauczające, nie potrzebuję tu dodawać, skoro sam Rokitansky nie wykonywa, i protokół równie jak krótkie doraźne zdanie sądowo-lekarskie dyktuje; tém większa jednak szkoda, że tak obfity materiał ginie właściwie dla nauki, nie ma bowiem widzów i słuchaczy, którzyby z niego korzystali, powtóre zaś niewiadomo mi, czy przynajmniej ważniejsze wypadki, których zdarza się nie mało, bywają gdziekolwiek dokładnie ogłaszane.

Z młodych docentów w uniwersytecie wiedeńskim medycyną publiczną zajmuje się Dr Adolf Schauenstein, przełożony prywatnej pracowni chemicznej przy klinice prof. Skody. W wydziale medycyny publicznej c. k. Towarzystwa lekarzy w Wiedniu, którego jest sekretarzem, przedstawił on nie jedną pracę dotyczącą zdrowia powszechnego m. Wiednia, np. projekt stosownych zmian w regulaminiejbudowlanym (Baureglement, w kwestyi nierządu (prostitutio) i t. d.; ale te piękne rady *ad acta* złożone zostały przez Radę gminną m. Wiednia, która jednego ze swych członków, stolarza (tak), wysłała do Paryża dla studowania tam kwestyi publicznych *ustępów* (pissoirs) i prostytucyi (tak). Dr Schauenstein zajmuje się też blisko od dziesięciu lat dochodzeniami sądowo-

chemicznemi, które w pewnej części jemu bywają powierzone. W semestrze letnim r. b. zapowiedział on kurs doświadczalny toksykologii sądowej, który przyszedł do skutku, jakkolwiek całe auditorium ze mnie jednego się składało. Doświadczenia, robione po większej części na królikach, ściągały się głównie do niektórych rodzajów śmierci z uduszenia i stwierdziły to, co Dr A c k e r m a n n z Rostoku przed niedawnym czasem ogłosił o bezkrwistości mózgu po śmierci z uduszenia (Porówn. Tyg. Lek. 1861 N. 36.). Za to, powtarzając doświadczenia z otruciem za pomocą siarkowodoru, w świeżym trupie nie było widać nigdy owych, według C a s p e r a i Herberta B a r k e r charakterystycznych zmian krążków krwi, które mają być pokurezone, zębate (Tyg. lek. 1861 N. 17); ztąd się nastęrcza wniosek, że jest to może tylko pośmiertny skutek rozkładu i gnicia, które w samej rzeczy w zwłokach zwierząt otrutych tym gazem następowało bardzo szybko.

Dla zupełności muszę tu jeszcze wspomnieć o kursie prywatnym psychiatrii Dra Leidesdorfa, autora dobrego podręcznika p. n. „Pathologie u. Therapie der psychischen Krankheiten. Erlangen, 1860.” W dwóch miesiącach wyłożył on w sposób treściwy, ale nader jasny i przekonujący ważniejsze postacie chorób umysłowych, zwracając zawsze szczególną uwagę na wymagania medycyny sądowej. Podział chorób umysłowych Dra L e i d., jakkolwiek nie tak dalece uogólniony jak Dra K ö s t l a (a raczej G r i e s i n g e r a), jest jednakże prosty i łatwy do zastosowania. Z tym wykładem połączone były demonstracye okazów anatomiczno-patologicznych (mózgu), tudzież

kliniczne; te ostatnie odbywały się w zakładzie obłąkanych w Ober-Döbling pod Wiedniem, którego dyrektorem jest Dr L., i dokąd co niedzielę i święto udawali się partyami uczestnicy kursu.

ZAKOŃCZENIE.

Z powyższych uwag wypływają następujące ogólne wnioski pod względem nauczania medycyny publicznej w uniwersytetach:

I. Wykład teoretyczny medycyny sądowej byłby jeśli nie całkiem niepotrzebny, to przynajmniej znakomicie ułatwiony i uproszczony, gdyby przy wykładzie pojedynczych specjalnych gałęzi medycyny należyście uwzględniano wiadomości, których zastosowanie jest szczególnie potrzebne w praktyce sądowo-lekarskiej.

Dla prawników potrzebny jest osobny wykład medycyny sądowej.

II. Do wykładu praktycznego medycyny sądowej należą:

1. Dochodzenia na osobach żyjących, jakoto:

a) Dochodzenia stanu zdrowia fizycznego (Choroby udawane, ukrywane i t. p.; uszkodzenia ciała i t. d.)

b) Dochodzenia na kobietach w razach wątpliwej brzemienności, porodu i t. d. (Klinika sądowo-pokojnicza).

c) Dochodzenia stanu władz umysłowych (Klinika sądowo-psychiatryczna).

2. *Dochodzenia na zwłokach*: Sekcye sądowe wykonywane przez studentów pod kierunkiem profesora. Dyktowanie protokołu przez studentów. Dalej: *dochodzenia sądowo-chemiczne* otruc (chemia sądowa).

Środkami pomocniczymi są:

a) Doświadczenia na trupach ludzkich.

b) Doświadczenia na zwierzętach.

3. *Dochodzenia na przedmiotach martwych*: śledzenie plam podejrzanych, i t. d. (Ćwiczenia mikroskopowe i t. p.)

4. Wprawa w *układanie zdań sądowo-lekarskich* ustnych lub piśmiennych, do których *stan rzeczy* ma być brany już to z wypadków zdarzających się w ciągu kursu praktycznego, już z obcej kazuistyki. Roztrząsanie odnoszących się tu wypracowań studentów na oddzielnych lekeyach.

III. Oprócz ogólnego wykładu *policji lekarskiej* potrzebne są jeszcze:

1. Osobny wykład *policji weterynaryjnej*.

2. Zastosowanie chemii do celów higieny publicznej: *chemia policyjna* (a jako przygotowanie do tejże i do chemii sądowej: chemia analityczna). Z wykładem tym łączyłby się mogły wycieczki technologiczne do ważniejszych fabryk, warsztatów i t. p.: *higiena przemysłowa*.

3. Zastosowanie nauk społecznych do tegoż celu: *administracja lekarska i statystyka lekarska*.

6) Dochodzenia stanu władz umysłowych (Klinika sądowo-psychiatryczna).
 7) Dochodzenia na szpitalach. Sekcje sądowe wykonywane przez studentów pod kierunkiem profesora.
 8) Dyktowanie protokołu przez studentów. Dalej: dochodzenia sądowo-chemiczne otrun (chemia sądowa).

III.

a) Poświadczenia na trybach ludzkich.
 b) Poświadczenia na zwierzętach.
 c) Wiadomości z czasopismów zagranicznych.
 d) Nie plan podjętych i t. d. (Owoczenia mikroskopowe i t. p.).

4. Wprawa w wykładanie zdan sądowo-lekarskich ustnie i pismem.
 5. Wprawa w wykładanie zdan sądowo-lekarskich pismem i ustnie.

6. Wykłady med. Dra Simpsona, profesora położnictwa i chorób kobiecych w uniwersytecie Edynburskim, Członka królewskiego Towarzystwa lekarskiego tamże.

III. Oprocz ogólnego wykładu polowy lekarski.
 Panowie! — Na sali chorób kobiecych macie chorą, której cierpienie jest pod wielą względami interesującym i naukowym. Mam sobie za obowiązek zwrócić waszą uwagę na ten przypadek, jako przedstawiający zupełny obraz choroby, której opisu, o ile mnie się zdaje, nie znajdziecie w żadnym dziele, a w skutku którego cierpienia widziałem się zmuszonym zrobić operacyę, która o ile wiem, w podobnych okolicznościach nigdy nie była zrobioną. Opowiem wam najpierw przebieg choroby, potem przy tej sposobności zrobię kilka uwag nad rodą i objawami choroby, którą chora jest złożoną a w końcu będę się starał dać wam główne zarysy jak najpomysłniejszego jej leczenia.

E. F. mężatka około 40 lat wieku, nie rodziła nigdy; czyszczenia miesięczne odbywały się regularnie i bez bólesci. Aż do dwóch lat od obecnej chwili dobrém cieszyła się.

zdrowiem. Około tego czasu czyszczenia miesięczne zaczęły być obfitszemi i częstszemi jak zwykle, a czasami były z boleściami połączone. Przez długi czas chora nie zważała na to, w tej myśli, że objawy te zależały od „zmiany życia”; lecz w miarę jak coraz bardziej traciła siły w skutku znacznych strat krwi, przed sześciami lub ośmiu miesiącami udała się do mnie o radę, właśnie co przychodząc do zdrowia po silnym napadzie upływu krwi miesięcznego (menorrhagia) trwającego trzy tygodnie. W czasie trwania upływów krwi i w przerwach pomiędzy temiż cierpiąca ciągle na cuchnące upławy białe (leucorrhœa) i skarżyła się przytém na niekiedy pojawiający się kłujący ból w tylnych i niższych częściach brzucha. Chora była mocno wyniszczoną i wyglądała hektycznie, a mój synowiec Doktor Aleksander Simpson zbadawszy chorą, znalazł, że szyja macicy była powiększoną, stwardniałą i owrzodziałą, pod palcem dawała się czuć chropowato i nieregularnie, jakby poczynająca się narośl podobna do kalafioru i która mocno krwawiła za mocniejszym dotknięciem. Stwardnienie i owrzodzenie nie ograniczało się tylko na samej szyi macicy, tak że nie można było mieć nadziei zniesienia choroby przez amputacyą szyi macicy. Kilkakrotne użycie suchego siarkanu cynku miało ten pomyślny skutek, że prawie cała część stwardniała i owrzodzona odpadła, pozostawiając tylko twardą i zdrową bliznę. Chora nie cierpiała więc na zbytnią utratę krwi, chociaż czyszczenia miesięczne były obfite i regularne i co się tyczy macicy może być uważaną za zupełnie zdrową z wyjątkiem małego twardego węzła w przedniej wardze szyi, który za podejrzany musi być uważanym. Po wyzdrowieniu z choroby macicy i gdy objawy te zaczęły znikać, chora od czasu jak siedziała na wilgotnym trawniku jako praczka, zaczęła się skarżyć na tępy ciągły ból w najniższej części stosu kręgowego, przeciw któremu synowiec mój używał plastru belladonny a potem różnych miejscowych środków ból kojących, jak również wzmacniających, przez dwa lub trzy tygodnie. Że zaś ból nie tylko nie zmniejszał się lecz zdawał się być coraz bardziej stałym

i dokuczającym i gdy chora nie była w stanie jak tylko na jednej łędźwi i to jeszcze z największym cierpieniem usiąść; badanie części bolesnej wykazało, że kość ogonowa jest nadzwyczaj prostą i długą, do tego stopnia, iż sięgała daleko ku tyłowi i dołowi, gdy sam koniec kości ogonowej można było czuć przez kischkę odchodową nagle ku przodowi zwrócony. *Ucisk na kość ogonową wywarty jako również ruch tejże w jakimkolwiek bądź kierunku był bolesnym.* Aby zmniejszyć czułość, trzydzieści kropel wodnego roztworu dwumekonianu morfiny dwukrotnie zostały wstrzykniętymi w miękkie części kości otaczające, z przerwą kilkudniową między temi wstrzykiwaniami. Środek ten za każdą razą zmniejszał ból, lecz nie spowodził stałego skutku. Najpierwszym środkiem następnie użytym w celu ulżenia cierpienia chorej było oddzielenie podskórnie zrobione kości ogonowej od otaczających ją mięśni, ścięgien i więzadeł za pomocą tenotomii. Po upływie trzech lub czterech tygodni potem powróciła chora, mówiąc że na jakiś czas miała się lepiej, lecz że w ciągu ostatniego tygodnia równie silnie cierpiała jak pierwój, co ją niezdolną czyniło do pracy. Odesłanej w skutku tego do szpitala, odjąłem w dniu 3 Czerwca 1859 r. dwie niższe części kości ogonowej, zrobiwszy cięcie po nad niemi i oddzieliwszy kość za pomocą nożyc kostnych; oddzielona część została zwróconą przez ranę ku kischce odchodowej przez asystenta i w ten sposób z łatwością od części miękkich oddzieloną i wyjętą została.

Brzezi rany połączyłem za pomocą dwóch szwów z drutu żelaznego, które po kilku dniach wyjąłem a obecnie rana prawie zupełnie jest zagojoną.

Amputacya kości ogonowej, do której w tym przypadku uciekliśmy się, przedstawiała najwięcej nadziei zniesienia tego szczególnego rodzaju choroby, która nie jest tak rzadką, jakby się zdawało, o ile mnie wiadomo, pomimo tego że nic o niej nie pisano. Jeżeli zechcecie zapytać się lekarzy obserwujących, z obszerną praktyką, lub jeśli sami zwrócicie na to uwagę, to przekonacie się, że często zdarzają się przypadki, gdzie chore skarżą się na ból w okolicy kości o-

gonowej, zwykle ciągły i zwiększający się za każdym ruchem ciała, a który chore albo obrażeniu, albo też zaziębieniu przypisują. Najpospolitszą przyczyną choroby, o ile mogłem tę rzecz wy badać z zapytań chorym zadanych są obrażenia kości ogonowej otrzymane albo w skutku upadnięcia w tył na tęg, lub też powstają w następstwie nagłego a silnego usiadnięcia na rogu krzesła lub innego sprzętu krawędzistego. Często jednakże się trafia, że go żadnej przyczynie traumatycznej przypisać nie można i chore mogą tylko powiedzieć, jak np. nasza chora w szpitalu, że siedziały na wilgotnym trawniku lub w jaki inny sposób zaziębiły się zanim ból uczuły, lub też wreszcie nie są w możności oznaczenia przyczyny. Powiadam chore, ponieważ wszystkie osoby, które na tę słabość cierpiące napotkałem, były płci pięknej, chociaż nie utrzymuję, żeby wyłącznie one tylko cierpiały; bo nie umiem sobie wytłumaczyć, dlaczego kobiety miały więcej jęj podpadać jak mężczyźni. Powiedziałem powyżej, że gdy się uwzględni możebność tej choroby, i zaczyna się na nią zwracać uwagę, to nie jest ona taka rzadka; bo choroby równie jak i inne przedmioty rody zdają nam się być rzadkimi nie dla tego, żeby niemi były w istocie, lecz raczej z tego powodu, że uwaga nasza nie jest na nie zwróconą, gdy je mamy przed oczyma. Myślę, że jestem uniewinnionym, robiąc tę uwagę, gdy w przeciągu ostatnich trzech tygodni mogę przynajmniej dziesięć przypadków téjże naliczyć, już to z mojej własnej już też konsultacyjnej praktyki.

Wprawdzie jestto niezwykłym zdarzeniem spotkać tyle przypadków w tak krótkim czasie, lecz nie jestto bardziej zadziwiającym, jak co się często w rozległej chirurgicznej praktyce napotyka, że w ciągu krótkiego czasu zdarzają się wypadki tego samego obrażenia jakby jaka epidemia czyto złamań czyto zwichnień istniała, i że znowu upłynie dość czasu zanim się z podobnym cierpieniem napotkamy. Takie nagłe następstwo przypadków podobnego rodzaju, o jakim mówim, jest wprawdzie tylko wyjątkowym zdarzeniem. Lecz znajduje, robiąc wsteczny pogląd na ubiegłe lata mojej prak-

tyki, że widziałem i rozpoznawałem wiele przypadków téj choroby, i pewnie oprócz tych widziałem wiele innych, których prawdziwój przyczyny w owym czasie nie rozumiałem. Z tego powodu myślę, że choroba ta nie jest nadzwyczajną, i jeżeli zdołacie ją poznać i uleczyć, to często zasłużycie na wdzięczność; abyście zaś to zrobić mogli, pozwólcie powiedzieć sobie w jaki sposób można ją poznać i odkryć, czyli pozwólcie skreślić ją sobie.

Objawy téj choroby.

Głównym objawem téj choroby jest ból w okolicy kości ogonowój, najwięcej dokuczający chorój, gdy ta wstaje lub siada, a niekiedy nawet, gdy siedzi. Największa część cierpiących na tę chorobę widzi się zmuszoną siadać na jednej lędźwi, ito w ten sposób, że jedna część téjże spoczywa na rogu krzesła, lub téż w części ciężar ciała zostaje uniesionym ręką na krześle podłożoną, a te przypadki robią chore niezgrabnemi, nie umiającemi sobie dać rady i w skutku tego nieszczęśliwemi. Niektóre z nich tak wielki czują ból, że nawet boją się usiąść, a co większa, że jak to nadmieniałem, w wielu razach ból albo zwiększa się lub téż powstaje, gdy chore znowu z krzesła podnieść się muszą. Oprócz tych są jeszcze inne poruszenia kości ogonowój, którym ból zwykły towarzyszyć. I tak niektóre chore czują ból przy każdym stąpieniu na wschody, gdy ruchy postępowe nie robią im żadnych nieprzyjemności. Innym znowu chorym najbardziej dokucza ból przy oddawaniu stolca, lub gdy przy podobnych okolicznościach mięśnie: zdziergacz i wznoszący otwór stolcowy (mm. sphincter et levator ani), lub téż inne mięśnie lędźwio-ogonowe są czynnemi. Ból nie w każdym razie jest bardzo dokuczającym, nieznośnym i często napotkacie chore, które cierpiąc go od kilku lat nie szukały pomocy, jak przeciwnie znajdziecie niektóre rozpaczające, że wszystkie środki lekarskie ulgi im przynieść nie zdołały. Właśnie leczę chorą na krwotoki maciczne, która mi powiadała,

że cierpiała może od lat dwudziestu lub i więcej na ból kości ogonowej, jaki powyżej opisałem, nie bardzo silny, na który jednak, pomimo rad różnych lekarzy i chirurgów nie znajdowała skutecznego środka. Trafia się również, iż ból u téj saméj choréj bywa różnéj siły. Niedawno widziałem w Kumberland chorą, która całą zimę leżała, z powodu dręczącego ją bólu, jakiego doznawała przy każdym usiłowaniu wstania lub przejścia się, i która wtedy, kiedy ją widziałem, o tyle tylko miała się lepiej, że się nieco poruszyć mogła.

Rozpoznawczym znakiem w każdym przypadku téj choroby jest ból w najniższej części stosu kręgowego lub téż z boku kości ogonowej, za uciskiem zawsze się zwiększający. Ucisk i ruchy kości ogonowej w różnych kierunkach palcami dokonywane wywołują ból, a rodzaj ruchu ból wywołującego jest różnym w każdym przypadku.

Słownictwo choroby.

O ile mnie się zdaje, byłoby pożądaném, nadać chorobie, którą opisałem, pewną stałą nazwę. Używając greckiego wyrazu *ὀδύνη* ból, wchodzącego do składu wielu innych dość już utartych wyrazów, możemy nadać nazwę téj chorobie, służącą nam do umieszczenia téjże w naszych listach nozologicznych. Zwykle nazywamy ból w boku: „pleurodynia”, a nazwy: „gastrodynia, mastodynia”, służą nam zwykle do oznaczenia bólu w żołądku i piersi. Stosownie do tego zdaje mi się, żebyśmy mogli oznaczyć stosunek tego cierpienia do kości ogonowej, nazywając je: „*coccyodynia*” czyli *ból kości ogonowej*. Oprócz tego że wyraz ten jest dosyć utartym w użyciu, ma oprócz tego tę zaletę, że nie mieści w sobie żadnej patologicznej teoryi cierpienia, lecz poprostu wyraża tylko jéj najbardziej uderzający objaw. Lecz jakąż możemy dać teoryą, co się tycze jéj najbliższej przyczyny? czyli w innych słowach jakąż jest:

Patologiczna roda téj choroby.

Zdaje mi się, że ból charakterystyczny w koccyodynii zostaje wywołanym ruchem szczegółowych mięśni lub partyj tychże; a ponieważ albo kość ogonowa lub raczej więzadła téjże w jakibądź sposób są obrażone, lub téż otaczające ją części są siedzibą zapalenia, albo innéj jakiej zmiany chorobowéj, pociągającej za sobą nadczołość téj części, każde działanie mięśni z tąż połączonych, wywołujących poruszenia kości ogonowéj, staje się tém samém powodem do wywołania bólu. Aby dobrze zrozumieć okoliczności mogące ból wywołać, czy to przez ruchy mięśni, lub téż cierpienie zapalne lub wreszcie inną chorobową zmianę kości ogonowéj, muszę przypomnieć tutaj położenie anatomiczne téjże.

Kość ogonowa służy za miejsce przyczepienia wzdłuż każdej strony częściom wielkiego i mniejszego kulszo-krzyżowego więzu (*ligg. ischio-sacralia*); a co się tyczy mięśni, które się do téjże przyczepiają, te są: 1) Wewnętrzna część pasm mięśni kulszo-ogonowych (*mm. ischio-coccygei*) zaczyna się swą zewnętrzną częścią na wewnętrznej powierzchni chropowatości kości kulszowéj (*tuberositas ischii*), a przechodząc wprost na wewnątrz, przyczepia się na zewnętrznym brzegu kości ogonowéj wzdłuż przedniej téjże powierzchni, tak że mięśnie te obustronie działając posuwają kość ogonową ku przodowi, a jeżeli jeden z nich działa, to zwraca ją ku odpowiedniej stronie.

2) Do dolnego końca kości ogonowéj przyczepia się zwieracz odbytu (*sphincter ani*) i niektóre z włókien m. wznoszącego odbytu (*levator ani*) mogące silnie skierować koniec dolny kości ogonowéj ku wewnątrz, gdy cisnące działanie mięśni jest potrzebném na części zamknięte w miednicy, jak np. przy oddawaniu stolca, przy kaszlu i t. d.

3) Najsilniejsze z mięśni połączonych z kością ogonową są wielkie pośladkowe (*mm. glutaei*) z każdej strony, których pewne tak mięsne jak i ścięgniste włókna poczynają się wprost od tylnej powierzchni kości, gdy inne mogą działać

pośrednio za pomocą przyczepienia swego do wielkich więzów kulszo-krzyżowych (*ligg. ischio-sacralia*). Wstając lub siadając mięśnie pośladkowe obu stron równocześnie są czynne; w chodzie zaś, gdzie ciało od jednej strony ku drugiej się pochyla, działają one następowo po sobie. Właśnie też powiedziałem, że niektóre chore podczas tych czynności najwięcej czują bólu i myślę, że u tych chorych ból da się odnieść do trakcyj wywieranych przez wielkie mięśnie kulszowe na kość ogonową. Inne chore znowu skarżą się na ból przy oddawaniu stolca, a u tych ból zależy pewnie od działania mięśni zwieracza i wznoszącego odbytu na kość ogonową, gdy u innych znowu ból powstaje przez działanie mięśni ogonowych (m. *coccygei*), jak np. przy siadaniu. Nie jestto łatwo zrozumiałą rzeczą, dla czego czynność pojedynczych mięśni wywołuje ból w szczególnych razach. Może być, że choroba ogranicza się na ścięgnach mięśni, lub też na tej części kości ogonowej, do której się one przyczepiają; lub też może być, że niektóre mięśnie podczas swego ruchu stykają kość z jakim nadczułym nerwem lub też z zapaloną tkaniną i są w ten sposób przyczyną bolesnego uczucia. Choroba ta znowu zdarza się częściej u kobiet, jak u mężczyzn, lub też wyłącznie tylko u pierwszych, co może zależy od większego wykształcenia mięśni pośladkowych, a co znowu z większego wykształcenia objętości miednicy żeńskiej wypływa. Nie zależy ona koniecznie od obrażeń podczas porodu otrzymanych, ponieważ wydarza się ona i u młodych i wolnego stanu równie jak i u kobiet co dwa lub trzy porody przebyły. Prawdopodobnie zależy więc od szczególniejszej modły i wielkiej obszerności miednicy żeńskiej, i większego rozwoju mięśni pośladkowych i śródkroczka. Od czego zresztą choroba ta zależy, mamy najoczywistszą wskazówkę w tém, że ból zostaje pobudzonym działaniem mięśni, jak również w tym fakcie, że oddzielenie włókien tych mięśni od kości ogonowej często bywa uwieńczoném najpomyślniejszém i natychmiastowym skutkiem. A teraz wypada mi skreślić wam:

Leczenie téj choroby.

Zanim o rodzie tego cierpienia nabrałem dostatecznej wiadomości, uciekałem się do różnych środków i rozmaitych sposobów leczenia w celu przyniesienia chorym ulgi. Już to wewnętrznie, już téż zewnętrznie używałem makowca w różnych formach, belladonny, lulku (hyoseyamus) i innych środków ból kojących, lecz w ogóle z chwilowym bardzo skutkiem. Podejrzewając gościcową rodę tych bólów, używałem przez dłuższy przeciąg czasu leków, zwykle najskuteczniejszych w leczeniu chorób na zakażeniu gościcowem opartych; w innych razach przez dłuższy czas używałem środków przeciwnewralgicznych, jak preparatów żelaznych, cynkowych, arsenikalnych i innych tego rodzaju tonicznych; w ogóle jednakże żaden z tych sposobów leczenia nie zdawał się sprowadzać rzeczywistej ulgi i nigdy stałego wyleczenia, z wyjątkiem może bardzo ograniczonej liczby przypadków. Zdarzają się przypadki, gdzie ból zdaje się zależeć od ostrego stanu zapalnego, prawdopodobnie stawu krzyżowo-ogonowego, lub niektórych stawów pomiędzy pojedynczemi częściami samej kości ogonowej i w takich przypadkach przystawienie pijawek a potem wezykatoryi na tę część przynosiło znaczną ulgę, przy zupełnym wypoczynku chorych i użyciu leczenia przeciw-zapalnego. Używałem również igieł do akupunktury, a dosyć często wstrzykiwań podskórnych roztworu morfiny w tkankę w okolicy kości ogonowej; lecz środki te zwykle tak pomocne w leczeniu miejscowych bólów nerwowych, rzadko w téj chorobie znosiły ból, a prawie nigdy, o ile sobie przypomnieć mogę, nie sprowadziły zupełnego i stałego uleczenia. Wszystkie rodzaje ogólnego leczenia i największa część środków miejscowych, czyto razem czyto osobno używanych, pokazały się bezskutecznymi, a jedynym sposobem uwieńczonym zupełną ulgą i szczęśliwie w każdym przypadku okazującym się skutecznym, jest zupełnie oddzielenie od kości ogonowej włókien mięsnych i ścięgniętych będących z nią w związku. Aby

to skutecznieć wprowadza się tenotom pod skórę w małej odległości od szczytu kości ogonowej, przeprowadza go się następnie wzdłuż tylnej powierzchni kości i dopiero oddziela mięśnie i ścięgna przyczepienia najprzód po jednej, potem po drugiej stronie, a wreszcie koło samego szczytu. Nie w każdym przypadku potrzeba tak zupełnego oddzielenia kości, jak wskazałem; w niektórych bowiem przypadkach oddzielenie włókien po jednej stronie, lub też oddzielenie od szczytu kości włókien mięśni: zwieracza i wznoszącego odbytu, jest wystarczającym do osiągnięcia zupełnego wyleczenia. Prosta ta operacja, łatwa i szybka w wykonaniu, nie jest bardzo bolesną i nie sprowadza krwotoków, podobnie jak i inne podskórne, a ustanie bólu jest natychmiastowe i po większej części zupełne i trwałe następuje wyleczenie choroby. W objaśnieniu tych uwag, proszę mi pozwolić odczytać historią przypadku tej choroby, wyleczonej powyżej opisanym sposobem. Chorą była pewna dama z Indyj, którą kilka lat temu leczyłem, a opis przypadku, który chcę teraz przeczytać, jest przez nią samą skreślonym.

„Dnia 5-go Listopada 1852 r. podczas zwykłej mojej rannej przejażdżki na ulubionym koniu, tenże nagle się przestraszył. Spadłam i tak mocno przeraziłem się i poraniłam, że zemzdląłam na miejscu i długi czas potem nie byłam w stanie znieść ani dotknięcia ani poruszenia żadnego. Gdy mię brano do domu, po drugi raz zemzdląłam w skutku ogromnego bólu, który czułam w niższej części ciała. Wszystkie środki, które miały mię uleczyć lub przynieść ulgę, były bezskutecznymi, i przez sześć tygodni nie mogłam się ani obrocić, ani spróbować ruszyć się w łóżku. Powoli zaczęłam znowu chodzić, cierpiąc bardzo przy każdym siadaniu lub wstawaniu, szczególnież też w ostatnim razie, co mi w podróży okropne, torturowe cierpienia sprawiało; do tego stopnia, że po kilkudniowej podróży w powozie lękałam się wstać dla wyjścia z powozu, bo to mnie o najokropniejsze przyprowadzało spazmy. W roku 1853 powróciłam do Anglii w błogiej nadziei, że jej wzmacniający klimat wkrótce naprawi to złe,

którego się nabawiłam; lecz to moje gorączkowe oczekiwanie zawiedzioném zostało i widziałam się skazaną na wleczenie nędznego i nieszczęśliwego mego istnienia aż do dnia 4 Marca 1855 r., w którym to dniu małą operacją przez Dra Simpsona dokonaną, jakby czarnoksiężką różdżką, cierpienie moje zniesioném zostało”.

Leczenie tego przypadku opierało się, jakem powiedział, na oddzieleniu kości ogonowej od otaczających ją tkanek za pomocą tenotomu; a rezultat téj łatwej operacji był tak zadawalniającym i trwałym, jak i otrzymana ulga była bezpośrednią i zupełną. W przypadku innéj damy z Indyj, która długi czas na ból kości ogonowej cierpiała, podczas téj łatwej operacji w zamiarze ulżenia jéj cierpieniu, niemiłe zaszło zdarzenie. Oddzielając bowiem ostatnie włókna przyczepień ogonowych, cienki nóż zbacza i łamie się pomiędzy zbitymi tkankami. Powiadam o tém choréj; ta podnosi się przerażona, aby usłyszeć o tém nieszczęściu; lecz zanim zdołałam opowiedzieć jéj, co się stało, miała ona tyle czasu usiadając, dostrzedz, że jest wyleczoną ze swéj choroby, a uniesiona radością tego odkrycia żywo odpowiedziała: „Nie nie szkodzi, nie mam bólu, niech się nóż zostanie”. I tam, o ile wiem, do dzisiaj pozostaje; jedno objaśnienie więcéj do prawa patologicznego, na które waszą uwagę zwracałem w ciągu mych wykładów, t. j. że kawałki żelaza i innych metali mogą zostawać w zetknięciu z żyjącymi tkankami, nie dając powodu do stanu zapalnego, któryby się dał wykazać i określić. Uderzające skutki téj prostej operacji w leczeniu bólu kości ogonowej nie ograniczają się tylko na te przypadki, gdzie do niéj w stosunkowo wczesnym okresie choroby uciekliśmy się; bo leczę właśnie chorą, męczennicę przeszło od lat dwunastu, w skutku okropnego bólu jakiego tak we dnie jak i w nocy przy każdym ruchu doznawała. I w tym przypadku oddzielenie kości ogonowej sposobem wyżej opisanym spowodowało bezpośredni skutek, a od czasu dokonania operacji, t. j. od dni czterdziestu, chora zupełnie jest wolną od bólu.

Miałem jednakże jeden lub dwa przypadki bólu kości

ogonowej, gdzie operacya ta zawiodła moje oczekiwania i gdzie oddzielenie włókien mięsnych i ścięgnistych, chociaż najzupełniejsze, pozostawiając kość ogonową zupełnie wolną i w spokoju, ból na jakiś czas znacznie zmniejszyło, lecz go nie zniosło i chorój zupełnie nie uleczyło. Unaszój chorój w szpitalu operacya ta okazała się również bezskuteczną i z tego powodu uciekłem się do więcej radykalnego środka, o którym często myślałem, t. j. do odjęcia albo całej, lub też części kości ogonowej. Amputacya kości ogonowej częściowa była w tym przypadku łatwiejszą do zadecydowania, z powodu zupełnego zrośnięcia (ankylosis) pojedynczych części pomiędzy sobą, nie mniej z powodu mocnego wysunięcia ku dołowi i nagłego zwrócenia się ku wewnątrz przy szczycie kości. Zrobiwszy cięcie skórne około dwu cali długie ponad końcem kości rozciągające się, odkryłem kość ogonową w ten sposób, a odłączwszy ją od połączeń z częściami miękkimi, oddzieliłem ją między drugim a trzecim jej kręgiem parą nożyc kostnych i z łatwością tym sposobem dwie niższe jej części odjąłem. Mam inną chorą, u której kilkakrotnie robiłem oddzielenie kości ogonowej za pomocą tenotomu; skutek jednakże był zawsze tylko czasowym, i w tym razie oddawna proponowałem zrobienie podobnej operacyi, jak u naszój chorój, oczekując jednakże, czy skutek okaże się tak pomyślnym jak sobie życzyłem, a o czém teraz wątpić już nam nie wypada. Amputacya zresztą kości ogonowej jest operacyą, która już nie raz bywała robioną w przypadkach nekrozy niektórych jej części; w podobnych jednakże okolicznościach, które teraz opisałem, zdaje mi się, iż jest zupełnie nową operacyą.

Podawałem powyżej, jako ogólne prawidło, że skutek ogólnego leczenia jakiegobądź rodzaju ma za sobą bardzo mało nadziei wyleczenia téj choroby. Znajdują się przypadki, jakem to nadmieniał, wprawdzie bardzo rzadkie, w których ból zdawał się być charakteru newralgicznego i w takich razach środki zwykle w tego rodzaju cierpieniach używane widziałem pomyślnym uwieńczone skutkiem. W każdym razie, jeżeli napotkacie chorą skarżącą się na ból w kości

ogonowej, a cierpiącą zarazem na bole w innych częściach ciała, z cerą niezdrową, niedokrewną (chlorytyczną), zwykłą chorym cierpiącym na newralgie, zrobicie w takim razie dobrze lecząc chorą żelazem, arszenikiem, cynkiem, magnezem, lub innemi nerwy wzmacniającymi lekami, lub dając tę preparata przez jakiś czas w połączeniu ze sobą. Tym sposobem możecie uleczyć ból kości ogonowej, znosząc inne cierpienia objawy, a w razie, gdyby plan ten zawiódł wasze nadzieje, posłużyć on wam może bardzo skutecznie jako przygotowanie do przyjęcia ostrzejszego wprawdzie, lecz daleko pewniej działającego środka operacyjnego. Chcę tu dodać, co się tyczy tego punktu, że w około kości ogonowej leży kilka nitek nerwów, i dawniej myślałem, że skutek następujący po oddzieleniu kości zależy od przecięcia tych pasm nerwowych; lecz teraz zdaje mi się, że tłumaczenie, jakie podałem, ma więcej prawdopodobieństwa za sobą, i że chore dla tego nie czują bólu, że w skutku oddzielenia kości ogonowej od otaczających ją tkanek, kość zostaje uwolnioną od działania mięśni będących z nią w związku i tym sposobem znajduje się w stanie zupełnego spoczynku. Mówiąc o kości ogonowej, proszę mi pozwolić dodać, że im więcej zwracać będziemy uwagi na anatomię i patologię tej części, jak to dotąd miało miejsce, to prawdopodobnie znajdziemy ją podlegającą daleko większej liczbie chorób i złożeń, których dotychczas nawet nie podejrzewaliśmy.

Na obszerném polu anatomicznego i patologicznego badania jest jeszcze, panowie! dosyć miejsca dla oryginalnych spostrzeżeń i poszukiwań, a ułamek tego pola na który teraz zwróciłem waszą uwagę, leżał dotychczas zupełnie odłogiem.

Nie mamy ani żadnej rozprawy, ani monografii dotyczącej kości ogonowej (1) w jej stosunkach patologicznych; chociaż część ta bywa siedliskiem rozmaitych chorobowych

(1) Autorowi widać nie była znana rozprawa Dra Lotzbeck pod tytułem: „Die angeborenen Geschwülste der hintern Kreuzbeingegend”, gdzie nie ból kości ogonowej wprawdzie, ale interesujące przypadki narośli szczegółowo są rozebrane. Przyp. tłum.

zmian, wartych troskliwego badania. Powiedziałem wam nieco o jednym z tych chorobowych stanów, któremu odważyłem się nadać nazwę i miejsce w patologii, a teraz, aby was więcej jeszcze przedmiotem tym zainteresować i wskazać zarazem, w jakim kierunku poszukiwania mogą być najkorzystniejsze, pozwólcie mi pokrótce wskazać wam inne obrażenia, jakim kość ogonowa podlegać może, a najprzód dodać kilka słów o

Obrażeniach kości ogonowej w związku z pracą porodową.

Kość ogonowa, jak wiadomo, jest połączoną z dolnym końcem kości krzyżowej za pomocą stawu podobnego do tych, które łączą kręgi pomiędzy sobą w wyższej części stołu kręgowego; staw zaś krzyżowo-ogonowy może być w stanie zapalnym w następstwie obrażenia przy pracy porodowej. Podczas porodu, gdy główka płodu zstępuje wzdłuż jamy miednicy, czuć można, jak mocno kość ogonowa jest wyprężoną ku tyłowi. Włókna przedniego więzów łączącego tę kość z kością krzyżową w skutku naprężenia, jakiego doznają, mogą być ku tyłowi skręcone i pęknąć, a w tak odślonionym i obrażonym stawie może bardzo łatwo powstać zapalenie. Widziałem z tej przyczyny po porodzie obrzęknięty i bardzo bolesny staw; a w jednym przypadku zapalenie było tak silnem, że przyszło do utworzenia się ropnia. Niekiedy nie sprowadza to za sobą bezpośrednio żadnych złych skutków, stan zapalny ustaje i kończy się na zrośnięciu kości krzyżowej z ogonową. W ten sposób złe następstwa obrażenia przechodzą niespostrzeżenie, dopóki chora drugi raz nie rodzi, w którym to przypadku znajdujemy, że niepodatna kość ogonowa podczas porodu uległa złamaniu; przypadki te tłómaczą się w ten sposób, że zrośnięte poprzednio kości krzyżowa z ogonową, w skutku wywartego na kość ogonową podczas porodu nowego ucisku na nowo się rozłączyły. Jeżeli kość ogonowa w czasie swego połączenia się z dolnym końcem kości krzyżowej była mocno zwróconą

ku wewnątrz ku jamie miednicy, w takim razie przeszkoda stawiona przez nią podczas porodu musi być daleko większą, jak kiedy podczas zrośnięcia kość zajmowała swoje właściwe położenie, i wtedy to często widzimy się zmuszonymi uciec się do jakiego środka operacyjnego w celu przyspieszenia zstępowania główki i ukończenia porodu. Zachodzi teraz pytanie, jaka operacja może być w takim razie wskazaną? Niektórzy (1) uważają za konieczność zniszczyć dziecię i ukończyć poród za pomocą kraniotomii; lecz jeżeli zwrócimy uwagę na przebieg naturalny, bez pomocy sztucznej, widzimy, żeroda znajduje daleko prostszy sposób, a dający się z łatwością naśladować, i w takim razie możemy szczęśliwie ukończyć poród nie uciekając się do téj przerażającej operacji. Taki przebieg widziałem raz u choréj rodzącej w dawnym szpitalu położniczym. Chora ta przy poprzednim porodzie doznała jakiegoś uszkodzenia kości ogonowej, które się zrośnięciem z kością krzyżową pod takim kątem ukończyło, że pociągnęło za sobą zwrót kości ogonowej ku jamie miednicy, i ta tworzyła stałą i niepodatną przeszkodę w podsuwaniu się główki dziecięcia. Gdy główka doszła do miejsca, gdzie kość ogonowa wystawała, zstępując wzdłuż jamy miednicy zatrzymała się i uwięzła nieporuszenie na jakiś czas; wreszcie podczas silnego bólu wystająca kość usunęła się pod naciskiem głowy dziecięcia, zrośnięte kości rozstały się i wkrótce dziecię się urodziło. Nie ulega więc wątpliwości, że w każdym podobnym przypadku lepiej sztucznie złamać chorobowe zrośnięcie, jakie pomiędzy kością ogonową a krzyżową istnieje, aniżeli uciekać się do tak okropnej ostateczności zniszczenia dziecięcia.

Chirurgiczne obrażenia kości ogonowej,

Pod którymi rozumiem złamania i zwichnienia téj kości, zdarzające się przypadkowo i niezależnie od pracy porodowej.

(1) W Anglii.

wój, dosyć często w codziennój praktyce napotykanie, a których wiele przypadków opisano. Największa część tychże powstaje przy upadnięciu w tył, a najbardziej uderzające objawy wspólne wszystkim przypadkom są: 1. Mocny ból przy każdym ruchu kości ogonowej, jak przy wypróżnieniach stolca, chodzie, kaszlu; 2. Natychmiastowa i zupełna ulga po odprowadzeniu zwichniętej kości. Przytoczę panom opisane dawniej dwa przypadki tego rodzaju, pierwszy z powodu najzwyczajniejszych przypadków tego obrażenia jasno i zwięźle opisanych, drugi z powodu ciekawego sposobu odprowadzenia zwichnienia.

1. Smelius, professor medycyny w uniwersytecie Heidelberskim, żyjący na końcu XVI i początku XVII stulecia, zostawił rodzaj dziennika najbardziej interesujących przypadków ze swoich spostrzeżeń czterdziestoletnich, a pomiędzy innymi znajduje się następny zajmujący opis: „1588, 27-go Października. Moja żona upadła w tył i tak sobie uszkodziła kość ogonową, że bez wielkiego bólu ani usiąść ani oddać stolca lub moczu, ani też kasłać bez znacznego cierpienia nie mogła”.

2. Gustaw Kazimierz Gahrliop opowiada w „*Ephemerides medico-physicae*” o przypadku, jaki spotkał jego teścia, starca siedmdziesiątletniego, który schodząc po bardzo ślizkich z powodu lodu i śniegu, kamiennych schodach pałacu, poślizgnął się i upadł na nie niższą część ciała. Złamawszy w skutku tego kość ogonową, nie mówi nic o tém swojej córce, osobie młodej, a jedyniej, która wtedy przy nim się znajdowała. Stolec się wstrzymał, a córka w myśli, że to jest przyczyną jego cierpienia, zadała mu leki przeczyszczające, lecz bez skutku. Piątego dnia mocno zachorował i wtedy dopiero opowiedział o swoim przypadku przyjacielowi, który oznajmił, że może stos kręgowy jest uszkodzonym i radził mu, aby się kazał dwóm silnym kobietom przewracać, gnieść i tacać na drewnianym stole. Chory poszedł za radą swego przyjaciela i z najlepszym skutkiem, bo przez trzęsienie kość ogonowa zwrócona ku wewnątrz, została odprowadzoną w swoje położenie, a gdy przeszkoda

usuniętą została, stolec *cum summo impetu* nastąpił. — Trzeci przykład wskaże wam, jak drobny niekiedy może być powód obrażenia. Tobijas Mee kren, starszy chirurg w Amsterdamie opowiada pomiędzy innemi przypadkami w swych „*medyczno-chirurgicznych spostrzeżeniach*” o jednym, w którym zwichnienie kości ogonowej nastąpiło. Chora, pisze tenże, należąca do sekty nowochrześciców poszła do wychodka, a nie wiedząc, że przykrywka nie zdjęta, nagle uszkodziła sobie kość ogonową tak, że ani stać ani siedzieć nie mogła i musiała być zaniesioną do łóżka. Następnego dnia ból był silniejszym, zaczęła gorączkować i dostała konwulsyj i wtedy Mee kren został wezwany na naradę z jej zwykłym lekarzem. Pomimo podejrzenia przyczyny, wszakże choroby téj wybadać nie mogli, gdyż skromna ta pani ani dotknąć się nie pozwoliła. Lecz podczas nocy cierpienia jej doszły tak wysokiego stopnia, że wczas rano znowu pomocy lekarzy wezwano; i tą razą pozwolono im odpróżnić zwichnienie, co natychmiast i w zupełności pożądaný skutek sprowadziło.

Lecz oprócz opisanego tu zwrócenia kości ogonowej ku przodowi w następstwie zapalenia lub obrażenia w czasie pracy porodowej, poprzedniego gwałtu przez uderzenie lub upadnięcie wywartego, kość ta w niektórych przypadkach ulegać może niemniej niezwycajnemu zwróceniu ku tyłowi. Nie wspomnę tu o tych nielicznych przypadkach, gdzie zwichnienie podobne następuje w czasie pracy porodowej i pozostaje na później, jako stan ciągły lecz zwykle niebolesny; lecz raczej zwrócę uwagę na dział

Przerostów kości ogonowej.

U choréj naszej w szpitalu kość ogonowa była nadzwyczaj prostą, a ogólne pochylenie téjże było nieco ku tyłowi, gdy ostatnia jej część była nagle zwróconą ku przodowi i sterczała ku kiszce prostéj. W tym przypadku trudno powiedzieć, czy zboczenie to było przyrodniém (*congenitum*), czy téż było następstwem jakiego obrażenia w życiu później-

szém. Dr Wilson w ostatnim numerze dziennika „*Dublin medical Press*” opisuje chorego ze sterczącą kością ogonową podobną do ogona, przyczepionego do niższego końca stołu kręgowego. Tamże znajduje się artykuł Dra Jacob przedrukowany z „*Dublin Hospital Reports*”, który opisuje podobną wystałość kości ogonowej amputowaną przez jego ojca i wspomina o rodzinie, której kilku członków przedstawiało tenże sam szczególnie rodzaj przeistoczenia.

Niedostateczne rozwinięcie kości ogonowej

Bywa również niekiedy dostrzeganiem, jako rzadki przypadek niekształtności. Liczba części podlega często wielu zboczeniom, lecz zupełny jej brak lub znajdowanie się jej w prawie zarodkowym stanie jest rzadkiem. Może najczęstsze i przekonujące przypadki tego rodzaju niekształtności znajdują się w zakresie anatomii porównawczej. I tak np. na wyspie Man znajduje się gatunek kotów, których potomstwo rodzi się bez ogonów; kości ogonowe są tu zredukowane do bardzo małej liczby, a i te są jeszcze zarodkowo wykształcone. Zupełny brak kości ogonowych u człowieka jest bardzo rzadkiem zjawiskiem.

Narośle (tumores) kości ogonowej. Potworność przez inkluzją.

