

EXPEDYCJA
w Księgarni M.
Orgelbranda kra-
kowskie-Przedmie.
Nr. 1 nowy.

KLINIKA.

Wychodzi
w Czwartek ka-
dego tygodnia.

TYGODNIK LEKARSKI.

w Warszawie: { Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10)
Półrocznie „ 2 k. 50 „ 16 „ 20)
Kwartalnie „ 1 k. 25 „ 8 „ 10)

na Poczcie: { Rocznie rsr. 6 (40 złp.)
Półrocznie „ 3 (20 złp.)
Dodatek: { w Warszawie rsr. 2 rocznie
na Prowincji „ 2 kop. 30

TREŚĆ. — Wykłady kliniczne. Suchoty płucne i gruźlica. Z odczytów klinicznych *Oppolzer'a* przetłómaczył i przypiskami pomnożył Dr. *Władysław Rudnicki* z Kamieńca. (Ciąg dalszy). — Dodatek do kilku uwag o leczeniu w Busku. Przez D-ra *F. Głogowskiego* z Lublina (Ciąg dalszy). — Przegląd Literatury Lekarskiej. *Gynekologia*. Przyczynki do oznaczenia prawidłowego położenia zdrowej macicy. (Spraw. *J. Kondratowicz*, Assystent kliniki położniczej uniwers. Warszaw.) (dokończenie). — Kronika miejscowa. Szpitale w Królestwie Polskiem. — Bibliografia.

WYKŁADY KLINICZNE.

Suchoty płucne i Gruźlica.

Z odczytów klinicznych *Oppolzer'a* przetłómaczył i przypiskami pomnożył

Dr. Władysław Rudnicki z Kamieńca.

(Ciąg dalszy, patrz Nr. 21—26, T. VIII i Nr. 1—3, T. IX).

Jakkolwiek dokonane w ostatnich czasach prace, dotyczące rozwoju gruźlicy, niewątpliwie dowiodły, że zarówno istoty rozpadowe, jako też inne obce ciała, do krążenia cieczy odżywczych wprowadzone, na powstanie rzezonnej niemocy wpływają, to jednakże żaden z badaczy, pod wpływem wrażenia, jakie upadek teorii *Laennec'a* wywołać oczywiście musiało, nie zwrócił dotąd należytej uwagi na niektóre, same przez się niezbyt ważne napozór zboczenia w narządzie oddychowym, które jednakże o ile nam się wydaje bezpośrednio, do gruźlicy prowadzić mogą.

Przy sądowych oglądach zwłok osób zupełnie przedtem zdrowych, a gwałtownej śmierci uległych, niejednokrotnie zdarza się widzieć płuca, w których oprócz mniej, lub więcej zadawnionego nieżyty w tchawicy i grubszych oskrzelach, żadnych innych wybitniejszych zmian nie napotyamy. Płuca takie bywają zwykle za zupełnie zdrowe uznane. Przy dokładniejszym jednak badaniu, w miąższu płucnym, otaczającym zajęte przez sprawę nieżytywą oskrzela, zdarza się dostrzedz szarawe punkciki, nieodznaczające się jeszcze ową zbitością, jaką posiadają gruźelki wykształcone, pod drobnowidzem atoli przedstawiające znany powszechnie obraz gruźelka, mianowicie gromadę ciałek, ułożonych w taki sposób, że stanowi ona mniej więcej kulę, której granice bądź prawidłowo określone zostają, bądź też rozciągają się bez określonego porządku w tę i ową stronę. O ile w każdym wykształconym gruźelku środek jego zajmuje zwykle masa rozpadowa, o tyle w takim niewykształconym, młodym utworze, ciałka zajmujące jego środek, odznaczają się zupełną wyrazistością obrysów (*contours*), bywają zwykle większe od tych, które leżą dalej od środka, posiadają kształt podłużny, gdy tamte zgoła do ciałek limfatycznych są podobne, niekiedy zaś wielkością swoją te ostatnie w trójnasób prawie przewyższa-

ją. W łonie takich ciałek dostrzegamy też niekiedy jedną lub dwie komórki potomne.

Jedna z najważniejszych i najstarszych cech przewlekłego nieżytu oskrzeli, bez względu na to, czy takowy początkowe tylko rozgałęzienia ich, wraz z tchawicą zajmuje, czyli też najdrobniejszych gałązek dosięga, jest stan zapalny torebek śluzowych. Stan ten odznacza się przede wszystkim podnieconą nadmiernie płodnością wysięlającego rzeczone torebki nabłonka walcowatego, tak dalece, że zamiast jednej prawidłowej, tworzą się w niej liczne warstwy tegoż, które po niej jakimś czasie nie tylko wypełniają sobą zupełnie całe wnętrze torebki, ale ją rozszerzają do takiego stopnia, iż zajmuje ona o kilka razy większą przestrzeń, niż w stanie prawidłowym, niekiedy zaś prawdziwie olbrzymich rzeczy można dosięgać rozmiarów. Zboczenie to obejmuje zarówno przewód torebki, jako też gronka jej, z których niektóre leżą nie nad, ale pod błoną miesną oskrzeli, a tem samem z zaoskrzelową i międzypęcherzykową tkanką płuc nader blisko graniczą. Jednocześnie odbywa się w samej błonie śluzowej oskrzeli przepacanie zapalne ciałek białych krwi, oraz rozpladanie się prawidłowo w błonie tej złożonych ciałek, jak się zdaje mających znaczenie młodych, zapasowych ciałek nabłonka migawkowego. Skutkiem ucisku wywartego na siateczkę rusztowania (*Gerüst*) błony śluzowej, której włókna bardziej do siebie zbliżone, stanowią ścianki torebki, z jednej strony przez nagromadzone w około ciała ropne, z drugiej zaś, mianowicie od wnętrza, przez pomnożone ciała nabłonka walcowatego, następuje zanik owych włókienek, tak dalece, że w wypadkach długotrwałej sprawy chorobowej, jedne i drugie ciała nie tylko mogą bezpośrednio stykać się, ale i mieszać z sobą, co też istotnie miewa miejsce. Pomiędzy ciałkami nabłonka torebkowego, jakkolwiek bardzo rzadko, znajdujemy jednakże zabłąkane ciała ropne, pomiędzy temi ostatnimi zaś, zwłaszcza w pobliżu granic gronek, daleko częściej dają się napotykać ciała walcowate, które widocznie z torebki wywędrowały, nieczem bowiem nie różnią się one od tych, jakie ją wypełniają.