Pozostawiając na boku bajeczną i tajemniczną część tej kwestyi, przypomnę wam przypadek dziecięcia, którego urodzenie narobiło trzy lata temu wielu bałasu. W wielu pismach peryodycznych ukazał się wówczas artykuł pod napisem „*Ciekawy potwór, dziecko urodzone z ogonem*”. Przypadek ten zdarzył się w praktyce mego przyjaciela Dra Richardson z Stockton-on-Tees, który dziecko to uwolnił amputacją od tego nadzwyczajnego dodatku, i był tyle łaskaw przesłać mi

tę narośl do rozbioru wraz z rysunkiem dziecięcia zrobionym przed operacją. Narośl ta owalna, koło 6 cali długa a około 4 szeroka, była przyczepioną do skóry naprzeciw środka kości krzyżowej za pomocą cienkiej zaokrąglonej szyjki, około cal średnicy mającej, przez którą dwa lub trzy małe naczynia do narośli wstępowały. Na niższym końcu wystającym lekko po nad powierzchnią fałdy pośladkowej znajdowało się lekkie wklęslenie, przez które dawał się czuć wyraźnie koniec kości, gdy na górnym końcu, na powierzchni zwróconej ku tyłowi dziecięcia, wyrastała narośl około dwóch cali długa, zupełnie podobna do palca ręki lub nogi, zawierająca dwie kości podobne do członków (phalanges) i zaopatrzona na końcu zupełnie wykształconym paznokciem. Skóra pośladka dziecięcia otaczająca bezpośrednio ten punkt, w którym narośl ta była przyczepioną, była zmienioną i wyglądała jak błona śluzową ust, a w około była gęsto włosami pokryta. Gdy dziecko było zupełnie zdrowe, Dr Richardson zdecydował się uwolnić je od tego nadzwyczajnego ciężaru, co mu się też przez podwiązanie szyi narośli, a potem odcięcie ponad przewiązaniem, najzupełniej udało. Krwotok był bardzo małym, jedno naczynie potrzeba było podwiązać, dziecko nie okazywało żadnych złych objawów i rana szybko zagoiła się. Przy rozbiorze pokazało się, że narośl ta składała się z masy tłuszczu skórą otoczonego, zawierającego w swym środku długą kość, przez całą prawie długość narośli przechodzącą, gdy pewna liczba naczyń i nerwów wszedłszy przez szyję rozdzielała się pomiędzy masę; kość ta była należycie skostniałą i okostną okryta, lubo nie przedstawiała dostatecznie oznaczonego podobieństwa do żadnej z kości ludzkiego kościa, abyśmy jej rzeczywistą rodę oznaczyć mogli. Miała ona więcć podobieństwa do kości goleniowej jak do wszystkich innych; ku górnemu końcowi téjże z jednej strony przyczepiała się część tkanek, czerwienista i zbita w budowie jak reszta substancji narośli i najbardziej do mięśnia podobna.

Jakaż mogła być roda tego ciekawego ogonowego do-

datku? Potworności podobnego rodzaju wydarzają się, gdy dwa jajka zostają zapłodnione, i gdy jeden płód dochodzi dojrzałości, podczas kiedy drugi psuje się wcześniej, a wstrzymując się w rozwoju przyczepia się do jakiej części ciała swego bliźniaka i przy porodzie pokazuje się jako narośl. W praktyce Dra P a t e r s o n z Leith wydarzył się podobny opisanemu przypadek 18 lat temu, u chłopca urodzonego z podobną naroślą z niższej części tylniej miednicy wyrastającą. Narośl tę widziało bardzo wielu lekarzy i wiele różnych zdań było objawianych. Największa zaś część skłaniała się ku zdaniu, że to był przypadek *spinae bifidae*. Właśnie wtedy czytałem dzieło M e c k l'a o podwójnych potworach, który kilka przypadków tego rodzaju opisuje, i przyszedłem do przekonania, które dotychczas uważam za usprawiedliwione, że przypadek Dra P a t e r s o n należy tłumaczyć jako płód urodzony z drugim niewykształconym do niego przyczepionym; lecz że indywiduum ten nadliczbowy płód noszące jeszcze żyje, a narośl ta odjętą nie została, rozpoznania zatem sprawdzić nie było można. — Przed kilką laty przybyła do szpitala dziewczyna z masą z cyst złożoną, przyczepioną do tyłu naprzeciw kości krzyżowej i ogonowej. Narośl ta istniała od urodzenia i ciągle się powiększała. Część jej została odjętą i składała się głównie z kilku dużych cyst, nieznosnie smrodliwą materią wydzielających.

Kilka preparatów tego rodzaju znajduje się w muzeum szpitala Ś-go Bartłomieja w Londynie, a między innemi preparat nadliczbowego niewykształconego płodu, odjętego z niższej części tułowia przez p. W o r m a l d u kobiety dorosłej. Narośl ta, pisze mi p. W o r m a l d, zdawała się wychodzić z wnętrza miednicy, a przez wzrost téjże kości krzyżowa i ogonowa zwrócone zostały ku górze i tyłowi. Narośl była ogromnej wielkości tak, że wymagała cięcia 25 cali długiego z każdej strony, aby mogła być odjętą, a przy badaniu znaleziono, że się składała z masy cyst, z których jedne zawierały płyn wodnisty, inne materią tłuszczową, włosy i złogi kostne. Chora powoli po operacyi

wyzdrowiała, lecz kość krzyżowa i ogonowa nigdy już do swego położenia nie powróciły. — Przed kilką laty umarł dziedzic szkockiego hrabstwa, który miał narosł, wyrastając z niższej i tylnej części tułowia, z powodu której nieskończone narady podczas jego życia miewały miejsce. Często bardzo rozprawiano, czy byłoby właściwem i bezpiecznem ją odjąć, a po jego śmierci w czterdziestym roku życia pokazało się, że narosł, która życie chorego z powodu nieprzyjemności i niezgrabności ciągle zatrzymywała, z łatwością odjętą być mogła.

Jeżeli wejrzenie w rodę tych narosli, znajdziecie, że się bardzo, co się tyczy swęj budowy, różnią. Niekiedy składają się li tylko z massy tłuszczowej, niekiedy zaś zawierają kości jużto w zarodku, już téż mniej lub więcej wykształcone, zęby i t. p. W niektórych z nich znaleziono szczękę z zębami w swych zębodołach. Niekiedy znowu znajdowano w nich części kiszek, lub innych organów, lub téż części ciała, co wszystko pokazuje, że były to przypadki drugich popsutych płodów, przyczepionych do wykształconych i przez nie odżywianych. Niektóre z tych drugorzędnych płodów pozostając w jak najbardziej możebnym zarodkowym stanie, przedstawiają tylko masę tkanki łącznej. Inne znowu zawierają wyżej wykształcone tkanki, a niektóre przedstawiają ślady części zbliżających się w rozwoju do organów i części swego więcej doskonałego towarzysza. Te dodatkowe płody przyczepione do kości krzyżowej i ogonowej są przecież pod tym względem zagadkowemi dla teratologów, że z trudnością dają się podciągnąć pod ogólne prawo typu potworów podwójnych. Prawo to brzmi, że podobne części bywają zawsze przyczepionemi do podobnych w obydwóch ciałach. I tak: pierś jednego dziecięcia bywa zrosniętą z piersią drugiego, tył z tyłem, kość piersiowa z piersiową, jedno tyłogłowie z drugim, tętnica, nerw, kość i t. d. jednego płodu do odpowiedniej tętnicy, nerwu, kości drugiego ciała podwójnego potworu. Zdarzają się jednakże małe i rzadkie wyjątki od tego prawidła. I tak mam w moim ręku kościcc zupełnie wykształconego kotka, gdzie mie-

dnica i tylne kończyny drugiego płodu są przyczepione do niższej części kości mostkowej kotka. Takie zrośnięcie niepodobnych części jest bardzo rzadkiem, a na powyższym przypadku moglibyśmy gruntować w anatomii idealnej zasadę: analogii pomiędzy miednicą a kośćmi piersiowemi. Narosłe ogonowe, o których właśnie mowa, stanowią zatem, powtarzam, bardzo uderzający wyjątek od prawa, tak ogólnego jednakże: bo w nich macie części i tkanki drugiego płodu przyczepione do części i tkanek wykształconego dziecięcia zupełnie odmiennych.

Cóż nam nakoniec wypada robić, co się tyczy

Leczenia narośli ogonowych?

Jeżeli tylko mogą być bezpiecznie odjęte dziecięciu, należy to zawsze uskutecznić; lecz często bardzo trudnem jest rozstrzygnięcie względnie bezpieczeństwa operacyi. W takim przypadku jak Dra Richardson, gdzie narosł była szypułkowatą i przyczepioną za pomocą wązkiej szyjki, i gdzie żadna ważna tkanka nie znajdowała się w przesmyku, operacya była bezpieczną a skutek zadawalniającym. To samo da się powiedzieć o przypadku p. W o r m a l d i o kilku innych; lecz niekiedy, jak to już nadmienilem, części przewodu kiskowego przechodzą z ciała dziecięcia do narośli ogonowej, a gdzie tylko można podejrzwać obecność podobnej komunikacyi, lepiej jest zaniechać operacyi. Jeżeli odjęcie narośli jest możebnem, to najlepiej zrobić to, podobnie jak postąpił Dr Richardson, o ile można zaraz po porodzie. W przypadku tym u dziewczyny w szpitalu porobiły się w otworzonej narośli złośliwe wrzody, wydające woń tak niemiłą, że obecność jęj była nie do zniesienia dla wszystkich innych chorych. W przypadku Dra P a t e r s o n nie nie przedsięwzięto, a massa cyst skurczyła się i zmalala nie rozwijając się z resztą ciała. Młody człowiek, o którym mowa, jest obecnie zatrudnionym w publicznym zakładzie, pracuje całe dnie, siedząc przy swoim biur-

ku na obrzmieniu i, że tak powiem, wspiera się na swym niewykształconym bracie.

Tłom. Dr *Kulski*.

Dyzenterya przy chorobie Brighta.

Już od dawnego czasu zwracano uwagę na występowanie dyzenteryi przy chorobie Brighta i białko-moczu. Przez długi czas dyzenteryą uważano jako połączkę choroby Br. Prof. Treitz jednakże utrzymuje, że dwie te choroby pozostają z sobą w ścisłym związku i dyzenterya wywiezuje się w skutek drażniącego działania węglanu amoniaku powstającego z rozkładu mocznika wydzielanego przez kiszkę. Przy chorobach nerek stolce rzadko bywają zbite, prawidłowe; dla tego w razie nagłego wystąpienia dyzenteryi w skutek zaziębnienia, zawsze należy zwrócić uwagę na możebność współczesnego cierpienia nerek. Jakoż w nagłych przypadkach śmierci w skutek dyzenteryi, nerki bywają zwykle przekrwione i cewki ich wypełnione są wysiękiem włóknistym.

Zdaniem Zimmermanna nerki przy dyzenteryi w czworakim stanie znajdować się mogą:

1^o Mocz przez cały czas trwania choroby jest czysty, oddziaływa kwaśno, moczący są w znacznej ilości, a obcych części wysiękowych nie ma żadnych. W tych przypadkach lubo choroba trwa już czas dłuższy, z gorączką i parciem, wyleczenie zwykle następuje, twarz mało co jest zapadniętą, stolce nie mają woni ammoniakalnej, ciała krwi w nich znajdujące się są niezmiennione, zaczerwienione, rozkład następuje dopiero potem, głównie w skutek działania moczu domieszanego. Później wypróżnienia stolcowe stają się czar-

ne, ciała krwi nabrzmiewają, bledną, ammoniak wywieźuje się w znacznej ilości, żółci jest niewiele domieszanej. Gdy choroba jest najmocniejszą, odchodzi tylko krew, wysięk włóknisto surowiczy i nabłonki. Gdy wysięk się zmniejsza, stolce są mniej częste, i poty powstają; przekonywa to, że krew zaczyna w większej ilości napływać ku skórze a mniej jej zato napływa ku kiszkom.

2° Dyzenterya zaczyna się objawami niebezpiecznemi, które poprzedzają obfite wypróżnienia stolcowe, zgniłą woń wydające, chory jest rozdrażniony, siły upadają, do moczu domieszane są części wysiękowe; objawy te wzmagają się i śmierć przychodzi, a jeżeli ma nastąpić wyzdrowienie, to jest bardzo powolnem.

3° Biegunka rozpoczyna się gwałtownemi objawami miejscowemi albo ogólnemi jak wymioty, bole w brzuchu, obfite wypróżnienia krwisto-surowicze, dalej upadek sił, w moczu pokazuje się białko i cylindry włóknikowe. W tych przypadkach w krótkim czasie zwykle śmierć następuje, a wtedy nérki znajdują się w pierwszym okresie choroby Brighta.

4° Biegunka z porażeniem rozpoczyna się upadkiem sił, gnilnym rozkładem wypróżnień stolcowych, moczu odchodzi niewiele, i ten zawiera wiele białka i włóknika, czasem moczu nie ma wcale, i w łydkach kurcze powstają. W tych przypadkach, albo wkrótce następuje polepszenie i mocz się wyjaśnia, albo choroba kończy się śmiercią, a wtedy nérki są mocno przekrwione, a cówki są wypełnione wysiękiem.

(Deutsche Klinik. 1860).

Doświadczenia co do powstawania mocznicy.

Dr Opler w celu rozstrzygnięcia pytania co do powstawania mocznicy (*uraemia*), w patologicznym instytucie Berlińskim robił doświadczenia na zwierzętach, które wykazały, że we krwi chorujących na mocznicę nie zawsze daje się wykazać węglan ammoniaku a nawet wstrzykiwanie roztworu téj soli do żył wywołuje inne objawy, niżli właściwe mocznicy. Gdy przy zakażeniu mocznikowym w skutek choroby Br. pokazuje się przygnębienie w układzie nerwowym, węglan ammoniaku działa przeciwnie jako środek drażniący i pobudzający, gdy się dostanie do krwi; zwierzęta stają się niespokojnemi, skaczą w górę, krztuszą się i wymiotują, potem następują mocne drgawki, które albo wkrótce ustępują przy ciągłej rzeźwości zwierzęcia, albo téż śmierć następuje.

We krwi 8 psów chorujących na mocznicę Dr O. nie znalazł ani śladu węglanu ammoniaku; za to znajdowała się we krwi powiększona ilość istot wyciągowych a w mięśniach kreatin i leucin. Gdy zatem jest rzeczą niewątpliwą, że w skutek zniesionego wydzielania w nerkach, w mięśniach istoty rozkładowe zbierają się w większej ilości, to można przyjąć prawie z pewnością, że i w częściach środkowych układu nerwowego podobne zmiany co do składu chemicznego muszą zachodzić, lubo przypadki rozkładu nie są jeszcze tyle znanemi, aby je można było wykazać podobnie jak w mięśniach. Zdanie, jakoby jakakolwiek z części składowych moczu lub powstałych z jego rozkładu wywoływała mocznicę, prof. O. uważa za błędne; za najpewniejszą przyczynę mocznicy poczytuje zmiany w składzie chemicznym części środkowych układu nerwowego.

Wymioty przy mocznicy również tłumaczy jako powstające nie w skutek drażnienia błony śluzowej żołądka przez węglan ammoniaku, lecz w skutek wpływu współczulnego, drażnienia nerwów nerkowych; gdyż wymioty po podwiązaniu moczowodów daleko później następują niżli po wycięciu né-

rek. Doświadczenia porównawcze co do ilości mocznika we krwi po wycięciu nerek i podwiązaniu moczowodów przekonały, że znaczna część mocznika znajdującego się w moczu nie dochodzi do nerek, lecz w nich się dopiero wytwarza, a zatem że nérki nie są jedyném ogniskiem sprawy dyfuzyjnej (Diffusions, Organe), jak Ludwig utrzymywał, lecz że mają one znaczny lubo nie wyłączny udział pod względem wytwarzania się istot uważanych jako ostateczny wypadek przemian dziejących się w ciele. W której części nerek ta sprawa się odbywa, dotychczas z pewnością oznaczyć nie podobna; prawdopodobnie przyblonki mają w tém znaczny udział.

(Virchow's Archiv. XXI, 3. 1861.)

Leczenie wilka (lupus) za pomocą galvano-kaustyki.

Genialny pomysł Middeldorffa (galvano-kaustyka) nie tylko w chirurgii znalazł swoje zastosowanie, i dermatologom nieraz świadczy on znakomitą przysługę już to przy przecinaniu dymienie, przy wypalaniu telangektazji, wrzodów syfilitycznych i zgorzeliowych, odcinaniu szyszek, brodawek i t. d. Ważniejszym daleko jednakże jest zastosowanie tego środka przez p. Hebrę, do leczenia choroby jednéj z najuporczywszych, przeciw której żadne środki wewnętrzne prawie nie pomagają, a tą jest wilk (Lupus). Żrące środki tylko dają jakąś nadzieję polepszenia, a między temi należy wybierać takie, które niszcząc tkankę chorobną, choremu jak najmniej bólu sprawiają i wyleczenie przyspieszają. Podług artykułu podanego przez Dr Neumana galvano-kaustyka zasługuje na pierwszeństwo. W większej

liczbie przypadków różnych odmian wilka (*lupus hypertrophicus*, *tuberculosis*, *serpiginosus*) galwano-kaustyka wystarcza do zupełnego zniweczenia choroby. Jedno przypalenie galw. kaust. tyle jest w stanie zniszczyć, co 20 przypiekań za pomocą saletrzanu srebra. Zdarzają się przypadki, w których trzeba się udać do innych środków żrących; szczególniej bywa to wtedy, gdy nie ma wyraźnych grudek i brodawek tkanki łącznej, lecz cała powierzchnia części skóry jest zajęta.

Narzędzia, których Hebra używa do wykonania operacyi, są: pętka z drutu platynowego spiczasto zakończona na wzór wypalacza do zębów, wypalacz porcelanowy obwiedziony licznymi skrętami drutu i kawałek drucika platynowego płasko wykuty nakształt nożyka. Rączka jedna służy do każdego z tych narzędzi; ta powinna być gruba, mocna, zrobiona z drzewa lub innego ciała będącego złym przewodnikiem ciepła, gdyż przy dłuższem działaniu łatwo może się rozgrzać zbyt mocno i spowodować przerwę działania. Przy wilku gruzelkowatym używa się pętki spiczastój, którą się naciska w grudkę tak jak kamieniem piekielnym; wypalić w głąb nie trzeba więcej jak na linią, zapalenie bowiem ztąd powstałe i ropienie samo przyczyni się do oddzielenia tkanki chorobnej. Działanie za pomocą tego narzędzia wymaga pewności ręki, zwłaszcza w chorych niespokojnych i w pobliżu ważnych części; krwawienia nie bywa prawie nigdy. Wypalacza porcelanowego używa się przy mniejszych guzkach, i tam gdzie większą powierzchnią trzeba wypalić.

Najważniejszem jest zastosowanie wypalacza nożykowatego przy *lupus hypertrophicus* i przy tak zwanój *framboesia*; tutaj wyrosłe jagodowate nieraz cał i więcej wyrastające można w jednej chwili oddzielić, co dotychczas tak szybko żadnym ze środków używanych nie dało się wykonać. Jedną tylko złą stronę posiada to narzędzie, t. j. że prędko bardzo ziębnie, przez co ból się zwiększa i krwawienie nie zupełnie daje się zatamować.

Co do tworzenia się strupka, to doświadczenia H. zgadzają się zupełnie ze spostrzeżeniami Middeldorffa i Zsigmondego, to jest, że platyna do białości rozpalona

nie robi żadnego strupka, rozpalona zaś do czerwoności tworzy strupek bardzo cienki, który w miarę dłuższego działania może stać się grubszy; stupek ten odpada zwykle między 8 i 10 dniem; rany goją się w krótszym lub dłuższym przeciągu czasu stosownie do usposobienia chorego. W celu otrzymania gładkiej blizny należy później lekko pociągać saletrzanem srebra albo roztworem siarczynu miedzi z kilku gran na uncję wody. Ból po przypaleniu przez dwa do trzech dni czuć się dający, najlepiej łagodzi się przez przykładanie mieszanki z wody wapiennej i oleju lnianego.

Zapalenie skóry i powrót choroby przy tym sposobie wydarza się podobnie jak przy innych. Wspomnieć jeszcze wypada, że w skutek działania ciepłika promieniącego w około miejsca wypalonego na 2 — 3 linii naskórek podnosi się w górę pęcherzykowato, co jednak wkrótce przemija, bez żadnych złych następstw.

(Wiener Wochenschrift. 1861.)

Działanie niektórych środków moczopędnych.

Dr. H. Weikart w czasopiśmie: „*Archiv der Heilkunde*” (II. 1. 1861), podaje wypadki doświadczeń które robił na sobie samym ze środkami moczopędnymi; dołączając do nich niektóre uwagi teorytyczne.

Po zażyciu uncji mleczanu potażu powstały nudności i skłonność do wymiotów, po godzinie, gdy te przeminęły mocz zaczął odchodzić w znacznej ilości, co trwało przez 10 godzin, przez ten czas odeszło moczu 2 $\frac{1}{2}$ razy więcej niż zwykle. To szczególniejsza, że mocz świeży przez cały ten czas oddziaływał alkalicznie. W. wnosi, że działanie moczopędne alkaliów połączonych z kwasami roślinnemi ztąd pochodzi, że się z nich wytwarzają węglany alkaliczne, które w porównaniu

z innemi solami krwi najmniej przeszkadzają wydzielaniu surowicy przez nérki. W. nérkę uważa jako błonę cedzącą znacznej wielkości, w jak najmniejszej przestrzeni umieszczoną. Z soli alkalicznych pierwszeństwo przyznaje octanowi potażu. Sole sodowe z kwasami roślinnemi zachowują się podobnie, lecz sole potażowe wytwarzają więcej węglanu potażowego. W. po zażyciu soli, o których mowa, ani na sobie samym ani u innych osób, które miały zdrowe nérki, nie znajdował nigdy objawów, któreby wskazywały zadrażnienie nerek. Ponieważ nérka dla soli w surowicy rozpuszczonych ma służyć za cedzidło, szybkość zatem wydzielania się moczu zależy nietylko od ilości soli rozpuszczonych, ale i od ciśnienia pod jakim się krew znajduje. Doświadczenia pod tym względem robione wykazały, że wszystko, cokolwiek podnosi ciśnienie krwi, działa w sposób moczopędny; a ponieważ ciśnienie krwi zależy od szybszego lub wolniejszego tętna, wszystko zatem co tętno przyspiesza, pomnaża ilość wydzielanego moczu.

Tymczasem jeden z najczynniejszych środków moczopędnych, jakim jest naparstnica, sprzeciwia się temu twierdzeniu; gdyż zmniejszając liczbę uderzeń serca pomnaża wydzielanie moczu. W. tłómaczy to w ten sposób, że serce posiada swój właściwy przyrząd nerwowy, którego drażnienie zwalnia uderzenia serca i zmniejsza ciśnienie krwi; dla tego u zdrowych naparstnica nie powiększa ale zmniejsza wydzielanie moczu. U chorych sercowych zaś, zwłaszcza cierpiących wady zastawek lub przerost serca, w razie przyspieszenia uderzeń tętna przy rozkurczu serce nie jest zupełnie wypełnioném, a przy skurczu mniej krwi wydaje, przez co ciśnienie w naczyniach włosowatych się zmniejsza i mocz bardzo mało odchodzi. Naparstnica zaś zmniejszając liczbę uderzeń serca wywiera skutek wprost przeciwny i pomnaża wydzielanie moczu.

Sprawozdawca Wł. Ściborowski.

Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

w Druk. K. Kowalewskiego.

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIRZ DYBEK.

SERYA III.—TOM IV.

**Poszyt VIII i IX. — Dnia 30 Paździer-
nika i 15 Listopada.**

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI.

WARSZAWA,

Nakładem księgarni J. KAUFMANN i Sp.

przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

—
1861.



PAMIĘTNIK

TOWARZYSTWA LEXARSKIEGO

WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Na upowszechnienie wiedzy

REDAKTOR GŁÓWNY

WŁODZIMIERZ BYER

SERII A III - TOM IV

Prace z serii I IX - Dział 20 Prace

z dnia 1 35 Kalendarza.

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI

WARSZAWA

Wydawnictwo Lekarskie J. MATHIASA 1897

Wydawnictwo Lekarskie J. MATHIASA 1897

54/2/188/45



I.

POŁOŻENIE PŁODU W MACICY.

Ustęp ze znajdującego się pod prasą dzieła p. t. „Wykład akuszerji,”
czytany w części na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz.).

PRZEZ

Ludwika Adolfa Neugebauera.

Literatura.

Ambr. Paré: Briefve collect. de l'admin. anat. avec la maniere de conjoindre les os et d'extraire les enfans etc. Paris, 1550. 8. (Ambrosii Paraei de hominis generatione liber. Tom. II Gynaecior. etc. Basil. 1586. 4. Pag. 404—484. Cap. XIII, (pag. 419—420): De situ infantis in utero). —Renaudus Columbus: De re anatomica libri XV. (Venetiis 1559. Fol.) Paris. 1562. 8. Pag. 463—465: De situ infantis in utero. —François Mauriceau: Traité des maladies des femmes grosses etc. (Paris, 1686). 7-e édit. Tome 1. Paris 1740. 4. Page 232—236: Des différentes situations naturelles de l'enfant au ventre de la mère selon les différens tems de la grossesse. —Guill. dela Motte: Traité compl. des accouch. Paris 1721. 8. Livre 1, chap. 21. (De la Motte, Tractat von Kranckheiten schwang. u. gebähr. Weibs-Persohnen. Aus. d. Franz. übers. durch Scheid. Strasburg, 1732. 4. S. 146 u. f.: Von dem Lager dess Kinds im Mutterleib). —Ansgar Anchersen,

(praeside Georg. Frider. Frank): Diss. de strophe septimestris fetus, Gallis dicta la culbute, falso hactenus credita. Hafn. 1732. 4.—Philipp. Adolph. Boehmer: Praefamen academicum, quo situs uteri gravidi foetusque a sede placentae in utero per regulas mechanismi deducitur. Halae, 1741. (Disput. anat. select. Vol. V. Collegit A. de Haller. Gott. 1750. 4. Pag. 293—318).—Ten Źe: „De versione foetus,“ w dziele: Richardi Manningham artis obstetr. compendium, auctum auctore Phil. Adolph. Böhmero. Halae Magd. 1746. 4. Praefatio, III.—Josephus Onymos: De naturali foetus in utero materno situ. Disput. Lugd. Bat. 1743. (Disp. anat. select. Vol. V. Colleg. Haller. Pag. 319—333).—W. Smellie: A treatise on the theory and pract. of midwif. Lond. 1752. Pag. 178.—Gerhardus Albertus Huffelmann (praeside Andrea Elia Büchner): Diss. de genuino foetus in utero materno situ naturali. 1758. Halae Magdeb. 4.—P. Camper: Betracht. üb. einige Gegenst. aus d. Geburtsh. (1759). Leipz. 1777. 8. S. 44. Taf. 1, Fig. 6.—André Levret: L'art des accouchements. (1753). 3-e édit. Paris. 1766. 8. Pag. 76: De l'attitude du foetus et de sa culbute. — Joann. Georg. Roederer: Elementa artis obstetriciae. (1753). Goetting. 1766. 8. Pag. 37 — 40. — G. van Doeveren: Specimen observat. academicar. etc. Lugd. Bat. 1765. Pag. 104. § XIII—XVIII.—Albert de Haller: Elementa physiologiae. Tom. 8. Laus. 1766. 4. Lib. 29, sect. 5, § 5. (Albrecht von Haller, Anfangsgr. der Physiologie. Bd. 8. Berl. u. Leipz. 1776. 8. S. 681—687: Die herabgebückte Frucht).—Carolus Fridericus Schultz, (praeside Carolo Friderico Rehfeld): Diss. inaug. medica de situ foetus in utero materno. 1770. Gryphiswaldiae. 4.—F. L. J. Solayrès de Renhac: De partu viribus maternis absoluto. Paris. 1771. 4. Pag. 8.—Gapuy, (praeside Lud. Par. Fl. Ren. le Thieullier): Ergo fetus suspensio in aquis a funiculo umbilicali pendet. Paris, 1771. 4. — Guil. Hunter: Anatomia uteri humani gravidi tabulis illustrata. Birmingham. 1774. Fol. Tab. VI, XII.—Ed. Sandifort: Observat. anatom.-patholog. lib. II. Lugd. Bat. 1777. 4. Tab. III. — J. L. Baudelocque: L'art des accouch. (1781. 8.) 5-e édit. Paris

1815. 8. T. 1. p. 226. §444. (Baudelocque's Anleit. zur Entbindungskunst. 2. Ausg. Uebers. v. Ph. F. Meckel. Bd 1. Leipz. 1791. 8. S. 274—280: Von der Stellung und Lage des Kindes im Mutterleibe).—Jo. Guilhelm. Cassebeer: De capitis foetus humani pelvim intrantis situ vario etc. Specim. inaugurale. Marburgi, 1815. 8.—J. Jacques Louis Hoin: Dissert. sur la situation la plus ordinaire de l'enfant dans la matrice pendant la grossesse. Nouveaux Mémoires de l'Acad. de Dijon. Ann. 1783. Séestre I, p. 121 et suiv.—Joann. Car. Gehler: De situ foetus in utero. Lipsiae, 1791. 4. (Joh. Carl Gehler's kleine Schriften, die Entbindungskunst betreffend. Aus d. Lat. Mit Zusätzen v. Kühn. 1. Theil. Leipz. 1798. 8. S. 358—371: Von der Lage der Frucht in der Gebärmutter).—Christoph. Ludov. Henr. Burchard. Diss. de foetus capitis situ obliquo et perverso etc. 1797. 4.—Carol. Christoph. Conr. Gaspar: Dissertatio de situ capitis vario ad partum. Gottingae. 1805. 8.—Girard, Journal général de médecine par Sédillot. Tome 48. Paris, 1843. 8. page.286 et suiv.—Termanini, Opuscoli scientifici di Bologna. Tom. 3, pag. 330. (Termanini: über die Lage des Fötus in der Gebärmutter. Deutsches Arch. f. d. Physiol. v. Meckel. Bd 6. Halle, 1820. 8. S. 282—291).—Carl Gustav Carus: Zur Lehre von Schwangerschaft und Geburt. 1. Abth. Leipz. 1822. 8. S. 184—212: Einige Bemerkungen über d. Lage des Kopfes bey der naturgemäss erfolgenden menschl. Geburt.—Mende: Ueb. die Stellung der Leibesfrucht zur Geburt. Gemeins. deutsche Zeitschr. f. Geburtstk. Bd 1, 1827, Heft 1, S. 63—76; Heft 2, S. 555—573; Bd 3, 1828, Heft 1, S. 1—28.—Alf. A. L. Velpeau: Traité élem. de l'art des accouch. T. 1. A Paris, 1829. 8. Page 325—328: De l'attitude et de la position du foetus pendant la grossesse.—Karl Friedrich Burdach: Die Physiologie als Erfahrungswissenschaft. Bd 3. Leipz. 1830. 8. S. 40—56.—H. F. Kilian: Die Geburt des Kindskopfs in derj. Scheitelstellung, welche man Hinterhauptslage zu nennen pflegt. Bonn, 1838. 8.—Adolph. Lud. Guil. Braumüller: Nonnula de infantis ad partum regularem positione. Dissert. 1830. Berolini. 8.—Capuron: Mémoire sur la situation du foetus pen-

dant la grossesse. Journal universel et hebdomadaire etc. Tome 10. Paris. Page 437 et suiv.—Paul Dubois: Mémoire sur la cause des présentations de la tête pendant l'accouchement etc. Mémoires de l'Acad. roy. de méd. Vol. 2. Paris, 1832. 8. Pag. 235 et suiv.—Virey: Mémoire sur une loi de l'économie animale relative à la position des embryons et des foetus dans l'utérus. Revue médicale. Paris. Jule 1853. — Ferd. Frid. Martini: De foetus in utero praeter normam collocati causis. Dissert. 1834. Jenae. 8.—Kleinert: Uebers. der Durchm. u. Verhältn. des weibl. Beckens, des Kindes, so wie der regelm. u. regelwidr. Kindeslagen. Berlin. 1737. Folio. — Ulsamer: Kindeslage bei der Geburt, w dziele: Encyklopäd. Wörterb. der med. Wissensch. Herausg. v. Busch etc. Bd 19. Berl. 1837. 8. S. 612 — 628. — P. Cazaux: Traité théor. et prat. de l'art des accouch. (1840.) Nouv. édit. belge. Brux. 1852. 8. Page 146—148: Position et attitude du foetus.—Chailly-Honoré: Traité prat. de l'art des accouch. (1842). 3-e édit. A Paris, 1853. 8. Page 117—119: Causes de la présentation de la tête.—J. Jacquemier: Manuel des accouchements etc. Paris, 1846. 8. Tom 1, p. 300—306: Attitude du foetus dans l'utérus.—Joseph Hyrtl: Lehrb. der Anat. des Menschen. (1847) 4. Aufl. Wien. 1855. 8. S. 612 — 613: Lage des Embryo in der Gebärmutter.—Fr. W. Scanzoni: Lehrb. der Geburtshilfe. Band 1. Wien, 1849. 8. S. 101—106: Lage und Haltung des Kindes in der Gebärmutter.—J. Y. Simpson: The attitude and positions, natural and preternatural, of the foetus in utero, acts of the reflex or excito-motory system. Edinburgh, 1849. 8. — Franz A. Kiwisch v. Rotterau: Die Geburtskunde etc. 1. Abth. Erlangen, 1851. 8. S. 189—194: Lage und Haltung der Frucht innerhalb der Gebärmutter.—Joh. Eugen Rosshirt: Lehrbuch der Geburtshilfe. Erlangen, 1851, 8. S. 118 —120: Lage der Frucht.—Pröbsting (zu Hamm): Lösung des Räthsels, weshalb der Kindeskopf in der Regel dem Becken zugewandt ist. Neue Zeitschr. f. Geburtsk. Bd 28, Heft 2. Berl. 1851. S. 172—200.—v. Ritgen: Ueb. d. gewöhl. Ursachen der Kopf-u. Beckenlagen des Kindes vor u. bei der Geburt. Neue Zeitschr. f. Geburtskunde. Bd 31. 1851. S. 1. u. f.—

Ten ze: Ueb. d. Richtung des Rücken des Kindes nach links, als die häufigere bei vorliegendem Kopfe. (Monatsschr. f. Geburtsk. 2. Bd. Berl. 1853. S. 1 u. f.). Schmidt's Jahrb. etc. Bd 81. Leipz. 1854. S. 69.—Alb. Krause: Die Theor. u Praxis der Geburtshülfe. 1. Theil. Berlin, 1853. 8. S. 138—143: Die Haltung der Frucht etc. —Ch. Bell: Ueb. Steisslage des Fötus (Monthly Journal. Sept. 1853). Schmidt's Jahrb. der etc. ges. Med. Red. v. Richter u. Winter. Bd 81. Leipz. 1854. S. 69—70. —Fr. L. Feist: Ueber d. Lehre vom Stürzen des Kindes in den letzten Monaten der Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geburtsk. Bd 3. 1854. S. 172 u. f.—Spöndli: Zur Aetiologie der Querlagen. Schmidt's Jahrb. etc. Bd 83. 1854. S. 63. —Battlehner: Ueber die Stellung der Frucht bei der Geburt. Monatsschr. f. Geburtsk. Bd 4. Berl. 1854. Heft 6, S. 519 u. f.—A. F. Hohl: Lehrb. der Geburtshülfe. Leipz. 1855, 8. S. 159—162: Die Lage des Foetus. S. 162—163: Haltung oder Stellung des Foetus.—Ludwik Adolf Neugebauer: Sprawozdanie z czynności Szpitala Ś. Trójcy w Kaliszu w roku 1855. (Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Ser. 2, tom 12. (Ogóln. zbioru t. 36). Warszawa. 1856. 8. Str. (112—110, 169—219) 207—210: Sledzenie ciężaru gatunkowego zapłodka. (Osobny odbitek powyższej rozprawy. Warszawa. 1856. Str. 110—113).—M. Duncan: The statics of pregnancy. Edinburgh med. and surg. Journal. January, 1855. —Carl R. Braun: Lehrbuch der Geburtshülfe. Wien, 1857. 8. S. 80: Haltung des Fötus. S. 80—83: Lage des Fötus. —Otto Spiegelberg: Lehrbuch der Geburtshülfe. Lahr, 1858. 8. S. 63—67: Haltung, Lage und Stellung des Foetus im Uterus.

Położenie płodu w macicy.

Położenie płodu w macicy uważane być może pod trojakim względem: raz jako stosunek położenia pojedynczych części ciała jego między sobą, powtórę jako stosunek położenia podłużnego wymiaru płodu do podłużnego wymiaru macicy, a potrzecie jako stosunek położenia pojedynczych powierzchni płodu, zwłaszcza nastawiającej się części jego do różnych punktów obwodu jamy miednicy. Pierwszy z tych stosunków oznaczamy nazwą ułożenia płodu, drugi nazwą położenia w ściślejszym znaczeniu, trzeci nazwą stawienia.

a. Ułożenie płodu. (*habitus infantis*,—*attitude de l'enfant*,—*Haltung des Kindes*).

Płód w pierwszych chwilach rozwoju swojego jest przyczepiony do końca krótkiej jeszcze wówczas isto-

sunkowo grubój pępowiny, w podobny poniekąd sposób, jak grzyb do swój szypułki. Ciało jego jest przytém łukowato zgięte w taki sposób, że grzbietowa jego strona odpowiada wypukłości, brzuszna zaś wklęsłości tego łuku. Tę łukowatą postać zachowuje płód aż do ostatniej chwili pobytu swego w jamie jaja. Gdy zaś łukowata ta postać wynika z mocnego zgięcia całego ciała i wszystkich członków płodu, przeto ten ostatni w jamie jaja jest skulony, i tém samém zajmuje on tamże najmniejszą możliwą przy swych rozmiarach przestrzeń.

W skutek tój skulonej postaci, w której cała jego długość wynosi tylko 10 do 12", głowa jego mocno pochylona jest ku przodowi a przez to broda zbliżona do przedniej ściany klatki piersiowej. Mocno zgięte w stawach górne kończyny przystają ramionami do boków klatki piersiowej, przedramiona zaś są jużto przed tą klatką skrzyżowane, już téż ułożone po prawej i po lewej stronie w taki sposób, że każda z rąk przylega do odpowiedniej jej strony twarzy. Dolne kończyny nareszcie, również mocno zgięte w kolanach, przylegają w taki sposób do boków i przedniej ściany brzucha, że golenie się krzyżują, a każda ze stóp przylega podeszwą do pośladka przeciwległej strony, lub przynajmniej leży w jego bliskości.

W skulonej swój postaci płód przedstawia figurę spłaszczonego nieco z dwóch stron odpowiednich jego bocom jaja, którego koniec cieńszy przedstawiony jest przez głowę, a grubszy przez pośladki i zgięte we wszystkich swych stawach dolne kończyny, i którego ściana odpowiadająca brzusznej stronie płodu jest nie-

co mniej wypukła, niż ściana odpowiadająca stronie grzbietowej, a raczej nieco spłaszczona.

Opisana jajowata figura skulonego płodu ma około 10 do 12" (27—32 cm.) długości;—szerokość grubszego jęj końca, podług Simpsona (1) oznaczyć się dająca przez linię idącą od okolicy lędźwiowej płodu do jego stóp, wynosi około 8" (22 cm.);—szerokość cieńszego końca, oznaczyć się dająca przez wymiar potylico-czołowy płodu, wynosi 4" (11 cm.);—grubość grubszego końca, oznaczyć się dająca przez wymiar biodro-biodrowy, wynosi 3" do 3" 4" (8 do 9 cm.);—a grubość nareszcie cieńszego końca, oznaczyć się dająca przez wymiar poprzeczny większy głowy, wynosi 3" 3" do 3" 6" (6 do 9½ cm.).

O ile ułożenie płodu przedstawia powyżej podane stosunki, o tyle nazywamy je ułożeniem prawidłowém (*habitus normalis*). Każde zaś zboczenie wzajemnego względem siebie położenia pojedynczych części ciała płodu czyni ułożenie jego nieprawidłowém czyli wadliwém (*habitus abnormis s. vitiosus*). Należą tu: przychylenie głowy potylicą w tył, mające miejsce przy tak zwaném położeniu twarzowém, dalej zwichnienie rąk z swego położenia ku czaszce lub pośladkom, opuszczenie się nóg przy położeniu głowowém do głowy lub przy położeniu poślakowém pod pośladki, przegięcie się całego płodu górną i

(1) Simpson: The attit. and posit., nat. and preternat., of the foetus etc. Edinb. 1849. Pag. 22.

dolną częścią swego ciała w tył, mające miejsce przy położeniu brzuszniém, i t. p.

Prawidłowe ułożenie płodu zawisłe jest od bardzo różnych warunków. Warunki te są: 1) ażeby sam płód był wolny od znaczniejszych wad rozwojowych, zwłaszcza dotyczących jego postaci, — dalej 2) ażeby znajdował się przy życiu i wolnym był od wszelkich stanów chorobnych ze zwolnieniem mięśni połączonych, — 3) ażeby się znajdował w przestronie podługowatym i ograniczonym ścianami jednostajnie zaokrąglonemi, jakim właśnie jest jama macicy, — 4) ażeby ten przestron, i tém samém jama macicy miała objętość o mało tylko większą od objętości płodu, czyli innemi słowy, ażeby woda płodowa istniała w umiarkowanej tylko ilości, — dalej jeszcze 5) ażeby tenże sam przestron ustawionym był w ciele matki jednym z swych końców w górę, drugim na dół w taki sposób, aby koniec na dół obrócony odpowiadał jamie miednicy, i ażeby w tym celu nietylko macica miała prawidłowe swe względem miednicy położenie, ale i miednica była prawidłowo, a przynajmniej niezbyt wadliwie zbudowaną i prawidłowo do reszty ciała ustawioną, — nakoniec 6) ażeby pępowina była nie za krótką i niebyła w nieprawidłowy sposób na około płodu oplątana.

Brak jednego lub drugiego z tych warunków pociąga za sobą wykształcenie się rzeczonych już powyżej różnych ułożeń nieprawidłowych.

b. **Położenie płodu** w ścisłejszém znaczeniu, (*situs infantis*, — *présentation de l'enfant*, — *Lage des Kindes*).

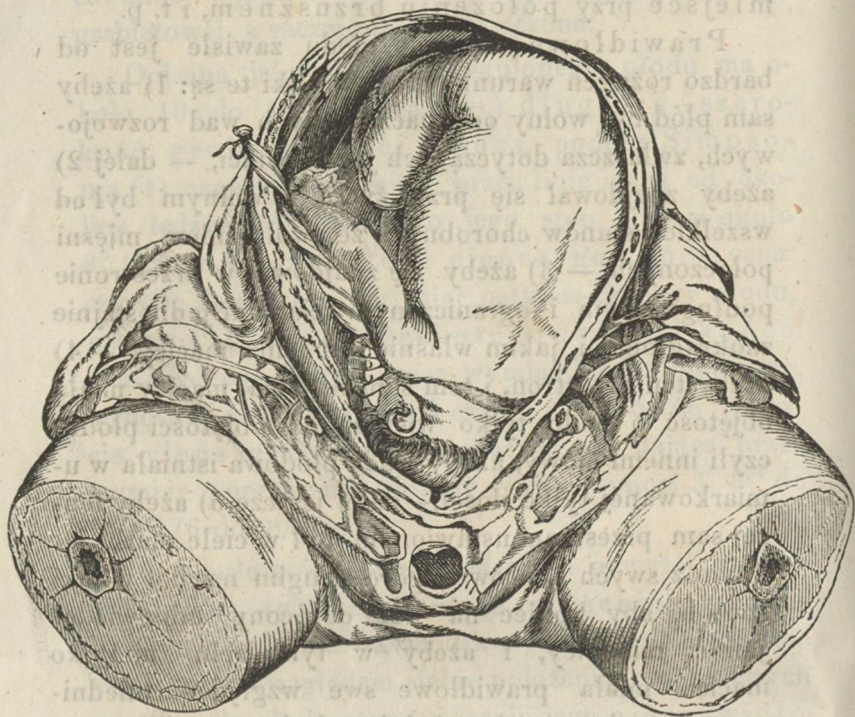


Fig. 1. (1)

Właściwe położenie płodu w macicy może być bardzo różne. Najczęściej płód znajduje się w jamie macicy umieszczonym w taki sposób, że wymiar jego podłużny odpowiada mniej więcej podłużnemu wymiarowi

(1) Fig. 1. Płód dojrzały w najczęstszym swym położeniu w macicy, zmniejszony do $\frac{1}{4}$ w średnicy (Podług Huntera. — Spiegelberg: Lehrb. d. Geburtsh. Fig. 38. S. 64.).

rzeczonój jamy. Położenie to oznaczamy nazwą po-
łożenia podłużnego (*situs longitudinalis*). Ta-
kowie może być dwojakie, płód bowiem raz gło-
wą, a powtóre miednicą obróconym być
może na dół do ust macicznych. Ztąd położenie,
podłużne dzieli się na położenie głowowe
(*situs ad caput*) czyli ściślej ciemieniowe lub
tęż wierzchołkowe (*situs ad verticem*) i na
położenie miednicze czyli pośladko-
we (*situs ad pelvim sive ad clunes*). Pierwsze jest

bez porównania czę-
stszem od drugie-
go i stanowi w ogół-
ności najczęstszą
formę położenia pło-
du.

Niezawsze jednak
podłużny wymiar
płodu ma rzeczone
powyżej położenie
względem macicy,
częstokrotnie bo-
wiem płód w tej o-
statniej tak jest u-
mieszczony, że wy-
miar jego podłużny
krzyżuje się z podłu-



Fig. 2. (1).

(1) Fig. 2. Płód znajdujący się w położeniu miedni-
czem czyli pośladkowym. (Bernh. Schultze: Lehrbuch
der Hebammenkunst. Leipzig, 1860. 8. Fig. 35).