Ograniczająca się z początku na samej tylko błonie śluzowej sprawa zapalna, z biegiem czasu rozszerza się na wszystkie warstwy, stanowiące ściany oskrzelowe, dosięga tkanki zaoskrzelowej i w końcu na tkankę międzypęcherzykową płuc przechodzi. Gdziekolwiek zaś dosięgnie, tam wszędzie dostrzegamy nasiek zapalny, *respective* wędrowkę ciałek ropnych, wśród rozpulchniającej się jednocześnie tkanki łącznej.

Tym sposobem nie tylko drogą naczyń chłonnicowych (limfatycznych), co jest nader możebnem, ale też tą samą drogą, którą wędrują ciała ropne nasieku, wraz z niemi dostać się mogą do miąższu płuc zapalnie podrażnione ciała nabłonkowe, pochodzące z torebek śluzowych. Rzeczą jest niewątpliwą, że w razie rozszerzania się sprawy zapalnej od oskrzeli ku miąższowi płuc, przede wszystkim rozpulchnia się zajęta ową sprawą tkanka łączna, następnie zaś pojawiają się pośród niej ciała ropne, których liczba największą jest zawsze w błonie śluzowej i podśluzowej, w kierunku zaś rozszerzania się sprawy zapalnej, coraz bardziej się zmniejsza. Okoliczność ta wszakże nie tylko na przeszkodzie nie stoi, ale przeciwnie ułatwia wędrowkę ciałek nabłonka. Jeżeli przeto jedno, lub kilka takich ciałek, podrażnionych zapalnie, zawędruje do miąższu płuc i utkwii w tem, lub owem miejscu, tedy zachodzi pytanie: czyli się one tam obojętnie zachowywać mogą, lub też czyli obecność ich zdolną jest jakowe wywołać zmiany?

Z najnowszych badań nad sprawą zapalną wogóle dokonanych,

przekonywamy się, że jedną z najwybitniejszych cech podrażnienia zapalnego drobin histologicznych, jest podniesiona ich płodność, która też w obecnym przypadku jak najniewątpliwiej się potwierdza olbrzymim niemal rozpadaniem się nabłonka torebek śluzowych. Wiadomo dalej, że nawet wycięte cząstki zdrowych tkanek, przeniesione na inne, sprawą zapalną dotknięte tkanki, same jej ulegają; że zatem żywa, zapalnie podrażniona drobina, jako cząstka odpowiedniej tkanki, przeniesiona na tkankę zdrową, gdzie przytém znajduje wszystkie warunki życia jej podtrzymujące, takż sam wpływ wywrzeć może, to zdaje się najmniejszej nieulegać wątpliwości. Warunki te, obok innych (np. ciepłota) zależą tu na tem, że śród rozpulchnionej tkanki, płyn odżywczy w stan szybszego nawet jak w stanie prawidłowym ruchu wprowadzonym zostaje, co jak wiadomo, sprzyja do odzyskania objawów żywotnych przez takie nawet drobiny histologiczne, które w przeciwnym razie objawy te utraciły. Z drugiej zaś strony wiemy przecie, że ze wszystkich tkanek, nabłonek wszelkiego rodzaju największą niemal odznacza się płodnością, odpowiadającą właśnie fizjologicznemu jego przeznaczeniu.

Rzecz tedy oczywista, że obecność zapalnie podrażnionych ciałek nabłonka w miąższu płucnym, nietylko może, ale prawdopodobnie musi wywołać następujące zmiany: najpierw działać one mogą jako ciała obce, a tem samem zapalenie miejscowe wywołać, lub je spotęgować; powtórze działać mogą, jako bezpośredni przenośnik zapalenia, jakby rodzaj zarazku; wreszcie same przez się rozwijać one mogą dalej czynności swe patologiczne, przedewszystkiem zaś rozpadać się, a tem samem dać początek nowotworowi, z którego pod wpływem odpowiednich warunków miejscowych (bujań tkanki łącznej podrażnionej sprawą zapalną) powstanie w końcu własną swoją siateczką przeplecioną gromada ciałek, stanowiących wykształcony gruzełek. Do utworzenia tej gromady przyczynić się mogą ciała ropne zarówno wędrujące z miejsc poprzednio sprawą zapalną objętych, jako też pochodzące z naczyń oplatających miejsce usadowienia się bodźca zapalnego. Jeżeli zaś ciała owe, w zetknięciu z ciałkami nabłonka, w myśl niektórych uczonych (*Pagenstecher*, *Biesiadecki* i i.) same własności jego przybiorą, to w każdym razie powyższą drogą wykształcony gruzełek, niczem innem nie będzie, jak tylko rakowcem (*epithelioma sui generis*), którego dalsze przeobrażenia w ten sposób, także jak najłatwiej pojąć się dadzą. Wiadomo, że śluz jest tylko wytworem prawidłowego (fizjologicznego) rozpadu, tak zwanego zeszluznienia komórek nabłonkowych w torebkach śluzowych. Rozpad ten następuje po zupełnem dojrzeniu komórki, a więc u najstarszych wiekiem. W gruzelku, komórki takie zajmują właśnie jego środek. Rozpadając się tedy mogą one dać początek rozmiękczeniu gruzelka i wszystkim przeobrażeniom następowym, które i zwykłym, większym rakowcom są wspólne.

Drobnowidzowy obraz gruzelków, usadowionych zwłaszcza w naczyniach chłonnicowych (limfatycznych), zdaje się rażąco przemawiać za nabłonkowym ich początkiem; w ogóle zaś w płucach objętych niewątpliwą gruzlicą, wszystkie powyżej opisane zmiany w błonie śluzowej i torebkach oskrzeli, daleko wybitniej występują. W nowszych czasach wykonane zostały niektóre doświadczenia, które również zdają się potwierdzać powyższy sposób powstawania gruzelków. Między innemi, prof. *Eck* w Petersburgu, otrzymywał na świnkach morskich zupełnie rozwinięte rakowce, po zaszczepieniu pod skórę nabłonka, zeszkrobanego z kiszek cienkich. Płwocina zawierająca ciała nabłonka walcowatego, otrzymana z płuc dotkniętych przewlekłym nieżytem, wydaje niekiedy także podobne wypadki.

Mimo to wszystko, nie taimy tego bynajmniej, że przypuszczenie nasze, bardziej szczegółowemi niepoparte badaniami, których w obecnej chwili sami podjąć nie możemy, pozostać musi także przypuszczeniem tylko. W każdym razie sądzimy, że za niem więcej przemawia danych anatomicznych, niż za przypuszczeniem *Waldenburg'a*, i bylibyśmy szczęśliwi, gdyby czyjekolwiek ściśle naukowe poszukiwania albo myśl naszą zgola obaliły, albo ją na bardziej stanowczych rozwinęły podstawach. Że zaś w każdym razie nie jest to jedyny rodowód gruźlicy, że istnieć mogą liczne inne jej źródła, o tem zgola nie wątpimy. (przyp. *Łłomacza*.)

Aż do najnowszych czasów, wszyscy prawie pisarze uważali gruźelki jako *nowotwory*; dokonane atoli dzisiaj badania, zaledwie pozwalają usprawiedliwić podobny pogląd, przedewszystkiem zaś poszukiwania *Waldenburg'a* zniewalają do przypuszczenia: że gruźelki stanowią wynik wchłonięcia do krwi cząsteczek ciał obcych. Jakkolwiek byśmy sobie sposób ich powstawania wystawiali, w każdym razie przypuścić musimy, że przyczynę rozwoju stanowi pewne podrażnienie (*Irritament*), z obecnością obcego ciała związane, działającego bądź czysto mechanicznie, bądź też w jakikolwiek odmienny sposób. Gruźelki zatem stanowiłyby tylko ogniska podrażnienia (*Reizungsheerde*) i w tem znaczeniu zbliżałyby się do utworów zapalnych (*Waldenburg*). Na podstawie najnowszych prac swych, dotyczących gruźlicy, *Lebert* doszedł również do wniosku, że gruźelki niczem innem nie są, jak utworami zapalnymi. (d. c. n.)

DODATEK DO KILKU UWAG O LECZENIU W BUSKU.

(ZAMIESZCZONYCH W KLINICE Z R. 1870 T. VI. NR. 6)

przez D-ra **F. Głogowskiego** z Lublina.

(Ciąg dalszy, patrz Nr. 1, 2 i 3.)

Po przeczytaniu tych warunków, ostatecznie niczego nie nauczających, nie można odmówić prawdziwej dyplomatycznej wartości następującemu zwrotowi autora: „Niekórzy lekarze, pomiędzy nimi uczony *Ricord* jakkolwiek przyznają, że wody siarczane lepiej od innych sposobów wykazują stanowcze wyleczenie syfilityczne, nie przyznają jednak tego w tym stopniu, jak my to utrzymujemy. Pochodzi to ztąd, że koledzy ci nie uwzględniali dostatecznie warunków dotyczących tej własności wód. W czasie rozpraw Towarzystwa 1857 r. w których *Ricord* tak świetnie występował, warunki te nie były jeszcze dokładnie podane.” Co w przekonaniu autora i jego zwolenników ma znaczyć, że po wystawieniu powyższych warunków wszelkie zarzuty usunięte zostały. Na ostatniem posiedzeniu, a przynajmniej w protokóle dawnych nikt nie powtórzył, ani nową opozycji nikt nie sformułował — ztąd zapewne pochodzi pozorny tryumf zwolenników teorii.

Dawny paragraf jedenasty o własności tworzenia w ustroju rozpuszczalnych siarek wtęgowych, i dwunasty o leczeniu rzerzączki, zostały pominięte. Czy to brać należy za ustępstwo, czy opamiętanie się, ocenić nie umiem — ani pobudek odgadnąć nie potrafię. Również nie zrozumiałbym dla czego *Lambron* wystąpił po raz drugi z tém samém bez nowych faktów, bez dowodów na stare teorie zostające pod naukową krytyką — i nawet bez nowych teorii, gdybym so-

bie nie przypominał praktycznej przytoczonej wyżej nauki *C. James'a*: powtarzać aż do obalamucenia.

W ogóle jednak widzę, że przez przeciąg lat 7 autor zeszkromniał w wyrażeniach, mówi tylko o możliwości lub najwięcej prawdopodobieństwie przypuszczenia i teorii *Astric'go*, a rozgatkowując przypadki leczone wodami siarczanymi przyznaje ich skuteczność tylko u mocno rtęcią nasasyconych.

Po tém przedstawieniu zostawiam każdemu czytającemu do osądzenia, czy teorią współczesnego użycia środków rtęciowych z wodami siarczanymi oparta jest na naukowych podstawach i czy zyskała uznanie i przyjęcie przez ludzi równiej naukowej sławy, jaką mają ci, co ją odrzucili. *Sz. K. D.* o rozbieganych zdaniach *Lambton'a* i *Pery'ego* tak się wyraża (*Klinika* Nr. 24 str. 380 T. VI 1870 r.): „Twierdzenia te mają *wielkie znaczenie*, oparte one bowiem na rzetelnych obserwacjach. Własne moje doświadczenia zgadzają się zupełnie z powyższemi *pewnikami*.”

Wszystkie tu przytaczane zdania wygłaszałem już kilka razy w mych sprawozdaniach ze zdrojowiska buskiego, *tlómacząc każdy objaw na drodze chemji i fizjologii.* I nie dając prawa istnienia zrobionej (p. *Helff'a*) wątpliwości co do *właściwego* działania wód siarczanych, tak dalej mówi:

„Aby w tym względzie coś pewniejszego orzec, niedosyć jest znać dokładnie nauki przyrodzone, zaznajomić się ze wszystkimi zdrojowiskami europejskimi, wykladać balneologję z katedry, pisać o wodach mineralnych obszerne rozumowane dzieła, przebywać przez krótki czas w czasie pory kąpielnej tu i owdzie u zdrojów siarczanych — ale potrzeba długie lata na stach i tysiącach chorych studjować i doświadczać wód siarczanych.”

(?) Przed stanowczém więc wypowiedzeniem zdania w tym przedmiocie należy nam jeszcze przejrzeć źródła wskazane w ostatniej pozycji pod N-rem 8, bowiem do pism znakomitych balneologów i syfilidologów mających służyć za niezachwianą i pewną podstawę naukową *Sz. K. D.* uznał za właściwe policzyć własną swoją pracę z 1861 roku.