żnym jój wymiarem. Skrzyżowanie to dzieje się albo pod kątem ostrym, albotóż pod kątem prostym, a przynajmniej do prostego mocno zbliżonym. Przez to zaś otrzymujemy jeszcze dwa inne położenia płodu, a mianowicie w pierwszym razie tak zwane położenie ukośne (*situs obliquus*), w drugim zaś razie tak zwane położenie poprzeczne (*situs transversus*), które to dwa położenia znowu, stosownie do części górnego lub dolnego końca ciała bezpośrednio nad ustami macicznymi leżącej czyli, jak potocznie mówimy, nastawiającej się dzielą się jeszcze na różne formy podrzędne. I tak: położenia ukośne rozpadają



Fig. 3. (1).

się, stosownie do tego, czy górny, czy też dolny koniec ciała się nastawia, na położenia główowe ukośne i położenia miednicze ukośne. Z tych znów pierwsze czyli główowe ukośne, stosownie do tego, czy tył głowy z karkiem, bok głowy, czy też przednia strona głowy czyli twarz

(1) Fig. 3. Płód znajdujący się w położeniu twarzowym. (Bernhard Schultze: Lehrb. der Hebammenkunst. Leipzig, 1861. 8. Fig. 34.).

się nastawia, dzielą się na: położenie karkowe (zwane przez niektórych także położeniem potyliczném), prawe i lewe położenie boczne głowy czyli uszne, — i położenie twarzowe, dzielące się dalej jeszcze na położenie twarzowe górne czyli czołowe, i położenie twarzowe dolne czyli właściwie tak zwane twarzowe; — drugie zaś, czyli miednicze ukośne, stosownie do tego, czy kość krzyżowa, jedna z kości biodrowych, stopy lub

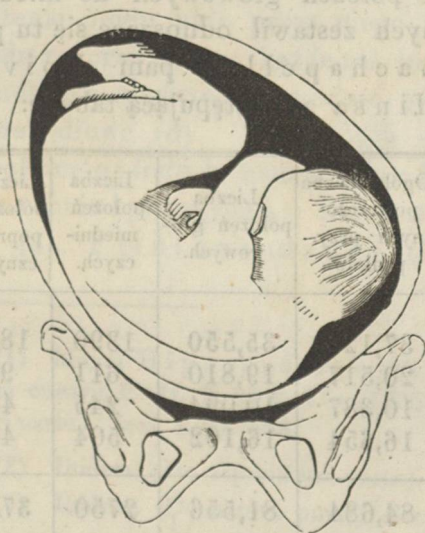


Fig. 4. (1).

kolana się nastawiają, rozpadają się na położenie miednicze tylne czyli krzyżowe, biodrowe prawe i lewe, stopowe i kolanowe. Co się zaś dotyczy położen poprzecznych, te znówu podług na-

(1) Fig. 4. Płód znajdujący się w położeniu poprzeczném. (B. Schultze: Lehrb. der Hebammenkunst. Fig. 36.).

stawiającę się w pojedynczych przypadkach części dzielą się na kilka form podrzędnych, a mianowicie na: położenie tułowiowe tylne czyli grzbietowe, przy którym grzbiet,—położenie tułowiowe boczne czyli barkowe prawe i lewe, przy którym prawy lub lewy bok tułowia, a zwłaszcza górny jego kączyli bark,—i położenie tułowiowe przednie czyli brzuszne, przy którym przednia strona tułowia, a zwłaszcza brzuch sięstawia.

Simpson w Edinburgu (1), celem wykazania stosunku częstości położzeń głowowych do miedniczych i poprzecznych zestawil odnoszące się tu postrzeżenia pani Lachapelle, pani Boivin Clark'a i Collins'a w następującą tabellę:

POSTRZEGACZE	Ogólna liczba postrzeżonych przypadków.	Liczba położzeń głowowych.	Liczba położzeń miedniczych.	Liczba położzeń poprzecznych.
pani Lachapelle	37,126	35,550	1390	186
pani Boivin	20,517	19,810	611	96
Clarke	10,387	10,094	245	48
Collins	16,654	16,102	504	48
Razem	84,684	81,556	2750	378

Z téj tabelli wynika, że w ogólności z każdych 10,000 płodów stawia się do porodu — głową

(1) Simpson: The attit. etc. of the foet. Edinb. 1849. Page 3.

9630,—miednicą: 325, — w położeniu poprzeczném: 45, i że przeto położenia miednicze stosują się do głównych, jak 1 do około 30,—położenia zaś poprzeczne do miedniczych, jak 1 do 7, a do głowowych, jak 1 do około 216.

Hippokrates utrzymywał (1), że płód w macicy z początku ciąży jest głową obrócony w górę, a pośladkami na dół, i że dopiero w siódmym miesiącu zwraca się głową na dół (2), aby nią przy porodzie na świat wystąpić. Takie jedynie głowowe położenie płodu było przez niego uważane podczas porodu za prawidłowe, każde zaś inne położenie, jak: pośladkowe, nogowe, poprzeczne, poczytywał on za nieprawidłowe (3). Ten sposób zapatrywania się na położenie płodu w macicy przez bardzo długi czas powszechnie był przyjęty. Tak uczyli Aristoteles (4), Pliniusz drugi (5), Galen (6),

(1) Magni Hippocratis opera omnia. 3 tomi. Editionem curavit C. G. Kühn. Lips. 1825—1828. 8. (De octimestri partu). Sect. I, p. 458.

(2) Ibidem. (De septimestri partu). Sect. I, p. 449.

(3) Ibidem. (De natura pueri). Sect. I. p. 416.

(4) Aristotelis Historia de animalibus. J. C. Scaligero interprete. Tolosae, 1619. Fol. Lib. VII, cap. 10.

(5) C. Plinii Secundi Historiae naturalis libri XXXVII, quos interpr. et notis illustravit J. Harduinus. Paris. 1741. 2 tomi. Fol. Lib. X, cap. 64.

(6) Galenus: De foetus formatione.

Rhazes (1), Avicenna (2), Vesaliusz (3), Zacutus Lusitanus. (4), Bonaciolus (5), Röslin (6), Ferneliusz (7).

W drugiej jednak połowie szesnastego stulecia wystąpił przeciwko temu pojęciu Reald Columbus (8), opierający się na postrzeżeniach zrobionych przy otwieraniu własną ręką ciał kobiet podczas ciąży zmarłych, i pokazał jasno, że płód w macicy po największej części leży głową na dół, a bardzo rzadko ma głowę obróconą ku górze i rzadziej jeszcze leży w poprzek.

Twierdzenie atoli Columbusa poszło w za-

(1) Rhazes: Liber Helchavy i. e. continens artem medicinae etc. Per Hier. Salumer erroribus purgatus. Venetiis, 1506. Fol.—(E. C. v. Siebold: Vers. einer Gesch. der Geburtsh. Bd 1. Berl. 1839. S. 264).

(2) Avicennae canon medicinae. Ex Gerardi Cremon. versione. Venet. 1595. Fol. Lib. 3, fen 31, tract. 1.

(3) Andr. Vesalius: De humani corp. fabrica libri VII. Basil. 1543. Fol.

(4) Zacutus Lusitanus: Universa morbor. muliebr. medicina. Lib. 1, cap. 10, et lib. 4, cap. 7.

(5) Bonaciolus: Enneas muliebris. (1500) Argentor. 1537. 8.

(6) E. Röslin: Der schwang. Frawen u. Hebammen Rosegarten. 1522. 4. Cap. 1—2.—Rhodionis de partu hominis etc. Paris, 1538. 8. P. 1, cap. 1—2.

(7) Joh. Fernelius: De naturali medicinae parte libri VII. Paris, 1538. Lib. 7, cap. 2.

(8) Realdus Columbus: De re anatomica libri XV. Venet. (1559). 1562. Fol. Lib. 12. Pag. 463—465.

pomnicie, i dopiero de la Motte (1), na początku zeszłego stulecia na nowo występuje w tej sprawie. Bezprzesądny ten i doświadczony akuszer, wielokrotném otwieraniem ciał kobiet podczas ciąży zmarłych, jak niemniej przez liczne postrzeżenia nad rodzącemi nabrał przekonania, iż płód w macicy nie układa się w taki sposób, jak powszechnie utrzymywano, to jest: że nie leży z początku głową w górę, a od pewnego czasu ciąży głową na dół, i śmiało zarzucił tę całą teorię.

De la Motte wszelako nie rozstrzygnął samego pytania: jak leży płód właściwie w macicy, ale rzecz powikłał tém, gdy wyrzekł, iż położenie płodu w ogólności nie jest stałe i pewne.

W ten sam prawie sposób, jak de la Motte, odezwał się także Anchersen (2), i po nim Noortwyk (3).

Wprawdzie już przed de la Mottem Venette (4) nauczał, iż płód przez cały czas ciąży jest głową na dół obrócony, ale twierdzenie to nie było przez niego poparte żadnemi dowodami.

(1) Guillaume de la Motte: Tr. compl. des accouchem. Paris, 1721.—De la Motte Vollk. Tract. v. Kranckh. schwang. u. gebähr. Weibs-Persohnen. Aus d. Franz. durch J. G. Scheid. Strasb. 1732. 4. S. 146—157.

(2) Ansgar Anchersen, (praeside Georg. Frider. Frank): De strophe septimestris foetus, Gallis dicta la culbute, falso hactenus credita. Hafn. 1730. 4.

(3) Wilhelmus Noortwyk: Uteri humani gravidi anatome et historia. Lugd. Bat. 1743. 4. Pag. 127—128.

(4) Nicolas Venette: La géner. de l'homme etc. Nouv. éd. à Hambourg. 1751. 8. Tome 2, p. 177.

Ale niebawem znaleźli się i tacy, którzy przechylili się do zdania Venet't'a, i bronić je zaczęli faktami. Tu wymieniam pomiędzy innemi Onymosa, który (1) śledząc 43 ciężarnych przez pochwę, znalazł płód nie mniej jak 27 razy stale głową na dół obrócony, kiedy u reszty z rzeczonych ciężarnych położenia płodu albo wcale dokładnie rozpoznać nie zdołał, albo znalazł je zmienném w rozliczne sposoby przy każdym pojedynczém śledzeniu. Dalej przytaczam Boehmera (2), Smelliego (3), Huffelmanna (4), Karola Frydryka Schultza (5), Guttermanna (6), Eschenbacha (7), J. B. Ja-

(1) Josephus Onymos: De naturali foetus in utero materno situ. Lugd. Bat. 1743. 4. Pag. 21—22. — Halleri Disput. anat. sel. Vol. 5. Pag. (319—333) 332.

(2) Richardi Manningham Artis obstetr. compend. auctum autore Phil. Adolpho Boehmero. Hal. Magdeb. 1746. 4. Praefatio, III: de versione foetus in utero.

(3) William Smellie: A collect. of cases and obs. in midwif. Lond. 1754. Pag. 176—177. — Tenże: Ess. and obs. phys. and liter. publ. by a Soc. at Edinb. T. I. Edinb. 1754. 8. Pag. 422. — Tenże: A set of anat. tables etc. Lond. 1754. Fol. Tabl. 6, Fig. 1, 2,—Tabl. 8.

(4) Alb. Huffelmann, (praes. N. E. Bächnero): Diss. de genuino foet. in ut. mat. situ natur. Hal. Magd. 1758. 4.

(5) Carol. Frid. Schultz, (praes. C. F. Rehfeld): Diss. de situ foet. in ut. materno. Gryphisw. 1770. 4.

(6) Georg. Frid. Guterman: Erläuterte Anatomie für Hebammen. Augsb. 1752. 8. § 206.

(7) G. E. Eschenbach: Grundlage zum Unterricht einer Hebamme. Rost. u. Leipz. 1762. § 12, nota.

cobsa (1), a na koniec Solayrès de Renhac (2), Wilhelma Huntera (3), Campera (4) i Baudelocqua (5). Wszyscy ci już to mniej, już więcej trafniemi dowodami, powziętemi po największej części z własnych postrzeżeń usiłowali stwierdzić, iż płód, jeżeli nie od samego początku ciąży, to przynajmniej w drugiej jej połowie przy prawidłowém swém położeniu w macicy głową na dół jest obrócony.

Zwolennicy jednak dawniej teoryi zwracania się płodu z położenia pośladkowego w głowowe nie byli tak łatwi do przekonania, i na dowody przeciw téj

(1) J. B. Jacobs: *Ecole prat. des accouch.* Par. 1785. 4. — J. B. Jacobs *prakt. Unterr. in d. Entbindungskunst.* Aus. d. Franz. v. J. D. Busch. Marb. 1787. 8. S. 73, nota.

(2) Fr. Lud. Jos. Solayrès de Renhac: *Diss. de partu virib. matern. absol.* Paris, 1771. 8. — Solayrès de Renhac *Abhandl. üb. d. durch d. mütterl. Kräfte vollendete Geburt.* Aus. d. Lat. von Wertheim. Frankf. a. M. 1835. 8. S. 18—21.

(3) Wilh. Hunter: *Anat. ut. hum. grav.* 1774. — William Hunter's *anat. Beschr. des schwang. menschl. Uterus.* Aus d. Engl. v. L. F. Froriep. Weim. 1802. 8. S. 90—94.

(4) *Tractaat van de Siektens der swang. Vrouwen. etc.* door F. Mauriceau. Uit het Frans vertaelt. Tweede Druk. Verm. met. een. Verhandel. etc. door Petr. Camper. Te Amst. 1754. 4. — Petr. Camper: *Betracht. üb. einige Gegenst. aus d. Geburtsh.* (1759). Leipz. 1777. 8. S. 44.

(5) Jean Louis Baudelocque: *Principes sur l'art des accouch.* Paris, 1775. 8. — Baudelocque's *Anleit. zur Entbindungskunst.* 2. Ausg. übers. v. Ph. Fr. Meckel. Leipz. 1791. 8. S. 274—280.

teoryi stawiane albo żadnej zgola nie zwracali uwagi, albo téż usiłowali je nawet zbić, chociażby tylko samemi rozumowaniami opartemi na mylnych wnioskach i przesądach. W ten sposób odezwali się pomiędzy innemi: Arantiusz (1), Castro (2), Mercurio (3), Mauriceau (4), Hoorn (5), Deventer (6), Dionis (7), Manningham (8),

(1) J. C. Arantiusz: *De humano fetu liber*. Rom. 1564. 8.

(2) Rodericus a Castro: *De universa mulierum medicina*. Pars 1. Hamb. 1603. Fol. Lib. 1, cap. 10.

(3) Scipione Mercurio: *La commare etc.* Venet. 1604. 4.—*La commare del Scip. Mercurio*. Kinder-Mutterod. Hebammen-Buch. Aus d. Ital. v. Welsch. Wittenb. 1671. 4. S. 65—69.

(4) Fr. Mauriceau: *Tr. de malad. des femmes grosses etc.* (1668). 7-me éd. Paris, 1740. 4. T. 1, p. 232—236.

(5) J. van Hoorn: *Den swenska wäl öfwade Jordgumman etc.* Stockh. 1697. 8. — Joh. von Hoorn: *Die zwo etc. Wehmütter Siphra u. Pua* Stockh. u. Leipz. 1726. 8. S. 15—16.

(6) Hendrik van Deventer: *Manuale Operationen I. Deel, zijnde een nieuw Licht voor Vroedmeesters etc.* In s' Gravenh. 1701. 4. — Henrici à Deventer *neues Hebammenlicht etc.* Aus d. Lat. 4. Aufl. Jena, 1740. 8. S. 132—135. Fig. 6—9.

(7) Dionis: *Tr. gén. des accouch.* À Paris, 1718. 8. P. 183—187.

(8) Mich. Manningham: *Artis obst. compend.* (Lond. 1739). Autore Ph. A. Boehmero. Halae Magdeb., 1746. 4. Pag. 14.

Boerhaave (1), Ould (2), Fil. J. Walther (3), Schaarschmidt (4), Fatio (5), Roederer (6), Levret (7), Thebesiusz (8), Henkel (9), Haller (10), Astruc (11), Plenck (12), Jerzy A.

(1) Hermann Boerhaave Praelect. in institut. rei medicae. Edid. Haller. Vol. 5. Gött. 1744. 8. Pars 2, pag. 384.

(2) Fielding Ould: A Treat. of Midwif. Dubl. 1742. 8. Page 25. Preface, pag. XIV.

(3) Phil. J. Walther: Diss. de partu naturali ejusdemque vera causa. Argentor. 1748.

(4) Samuel Schaarschmidt: Abh. v. d. Geburtsh. Berl. 1751. 8. § 56. S. 118—120.

(5) Joh. Fatio: Helvetisch-vernünfft. Wehe-Mutter. Basel, 1752. 4. S. 42—43.

(6) Joh. Georg. Roederer: Elem. artis obstetr. (Goett. 1753. 8.) Denuo edidit H. A. Wrisberg Goett. 1766. 8. § 79—86, pag. 37—40.

(7) André Levret: L'art des accouch. à Paris (1753.) 3. éd. 1766. 8. Page 76—77.

(8) Joh. Ehrenfr. Thebesius: Hebammenkunst. (1756.) 4. Aufl. Liegn. u. Leipz. 1779. 8. Th. 1, S. 47—48.

(9) Joh. Friedr. Henkel: Abhandl. v. d. Geburtshülfe. Berl. 1761. 8.

(10) Alb. de Haller: Elem. physiol. corp. hum. Vol. 8. Laus. 1766. 4. — Alb. v. Haller, Anfangsgr. der Physiol. etc. aus d. Lat. v. J. S. Halle. Bd 8. Berl. u. Leipz. 1776. 8. S. 681—687.

(11) Jean Astruc: L'art d'accoucher etc. Paris, 1766. 8.

(12) Jos. Jac. Plenck: Anfangsgr. der Geburtshülfe. (1768.) 6. Aufl. Wien 1803. 8. S. 48—49.

Fried (1), Prange (2), starszy Stein (3), Schütze (4), Steidele (5), Nessi (6), Guerard (7), J. D. Busch (8), Obermayer (9), Petit (10).

Całe to stronnictwo obstawało przy tém pojęciu, że płód początkowo zostaje w położeniu pośladowym lub niestałym, a później dopiero przez opu-

(1) G. A. Fried: Anfangsgr. der Geburtsh. Strassb. 1769. 8. S. 24.

(2) A. D. Prange: Die wohlunt. Wehemutter. Hamb. 1769. 8.

(3) Georg. Wilh. Stein: Theor. Anl. zur Geburtshülfe. Cassel. (1770.) 3. Aufl. 1783. 8. S. 117—121.

(4) Joh. Fr. Schütze: Gründl. Anweis. zur Hebammenkunst. Hildburgh. 1770. 8. S. 117—121.

(5) Raph. J. Steidele: Lehrbuch von der Hebammenkunst. Wien, 1775. 8.—Rafała Jana Steidele księga o sztuce babienia. Przez Jak. Kostrzewskiego na ojczysty język przetłumaczona. W Lwowie, 1777. 8. Str. 63—64.

(6) Giuseppe Nessi: Arte obstetricia etc. In Pavia, 1779. 8. Pag. 33—34.

(7) Bernh. Guerard: Anfangsgr. der Geburtsh. Neue Aufl. Münst. u. Osnabr. 1781. 8. S. 37—38.

(8) J. B. Jacobs prakt. Unterr. der Entbindungskunst. Aus d. Franz. übers. v. Joh. Dav. Busch. Marb. 1787. 8. S. 73. Nota.

(9) Joh. Bapt. Obermayer: Ausf. Unterr. in der Entbindungskunst. Sulzb. 1791. 8. S. 86—88.

(10) Ant. Petit: Traité des mal. des femmes enceintes etc. 2 tomes. Paris, an VII. 8. — Theor-prakt. Abh. üb. d. Geburtsh. Aus d. Franz. übers. v. J. Chr. Stark. Erf. 1800. 8. Th. 1, S. 106—107, 353—354.

szczenie się głową na dół ku ustom macicznym przechodzi w położenie głowowe.

Autorowie tego stronnictwa, dzieląc się jeszcze na odcienie, nie zgadzali się nawet pomiędzy sobą co do pory ciąży, w której domniemany zwrot płodu (*strophe*, — *la culbute*, — *das Stürzen des Kindes*), miał następować, ani też co do czasu potrzebnego do odbycia się samego zwrotu. Tak pod pierwszym, jak i pod drugim względem różność zdań pomiędzy nimi była bardzo wielka.

Co do pory ciąży, w której zwrot płodu miał następować, pomiędzy innymi Filip Walther (1) był tego zdania, że zwrot ten ma miejsce już w pierwszych miesiącach ciąży; — Stark (2) twierdził, że on się odbywa w 5-tym, 6-tym lub 7-mym miesiącu; — starszy Stein (3) przypuszczał go w 6-tym lub 7-mym miesiącu; — podług J. A. Frieda (4) i Guerarda (5) miał on następować między 6-tym a 9-tym miesiącem, — podług Roederera (6) około początku lub połowy 7-mego miesiąca, — podług Manninghama (7), Hallera (8) i Obermayera (9)

(1) Fil. J. Walther w miejscu przytoczoném.

(2) Stark w niemieckiem wydaniu dzieła *Petita*. T. 1. Str. 353—354, nota.

(3) Stein w miejscu przytoczoném. Str. 120.

(4) Fried w miejscu przytoczoném. Str. 24.

(5) Guerard w miejscu przytoczoném. Str. 37.

(6) Roederer w miejscu przytoczoném. Str. 40.

(7) Manningham w miejscu przytoczoném.

(8) Haller w miejscu przytoczoném. (Wydanie niemieckie Str. 686).

(9) Obermayer w miejscu przytoczoném. Str. 37.

w 7-mym lub 8-mym, — podług Mauriceau'a (1), Thebesiusa (2) i Plenka (3) w 7-mym, 8-mym lub też 9-tym, — podług Petita (4) w 8-mym, — podług Steidelego (5) w 8-mym, 9-tym, a najczęściej w 10-tym, — podług Dionisa (6) w 9-tym miesiącu, — podług Zeller'a (7) w połowie lub na końcu 9-tego lub w połowie 10-go miesiąca lub nawet podczas samego dopiero porodu, — podług Levreta (8) w ogólności ku końcowi ciąży, — podług Jana Fatio (9) krótko przed porodem; — a Ould (10), nareszcie i Burton (11) utrzymywali, że następuje dopiero na początku porodu. Co zaś do czasu trwania samego zwrotu, to niektórzy, jak np. Jerzy A. Fried (12), starszy Stein (13), Stark (14) i Guerard (15), twierdzili, iż zwrot ten odbywa się z wolna i trwa zawsze inniel więcej znaczny przeciąg

(1) Mauriceau w miejscu przytoczonem. T. 1. St. 234.

(2) Thebesius w miejscu przytoczonem. Str. 48.

(3) Plenk w miejscu przytoczonem. Str. 49.

(4) Petit w miejscu przytoczonem. (Wydanie niemieckie. Str. 353).

(5) Steidele w miejscu przytoczonem. (Wydanie polskie. Str. 63).

(6) Dionis w miejscu przytoczonem. Str. 186.

(7) Zeller w miejscu przytoczonem. Str. 24.

(8) Levret w miejscu przytoczonem. Str. 76.

(9) Fatio w miejscu przytoczonem. Str. 43.

(10) Ould w miejscu przytoczonem.

(11) Burton w miejscu przytoczonem.

(12) Jerzy A. Fried w miejscu przytoczonem.

(13) Stein w miejscu przytoczonem.

(14) Stark w miejscu przytoczonem.

(15) Guerard w miejscu przytoczonem.

czasu, a inni znowu wyobrażali go sobie jako akt odbywający się w stosunkowo krótkim czasie, niektórzy z tych ostatnich, jak np. Ould (1) i Burton, (2), utrzymywali nawet, że następuje zupełnie nagle.

Raz poznana prawda nie dała się jednak dłużej zaprzeczać, a chociaż jeszcze i w bieżącym stuleciu pojawili się tu i owdzie pojedynczy obrońcy teorii zwrotu płodu, — (wymieniam pomiędzy innemi Girarda (3)), a mógłbym poniekąd zaliczyć do nich i Scanzoniego (4), to dziś jednakże w skutek odnoszących się tu prac Gehlera (5), Termaniniego (6), Velpeau'a (7), Pawła Dubois (8), Simpsona (9), Battlehnera (10), Hohla (11), Duncana (12) i innych można uważać za pewne: że płód

(1) Ould w miejscu przytoczoném.

(2) Burton w miejscu przytoczoném.

(3) Girard w Jour. génér. de méd. T. 48, p. 286 et suiv.

(4) Scanzoni: Lehrb. d. Geburtsh. Wien. 1840. Bd 1, S. 105—106.

(5) J. Chr. Gehler: De situ fetus in utero. Lips. 1791.

4.—Gehler's kleine Schriften. Bd. 1. 1789. S. 358—371.

(6) Termanini w: Opusc. scientif. di Bologna. T. 3, p. 330.

(7) Velpeau: Tr. élém. de l'art des acouch. T. 1. 1829. Page 325—328.

(8) P. Dubois w: Mém. de l'Acad. roy. de méd. Vol. 2. Paris, 1832. Page 235 et suiv.

(9) Simpson: The attitude and posit., nat. ad. pretern., of the foet. in utero. Edinb. 1849. (Monthly Journ. 1849. Jan., Juny).

(10) Battlehner w: Monatsschr. f. Geburtsk. Bd. 4. Berl. 1854. S. 519 u. f.

(11) Hohl: Lehrb. der Geburtsh. Leipz. 1856. S. 159 u. f.

(12) Matthews Duncan: The Statics of Pregnancy. Edinb. med. and surg. Journ. January 1855.—Die Statik der Schwangerschaft, von Matthews Duncan. Schmidt's Jahrb. der in-u. ausl. ges. Medicin. Bd 86. 1855. S. 195—197.

w ogólności przez cały czas ciąży zwróconym bywa głową na dół ku ustom macicznym, a dolną częścią ciała w górę ku dnu



Fig. 5. (1)



Fig. 6. (2)

macicy, i że to położenie jego wprawdzie po pierwszych chwilach ciąży podlega częstym i wielkim zmianom, wynikającym pomiędzy innemi już z owych zwrotów, jakim ciało jego podlega w skutek okręcania się pępowiny, już to około siebie samęj, już około płodu, w drugim i trzecim miesiącu ciąży, że ono później jednak coraz więcej

(1) Fig. 5. Płód sześciotygodniowy w naturalnym swém położeniu w jamie jaja, w naturalnej wielkości. (Z rozprawy mojej: *Morphologie der menschlichen Nabelschnur*. Breslau, 1858. 8. Tab. 2, Fig. 4). *A* Płód. — *B* Pępowina. — *C* Woda płodowa. — *D* Błona owodna.

(2) Fig. 6. Płód trzymiesięczny w naturalnym swém położeniu w macicy.

W téj, jak i w następnych trzech figurach macica, zawierająca w swój jamie płód, przedstawiona jest przecięciu poprzeczném odpowiedniem przedłużnemu jęj wymiarowi.

się ustala i w końcu do takiej dochodzi stałości, że nawet przy okolicznościach utrzymywaniu się płodu w tém położe-



Fig. 7. (1)



Fig. 8. (2)

niu nader niesprzyjających, jako to wstrząśnieniach ciała ciężarnej, zmarnięciu płodu i t. p. niekiedy się zmienia.

Z téj przyczyny jedynie samo położenie główowe, a szczególnie położenie główowe o na-

(1) Fig. 7. Płód pięciomiesięczny w naturalném swém położeniu w macicy.

(2) Fig. 8. Płód siedmiomiesięczny w naturalném swém położeniu w macicy.

stawiających się kościach ciemieniowych czyli wierzchołku głowy, to jest tak zwane położenie ciemieniowe czyli wierzchołkowe lub też, jak wielu akuszerów je nazywa, czaszkowe powinno być uważane za prawidłowe, i to tém



Fig. 9. (1)

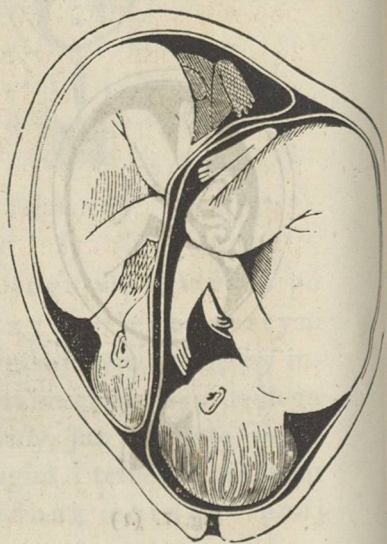


Fig. 10. (2)

więcej, gdy doświadczenie pokazało, że z rozmaitych położeń, w jakich płód stawić się może do porodu, ono

(1) Fig. 9. Płód dojrzały w naturalném swém położeniu w macicy.

(2) Fig. 10. Bliźniaki w naturalném swém położeniu w macicy. (B. Schultze: Lehrb. der Hebammenkunst. Fig. 37).

jedno tylko przedstawia takie warunki, które z góry zapewniają pomyślne odbycie się porodu. Wszystkie zaś inne położenia oddziałują zawsze mniej więcej niepomysłnie na przebieg porodu, i uważamy je przeto za nieprawidłowe.

Samo położenie płodu jest wypadkiem bardzo różnych działaczy.

Jaje ludzkie dojrzałe ma postać spłaszczonego ptasiego jaja. Jaju temu odpowiada w zupełności postać jamy macicy, niém ściśle wypełnionej, i jest ono w téj jamie w taki sposób umieszczone, że grubszy jego koniec spoczywa w górnéj, a cieńszy w dolnéj jéj części, jedna z dwóch płaskich jego stron patrzy ku przedniéj, druga ku tylnéj, a jeden z dwóch bocznych jego brzegów ku prawéj, drugi ku lewéj jéj ścianie. Od figury téj figura jamy jaja o tyle się różni, że z grubszej jéj części pewien oddział przez łóżysko, osadzone zwykle w górnéj części téj jamy już to bardziej na prawo, już bardziej na lewo, bywa ucięty. Płód zaś w jamie jaja umieszczony ma postać odpowiednią opisanéj co dopiero postaci jamy jaja, a przynajmniej w wysokim stopniu do niéj podobną. Albowiem, jak widzieliśmy powyżej, także przedstawia figurę spłaszczonego ptasiego jaja, mającego jeden z swych bocznych brzegów ucięty, którego koniec grubszy składa się z miednicy i dolnych kończyn skulonego płodu, a cieńszy z jego głowy. Ztąd więc wynika, że płód bez nadwężenia prawidłowego swego ułożenia inaczéj ułożyć się nie może w jamie jaja i w jamie macicy, jak głowę na dół, gdyż ta stanowi cieńszy koniec jajowatéj jego figury, dolnemu końcowi jaja i jamy macicy odpowiedni.

Aby jednak takie ułożenie płodu w macicy istotnie nastąpiło, potrzebném jest, ażeby równocześnie objętość płodu odpowiadała objętości jamy jaja i była taką, jaką jest wówczas, kiedy ilość wody płodowej nie przechodzi prawidłowego stosunku, czyli innemi słowy mówiąc: potrzebném jest, ażeby ilość rzeczonej wody nie była za wielką.

Oprócz tego potrzeba jednakże, ażeby i macica miała taką do poziomą postawę, aby środek ciężkości płodu leżał poniżej środka ciężkości wody płodowej przez płód z miejsca wytłoczonej i w tym samym, co i on, pionie.

Głowa płodu w każdym okresie jego rozwoju stanowi największą część jego ciała i tém samém część bezwzględnie najcięższą. Ale to jeszcze nie usposabia płodu do opuszczenia się w wodzie płodowej głową na dół ku ustom macicznym, jak to dawniej utrzymywano. Jeśli płód w wodzie ma zwrócić się głową na dół, wówczas potrzeba, ażeby głowa nie tylko ciężarem swoim bezwzględnym, ale i ciężarem właściwym czyli gatunkowym przewyższała resztę ciała. Postrzeżenia moje nad tym przedmiotem (1) pokazały, że ciężar właściwy głowy u płodów prawidłowo zbudowanych istotnie jest większym od ciężaru reszty ciała, gdyż u ośmiomiesięcznego płodu naprzykład ciężar właściwy głowy zna-

(1) L. A. Neugebauer: Sprawozd. z czynn. Szpit. S. Trójcy w Kaliszu w r. 1855. Warsz. 1856. Str. 110 — 111. — Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. Ser. T. 12. Warsz. 1856. Str. 307—308.

lazłem = 1,064, ciężar właściwy zaś reszty ciała tylko = 1,062. Mimo to jednak przewaga ta właściwego ciężaru głowy nad resztą ciała sama przez się nie jest jeszcze dostateczną do udzielania płodowi położenia głowowego.

Doświadczenia bowiem Pawła Dubois (1) pokazały, że płód w ciecz od niego lżejszą zanurzony, tonąc, nie zwraca się głową na dół, ale raczej układa się w onęj cieczy w taki sposób, że górna część jego grzbietu stanowi punkt ciała leżący najniżej. Te doświadczenia, które, powtórzone przez Jacquemiera (2), Scanzoni (3), jak niemniej i mnie samego, każdemu podobny, jak i Duboisowi dały wypadek, te doświadczenia, mówię dowodzą, iż mimo przeważającej ciężkości głowy płodu, środek ciężkości płodu leży nie w jego głowie, a raczej w tułowie, zawsze jednak w części tegoż bardzo do głowy zbliżonej, a mianowicie mniej więcej między łopatkami.

Ztąd więc wyprowadzamy pytanie: w jaki sposób osobliwy ten stosunek właściwego ciężaru i położenia środka ciężkości płodu przyczynić się może do opuszczenia się tegoż płodu głową w spodnią część jamy macicy? Celem rozwiązania pytania tego należy jednocześnie zbadać stosunek położenia, a raczej stosunek postawy całej macicy i jej jamy do poziomemu

(1) Paul Dubois: Mém. de l'Acad. Roy. de méd. Paris, 1832. — Jacquemier: Manuel des accouch. T. 1. 1846. Page 303.

(2) Jacquemier: Manuel des accouch. T. 1, p. 303.

(3) Scanzoni: Lehrb. d. Geburtshilfe. Bd. 1. 1849. S. 102.

Otóż wiadomo, że prawidłowo ułożona ciężarna macica w zwyczajnych postawach i położeniach kobiety ciężarniej, czy ona stoi, siedzi lub też leży na grzbiecie, zawsze jest dnem swoim obrócona w górę, a ustami na dół, w taki sposób, że oś jej podłużna pod mniej więcej znacznym kątem, ku przodowi otwartym, a 30 do 60° wynoszącym z poziomem się przecina. Tym sposobem w największej liczbie postaw ciała ciężarniej kobiety przednia lub tylna ściana jamy macicy stanowi płaszczyznę pochyłą, o którą opierać się musi płód, będący dłuższą osią swojej figury jajkowatej w osi podłużnej macicy umieszczony, w skutek większego ciężaru właściwego od wody płodowej, a który to ciężar wedle moich spostrzeżeń 1,063 wynosi (1). Gdy zaś punkt ciężkości ciała płodu leży w górnej części jego klatki piersiowej, a więc płód po rzeczonyj pochyłej płaszczyźnie zsuwa się, jak Duncan (2) pokazał, na dół ku ustom macicznym, dopóki środek ciężkości jego ciała i w ogólności górna część jego klatki piersiowej nie stanie poniżej punktu ciężkości wody płodowej przez płód z swego miejsca wytłoczonej. Otóż taką właśnie postawę przyjmuje płód do rzeczonego punktu wtedy, kiedy głowa jego ustawi się w dolnym odcinku macicy nad samemi ustami macicznymi.

Tak więc położenie płodu uważać możemy za głó-

(1) L. A. Neugebauer w miejscu przytoczoném.

(2) Mathews Duncan. The statics of pregnancy. Edinb. med. and surg. Journ. January 1855.

sobą, — i 3) od położenia zawartego w macicy płodu do poziomu.

Wszystko, co wpływa na wyliczone tu trzy warunki, wpływa także i na położenie płodu. Mianowicie zaś oddziałują na nie:

a) ze strony samego płodu: 1) ułożenie jego ciała, — 2) stan jego żywotności, — 3) stosunki jego postaciowe; —

b) ze strony części dodatkowych płodu: 1) ilość wody płodowej, — 2) ułożenie i długość pępowiny, — 3) przyczep łożyska; —
nakoniec:

c) ze strony matki: 1) postać, utkanie, stan żywotny i postawa macicy, — 2) obszerność, postać i postawa miednicy, — 3) ruchy ciała samej ciężarnej.

a). Okoliczności wpływające na położenie płodu ze strony samego płodu.

1. Ułożenie ciała płodu.

Ułożenie ciała płodu oddziałuje na położenie tego ostatniego w macicy, ile że przy prawidłowym stosunku tego ułożenia postać bezwzględna płodu odpowiada bezwzględnie postaci jamy macicy, i to, jak wyżej widzieliśmy, w ten sposób, że głowa jego przypada na dolny, a pośladki z nogami na górny odcinek tej jamy; — każde zaś, zwłaszcza znaczniejsze zboczenie tego stosunku sprawia, iż bezwzględna postać płodu nie odpowiada bezwzględnej postaci jamy macicy, i przez to w dalszym ciągu przyczynić się może do usunięcia głowy płodu z dolnego odcinka ja-

my macicy w górę, i do nadania przez to płodowi położenia nieprawidłowego.

2. Stan żywotności płodu.

Znajdowanie się płodu przy życiu i przy należytej sile żywotnej mocno wpływa na jego położenie, gdyż stanowi jeden z pierwszych warunków prawidłowego jego ułożenia w macicy. Z drugiej zaś strony utrata życia i wszelkie okoliczności siłę żywotną płodu osłabiające usposabiać muszą płód do przyjęcia różnych nieprawidłowych ułożeń, a w następstwie tego i nieprawidłowych położzeń w macicy.

Jak wielkim mianowicie jest wpływ śmierci płodu na jego położenie, pokazuje się wyraźnie ze statystycznych wykazów dotyczących położzeń płodów zmarłych podczas ciąży, jakie pomiędzy innemi posiadamy od Pawła Dubois, Collinsa i Scanzoniego.

Pierwszy tedy z tych autorów (1) podaje, że 1) z 46 płodów martwych zrodzonych na końcu siódmego miesiąca ciąży stawilo się do porodu: głową 21, — inną zaś częścią ciała niż głową 25, (a mianowicie dolnym końcem ciała 21, — barkiem 4), — że zaś 2) z 96 płodów martwych zrodzonych po upływie rzeczonego miesiąca przedstawiło się w położeniu głowowem 72, — w położeniu o przodującej innej części ciała niż głowie 24, (a mianowicie w położeniu o przodującym dolnym końcu ciała 22, —

(1) Paul Dubois: Mém. sur la cause des présentat. de la tête pend. l'accouchement etc. Mém. de l'Acad. roy. de méd. Vol. 2. Paris 1832. — Jacquemier: Manuel des accouch. Paris 1846. T. 1, p. 302.

w położeniu barkowém 2), — tak, że z zestawionych przez niego w ogólności 142 płodów martwych staвило się do porodu głową 97, — inną zaś częścią ciała niż głową 49, (a mianowicie dolnym końcem ciała 43, — barkiem 6).

Drugi (1) wykazuje, że z pomiędzy 527 dzieci pod czas siedmioletniego swojego urzędowania jako Akuszer w szpitalu położniczym w Dublinie w stanie zgniłym zrodzonych staвило się do porodu: głową 433, — inną zaś częścią ciała, niż głową 94, (a mianowicie dolnym końcem ciała 88, — barkiem 6).

Trzeci nakoniec (2) oświadcza nam, że z pomiędzy 65 płodów nieczasowych po upływie szóstego miesiąca ciąży w stanie martwym zrodzonych, które on spisać miał sposobność, staвило się do porodu: głową 39, — inną zaś częścią ciała niż głową 26, (a mianowicie miednicą 21, — w położeniu poprzeczném 5).

Zestawiając postrzeżenia wszystkich trzech, otrzymujemy przeto następującą tabelę:

(1) Porównaj: *The Attit. and Positions, nat. and preternat., of the foetus in utero* by J. Y. Simpson. 1849. Page 10.

(2) Scanzoni: *Lehrb. der Geburtsh.* Bd. 1, Wien 1849. 8. S. 104.

POSTRZEGACZE	Liczba płodów nieczasowych zmarłych przed porodem	POŁOŻENIA			
		Położenie głowowe	Położenie miednicze i poprzeczne		
			Położenie miednicze	Położenie poprzeczne	Razem
Dubois	142	93	43	6	49
Collins	527	433	88	6	94
Scanzoni	65	39	21	5	26
Razem	734	565	152	17	169

Widzimy zatem, że z objętych tą tabelą 734 płodów nieczasowych zmarłych podczas ciąży stawilo się do porodu: głową 565, czyli $76,9755$ na 100, — inną zaś częścią ciała, niż głową 169, czyli $23,0245$ na 100, (a mianowicie miednicą, 152 czyli $20,7084$ na 100, — w położeniu poprzecznym 17, czyli $2,3161$ na 100). Dla porównania zobaczymy teraz, jaki jest stosunek położen pomiędzy płodami nieczasowymi żywymi i pomiędzy płodami żywymi w ogólności.

Otóż z wykazu Pawła Dubois, dotyczącego położen płodów żywych nieczasowych wynika, że z pomiędzy 73 tego rodzaju płodami stawilo się do porodu: głową 61, czyli $83,56164$ na 100, — inną zaś częścią ciała, niż głową 12, czyli $16,43846$ na 100, (a mianowicie dolnym końcem ciała 10, czyli $13,69873$ na 100, — barkiem 2, czyli $2,73973$ na 100).

Co zaś do położeń, jakie u płodów żywych w ogólności się zdarzają, to z pomiędzy 15,533 tego rodzaju płodów, które zestawiał Collins (1), stauiło się do porodu: głową 15,255, czyli 98,²¹⁰³ na 100, — inną częścią ciała niż głową 278, czyli 1,⁷⁸⁹⁷ na 100, (a mianowicie miednicą 250, czyli 1,⁶⁰⁹⁵ na 100, — w położeniu poprzeczném 28, czyli 0,¹⁰⁸² na 100).

Łącząc zaś wypadki wszystkich powyżej wyszczególnionych zestawień w jedną wspólną tabelę, przekonywamy się, że liczbowy stosunek pojedynczych główniejszych rodzajów położeń był następujący:

POSTRZEŻONO	Położeń głowowych	Położeń o przodującej innej części ciała, niż głowie		
		Położeń miedniczych	Położeń poprzecznych	W ogólności
1) Pomiędzy 15,533 płodami zrodzonymi w stanie żywym w ogólności	15,255=98, ²¹⁰³ na 100	250=1, ⁶⁰⁹⁵ na 100	28=0, ¹⁸⁰² na 100	278=1, ⁷⁸⁹⁷ na 100
2) Pomiędzy 73 płodami nieczasowemi zrodzonymi w stanie żywym	61=83, ⁵⁶¹⁶⁴ na 100	10=13, ⁶⁹⁸⁶³ na 100	2=2, ⁷³⁹⁷³ na 100	12=16, ⁴³⁸³⁸ na 100
3) Pomiędzy 734 płodami nieczasowemi zrodzonymi w stanie zmarłym	565=76, ⁹⁷⁵⁵ na 100	152=20, ⁷⁰⁸⁴ na 100	17=2, ³¹⁶¹ na 100	169=23, ⁰²⁴⁵ na 100

(1) Porównaj: The attit. and positions etc. of the foet. in utero by J. Y. Simpson. Edinb. 1849. Page 10.

Z tego więc porównania wynika, że stosunkowa liczba położeń o przodującej innej części ciała płodu, niż głowie, wprawdzie pomiędzy płodami nieczasowemi jest znacznie, bo prawie dziesięć razy większa, niż bywa w ogólności, że jednak położenia te pomiędzy płodami nieczasowemi nieżywemi jawnie, i to blisko o $\frac{1}{3}$ są częstsze, niż pomiędzy płodami nieczasowemi żywemi. Zdaje się więc, że na mocy tego wątpić nie wypada o wskazanym wyżej wielkim wpływie śmierci płodu na jego położenie w macicy. Wszelako przytém zawsze trzeba mieć na uwadze, że z drugiej strony śmierć płodu może być i skutkiem nastąpnego z innych przyczyn położenia nieprawidłowego.

Pojąwszy wpływ życia i śmierci płodu i stan siły jego żywotnej na jego położenie w wyłożony powyżej sposób, nie mamy już potrzeby, celem zrozumienia ostatnich warunków tego jego położenia odwoływać się do owych instynktowych ruchów płodu, które Duboisowi (1), ani też do ruchów jego zwrotnych, które Simpsonowi (2) zdawały się być dla płodu niezbędnymi do utrzymywania się go w należytem położeniu w macicy. Jeżeli ruchy własne płodu oddzia-

(1) Paul Dubois: Mémoire sur la cause des présentations de la tête pendant l'accouchement et sur les déterminations instinctives volontaires du fœtus humain. Mém. de l'Acad. roy. de méd. Vol. 2. Paris, 1832. — Simpson: The attitude and pos. etc. of the foet. Edinb. 1849. Page 12—16.

(2) Simpson: The attit. and pos. etc. Edinb. 1849. Page 21—36: „Reflex or excito-motory muscular movements the cause of the attitude of the foetus”.

ływać mają w jaki sposób na jego położenie, to czynią one to tylko w takim razie, kiedy istniejące przypadkiem nieprawidłowe położenie płodu oparte jest na nieprawidłowém ułożeniu jego ciała. Tu bowiem płód, odzyskując przez ruch swój własny prawidłowe swe ułożenie, uzdalnia się przez to do odzyskania także i prawidłowego położenia.

Nie można zaś przypuszczać, ażeby płód miał być w możności własnym swym ruchem bezpośrednio zmieniać swe położenie w macicy, gdyż do tego potrzebnym mu jest przedewszystkiém jakiś punkt oparcia w jamie macicy. Jawném zaś jest, że takiego punktu oparcia żadne miejsce gładkich i śliskich ścian jamy jaja mu nie dostarcza, bo nawet i łożysko, chociaż masą swą dosyć mocno w rzeczoną jamę wystaje, opatrzone jest zbyt gładką i śliską powierzchnią, ażeby płód skutecznie oprzeć się mógł o nie celem dokonania jakiegobądź obrotu swego ciała.

3. Stosunki postaciowe samego ciała płodu.

Stosunki te o tyle wpływają na położenie płodu, że prawidłowa postać ciała płodu należy do pierwszych warunków możliwości ukształcania się w należyty sposób owój jajowatej figury, w którą ciało jego powinno być ułożone, aby położenie jego mogło być prawidłowém i środek ciężkości jego ciała mógł zająć odpowiednie mu, prawidłowe miejsce w jamie macicy. Nieprawidłowe zatém ukształcenie ciała płodu, jeżeli ta nieprawidłowość jest znaczniejszą, zawsze pociągać za sobą musi różne zboczenia w jego położeniu. Ztąd płody dotknięte wodogłowiem (*hydrocephalus*) i wodordzeniem (*hydrorrhachis*) tak często

stawiają się do porodu w położeniach nieprawidłowych. Wspominam tu o ciekawych postrzeżeniach Keitha (1), które pokazały, że z pomiędzy 69 płodów dotkniętych rzeczoną wadą stawilo się do porodu: głową tylko 58, czyli $84,085$ na 100, — inną zaś częścią ciała, niż głową 11, czyli $15,45945$ na 100, (a pomiędzy temi ostatniemi znów miednicą 10, czyli $14,193$ na 100, w położeniu zaś poprzeczném 1, czyli $1,419$ na 100).

b). Okoliczności wpływające na położenie płodu ze strony części jego dodatkowych.