Praca ta podaje głównie treść dzieła *Overbeck'a*, w części i *Michaelis'a*, oraz zawiera samodzielnie przez *Sz. K. D.* zastosowanie tych teorii do Buska. Oprócz téj jednéj powołanej, są jeszcze inne prace *Sz. K. D.* traktujące téż samą sprawę, dla tego pominąć nam ich nie wypada.

Tutaj z góry przyznać muszę, że *Sz. K. D.* okazał się nieutrudzonem, oprócz rocznych sprawozdań z Buska od lat dwunastu, umieszczał i inne artykuły, a pomimo tożsamości przedmiotu i konieczności powtarzania się, autor nie szczędził starania nawet o sprawienie czytelnikowi przyjemności przez urozmaicenie w przedstawieniu.

Szanowny Kolega Dr. *Dymnicki* w 1859 r. (*Tyg. Lek.* str. 328) pisze: „Nikt twierdzić nie będzie, aby dwie pierwsze formy (*syphilis*) wodami mineralnemi, a osobliwie siarczanymi leczyć można”. Zachodziło tylko pytanie czy choroby syfilityczne w postaci trzeciorzędnej korzystnie *leczone być mogą*. Na ich leczenie rtęć nie będzie miała już żadnego wpływu, dla tego *nie ma się co obawiać*, aby który z czynników wód mineralnych *nie wypłoszył tego metalu z ciała*, ale owszem Dr. *D.* wdzięczność mu swoją za to przyrzeka.

Z 14-tu chorych leczonych w 1858 roku nie było żadnego uleczenia. W 1861 r. (*Tyg. Lek.* str. 381) *Sz. Kol. Dr. D.* skromnie zapytuje, czy zdroj buski może być użyty do leczenia choroby rtęciowej i syfilitycznej i już (sam) odpowiada *prawdopodobieństwem* przy współczesnem leczeniu rtęciowem (str. 412).

W 1865 r. uważa leczenie za stosowne w powikłaniach z zakażeniem *złozowém*: (str. 110) „W drodze kilkoletniego doświadczenia w Busku przyszedłem do tego przekonania, że *wody nasze zachowują się pod względem jadu syfilitycznego obojętnie* — to jest, że choroby syfilitycznej *ani wyleczyć, ani pogorszyć nie mogą*. Tak samo zachowuje się także zdroj nasz i w tak zwanej formie trzeciej.

Z pewnością spodziewali się koledzy zupełnie innego zdania po mnie, bo *pro domo sua zvykle inaczej się mówi*, ale na drodze nauki nie powinno być interesu, tutaj przedewszystkiem *prawda, rzetelność*“.

W 1867 r.: (sprawozd. str. 32) „Choroba ta (*syfilityczna*) leczy się u źródłu buskiego tak pewnie jak żadna inna.“

W 1868 r. (sprawozd. str. 8) przyznaje że *sława* źródła buskiego w chorobie syfilitycznej jest jeszcze świeżej daty, ale za to Sz. Kol. Dr. D. uroczystie zapewnia o uleczeniach *nazawsze przez współczesne użycie środków rtęciowych*.

W 1869 r. zaś (Klinika Nr. 16, Tom IV, str. 247): *woda buska sama leczy*, już bez rtęci. „Z 12 przypadków (syfilitycznych) leczonych samym źródłem buskim, uleczyło się 8.“ Na tej samej stronnicy: „Zdroju buskiego samego przez się używałem także w jednym przypadku (*trudnym*)... polepszenie jednak wstawiło się i tak w krótkim czasie“ i t. d.

W 1870 r. (Klinika Nr. 12, Tom VI, str. 187) już mają być setki faktów, którymi się źródło buskie szczyci.

Każdego zastanowi ta rozmaitość zdań, co do skuteczności wód buskich i oczywiście każdy nie wodom przyzna przyczynę znacznej tej różnicy.

Wprzód nim zestawie liczb z rocznych sprawozdań, nie mogę powstrzymać się od porównania faktów z ostatnich lat ze zdaniem *Lambron'a*, który w takim samym 7-mio letnim przeciągu czasu, przeciwnie, o wiele zeszkromniał, i poprzednie twierdzenia uprościł. Widzieliśmy już, że teorie *Lambron'a* wyprzedziły naukę, doświadczenie Sz. Kol. Dr. D. o wiele wyprzedza teorie i marzenia *Lambron'a*, a wody buskie prześcignęły w skuteczności nie tylko Bagnères-de-Luchon, ale wszystkie wody pyrenejskie *gorące* z ich *sulfurair'em*, *barègin'em*, a nawet elektrycznością.

W ogóle co do skuteczności wód siarczanych raczej *Lambron'owi* wypadałoby powoływać się na doświadczenie Sz. Kol. Dr. D. w Busku. Szkoda że rozbiór wód buskich, do którego dotąd jest się w konieczności odwołać (*Werner'a* czy *Heinrich'a*) nie wykazuje ani siarków alkalicznych, ani z nich powstających podsiarkanów i siarkanów sody lub czego innego. Może przyszłe rozbiory dotychczasowy błąd poprawią; — porównyując jedynie miejscowość Buska z pyrenejami co do położenia, stopnia ciśnienia powietrzni, zmian jego ciepłoty, pomimo najżyźniejszych urosobień, nie tu nie widzę, co by z postronnych okoliczności, pozwalało przypuszczać większą skuteczność w Busku jak w Luchon.

Wykaz chorych syfilitycznych i rtęciowych w Busku.

w roku	Chorych	Uleceń	Polepszeń	bez ulgi	Chorych	Uleceń	Polepszeń	bez ulgi
1858	14	0	5	9	0	0	0	
1859	13	2	4	7	4	3	1	
1860	21	8	8	5	8	6	2	
1861	12	4	6	2	7	3	4	
1862	27	12	11	4	7	4	3	
1863	6	3	3	0	4	4	0	
1864	18	7	11	0	5	5	0	
1865	32	21	8	3	11	6	5	
1866	38	22	14	2	6	5	1	
1867	25	18	7	0	4	2	2	
1868	60	51	9	0	0	0	0	
Razem		148						

Przedmiotem sporu być nie może, że liczby wykazujące polepszenie, do uleceń (których ostatecznie do ogłoszenia sprawozdania w 1869 r. było 148) zaliczone być nie mogą; zniknięcie bowiem jednego lub więcej objawów chorobowych nie znaczy zniszczenia zarazy syfilitycznej.