1. Ilość wody płodowej.

Umiarkowana lub też zmniejszona ilość wody płodowej zmniejsza wolny przestwór między płodem a ścianami jamy jaja. Gdy zaś przez to stosunek objętości płodu do objętości jamy jaja się powiększa, płód więc przy zmniejszonej ilości wody płodowej łatwiej utrzymuje się w położeniu prawidłowym, a przynajmniej w położeniu podłużnym. Ale z drugiej strony przez powiększoną ilość téj cieczy położenie płodu staje się mniej pewnym, gdyż rozdęte przez nią jaje i rozdęta macica nie tylko stają się względem płodu zbyt obszernymi, ale nadto tracą tak potrzebną dla utrzymania płodu w prawidłowym położeniu postać jajkowatą, zmieniając ją na

(1) Zobacz rozprawę jego w r. 1848 napisaną o wodogłowi płodu jako przyczynie rozdarcia się macicy. Porównaj: Schmidt's Jahrbücher der in- u. ausl. ges. Med. Bd 65. 1850. S. 207.

postać bardziej kulistą. Ztąd pochodzi owa wielka zmienność położenia płodu i owo częste stawianie się jego do porodu w położeniach nieprawidłowych przy powiększonej ilości wody płodowej. Taż sama okoliczność tłumaczy nam także, dla czego u młodszych płodów nieprawidłowe położenia stosunkowo tak często się wydarzają (1). Tu bowiem także ilość wody płodowej stosunkowo jest większa, chociaż stosunkowo wielka częstość położen nieprawidłowych u młodszych płodów w wielkiej części także i od tego jest zawisła, że w pierwszych okresach ciąży jaje i jama macicy są jeszcze bardziej kuliste i nie tak mocno wzdłuż wyciągnięte i jajkowate, jak przy końcu ciąży.

2. Ułożenie i długość pępowiny.

Ułożenie pępowiny o tyle oddziaływa na położenie płodu, że twór ten przy należytem owinięciu się jego na około ciała płodu do pewnego stopnia przyczynić się może do ustalenia położenia płodu w jamie jaja, jak to o tém przy innej sposobności już mówiłem (2).

Ułożenie pępowiny wpływa przeto na położenie płodu głównie wówczas, kiedy jest tego rodzaju, że po-

(1) Wyżej widzieliśmy, że z pomiędzy spisanych przez Pawła Dubois 73 płodów żywych zrodzonych w siódmym miesiącu stawilo się do porodu: głową 61, czyli 83,⁵⁶⁴⁶⁴ na 100, — inną zaś częścią ciała niż głową 12, czyli 16,⁴³⁸³⁶ na 100, (a mianowicie dolnym końcem ciała 10, czyli 13,⁶⁹⁸⁶³ na 100, — barkiem 2, czyli 2,⁷³⁹⁷³ na 100).

(2) Porównaj rozprawę moją: *Morphologie der menschlichen Nabelschnur*. Breslau 1858. 8. S. 56.

ciąga za sobą względne skrócenie tego tworu. Rozumie się, że także i bezwzględne skrócenie tego ostatniego działać może w tenże sam sposób, to jest także przyczynić się do tém pewniejszego utrzymania płodu w obraném przez niego położeniu w jamie jaja. Tak jedno, jak i drugie staje się zatem bardzo korzystném dla płodu w razie prawidłowego położenia. Ale za to toż samo skrócenie pępownicy, jeżeli jest posunięte do zbyt wysokiego stopnia przy osadzeniu łożyska w dolnym odcinku lub téż w dnie macicy, przez zbyt mocne zbliżenie pępka płodu do łożyska stać się może przyczyną nieprawidłowego położenia płodu, a mianowicie w pierwszym razie położenia pośladkowego, w ostatnim zaś położenia ukośnego lub poprzecznego.

3. Miejsce przyczepienia się łożyska.

Z tego, com dopiero powiedział, już wynika, że także i miejsce przyczepienia się łożyska mocno wpłynąć może na położenie płodu. Ale miejsce to wpływ swój wywiera jeszcze i w inny, aniżeli powyżej rzeczony sposób. Przez to bowiem, że łożysko zwykle przyczepioném jest bardziej w górnej połowie jamy macicy, jajowata figura téj jamy zostaje, jak powyżej widzieliśmy, najczęściej zmienioną w taki sposób, że tém więcej jeszcze staje się odpowiednią figurze skulonego płodu. Jeżeli ono zaś przyczepioném jest do dolnego odcinka macicy, wówczas figura jamy jaja staje się bardziej kulistą, a więc zmienia się w sposób dla położenia płodu niekorzystny. Otóż to okoliczność, która nam tłómaczy, dla czego przy niskiem przyczepieniu łożyska, a zwłaszcza przy tak zwaném przodującym ło-

żysku płód stosunkowo tak często znajduje się w położeniu nieprawidłowem, jak to każdemu praktykującemu akuszerowi z własnego doświadczenia wiadomo. Pomiędzy 366 przypadkami przodującegołożyska, które przez Simpsona (1) zebrane zostały z dzieł pani Lachapelle, Collinsa, Wilsona, Jana i Franciszka Henryka Ramsbotham'ów, stawiał się płód do porodu: głową tylko 310 razy, 56 razy zaś innemi częściami ciała, a mianowicie 39 razy miednicą, a 17 razy w położeniu poprzeczném. Zatem położenia głowowe stanowiły 84,⁶⁹⁹, — położenia o przodującej innej części ciała, niż głowie 15,³⁰¹, a pomiędzy ostatniemi znów położenia miednicze 10,⁶⁵⁶, a położenia poprzeczne 4,⁶¹⁵ odsetek wszystkich przypadków.

c). Okoliczności wpływające na położenie płodu ze strony matki.

1. Postać, utkanie, stan żywotny i postawa macicy.

Co się najprzód tycze postaci macicy, to chodzi tu głównie o postać jamy tego tworu. Ta zaś im więcej jest odpowiednią postaci skulonego płodu, tém pewniej płód w niej będzie zajmował położenie podłużne o na dół obróconej głowie, — im ona zaś

(1) Regelm. u. unregelm. Lage des Fötus im Uterus als Folge von Reflexbewegungen, von J. Y. Simpson. (Monthly Journ. July 1849). Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. Bd 65. 1850, S. (207—210) 208—209.

mniej jest jajowata, a więcj do postaci kuli zbliżoną, tém więcj płód będzie miał skłonności do ułożenia się w niej poprzecznie. To tłumaczy nam, dla czego w pierwszych okresach ciąży, zwłaszcza zaś przed końcem szóstego jój miesiąca płód znacznie częściej przedstawia się w położeniu nieprawidłowém, niż ku jój końcowi. Że tak jest, o tém przekonywają nas pomiędzy innemi postrzeżenia statystyczne zrobione nad tym przedmiotem przez P. Dubois (1). Podług tych postrzeżeń:

STAWIŁO SIĘ DO PO- RODU	Głowa	Inną częścią ciała niż głową, a mianowicie:		
		Miednicą	Barkiem	Razem
Z pomiędzy 121 płodów zrodzonych przed końcem szóstego miesiąca (już to w stanie żywym, już nieży- wym)	65=53, ⁷¹⁹ na 100	31=42, ¹⁴⁹ na 100	5=4, ¹³² na 100	56=46, ²⁸¹ na 100
Z pomiędzy 119 płodów zrodzonych w siódmym mie- siącu (już to w stanie ży- wym, już nieżywym)	82=58, ⁹⁰⁸ na 100	31=26, ⁹⁵⁰ na 100	6=5, ⁰⁴¹ na 110	37=31, ⁰⁹² na 100
Z pomiędzy 96 płodów zrodzonych w ósmym i dzie- wiątym miesiącu (w stanie nieżywym)	72=75 na 100	22=22, ⁹¹⁷ na 100	2=2, ⁰⁹³ na 100	24=25 na 100
Z pomiędzy 100 płodów zrodzonych na prawidło- wym końcu ciąży (w stanie żywym)	96.	3.	1.	4. (2)

(1) P. Dubois w miejscu przytoczoném. — Simpson: The attid. and pos. etc. of the foetus. Page 25.

(2) Podobny wypadek, jak Dubois, otrzymał także i Scanzoni (Lehrb. der Geburtshilfe. Bd 1. 1849. S. 104) ze swych nad tymże przedmiotem postrzeżeń.

Częstsze położenia nieprawidłowe u płodów rodzących się w pierwszych okresach ciąży w porównaniu z płodami ku końcowi lub na samym prawidłowym końcu ciąży na świat występującymi są prostym skutkiem téj okoliczności, że właściwa jama macicy w pierwszych dwóch trzecich ciąży jest mniej podługowata, niż w ostatniej trzeciej, w której, jak wiadomo, coraz więcej przyjmuje figurę odpowiednią ptasiemu jaj. Z tego powodu więc płód tém trudniej utracić może należyte swe położenie w macicy, im bardziej ciąża zbliża się do swego końca.

Co do zboczeń, jakich postać jamy macicy doznaje przy nieprawidłowym rozwoju tego tworu, jak to naprzykład przy tak zwanej macicy dwurożnej i jednorożnej, to rozumie się, że te zboczenia tém więcej niepomysłnie oddziaływać będą na położenie płodu, im wada rozwojowa macicy jest znaczniejsza i im postać jamy macicy więcej się różni od postaci prawidłowo zbudowanej jamy macicznej.

Co się dalej tyczy utkania i stanu żywotnego będącego w mowie tworu, to prawidłowość ich należy do pierwszych warunków prawidłowej postaci jamy macicy, a więc są i one dalszemi warunkami prawidłowego położenia płodu. Różne zaś ich zboczenia, a przede wszystkim — z pomiędzy zboczeń utkania: stwardnienia pojedynczych części ścian, zwłaszcza ciała macicy z powodu naprzykład blizen w tych ścianach znajdujących się, — z pomiędzy zaś zboczeń stanu żywotnego: ogólne i częściowe zwolnienie lub porażenie tych ścian, jak niemniej i miejscowe kurczowe ich ściąganie się — zmieniają postać jamy

macicznej, i przez to koniecznie szkodliwy wywierać muszą wpływ na położenie płodu, które ich skutkiem zmienia się w sposób już to mniej, już więcej nieprawidłowy. Ze zboczeń tych jednak ostatnie bywają częściej tylko chwilowemi.

Bez wątpienia bardzo wielka liczba wydarzających się w praktyce nieprawidłowych położeń płodu powodowana jest przez zwolnienie lub miejscowe kurczowe ściągnięcia ścian macicy. Ale nieprawidłowości w położeniu płodu w ten sposób powstałe mogą i zniknąć, jeżeli przyczyna ich ustaje. Odzyskująca w takim razie należyta swą postać macica zniewala płód do powrócenia z nabytego poprzednio położenia nieprawidłowego napowrót w prawidłowe. Powrót ten nieprawidłowo leżącego płodu do położenia prawidłowego, jak wiadomo, zdarza się częstokrotnie już podczas ciąży, ale bez porównania częściej następuje ono podczas samego dopiero porodu.

Postawa nakoniec macicy o tyle wpływa na położenie płodu, że tak długo, jak macica w ciele ciężarnej ułożona jest w taki sposób, że usta jój leżą niżej od dna, płodowi podana jest sposobność ułożenia się swym środkiem ciężkości (leżącym w górnej części jego grzbietu) poniżej środka ciężkości wody płodowej przez niego z miejsca wytłoczonej i zarazem bliżej ust, niż dna macicy, co, jak wyżej widzieliśmy, jest jednym z pierwszych warunków prawidłowego położenia płodu. Wszystkie zaś postawy macicy, przy których usta tój ostatniej leżą albo w tym samym co i dno macicy poziomie, albo niżej od tego dna, sprzyjają przesunięciu się środka ciężkości płodu

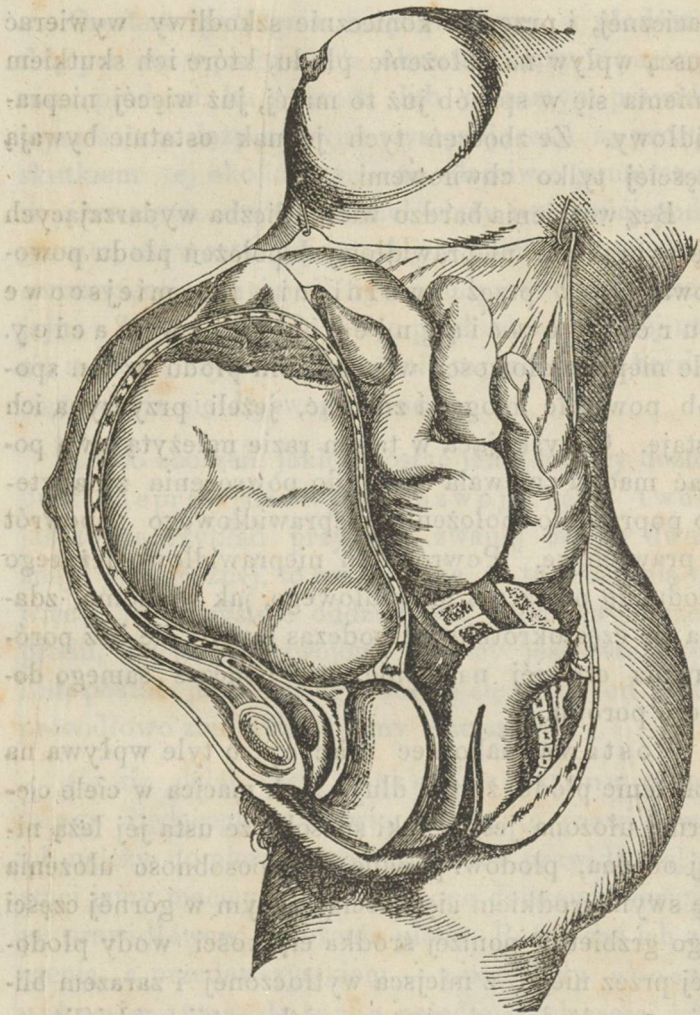


Fig. (12). (1)

(1) Fig. 12. Macica kobiety znajdującą się na końcu ciąży w naturalnym swym położeniu w jamie brzusznej. — (G. Valentin: Grundriss der Physiologie des Menschen. 3. Aufl. Braunschweig, 1851. 8. Fig. 432. S. 688).

bardziej ku dnu macicy, i tém samém nadawaniu płodowi różnych położeń nieprawidłowych. Ztąd pojmujemy, dla czego płód przy tak zwanym brzuchu obwisłym, jak niemniej u kobiet zajmujących się pracami zmuszającemi je do mocnego schylania się naprzód, stosunkowo tak często przedstawia się w położeniach nieprawidłowych.

2. Obszerność, postać i postawa miednicy oddziałują na położenie płodu przez swój wpływ na postawę macicy, która wówczas tylko jest prawidłową, gdy miednica nie jest zaciasna lub nieprawidłowo ustawiona. Przez wyższe zaś stopnie ścieśnienia miednicy, zmniejszenie się pojedynczych wymiarów jęj wejścia, a przedewszystkiém konjugaty lub wyłącznie jednego z wymiarów przekątnych, jak nakoniec i przez zbyteczną pochyłość miednicy ku przodowi lub na bok, czy to stałą, czy nadaną jęj tylko chwilowo przez ciężarną, postawa macicy zawsze zostaje mniej więcej zmienioną, a tém samém w takich razach przy zbyt mocnej mianowicie pochyłości miednicy płód zawsze narażony jest na przybranie położenia nieprawidłowego. Ztąd téż rzeczonym stosunkom miednicy tak często towarzyszą położenia ukośne i poprzeczne płodu prawidłowego, czego dowodem jest tak częste przedstawianie się płodu w położeniu nieprawidłowém przy miednicy—wogólności, w kierunku konjugaty, lub ukośnie—ścieśnionej, dalej przy miednicy zbyt pochyłej, nakoniec po zbyteczném schylaniu lub po obaleniu się ciężarniej.

3. Ruchy ciała samėj ciężarnėj.

Ruchy nakoniec ciała samėj ciężarnėj, jeżeli są cokolwiek silniejsze i połączone z gwałto-

wniejszém wstrząśnieniu ciała, jak przy obaleniu się spadnięciu, skoczeniu i t. p., zawsze mniej więcej oddziałują na położenie płodu, tak dalece, że nawet w zupełności zmienić je mogą. W ten sposób, skutkiem poruszeń ciała matki przyjść może zmiana istniejącego położenia podłużnego płodu na ukośne lub poprzeczne, a nawet zamienienie jednego z dwóch podłużnych położań na drugie, to jest głowowego na miednicze lub miedniczego na głowowe.

(Dokończenie nastąpi).

SPRAWOZDANIA I WIADOMOŚCI Z PISM ZAGRANICZNYCH.

Klinik der Geburtskunde. — Beobachtungen und Untersuchungen aus der Gebäranstalt zu München. Leipzig 1861. (w 8-ce, 342 str., z 9 tabl. litogr).

Sprawozdawca: Stanisław Janikowski.

Drowie C. Hecker, profesor położnictwa i Buhl, prof. anatomii patologicznej w Monachium, ogłosili pod powyższym napisem bardzo szacowne *Sprawozdanie o Instytucie położniczym monachskim za rok 1859/60*. W nadziei, że który z lekarzy specjalnie położnictwem zajmujących się zda obszerniejszą sprawę o tém dziele, poprzestanę tu na przytoczeniu niektórych danych ciekawszych pod względem medycyny sądowej i chorób dziecięcych, tudzież streszczę cały ustęp o gorączce połogowej, w którym znajduje się nowy całkiem pogląd na tę sprawę chorobną.

Str. 14. — *Znaki brzemienności.* — Na 494 kobiet ciężarnych śledzonych przez Dra H., u 33 t. j. 6, 6% nie było tak zwanych „*striae gravidarum*“ na ścianach brzusznych. Według prof. Credé smug tych brak bywa u 10% ciężarnych. (Monatschr, f. Gebkde. Bd XIV. Heft 5.)

Str. 24. — *Wartość auskultacji tonów serca płodu.* — Na 434 wypadki, w których potem dziecko żywe przyszło na świat, 427 razy słyszano tony serca, 7 razy zaś ich nie słyszano pomimo kilkokrotnego i pilnego śledzenia. W trudniejszych razach nie należy nigdy pomijać zmiany położenia ciężarniej z grzbietu na bok jeden lub drugi. Do warunków przeszkadzających usłyszeniu tonów serca należą: ściany brzuszne grube i w tłuszcz obfite (gdy przeciwnie mocne naprężenie tychże ścian raczej ułatwia auskultacją), dalej macica niezwykle rozszerzona wodą opłodową, obecność mocnych innych szmerów, niezwykle położenie płodu.

Str. 44. — *Ciężar płodu dojrzałego* (mającego przynajmniej 48 centymetrów długości) wynosi, wzięwszy średnią z 1096 przypadków, 6,₅₅ funtów związkowych (Zollgewicht) = 3275 gramów.

Zgadza się to z obliczeniami Veita (Monatschr. f. Gbkde. T. VI. str. 104), który z 2550 przypadków wyciągnął średni ciężar = 7 funtów pruskich = 3262 gramów.

Str. 46. — *Długość noworodka dojrzałego* średnią z 985 spostrzeżeń naznacza H. na 51, centymetrów, najmniejszą na 48 cm., największą na 58 cm.

Str. 48. — Zbija H. dość upowszechnione zdanie, jakoby u donoszonego dziecięcia nowonarodzonego *przymocowanie sznurka pępkowego* wypadło w połowie linii łączącej dolny koniec mostka ze spojeniem łonowem: ze stu wymiarów uskuteczniionych w klinice H. wynika, że przymocowanie to przypadało *zawsze* znacznie poniżej owej połowy, tak że odległość od końca mostka do pępka ma się do odległości między pępkiem a spojeniem łonowem = 6,₉ : 3,₅ czyli prawie = 2 : 1, — co więc H. twierdzi, że stosunek ten istnieje mniej więcej bez zmiany już od 5. miesiąca życia płodowego.

Str. 49. — Co do znaczenia *jądra kostnego w dolnym*

przyrostku kości udowej H. zbija twierdzenie Caspera, jakoby brak tegoż świadczył, iż płód osiągnął zaledwo 36-go lub 37-go tygodnia, albowiem na 91 płodów dojrzałych brakowało całkiem tego jądra w 15 przypadkach, t. j. 16%. Mniej więcej w połowie przypadków szerokość jądra wynosiła 4 — 6 milimetrów, 25 razy nie osiągnęła tego rozmiaru, 3 razy tylko przewyższyła go o 1 cm.

Str. 194. — *Syphilis neonatorum*. Z 21 przypadków 13 dzieci nieżywo przyszło na świat albo wcześniej zmarło. — W 4 przypadkach dziecko przyszło na świat z wyraźnymi oznakami choroby syfilitycznej, jakkolwiek u matki nie znaleziono ani śladu tejże choroby: pozostawał więc tylko wniosek, iż choroba była odziedziczona od ojca. We wszystkich tych 4 przypadkach zjawił się u dziecięcia charakterystyczny *pemphigus syphiliticus*, w jednym stwardnienie tkanki łącznej podskórnej, w jednym wyrzut strupiasty; we wszystkich znaleziono w zwłokach (albowiem wszystkie zmarły) wyrodzenia (składające się z nowotworu tkanki łącznej i rozpadania się tejże tłuszczowego tudzież z nadzianek amyloidowych) w różnych narządziach mięsistych, mianowicie w wątrobie, płucach, nadnerczach i t. d. Z 8 dzieci zrodzonych z matek mających wyraźną chorobę syfil. wtórną, a nie leczonych podczas ciąży, 6 przyszło na świat w stanie zgniłym, a dwoje tylko żywych, i to w tych dwóch ostatnich razach choroba matki była bardzo łagodna. W 7 miu przypadkach kobietę ciężarną wyraźnie wtórnie syfilityczną leczono podczas ciąży stosownymi środkami: ocalono w ten sposób 4 dzieci, 3 zaś nieżywo przyszło na świat. Wreszcie w dwóch razach matki nosiły ślady dawno (przed laty) przebytą już wyleczonej ciężkiej choroby syfilitycznej: dzieciom zaś choroba ta wcale się nie udzieliła.

Str. 211 — 288. — *Gorączka połogowa* (Epidemia roku 1859/60):

1. *U położnic.*

a) Tak zwana *febricula*. Położnice gromadnie dostają

przypadłości rozdrażnienia układu naczyniowego (Gefäßaufregung): ziębienia, gorąca, potów, bez żadnego śladu zajęcia miejscowego brzuszego. Podniesienie ciepła bywa tak znaczne że w pochwie dochodzi do 41 — 42° C., potem zaś przez dzień do następnego rana nieraz spada o 4° C. W liczbie 80 położnic dotkniętych epidemią połogową w kilka miesięcy, w 25 razach rzecz skończyła się na téj lekkiej gorączce, z której położnica zawsze wyszła, tylko po przeciąglój konwalescencji. W innych znowu razach *febricula* bywała wstępem do dalszój cięższój postaci chorobnej.

Według B u h l a punktem wyjścia gorączki połogowej jest zawsze błona śluzowa macicy, której zajęcie przechodzi dopiero na otrzewną, na żyły lub na chłonicę i stosownie do tego daje początek jednój z następnych postaci.

b) *Metroperitonitis* średniego stopnia (zapalenie otrzewnej bez ropnicy, B u h l). 24 przypadki, z których 2 śmiercią się zakończyły. Błona śluzowa przewodu trawienia była przytém często zajęta; na skórze różne postacie róży od *erythema fugax* do *erysipelas gangraenosum*.

Według B u h l a, w tych przypadkach sprawa zapalna z błony śluzowej macicy udziela się przez jeden, rzadziej przez oba jajowody błonie surowiczej odpowiednich części jajnika, macicy, wreszcie i całej otrzewnej. Wyсіęk zazwyczaj bywa czysto włóknikowy, rzadziej ropiasty. Jestto najczęstsza forma w tych razach, gdy nie ma epidemii. Zwłoki bywają bezkrwiste, powoli gniją.

c) *Phlebitis*, Heck. (ropnica z zapaleniem żył, B u h l). 3 przypadki wszystkie śmiertelne. Przebieg wolniejszy, nawet przeciągły, brak przypadłości zapalenia otrzewnej.

Uważając wewnętrzną powierzchnię macicy za ranę, mamy tutaj po prostu *ropnicę ranową* (pyaemia traumatica): z jednój strony ogólne zjawiska w skutek wessania istot posoczno-zgniłych przez żyły, z drugiej zaś prócz normalnych skrzepów krwi jeszcze zakrzepy ropiaste lub w posokę się rozpadające, nie odgraniczone w żyłach macicy szczególnie w bliskości przymocowania łożyska, ale téż i w żyłach jednego lub drugiego splotu winolistnego (plexus pampiniformis).

mis), w żyłę nasienną, w żyłę główną dolną, nawet w jednej lub drugiej żyłę nerkowej lub udowej, albo też i w jamach serca. Przytęm ściany żył i ściany wewnętrzne serca przechodzą w zapalenie.

Dalszém następstwem są często *zapalenia zatorowe* (embolische Entzündungen), ropienia i strupienia w płucach, w śledzionie stałej powiększonej, w nerkach, w oczach, w mózgu, i t. d.

Macica zawierała zawsze na swęj wewnętrznej powierzchni masę mazistą, zielono-czarniawą lub czerwono-brunatną, woni przykręj zgniłęj.

d) *Lymphangitis, Peritonitis lymphatica* Heck. (Ropnica z zapaleniem chłonic i otrzewnej, B u h l.) 28 przypadków, wszystkie śmiercią zakończone.

Pierwotnóm jest tutaj zakażenie krwi, sprowadzające nieraz śmierć w przeciągu 24 godzin bez żadnego umiejscowienia choroby. (Ropnica bez zapalenia żył, chłonic, ani otrzewnej według B u h l a, czyli posocznica, *sepsis* innych autorów).

Przypadłości: Znaczne podwyższenie temperatury, z nadzwyczajnóm przyspieszeniem tętna (przeszło 120 na minutę), które jest przytęm bardzo miękkie; mniej lub więcej szybko następująca zmiana rysów twarzy, w mowie pewna prędkość i przycisk na wyrazy, oddech przyspieszony bez znacznych na pozór zmian w narządziach klatki piersiowej, wreszcie zjawiska ze strony brzucha. Co do tych ostatnich wielka nieraz zachodzi niezgodność między przypadkami przedmiotowemi a podmiotowemi. Wzdęcie brzucha powietrzne było często nadzwyczajne, równie jak ilość wysięku dająca się wykazać przez pukanie, jednak bolesność brzucha nawet za silniejszym przyciskiem była dość nieznaczna: te przypadki były zawsze najniekorzystniejsze; — przeciwnie, lepsze było rokowanie w tych razach, gdzie brzuch za dotknięciem bardzo bolał: w tychto przypadkach było wskazane leczenie miejscowe, mianowicie miejscowy upust krwi.

Ciekawy jest fakt, że zakażenie krwi, które H e c k e r uważa jako początek téj choroby, w 4 przypadkach rozpo-

częło się już podczas ciąży: kobiety te skarżyły się na ból głowy, osłabienie, twarz miały zaczerwienioną, ciepło skóry podwyższone, wielkie pragnienie i zazwyczaj biegunkę. Jeśli początek choroby przypadał na początek bólów porodowych, co się 10 razy zdarzyło, wtedy obok rozdrażnienia układu naczyniowego, przebieg porodu był przewlekły a czasami przyłączały się wymioty materij zielonych jak trawa, co prawie zawsze było zapowiedzią śmierci. Dość powiedzieć, że z 14 kobiet, które podczas epidemii gorączki nieco silniej gorączkowały przed lub w ciągu porodu, 10 umarło w położu a tylko 4 ocalały.

Anatomia patologiczna. — Im szybszy był przebieg choroby (dwa razy ledwo 24 godzin), tém wyłącziej występowały ogólne zjawiska zgniłe posoczne, brakowało zaś zmian miejscowych.

W ogóle, gdy w poprzedzającej formie nie było wcale zapalenia otrzewnej, tutaj ona była stałym zjawiskiem i gdy tam żyły były zatkane lub wyraźnie chore, tutaj znajduje się w nich krew' płynna, barwy brudnej; przeciwnie zaś choroba rozszerza się przez wessanie za pośrednictwem *chłonic* i tkanki łącznej towarzyszącej im, tudzież naczyniom krwionośnym i w nichto (w chłonicach) zamiast w żyłach, napotyka się skrzepy, ropę i posokę.

Krew' zwykle mało zawierała skrzepów, często była mazista, w innych razach wodnista; przesiąknięcia pośmiertne obfite. Pod drobnowidem krew' odznaczała się większą obfitością ciałek krwi bezbarwnych bardzo bogatych w ziarnka, niezwykłą ilością drobiniek (*Molecüle*) i nabłonkiem, ze środsierdzia lub z naczyń pochodzącym.

Wewnętrzna powierzchnia macicy przedstawiała zwykle zjawiska: pokryta była masą papkowatą, nadzwyczaj przykrzej woni zgorzelowej, barwy czerwonej lub brunatnej, tu i owdzie w szarą lub zieloną przechodzącej.

W jajowodach ropę znaleziono tylko w 5 przypadkach, co przeciwnie było prawidłem w formie opisanej pod gł. b; widocznie więc zapalenie otrzewnej miało tu całkiem inny niż w owój formie początek.

Zmiany w miększu macicy określić się dają najogólniej jako bujne tworzenie się komórek pierwotnych (Primitivzellen), szybko znowu rozpadających się. W szczególności w tkance łącznej śródmięśniowej i naczynia krwionośne otaczającej napotyka się płyn obfitujący w drobinki (Moleküle) i w nowopowstałe komórki pierwotne, wkrótce znów się rozpadające; najwidoczniejsze jednak zmiany zachodzą w tkance łącznej pod otrzewną położonej, w chłonicach tak obfitujących, szczególnie w bliskości przyłączenia jajowodów i więzów okrągłych, tudzież z tyłu ku szyjce macicy: chłonicy okazują się tu paciorkowato rozdęte, napełnione masami żółtymi kruchymi lub ropiasto płynnymi, albo też napotyka się prawdziwe ropnie aż do wielkości orzecha laskowego. (*Metrolymphangitis*). W trzech przypadkach znaleziono w mięśniach macicy żółte złoże dyfterytyczne, kliniaste, podstawą ku otrzewnej obrócone, złożone z tkanki kruchej, w której pod drobnowidem rozpoznać się dawały naczynia bezkrwiste, strupieszale, tudzież komórki mięśniowe i pęczki tkanki łącznej zmieszane z gromadkami rozpadających się komórek pierwotnych. Strupieszczenia te leżały wyraźnie wzdłuż szlaków chłonic, przy całości zaś naczyń krwionośnych widocznie zależały nie od zakrzepów włoskowych, ale od włoskowych bezkrwistości, które są wynikiem wspomnianego bujania komórek międzywłoskowych uciskających.

Skutkiem tych zmian miąższ macicy był kruchy i łatwo rozdzielający się, soczysty i miękki flakowaty tak, że dosyć było parcia sąsiednich kiszek, aby te wycisnęły się na powierzchnię macicy. W złośliwszych przypadkach do prostego nasiąknięcia surowiczego przyłączało się jeszcze tu i owdzie przesiąknięcie krwawe.

Z macicy i jej szyjki rozlewa się choroba dalej na sąsiednie narządy, a mianowicie w splotach chłonic wzdłuż tkanki łącznej podotrzewnej. Tkanka ta bywa nasiąknięta mętną surowicą, wygląda galaretowato i mieści w sobie chłonicy rozdęte wrzecionowato, paciorkowato żółtą zawartością, zwykle płynną, w której przy dokładniejszym śledzeniu, podobnie jak w chłonicach macicy, rozpoznać się dają drobin-

ki (Molecüle), komórki chłonicowe obfitujące w drobinki, i szczątki komórek (ropa).

Jednym ze skutków zapalenia chłonic podotrzewnych jest *zapalenie otrzewnej*. Wysiłek w jamie otrzewnej bywa albo żółty dławcowy (croupös), albo w gorszych przypadkach całkiem posoczny; ale nawet w pierwszym razie wysiłek mało zawiera nienaruszonych komórek ropy, jeno zarówno skrzepy jak zawarte w nich komórki rozpadały się w drobinki. Na powierzchni zewn. macicy brak jest wysięku wszędzie tam, gdzie kiszkę przycisnięte do niej były; tém obfitszy zaś w ogóle okazuje się w tych miejscach, gdzie pod otrzewną znajdują się ropnie lub ropą napełnione chłonicy. Dalszém następstwem zapalenia otrzewnej jest nadzwyczajne często wzdęcie żołądka i kiszek gazami, wodnica i zgrubienie ścian kiszki, tu i owdzie nawet dyfterytyczna zmiana tychże, wreszcie złuszczenie się nabłonka jak gdyby w cholerze pod wpływem nagłego surowiczego przezięku.

Od macicy udziela się też zapalenie na drodze chłonic tkance łącznej pozaotrzewnej, w której zrazu widać żółto od ropy zabarwione chłonicy, dalej zaś tylko mętną surowicą nasiąkniętą tkankę łączną. Podobnie zmienione chłonicy napotymano w jajnikach, kiszki i t. d. Gruczoły chłonicze w tych kierunkach były nabrzmiałe, surowicą przesiąknięte, parę razy zawierały ropnie.

W śledzionie pęcherzyki Malpighiego bywają wydane, powiększone, gołym okiem widzialne, białe lub żółtawe, rozplywające się. Świadczy to według B u h l a o tém, że pęcherzyki te należą do układu chłonicowego. Miazga (pulpa) była też miększa.

Lecz nie tylko śledziona cierpiała, ale i inne narządzi, które z trójnoga H a l l e r a tętnice swe otrzymują. Zmiany ich zapewne zależą od zarażenia posuwającego się od tkanki łącznej pozaotrzewnej wzdłuż tętnic. W szczególności *wątroba* przedstawiała w rozmaitym stopniu zjawiska t. zw. ostrego zaniku, któryto proces w najniższym stopniu, kiedy wątroba bywała raczej powiększona i przekrwiona, odznaczał się pod drobnowidem napęcznieniem komórek

wątrobianych przepełnionych drobinkami tłuszczowemi i barwnikowemi. W wyższych stopniach komórki wątroby już znajdowano zmniejszone, jeszcze żółciejsze (od drobinek tłuszczu i barwnika), przytém wiele tychże komórek zniszczonych, wolne jąderka i komórki pierwotne wolne (komórki limfy albo ropy). W najwyższych stopniach zniszczenie komórek wątrobianych jeszcze było rozleglejsze i cały miąższ składał się nieraz z samych drobinek tłuszczowych i barwnikowych, z jąderek i z komórek pierwotnych również drobinkowo się rozpadających. Wszystkie te zjawiska uważa B. za skutek zapalenia miąższowego (*sui generis*) wątroby, które w podobny sposób napotyka się w innych chorobach infekcyjnych, jakoto w zwykłych postaciach ropnicy, w tyfusie i t. d.

Skutki pozaotrzewnego zapalenia chłonie rozciągały się raz i do *trzustki*; objętość jęj była powiększona, miąższ prześiąknięty płynem w komórki pierwotne (ropowe) obfitującym, którego dalszém działaniem było podobneż drobinkowe zniszczenie komórek gruczołowych, jak w wątrobie.

Daleko częściej napotymano też zapalenie miąższowe właściwego rodzaju w *nérkach*, które bywały żółto-brunatne, blade, albo tylko z opuszczeniem się krwi pośmiertném lub z rozproszonemi zaczerwienieniami; torebka bardzo łatwo się oddzielająca; miąższ kruchy; z brodawek za lekkim przyciskiem wypływała papka gęstawa, biaława, która pod drobnowidem prócz nabłonków zawierała często małe walce przeźroczyste lub ziarniste. Komórki nabłonkowe istoty korowej było mocno ziarniste, napęczniałe, bardzo miękkie, rozpadające się lub już rozpadłe w drobinki i jąderka.

W tkance łącznej wzdłuż tętnicy głównej piersiowej posuwało się zapalenie chłonie do tkanki pod opłucną tworząc nieraz uderzające zmiany tych naczyń i wywołując zapalenie *opłucnej*. *Płuca* przedstawiały często wodnicę wzmagającą się aż do zapalenia miąższowego, nawet dyfterytycznego, któreto zmiany B. uważa za skutki posuwającej się do wnętrza płuca infekcyi.

Serce było też często zajęte, szczególnież same mięśnie jego, które były kruche, zwiedłe, pod drobnowidem zaś po-

kazywały poczynające się lub dalej posunięte rozpadanie się pęczków mięsnych pierwotnych, następujące po nabręknieniu tychże i zniknięciu prążków tak poprzecznych, jak podłużnych.

Ropiaste i posoczne zniszczenie gruczołu tarczowego wychodzące widocznie od tkanki łącznej śródmiaższowej a raczej od zawartych w niej chłonic, dwa razy napotkano.

W jamie czaszkowej znajdowano często pomnożenie płynu mózgo-rdzeniowego i wodnicę mózgu; raz ropienie w zatoce klinowej.

Wreszcie na uwagę zasługuje dwa razy napotkane ostre rozmiękczenie niektórych *mięśniów ciała*. Rozszczepywanie się pęczków mięsnych w pałeczki i dalsze rozpadanie się tychże w miazgę żółto-czerwoną lub czerwono-brunatną, prześiąknięcie płynem mięszowym w jąderka obfitującym, paciorkowate rozszerzenia naczyń włoskowych i napełnienie tychże drobkami: oto, co znajdowano w tych razach pod drobnowidem.

Zestawiając w końcu wszystkie opisane tu zmiany, B. określa je jako zboczenia w odżywianiu czyli jako zapalenie mięszowe *właściwe* (sui generis) prawie wszystkich narządów wynikające z zakażenia ropnicowego lub posocznego, wywołanego w układzie chłonicowym.

2. Wpływ zakażenia połogowego matki na dziecko.

Miedzy dziećmi matek chorujących na gorączkę połogową śmiertelność wynosiła 76%.

a) *Sepsis acuta*. Dzieci zapadały wkrótce po urodzeniu, dostawały brudno-żółtawej barwy skóry, nie chciały brać pokarmu, szybciej niż zwykle oddychały i wydawały właściwy krzyk, podobny jak przy wodnicy ostrzej mózgu. Śmierć następowała zwykle w pierwszych 24 godzinach.

W trupie zmiany miejscowe ograniczały się tutaj do *prześiąknięcia galaretowato-surowiczego w tkance łącznej* wzdłuż naczyń pępkowych, zresztą niezmienionych, aż do stosu pociernowego, ztąd wzdłuż aorty aż do tkanki łącznej śródpierśia dalej wzdłuż tętnic wątrobianych w mięszu wątroby.

Zresztą widoczne były tylko ślady nadzwyczaj szybkiego rozkładu i gnicia. Pod względem sądowo-lekarskim ciekawe są liczne wystąpienia krwi w różnych narządziach. szczególnie pod błonami surowiczymi, będące skutkiem rozkładu krwi.

W wielu z tych przypadków (10%) śmierć dziecięcia nastąpiła jeszcze przed urodzeniem; szczególnie zaś zasługuje na uwagę przypadek, w którym, lubo dziecko zmarło tylko na 12 godzin przed porodem, zwłoki jego jednakże w wysokim stopniu miały na sobie cechy zgnilizny.

b) *Ropnica połogowa z zapaleniem chłonic.* Cechy tej grupy najwydatniejsze były u dzieci, które zmarły w drugim dniu po urodzeniu.

Skóra przedstawiała liczne plamy pośmiertne; często zabarwienie sine (cyanotyczne).

Wylania krwi w organach jamy czaszkowej były nie rzadkie.

Najcharakterystyczniejsze jednak były zmiany w przyrządzie oddechowym. W lżejszych przypadkach napotymano tylko kropkowane wystąpienia krwi pod opłucną, w nieco cięższych zapalenie oskrzelów, wysięk w jamie opłucnej; wreszcie najczęstsze i najwybitniejsze było *zapalenie płuc* mające swe siedlisko główne w tkance łącznej międzyzrazikowej, przesiąkniętej płynem mniej więcej mętnym żółtym galaretowatym, nadającym powierzchni płuc postać drobno-siatkowaną. Za témże nader rzadkiem u ludzi zjawiskiem zapalenia płuc międzyzrazikowego (pneumonia interlobularis) przemawiał wypływający z przecięć płuc płyn mętny, całkiem na krwawą posokę wyglądający, w którym pod drobnowidzem rozpoznać można było, prócz całych krążków krwi, drobinki, komórki ziarniste i szczątki krążków krwi i komórek, tudzież rozpadające się komórki pierwotne (ciałka ropy), całkiem zaś brakowało nabłonków, któreby świadczyły o zwykłym mięszowém zapaleniu. Zważywszy zaś, że tkanka łączna międzyzrazikowa według poszukiwań Reiss-eisena i Schroedera van der Kolk dostaje krew z tętnic nie płucnych ale oskrzelowych, można powiedzieć, że

naciek postępuje od tkanki łącznej śródpiersiowej około aorty wzdłuż tętnic międzyżebrowych, szczególnie zaś oskrzelowych ku wnętrzu płuca tudzież między jego zrazami i zrazikami. Dodać tu należy, że temu zapaleniu płuc zwykle towarzyszył wysięk najczęściej posocznny w jamie opłucnej.

Z pomiędzy reszty narządów zasługują jeszcze na uwagę *nérki*, w których zawsze niemal znajdowano nadziankę moczowników najczęściej w tkance rurkowatej.

W postaci tej upatruje B. zupełną analogią ze sprawą chorobną u położnic opisaną powyżej (lit. d) pod nazwiskiem *Peritonitis lymphatica*. W obu razach jest to ropnica wyrażająca się anatomicznie szczególnie jako zajęcie chłonic tkanki łącznej wynikające z zakżenia, które się rozszerza po ciele już to bezpośrednio w tkance łącznej towarzyszącej tętnicom, już za pośrednictwem krwi. W tym ostatnim razie krew' jadłem nasyconą przenosi swe drażnienie (*Reizung*) przy wymianie materii w naczyniach włoskowych na pierwsze początki chłonic lub odpowiednie im ciała tkanki łącznej, i wywołuje w nich tworzenie się komórek pierwotnych (ropy), nadając tymże zarazem właściwość szybkiego rozpadania się posocznego.

c) W trzeciej wreszcie grupie przypadków, u dzieci, które przynajmniej 5 dni przeżyły, i u których odpadł już sznurek pępkowy, umiejscowienie tylokrotnie już wspomnioną sprawą chorobną chłonic i tkanki łącznej zwracało się szczególnie na tkankę łączną otaczającą naczynia pępkowe: ztąd zapalenie żyły i tętnic pępkowych, strupieszenie ich błon, mianowicie wewnętrznej, zakrzepy w tychże, zatory w przewodzie żylnym *Arancyusza*, w żyłę wrotną, w przewodzie tętniczym *Botalla* i t. d.

Narządów oddechowych były po większej części wolne. Za to tym wyraźniej rozszerzało się zajęcie wspomnianych tkanek (łącznej i chłonic) w jamie brzusznej na tkankę podotrzewną, wywołując naciek ropiasty pod otrzewną, surowicze przesiąknięcie tkanki łącznej w kreskach, w ścianach kiszki, w torebce *Glissona* z widocznymi w wielu miejscach ropą napełnionymi chłonicami; dalej wysięk ropiasty

w jamie otrzewnej, surowicy na błonie śluzowej kiszek i t. d. Z torebki Glissona rozpościerał się nieraz widocznie naciek do tkanki łącznej w całej wątrobie, rozdzielając ją jakby na zraziki. W nerkach znajdowała się najczęściej nadzianka moczaków. W jamie czaszkowej częste były wystąpienia krwi.

W końcu Buhl określa najogólniej chorobę połogową tak matek jakotóż i dzieci jako zakażenie krwi wyrażające się anatomicznie przez zapalenie chłonic. To ostatnie jest równoznaczne z zapalnym naciekiem tkanki łącznej, bliżej zaś daje się określić z jednej strony jako ostre bujanie i następne rozpadanie się komórek (ciałek chłoninowych i ropnych) w miejscach, gdzie się tworzy i korytach, któremi płynie limfa i sok odżywczy tkanki łącznej; z drugiej jako ostrą przemianę plazmatu limfy (krzepnięcie i rozpadanie się tegoż) tudzież płynu mięszkowego narzędzi (pomnożony prześięk surowicy z krwi i zatrzymanie téż z powodu niedostateczności chłonic chorych). Zakażenie to rozszerza się dalej w ciele, jakeśmy już powiedzieli, raz drogą chłonic i tkanki łącznej, drugi raz za pośrednictwem krwi.

W etiologii gorączki połogowej Hecker stanowczo odrzuca teorię Semmelweis'a o zarażeniu jadem trupim.

Co do środków zaradczych i higienicznych główny przykład kładzie na wielką czystość w ogólności, a w szczególności na czystość powietrza.

Str. 294. — Śmierć noworodków z wrodzonego nierozwinięcia (angeborene Schwäche). Tutaj zalicza B. 21 noworodków, ważących przy urodzeniu mniej niż 5 funtów. Najwydatniejsze bywało niedostateczne rozwinięcie mózgu, ztąd płyn mózgo-rdzeny bardzo obfity, tak podpajęczy jak w jamach mózgowych znakomicie rozszerzonych. Wystąpienia krwi w najrozmaitszych narzędziach często się zdarzały, a mianowicie w jamie czaszkowej i na jej powierzchni (Cephalematoma w połowie przypadków), w opłucnej, osierdziu, gruczole natchawicznym, nerkach i t. d.