Sz. Kol. Dr. *D.* dawniej już nabył doświadczenia, że w przypadkach leczonych wewnętrznem zadawaniem sublimatu, uleczenie okazało się niestalem (*Tyg. Lek.* 1867 str. 167) nie oznaczył jednak liczby tych przypadków. Nieoznaczona taliczbą wraz z wiadomymi 8-iu przypadkami powrotnymi, po leczeniu wcieraniami, powinna być odjęta odsummy uleceń w Busku otrzymanych.

Uderzająca jest różnica skuteczności w pierwszych czterech latach, w których summa przypadków leczonych, przypadkowo równa się liczbie leczonych w roku ostatnim 1868. Z leczonych 60-ciu do roku 1862 uleczono 14, bez ulgi 23; w roku 1868: uleczono 51 i nikogo bez ulgi. ¹⁾

Ponieważ nie jest przypuszczalną tak wielka zmiana skuteczności wód samych, Sz. Kol. Dr. *D.* wyjaśnia nabytém osobistém swém doświadczeniem i stosowaniem od razu leczenia właściwego, *nie czekając jak dawniej na pogorszenie się objawów podczas leczenia zdrojowego* (*Tyg. lek.* 1867, str. 161).

Nie zaprzeczając uleceń praktyką Sz. Kol. Dr. *D.* osiągniętych, robię tylko zarzut, że uleczenia po użyciu rtęci nie powinny być mieszane z uleczeniami przez użycie samej wody buskiej; — témbardziej że lata zimne i słotne jak 1864 i 65 nie pozwalały nawet na współczesne używanie kąpieli zdrojowych, gdyż chorzy po całych tygodniach z domu nie wychodzili (*Tyg. lek.* 1865, str. 111), a zatem prawdopodobnie tylko rtęcią leczeni byli, czego jednak wyraźnie autor nie wyróżnia, a uleczonych w sprawozdaniu pomiędzy skutkami zdroju buskiego umieszcza.

Zadziwiającem jest także, kiedy Sz. Kol. Dr. *D.* pod wrażeniem teorii przeciwrzęciowej *Lorinser'a* powtarzał o chorobie rżęciowej (*Tyg. lek.* 1861, str. 137), że panowanie jest tak obszerne, jak obszerne metal ją wywołujący panuje, wtedy zdarzały się w Busku do leczenia przypadki rżęciocy (*mercurialismus*). W 1868 r. kiedy sam Sz. Kol. Dr. *D.* jednemu choremu po 60 drachm szarej maści wzmocnionej wcierał, ani jednego przypadku rżęciocy nie miał do zanotowania.

Co do teorii działania wód siarczanych na cząstki rżęci w ustroju będące, Sz. Kol. Dr. *D.* niedokładnie rozumował, i do błędnego przyszedłszy wniosku, czytelnikowi też tak wypowiedział—z czytających nikt go nie przestrzegł, a sam też tego zapewne dotąd nie spostrzegł.

Na str. 394 *Tygodnika Lekarskiego* z roku 1861, Sz. K. Dr. *D.* powtarza podług *Overbeck'a* teoretyczną wartość jodku potassów do rozpuszczania białkanów rżęciowych, i bez najmniejszego dowodu twierdzi: „że tam gdzie ta sól niewystarcza, środkiem wystarczającym będą wody siarczane.” Dalej powiada warunkowo, jeżeli tak jest, że siarka przyczynia się do rozpuszczania związków rżęci z białkiem, a przeto i do wydalenia rżęci samej, to na zasadzie przypuszczeń *Astrié* i *Lambrois*, gdyż *Behrend*, nie wiedząc o rozpuszczalności siarków rżęci za pomocą ozonu, nie ma słuszności, gdy utrzymuje, że siarka z rżęcią utworzyłaby związek nierozpuszczalny; natychmiast Sz. K. Dr. *D.* zgadza się przypuścić, że wody siarczane sposobem chemicznym do wyrugowania rżęci z ustroju nie mogą się przyczynić iżtąd zaraz przychodzi do wniosku: „nie ulega wątpliwości, że wody te nie tylko sposobem chemicznym ale i fizjologicznym do wydalenia rżęci z ustroju przyczynić się mogą” (str. 395).

¹⁾ Przywiedziony (*Klinika* str. 185, T. VI) przez Sz. Kol. Dr. *D. Mühlleitner* mniej był szczęśliwym w przeprowadzeniu leczenia przeciwsyfilitycznego w *Baden* pod Wiedniem, z 12-tu bowiem przypadków 6 doznało pogorszenia, a 6 zostało bez zmiany.

Nie znajduję tutaj ani jednej samodzielnej wzmianki Sz. K. Dr. D. co do chemicznego sposobu działania wód siarczanych na rtęć, ani *Overbeck* tego wcale nie utrzymuje, jakeśmy to wyżej widzieli; wniosek więc główny: „że wody siarczane (nie tylko) sposobem chemicznym do wydalenia rtęci z ustroju przyczynić się mogą,” jest nieprawidłowo wyprowadzony, ztąd błędny.

Dalej (str. 395) Sz. K. Dr. D. pisze: „Działanie zdroju buskiego w chorobie rtęciowej podwyższają *jeszcze* jodyna, sól kuchenna i gorzka.” Zkąd przychodzi *jeszcze*, kiedy nie dotąd nie było?

Co do mnie, przyznając soli kuchennej i jodowej wyłączne działanie na rozpuszczanie białkanów rtęciowych i ich wydalenie, myślę, że przez to teorii skutecznego działania siarki lub siarków alkalicznych, ani gazu siarkowodorowego wcale się nie dowodzi.

Dla potrzebujących zaś tych soli, myślę, że u innych źródeł a nie siarczanych szukać ich należy w większej ilości i bez nieprzyjemnego gazu, jak Ciechoćinek, Iwonicz, Rabka, Jastrząb i t. p.