Na str. 296 — 300 opisuje B u h l chorobę noworodków charakteryzującą się za życia przypadkami niedotlenności (asfiksji), żółtaczką, wodnicą tkanki podskórnej, krwawemi wymiotami lub takąż biegunką, wystąpieniami krwi w skórze i w najrozmaitszych narządziach wreszcie nie dającém się powstrzymać krwawieniem ze sznurka pępkowego. Jako przyczynę tych wszystkich zmian znajdował B u h l w zwłokach *ostre wyrodzenie tłuszczowe* w różnych narządziach, szczególnie w pęczkach mięśniowych serca, w komórkach wątroby, w nabłonkach kanalików nérkowych, a w mniejszym stopniu w nabłonkach płucowych (obok ziarenek myeliny), w przewodzie trawienia i t. d.

Sprostowanie. W poprzedzającym poszycie na str. 184, zamiast: „skoro sam Rokitansky *nie* wykonywa“ powinno być: „skoro sam R. *je* wykonywa“.

La postmodernisme Century 1990

La postmodernisme 1990

La postmodernisme

La postmodernisme

La postmodernisme 1990

La postmodernisme 1990

La postmodernisme 1990

Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

w Druk. K. Kowalewskiego.

4778

90588

PAMIĘTNIK
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
WARSZAWSKIEGO

WYDAWANY

Za upoważnieniem Rządu

REDAKTOR GŁÓWNY
WŁODZIMIRZ DYBEK.



SERYA III.—TOM IV.

**Poszyt X, XI i XII. — Dnia 30 Listopa-
da, 15 i 31 Grudnia.**

OGÓLNEGO ZBIORU TOM XLVI.

Sunys

WARSZAWA,

Nakładem księgarni J. KAUFMANN i Sp.
przy ulicy Krakowskie-Przedmieście, Nr. 442 (71).

—
1861.

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA

WARSZAWA



■.

DIPHTHERITIS

według dzisiejszego stanowiska naszych o niej wiadomości.

PRZEZ

Ludwika Darewskiego.

Diphtheritis w wieku, w którym żyjemy, stała się chorobą tak częstą, i tak wielką zrządza śmiertelność, iż z tych powodów jest dziś przedmiotem szczególnej uwagi ledwie nie wszystkich najpierwszych Europejskich lekarzy.

Choroba ta, nie tylko że objawia się w naszych czasach sposobem epidemicznym, ale nawet jako sporadyczna i endemiczna bywa obserwowana. U nas, lubo większe epidemie dotąd nie trafiły się, ale za to pomniejsze są dosyć częste, a nadto przypadki sporadyczne w niektórych miejscach, jak na przykład w Warszawie, są prawie ciągłe.

Francya, Anglia i Niemcy dostarczały już nie mało i dotąd ciągle dostarczają doniesień o jój pojawianiu się w rozmaitych miejscach.

Opisy szczegółowych epidemij, sprawozdania, monografie, rozprawy dotyczące rozmaitych szczegółów téj choroby, znacznie wyobrażenia o niej nasze rozszerzyły, wyjaśniły i przyczyniły się do ulepszania leczenia onéj.

Mając z nią często w praktyce do czynienia, staraliśmy się korzystać z najlepszych autorów, i to, co nam zdawało się być bardziej godném uwagi praktycznego lekarza, pokrótce zebrane obecnie w piśmie niniejszém zamieszczamy.

Autorowie z których szczególniej korzystaliśmy w téj pracy są:

Trousseau: *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Tome 1. Paris 1861.*

Bouchut: *Traité pratique des maladies des nouveau-nés. 3-me édition, Paris 1855.*

West: *Pathologie und Therapie der Kinderkrankheiten. Uebersetzt von Wegner. Berlin 1857.*

Barthez et Rilliet: *Traité clinique et pratique des maladies des enfants. 2-me édition. Tome 1. Paris 1853.*

Specielle Therapie: Lebert'a Canstatt'a i innych.

Diphtheritis, równie jak niektóre inne choroby, wiele miała nazwisk. Bretonneau przekonawszy się, że na jakimkolwiek punkcie ciała pokazuje się, *proces jéj jest zawsze jeden i tenże sam*, nazwał ją ogólném nazwiskiem *Diphtheritis*, z greckiego διφθέρα pargamin, dla niejakiego podobieństwa, co do tęgości, błon fałszywych do téj substancyi. Według tego zaś, jak ma siedlisko w tém lub owém miejscu, mówi się: *D. gardzie-*

li (*pharyngis*), krtani (*laryngis*), nosa, skóry, części rodných i t. d.

Diphtheritis jest chorobą specyficzną, zaraźliwą i objawia się najczęściej sposobem epidemicznym.

Siedliskiem ję są błony śluzowe i skóra. Lubo od różnych punktów każdego z tych systematów rozpocząć, albo jednocześnie na kilku okazać się może, wszakże najulubieńszém i najczęściej przez nią napaśtowaném miejscem jest jama (*cavum*) gardzieli. Ta to właśnie forma może uważać się za typ wszystkich innych i dla tego od niej opis nasz zaczniemy.

Diphtheritis gardzieli częstokroć rozwija się i przebiega pod maską objawów tak łagodnych i na pozór nieznaczających, że otaczający żadnej ciężkiej choroby nie domyślając się, spóźniają się z szukaniem pomocy lekarskiej. Jakoż często trafia się, że lekarz przywołany znajduje migdałki (*tonsillae*), większą część podniebienia, i całą jamę gardzieli, pokryte grubemi warstwami błon fałszywych, a otaczający oświadcza, że żadnych zmian chorobnych w dziecku dostrzedz nie mogli. Dopytując się jednak troskliwie, często dowiedzieć się można, że dziecko już od kilku dni było smutne, blade, że zabawki zwyczajne mniej je zajmowały, że sen był niespokojny i przerywany, chęć do jedzenia zmniejszona i t. p. Starsze dzieci skarżą się niekiedy na nieznaczny ból w gardle, a mianowicie w czasie połykania. U młodszych domyślać się tylko tego można, gdyż same nie umieją jeszcze zdać sprawy z własnego czucia. U osób dorosłych wszystkie dotąd wymienione znaki są jeszcze mniej wyraźne.

Lecz do objawów, które największe robią podejrzenie tej choroby i na które lekarz najbardziej uwa-

gę zwracać powinien należy: bolesne i wczesnie pojawiające się obrzęknięcie gruczołów limfatycznych położonych pod szczęką dolną i na szyi. Pospolicie zaczyna się ono pod kątem szczęki dolnej, ze strony odpowiadającej uformowanym w gardzieli błonom fałszywym. Znak ten najczęściej pokazuje się z samego początku choroby i dla tego obecność jego każe domyślać się obecności *diphtheritis*. Im ta obrzękłość jest większa i boleśniejsza, im dalej i prędzej rozchodzi się po szyi, im wcześniej pokazuje się, tém pewniej zależy od *diphtheritis*. Przeciwnie, jeżeli nie ma tych cech, może raczej oznaczać zwyczajną *pharyngitis*.

Najpewniejszym jednak znakiem *diphtheritidis pharyngis* są błony fałszywe tworzące się w jamie gardzieli, które albo od razu dają się widzieć na różnych jej częściach, albo choroba zaczyna się od obrzęknięcia i zaczerwienienia obu, a częścię jeszcze jednego tylko z migdałków. Wkrótce pokazuje się na nim plamka biaława, półprzezroczysta, podobna do śluzu skrzepłego. Śluz ten gęstnieje, twardnieje, rozchodzi się po całym migdałku i bardzo prędko przemienia się w błonę fałszywą. Prawie jednocześnie języczek (*uvula*) brzęknie, czerwienieje i od strony odpowiadającej choremu migdałkowi robi się takąż na nim błona fałszywa. Następnie tym samym sposobem też rozszerza się i pokazuje się na drugim migdałku, na łukach podniebieniowych (*arcus palatini*), na dnie gardzieli, i w dość krótkim czasie wszystkie te części są pokryte błoną fałszywą. Wszakże niekiedy ta tylko do migdałków i pewnej części podniebienia bywa ograniczoną. Kolor jej z białawego wkrótce przechodzi w biało-żółtawy, w mocno żółty, w sza-

ry, albo nawet w czarny. Błona fałszywa powiększając się co do grubości i przestrzeni, robi się zewnątrz wypukłą; brzegi jęj albo stając się coraz cieńsze nieznacznie giną, albo są ograniczone jakby opaską podniesioną, zgrubiałą, mocno zaczerwienioną. Jeżeli brzegi nieznacznie giną, to skłonność do rozszerzania się po częściach przyległych jest większą.

Lubo choroba zwykle bardzo prędko rozszerza się po częściach sąsiednich, jednakże u dorosłych i starców dłuższego na to potrzeba czasu niż u dzieci. I tak u dzieci od lat 4 do 6, we 36 do 48 godzin wszystkie części w jamie gardzieli położone mogą być pokryte błoną fałszywą, u dorosłych zaś zaledwie w 5, 6, 7, lub 8 dni toż następuje. Im błona fałszywa bliższą jest początku swego tworzenia się, tém łatwiej da się oddzielić pęsetem i przeciwnie. Robi się ona co dzień grubsza, przez ciągle narastanie od dołu nowych warstw. Gdy się błon dużo utworzy, tedy te z nich, co są na samym wierzchu, pękają, mięknią, gniją, przez co wydają smród niecznośny, co czasem takie robi podobieństwo do *gangreny*, że nawet bardzo doświadczony lekarz łatwo je za takową poczytać może. Trousseau, jedyny może lekarz który w przeciągu swojej długoletniej praktyki najwięcej miał z tą chorobą do czynienia, mówi, że jemu samemu często zdarza się, iż mimowolnie nie może oprzeć się przypuszczeniu w podobnych okolicznościach *gangreny*, chociaż następnie czas przekonywa, że jęj wcale nie było i nie masz. Nie dziw więc że, *gangrena* przez długi czas miana była za częstą komplikacją *diphtheritidis pharyngis*.

Błona śluzowa fałszywemi błonami pokryta jest

znacznie zaczerwienioną i pozbawioną swego *epithelium*; zresztą zupełnie zdrowa. Owrzodzenia na niej znajdujące się należą do wyjątków.

Do znaków ogólnych, prawie zawsze tej chorobie towarzyszących, należy gorączka, która z początku bywa nawet niekiedy dość mocna; jednakże zwykle w jeden lub we dwa dni ginie zupełnie, chociaż objawy miejscowe dalej się przedłużają. *Diphtheritis pharyngis* w rzadkich tylko przypadkach do samej jamy gardzieli się ogranicza. W takim razie gdy żadne komplikacye nie przyłączają się i stosowne leczenie wczesnie się użyje, błony *dyfterytyczne* stopniami giną i chory w kilka dni wraca do zdrowia. Nierównie częściej jednak choroba bierze obrót niepomysłny, od jej natury zależący. *Diphtheritis* bowiem w ogólności ma tę szczególną własność, że skoro się raz gdzie pokaże w organizmie, z największą łatwością rozwija się następnie i na różnych innych punktach trzymając się zawsze przebiegu błon śluzowych i skóry. Z jamy gardzieli najczęściej rozszerza się do krtani, tchawicy, oskrzeli (*bronchi*), do nosa, do różnych punktów skóry, części rodnych, do otworu stolcowego rzadziej do powiek, do przełyku (*oesophagus*), do wewnętrznej powierzchni kiszek, a nawet w jednej epidemii przez Bretonneau obserwowanej w *Tours* udzielała się i dziąsłom. *Diphtheritis* prędko do coraz innych miejsc rozszerzająca się stanowi już chorobę ciężką; gorączka jej towarzysząca przybiera charakter więcej *tyfoidalny*, puls robi się prędko i mały, ciało mocno rozpalone. Do tego dołącza się: *stupor*, *coma*, nagły upadek sił i chorzy umierają. Zejście to nawet, bez lokalizacyi choroby w krtani, materyalnie oddychanie tamującej,

nastąpić może. Śmierć zdaje się tu następować w skutek ogólnego *dyfterytycznego* zakażenia (*infectio*) całego organizmu, stanowiąc tak zwaną *diphtheritis* złośliwą, o której niżej powiemy. Czasem też dołączające się zapalenie płuc zgon zrządza.

Żeby mieć wyobrażenie jak często do *diphtheritis* krtani przyłącza się *diphtheritis* gardzieli, powiemy tylko, że lekarze najdawniejszych czasów, a szczególniej przeszłego wieku, uważali tę ostatnią za drugi peryód pierwszój.

Przystąpmy teraz do *diphtheritis* krtani, czyli inaczej tak zwanego *krupu*.

Choroba ta zaczawszy się od krtani, posuwa się, co najczęściej bywa do tchawicy i oskrzeli (*krup zstępujący*); albo w bardzo rzadkich przypadkach, wzięwszy początek od oskrzeli rozchodzi się do krtani i tchawicy (*krup wstępujący*). Krup zstępujący najczęściej, bo w dwóch trzecich przypadków, poniżej tchawicy nie spuszcza się.

Katar oskrzeli kilka dni trwający, jest najczęściej najpierwszym znakiem przyłączającego się krupu do *diphtheritis* gardzieli i dla tego na katar taki w każdej *diphtheritis* gardzieli trzeba zawsze największą zwracać uwagę.

Po kilkudniowém trwaniu takiego kataru, albo i bez niego, krup się rozpoczyna od kaszlu suchego, chropawego, przytłumionego, powtarzającego się w napadach zrazu rzadszych i krótszych, następnie co raz częstszych i dłuższych. Kaszel ten bywa nieco podobny do szczekania szczenięcia w oddaleniu słyszanego. Głos także równo z początkiem choroby zmienia się, dokładnie jednak słowami nie da się opisać,

lecz raz słyszany łatwo nadal poznany być może. Głos i kaszel w miarę zwiększania się choroby coraz bardziej przytłumiają się i, gdy choroba ma się ukończyć śmiercią, giną. W ciągu choroby jednak po wyrzuceniu znaczniejszej ilości błon fałszywych zwykle na czas jakiś wracają.

Wkrótce po objawieniu się choroby pokazuje się także duszność z gwizdzeniem w krtani i tchawicy dającym się słyszeć w oddaleniu i maskującym oddychanie normalne. Wszystkie te objawy u dzieci wcześniejszej pokazują się niż u dorosłych. Duszność wraca w napadach i po raz pierwszy zwykle objawia się w nocy. Towarzyszy ona każdej *expiracyi*, a bardziej jeszcze *inspiracyi*, która jest przedłużoną, suchą i jakby metaliczną. W przestankach wolnych od napadów, jeżeli tylko nie ma moralnego rozdrażnienia, dziecko bywa spokojne i tylko niewielkie gwizdzenie w oskrzelach daje się słyszeć. Duszność i gwizdzenie są najpewniejszymi oznakami obecności błon fałszywych w krtani.

Jeżeli choroba dąży do szczęśliwego ukończenia, to zdrowie wraca stopniami, duszność, kaszel, chrypka i inne znaki zwolna ustępują. Jeżeli zaś ma się źle ukończyć, to napady duszności stają się dłuższe i częstsze, a przed samym zgonem są prawie ciągłe. Wtenczas następuje straszna do widzenia scena. Dzieci miotane niespokojnością trudną do opisanego, zrywają się od czasu do czasu, usiadają, starsze wyskakują z łóżka, biegną jakby szukając powietrza, którego nigdy im dosyć. Z głową w tył odgiętą, z ustami szeroko otwartymi, robią największe wysilenia wszystkich mięśni służących do oddy-

chania, dla zaradzenia duszności. To znówu z konwulsyjną wściekłością rwą i szarpią na sobie odzienie, rzucają się i mocno ujnują za szyję swe matki, starając się na niej zawiesić i szukając tym sposobem stałego punktu oparcia. Inną razą zwracają niedołężne swe wysilenia przeciw sobie samym, gwałtownie chwytając się za szyję i jakby usiłując wyrwać coś, co ich dusi. Oczy błędne, iskrzące się, twarz nabrzękła, sina wyrażają największy niepokój i przestraszony okropny. Następnie przywalone brzemieniem cierpienia wpadają w osłupienie, oddech robi się trudny i gwiżdżący, wzrok przyćmiony, twarz i usta blade. Nakoniec po najgwałtowniejszym wysileniu oddychania zaczyna się konanie i walka kończy się bez nowych napadów duszności.

Tenże sam obraz u dorosłych jest jeszcze okropniejszy. Pewien gatunek wściekłości, która nieszczęśliwego konającego ogarnia, i duszność z powodu przeszkody w krtani, niepodobnej do pozbycia się, są do nieopisania. Usta robią się sine, twarz również sina i obrzękła, następuje pewien rodzaj osłupienia i opojenia, i chory wśród upadku sił życie kończy. W razach jednak wyjątkowych nagle wśród napadu duszności umiera.

Jeżeliby duszność zależała tylko od błon fałszywych, musiałaby być ciągłą, a że jest w przerwach, zatem zdaje się, że i stan kurczowy wielki ma w tém udział.

Skutkiem womit gwałtownych, albo wysilen kaszlu, chory wyrzuca czasem mniejsze lub większe kawałki błony fałszywej, a niekiedy nawet całe ruki naśladowujące kształt i wielkość wewnętrznej powierzchni

krtani, tchawicy i rozgałęzień oskrzeli. Żeby je lepiej rozpoznać, trzeba śledzić pod wodą. Po takim wyrzuceniu następuje zawsze polepszenie duszności, kaszel i gwizdzenie w oskrzelach ustają i sen spokojny ogarnia chorego. Stan tego polepszenia może trwać 6 — 8 do 12, nawet do 24 godzin i nie tylko w otaczających ale nawet i w lekarzu rodzić nadzieję powrotu do zdrowia. Jednakże w podobnych okolicznościach trzeba bardzo mieć się na ostrożności i pamiętać, że krup często pozorne tylko robi przymierze. Jakoż najczęściej po takim polepszeniu wkrótce nowe błony narastają, powtórna duszność zrzadzające.

Trousseau widział przypadki, w których dzieci wyrzuciwszy trzy do czterech razy błony fałszywe, umierały nakoniec. Wyjątki od tego, w których po dobrowolném obfitém wymiotowaniu błon zupełne wyzdrowienie następowało, są nadzwyczajnie rzadkie.

Im chory łatwiej i więcej błon fałszywych przez womity wyrzuca, tém one prędzej na nowo się tworzą, i dla tego, chociaż wyrzucanie ich robi ulgę chwilową, lecz do wyzdrowienia nie tylko że nie dopomaga, ale nawet przeszkadza. Z téj przyczyny jeżeli *tracheotomia* robi się przed wyrzuceniem błon fałszywych, chorzy łatwiej i pewniej wyzdrowiają i przeciwnie operacya trudniej się udaje, gdy się robi po obfitém ich wyrzuceniu.

Krup najczęściej bywa następstwem *diphtheritis* gardzieli, najrzadziej pierwotny. Na 20 przypadków *diphtheritis*, 19 razy choroba ta zaczyna się od gardzieli a jeden zaledwie od krtani. Inni nawet utrzymują, że krup zawsze jest poprzedzony przez *diphtheritis pharyngis*, czyli że zawsze jest następny.

Lubo w czasach bliższych nam było mniemanie, a nawet i dzisiaj niektórzy tego trzymają się, że krup pierwotny dość często zdarza się, mniemanie jednak to polega na błędzie, którego dwie są przyczyny: najprzód często a szczególniej dawniej, albo wcale nie oglądano jamy gardzieli, albo oglądano ją bardzo powierzchownie i dla tego obecnych nawet błon fałszywych nie dostrzegano, i współtowarzyszący *krup* mylnie uważano za pierwotny. 2-re, niekiedy *diphtheritis* gardzieli jest tak łagodną, że niedostrzeżona sama przez się przechodzi. Lekarz zapóźno przywołany znajduje tylko *krup* z niej zrodzony i takowy również mylnie uważa za *pierwotny*. Czasem nawet są szczątki błon fałszywych, dowodzące świeżo przybyłej *diphtheritis* gardzieli, ale ich także nie dostrzeżono. Jeżeli zaś i tych niema, to dopytując się troskliwie otaczających dowiedzieć się można: że lubo dziecko choruje na *krup*, od dni naprzykład dwóch, jednak od dni 5 lub 6 były już ogólne objawy *diphtheritis* gardzieli, które jak zwykle nieznaczne, niewielką na się zwracały uwagę. W ogólności mówiąc, lekarze francuzcy prawie wszyscy *krupu pierwotnego* nie przypuszczają, niemieccy zaś twierdzą, że lubo rzadko, jednak się zdarza.

Objawy ogólne *krupu pierwotnego* i następnego są téż same co i w *diphtheritis* gardzieli, a które wyżej podaliśmy.

W skutek silnego kaszlu tworzą się czasem w *krupie* obfite krwotoki z płuc. Skutkiem zaś nadzwyczajnej duszności powstaje niekiedy *emphysema pulmonum*, albo nawet pęknięcie błony, przyległe pierścienie tchawicy między sobą łączącój. *Bronchitis, pneu-*

monia i broncho-pneumonia także należą do częstych komplikacyj. Trudno jest niekiedy choroby te poznać z powodu, że silne gwiżdżenie w krtani i tchawicy mające miejsce maskuje znaki fizyczne im właściwe a w płucach obserwowane. Jakoż Rilliet i Barthez wyznają, że raz z tego powodu nie mogli odkryć bardzo szeroko rozciągającego się zapalenia płuc u dziewczynki 8 letniej chorój na krup.

Diphtheritis krtani i gardzieli trwa od dni 6 do 10 i 12. W niektórych rzadkich zdarzeniach *krup* w pierwszych 24 godzinach albo nawet i prędzej zabija. I tak Lebert widział wiele przypadków, w których śmierć we 12 — 18 godzinach następowała.

Krup rzadko kończy się nagle po obfitém wyrzuceniu błon fałszywych. Najczęściej groźne jego objawy, stając się coraz radsze, giną zwolna. Po wyleczeniu się, albo dawne zdrowie zupełnie wraca, albo jeszcze przez długi czas pozostaje chrypka a czasem utrata głosu. Tak Bard przytacza jeden przypadek, gdzie dziecko przez dwa miesiące po ukończonym *krupie* głosu dobyć nie mogło.

Diphtheritis nosa. Sama przez się dotąd obserwowaną nie była, ale dosyć często towarzyszy innym formom téj choroby, a szczególnie mającym siedlisko w jamie gardzieli lub krtani. Z tego powodu przy każdej *diphtheritis* trzeba pilnie zwracać uwagę, czy niema błon fałszywych w nosie. *Diphtheritis* ta zaczyna się od zatkania w nosie i zaraz wydziela się zeń płyn serwatkowaty, lub szlamowaty, żółtawy, coraz gęstszy, krwią zafarbowany, zapachu nieprzyjemnego. Niekiedy pokazuje się *epistaxis* nawet kilkakrotnie powtarzająca się. We 24 do 36 godzin od pierwszych

oznaków téj *diphtheritis* bywa ona zwykle zupełnie już rozwiniętą. Natenczas płyn wydzielający się z organu chorego robi się rzadszy, ostry, jeszcze bardziej śmierdzący, a z wejrzenia bywa podobny do posoki krwią zafarbowanej. Wypływ ten, który atoli nie zawsze jest obecny, bywa tém obfitszy, im mniej błon fałszywych, i przeciwnie. Te ostatnie można widzieć za rozszerzeniem nozdrzy palcami. Są one bardzo cienkie, skórkowate, białło-żółtawe i mocno trzymają się błony śluzowej, na której się znajdują. Wypływ, albo z jednej nozdrzy ma miejsce, albo z obu, albo z jednej przenosi się na drugą. Zaczerwienie i obrzękłość nozdrzy z początku nieznaczne, coraz bardziej powiększają się i rozchodzą po całym nosie. Przytém skóra na nim robi się sucha, lśniąca, naprężona, niekiedy nawet objawia się róża, daleko po twarzy rozchodząca się. Skóra pod nosem ciągle drażniona ostrym wypływem z nozdrzy czerwieni się, brzęknie, pokrywa się *ekskoryacyami*, a niekiedy i błonami fałszywymi.

Lekki nawet katar w nosie u chorego na *diphtheritis* gardzieli, lub innéj części ciała, obudza podejrzenie, czy nie formuje się w tém miejscu proces chorobny, i zmusza do przekonania się o istotnym stanie rzeczy, celem użycia natychmiast stosownych środków.

Diphtheritis skóry jest forma dosyć pospolita, która albo przyłącza się do *diphtheritis* gardzieli lub innéj części ciała, albo od razu objawia się na skórze (jak to szczególnie w epidemiach się zdarza) i tu, albo pozostaje, albo téż udziela się innym częściom ciała.

Wszelkie obrażenia skóry, skaleczenie, zadraśnięcie, *ekskoryacje*, otarcie, popękanie brodawek piersio-

wych, fałdy po ciele u tłustych dzieci, wyrzuty na głowie lub gdzieindziej, jako to: *tinea*, *herpes*, *eczema* i t. p., rany, ropnie, ranki po pijawkach, po upuszczeniu krwi, *skaryfikacye*, miejsca po wezykatoryach, słowem wszelkie obrażenie *continuitatis* skóry są punkta, od których forma ta zwykle się zaczyna.

Owszem nawet w gwałtownych epidemiach obserwowana była w miejscach, gdzie najróżniejsze obrażenia *continuitatis* skóry nie postrzegało się.

Miejsce, na którym tworzy się *diphtheritis* skóry, najprzód boli i ból zwiększa się w miarę powiększania się rany. Miejsce to pokrywa się coraz nowemi błonami fałszywemi. Warstwy błon na samą powierzchnię będące, opłókiwane obficie wydzielającym się płynem, miękkną, gniją, robią się szare, a niekiedy czarniawę i wydają smród nieznośny. Brzegi rany są znacznie nad dno podniesione, koloru czerwono-siwego. Z rany ciągle wydziela się wiele płynu serwatkowego, bezbarwnego, smrodliwego. Do czego wkrótce może przyłączyć się róża, ranę w około okrążająca, która rozszerza się w rozmaitych kierunkach. Na powierzchni rany tworzą się już od siebie oddzielone, już zlewające się pęcherzyki. Rany *dyfterytyczne* coraz dalej rozciągając się, bardzo wielką czasem przestrzeń zajmują. Trousseau widział kilka razy *diphtheritis*, która od małej *ekskoryacji* na głowie lub za uchem wzięła swój początek i rozpostrzeniła się następnie aż do łędźwi.

Diphtheritis skóry, z wejrzenia bywa często bardzo podobną do *gangreny*; jednakże *komplikacya* ta, w nader rzadkich tylko przypadkach postrzega się.

Gorączka *diphtheritis* tej towarzysząca bywa prawie

i dosyć podobna do téj, która ropieniu towarzyszy. Jednakże jeżeli choroba jest gwałtowna, lub jednocześnie kilka miejsc zajmuje, może być dosyć mocna.

Diphtheritis skóry ma to sobie właściwe, że nie-rozszerza się od dołu do góry ale przeciwnie. I tak z karku nie postępuje na głowę, ale zstępuje na plecy. Z piersi nie idzie na szyję, ale spuszcza się na na brzuch i t. p.

Diphtheritis części rodnych, także należy do formy częstszéj. Siedliskiem jéj u chłopców jest żołądź i obrzezek, a u dziewczynek części rodne zewnętrzne. *Diphtheritis* części rodnych zewnętrznych u dziewczynek dość często przechodzi w *gangrenę*.

Przypadki też choroby u położnic nie są rzadkie. Oprócz tego, że rozwija się u nich na częściach rodnych, pokazuje się nadto jeszcze i na wewnętrznej powierzchni macicy, na ranie pozostałej po odklejeném miejscu. Béhier, dość dużo podobnych obserwacji opisał.

Diphtheritis skóry z dawniejszych obserwowali już Chomel i Bard a z nowszych Bretonneau i Trousseau szczególną na nią zwrócili uwagę.

Diphtheritis pokazuje się także czasem i w otworze stolcowym u płci obojéj. Jest ona równie jak i poprzedzająca zupełnie podobna do téjże choroby skórę napastującej.

Diphtheritis dziąseł. Bretonneau pierwszy roku 1818 obserwował ją i opisał. Prawie cały pułk wojska w oznaczonym roku kwaterujący w Tours, w bardzo krótkim czasie zachorował na szczególną chorobę dziąseł, którą z razu nie tylko lekarze wojskowi, ale i Bretonneau sam, mieli za skorbut.

Jednak ten ostatni pilnie robiąc obserwacye nad wielką ilością chorych przekonał się, że:

1, choroba ta, oprócz *niejakiego* podobieństwa z objawów miejscowych do szkorbutu, nie z nim nie miała wspólnego,

2, że niektórzy z żołnierzy tegoż pułku dostawali *diphtheritis* w jamie gardzieli, po której następował *krup*,

3, że też same choroby u innych znowu przylączały się do choroby dziąseł,

4, że w bliskości głównych koszar pokazał się *krup*, który rozszerzył się po całym mieście i był bardzo gwałtowny, gdy tymczasem lekarze miejscowi oświadczyli, iż choroby téj przez cały ciąg swojej praktyki nigdy nie widzieli,

5, choroba udzielając się innym, już objawiała się pod tąż samą formą *diphtheritis* gardzieli, krtani, skóry i t. p., już przedstawiała się w zwyczajnej, już w złośliwej formie.

Te fakta niedozwalały zatem wątpić, że ów mniemany szkorbut, owa choroba dziąseł, niczem inném nie była jak tylko *diphtheritis*, ze szczególną dążnością objawiania się w tém miejscu.

Diphtheritis dziąseł, albo zaczyna się od kilkodniowego niedomagania, albo częściej jeszcze od razu robią się na brzegu wolnym dziąseł, małe, podłużne, nieregularnie zaokrąglone plamki biało-żółtawe (*plaques*). Plamki takowe łącząc się wzajemnie i rozszerzając coraz dalej, tworzą jakby lamówkę, szerokością milimetra nieprzechodzącą. Lubo od każdego punktu na brzegu wolnym dziąseł może zacząć się *diphtheritis*, wszakże częściej to bywa w miejscu odpowiadajacém

zębowi niezdrowemu. W dalszym postępie choroby błony fałszywe szybko tworzą się jedne po drugich; rozciągają się coraz dalej; nabierają koloru siniego, czarniawego; są zapadnięte i otoczone czerwonym podniesionym brzegiem. Nie ma tu jednak ani téj powierzchowności gąbczastéj, ani tego koloru niebieskawego, jaki postrzega się w skorbucie. Nadto za oddaleniem pęsetem błon fałszywych, co się łatwo da zrobić, żadne owrzodzenie nie postrzega się. Znajdujemy tylko dziąsła obrzękłe, bolesne, a potem obniżające się, przez co zęby coraz więcej nad nie wystają, chwieją się i pokrywają *weinszteinem* obficie tworzącym się i osiadającym pod postacią masy szaréj, brunatnawéj, rdzawéj. Kolor brunatnawy zdaje się zależeć od zafarbowania pewną ilością krwi. Jakoż krew wydziela się tu bardzo łatwo, i za najmniejszym dotknięciem, lub za lekkim otworzeniem ust, z całej powierzchni choréj obficie się sączy.

Gruzoły podszczękowe w stronie *diphtheritis* odpowiadającéj, w miarę postępu choroby coraz bardziej bolą i brzękną. Ślina wypływa w znacznej ilości, a obok tego płyn do posoki podobny. Z ust czuć smród nieznośny.

Lubo *diphtheritis* tu opisywana może udzielić się częściom sąsiednim, jednakże tém właśnie różni się od wszystkich innych form téj choroby, że niekiedy nawet przez kilka miesięcy na jednym pozostaje miejscu i dalej wcale się nie szerzy.

Gangrena lubo rzadko, częściej jednak w téj formie choroby postrzega się niż w *diphtheritis* gardzieli. Szczególniej to bywa, gdy *diphtheritis* dostaje się do wewnętrznej powierzchni policzka. Wtenczas na ca-

łym policzku robi się nabrzmienie zapalne i stwardnienie tkanki komórkowatęj dosyć daleko rozchodzące się. Na zewnętrznej zaś jego stronie robi się plama czerwona a następnie tworzy się *gangrena* rozciągająca się od policzka aż do dziąsła.

Diphtheritis powiek. Powtórzmy tu opisanie trzech przypadków téj choroby obserwowanych przez p. Peter.

„Z początku choroby“, mówi ten autor, „*diphtheritis* błony łącznej była podobną do zwyczajnego kataralnego ję zapalenia. Jakoż zaczerwienienie, suchość a następnie wpływ łez miewał miejsce, lecz w kilka godzin przedstawiało się raczej zapalenie ropiaste (*ophthalmia parulenta*). Powieki znacznie nabrzękały i pokrywały gałki oczowe; skóra ich była lśniąca i naprężona, a tkanka komórkowata *nainfiltrowana* płynem mlécznego koloru. Wydzielenie, zrazu serwatkowato-śluzowate, wkrótce zamieniało się na obfite, ostre, zostawiające czerwonawą i bolesną pręgę wzdłuż kąta nosowego.

Powieki za dotknięciem były bolesne, a ich otwarczenie sprawiało krzyk gwałtowny i opór energiczny. Trzeba było użyć wielkich wysilen, aby pokonać ich spazm i obrzęknienie. Za otwarciem dawała się widzieć na błonie łącznej warstwa błony fałszywej gruba na 1 do 2 milimetrów, na dnie światło-czerwonem, jakby zakrwawionem. Śluz na pół serwatkowaty i ropiasty napełniał rynienkę między powiekami położoną i opłókiwał gałki oczowe“.

Dr Peter uważa, że materya z oczu wypływająca była tak ostrą, iż nie tylko u dwóch chorych niszczyła nadskórek i zrobiła *eksoryacye* samęj skóry,

ale nawet zaatakowała błonę rogową, wylała się pomiędzy jęj blaszki, zniszczyła jęj przezroczystość i przedziurawiała takową. To następstwo w *diphtheritis* powiek poniekąd fizyczne, zbliża ją do ropiastego zapalenia oczu.

U dwóch chorych była jednocześnie *diphtheritis* w nosie i w gardzieli.

Stan ogólny u wszystkich trzech był jeden z najcięższych.

U dwóch nastąpiła utrata wzroku z powodu rozszerzenia się choroby aż do błony łącznej; następnie obaj umarli z przyczyny choroby ogólnej. U jednego z nich choroba trwała 4 a u drugiego 12 dni.

U trzeciego także 12 dni trwała i błona rogowa obu oczu była zupełnie zniszczoną.

Oskrzele u żadnego chorego nie były zajęte.

Dr Peter robi uwagę, że na pierwsze wejście zapalenie to oczu zdawałoby się być ropiastem (*ophthalmia purulenta*), gdyby współobecna niekiedy *diphtheritis* nosa, lub gardzieli, nie naprowadzała na drogę. Zresztą bliższe przypatrzenie się powiekom żadnej wątpliwości nie zostawia co do natury choroby miejscowej.

Anatomia patologiczna diphtheritis, jest zawarta w objawach choroby i dla tego obszerniej nad nią zastanawiać się nie będziemy.

Paraliż dyfterytyczny. Niektórzy z dawniejszych lekarzy wspominają wprawdzie o nadzwyczajnym upadku sił, o głębokiem osłabieniu następującem po *diphtheritis*, ale o paraliżu właściwym żadnej wzmianki nie ma. Dopiero Ghisi, Chomel i Bard, lekarze XVII wieku, wyraźnie już o nim mówią i znali za-

leżność i związek jego z *diphtheritis*. Choroba jednak zaczęła więcej na się zwracać uwagę od roku 1855, kiedy Bretonneau napisał o niej artykuł w „*Archives générales de médecine*“. Od tego czasu niektórzy wzięli ją za przedmiot swoich dySSERTACYJ. Lecz najobszerniej dotąd opisał ją P. Maingault (*De la paralysie diphthérique, recherches cliniques sur les causes etc.* Paris 1860) zebrawszy przeszło 50 obserwacyj z których 6 sam widział.

Że dziś liczne przypadki téj choroby spotykamy, zależy to już od więcej na nie zwracanej uwagi, już od złosliwszego charakteru dzisiejszych epidemij.

Paraliż dyfterytyczny bywa *łagodny* lub *ciężki*, *miejscowy* lub *ogólny*.

Pierwszy zwykle kończy się zdrowiem, lub jeśli śmierć czasem następuje, bywa to sposobem niejako pośrednim, to jest przez dostanie się pokarmów do oskrzeli. *Ostatni* może wprawdzie ukończyć się śmiercią, ale na szczęście zejście to bywa bardzo rzadkie.

Paraliż łagodny pokazuje się albo przy końcu *diphtheritis*, albo co najczęściej zdarza się w 8, 12, 15 dni, albo nawet w miesiąc po jej ukończeniu. Zwykle zaczyna się od paraliżu podniebienia miękkiego. Często nawet tylko do téj części ogranicza się *paraliż miejscowy*. W innych przypadkach od razu objawia się *paraliż ogólny*, poprzedzony, lub nie, *miejscowym*. Albo, co nierównie rzadziej trafia się, po ustaniu prawie zupełném tego ostatniego pokazuje się pierwszy.

W paraliżu podniebienia miękkiego chory zaczyna mówić przez nos, mowa staje się powolna, *artykulacja* dźwięków utrudniona. Napoje po części wracają się przez nos i nierównie trudniej dają się poły-

kać niż pokarmy. Jeżeli *paraliż* nie tylko zajmuje podniebienie miękkie, ale i mięśnie gardzieli, to połykanie pokarmów jest tém trudniejsze, im objętość ich mniejsza, a czasem te dostać się mogą do oskrzeli i udusić. W podobnych okolicznościach bywa także niekiedy, że chory nie może ani dmuchać, ani wypłókać sobie gardła, ani ssać, ani nadać policzków. Podniebienie miękkie jest obwisłe i w połowie tylko tylną ścianę jamy ust zakrywa. Ruchy jego i czucie, tak rozwinięte w stanie zdrowia, ani przez *kauteryzowanie*, ani przez dotykanie trzonkiem *bistura*, lub czém inném prawie nie wzniecić się nie dają.

Paraliż ogólny albo rozciąga się do całego ciała, albo do większej liczby członków. Paraliż czucia, zwykle zaczyna się od odnóg dolnych, w bardzo rzadkich przypadkach od górnych. Chorzy mają w nogach uczucie ciężaru, zimna, biegania mrówek, a szczególnie gdy robią wysilenia muskularne. Czucie coraz bardziej zmniejsza się, a niekiedy zupełnie ginie. Przy zmniejszającym się czuciu w nogach chorzy albo nie czują ziemi pod sobą, albo nie zupełnie ją czują i zdaje się im, jakby chodzili po wełnie lub grubych dywanach wełnianych. Inni nie mogą chodzić z zamrużonemi oczami, pod karą upadnięcia. Gdy *paraliż* napada ręce, chorzy nie czują co w nich mają i nie mogą ująć małych przedmiotów jakoto: igieł, szpilek i t. p. W przypadkach zupełnie wyjątkowych postrzegają się *hyperaesthesia*.

Jednocześnie z paraliżem czucia objawia się w różnym stopniu *paraliż* ruchu, również najczęściej zaczynający się od odnóg dolnych, a powiększając się zwolna dochodzący niekiedy do tego stopnia, że cho-

ry jest skazanym na ciągle leżenie w łóżku, nie będąc w stanie nawet nóg unieść. W rękach zaś dochodzi czasem do tego stopnia, że chory obcą ręką musi być karmiony, nie mogąc o własnej sile łyżki nawet zanieść do gęby.

Paraliż ruchu i czucia ogranicza się niekiedy do samych odnóg dolnych (*paraplegia*), lecz najczęściej oprócz nich ręce, a czasem i mięśnie szyi oraz tułowia są zajęte.

Przy jednoczesnym *zparaliżowaniu* mięśni tułowia, warg i języka, mowa utrudniona i ogólna powierzchowność nadają im wielkie podobieństwo do *idiotów*, lecz nie tknięte władze umysłowe przypuszczenia tego nie pozwalają.

Paraliż dyfterytyczny dość łatwo zmienia swoje siedlisko i przenosi się z jednego członka na drugi, jak to w *hysterii* miewa miejsce.

Diaphragma i kiszek, a szczególnie prosta, bywa także niekiedy siedliskiem téjże choroby. *Paraliż* kiszek prostęj odznacza się najczęściej zatrzymaniem stolca.

Paraliż napada niekiedy i pęcherz moczowy, zrażając *dysuriam*, *ischuriam*, lub mimowolny odpływ uryny.

Oslabienie możności spółkowania, aż do zupełnego jej zniknięcia, postrzega się u większej liczby chorych.

Zmysły powonienia i smakowania są niekiedy zajęte, lecz najczęściej zmysł wzroku.

Najzwyczajniej zdarza się *presbyopia*, ale czasem i *myopia*, oraz *blepharoptosis*, *strabismus*, *diplopia*. Oslabienie wzroku dochodzi niekiedy do *amaurozy* przemi-

jającej, która stanowi czasem pierwszy objaw paraliżu dyfterytycznego.

W paraliżu dyfterytycznym ciężkim do znaków paralitycznych przyłącza się ogólny upadek sił, womity, utrudnione oddychanie, bredzenie, konwulsye, co wszystko zwykle kończy się śmiercią.

Paraliż dyfterytyczny nie zależy od albuminury, gdyż jęj najczęściej tu niema. Nadto, z wyjątkiem amau-rozy, objawy nerwowe obecne w chorobie Brighta zupełnie są odmienne od tych, które postrzegają się w paraliżu dyfterytycznym. W pierwszej znajdują się *symptomata convulsiva et comatosa*, w ostatnim paralityczne.

Chociaż paraliż dyfterytyczny najpospolicięj przyłącza się do *diphtheritis* ciężkiej, jednakże zdarza się i po najlżejszej, bardzo ograniczonej i łatwo dającej się wyleczyć. Owszem nawet zwyczajna *pharyngitis* lub *laryngitis*, która (jak już powiedzieliśmy) w epidemiach daje czasem powód nawet do *diphtheritis* złośliwej, i paraliż, o którym mowa, także niekiedy zrządza.

Co do natury choroby, przedewszystkiē zwrócić uwagę musimy, że ta nie zależy ani od obrażenia mózgu, ani szpiku pacierzowego. Potwierdza się to za życia łatwą zmiennością objawów choroby i często następującē zupełnē wyzdrowieniem, a po śmierci brakiem wszelkich zmian fizycznych w środkach nerwowych.

Przyczyną tēj choroby zdaje się być ogólne zatrucie organizmu pierwiastkiem chorobnym, robiące wstrząśnienie i zmiany w *systemacie* nerwowym, których dziś nie znamy i nigdy podobno znać nie będziemy.

Diphtheritis maligna. Lubo pod tém nazwiskiem niektórzy autorowie rozumieją chorobę dotąd przez nas opisaną, jednakże Trousseau mianuje niém szczególną jój formę, nad którą teraz, trzymając się tegoż autora, zastanawiać się będziemy.

Diphtheritis maligna (złośliwa) różni się od zwyczajnej dotąd opisanj tém, że w tamtj niebezpieczeństwo pochodzi nie tak od cierpienia miejscowego, jako raczej od ogólnego zatrucia całego organizmu pierwiastkiem chorobnym.

Diphtheritis złośliwa objawia się jednocześnie ze zwyczajną, ale nierównie rzadziej. I tak naprzykład, gdy 4, 5, lub więcej osób jednej rodziny choruje na *diphtheritis*, to forma jój zwyczajna będzie prawidłem, a złośliwa pokaże się między niemi jako wyjątek.

Choroba ta albo ma przebieg *powolniejszy* i trwa od kilku do kilkunastu dni, albo *szybki*, od kilkunastu godzin do dni kilku.

Chociaż *diphtheritis* złośliwa mająca przebieg *powolniejszy* bywa na pozór nie bardzo przestraszającą, jest wszakże w gruncie chorobą bardzo ciężką; cięższą niż cholera, *typhus*, niż nawet żółta gorączka, lubo pomimo to w niektórych rzadkich przypadkach można uratować chorego.

Diphtheritis ta różni się od zwyczajnej odmienném nieco wejrzeniem i sposobem rozszerzania się błon fałszywych do części przyległych, rozmaitemi objawami w tkance komórkowatj i na skórze pokazującemi się, obecnością różnych krwotoków, zmienionym nieco charakterem gorączki i innemi niektórymi znakami. O tém wszystkiem pokrótce teraz powiemy.

Błony fałszywe w *diphtheritis* złośliwój są najczę-

ścięj koloru żółto-płowego, na dnie czerwono-siném, obrzękłym, równie jak i części otaczające. Tworzą się one i rozszerzają do miejsc sąsiednich nierównie prędzej, niż w formie zwyczajnej. Chorzy, kiedy jeszcze nie niema w gardle, uskarżają się przez czas niejaki na ból i suchość w tém miejscu, oraz na trudne połykanie.

Błony fałszywe z jamy gardzieli często rozchodzą się do kanału słuchowego, czego domyślać się można po nieznośnym bólu w uszach, jakiego chorzy doznają i który powiększa się przy kaszlu. Prawie jednocześnie *proces* chorobny rozszerza się i do nosa, a czasem po kanałach łzowych do oczu i powiek, wywołując wyżej opisane objawy.

Obrzęknięcie tkanki komórkowatęj pod szczęką dolną i na szyi położonęj wspólnie z gruczołami limfatycznymi, które tamta otacza, należy do znaków stale tu obecnych. Obrzęknięcie takowe objawia się wczesnie, jest znaczne i daleko rozciągające się. Skóra je pokrywająca bywa często koloru róży (*erysipelas*) i daje powód do mniemania, że w tém miejscu utworzył się *absces* głęboki.

Plamy podobne do skarlatyny, do *erythema*, oraz wyrzuty przypominające *urticariam*, *milliariam*, *rubeolam*, również czasem się tu postrzegają.

Krwotoki z nosa, płuc, kiszek, dróg moczowych, tkanki komórkowatęj i t. d., również dość często miewają tu miejsce.

Gorączka bywa dosyć mocna, wszakże nie zawsze większa od téj, która się postrzega w *diphtheritis* zwyczajnej.

Do znaków tejsze choroby należy jeszcze: bladość

skóry w wysokim stopniu, kolor anemiczny, który nie zawsze jest w prostym stosunku z utratą krwi z nosa lub z innéj części ciała, lecz jako znak charakterystyczny, stały i niezmienny bywa nawet wtenczas, kiedy żadna poprzedzająca utrata krwi miejsca nie miała. Jest to skutek stanu kachektycznego, w którym chory znajduje się i pociąga za sobą szereg objawów niepodobnych do zwalczenia. Takim jest między innymi, niczem niepokonany brak apetytu, równie u dorosłych jak i u dzieci objawiający się. Trousseau do pokonania go u dzieci wszelkich sposobów używał, nawet groźb i gwałtów, ale ani to, ani nic innego, ani trochę nie zdołało zmusić ich do przyjęcia pokarmów i woleli umierać głodną śmiercią. Jednocześnie także skóra stygnie, poczem następuje niepokój nadzwyczajny, albo téż przykra do widzenia *anxietas*, przypominająca tę, jaką u cholerycznych postrzegamy, albo też pewien gatunek spokojności, więcej jeszcze przestraszającej niż sam niepokój.

Wśród podobnych znaków chory niespodzianie zrywa się gwałtownie dla zadosyćczenia naturalnej potrzeby, lub dla przewrócenia się w łóżku i w zemdleniu nagle umiera.

W dziele p. Trousseau jest kilka obserwacyj téj ogólnie tu opisanéj formy choroby.

Ja również obserwowałem w przeciągu bieżącego roku jeden przypadek *diphtheritidis*, bardzo do tego opisu przystępujący.

Diphtheritis złośliwa mająca przebieg szybki, objawia się temiż samými znakami co i poprzedzająca, z tą różnicą, że takowe nadzwyczaj prędko się rozwijają. Zdaje się więc, że zatrucie musi tu odrazu być ogólne

i w chwili, gdy choroba zjawiała się w jamie gardzieli, cały organizm jest już nią głęboko przejęty. Z tego powodu pomimo spiesznego racjonalnego i energicznego leczenia choroba najczęściej bardzo prędko kończy się śmiercią. Tą drogą nauka i ludzkość nie mało już straciła lekarzy i ciągle ich traci, jak o tém można przekonać się z ogłoszeń po rozmaitych pismach lekarskich publicznych, a szczególnie francuzkich, aż dotąd nie rzadko napotykanym.

„Jeden z naszych nieodżałowanych spółbraci szpitalnych (mówi Trousseau), którego imie jest wszystkim znane, którego dzieła są w rękach wielu, Valleix leczył dziecko chorujące na *diphtheritis*. Choroba nawet nie była zbyt ciężką i dziecko dzięki energicznemu leczeniu naszego nieszczęśliwego kolegi było już blizkie wyzdrowienia. Tymczasem opatrując pewnego dnia gardło, trochę śliny z gwałtownością podczas kaszlu przez dziecko wyrzuconej dostało się do ust Dra Valleix i ten zaraził się. Na drugi dzień na jednym z migdałków dostrzegł małą błonkę fałszywą i przystąpiła lekka gorączka. W kilka godzin oba migdałki i języczek pokryły się błonami fałszywymi. Wkrótce obfite wydzielanie się płynu serwatkowego pokazało się z nosa, gruczoły i tkanka komórkowata na szyi i pod dolną szczęką będące znacznie nabrzękły, przylączyło się bredzenie i we 48 godzin umarł Valleix, chociaż *krupu* ani śladu nie było“.

„Zupełnie niedawno (mówi dalej Trousseau) jeden z kolegów z prowincyi mając w kuracyi dziecko chore na *diphtheritis* gardzieli i krtani był zmuszonym uciec się do *tracheotomii*. Podczas ope-

racy krew dostaje się do krtani i każe lękać się uduszenia. Nasz nieszczęśliwy kolega przełknięty przykłada usta do rany, wysysa z niej krew i tym sposobem zaszczepia sobie chorobę. W 48 godzin umiera na *diphtheritis* złośliwą, która objawiła się temiż samými znakami, które wyżej przy chorobie Dra Valleix wymieniliśmy“.

„Tym samym sposobem (mówi tenże Trousseau) mój kolega i przyjaciel Blache doznał ciężkiego ciosu, tracąc syna jednego z najznakomitszych internów naszych szpitali: Henryka Blache. Choroba trwała 4 dni i pomimo wczesnego i stosownego leczenia ukończyła się śmiercią. *Krupu* także nie było“.

Na szczęście forma szybka *diphtheritis* złośliwej, jest bardzo rzadką, chociaż w niektórych epidemiach bywa dość pospolitą. W najnowszych czasach i *diphtheritis* w ogólności bardzo się zagęściła i forma jej złośliwa stała się częstszą niż dawniej. Epidemie dzisiejsze są pod tym względem podobne do tych, które przy końcu XVII wieku panowały. Trousseau który od roku 1822 do 1844 ani jednego przypadku *diphtheritis* złośliwej nie spotkał, w ostatnich latach widział w Paryżu więcej niż 20. Znaczną liczbę obserwacyj podobnych można znaleźć w sprawozdaniach o epidemiach *diphtheritis* złośliwej, grasujących w ostatnich latach we Francyi, a szczególnie w sprawozdaniu Dra Perrochaud o epidemii panującej w *Boulogne sur-mer* od Stycznia 1855 do Marca 1857 (*Mémoires de l'Académie de Médecine*. Tom 22, str. 91).

Śmierć w *diphtheritis* złośliwej powolniejszej i szybkiej nie zależy ani od rozszerzenia się procesu chorobnego do krtani, tchawicy lub oskrzeli, ani od gan-

greny tychże części. W obserwacyach tego rodzaju p. Troussseau nic podobnego nie było. W niektórych nawet przypadkach błony fałszywe w gardle znikły, a jednakże chorzy umierali. Przyczyną zatem śmierci, o ile przynajmniej domyślać się można, jest stan ogólnego zatrucia całego organizmu, jak wyżej nadmieniono.

Diagnoza. *Diphtheritis pharyngis* różni się od zwyczajnej *pharyngitis* tém, że w tamtej są błony fałszywe, których tu niema. W pierwszych dniach, nim te się utworzą, jest niekiedy niepodobieństwem odróżnić jedną z nich od drugiej. Dzieci poznanie choroby nie mało utrudzają tém, że bardzo często z wielką trudnością dają się wyegzaminować. Gorączka, trudność połykania i ból w gardle są wprawdzie większe w zwyczajnej *pharyngitis*, niż w *diphtheritis*, ale na taką różnicę wiele rachować nie można. W każdym razie, jeżeli dla niepewności *diagnozy* wysmaruje się gardło *lapisem*, nic się złego nie stanie. Kryjówki migdałków rozciągnięte przez produkt własnej *sekrecyi* udają czasem błony fałszywe, lecz te w kilka godzin giną.

Diagnoza krupu. Najpewniejszym jego znakiem są błony fałszywe przez womity wyrzucane, mające kształt rurek i naśladujące wewnętrzną budowę krtani, tchawicy i oskrzeli. Na nieszczęście jednak rzadki chory je wyrzuca. A oprócz tego wyrzucanie takowe jeśli i ma miejsce, to najczęściej w dalszym ciągu a nie na początku choroby, gdzie pewna *diagnoza* tak jest pożądana.

Krup bywa podobny do chorób następnych:

1, do zwyczajnej *Laryngitis*, mianowicie formy jej cięższej,

- 2, do *Asthma Millari*,
- 3, do *Oedema glottidis*,
- 4, do Gruźlicy (*tuberculosis*) krtani,
- 5, do ciężkiej *Laryngo-bronchitis* mianowicie u bardzo małych dzieci,
- 6, do *Abscesu* położonego z tyłu gardzieli i przełyku (*oesophagus*).

W formie cięższej *laryngitis* zwyczajnej oddech nie jest przyspieszony i obawy uduszenia niema, w krupie przeciwnie. W *laryngitis* krzyk i kaszel są tylko zakatarzone, w krupie ten ostatni jest chropawy, przytłumiony i gwizdzący.

Asthma Millari i krup są choroby bardzo do siebie podobne i dla tego często były brane jedna za drugą. Dla tego też pierwsza z nich dotąd u niektórych autorów nazywa się: *Krup fałszywy*. Wczesne ich jednak rozróżnienie tém potrzebniejsze, że leczenie jest przeciwne i omyłka diagnozy zgubną bywa dla chorego, jak tego liczne przykłady dowiodły.

Asthma Millari jest czystym spazmem szpary głosowej (*rima glottidis*) nie stowarzyszonym ani zależącym od stanu gorączkowego, w krupie przeciwnie. Spazm bywa elementem pewną tylko część ogólnych jego objawów stanowiącym, i jest pod wpływem stanu gorączkowego. W *Asthma Millari* w przedziałach wolnych od napadów niema ani znaków kataralnych, ani kaszlu, ani bólu w krtani, ani duszności, ani głosu ochryplego; w *krupie* przeciwnie, przedziały między napadami od tych wszystkich cierpień bynajmniej wolne nie są. W *Asthma Millari* pierwszy napad duszności bywa najgwałtowniejszy, a następne łagodniejsze; w *krupie* przeciwnie, choroba zwiększa się stopnia-

mi. *Asthma Millari* trwa dłużej niż *krup*, czasem nawet jeden napad duszności po drugim aż w kilka dni następuje. *Krup* trwa nierównie krócej i napady jego bardzo często wracają. Są wszakże przypadki *Asthmatis Millari*, gdzie chorzy przez uduszenie nagle kończą. Wiele obserwacyj opisywanych pod tytułem *krupu* uleczonego niczem innem nie są jak *Asthma Millari* lub *laryngitis*.

Oedema glottidis. Kaszel, oddychanie, obawa uduszenia w tej chorobie i w *krupie* są bardzo do siebie podobne. Różnice stanowią tylko błony fałszywe czasem w *krupie* postrzegane. Na nieszczęście, że nieobecność onych, nieobecności tego ostatniego jeszcze nie dowodzi. Łatwo zatem choroba jedna za drugą może być wziętą, przez co jednak chorzy nie tracą, gdyż leczenie obu jest prawie toż samo.

Za gruźlicę (*tuberculosis*) krtani *krup* nie może być wzięty, gdyż pierwsza z tych chorób będąc prawie zawsze ostatecznym następstwem gruźlicy płuc, stanowi chorobę chroniczną, mającą dość właściwych sobie znaków, żeby nie być poczytaną za inną.

Ciężka *laryngo-bronchitis* u małych dzieci różni się od *krupu*, że jest chorobą dłużej trwającą, że po pierwszym napadzie duszności do *krupu* podobnym następnych wyraźnych niema, że w *laryngo-bronchitis* krzyk chorych dzieci bywa nierównie donośniejszy. Wreszcie leczenie obu tych chorób jest bardzo do siebie podobne.

Absces od tyłu gardzieli położony różni się od *krupu* obecnością obrzękłości w gardzieli (dostępnej dla oka lub palca śledzącego), nabrzmieniem i szty-

wnieniem szyi, niemożnością połykania, наконец prawie ciągłą dusznością.

Nadmienić tu jeszcze musimy, że w diagnozie *krupu* zawsze o tém pamiętać należy, że każdy na *diphtheritis* gardzieli chorujący jest najpierwszym do *krupu* kandydatem.

Diagnoza diphtheritis skóry, powiek, części rodnych i t. p. jest łatwa i ustanawia się z obecności właściwych wyżej podanych objawów, oraz z najszcześniejsz im towarzyszącą *diphtheritis pharyngis*.

Natura choroby. *Diphtheritis* jest chorobą w wysokim stopniu specyficzną. Czy objawia się w tém lub owém miejscu, czy w formie zwyczajnej lub złośliwej, jest zawsze tą samą chorobą. Równie natura jej nie zmienia się bynajmniej, gdy przenosząc się z jednej osoby na drugą, u téj ostatniej albo w témże samém co i u pierwszej pokaże się miejscu, albo w innym jakimkolwiek. W epidemiach postrzega się nie rzadko, że *diphtheritis* w téj samej rodzinie u jednego objawia się w gardzieli, u drugiego w krtani, u trzeciego na skórze, u innego znowu na częściach rodnych; u tego w formie zwyczajnej, u tamtego w złośliwej, owszem nawet jeszcze u innego pokaże się *zwyczajna pharyngitis* lub *laryngitis* bez żadnych błon *dyfterytycznych*. Tak Guérard cytuje jedną rodzinę, w której jedno dziecko umiera na *kруп*, we dwa dni potem każda z dwóch dziewczynek dostaje *zwyczajną pharyngitis*, jeszcze w kilka dni potem ojciec *diphtheritis pharyngis*. Nakoniec jeszcze jedno dziecię dostaje *zwyczajną pharyngitis*, a drugie *diphtheritis pharyngis*. Jest tu zatem *zwyczajna pharyngitis* wyraźnie pod wpływem procesu *dyfterytycznego*, tém bardziej, że też udzielając

się innym, może pokazać się pod postacią najprawdziwszej nawet złośliwej *diphtheritis*. Podobny do tego przykład cytuje także Dr Roger.

Toż samo postrzegamy i w innych specyficznych chorobach. Ospa naprzykład złagodzona (*variolois*) może, udzielając się innym, objawić się pod postacią prawdziwej i przeciwnie.

Że *diphtheritis* jest chorobą zaraźliwą, z dawniejszych lekarzy utrzymywali: Cortesius, Wedel, Rosen i inni. Następnie Bretonneau i Trousseau bardzo opinią tę popierali. Nakoniec Roger w najnowszych czasach przedstawił Towarzystwu szpitali Paryzkich szereg obserwacji autentycznych i ścisłych, toż potwierdzających. I rzeczywiście rozmaite epidemie dawniejszych, nowszych i najnowszych czasów, aż nadto dostarczały dowodów o zaraźliwości tej choroby przekonywających. Jakoż bardzo często a mianowicie w epidemiach widzieć się daje, że choroba od jednej osoby łatwo udziela się wszystkim z nią styczność mającym. Że lekarze obfity haracz tej strasznej chorobie zapłacili i dotąd ciągle płacą wyżej powiedzieliśmy. Dziś zatem zaraźliwość *diphtheritis* żadnej wątpliwości nie ulega.

Niektórzy wpadali na myśl, czy nie da się choroba ta zaszczepić. I tak Trousseau lancetem w świeżej materii *dyfterytycznej* zmoczonym robił samemu sobie nacięcia w jamie gardzieli i na lewém ramieniu, jednakże nic się nie pokazało. Drowi Peter w czasie robienia *tracheotomii* na dziecku dostała się raz krew do oka lewego, skutkiem czego na błonie rogowej utworzyły się *wysięki* (*exsudationes*) *dyfterytyczne*. Leczenie z umysłu żadne nie było przedsiębrane, lecz

choroba także się nie rozwinęła. Tenże Peter nie przestając na tém, szczepił sobie samemu tę chorobę przez trzykrotne nacięcie wargi dolnej lancetem w materji *dyfterytycznej* zmoczonym, i drugi raz przez pę-zlowanie w jamie gardzieli świeżą materją *dyfterytyczną*, lecz i w tych obu razach choroba się nie przyjęła. Być więc może, że *diphtheritis* chociaż jest zaraźliwą, nie daje się zaszczyć, równie jak inne tego rodzaju choroby, jakoto: odra, skarlatyna i t. p.

Millard i Peter dla głębszego zbadania choroby śledzili krew u osób na nią zmarłych. Na 6 trupów u 4 znaleźli krew mętną, gęstawą. Skrzepy (*coagula*) jeżeli się tworzyły, to były miękkie, kolor krwi brunatny, do soku śliwek lub lukrecyi podobny, zostawiający na palcach plamę taką samą, jaką robi *sepia*. Trzewia krwią tą przejęte były charakterystycznego brudnego koloru. Arterye zwykle po śmierci próżne, tu prawie tyle krwi zawierały co i żyły.

Nowsi lekarze angielscy i francuzcy znajdując u osób na *diphtheritis* chorujących białko w urynie, spodziewali się, że odkrycie to rzuci wiele światła do jej głębszego zbadania, jednakże nadzieja ta zawiodła.

Że albuminurya nie rzadko się tu objawia, nie podlega wątpliwości, ale z drugiej strony i to pewna, że ani do gwałtowności, ani do siedliska, ani do zakresu choroby nie jest przywiązana. Oprócz tego u jednego i tegoż samego chorego raz więcej pokazuje się białka w urynie, raz mniej a czasem nawet sposobem przepuszczającym. Ztąd wypada, że obecność *albuminuryi* w *diphtheritis*, tak pod względem rokowania jako i leczenia, dotąd przynajmniej ma znaczenie bardzo ograniczone.

Wodna puchlina jako następstwo *albuminuryi* również tu się postrzega, ale bardzo rzadko.

Rokowanie jest rozmaite. W ogólności *diphtheritis* sporadyczna i ograniczona tylko do jamy gardzieli daje się wyleczyć, chociaż i od tego pravidła są liczne wyjątki.

W epidemicznój *rokowanie* jest nierównie gorsze; jednakże tu tak samo jak w każdój innój epidemicznój chorobie wszystko zależy od charakteru epidemii, który bywa bardzo rozmaity.

Im błony fałszywe prędzęj i dalej rozszerzają się, tém gorzēj.

Najczęstszém zejściem *diphtheritis laryngis* jest śmierć. Stosunku jednak śmiertelności nawet przybliżonego dotąd oznaczyć nie podobna. To tylko wiemy, że *diphtheritis* w ogólności, a *diphtheritis laryngis* w szczególności tém jest niebezpieczniejszą, im dziecko młodsze. Jakoż dzieci między 5 a 7 rokiem życia nawet na krup łatwiej wyleczają się, niż w pierwszych 4 latach (Rilliet i Barthez).

W krupie im dziecko słabsze, im trudniej o racjonalną higienę, im przebieg choroby prędszy, im napady duszności częstsze, tém gorzēj. Jednakże i tu da się zastosować maxyma ogólna: „*niema pravidła bez wyjątku*“.

Dość często przyłączająca się do krupu *bronchitis* lub *broncho-pneumonia*, także stan choroby bardzo pogorszyć może.

Im w krupie oddech lżejszy, im napady duszności, gwizdzenie i pisk w oskrzelach rzadsze i mniejsze, im kaszel wilgotniejszy, im więcej błon fałszywych chory wyrzuca, tém lepiej i przeciwnie.

Znaczny napływ krwi do głowy, brzęknienie szyi, konwulsye gałek oczowych, oddychanie coraz rzadsze i połączone z wielkiem wyteżeniem całego ciała, rozpacz malująca się na twarzy, niespokojność do najwyższego stopnia, ustanie kaszlu, stygnienie odnóg, puls mały, nieregularny, oraz poty zimne, zwykle na krótko śmierć poprzedzają.

Rozszerzenie się procesu *dyfterytycznego* do nosa robi rokowanie bardzo niepomysłne i zastraszające. Trousseau mówi, że gdy to zdarzy się na początku choroby, nawet na pozór łagodnej, rzadko który dorosły czy dziecko wyzdrowia. Znak ten pod względem niebezpieczeństwa prawie dorównywa krupowi.

Diphtheritis skóry jest prawie gorszą niż *diphtheritis* gardzieli. Niebezpieczeństwo zależy tu: 1° od gwałtowności zapalenia, które gdy zajmuje wielką powierzchnią, może zrządzić odumarcie tkanek (*mortificatio*); 2° od tego, że często daje powód do ogólnego zatrucia soków, a zatem do *diphtheritis* złośliwej.

Diphtheritis części rodnych tém jest niebezpieczną, że do niej łatwiej niż do innych przyłącza się *gangrena*, zejście choroby pogorszające.

Diphtheritis powiek łatwo może ukończyć się utratą wzroku, a nadto tém jest zastraszającą, że często bywa objawem *diphtheritis* złośliwej.

Paraliż dyfterytyczny wtenczas tylko może ukończyć się śmiercią, gdy jest następstwem ogólnego zatrucia soków, co atoli należy do przypadków rzadkich.

Do znaków które, jak mówi Mercatus, trącą zarazą (*pestiferi morbi redolent naturam*), należy wczesne, znaczne i obszernie rozciągające się nabrzmienie gruczołów limfatycznych, położonych pod szczęką dolną

i na szyi. Gdy takowe nabrzmienie pokaże się zaraz z początkiem choroby, jest znakiem bardzo zastraszającym i lękać się każe, czy *diphtheritis* nie jest złośliwą i czy nie ukończy się śmiercią. Równie bardzo niepomysłnym jest znakiem, gdy skóra obrzęknięcie podobne pokrywająca przedstawia kolor róży i zdaje się, że się w tém miejscu utworzył *absces* głęboki. Krwotoki z nosa, płuc, kiszek, dróg moczowych i t. d. od dawnych czasów miane były za znak bardzo zły. Heredia, jeden z autorów opisujących epidemię *diphtheritis* grasującą na końcu XVII wieku w Hiszpanii, mówi: „*malignam significationem praebebat sanguis stillans e naribus*“ i dalej nieco „*periculosissimus censetur sanguinis fluxus e naribus aut ore*“. Matouin lekarz francuzki, który opisywał epidemią *diphtheritis* z r. 1746 w Paryżu panującą, również uważa płynienie krwi z nosa w téj chorobie za znak bardzo niebezpieczny i przekonał się, że w *Pikardyi* wiele dzieci, u których to miało miejsce, w przeciągu 9 dni umierało. Do najniepomysłniejszych znaków również należą: niczém niepokonany brak chęci do pokarmów i napojów.

Ogólny upadek sił, womity, utrudnione oddychanie, bredzenie, konwulsye, są znakami ogólnego zatrucia soków i smutne zejście zapowiadają. Stygnienie ciała, niepokój (*anxietas*) albo okropniejsza jeszcze od niego spokojność, każą lękać się blizkiej śmierci.

Że forma *powolniejsza diphtheritis* złośliwej robi prognozę niepomyslną, a szybka prawie zawsze zabija, wyżej powiedzieliśmy.

Przyczyny. *Diphtheritis* bywa epidemiczna i sporadyczna, a nawet w ostatnich czasach stała się w niektórych miejscach prawie *endemiczną*.

Co właściwie sprzyja rozwijaniu się epidemii téj, równie jak i innych, wcale nie wiemy.

Zaraźliwość *diphtheritis* dziś (jak się to już w swójem miejscu powiedziało) żadnej wątpliwości nie ulega.

Lubo w każdym klimacie grasować może, jednakże częściej objawia się w klimatach i porach roku zimnych i wilgotnych, równie jak w miejscach niskich i wodą zalanych. W ogólności przyczyny katarów i *diphtheritis* są podobne.

Chociaż dziecko zaraz na początku i starzec na końcu dni swoich uledz téj chorobie mogą, wszakże dzieci od 2 do 7 roku życia najczęściej jęj dostają.

Diphtheritis dziąseł żadnemu wprawdzie wiekowi nie przepuszcza, najczęściej jednak napada osoby dorosłe. U dzieci zaś bywa tém rzadsze, im te są młodsze.

W ogólności mówiąc, liczba chłopców na tę chorobę zapadających przewyższa liczbę dziewczyn.

Diphtheritis najczęściej pokazuje się w klasie ludności najniższej, są atoli przypadki w średniej i najwyższej.

Przyczyn powodowych równie jak usposabiających nie znamy.

Leczenie zapobiegające zależy na tém, aby publiczność przez pisma popularne obznajomić z jęj znakami, ostrzedz o grożącym niebezpieczeństwie ukrywającym się pod maską objawów prawie nic nieznaczących i doradzić, aby wcześniej używano pomocy lekarskiej.

Gdy się w jakiej rodzinie znajdzie, trzeba zdrowe dzieci od chorych oddzielić, przenosząc je do innego mieszkania; co gdy się zrobić nie da, strzedz przynajmniej blizkiego ich zetknięcia z sobą. Nadto w tym

ostatnim razie ledwie nie codziennie każdą osobę, a szczególnie każde dziecko opatrywać należy, czy nie pojawiają się w gardle, w nosie, lub gdzie indziej błony *dyfterytyczne*.

Lekarz w jamie ust kauteryzujący stawać powinien z boku chorego, aby wyrzucana z ust materya *dyfterytyczna* nie dostała mu się do twarzy, gdyż to, jak wiemy, chorobę zaszczepić może.

Zdaje się, że na *diphtheritis*, jako na chorobę *specyficzną*, powinno być *specyficzne* lekarstwo, jednakże dotąd go nie posiadamy.

Wskazania do leczenia są następujące:

1° zniszczyć błony fałszywe; szerzeniu się ich zapobiedz; zapalenie *specyficzne* zamienić na zwyczajne i starać się, aby produkt chorobny był na zewnątrz wyrzucony;

2° leczyć stan ogólny stósownemi środkami;

3° gdy przy *diphtheritis laryngis* grozi niebezpieczeństwo uduszenia i żadnym środkiem prędko nie ustępuje, otworzyć sztuczną drogę dla dostania się powietrza do płuc (*tracheotomia*).

Dla zadosyć uczynienia pierwszemu wskazaniu używają się 1° miejscowe lekarstwa *kaustyczne*, następnie zaś daje się na womity.

Z kaustyków dziś przynajmniej powszechnie używają się: saletrzan srebra, kwas solny (*acidum hydrochloricum*) i siarczan miedzi.

Saletrzan srebra i siarczan miedzi albo używają same przez się, to jest w postaci suchej, albo rozpuszczone w 3 do 5 częściach wody dystylowanej, to jest w postaci płynnej. Kwas solny czysty, albo prawie czy-

sty, rzadko się używa, a najczęściej z dodatkiem 3 części wody lub miodu.

Używając saletrzanu srebra w postaci suchej, trzeba go osadzić w piórko lub rurkę. Żeby się zaś w jamie gardzieli nie ukruszył i nie dał powodu do smutnych następstw, bardzo mała część jego z rurki wystawać powinna. Nadto trzeba mieć pod ręką kwartę wody cieplej mocno nasyconej solą kuchenną i tę, gdyby coś podobnego nastąpiło, natychmiast dawać pić w obfitości, dla zubożnienia kaustyku.

Jeżeli *diphtheritis* ogranicza się do samych tylko migdałków podniebienia lub języczka, wtenczas użyje się rurki prostej. Lecz jeżeli choroba zajmuje części jamy gardzieli więcej od tyłu i dołu położone, rurka musi być zakrzywiona, gdyż inaczej kaustyk nie dostanie się tam, gdzie zamierzamy.

Siarczan miedzi suchy używa się albo pod postacią laski prostej, albo też osadza się w rurkę zakrzywioną, gdy idzie o kauteryzację części głębiej i więcej od tyłu położonych. A ponieważ nie jest bardzo kruchy, a zatem ułamania się jego w jamie gardzieli nie ma się co lękać.

Używając kaustyku płynnego, napaja się nim mała i delikatna gąbka, która również na prostym lub krzywym pręciku umocuje się według bliższego lub dalszego siedliska choroby. Zmoczywszy gąbkę w płynie, trzeba ją naprzód z lekka wycisnąć, aby nie była nim przepełniona i płyn nie dostawał się do części zdrowych.

Chociaż u dzieci *kauteryzacja* każdego punktu ciała jest mniej więcej połączona z trudnościami, jednak-

że te są największe przy *kauteryzacji* jamy gardzieli lub krtani.

Ponieważ zaś od dokładnego i sumiennego wykonania téj małej operacji zależy po większej części wyzdrowienie, przeto starać się należy dokładnie ją wykonać.

W tym celu dość silna i przytomna osoba sadza na swojem łonie dziecie twarzą zupełnie do światła obrócone i tak je utrzymuje, aby ani nóżkami, ani rączkami, ani kadłubem najmniejszych nie robiło ruchów. Druga osoba staje od tyłu i główkę w tył odgiętą mocno ujmuje za skronie. Co zrobiwszy, lekarz przystępuje do *kauteryzowania* jamy gardzieli. Jakoż zaprowadza trzonek łyżki, lub coś podobnego, do buzi. Jeżeli, jak to bardzo często bywa, dzieci zrobić sobie tego w żaden sposób nie dają, natenczas starać się potrzeba dopilnować chwili, aż w czasie krzyku szczęki mimowolnie choć trochę od siebie się oddalą i korzystając z tego, prędko ale ostrożnie trzonek łyżki pomiędzy nie się wsuwa. Jednocześnie przytrzymywanie noska, tamując oddech, do otworzenia buzi także się przyczynia. Wprowadziwszy trzonek łyżki do jamy ust, trzeba nim mocno nasadę języka ku dołowi ucisnąć, przez co dziecie mimo swojej chęci buzię dostatecznie otworzy i zniknie wszelka trudność dokładnego obejrzenia i wykauteryzowania jamy gardzieli. Wreszcie trudność, jaką dzieci w podobnych okolicznościach robią, zwykle bywa tylko przy pierwszej *kauteryzacji*, rzadko przy następnych. Czując bowiem, że opór ich na nic się nie przyda, poddają się téj konieczności i wszystko z sobą zrobić dozwalają.

Lecz jakiegokolwiek kaustyku się użyje, pamiętać należy, aby nim nie tylko same błony fałszywe były mocno i dostatecznie wysmarowane, ale nadto jeszcze i miejsca im przyległe. Oprócz tego jeżeli błony fałszywe są bardzo grube i środek użyty naskroś przeniknąć ich nie może, trzeba przed *kauteryzacją* robić na nich kilkakrotne nacięcia bisturem (West). Nadto niektóre z nich, słabo tylko reszty błon trzymające się, ujmują się pęsetem i na zewnątrz wydobywają.

Im choroba cięższa, im więcej błon fałszywych, im te są grubsze, tem częściej się *kauteryzuje* i przeciwnie. I tak w lżejszych przypadkach, lub gdy *diphtheritis* jest na ukończeniu, jedna *kauteryzacja* na dzień wystarcza. Wrazach zaś gwałtowniejszych powtarza się to 2, 3, 4 i więcej razy w tymże samym przeciągu czasu.

Żeby kaustyk tem dokładniej mógł błony fałszywe przeniknąć, żeby te były zupełnie od śluzu, śliny, krwi i t. p. części obcych do nich przylegających oczyszczone, należy każdą *kauteryzacją* poprzedzić obfitęm, kilkakrotnem wystrzykaniem jamy gardzieli, do czego czysta letnia woda lub odwar jaki szlamowaty najlepiej posłuży.

Niektórzy wzamiarze, aby błony fałszywe się ścięły, skurczyły i łatwiej mogły być na zewnątrz wyrzuczone, radzą po każdej *kauteryzacji* robić nastrzykiwania ściągające. W tym celu używa się albo zwyczajna woda z octem (na funt pierwszej 3 — 4 uncyj tego ostatniego) albo ałun:

Rp. Aluminis pulverati Drachmas duas,
Aquae destillatae Libram,
Mellis despumati Uncias duas.
M. S. Nastrzykiwanie.

Jeżeli chory jest dorosły, albo dziecko dość spore, to powinni tymże płynem kilkanaście razy na dzień płókać sobie gardło.

Trousseau w tym samym celu radzi oprócz nastrzykiwań ściągających używać *tanninę* i *ałun* na przemian. Każdy z tych środków zproszkowany, miesza się z równą ilością gummy arabskiej. Tak przygotowany proszek albo się do jamy gardzieli wdmuchuje przez rurkę, albo zwilżony palec wskazujący w nim macza i z lekka błony *dyfterytyczne* wyciera, i to się powtarza co 4, 3 lub 2 godziny między jedną a drugą *kauteryzacją*. Dodatek gummy arabskiej na to jest potrzebny, aby ałun lub tannina łatwiej się chwyciły i pozostały na przeznaczoném miejscu.

Saletrzan srebra i kwas wodosolny obok korzyści, jakie w téj chorobie przynoszą, mają tę niedogodność, że za posmarowaniem niemi nawet zdrowej błony śluzowej, robią się na niej błony do *dyfterytycznych* zupełnie podobne, co niekiedy daje powód do mniemania, iż proces chorobny jest jeszcze tam, gdzie go istotnie niema. Dla uniknienia podobnej omyłki trzeba po kilkorazowém *kauteryzowaniu* powyższemi środkami uciec się do tanniny lub ałunu, które błony przez saletrzan srebra lub kwas wodosolny utworzone niszczą i co istotnie jest pod niemi, wyświecają.

Do *kauteryzowania* krtani Bretonneau i Trousseau używali rurki napełnionej ałunem w proszku, którą po dostateczném uciśnieniu języka ku dołowi zaprowadzali aż do dna gardzieli i kilkakrotnie raz po raz wdmuchiwali. Skutkiem czego następowała mimowolna głęboka *inspiracja*, ułatwiająca dostanie się pewnej części proszku do krtani.

Do *kauteryzowania* zaś płynem używali gąbki na zakrzywionym pręciku osadzonej, a napoiwszy ją takowym zaprowadzali aż *ad ligamenta aryteno-epiglottica*, gdzie lekko uciskali, przez co również następowała głęboka *inspiracya* a z nią dostanie się kaustyku do miejsca swego przeznaczeniu.

Ci sami jednak autorowie zeznają, że podobne postępowanie jest w skutkach swoich bardzo niepewne i niedostateczne.

Nie lepsze rezultaty dały połykania pary kwasu wodosolnego, mające nadto jeszcze tę niedogodność, że często zrzędały *bronchitis* a nawet zapalenie płuc. Z tych powodów sposób ten zupełnie został zarzuconym.

Sposobu *kauteryzowania* krtani podanego najprzód przez *Dieffenbach'a*, a potem przez *Loiseau*, szczegółowo tu opisywać nie będziemy; gdyż o skuteczności jego nie stanowczego do dziś dnia powiedzieć nie można.

Z tego wszystkiego, co się o *kauteryzacyi* krtani powiedziało, wniesć należy, że dotąd tego należyście robić nie umiemy i tylko dla braku lepszego sposobu uciekamy się do tego, który pp. *Brettonneau* i *Trousseau* podali, a który wyżej opisaliśmy.

Kauteryzacya krtani nie jest operacją zupełnie niewinną. Jakoż skutkiem jęj obserwowane były: śmierć asfiktyczna powstała przez spazm *kauteryzowaniem* wywołany, *kauteryzacya* przełyku (*oesophagus*) od gardzieli aż do żołądka rozciągająca się, oraz zapalenie obu płuc (*Guiet, Miquel*).

Kauteryzacyą w nosie lepiej jest robić przez wdmuchiwanie niż przez nastrzykiwanie. To ostatnie bo-

wiem gdy jest energiczniejsze, dostać się może przez tylne nozdrza do krtani lub przełyku i spowodować straszne następstwa.

Do wdmuchiwania używa się wyżej wzmiankowana mieszanina najdelikatniejszego proszku ałunu, na pół z gummą arabską. W miejsce ałunu, gdy ten nie wiele pomaga, wdmuchuje się kalomel, również na pół połączony z gummą arabską pod postacią najmniejszego proszku. Albo też zaprowadają się do nosa fletuszki napójone roztworem saletrzanu srebra.

Przed każdym wdmuchiowaniem lub zaprowadzeniem fletuszka trzeba także kanały nosowe dostatecznie przestrzykać wodą letnią, lub odwarem jakim szlamowatym.

Wszystkie te środki miejscowe oprócz dobroczynnego działania na sam proces chorobny, zrzadzają jeszcze kichanie i tym sposobem ułatwiają oddzielanie się błon fałszywych.

Żeby ostra posoka z nosa wypływająca nie spowodowała na wardze górnej *diphtheritis*, trzeba miejsce to często i delikatnie ocierać miękką gąbką, zwilżoną płynem szlamowatym. Dla pewniejszego zapobieżenia złemu dobrze jest smarować pod nosem maseczką złożoną z kalomelu i tłuszczu wieprzowego.

Na różę czasem przyłączającą się do *diphtheritis* nosa i szerzącą się po twarzy, najstosowniej użyje się maseczki *merkuryalnej*.

Diphtheritis skóry, dziąseł, powiek, części rodnych u płci obojęj i kiszki odchodowej, także *kauteryzuje* się powyższymi środkami, już samemi przez się, już mniej więcej rozcieńczonemi wodą, już częściej już rzadziej powtarzanemi, stosownie do gwałtowności choroby

i przestrzeni nią zajmowanėj. I tu również wyszukana czystość miejsca cierpiącego jest najglówniejszym warunkiem wyzdrowienia i dla tego nastrzykiwania, obmywania, płukania i t. p. często robić należy. Błony fałszywe także, ile razy to się z łatwością da zrobić, ujmują się pęsetem i oddalają.

Co do *diphtheritis* skóry nadmienić tu jeszcze musimy, że na jakimkolwiek miejscu objawi się choroba, trzeba troskliwie śledzić, czy nie znajduje się gdzie po ciele obrażenie *continuitatis* skóry i takowe kilka razy dziennie mocno *lapisem* wykauteryzować. Mniejsze rany *dyfterytyczne* na skórze objawiające się *kauteryzują* się powyższemi środkami, większe według rady p. Trousseau posypują się albo kalomelem, albo najdelikatniejszym proszkiem złożonym z 1 części *praecipitati rubri* i 12 cukru, lub pęzują się mocnym roztworem *sesqui-chlorureti ferri*. W jeszcze większych, tenże autor z korzyścią używał żelaza do białości rozpalonego.

Nakoniec w leczeniu *diphtheritis* skóry o to także starać się potrzeba, aby ostra posoka z ran wypływająca nie dostawała się do części zdrowych i tym sposobem choroba się nie szerzyła. Wyszukana czystość najlepiej temu zaradzi.

Wszystkie dotąd podane środki i sposoby *kauteryzowania* różnych miejsc błonami *dyfterytycznemi* pokrytych, równie używają w *diphtheritis* zwyczajnej jak i złośliwej. Cała różnica zależy tylko na tém, że w tej ostatniej z powodu gwałtowniejszego przebiegu i nierównie większego niebezpieczeństwa muszą one być energiczniejsze i częściej powtarzane.

Lekarstwa na wymioty są wskazane tylko w *diphtheritis* gardzieli i krtani, w żadnej zaś innej lokalizacyi

tęj choroby miejsca mieć nie mogą. W *krupie* są one najpierwszym i najważniejszym środkiem, gdyż oddalają błony fałszywe i tym sposobem ułatwiają przystęp powietrza do zatknięch oskrzeli, znoszą kaszel, duszność i usuwają niebezpieczeństwo uduszenia. Tém bardziej zaś są wskazane, że jak wiadomo na *kauteryzacje* nie wiele tu rachować można. Im wcześniej będą dane, tém lepiej. Ponieważ zaś *krup* często się zaczyna od kataru oskrzeli, zatem gdy się ten pokaże w czasie epidemii pierwszego, najlepiej jest zaraz dawać na womity. Czy takowe przerywają chorobę, zapewnić nie można. Jednakże Lebert uważa, że od czasu jak się zaczął trzymać tej metody, wiele mu dzieci wyzdrowia, nawet w rodzinach które uprzednio na tę chorobę dzieci traciły. Dr Aronson jest tegoż samego zdania.

Lekarstwa womity sprawujące głównie działają mechanicznie, to jest przez wyrzucenie błon fałszywych na zewnątrz; wszakże niektórzy i dynamiczne działanie im po części przyznają. Żeby podobne lekarstwa przyniosły pożądany skutek, trzeba je dawać często i w takich ilościach, aby womity prędko, obficie kilka (2, 3, 4) razy nastąpiły. Małe dozy i drżącą ręką zapisywane więcej szkodzą niż sama *hypemeresis*. Następującego po mocnych womitach upadku sił, bladeści twarzy, pulsu drobnego, stygnięcia członków, nie ma się co obawiać, gdyż to wszystko prędko przemija. W ogólności śmiałe i stanowcze leczenie najczęściej tu wygrywa. Powtarzają się lekarstwa na womity każdy raz, gdy błony fałszywe na nowo się tworzą, a kaszel, duszność i obawa uduszenia powiększają się. W gwałtownych przypadkach co 6 — 4,

a nawet i co 3 godziny powtarzać je trzeba. Czasem jednak po 3 — 4 razowém użyciu choroba przełamuje się i lekkie *expectorantia* do zupełnego wyleczenia wystarczają. Rilliet i Barthez u jednego i tegoż samego dziecka z dobrym skutkiem po 40 — 50 razy czasem na womity dawali.

Ze wszystkich lekarstw womity zrzadzających najlepszym tu jest emetyk w czystej dystylowanej wodzie rozpuszczony, bez żadnych dodatków. W lżejszych przypadkach zapisuje się: dla dzieci w stosunku jednego grana na jedną uncję wody, w gwałtowniejszych zaś i u osób dorosłych, biorą się 2 — 3 grana na tęż ilość płynu. W obu razach daje się z tego co kwadrans po łyżce stołowej, aż obfite womity nastąpią. Lekarstwo to daje się wszystkim chorym na *diphtheritis* gardzieli, a szczególnie krtani, bez różnicy wieku; wszakże u dzieci nie mających nad rok wieku, można użyć *Ipeki*.

Jeżeli emetyku dla obecnych rozwolnień zapisać nie możemy, w ten czas daje się siarczan miedzi. Sól jednak ta szczególnych specyficznych własności na tę chorobę nie posiada i w skutkach emetykowi, jak niektórzy mniemali, nie dorównywa. Gdy zaś emetyk womit nie robi, to i po siarczanie miedzi nic dobrego spodziewać się nie można i znak ten zwykle blizką śmierć zapowiada.

Zapisuje się siarczan miedzi dorosłym, albo w płynie, w ilości 6 gran na 3 uncy wody dystylowanej, dając z tego co kwadrans łyżkę stołową do womit; albo też w proszku od $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ i do całego grana z cukrem, co kwadrans proszek do womit. Dzieciom zaś od

1 — 7 lat, $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$ grana w proszku z cukrem, co kwadrans taki proszek do skutku.

Gdy objawy *krupu* zmniejszać się zaczynają, zapisują niektórzy co 2 godziny od pół grana do grana kalomelu naprzemian z alunem w formie następującej:

Rp. *Aluminis depurati Drachmas duas,*

Mellis despumati Drachmas decem.

M. S. Co 2 god. $\frac{1}{2}$ łyżki od kawy.

Oprócz tego robią się rano i na wieczór w okolicy szyi i piersi, wcierania z pół drachmy maści merkuryalnej. Jeżeli podobne leczenie nie zrządza saliwacyi, to się przedłuża przez 3 — 5 dni, to jest do czasu aż znaczne polepszenie nastąpi.

Gdy kalomel jest przeciw-wskazany, zapisuje się *kermes mineralis* w ilości 2—4 gran dziennie, w miksturze jakiej szlamowatej. Środek ten jednak jest mniej skuteczny od kalomelu.

Diphtheritis w ogólności dosyć często przybiera charakter tyfoidalny i wtenczas symptomatycznie używa się już wewnątrz już zewnątrz kora chinowa lub jej przetwory, oraz *preparata* żelazne pod rozmaitemi postaciami. Trousseau dzieciom często daje wino, lub ulepek chinowy. Z *preparatów* żelaznych zaś daje pierwszeństwo winianowi i cytrynianowi (*tartras et citras ferri*), a to z powodu łatwój ich rozpuszczalności. Dla téjże przyczyny i *sesquichloruretem ferri* także często zapisuje. Ten ostatni *preparat* Trousseau daje w ilości 1 — 2 $\frac{1}{2}$ drachmy na dobę, rozpuszczając go w wodzie jakiej aromatycznej.

Lebert w tyfoidalnej *diphtheritis* gardzieli chine zapisuje tak:

Rp. Extracti Corticis Chinae Drachmam,
Aquae Menthae piperitae Unciam,
— simplicis Uncias tres,
Syrupi Corticis Aurantiorum Unciam.

M. S. Co 2 godziny od $\frac{1}{2}$ — 1 łyżki stołowej według wieku. — Oprócz tego płókania gardła odwarem z kory chinowej.

W leczeniu paraliżu *dyfterytycznego* Trousseau symptomatycznie obok pożywniej dyety daje lekarstwa gorzkie, chinę i żelazo. Ku końcowi zaś leczenia preparata *nucis vomicae* w celu pobudzenia kontrakcyi mięśni. Według domysłu tegoż autora kąpiele morskie i racjonalna hydroterapia byłyby tu także bardzo na swoim miejscu.

Prawie zbyt czynnem byłoby nadmienić, że oprócz wyszukanej czystości miejsca cierpiącego, starać się potrzeba, aby powietrze otaczające również było czyste i często odświeżane. Temperatura w izbie chorego powinna być 15° Reaum.

Jeżeli dziecko lub dorosły choruje na krup, atmosfera musi być wilgotna, przez ciągłe utrzymywanie w niej wody wrzącej. Za napój w krupie przepisuje się ziółka poty z lekka pobudzające. W każdej zaś innej *diphtheritis* stosowniejszy jest napój kwaskowaty.

Rp. Acidi phosphorici Semidrachmam,
Aquae simplicis Libram,
Syrupi Rubi Idaei Uncias duas.
M. S. Napój.

W żadnej *diphtheritis* obstrukcyę stolcowe nie mogą być cierpiane, czemu najlepiej się zaradza użyciem enem rozwalniających.

W paraliżu *dyfterytycznym*, w *diphtheritis* skóry, a nawet w każdej innéj, gdy choroba się przedłuża i siły słabnąć zaczynają, dyeta musi być pożywna.

W *diphtheritis pharyngis* póki ból jest w gardle, dają się pokarmy wpół płynne, zupy gęstawe, jaja na miękko, czekolada na mleku, krem i t. p. Jak tylko można, trzeba przechodzić do potraw mięsnych i wina.

Z lekarstw aptecznych china i żelazo pierwsze tu trzymają miejsce.

W złośliwej *diphtheritis*, charakteryzującej się między innemi niepokonanym wstrętem do pokarmów i napojów, nie tylko że trzeba dozwolić choremu wszystko bez wyjątku jeść i pić, ale nawet ledwie nie zmuszać do tego należy. Jednakże wszystko to na nic zwykle się nie przyda, jak sam w wyżej cytowanym przypadku widziałem.

Wspomnieć tu nam jeszcze pozostaje o niektórych środkach lekarskich różnocozasowie w téj chorobie zalecanych. Temi są przeciwwzapalne. Ponieważ jak to przy *diphtheritis* skóry powiedzieliśmy, ranki po pijawkach, bańkach, skaryfikacyach, puszczeniu krwi, nie rzadko a mianowicie w czasie epidemicznego panowania téj choroby służą za punkt, od którego rozwija się *diphtheritis* skóry, a zatem właściwie o nich jako o środkach szkodliwych, nawet wspominać nie należałoby. Jakoż Bretonneau i Trousseau za takie je uważają. Inni z dzisiejszych autorów nie rzucając takiej kłatwy, zwolennikami jednak ich nie są. Zaledwie bardzo mała liczba za ich i to nader umiar-

kowaném użyciem przemawia. Jakoż niektórzy są skłonni w krupie uciekać się do oszczędnej metody przeciwwzapalnej, gdy charakter epidemiczny koniecznie tego wymagać się zdaje, a dziecko jest bardzo pletoryczne, silne i napady duszności grożą niebezpieczeństwem uduszenia.