Jednakże Sz. K. Dr. D. dowodzi wten sposób ile zdroj buski *przy leczeniu rtęci*, może się przyczynić do wyleczenia z choroby syfilitycznej: „sól jego kuchenna (str. 412) przyczyni się do rozpuszczenia rtęci w ustroju, a przeto przyspieszy związki tejsze z białkiem, i ztąd pochodzące zobojętnienie jadu syfilitycznego; siarka i jodyna *przedziwnie* znowu na wydalenie rtęci z ustroju, a przeto i na wydalenie zobojętnionego jadu podzielać mogą.”

W replice do ś. p. kolegi *Oczapowskiego*, Sz. K. Dr. D. dowodzi (*Tygodnik Lekarski* 1859 str. 338) siarka w leczeniu syfilis przeszkadzać nam nie będzie, dalej, że nie tyle zależy nam tu na siarce ile na soli kuchennej, a osobliwie na jodzie i bromie; w innem miejscu (*Tygodnik Lekarski* 1861 str. 394) utrzymuje: że siarka przyczynia się do rozpuszczenia związków rtęci z białkiem, dalej, że gaz siarkowodorny to sprawia. Wszystko to razem wzięte nie jest teorią, tutaj więc i krytyka dla braku przedmiotu miejsca mieć nie może.

Z ogólnego rozumowania chcąc przejść do zastosowania teorii o wodach siarczanych do źródła buskiego, Sz. K. Dr. D. tak pisze: „Do wód siarczanych należy bezsprzecznie i zdroj buski, albowiem ilość gazu siarkowodorowego w zdroju naszym jest tak znaczna, że prawie wszystkie inne wody siarczane zagraniczne w tej mierze pierwszeństwa ustąpić mu muszą.”

Pojmuję, że Sz. K. Dr. D. nie mógł być powołać się na znaczną ilość siarków alkalicznych, których dotychczasowy rozbiór wody buskiej *jeszcze* nie wykazał (a z których rozkładu obficie siarko-wodór powstaje), ale odwołanie się do siarki, a *jeszcze* gorzej, (bo i do *pozornej* tylko) *znacznej ilości* stałego wolnego gazu siarkowodorowego, nie wykazuje dokładnej znajomości ani teorii *Lambton'a*, ani faktu wywiązywania się gazu wodorodu siarkowego w wodach siarki alkaliczne zawierających, ani działania tego gazu.

Widoczném jest, że Sz. K. Dr. D. zapragnął teorię francuską związać z teorią *Overbeck'a*, z których jedna wyłącza drugą, i przez to autor co do chemicznego działania wód siarczanych, wpadł w niezbędną logiczną niezgodność.

Szanowny Kol. Dr. D. często odwołuje się do *fizjologicznego działania* kąpiei siarczanych, a wyjaśnia to wyraźniej w rozdziale 7 o syfilis (sprawozdanie z 1868 roku na str. 9), gdy mówi o tępej wymianie pierwiastków przy pewnym zboczeniu w odżywianiu zwaném żołąkami: „Wymianę pierwiastków popierają silnie kąpiele w ogólności, a mineralne w szczególności. Pomiedzy kąpielami mineralnymi zasługują znowu najwięcej na zaufanie obfitujące w gazy, a *właszcza* w gaz siarkowodorny, w wysokim stopniu czynności ustrojowe podniecający. Kąpiele o wyższem ciśnieniu (z mułu mineralnego) potęgują *jeszcze* owe czynności ustrojowe, a łaźnia mineralna z takimiż natryskami dokonywa *szczególne* przyboru do wywołania w krótkim czasie szybkiej wymiany pierwiastków.”

I zaraz potem dodaje: „Pojmiemy więc teraz dla czego zdroj buski tak ważną rzeczywiście wyświadcza przysługę syfilitycznym przy leczeniu się lekami właściwemi.”

Tutaj jest niedokładność przez wypuszczenie opisu całego systematu kąpiei tam używanych, przez pominięcie stopni ciepła, najważniejszego czynnika w tém działaniu, a wspomnienie o kąpielach mułowych i łaźni, nawet z natryskami nie uzupełnia czytającemu braku wyraźnego wskazania ilości stopni ciepła do kąpiei w tym celu używanych, braku oznaczenia czasu w nich pobytu i sposobu zachowania się po kąpiei.

Oprócz tego bardzo sporny, jeżeli nie całkiem mylny jest punkt wyjścia, jakoby gaz siarko-wodorny w wysokim stopniu miał podniecać czynności ustrojowe.

Pewnik ten jest mniej jak wątpliwej wartości. Ztąd też wyprowadzone pojęcie o ważności przysługi zdroju buskiego nie może zyskiwać ani przekonania czytelnika, a tém mniej jego przytwierdzenia.

W tém miejscu przypomniémi należy co zauważano już dawniej (jak wyżej: *Durand-Fardel*, *Helft*, *Overbeck*), że fizjologiczne działanie ciepłych kąpiei siarczanych (ograniczając się na podniecającem ich działaniu, przyspieszeniu tętna i następnie przyspieszeniu odnowy ustroju) jest także samo jak i w ogóle działanie kąpiei ze zwyczajnej wody ciepłej (30°, 31° R. i wyżej) w czém powołać się mogą na dzieło *Karner'a* (Ueber Badetemperaturen 1862, *J. Braun* Handbuch der Balneotherapie 1870 r. 2-gie wyd. str. 146 i 148.).

To samo zdajesię już jasno wykazywać, jak nieznaczne jest działanie gazu siarkowodorowego, kiedy i bez jego udziału także same skutki wywołać można. Gdy przeciwnie wiadomem jest z doświadczeń robionych przez zanurzanie zwierząt lubich części w wodzie $\frac{1}{2}$ do 1-go procentu gazu wodorodu siarkowego zawierającej, przez wdychanie powietrza z tym gazem (*Christison*, *Zaegel* z *Eilsen*, *Dutrochet*, *Chaussier*, *Thenard*, *Mitscherlich*) i przez wstrzykiwanie gazu wodorodu siarkowego do krwi (*Nysten*, *Martin* w *Lersch Einleitung* str. 418 i 420), że bezpośrednim skutkiem było natychmiastowe zwolnienie obiegu krwi, zmniejszenie jakości i ilości tętna, omdlenie, nawet śmierć przez porażenie (sparaliżowanie).