Co do środków odciągających z wyjątkiem synapizmów na krótki czas i ostrożnie stawionych, żadne inne w *diphtheritis* się nie używają.

Jak niebezpieczném przystawianie wezykatoryi u osób chorujących na *diphtheritis*, przekonać się można z opisu epidemii we Francyi w roku 1828 przez Trousseau obserwowanej, który (w dziele na początku cytowaném) przytacza przypadki, w których skutkiem takowych tworzyły się obrzydliwe, bolesne, bardzo szeroko i głęboko rozchodzące się rany *dyfterytyczne* i te najczęściej kończyły się śmiercią.

Na nieszczęście wezykatorye już przez nielekarzy, już przez lekarzy były czasem przystawiane zdrowym osobom w celu zapobieżenia chorobie; a zatém zrządzono ją tam, gdzie takowa sama przez się możeby nie przyszła.

Isambert i Blache w najnowszych czasach zachwalali *kali chloricum* jako środek rozpuszczający zbytek włókna krwi, mający stanowić najbliższą przyczynę *diphtheritis* i nie mało znaleźli naśladowców; wszakże oczekiwania zostały po większej części zawiedzione. Forget w ostatniem swoim dziele (*Principes de thérapeutique. Paris, 1860*) o tym, równie jak i o wszystkich alkalicznych przeciw *diphtheritis* zalecanych środkach, ironicznie się wyraża, mówiąc, że one istotnie włókno krwi rozpuszczają; chory wprowadzie

przy ich użyciu we trzy dni umiera, ale trzeba je jeszcze przez 6 tygodni po śmierci dawać, a *diphtheritis* niezawodnie się wyleczy. I rzeczywiście zdaje się, że niektórzy zapisują *kali chloricum* tylko z braku lepszych lekarstw. Ktoby chciał go probować, zapisać można jak następuje:

Rp. Kali chlorici Drachmam dimidiam ad unam,
Aquae destillatae Uncias quinque,
Syrupi Corticis Aurantiorum Unciam.

M. S. Co godz. do 2 od $\frac{1}{4}$ do całej łyżki stołowej.

Gdy jest upadek sił, dodaje się do tego Extracti Corticis Chinae Dr. 1.

Zwolennicy téj soli, równie ją w *diphtheritis* gardzieli jak i krtani zapisują.

Wątroba siarczana (*hepar sulphuris*), przez lekarzy Genewskich w krupie dziś dosyć nżywana, szczególnych własności nie zdaje się posiadać. Toż samo i o wielu innych środkach na tę chorobę w różnych czasach zalecanych powiedzieć można. Z téj przyczyny nawet wyszczególniać ich nie będziemy.

Tracheotomia. Jeżeli, jak to często bywa, wszystkie środki przeciw krupowi użyte zostały bezskuteczne i dziecko jest blizkie uduszenia się, lub kiedy po raz pierwszy przywołani, w podobnym je stanie znajdujemy, natenczas trzeba przystąpić do *tracheotomii*.

Trousseau aż do roku 1851, to jest dopóki miał tę operacyą za bezbronne narzędzie, nauczał, żeby ją odkładać o ile to być może. Lecz obecnie, gdy liczba operacyj z pomyślnym wykonanych skutkiem zwiększać się zaczęła, wbrew powyższemu zdaniu mówi, że

tém większa jest nadzieja uratowania dziecka, im wcześniej się ją robi. A lubo tém mniej spodziewać się można pomyślnego zejścia, im większa *asphyxia* i im trwa dłużej, wszakże dopóki jest choć najmniejsza nadzieja ocalenia życia, nawet na kilka minut przed śmiercią do operacyi przystąpić należy, która nawet w tym stanie rzeczy nie raz się udaje. Lecz jeżeli, co częściej bywa, i nie udaje się, i podobne przypadki w wykazach statystycznych stosunek pomyślnych zmniejszają, a tém samém jedną z najpiękniejszych zdobyczy dzisiejszej chirurgii, *tracheotomią*, w przyémionym wystawiają świetle, jednakże to wszystko nie może odwieść lekarza od robienia jęj tam, gdzie *asphyxia* blizką zagraża śmiercią, a operacya lepszą od żadnej, bo choć niepewną pomoc obiecuje. *Anceps remedium, nullo, melius est.*

Diphtheritis złośliwa, w której, jak wiemy, niebezpieczeństwo nie tyle od mechanicznej przeszkody oddychania w krtani, jako raczej od ogólnego zatrucia soków zależy, stanowi przeciwskazanie do téj operacyi i ta niezawodnie przyspieszyłaby tylko zgon niechybny.

Tracheotomia u dorosłych nierównie częściej niż u dzieci kończy się śmiercią, jak o tém przekonywają wykazy statystyczne przez p. Millard podane. Trousseau sądzi, że przyczyną tego może być nierównie większa przestrzeń dróg powietrznych u dorosłych, pozwalająca wolnego przystępu powietrza do płuc nawet wtenczas, gdy w oskrzelach wiele się nagromadzi błon fałszywych. Ta okoliczność daje czas rozszerzyć się procesowi chorobnemu aż do ich

ostatnich rozgałęzień, nim *asphyxia* a z nią konieczność operowania nastąpi.

U dzieci więcj niż dwa lata wieku mających tćm pomyslniej *tracheotomia* się udaje, im te są starsze.

U dzieci zaś do trzeciego roku życia, dotąd przynajmniej nauka trzy tylko przypadki *tracheotomii* pomyslnym uwieńczone zejściem podaje. W pierwszym z nich, operowanym przez p. Trousseau, dziecko miało 13 miesięcy wieku; w drugim, również przez Trousseau operowanym, 2 lata bez 6 dni; w trzecim operowanym przez Maslieurat — Lagémard 23 miesięcy (*Gazette médicale*, 1841 i 1842).

Przyczyny, dla których u dzieci do trzeciego roku życia *tracheotomia* tak rzadko kończy się pomyslnie, są: trudność żywienia ich po operacyi, straszne komplikacye, a mianowicie: konwulsye dość często następnie wywiązujące się, nadto zbyt mała przestrzeń krtani i zbyt krótka szyja, wykonanie operacyi utrudniające.

Szczęściem jednak, że jak wiadomo krup w pierwszych dwóch latach życia rzadko się trafia.

Historya. Aretusz pierwszy pod nazwiskiem *ulcussyriacum*, *ulcus aegyptiacum*, dokładnie opisał tę chorobę i komplikacya z krupem była już mu znaną. Z lekarstw zalecał między innemi *Unguentum aegyptiacum* (1), alun i galas. Dwa te ostatnie środki w proszku wdmuchiwał przez rurkę, jak i my toż samo dziś robimy. Do alunu często uciekamy się, a zamiast galasu używamy prawie jednoznaczają z nim tanniny;

(1) Tak nazwane od *ulcus aegyptiacum*.

zamiast zaś occianu miedzi, głównie wchodzącego do składu *Unguentum aegyptiacum*, używamy podobnie działającego siarczanu miedzi

Od Areteusza aż do XVI wieku zaledwie gdzie u autorów można spotkać wzmiankę o téj chorobie. W rzeczonym wieku zjawiała się epidemia jej w niektórych krajach Europy, a między innemi w Hollandyi, i tę opisał Forest r. 1557. Od tego czasu zaczęła na się zwracać uwagę lekarzy i weszła w zakres nauki. Na początku XVII wieku znowu pokazała się straszna epidemia w Hiszpanii i w niej obserwowane były komplikacye z krupem. Lekarze, którzy ją opisywali, od własności rozszerzania się choroby z gardzieli na krtań i powstającego ztąd uduszenia, nazwali ją *garotillo*. Zupełnie do téj podobna epidemia około tegoż czasu objawiła się i w Neapolu. Krup w téj chorobie do *diphtheritis* gardzieli przyłączający się był nazwany *morbis strangulatorius*. W roku 1635 znowu zjawiała się nowa epidemia w Kingston w Ameryce północnej, która szczególnie pokazywała się między dziećmi i miewała siedlisko za uszami i po wezykatoryach. W latach 1743 i 1748 grasowała w Paryżu i prawie w tymże samym czasie w Anglii. W jednéj i drugiey również obserwowane były komplikacye z krupem.

Tak tedy krup, jako częsta komplikacya *diphtheritis* gardzieli, nie tylko, że oddawna był dobrze znany, ale nawet uważali go za drugi zakres tamtéj.

Pierwszy przypadek krupu samego przez się, to jest niebędącego komplikacyą *diphtheritis* gardzieli opisał Ghisi, który go obserwował w ostatniey z wy-

zój wymienionych epidemij. Baillou zaś pierwszy opisał charakterystyki jego anatomiczne.

Po Ghisi znalazło się wielu, którzy podawali obserwacye krupu, już jako choroby oddzielnéj, już jako komplikacyi *diphtheritis* gardzieli. Chociaż większa część opisujących podobne obserwacye wzięła przez omyłkę inne choroby za krup, zawsze jednak ta choroba najczęściej w owych czasach w połączeniu z *diphtheritis* gardzieli trafiająca się na dokładności opisu znacznie zyskała.

Taki stan rzeczy trwał aż do roku 1765 w którym Home tę chorobę opisał.

Autor ten, nie wiedząc nic o pracach swoich poprzedników, opisał dokładnie błonę fałszywą, jej siedlisko, objawy choroby, które fizyologicznie wytłumaczył, nadto przyczyny, rokowanie i leczenie. Obecność w niej gangreny zaprzeczył i w przypadkach zagrożających życiu radził już uciekać się do *tracheotomii*. Home sam sobie przypisywał sławę z opisu nowej choroby, na którą zwrócił uwagę lekarzy. I rzeczywiście, zdaniem autorów, głęboka znajomość rzeczy, mistrzowski opis obejmujący prawie wszystkie szczegóły nowego przedmiotu, obfite i naukę wzbogacające wnioski, które ztąd wyprowadził, najzupełniej powyższą jegoż opinią usprawiedliwiają.

Odtąd obserwacye krupu coraz bardziej zaczęły się szerzyć.

Samuel Bard, Amerykanin, żyjący przy końcu przeszłego wieku także wiele przyczynił się do gruntowniejszego poznania tej choroby. Nauczał on, że 1) *diphtheritis* gardzieli, 2) krup i po 3cie *diphtheritis* gardzieli skomplikowana z *krupem* stanowią jedną i też

samą chorobę, a różnią się między sobą, jedynie tylko siedliskiem. Obecności gangreny w *diphtheritis* tak samo jak i Home zaprzeczył.

Opinia jednak Barda i Homego poszła w zapomnienie i znowu *diphtheritis* gardzieli i krup zaczęły uważać za zupełnie oddzielne choroby, a gangrenę za częstą ich komplikacją.

Krup, jako choroba bardzo niebezpieczna i jako przyczyna wielkiej śmiertelności między dziećmi, był dwukrotnie przedmiotem konkursu do nagrody. Pierwszy raz przy końcu przeszłego wieku, a drugi na początku bieżącego, a mianowicie r. 1808. Na 79 rozpraw nadesłanych w skutek tego ostatniego konkursu, jedna połowa piędźnej nagrody została przyznana D^{rowi} Jurine a druga D^{rowi} Albers. Jurine powyższe opinie Barda i Homego wznowił i własnymi obserwacyami słusność ich potwierdził.

W naszych czasach Bretonneau opinie Barda, Homego i Jurine mocno poparł i przekonał, że nie tylko *diphtheritis* w gardzieli i krtani, ale nawet w każdym inném miejscu na błonach śluzowych i skórze, jest jedną i tą samą chorobą. Tenże autor opisał po raz pierwszy *diphtheritis* dziąseł, zwrócił uwagę lekarzy na paraliż dyfterytyczny i prawie nieznaną dotąd operacyą *tracheotomii* wprowadził w użycie. On także zalecił używać zewnętrźnie saletrzanu srebra w téj chorobie.

Co do gangreny, ta od najdawniejszych czasów była uważaną prawie za stałą komplikacyą *diphtheritis* gardzieli i dla tego nawet ta ostatnia nazywała się inaczéj *angina gangraenosa*. I rzeczywiście nieznośny gangrenowy smród z ust, i powierzchowność

gnijących błon fałszywych podobnych do kaszy szarawej, tak wielkie robią do niej podobieństwo, że jak wspomnieliśmy wyżej, nawet bardzo doświadczonego lekarza łatwo w błąd wprowadzają. Lekarze dawniejsi dla tego często gangrenę w tych przypadkach przypuszczali, że mniej troskliwie badali stan miejscowy i mniej niż dziś znali anatomia patologiczną. Bard, Home, Jurine i Bretonneau obecności gangreny w *diphtheritis* prawie zupełnie zaprzeczyli. Trousseau jednak, lubo w bardzo rzadkich przypadkach, spotykał ją przyłączającą się do różnych form *diphtheritis*, a szczególnie gdy ta ostatnia ma siedlisko na częściach rodných. A chociaż komplikacya ta w ogólności nadzwyczaj rzadko trafia się, lecz charakter epidemiczny ma w tym, równie jak i w każdym innym względzie wielki udział. I tak Becquerel opisuje epidemię *diphtheritis* którą *gangrena* często komplikowała (*Gazette médicale. Mémoire sur une epidemie d'affections pseudo-membraneuses et gangréneuses, qui regna à l'hôpital des Enfants dans le cours de l'année 1841*).

Co do *tracheotomii*, doradzali już ją Home i Stoll. John Andrée, Anglik, roku 1782 wykonał ją po raz pierwszy i dziecko zostało przy życiu. Ale fakt ten nie jest zupełnie pewny. Na początku bieżącego wieku znowu była wykonywaną przez p. Caron; dziecko umarło. Bretonneau robił *tracheotomię* r. 1818, 1820 i 1825, z tych ostatnią razą dziecko wyzdrowiało. Lecz największym jęj rozkrzewicielem jest Trousseau, który dotąd przeszło 200 razy ją robił i w 50 przypadkach z górą ukończyła się pomyślnie. Dziś operacya ta nie tylko między mura-

mi Paryża, zkąd wzięła największy popęd, ale i w całej prawie Europie jest często wykonywaną, U nas głównie trudni się nią kol. Müller i już nie mało dzieci wyrwał od niechybnój śmierci. W miarę jak nauczani przeszłością traktujemy umiejętniej chorych po operacyi, liczba wyzdrowiających od niejakego czasu się zwiększa (Trousseau). W praktyce cywilnej, jeżeli tylko będzie robiona przy warunkach możebnego wyleczenia się, najmniej połowa operowanych musi wyratować się. Liczba przeciwników tej operacyi coraz zmniejsza się a Trousseau zalicza ich do ludzi złej woli, dziwaków i nieuków.

III.

SPRAWOZDANIA.

Zehnter Bericht über das gymnastisch orthopaedische Institut zu Berlin und die damit verbundene Heilanstalt für äusserlich Kranke, das zwanzigste und ein und zwanzigste Jahr ihrer Wirksamkeit umfassend, abgestattet von ihrem Gründer Dr H. W. Berend. Mit 23 nach Photographien angefertigten eingedruckten Holzschitten. Berlin 1861. (4-to. S. 28).

Sprawozdanie Wł. Ściborowskiego

(Czytane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Pomiędzy zakładami lekarskimi Berlina, do których należą wzorowo urządzone i przez każdego lekarza zwiedzane szpitale Charité i Bethanien, piękny i z wzorową czystością utrzymywany lubo niewielki i mniej znany szpital Ś. Jadwigi, zakłady kliniczne Drów Gräefego, Langenbecka, Martina i inne akademickie, zbiory naukowe lekarskie, do nauk przyrodzonych i t. d., zasługują też na zwiedzenie lekarzy, zwłaszcza zamiłowanych w chirurgii, zakłady ortopedyczno-gimnastyczne, między którymi bez zaprzeczenia pierwsze miejsce zajmuje zakład Dra Berenda znajdujący się przy ulicy Oranienburgskiej (Oranienburger-Strasse Nr. 64).

Mieści się on w obszernym gmachu trzechpiętrowym, urządzonym z wszelką wygodą i komfortem. Budynek wyłączenie na ten cel przeznaczony mieści prócz pomieszkania przewodnika zakładu i jego pomocników, sale do ćwiczeń gimnastycznych, pokoiki mniejsze dla chorych, sypialnie, jadalnie, sale do nauki, łazienki ciepłe i zimne, oddział gospodarny, kuchnię, pralnię, słowem wszystko, co w tego rodzaju zakładach na obszerną skalę urządzonych może być potrzebnem i stosownem. Wszystko to w porze wieczornej a po części i w nocnej oświecone jest za pomocą płomieni gazowych; obszerny dziedziniec i ogród dają sposobność do ćwiczeń i na otwartem powietrzu.

Na jak obszerną skalę zakład ten jest prowadzonym, da wyobrażenie ta okoliczność, że zwykle znajduje się w nim 70 do 80 wychowanców obojęj płci, a oprócz tego odpowiednia liczba osób potrzebnych do pomocy, nauki i obsługi wychowanców zakładu.

Częścią lekarską i gimnastyczno-ortopedyczną kieruje sam Dr. Berend. Pomagają mu osoby płci obojęj (więcej kobiet) wyćwiczone przez niego, których liczba do 12 dochodzi. Opieką macierzyńską, jakiej wychowañcy zwłaszcza młodszy i panienki potrzebują, zajmuje się sama małżonka szanownego przewodnika zakładu.

Oddziały, męzki i żeński, są osobno pomieszczone. Wychowañcy, których stan zdrowia na to pozwala, pobierają w zakładzie lekcyę, tak w przedmiotach ściśle naukowych, jakoteż i muzyki, śpiewu i t. d.

Honorarium za utrzymanie i leczenie nie jest jednakowe dla wszystkich, lecz wyższe lub niższe w miarę możliwości rodziny interessanta, wygod jakich doznaje, nauk pobieranych. Dla ubogich, zwłaszcza poddających się jakiejś operacyi chirurgicznej, zwykle jest kilka miejsc bezpłatnych jużto z funduszu monarchy i zamożnych osób z rodzin książęcych i panujących, jużto na koszt przewodnika zakładu.

Krewni i znajomi wychowanców mogą się z niemi widywać codziennie w godzinach wyznaczonych po poprzedniem zameldowaniu się. Oprócz chorych stale w zakładzie po-

mieszczonych, przychodzą tu i z miasta osoby w celu wykonywania ćwiczeń gimnastycznych.

Co się tyczy strony naukowej, Dr Berend zbiera skrzętnie wszelkie ważniejsze przypadki, robi spostrzeżenia i takowe wraz ze stóśownemi uwagami podaje do wiadomości publiczności lekarskiej, jużto czytając takowe na posiedzeniach Towarzystw naukowych miejscowych i zagranicznych, już zamieszczając w czasopismach, już w sprawozdaniach, jakie co dwa lata podaje do druku.

Zakład, o którym mówimy, otwartym został w r. 1841; liczy zatem obecnie 21 lat swego istnienia. Przez ten czas Dr Berend wydał 10 sprawozdań (1), z których drugie obejmuje przeciąg lat trzech, 1^{sze} zaś, 3^{cie} i każde z następnych jest obrazem czynności zakładu w ciągu dwóch lat. Sprawozdania wspomniane, w miarę okoliczności krótsze lub obszerniejsze, oprócz wiadomości statystycznej o ruchu chorych i wychowañców zakładu, przypadkach leczenia, ulepszeniach zaprowadzonych w ciągu dwulecia, zawierają też spostrzeżenia kliniczne, opisy ważniejszych przypadków i wnioski z nich wyprowadzone; dla lepszego objaśnienia zwykle bywają dołączane ryciny jużto na osobnych tablicach litografowanych, już jako drzeworyty w texcie wykonane podług fotografij zdejmowanych z chorych zaraz po przyjęciu ich do zakładu i przy wyjściu z tegoż, czyli przed i po wyleczeniu.

- | | | | | |
|-----|----|--|------|--|
| (1) | 1 | Bericht über das gymnastisch orthopädische Institut zu Berlin. | 1842 | nebst 1 Tafel. |
| | 2 | Bericht. | 1845 | nebst 1 Tafel. |
| | 3 | Bericht. | 1847 | |
| | 4 | Bericht. | 1849 | |
| | 5 | Bericht. | 1851 | |
| | 6 | Bericht. | 1853 | nebst 1 Tafel. |
| | 7 | Bericht. | 1855 | nebst 1 Tafel. |
| | 8 | Bericht. | 1857 | nebst 1 Tafel. |
| | 9 | Bericht. | 1859 | mit 24 eingedruckten
Holzschnitten. |
| | 10 | Bericht. | 1861 | mit 23 eingedruckten
Holzschnitten. |

Fotografij podobnych posiada Dr Berend zbiór obecnie już do 1,000 sztuk wynoszący, i takowy każdemu z lekarzy, którego to interesuje, wraz ze zbiorem wyrobów anatomo-patologicznych i odlewów gipsowych chętnie i ochotczo pokazuje.

Co do używanych sposobów leczenia, Dr B. nie ogranicza się na samej gimnastyce lub zastosowaniu przyrządów ortopedycznych, lecz stosownie do potrzeby łączy jedne z drugimi, a często, zwłaszcza przy skrzywieniach kolan, kończyn i t. d., poprzedza jedne i drugie przez wykonanie operacji chirurgicznej, a mianowicie przecięcia podskórnego ścięgna lub innej operacji, jakiej rodzaj choroby wymaga. Dołączmy do tego leczenie dyetetyczne i ściśle terapeutyczne za pomocą leków, a będziemy mieli wyobrażenie o zapasie środków używanych w zakładzie, który użyliśmy za przedmiot naszej rozprawki.

Już to sumiennie można przyznać Drowi Berend, że bez żadnej zawisłości i chęci ukrywania czego bądź ze sposobów przez siebie używanych, pokazuje każdemu z lekarzy swój zakład, objaśnia i tłumaczy wszelkie wątpliwości, i kilka wizyt odbytych w jego zakładzie z zajęciem i chęcią dowiedzenia się czegoś, więcej mogą przynieść korzyści, niżli przeczytanie dzieł kilku. Tam mamy przed sobą żywe przykłady, modele, przyrządy, tutaj martwą literę.

Wracając do sprawozdania z zakładu, wspomnimy jeszcze, że najstaranniej wydanem tak co do zewnętrznej formy jako i co do obszerności było 6 sprawozdanie z ładną tablicą litografowaną i treściwą rozprawką o gimnastyce leczniczej z uwzględnieniem szwedzkiego systemu Linga. Również obszerne i zamożne w ciekawe szczegóły są cztery ostatnie sprawozdania 7, 8, 9 i—10, o którym mamy zamiar obszerniej pomówić. Najkrótsze są trzy pierwsze. W drugim jest opisany rzadki przypadek rozmięknienia kości; w siódmym zastanawia się autor obszernie nad skrzywieniem i w ogóle nad chorobami kręgosłupa, w dziewiątym nad chorobami stawu biodrowego, oraz opisuje ciekawy przypadek wypilowania trzechcalowego kawałka zrosniętych kości ze

stawu łokciowego u młodego człowieka, którego kończyła skróciła się o 1 cal tylko i później mógł nią wszelkie ruchy wykonywać, jak o tém sam naocznie przekonać się miałem sposobność.

Ostatni poszyt, który mamy przed sobą obecnie, obejmuje sprawozdanie z czynności zakładu w ciągu dwóch lat ostatnich (od 1 Maja 1859, do 1 Maja 1861 roku) i podobnie jak poprzednie dzieli się na 2 części: 1°) kronikę i statystykę zakładu; 2°) spostrzeżenia kliniczne.

W 1szej części wspomina autor o podróżach odbytych przez siebie w latach 1860 i 1861 po Niemczech, Szwajcaryi i Francyi w celu rozszerzenia swoich wiadomości. Podczas wspomnianych podróży główną uwagę zwracał na przedmioty zostające w ścisłym związku z zawodem, któremu się poświęcił, a mianowicie na chirurgią, zakłady ortopedyczne i narzędzia ku temu celowi służące, oraz zastosowanie elektryczności w zakładzie p. Duchenne w Paryżu.

Następuje wyliczenie rozpraw i artykułów Dra Berenda czytanych w ciągu upłynionego dwulecia na posiedzeniach towarzystw uczonych, a następnie zamieszczanych w różnych czasopismach. Liczba artykułów wynosi 38.

Daliej podano wykaz przypadków chorób leczonych w zakładzie u osób pochodzących nie tylko z krajów Europejskich ale i z innych części świata, a mianowicie z Ameryki i Australii. Liczba wspomnianych chorób wynosiła 333 między którymi było:

W oddziale ortopedyczno-gimnastycznym . . . męż. 163 kob. 154 razem 317.

W oddziale chirurgicznym „ 14 „ 2 „ 16.

Z pomiędzy całej ilości chorych wyleczono 160, wyszło z polepszeniem 98, bez polepszenia 7, umarło 4, pozostało w zakładzie 62 (o 2 nie podano). Oprócz tego przychodziło do zakładu 132 osób, które odbywały tamże ćwiczenia gimnastyczne już to w celu higienicznym, już w leczniczym. Spostrzeżenia kliniczne, stanowiące 2-gą część broszurki, zajmują 22 stronnice i obejmują opisy wielu ważniejszych przypadków leczonych, wraz z uwagami nad takowe-

mi, objęte w 11 oddziałach podług rodzaju choroby i objaśnione przez 23 starannie wykonanych drzeworytów przedstawiających po większej części osoby cierpiące jakieś zboczenia przed i po wyleczeniu, a będące kopiami portretów fotografowanych, o których wyżej wspomnieliśmy. Przegląd wspomnianych spostrzeżeń przekonywa o niezmordowanej pilności szanownego przewodnika zakładu w opiekowaniu się choremi, leczeniu ich, oraz ciągłej dążności do postępowania na polu nauki i zyskiwania nowych wiadomości. Usiłowania też jego nie zostają bez nagrody, jak o tém świadczy zaufanie, jakie sobie umiał zjednać i liczba chorych powierzanych corocznie jego opiece, pozwalająca utrzymywać zakład w stanie świetności i ciągłego rozwoju. Ale rzućmy i my okiem na treść wspomnianych spostrzeżeń.

Rozpoczynają skrzywienia stosu pacierzowego (skoliosis) jakich 66 leczono i z pomiędzy tych opisuje autor szczegółowo 3 przypadki i zwraca uwagę, że przy leczeniu zboczeń stosu pacierzowego należy uważać na stan serca; gdzie jest jakaś wada ustrojowa (organiczna), tam trzeba być bardzo ostrożnym w zalecaniu ćwiczeń i zastosowywaniu przyrządów, przeciwnie zaś gdzie nie ma żadnej wady ustrojowej, tylko stan podrażnienia często napotykamy u młodych panienek w wieku rozkwitnienia, przy zatrzymaniu czyszczeń miesięcznych, który właśnie za pomocą ćwiczeń gimnastycznych najłatwiej daje się usunąć. Tam gdzie tkanka serca i naczyń uległa pewnej zmianie, trzeba się ograniczyć na ćwiczeniach biernych, a najstósowniejszém jest spokojne leżenie na ortopedycznej równi pochyłej, utrzymując tułów w okolicy łopatek i miednicy bez uciskania klatki piersiowej i brzucha.

Otwarcie zwłok garbatego zmarłego w podeszłym wieku dokonane przez prof. Virchow'a wykazało wyrodzenie tłuszczowe mięśnia długiego grzbietu (m. longissim. dorsi) po stronie lewej, wypukłej, gdy tenże sam mięsień po drugiej stronie wklęsłej wcale zmianie nie uległ; złogi tłuszczowe pomiędzy ustępami tkanki, wraz z wyrodzeniem tłuszczowym włókien mięsnych wzdłuż ich przebiegu, oraz obfite złogi tłuszczowe we wklęsłości łuku powstałego ze skrzy-

wienia stosu pacierzowego. Mięśnie szerokie grzbietu (mm. latissimi dorsi) nie uległy żadnej zmianie; głębiej leżących nie badano.

Do leczenia cierpień stosu pacierzowego połączonych ze stanem zapalnym i pruchnieniem kości (Spondylarthrocace), jakich 20 znajdowało się w zakładzie, używał Dr B. różnych środków odciągających, drażniących, a nawet żelaza rozpalonego i nieraz pożądaný skutek otrzymywał. Ropni powstających przy zapaleniu kręgów nie radzi otwierać, obfite bowiem ropienie wyniszcza chorego, czemu ile możności należy zapobiegać; również nie wiele pokłada nadziei w skuteczności wstrzykiwań jodowych do takich ropni, a zastósowanie przyrządów przez ucisk mających działać uważa za zupełnie niestósowne.

Z 50 przypadków skrzywień w stawie kolanowym, w większej liczbie przypadków wyleczenie zupełne, a przynajmniej znakomite polepszenie nastąpiło. Szczególniej zasługuje na wspomnienie przypadek ściągnięcia kurczowego mięśni podkolanek u chłopca 8 letniego istniejące już od 4 miesięcy, a tak mocne, że prawa kończyna cierpiąca krótszą była o $3\frac{1}{2}$ cala. Po odurzeniu chorego za pomocą chloroformu skurczenie ustąpiło w zupełności. Dr. B. obawiając się, aby po przejściu odurzenia nie powróciło, założył przyrząd wyprężający, który 6-go dnia zdjęto, a skurczenie wcale nie powróciło.

Pomiędzy 38 przypadkami skrzywień w stawie stopowym najwięcej było skrzywień na wewnątrz (Varus), gdyż 24. We wszystkich prawie przypadkach dokonano przecięcia ścięgien mięśni odpowiednich, a następnie używano przyrządów sztucznych doprowadzających stopę do położenia prawidłowego. W kilka przypadkach wygięcia na zewnątrz (Valgus) założono opatrzenie gipsowe, a później używano ćwiczeń gimnastycznych. W jednym przypadku po przecięciu ścięgna Achillesa u dziecka czteroletniego, na drugi dzień z rany powstał gwałtowny krwotok, który 11 dnia się powtórzył i dopiero za pomocą żelaza upalonego został zatamowanym. Krwotok ten nie pochodził z tętnicy nadciętą, lecz z roz-

szerzonych drobniejszych naczynek. Po ustaniu krwotoku i stosowném opatrywaniu wyleczenie zupełne nastąpiło.

Chorób stawu biodrowego leczono 47. Między temi było 30 początku żółzowego, 12 goścowego a 5 w skutek uderzenia lub powstałych po durzycy i płonicy. Co do leczenia cierpienia stawu rody żółzowej (*Coxarthrocace scrophulosa*) autor zwraca uwagę na leczenie wzmacniające, i ostrzega, że nadużywanie kąpieli solnych nieraz bywa szkodliwém. Toż samo zaleca ostrożność co do użycia żelaza rozpalonego i źróderek (*fonticuli*). Stosowne przyrządy ortopedyczne uważa za pożyteczniejsze nierównie od opatrzenia gipsowego lub krochmalowego zalecanego przez wielu lekarzy. Pomiedzy opisanemi szczegółowo 4 przypadkami wykazującemi, że nieraz pomimo ropienia i długiego trwania choroby nadziei przecież tracić nie można, znajduje się jeden dotyczący 10-letniego syna jednego z obywateli Królestwa Polskiego, nadesłanego przez kolegę Natansona, który od 4 lat był cierpiącym. Powstało mocne pochylenie miednicy ze skrzywieniem kątowatém w stawie i skurezeniem kończyny o trzy cale tak, że chłopiec bez pomocy laski wcale się nie mógł obejść. Po czteromiesięczném leczeniu ortopedycznym przy pomocy łóżka stosownie urządzonego, poprawa o tyle nastąpiła, że chłopiec mając podwyższone podeszwy u buta, bez pomocy laski mógł się w zakładzie obchodzić.

Co do przyrodzonego zwichnienia stawu biodrowego (*Luxatio femoris congenita*) zasługuje na wspomnienie ta okoliczność, że choroba ta wydarza się prawie wyłącznie u kobiet. W upłynioném dwuleciu leczono 10 przypadków samych dziewcząt, a nawet autor nadmienia, że na 100 blisko przypadków, które dotychczas widzieć miał sposobność jeden tylko wydarzył się u mężczyzny.

Pomijając inne oddziały chorób, jak skrzywienia karku, łokcia, ręki, porażenia i t. d. tu muszę zwrócić uwagę na kilka przypadków odznaczających się swą rzadkością, a które Dr Berend opisał szczegółowo i objaśnił za pomocą rycin. Z tych jeden dotyczy porażenia kończyn dolnych u mężczyzny lat 27 liczącego, powstałego w skutek

pruchnienia kręgów jeszcze w drugim roku życia połączonego z mocnym skurczeniem w stawach biodrowych, kolanowych i stopowych tak, że chory nie używając nóg wcale, poruszał się z miejsca na miejsce za pomocą rąk jedynie (s. 20). Przecięcie ścięgien mięśni pokolanowych a następnie leczenie ortopedyczno - gimnastyczne doprowadziły do tego, że chory przy pomocy laski, lubo z trudnością, może przechodzić z miejsca na miejsce.

Dwa inne są to zrośnięcia, jedno kostne w stawie stopowym wyleczone za pomocą wypilowania kości (s. 13. 14.), drugie nadzwyczaj rzadko wydarzające się zrośnięcie w stawie biodrowym ze zgięciem pod kątem prostym do tułowia (s. 19.), w którym leczenie za pomocą operacji i ćwiczeń gimnastyczno-ortopedycznych spowodowało bardzo znakomite polepszenie.

Na zakończenie wspomina autor o chorobach wewnętrznych, przy których ćwiczenia gimnastyczne z pożądanym skutkiem bywały używanemi, a do których należą: cierpienia brzuszne, osłabienie nerwowe, usposobienie gruźlicze i płasawica (chorea). Wreszcie mówi o ulepszeniach, jakie w ciągu dwóch lat ostatnich zostały w zakładzie zaprowadzone i doprowadziły do tego, że dziś 120 — 130 osób wymagających leczenia ortopedycznego wygodne może znaleźć w nim pomieszczenie.

O rozwijaniu się zakładu świadczy ta okoliczność, że gdy w drugim dwuleciu liczba chorych w zakładzie wynosiła 181, w szóstym 242, obecnie doszła do 333.

Kończąc sprawozdanie moje, życzylbym szanownym kolegom, których przedmiot ten zajmuje, aby znajdując się w Berlinie, nie pominęli sposobności odwiedzenia zakładu Dra Berenda, Ta spodziewam się, że kilka godzin, które na to przeznaczą, nie będą uważali za stracone.

SPRAWOZDANIE

Z dwóch rozpraw Dra Wildbergera:

I. Dritter Bericht über die orthopädische Heilanstalt in Bamberg. 1859. (8-vo. S. 60. mit VI lithogr. Abbildungen).

II. Streiflichter und Schlagschatten auf dem Gebiete der Orthopädie. I. Scoliose, nebst kurzer Erörterung des Caput obstipum und der Kyphose. Erlangen, 1861. (8-vo. S. 125. mit VI lithogr. Tafeln).

(Czytane na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego)

przez Wł. Ściborowskiego.

Przed kilku miesiącami Towarzystwo nasze otrzymało dwa dziełka, których tytuły na czele umieściliśmy, od Dra Wildbergera z Bamberga, posiadającego tamże zakład ortopedyczny, a zarazem będącego członkiem 7-miu Towarzystw naukowych. W pochiebnym liście załączonym do wspomnianych dziełek, autor zwraca uwagę Towarzystwa na używane przez siebie sposoby leczenia dobrowolnego zwichnięcia stawu biodrowego, nawet w przypadkach zastarzałych i skrzywień bocznych stosu pacierzowego, życząc sobie rozpowszechnienia tychże dla dobra cierpiącej ludzkości.

Pierwsza z tych rozpraw, będąca trzecim sprawozdaniem zakładu ortopedycznego znajdującego się w Bambergu na

górze S-go Michała, zajmuje 60 stronic druku, a przedmioty tamże zawarte objaśnione są przez 5 rycin, z których pierwsza przedstawia dwa przyrządy prostownicze, pojedynczy i podwójny, do leczenia zwichnień stawu biodrowego i skurczeń w stawie kolanowym, cztery zaś następne wyobrażają dziewczynkę cierpiącą zwichnienie dobrowolne prawego stawu biodrowego z przodu i z tyłu, przed i po wyleczeniu. Ryciny te wykonane są podług fotografii, jakie Dr W. prawie z każdego chorego przychodzącego do zakładu i opuszczającego tenże, wyjąwszy starsze panienki, każe zdejmować.

Zakład Dra Wildbergera istniejący już od lat 12 (od Czerwca 1849 r.), przyjmuje chorych potrzebujących pomocy ortopedycznej. Środków też używa mianowicie należących prawie wyłącznie do zakresu prostownictwa (*orthopaedia*) mechanicznego. Operacyj chirurgicznych używa tam tylko, gdzie się bez nich wcale obejść nie podobna i gdzie środki prostownicze mechaniczne w żaden sposób do celu doprowadzić nie mogą. Gimnastyki wcale nie używa; a zatem zakład, o którym mowa, różni się od zakładów berlińskich, tak Dra Eulenburga, używającego głównie gimnastyki, jako i Dra Berenda, który w leczeniu swych chorych łączy ortopedyą z gimnastyką, a wraze potrzeby i z chirurgią operacyjną.

W ciągu lat 4 (od początku 1855 do końca 1858) podług sprawozdania było leczonych w zakładzie 76 osób, między którymi było 16 tylko płci męskiej, a 60 płci żeńskiej. Szczególniej uderzającą jest przeważająca liczba skrzywień bocznych stosu pacierzowego i zwichnień dobrowolnych w stawie biodrowym u osób płci żeńskiej; gdy z pierwszym zbożeniem było 4 mężczyzn a 33 kobiet, z drugim było 3 mężczyzn a 16 kobiet. Z wspomnionej wyżej ogólnej liczby chorych, podług sprawozdania, większa połowa, gdyż 45 miała zostać uleczoną.

Broszurka rozpoczyna się od ogólnych zarysów dotyczących zakładu, dalej obejmuje uwagi co do leczenia ortopedycznego, przegląd chorób leczonych w zakładzie, i kilka słów o jego urządzeniu; dalszy ciąg broszury, czyli dwie

trzecie blisko, stanowi opisanie 12 przypadków leczonych w zakładzie, należących do różnych rodzajów chorób.

Drugie dziełko: „*Streiflichter und Schlagschatten auf dem Gebiete der Orthopädie*“ jest nierównie obszerniejszém, zajmuje bowiem 125 str. drobnego druku in 8-vo majori, z dodatkiem 6 tablic.

Po wstępie przechodzi autor do określenia pojęcia powstawania i powiększania się skrzywień bocznych stosu pa-cierzawego (*scoliosis*), dalej przechodzi do przyczyn wywołujących to zboczenie, za najpierwszą zaś uważa przyzwyczajenie często, mimo wiedzy do krzywego trzymania się, które potem w nałóg przechodzi, a zwolna i stałe skrzywienie wywołuje.

Dla lepszego zrozumienia pojęcia zboczeń w wyższym lub niższym stopniu, dzieli je najprzód na dwa oddziały: 1) zboczenia w skutek skrzywienia, 2) zboczenia w skutek wykształcenia (*Beugungsscoliosen u. Missstaltungsscoliosen*). Te znów dzieli na 5 okresów, z których w 1 krzywe trzymanie się nie jest ciąglem lecz przemijającém; w 2 jest już ciąglem lubo siłą woli daje się zamienić na proste; w 3 zachodzą pewne zmiany organiczne; w 4 najczęściej przedstawiają chorych do leczenia, gdy już zmiany organiczne z chrząstek przenoszą się na kręgi; w 5 czyli ostatnim skrzywienie i przeistoczenie doszło już do najwyższego stopnia, chrząstki międzykręgowe z jednej strony *ad minimum* sprowadzonymi zostały, niekiedy pojedyncze kręgi zrastają się i oddalenie ich od siebie staje się niepodobném.

Co do przyczyn, za najczęstszą uważa, jak to już wspomniałem, wolną wole chorego i zaniedbanie prostego trzymania się, do czego niekiedy daje powód osłabienie ciele-sne. Skrzywienia, o których mowa, nierównie częstszemi są u osób płci żeńskiej, niżli męskiej; skrzywienia na prawą stronę są częstsze niżli na lewą.

Co do leczenia, przechodzi autor różne sposoby używane dotychczas, a mianowicie ćwiczenia gimnastyczne w rozmaity sposób wykonywane podług zaleceń różnych lekarzy, których Dr W. szczegółowo wspomina. Uważając gimnastykę za

niewystarczającą do zupełnego wyleczenia zboczeń stosu pacierzowego, co również utrzymuje i o przecięciu ścięgien i mięśni zalecaném pierwotnie przez Guérin'a, przechodzi autor do leczenia mechanicznego za pomocą przyrządów właściwych umyślnie do tego przeznaczonych.

Najpierw zastanawia się nad łózkami wyciągającymi (*Streckbetten*), jakie pierwotnie wymyślone przez Venel'a, później przez Heinego z Würzburga ulepszone, przez długi czas uważane były za środek nieoceniony. Dr W. zaś nazywa je okrutnym narzędziem dla męczenia niewinnych ludzi, i w rzeczy samej pozostawanie w położeniu leżącym z przytwierdzoną górną i dolną częścią ciała, nie pozwalające prawie żadnego ruchu wykonać, po kilka a nawet kilkanaście godzin dziennie i to przez wiele tygodni, miesięcy a nawet i dłużej, jest wcale nie do pozazdroszczenia i dokuczliwszém niżli niejedna nawet bolesna operacya chirurgiczna z następném doleczaniem.

Dr W. od lat kilku używa przyrządu dość skomplikowanego, który jednakże nie przeszkadza choremu chodzić a nawet i kończynami górnymi ruchów, lubo niekiedy ograniczonych, wykonywać. Zadaniem przyrządów jego jest wyciągać stos pacierzowy, prostować a zarazem w kierunku osi sprowadzać do prawidłowego położenia przez rozciąganie chrząstek międzykręgowych. Przyrząd ten składa się z długiego pręta stalowego sięgającego aż do szyi, a w razie potrzeby dającego się jeszcze przedłużyć ku górze, z kilku listew pobocznych i poduszek podpierających ramiona pod pachami i wywierających ciśnienie na klatkę piersiową, oraz pasa wysłanego i otaczającego miednicę, i obręczy również wysłanej przytwierdzającej pręt do głowy. Przyrząd ten mający stosowne skrzywienie zdaje się odpowiadać celowi i i wszelkim wymaganiom. Szczegółowe jego opisanie pomijam; lepiej uzmysłowią to załączone w końcu dziełka tablice.

Po opisanii szczegółowém swego przyrządu autor wspomina jeszcze w krótkości o zboczeniach stosu pacierzowego ku tyłowi a zarazem na bok (*kyphoscoliosis*), o skrzywieniach ku tyłowi (*kyphosis*), wreszcie o skrzywieniach szyi (*caput*

obstipum), jakie prawie zawsze dołączają się do skrzywień bocznych stosu pacierzowego, gdy te są w wyższym stopniu. Do leczenia wspomnianych zboczeń zaleca równie swój przyrząd stosownie zmodyfikowany.

Jasność wyrażania się, szczegółowe zastanawianie się nad przedmiotem, a nawet drobiazgowe wchodzenie w szczegóły świadczą, że autor liczne robił studia nad przedmiotem, o którym pisze, i zbadał go dokładnie, oraz przekonywają o jego obszernych wiadomościach; lubo może pożyteczniejszą dla czytelnika nie poświęcającego się wyłącznie prostownictwu byłaby większa zwięzłość i treściwość wyrażen, a tém samém zawarcie tegoż samego przedmiotu w dziełku mniejszej objętości; dalej zarzuciłbym autorowi wyraźnie przebijającą chęć poniżenia innych ortopedów, a postawienia siebie na świeczniku. Zawsze jednakże koledzy, których przedmiot ten interesuje, pracę Dra Wilderberga przeczytają nie bez zajęcia i korzyści.

III.

POSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Narośl kalafiorowata części pochwowéj macicy. — Operacya.

PRZEZ

Adama Gliszczyńskiego.

(Czyt. na posiedzeniu Towarz. Lek. Warszaw. dn. 3 Grudnia 1861 r.)

Karolina Majewska, lat 35 wieku, od lat jedenastu za mężem, przybyła dnia 22 Listopada r. b. do Szpitala Dzieciątka Jezus, gdzie ją w oddziale kolegi Daręwskiego pomieszczono. Krwotoki maciczne gwałtowne naprzemian z odpływem cieczy surowiczo-wodnistéj lub różowawéj z części płciowych się pojawiające i osłabienie ogólne niedokrwistością spowodowane zmusiły ją do szukania pomocy w szpitalu. Kolega Daręwski podejrzewając obecność raka macicy, wskazał mi chorą, zapytując, czyby się nie kwalifikowała do operacyi. Po wyegzaminowaniu i wyśledzeniu choréj wyjednałem jęj przeniesienie do mojego oddziału. Badając przeszłość choréj dowiedziałem się, że w pierwszym roku swego zamęścia urodziła w piątym miesiącu ciąży dziecko nieżywe, a we dwa lata pó-

zniej poroniła w trzecim miesiącu. Odtąd nie zaszła już nigdy w ciążę i cieszyła się, jak utrzymuje, jak najlepszym zdrowiem aż do Maja tego roku. Około połowy pomienionego miesiąca przyszła jak zwykle regularność, lecz trwała bez przerwy przez dni czternaście, a towarzyszył jej nadzwyczaj obfity odpływ krwi. Następne miesiączki nie trwały wprawdzie tak długo i niebyły już tak obfite, jakkolwiek częściej jak zwykle się pojawiały a odpływ krwi był większy jak za dni zdrowych. Przed sześcią zaś tygodniami pokazał się po raz pierwszy gwałtowny krwotok maciczny, który aż do obecnej chwili kilkakrotnie bez wpływu wiadomej przyczyny się powtarzał. Krwotokom tym nie towarzyszyły żadne bólesci ani krzyża, ani w dolnej części brzucha, a wkrótce po ich ustąpieniu pojawiał się odpływ obfity cieczy wodnisto-surowiczęj lub różowej z części płciowych.