Co do działania gazu siarkowodorowego, również zaświadcza *Buchheim* (*Arzneimittellehre* 1-sze wyd. str. 520), *Wyrzykowski* (jak wyżej str. 387 i *Gazeta Lekarska* 1871 r. Nr. 35 str. 547). *Seegen* (z 1862 str. 261 i 262, 529 i 530) przyznaje to samo w zasadzie, przypuszcza jednak przechodnie podrażnienie poprzednie, a przywodzi zdanie *Dutrochet'a*, że gaz ten tamuje wsiąkanie (*endosmosis*) (str. 261). Nawet sam *Astrié* i *Lambron* (*Notice historique et médicale sur Bagnères-de-Luchon*) piszą: „J'ai vu plusieurs fois le pouls descendre pendant le bain préparé avec ces eaux bien au-dessous de son rythme normal, et rester de même pendant quelques heures après que le malade est sorti de la baignoire—o czém zobacz: *Rotureau*, Les Principales eaux—minerales de l'Europe—France str. 729, 1-wsze wydanie.

Najdobitniej wyraża się o tém *Trousseau*. „Il est certain que le système nerveux et le sang sont particulièrement influencés par l'acide hydrosulfurique gazeux, qui a une vertu stupefiante très—manifeste. Outre cette action stupefiante qu'on ne peut contester, il en est une autre peut-être moins bien constatée, mais qui est affirmée par les medecins, qui dirigent les établissemens d'eaux sulfureuses. (Traité de Therapeutique et de matière médicale p. A. Trousseau et H. Pidoux wyd. 4-te Tom II str. 623.)

Z czego wprost przeciwnie zdaniu Sz. K. Dr. *D* wnosić wypada, że kąpiele siarczane działanie swoje fizjologiczne wysokiej ciepłocie wody, nie zaś fizjologicznemu działaniu gazu siarkowodorowego zawdzięczają. Gaz zaś siarkowodorowy,

właściwego sobie działania nie wywołuje albo dla tego, że do krwi przez skórę w kąpielach nie zostaje wchłonięty (jak to przypuszcza *Overbeck*, i nawet niektórzy z lekarzy u źródeł siarczanych jak: *Schuster* z Akwizgranu (*Deutsche Klinik* 1864 Nr. 22—25), *Hemmann* z Schinznach (*Schweizerische Monatsschrift*, 1860) albo dla zbyt małego procentu w wodach siarczanych zawierającego się (*Jul. Braun* str. 304—306).
(d. n.)

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIEJ.

GYNEKOLOGIA.

K. Credé. Przyczynki do oznaczenia prawidłowego położenia zdrowej macicy.
(*Beiträge zur Bestimmung der normalen Lage der gesunden Gebärmutter.* Archiv f. Gynaekologie I Bd. 1 Heft. 1870).

Sprawozdawca **J. Kondratowicz.** Assystent klin. położniczej uniw. Warsz.
(dokończenie, patrz Nr. 3.)

Daleko trudniejszym jest wytlómaczenie powstawania przechyłeń i zgięć ku tyłowi w położu. Przedewszystkiem mogą one wtedy tylko powstawać, gdy dostanie się dna macicy pod wzgórek kości krzyżowej jest możliwem, dla tego też rzadko się zdarza, aby macica, w jamie której jaje płodowe aż do zupełnej dojrzałości pozostawało, zaraz po rozwiązaniu ku tyłowi się przechyliła. Jest to tylko możliwem albo wtedy, gdy miednica jest bardzo obszerna, albo gdy skutkiem jakiegokolwiek przyczyn opadnięcie tylko co opróżnionej macicy nastąpiło; dla tego właśnie zboczenia macicy ku tyłowi częściej spotykają się w późniejszym czasie położu, albo też gdy poród przedwczesny lub poronienie nie pozwoliły jej należycie się rozwinąć.

Następnie przytacza autor tablice, w których zebrał i opisał wszystkie przypadki przechylenia lub zgięcia ku tyłowi, wraz z uwagami odnoszącymi się do odbytego porodu. Z tablic tych przekonywamy się, że wszystkich położnic, które ze zgięciem lub przechyleniem ku tyłowi, z zakładu zostały wypuszczone, było 31. Pomiędzy niemi było 14 pierwszy raz, a 17 mnogorodzących; ztąd więc żadnego wniosku wyciągnąć nie można, bo stosunek jest prawie jednakowy. Porodów czasowych było 18, przedwczesnych 11, niewczesnych 2. Ogólny stosunek urodzonych w zakładzie dzieci niedonoszonych do donoszonych, był 1 : 3, 2, tutaj spada na 1 : 2,4. Zwięzoną miednicę zaznaczono 6 razy, bardzo obszerną 4 razy.

Poród sztuką ukończony był 3 razy. Rozdarcie krocza zdarzyło się 5 razy. Raz 1 było wypadnięcie tylnej ściany pochwy, bez poprzedniego rozdarcia krocza.

Najważniejszym momentem do powstawania zboczeń ku tyłowi jest okres 5-y położu.

W 3-ch przypadkach dla wydalenia łożyska, użyto sposobu autora, w 9-ciu przypadkach nastąpiło w tymże okresie bardzo obfite krwawienie.

Przez przyrosty w położu powstało przechyłeń ku tyłowi 7.

Znacznej niedokrwiistości zaznaczono 9 przypadków.

Raz było zgięcie ku tyłowi już podczas ciąży.

W 9 ciu przypadkach nie wykryto żadnej przyczyny.

Przez niektórych przytaczane twierdzenie jakoby te położnice, które swoich dzieci nie karmią częściej podlegały zboczeniom macicy ku tyłowi, tu się nie sprawdza, bo z powyższej liczby 31 położnic, tylko 7 nie karmiły.

Z postrzeżeń tych wypada, że przy prawidłowym przebiegu położu zboczenia macicy ku tyłowi nie przytrafiają się. Sprzyjające warunki do ich powstawania są tak przy czasowych jak i przedwczesnych porodach: wielka wåtłość ścian macicy w połączeniu z silnemi i powtarzającymi się krwotokami, zbyt wielkie ciśnienie na jej ściany od zewnątrz, aby ją do skurczów pobudzić, znaczna obszerność miednicy, wiotkość tylnej ściany pochwy i uszkodzenie krocza. Oto są główne przyczyny, powodujące przechylenie lub zgięcie macicy ku

tyłowi. Dodać do tego wypadu wysięki około-maciczne, które gdy spowodują zrośnięcia treści od tyłu lub szyi od przodu, również zboczenia ku tyłowi spowodzić mogą.