Ciągle tego rodzaju utraty krwi sprowadziły niedokrwistość do znacznego posunięta stopnia, osłabienie i rozdrażnienie ogólne. Chora będąc przy niezłym apetycie, nie uskarżała się zresztą na nic więcej, jakkolwiek bezskuteczność środków wewnętrznych poprzednio użytych bardzo ją niepokoiła. Badanie zewnętrzne brzucha niedostarczyło żadnych objaśnień, bo ani objętość jego nie była powiększona, ani też przez podatne i nienapężone ściany nie można było namacać twardości guza, lub nawet powiększonej macicy. Palec przy śledzeniu wewnętrznem do pochwy wprowadzony napotykał nie więcej jak na cał jeden powyżej szczeliny sromnej na guz w kształcie wielkiej pieczarki, wypełniający dość szczelnie pochwę tak, że przy pierwszém badaniu trudno było z pewnością granicę narośli oznaczyć. Później jednak udało nam się dojść do punktu jej przyczepienia i przekonać się, że nim jest szyja maciczna. Ujścia macicy zewnętrznego nie było ani śladu, bo powierzchnia narośli nierówna, gąbczasta, jakby rowkami nieregularnymi podzielona

i strzypami opatrzona stanowiła masę jednostajną, kruchą podobną do łożyska, krwawiącą za każdym dotknięciem. Część pochwowa macicy powyżej narośli, dotykającej nieledwie do sklepienia pochwy, stanowiła niejako jęj dosyć szeroką szypułkę, nie przedstawiając równie jak i reszta szyjki macicy żadnych zmian chorobowych. Zaś w ogóle ani w pochwie, ani też na macicy nie było żadnych twardości lub nierówności. Cząsteczki narośli przy śledzeniu palcem oddzielone miały podobieństwo mózgu zwierzęcego. Nawet bez użycia wziernika nie trudno było dojść, że narośl ta jest na części pochwowej, a punkt jęj wyjścia stanowić muszą wargi ujścia zewnętrznego macicy wywrócone i przeistoczone.

Wszystkie objawy dotąd opisane łącznie z objaśnieniami, których nam śledzenie dostarczyło, przekonały nas, że mamy do czynienia z naroślą kalafiorowatą macicy (*Blumenkohlgevächs*, *Cauliflower excrescence* Clarke'go). Przy tak znacznej wielkości narośli i ze względu na szybki jęj rozwój trudno było przypuszczać, aby użycie środków miejscowych potrafiło jęj zniszczenie spowodować, a o wewnętrznych środkach mowy być nie mogło, bo ich chora bez skutku żadnego przez czas długi była już używała. Nie chcąc więc skutkiem dalszego rozwoju cierpienia narazić choręj na śmierć niewątpliwą i widząc jedyny sposób powstrzymania postępu choroby w operacyi, postanowiłem ją bez straty czasu wykonać. Zważywszy zaś, że to przypadek ważny i nie często w tym właśnie okresie choroby dla obserwacyi przystępny, zatrzymałem się z operacyą aż do następnej lekcyi kliniczno-gynekologicznej.

Nie idąc za przykładem Mayer'a, który operacyą wykonywa nożyczkami zakrzywionemi, zdecydowałem się dla uniknienia utraty krwi na użycie przyrządu Chassaigna'c'a do odgniatania *écraseur* zwanego. Pomimo to jednakże kazałem, przewidując mo-

żność krwotoku, przygotować rozpalone żelazo, dostateczną ilość waty i półtorochlorek żelaza. Dnia 27 Listopada przystąpiłem do operacyi w przytomności uczniów Akademii z piątego kursu. Po wypróżnieniu pęcherza za pomocą cewnika, a kiszki stolcowej za pomocą lawatyw, ułożono chorą na stole na wznak z nogami w kolanach zgietymi i udami do brzucha zbliżonemi jak do operacyi kamienia i zachloroformowano ją. Aby uniknąć krwotoku jeszcze przed rozpoczęciem operacyi, nie porozrywać narośli i nie narażać chorą na obrażenie od operacyi niezależne, nie ściągnęłem macicy na dół, lecz umocowawszy ją dostatecznie za pomocą kleszczy Muz e u x'go, nałożyłem pętlę z piłki łańcuszkowej utworzoną na część pochwową, nasuwając ją jak najwyżej, o ile to naturalnie bez narażenia sklepienia pochwowego na uszkodzenie przy operacyi skutecznie się dało. Oprowadzenie pętli naokoło narośli przystającą prawie zupełnie do ścian pochwy połączone było z niemałemi trudnościami, a to tém bardziej, że szło głównie o to, aby odjęcie w części zdrowej skutecznie i pętlą fałdu błony śluzowej pochwy nie zająć. Że zaś przypadki tego rodzaju zdarzyć się mogą, nawet najslawniejszym operatorom, świadczy wyznanie Lagenbeck'a który doświadczył tego przy jednej operacyi. Następnie przekonawszy się, że pętla łańcuszkowa objawszy narośl całą, leży na zdrowej części szyjki macicy i że nie więcej nie zajęła, przyciągnęłem ją cokolwiek i przystąpiłem do odgniatania. Aby zaś operacyą podług wszelkich ku temu przepisów wykonać, przyciągałem pętlę wolno, skracając ją co piętnaście sekund o jedno ogniwo. Operacya trwała blisko pół godziny i powiodła się jak najzupełniej, bo odgniecenie nastąpiło w zdrowej tkaninie, a rana obszerna ztąd powstała była równa i i gładka, bez śladu chorobowych nasięków. Podczas operacyi i zaraz po jej wykonaniu nie było żadnego krwawienia, a ponieważ tętno operowanej zaczęło słab-

bnąć i stawać się nieregularném, jeden z uczniów zajmujących się chloroformowaniem zaczął ją cucić, podczas kiedy moim zamiarem było dla bezpieczeństwa zaprowadzić do pochwy zatykało zmaczane w roztworze półtorochlorku żelaza. Może w pięć minut po tak pomyślném dokonaniu operacyi, jeszcze przed zaprowadzeniem zatykadła z waty ukazał się nagle strumień krwi z pochwy grubości pióra gęsiego, podczas kiedy jednocześnie rysy twarzy choréj omdlewającej w sposób przerażający zmienione, a tętno drobne, nitkowate i zaledwie namacalne do szybkiej i stanowczej wzywały pomocy. Nie tracąc czasu przypieklełem niezwłocznie całą ranę bardzo energicznie żelazem rozpaloném poprzednio już przygotowaném, a uczniowie obecni cucili chorą, podając jój obok tego leki orzeźwiające. Za każdym jednakże powrotem operowanėj do przytomności i w miarę podnoszenia się tętna krwotok gwałtowny wznawiał się i dopiero sześciokrotne przypieczenie rozpaloném żelazem zdołało go zatamować stanowczo. Pragnąc jednakże i nadal chorą od podobnego zabezpieczyć przypadku, zatkałem pochwę szczerlnie gąbkami z waty i poleciłem, aby jedna z akuszerok obecnych pozostała przy niéj i wrazie potrzeby niezwłocznie po mnie przysłała. Jeszcze na wpół zemdloną i do najwyższego stopnia osłabioną operowaną przeniesiono ostrożnie na łóżko poprzednio dla niéj przygotowane i przepisano jój eter siarkowy z mawkcem zalecając akuszerce upuszczanie moczu cewnikiem. W kilka godzin po operacyi operowana przyszła zupełnie do siebie uskarżając się tylko na wielkie osłabienie i palenie w pochwie, a wieczorem dnia tegoż znalazłem ją w stosunkowo wcale dobrym stanie. Brzuch był miękki i niebolesny, tętno podniosło się znacznie i uderzało 86 razy na minutę, a stan ogólny nie zdradzał nawet następstw odpowiednich tak wielkiej utracie krwi. Przez następne dwie doby po operacyi stan choréj polepszył się o tyle, że tętno powróciło do

stanu prawidłowego, a chora czuła się pokrzepioną i rzeźwiejszą. Dnia 30 Listopada wyjąłem zatykadło, a przekonawszy się, że żadne krwawienie miejsca nie miało i że rana cała pokryta była grubym bardzo strupem, założyłem świeżą watę do pochwy w oliwie zmazaną w mniejszej nierównie ilości, zachowując i nadal wszelkie dotychczasowe ostrożności i zalecając operowanej spokojność. Im dłużej strup przypieczeniem spowodowany pozostanie w miejscu, tém pewniej spodziewać się można, że krwotok nie powróci, bo naczynie przecięte a komunikujące dawniej z narosłą dozna tymczasem tych samych zmian, jak po podwiązaniu i koniec jego przecięty zarosnie. Sądząc po tęgości i grubości strupa przypuścić można, że przypadek ten będzie tutaj miał miejsce, a wówczas rokowanie stanie się tém pomyślniejsze. Jaki zaś będzie skutek operacyi trudno wprowadzić a nawet niepodobna dzisiaj już powiedzieć, zdaje się wszakże, że powinien być dobry. Przemawia za tém przedewszystkiém ograniczenie miejscowe choroby, dokładne odjęcie narośli i stan ogólny stosunkowo wcale niezły; bo osłabienie ogólne nie podaje wcale w wątpliwość twierdzenia naszego. Wiadomo bowiem, jak prędko kobiety skutkiem znakomitėj siły reprodukcyjnej przychodzą zupełnie do siebie i odzyskują dawne zdrowie po znacznych bardzo i gwałtownych utratach krwi. Nieraz zdarzyło mi się być obecnym i czynnym przy porodach, podczas których krew lała się strumieniem, a jednak te same kobiety w kilka lub kilkanaście dni później krzątały się już około zajęć domowych i nieuskarżały się nawet na zbyt wielkie osłabienie. Z téj więc strony nie mamy się co obawiać o naszą chorą, bo jeżeli tylko krwotoki powracać nie będą, odzyska ona przy pomocy stosownych środków dietetyczno-terapeutycznych w stosunkowo dość krótkim czasie swe siły. Lecz słusznie może zarzucić by mi można, że zbyt śmiało robię wnioski na przyszłość i zapominam, że

cierpienie w mowie będące jako rakowate, powróci prędzej czy później i narazi życie choréj na niebezpieczeństwo. Wprawdzie zdania lekarzy pod tym względem są jeszcze podzielone, bo podczas kiedy jedni żadnej prawie nie widzą pomiędzy naroślą kalafiorowatą i rakiem różnicy, inni, a między niemi i Virchow, do rzędu nowotworów papillarnych (Papillargeschwülste) ją zaliczają; wszakże większość do zdania ostatnich się skłania, z tém jednakże nadmieniem, że narośl ta z postępem czasu ulega częściowo przynajmniej przeistoczeniu podobnemu do tego, jakie w raku wargi dolnej ust napotykamy (Alveolarkrebs), lecz nie sprowadza objawów ogólnych prędzej czy później rakowi właściwemu towarzyszących i jest chorobą tylko miejscową. Są nawet tacy, którzy utrzymują, że narośle te dokładnie odjęte nigdy nie powracają. Jakkolwiek ja przynajmniej bezwarunkowo twierdzić tego nie myślę, trudno jednakże nie wierzyć obserwacyom wiarygodnych lekarzy, których operowane powracały po operacyi zupełnie do zdrowia, i przebywały szczęśliwie porody.

Na poparcie zaś zdania mego dosyć przytoczyć przypadek najslawniejszego niezaprzeczenie dziś żyjącego Gynekologa, Karola Meyera w Berlinie, który operowaną przez siebie kobietę po latach ośmnastu w dobrym i kwitnącym znalazł zdrowiu. Z pomiędzy chorych przezemnie na cierpienie tego rodzaju leczonych, jedna tylko poddaną została operacyi, która o tyle pożądana odniosła skutek, że w dziesięć miesięcy po operacyi nie było recydywy; co się jednak później z tą chorą zrobiło nie umiem powiedzieć, gdyż odtąd nie miałem sposobności jéj widzieć. Wszystkie zaś inne napotykałem z tak już daleko rozwiniętą chorobą, że o operacyi mowy być nie mogło; najmłodsza z nich liczyła lat 27, najstarsza 71, a ta ostatnia umarła nawet skutkiem innéj, od cierpienia miejscowego niezależnej choroby.

Że zaś w przypadku operowanym z naroślą kalfiorowatą, a nie z rakiem macicy mieliśmy do czynienia, o tém świadczy ograniczenie miejscowe choroby na ustach macicy, brak nasięków powyżej punktu jej przyczepienia lub w pochwie, któreby przy tak rozwiniętém cierpieniu niezawodnie istniały; krwotoki gwałtowne naprzemian z wypływem cieczy wodnisto-surowiczęj czasami zakrwawionęj, niecuchnącęj; nieobecność bólów jakichkolwiek w krzyżu lub w dolnej części brzucha i stan ogólny stosunkowo wcale nie zły. Nadto utwierdza rozpoznanie nasze kształt narośli, inne cechy nowotworów tego rodzaju właściwe i badanie drobnowidzowe.

Narośl odjęta, którą Panom mam zamiar okazać, była pierwotnie o wiele większą, lecz zmniejszyła się pod wpływem swęj kruchości, już to skutkiem kilkakrotnego śledzenia już podczas operacyi.

Przypadek co dopiero opisany jeszcze i dla tego zasługuje na uwagę, że krwotok po operacyi nastąpił podaje w wątpliwość mniemanie, jakoby przyrząd do odgniatania zapobiegał zawsze krwotokom, przemawiając jednakże z drugięj strony stanowczo za użyciem jego mianowicie w tego rodzaju przypadkach. Gdybyśmy do odjęcia części pochwowej byli użyli nożyczek, o ileż gwałtowniejszym byłby musiał być krwotok, a każdy mógłby na pewne przypuścić, że ich użycie dało powód do niego i że zastosowanie przyrządu łańcuszowego byłoby niemiłemu temu zapobiegło zdarzeniu.

Użycie pętli galwanicznęj także nie okazało się stosowném w tego rodzaju przypadkach, bo oprócz drogłości ma ona jeszcze i tę niedogodność, że wymaga długich przysposobień, że nieraz podczas działania pętka i że wpływ żaru przez dłuższy czas działającego na części sąsiednie złe skutki za sobą pociągnąć może.

Nadto opis ten jest nowym dowodem, jak przezornym i oględnym powinien być operator, jak obowią-

kiem jego przewidzieć wszystkie możliwe następstwa operacyi i przygotować wszystkie instrumenta i przyrządy, które na pozór może nie są koniecznie potrzebne i nieodzowne, a jednak mogą stać się przydatnemi. Gdyby tutaj nie było pod ręką żelaza, rozpalonego i innych do prędkiego działania potrzebnych przyrządów, mniemam, że operowana byłaby na pewne pierwój ducha oddała, zanim by je przyniesiono i przysposobiono, bo nawet przy tak szybkim i energicznym postępowaniu zaledwie udało nam się usunąć grożące niebezpieczeństwo.

O dalszym przebiegu nie omieszkam w stosownym czasie właściwiej udzielić wiadomości.

Przetoka pochwo-pęcherzowa. — Operacya.

Przez A. Glisczyńskiego.

(Czytano na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego).

Jadwiga C., 30 lat wieku mająca, mężatka, urodziła trzy lata temu dziecko żywe i zdrowe i przebyła półóg jak najszczęśliwiej. Po raz drugi rodziła w Maju tego roku, poród trwał krótko i odbył się szczęśliwie, lecz we trzy dni potém pokazał się odpływ moczu z pochwy. Chora doznając ztąd przeszkody w pracy, z której się utrzymywała, zasięgnęła rady najbliższego lekarza, który jęj do Warszawy udać się polecił. Pierwszych dni Września przybyła chora do Szpitala Dzie-

ciątka Jezus i pomieszczoną została w moim oddziale. Przy śledzeniu wewnętrzném chorąg znalazłem na przedniej ścianie pochwy, zresztą w stanie prawidłowym będącej, przetokę okrągłąwą pochwo-pęcherzową z wymiarem dłuższym mniej więcej cztery linie długim, w kierunku osi pochwy.

Ze względu na niewielką objętość przetoki postanowiłem przypiekać ją od czasu do czasu żelazkiem rozpaloném i tym sposobem, jeżeli się da, sprowadzić zrośnięcie przetoki. Kiedy jednak trzykrotne użycie tego środka żadnego nie sprowadziło polepszenia, a mocz pomimo, że przetoka była nie wielka, w każdém położeniu spływał do pochwy, zdecydowałem się uczynić zadość prośbie chorej i wykonać operacyą, okrwawienie i połączenie brzegów przetoki na celu mającą. Uwzględniając jednakże nie wielką objętość przetoki i nie chcąc jej w razie nieudania się operacyi powiększać, postanowiłem okrwawić tylko błonę śluzową pochwy brzeg przetoki pokrywającą, nie tykając błony śluzowej pęcherza.

Dnia 13 Listopada przystąpiłem do operacyi w przytomności uczniów Akademii. Chora leżała do operacyi na czworakach, jeden z asystentów unosił tylną ścianę pochwy żłobkiem Bozema na, dwaj inni rozszerzali pochwę z boków. Błonę śluzową pochwy stanowiącą brzegi przetoki okrwawiłem dokładnie i obszernie w kierunku podłużnym, a brzegi tak okrwawione połączyłem czterema szwami. Do połączenia użyłem drutów srebrnych, których odpowiednie końce zakreśliłem w sposób dawniej już opisany, starając się o ile możności krew skrzeplą z pomiędzy brzegów połączyć się mających usunąć. Po oczyszczeniu pochwy i części płciowych zewnętrznych ułożono chorą na łóżku ku temu przygotowaném na wznak i wprowadzono cewnik Bozema na do pęcherza, przez który mocz tymczasem tamże nagromadzony strumieniem odpłynął. Przez następne siedm dni po operacyi stan chorąg

nie pozostawiał nic do życzenia, odczynu gorączkowego nie było wcale, mocz ściekał nieustannie przez cewnik, który przeznaczona do tego akuszerka co kilka godzin oczyszczała; a kiedyśmy w dniu ósmym po operacyi druty wyjęli, pokazało się, że brzegi okrwawione i połączone zrosły się zupełnie. Ropienia nie było ani śladu, blizna stanowiła wzdłuż pochwy wydatną wyniosłość, od której wychodziły na boki, jak chorągiewka u pióra, roweczki skośne przez wgniecenie drutów srebrnych utworzone. Operowana pozostała odtąd bez cewnika i oddawała mocz sama, z początku wprawdzie częściej jak za dni zdrowych, po upływie jednakże dni czterech mogła go już przez kilka godzin zatrzymać w pęcherzu. Ponieważ kilkakrotne śledzenie operowanej o jej zupełném wyleczeniu mnie przekonało, pozwoliłem jej dnia 30 Listopada wyjść ze Szpitala.

W. 1. Nagroda Między państwami za najlepsze dzieło w dziedzinie fizjologii i anatomii, czy to drukiem ogłoszone, czy w rękopiśmie. Nagroda ma być nadawana na ręce Sekretarza Akademii przed pierwszym Kwartalem każdego roku.

W. 2. Nagrody Między państwami za najpożyteczniejsze odkrycie w dziedzinie Terapii, albo sposobu postępowania zmniejszającego szkodliwy wpływ na zdrowie zatrutienia do niektórych rodzajów przyswajanych. Liczba nagród jest nieograniczona; wysokość ich zaś nie zawsze jest jednakowa.

W. 3. Nadanie lekarskie za rok 1884: historia Pellagry. Szczególniej zwrócić uwagę na te okoliczności, w których Pellagra pojawia się albo też pojedynczo występuje; dalszy wykaz związek jej ze złoconiami anemii i porażeniami, w konsekwencji zwrócić uwagę na przyczyny oraz sposób zapobiegania i leczenia wspomnianego cierpienia. Nagroda 5000 franków.

W. 4. Nadanie lekarskie za rok 1885: zastosowanie elektryczności do leczenia chorób. Przysięgam należy opisać najciekawsze używane, sposób ich użycia i działania fizjologicznego. Ogłoszone wypadki co do zastosowania elektryczności w cho-

IV.

WIADOMOŚCI Z PISM ZAGRANICZNYCH.

*Zadania konkursowe wyznaczone przez francuską
Akademię Umiejętności na lata 1861—66.*

Nr. 1. Nagroda Montyona za najlepsze dzieło w zawodzie fizjologii doświadczalnej, czy to drukiem ogłoszone, czy w rękopiśmie. Nagroda medal złoty, wartości 800 franków. Dzieła mają być nadsyłanemi na ręce Sekretarza Akademii, przed pierwszym Kwietnia każdego roku.

Nr. 2. Nagrody Montyona za najpożyteczniejsze odkrycie w dziedzinie Terapii, albo sposobu postępowania zmniejszającego szkodliwy wpływ na zdrowie zatrudnień do niektórych rzemiosł przywiązanych. Liczba nagród jest nieograniczoną; wysokość ich zatem nie zawsze jest jednakowa.

Nr. 3. Zadanie lekarskie za rok 1864: historia Pellagry. Szczególniej zwrócić uwagę na te okolice Francyi, w których Pellagra panuje albo też pojedynczo występuje, dalej wykazać związek jęj ze zboczeniami umysłowemi i porażeniami, w końcu zwrócić uwagę na przyczyny oraz sposób zapobiegania i leczenia wspomnionego cierpienia. Nagroda 5000 franków.

Nr. 4. Zadanie lekarskie na rok 1866: Zastósowanie elektryczności do leczenia chorób. Przytem należy opisać narzędzia używane, sposób ich użycia i działania fizjologicznego. Ogłoszone wypadki co do zastósowania elektryczności w cho-

robach, zwłaszcza układu nerwowego, mięśni, oraz naczyń krwistych i limfatycznych mają być zebranemi i rozwiniętymi, a wypadki dawniej otrzymane należy sprawdzić krytycznie. Szczególniej pożądanem jest wyświetlenie różnicy co do wskazań użycia prądu ciągłego i przerywanego, Nagroda 5,000 franków.

Nr. 5. *Zadanie chirurgiczne.* O utrzymaniu członków przez zachowanie okostnej. Nagroda wyznaczona przez Akademią w ilości 10,000 franków, z powodu praktycznej ważności przedmiotu przez wspaniałomyślność Cesarza została podwojoną.

Nr. 6. *Zadanie A l h u m b e r t a z nauk przyrodzonych:* Nowe badania mające na celu wyświetlenie tak zwanego samorodztwa (*generatio spontanea*). Szczególniej należy zwrócić uwagę na wpływ ciepłoty i innych działaczy fizycznych na żywotność i rozwój zarodka tak zwierząt, jako i roślin niższej ustrojenności. Rozprawy drukowane lub w rękopismach mają być nadesłanemi najdalej do 1 Października 1862 r. Nagroda medal złoty wartości 2,500 franków.

Nr. 7. *Nagroda B a r b i e r a* 2,000 franków. Autorowi najlepszej pracy z zakresu Chemii lekarskiej lub botaniki.

Nr. 8. *Nagroda B r é a n t a* — 100,000 franków. Za wynalezienie postępowania, któreby w cholerye zdołało większej połowie chorych z pewnością życie ocalić.

Jeżeliby ta nagroda nikomu nie została udzieloną, to procent roczny w ilości 4,000 franków ma być przyznany Autorowi, który wykaże, że pewne istoty znajdujące się w powietrzu wywierają ważny wpływ na powstawanie i szerzenie się epidemii.

Jeżeli nie będzie żadnej pracy w tym przedmiocie zasługującej na nagrodę, ta ma być przyznana wynalazcy pewnego postępowania przeciw długotrwałym chorobom skórnyom, albo Autorowi najlepszej rozprawy, co do przyczyn tychże.

Zachowanie się chemiczne błon rzekomych (Pseudomembranae).

Na jedném z posiedzeń Akademii Umiejętności w Paryżu podał Ozanam wypadki swoich spostrzeżeń nad zachowaniem się chemiczném błon rzekomych względem różnych odczynników. Oto treść wspomnianych spostrzeżeń:

Woda. Nawet po 24 godzinach barwa i postać błon nie zmieniona, lubo dobrze rozmiękczone, wyjmować je można w dość dużych platach.

Chlor. Rozkład blaszkowaty po 5—6 godzinach.

Rozczyn bromu w wodzie ($\frac{1}{1000}$) rozpad zupełny w ciągu godziny.

Rozczyn chloru i bromu (po $\frac{1}{1000}$) w ciągu 2—3 godzin rozpad wyraźniejszy niżli z samym bromem.

Rozczyn chloru i jodu (po $\frac{1}{1000}$) po 5 godzinach żadnej zmiany.

Kwas siarczany czysty rozmięknienie żółtawe wkrótce następujące.

Kwas fosforny czysty, po kwadransie zupełna przezroczystość bez rozmięknienia.

Kwas chlorowodowy czysty, w ciągu minuty przezroczystość bez rozmięknienia, po kwadransie znaczne rozmięknienie lecz bez zmiany postaci.

Kwas chlorowodowy rozcieńczony (do $\frac{1}{3}$) rozmięknienie w ciągu 24 godzin.

Tenże sam kwas rozcieńczony (do $\frac{1}{1000}$) taki sam skutek po 2ch dniach.

Kwas fluorowodowy czysty w ciągu 2ch godzin lekkie stwardnienie bez przezroczystości.

Kwas cytrynowy, mocny rozczyń, po 12 godzinach zmięknienie i pół przezroczystość błon.

Rozczyn potażu ($\frac{1}{10}$) po kwadransie zbledniecie, przezroczystość i lekkie zmięknienie, po 12 godzinach zmięknienie wyraźne, po upływie 24 godzin prawie niepodobna rozpoznać co to jest.

Rozczyn sody ($1/_{10}$) po godzinie zmięknienie i zupełna przezroczystość, po 12 god. zupełne rozpuszczenie.

Ammoniak (21°) po kwadransie mocniejsze rozmiękczenie niżli w potażu, ale bez przezroczystości.

Rozczyn baryty ($1/_{10}$) po 12 godz. rozmięknienie i rozpad; po 24 godz. zupełne rozpuszczenie.

Chloran potażu, mocny rozczyń, po 2ch dniach żadnego działania, po 3—4 rozpuszczenie.

Półtorochlorek żelaza (21_0) i *dwuchlorek rtęci* stwardnienie bez rozkładu.

O z a n a m robił doświadczenia i z innemi jeszcze solami; jako wypadek badań swoich podaje: że chcąc na błony działać rozpuszczająco alkaliom należy się pierwszeństwo przed kwasami, i to w następującym porządku: Ammoniak, Soda, Dwuwęglan sody, Mocznik, Wodosinian potażu, Chlorek potażu, Bromek, dalej Węglan potażu, Fosforan sody a w końcu dopiero Chloran potażu.

Chcąc wywołać rozpad błon należy wybrać Chromian bromu, Brom, albo Chlor.

Jod, Półtorochlorek żelaza, Dwuchlorek rtęci i Chrom wywołują stwardnienie błon, a później dopiero rozpuszczają je bez rozkładu. Badania chemiczne dają tylko małą skazówkę; rozstrzygającym być może tylko badanie kliniczne.

(Gazette de hôpitaux 1861. Nr. 9 i 10).

Kilka słów o operacjach zwanych podokostnemi.

W najnowszych czasach zaczęto wiele mówić i pisać o operacjach, przy których wydobywając kości, pozostawia się okostną, aby w ten sposób ułatwić odrodzenie kości, podobnie jak wyrasta paznokieć wyrwany, jeżeli macica jego (matrix) pozostała. Sposób wspomniony rozgłosiły wszystkie prawie

dzienniki lekarskie, niemieckie i francuzkie i dziś wiadomo już o wielu przypadkach w których cel pożądaný został osiągnięty. Prof. Schuh w czasopiśmie: *Oesterr. Zeitschrift f. prakt. Heilkunde* (1860, 46) podaje o tym sposobie co następuje.

Blizsze zastanowienie się przekonywa, że odkrycie to nie jest wcale nowém, a z drugiej strony to co rzeczywiście jest nowego nie przynosi tych skutków, jakie mu przypisują, albo też to, co podają, jest prawie niemożliwém do wykonania.

Co do pierwszego Autor przypomina, że już oddawna przy operacyach na kościach wykonywanych zgrubiałą okostną, jeżeli się to dało wykonać, oddzielano w celu pozostawienia jej, tém więcej zaś jeżeli ta już w części była oddzieloną i pokrytą brodawkami mięsnymi lub nawet ślady kostnienia pokazywała. Tak postępowano przy obumarciu (necrosis) żeber, że przy wycięciu kości zajętej oddzielano okostną w celu zapobieżenia dostaniu się powietrza do klatki piersiowej; tak samo też każdy rozsądny chirurg wydobywając części kości spruchniałej starał się pozostawić okostną, ażeby próżna cewka wypełniła się tkanką łączną kostniejącą, tak samo wreszcie postępowano przy wycięciu lub wyłuszczeniu części lub całej szczęki dolnej, że okostną już oddzieloną lub łatwą do oddzielenia pozostawiano, żeby stwardniały wysięk zastąpił szczękę. Jedynym postępem jaki nowsze czasy zrobiły jest to, że przy ostatniej operacyi, częściej niżli dawniej wystrzegają się zranienia twarzy i wyłuszczenie robi się zwykle ile możności z jamy ustnej, jeżeli okostna w skutek zapalenia jest zgrubiałą i łatwiej się oddziela lub też przy nowotworach łagodnych.

We wszystkich przypadkach, gdzie kość nie oddziela się sama łatwiej niżli w stanie prawidłowym, niepodobna prawie wyłuszczyć kości z utrzymaniem okostnej. Nawet na trupie udaje się to tylko w niektórych miejscach, gdzie się mięśnie nie przyczepiają. Przypuściwszy wreszcie, żeby się udało z trudem i mozołem okostną w większej przestrzeni oddzielić, cóż z niej przyjsć może, kiedy będzie pogniecioną, poprzerywana i ponacinana, kiedy powstaje zwykle zapalenie i ropienie. Pamiętać też należy, że nawet tam gdzieby się udało

wyłuszczyć w całości kość, nie odrodzi się ona na długość i grubość odpowiadającą wydobytej, jak to udawało się niekiedy Dr. Heinemu w Würzburgu przy doświadczeniach robionych na zwierzętach. Okostna u ludzi nie wynagrodzi wszystkiego, co zostało utraconém, a zaczémby tkanka świeżo utworzona stwardniała, ściaga się przestrzeń w której kość ma się utworzyć, i kość odtworzona nie odpowie we wszystkich wymiarach straconej, zwłaszcza gdy wokoło tworzy się tkanka bliznowa. Dla tego po wyłuszczeniu szczęki broda zapada, po wyłuszczeniu kości długich kończyna się skraca i t. d. Dal-
 sze spostrzeżenia pod tym względem może nam wykazać wię-
 ciej korzyści tego sposobu postępowania.

OGŁOSZENIE

CESARSKO-KRÓLEWSKIĘJ WARSZAWSKIĘJ MEDYKO- CHIRURGICZNĘJ AKADEMII.

Cesarsko-Królewska Warszawska Medyko-Chirurgiczna Akademia podaje do publicznej wiadomości, że w dalszém rozwinieciu czynności Kliniki Chirurgicznej przy Szpitalu Dzieciątka Jezus urządzonej, otwartém już zostało tak zwane *Ambulatoryum* chirurgiczne.

Chorzy wszelkiego rodzaju chorobami chirurgicznymi dotknięci zgłaszać się mogą do Ambulatoryum w Poniedziałki, Środy i Piątki od godziny 12ej do 1ej. Otrzymają tam wszelką pomoc chirurgiczną na miejscu, a w razie wypadków ważniejszych, dłuższego leczenia, lub większych operacyj chirurgicznych wymagających, stosownie do ich życzenia, w Klinice pozostaną.

Dla tém ściślejszej kontroli chorych w Ambulatoryum leczonych, dopilnowania i wykonania danych im przepisów, każdy z nich otrzyma stosowną kartę ambulatoryjną, z którą na następne porady do Kliniki przybywać będzie.

Przy téj sposobności Professor Kliniki Chirurgicznej uprasza Panów Kolegów Lekarzyw Warszawie i na prowincyi zamieszkałych, aby chorych tak zwanych chirurgicznych, w rzadkich, wątpliwych, i ważniejszych operacyj chirurgicznych wymagających wypadkach, do Kliniki Chirurgicznej i Ambulatoryum odsyłać raczyli.

SPIS RZECZY

ZAWARTYCH W TOMIE IV SERII III.

(O gólnego zbioru T. XLVI).

Str.

A). ROZPRAWY I PISMA WŁASNE.

O położowym zakrzepie i zapaleniu żył, napisał L. A. Neugebauer	1
Słowo o operacjach wcielonych do okulistyki w ciągu lat ostatnich, napisał Xaw. Jasiński	121
Uwagi o wykładzie medycyny publicznej w Uniwersytecie paryzkim i niektórych niemieckich, napisał Stanisław Janikowski	153
Położenie płodu w macicy, przez L. A. Neugebauera	217
Diphtheritis według dzisiejszego stanowiska naszych o niej wiadomości, przez L. Darewskiego	281

B). POSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Przypadek pyemii położowej, przez L. A. Neugebauera	57
Padaczka. Przypadek opisany, przez Ben. Rosenbluma	65
Sprawozdanie z czynności lekarskich w oddziale chirurgicznym kobiet Szpit. Dz. J. za r. 1860, przez A. Glisczyńskiego	70
Narośl kalaforowata części pochwowój macicy; przez tegoż	365
Przetoka pochwo-pęcherzowa; przez tegoż	363

C). SPRAWOZDANIA Z DZIEŁ I ROZPRAW.

Beobachtungen und Untersuchungen aus der Gebäran-

	Str.
stalt zu München. Leipzig, 1861. Sprawozdawca Stan. Janikowski	267
Zehnter Bericht über das gymnastisch-orthopädische In- stitut in Berlin	341
Streiflichter und Schlagschatten auf dem Gebiete der Or- thopädie przez Dra Wildberga. Sprawozdawca Wład. Ściborowski	350

D). WIADOMOŚCI Z PISM ZAGRANICZNYCH.

Sprawozdawca Wład. Ściborowski.

Budowa jajnika	112
Obecność ropy w powietrzu	114
O ozonie	114
Uwagi nad odchodami połogowymi	116
O wzroście kości długich	118
Zachowanie się nerwów w narosłach rakowatych	119
Użycie gliny przeciw wysypkom wilgotnym i potem cuchnącym	148
Wpływ tłuszczów na rozpuszczalność kwasu arsenawego	149
Radix Ginseng	150
Coal-tar	151
Woda wawrzynowiśni dla zniesienia woni tranu rybiego	152
Dyzenterya przy chorobie Brighta	210
Doświadczenia co do powstawania mocznicy	212
Leczenie wilka (lupus) za pomocą galwanokaustyki	213
Działanie niektórych środków moczopędnych	215
Zadania konkursowe wyznaczone przez francuską Aka- demię Umiejętności na lata 1860—1866	366
Zachowanie się chemiczne błon rzekomych	368
Kilka słów o operacjach zwanych podokostnemi	369

E). TŁUMACZENIE.

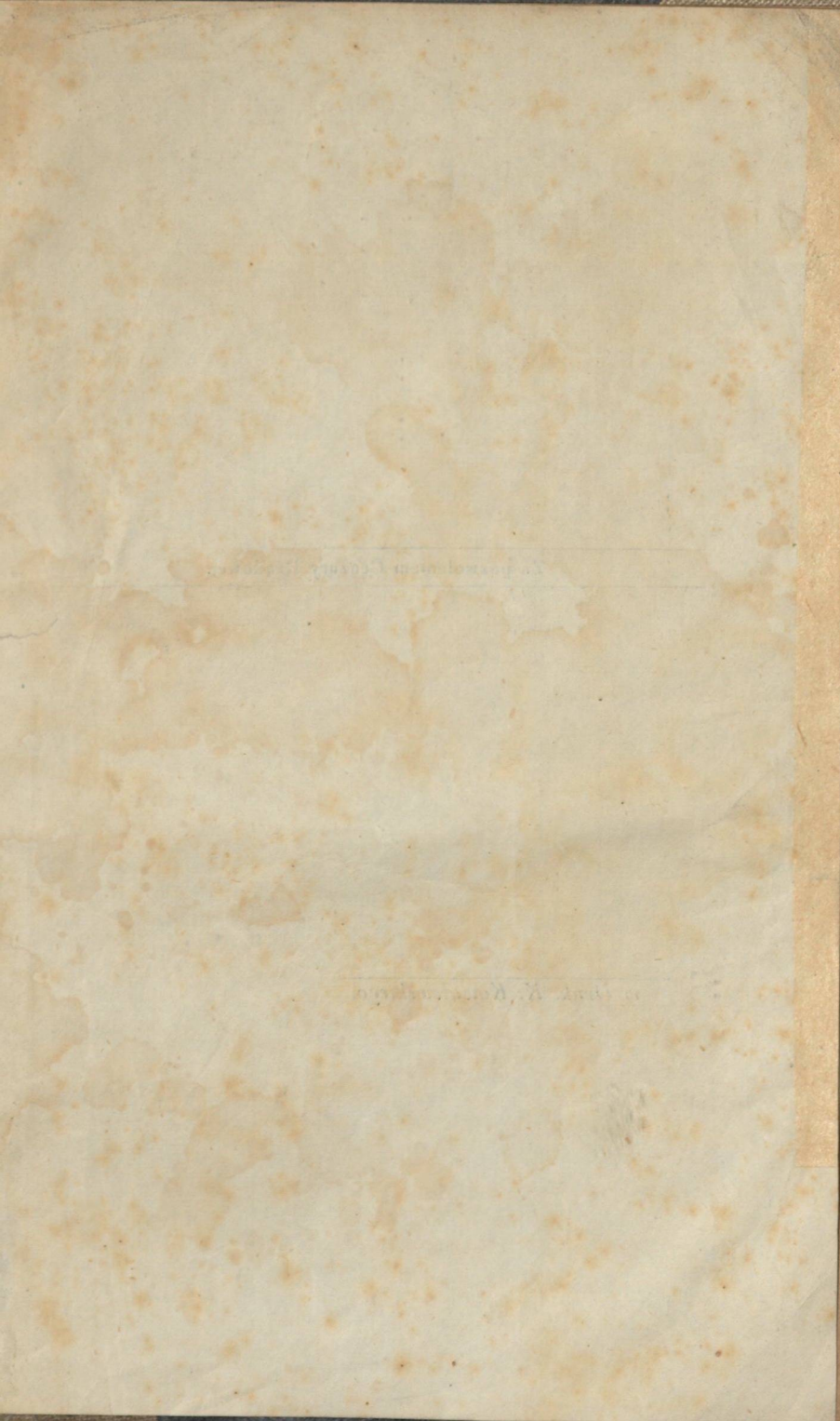
Ból kości ogonowej (Coccyodynia) z wykładów Dra Sim- pson, tłum. Dr Kułski	188
---	-----

F). POSIEDZENIA TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO	107; 110
--	----------

G). OGŁOSZENIA CES.-KRÓL. WARSZAWSKIEJ MED. CHIR. AKADEMII	120; 372
---	----------

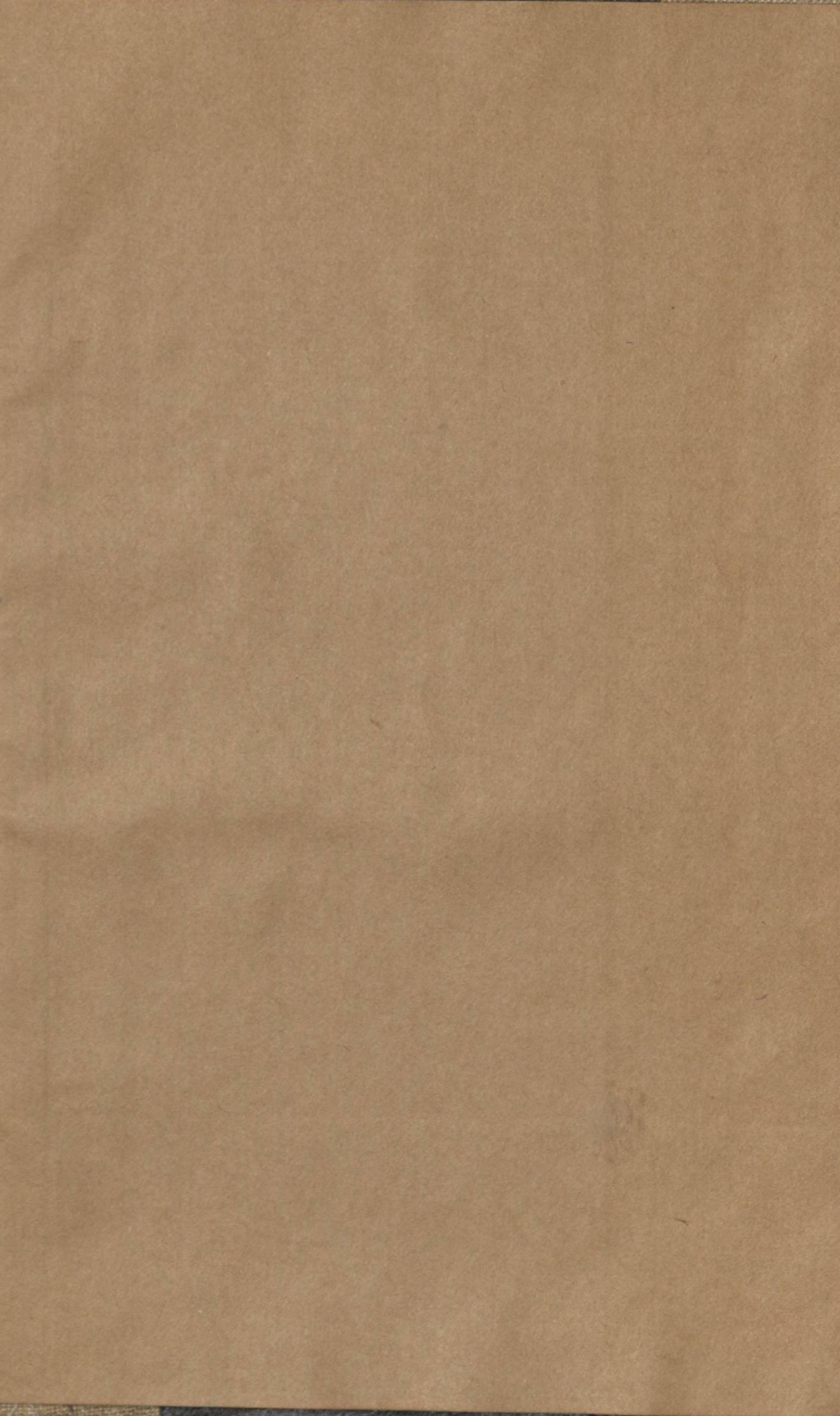
H). WETERYNARYA.

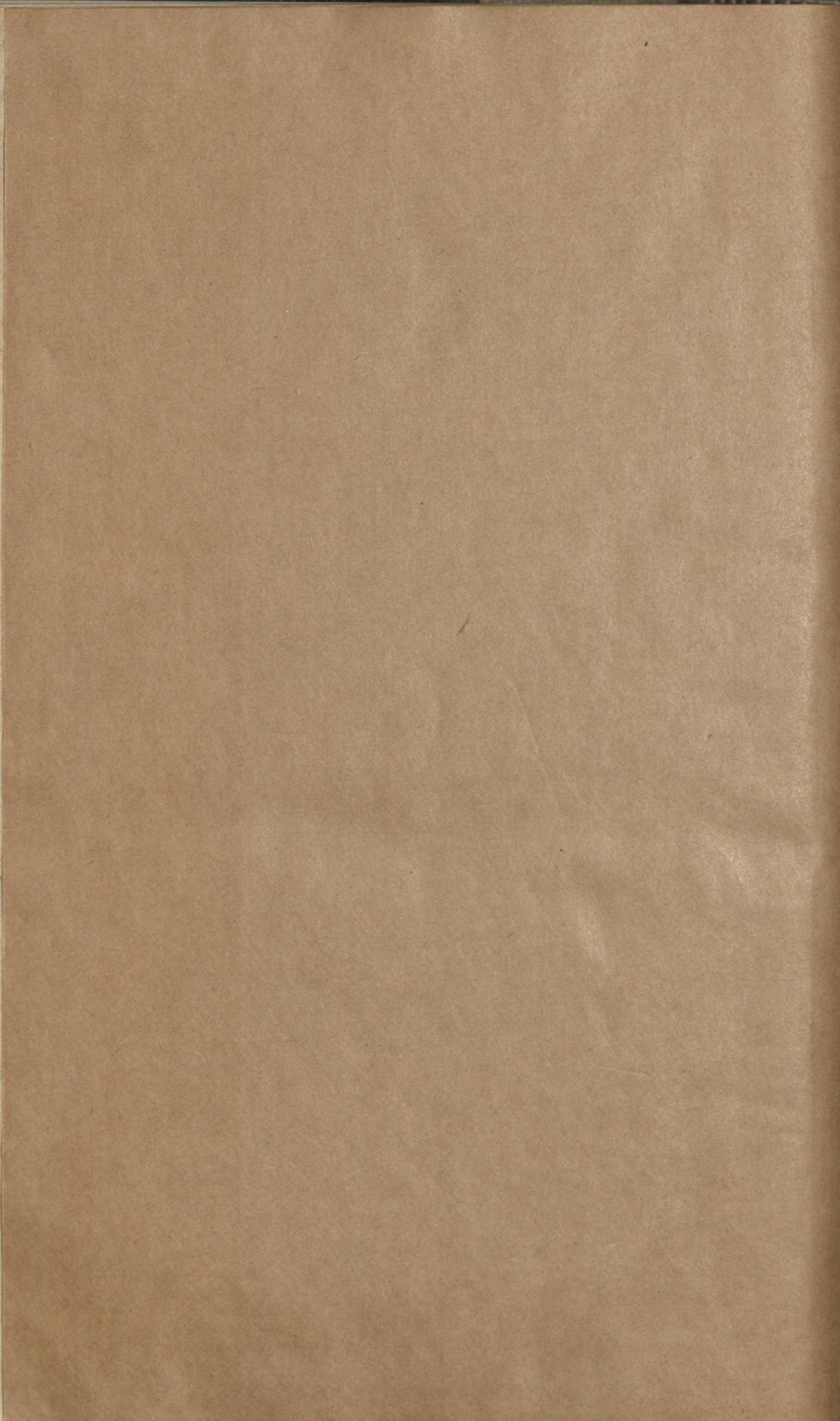
Kastracya krów przez pochwę maciczną, napisał Piotr Seifman	83
--	----



Za pozwoleniem Cenzury Rządowej.

w Druk. K. Kowalewskiego.







Uniwersytet Medyczny w Lublinie
nr inw.: CZ14b - 419



BG 90588/1861/46/1-12