Z tego co się dotąd powiedziało, śmiało wyprowadzić można ten wniosek: że *przechylenia lub zgięcia macicy ku tyłowi w położu, są stanem chorobliwym*.

Z wynikiem tych poszukiwań zgadza się zupełnie Schröder. Pisze on: iż zgięcie ku tyłowi w położu bardzo rzadko się przytrafia. Nie wiem, mówi on, czy 4 kobiety, u których takowe spostrzegalem, miały to już dawniej, ale to jest pewnem, że nawet u kobiet, które mając zgięcie ku tyłowi poczęły i urodziły na czasie, po porodzie macica przechyloną była ku przodowi. Hewitt słusznie objaśnia przechylenia i zgięcia ku tyłowi mówiąc: po poronieniu dno macicy jest niestosunkowo wielkie, a przytem miękkie, bogate w naczynia, naturalnem tego jest następstwem, że macica już przy małych wysileniach fizycznych, albo prawem ciężkości, ku tyłowi się przechyla.

Martin zauważył, że wielka liczba kobiet, które on leczył na przechylenia i zgięcia powstałe po porodzie, były miszerne, źle odżywione, a przyczyny tego szukał w wadliwym ogólnym odżywianiu, które uważa jako następstwo skąpego pożywienia w czasie położu.

Często jednakże zboczenia położenia macicy trafiają się i u najlepiej odżywionych. W 14 przez Martin'a przytoczonych przypadkach, ostatni poród jaki te kobiety odbyły był poronieniem, i 4 z nich po wtórnie ronily. W 7 przypadkach podczas porodu były silne krwotoki, 2 razy z powodu poprzedzającego łożyska (*placenta praevia*). Te dane są tylko potwierdzeniem wyżej przytoczonych poglądów. Nie zdaje się jednak, aby powstałe w położu zapalenie błony śluzowej śródmaciczej (*endometritis*) było w jakimkolwiek przyczynowym związku ze zmianą położenia macicy; raczej chorobę tę uważać należy tylko jako przypadkowe powikłanie.

Jako przyczynowe momenta przytacza Martin (na str. 146) ustawiczne leżenie położnic na grzbiecie, wyjmowanie i podnoszenie noworodka z stojącej obok łóżka kołyski i inne wysilenia fizyczne, przy których czynną jest tłocznia brzuszna (*prelium abdominale*). Tak np. w 3 tygodnie po opuszczeniu zakładu wróciła jedna położnica, która 12-o dnia po prawidłowym porodzie wypisaną została. Miała ona nabyte zgięcie ku tyłowi i wypadnięcie przodkowej i tylniej ściany pochwy, jako przyczynę choroby podawała wysilenia, jakich doświadczała przy pompowaniu wody. Niektóre znów chore, jako przyczynę choroby, podawały zbyt gwałtowne i częste spółkowanie (*coitus*).¹⁾ Według poglądów autora przytoczone przyczyny mogą co najwięcej podnieść tylko do wyższego stopnia, już poprzednio istniejące przechylenie lub zgięcie ku tyłowi.

3. *Objawy.* Martin jest w błędzie, gdy wszystkie objawy choroby wyprowadza ze zboczenia w położeniu macicy. Na str. 90 i następnych mówi on: większość chorych uskarża się na ból i bolesność przy dotykaniu po nad spojeniem łonowem, inne na ból krzyża; wiele na dokuczliwe parcie do dołu. Trudne oddawanie moczu zdarza się często, ale niezawsze, a czasem jest zupełne zatrzymanie moczu (*ischuria*), zwykle pomiędzy 7-m a 12 dniem położu; na powstawanie tego wpływać także może nasięk zapalny (*infiltratio*) szyi macicy naderwanój który może się rozszerzyć i na mięsień wypieracz moczu (*detrusor urinae*). Zatrzymanie stolca zwykle przytem ma miejsce. Prawie zawsze występuje mniejsze lub większe krwawienie (2 razy doprowadziło ono do omdlenia). Podwyższenie ciepłoty ciała i częstości tętna znalazł on w niektórych przypadkach. W wielu razach szczególniej z początku choroby znajdował Martin objawy zapalenia śródmacicznego (*endometritis*), zapalenia pochwy (*colpitis*), wrzody położowe (*ulcera puerperalia*).

Autor, który widział setki przechyleń i zgięć ku przodowi, odmawia im zupełnie przyczynowości wywoływania tych przypadłości. Przeciwnie wszystkie tego rodzaju przypadki, które on spostrzegał w swoim zakładzie, były bez żadnego wpływu na przebieg położu.

Jeden tylko objaw zdaniem autora zostaje w ściślejszej zależności ze zgięciem macicy. Schröder zwrócił na to uwagę, że przy zgięciu macicy w wysokim stopniu następuje nagro-

¹⁾ Najczęstsza i najważniejsza może przyczyna pochylenia macicy u osób, które żadnej ciężkiej pracy fizycznej się nie oddają. (Przyp. Red.)

madzenie się odchodów połogowych w jamie macicy, które nie będąc wydalonymi zostają wchłonięte, i że ta zwykle zgnilęj woni ciecz naraz wylewa się, jak skoro dno macicy zostanie w górę odprowadzonym. Ten objaw chorobowy nazywa on „*Lochiometra*.” *Martin* wspomina o tém (str. 147) przy zgięciu ku tyłowi. Autor często spostrzegał także nagromadzenie się odchodów połogowych. Niekiedy powoduje to groźne objawy w ogólnym stanie położnicy: skutkiem wchłonięcia tej cieczy występują dreszcze, które jednakże szybko ustępują, jak skoro przyczyna ich dostrzeżoną i nagromadzone odchody z jamy macicy wydalonymi zostaną. Autor przytacza opisy dwóch tego rodzaju przypadków, pomyślnie zakończonych. Również przy przechyleniu i zgięciu ku tyłowi, autor nie spostrzegł żadnego cechującego objawu.

Martin przeciwnie przytacza ich cały szereg. Na str. 146 gdzie właśnie mówi o zboczeniach ku tyłowi, powiada: Objawy świeżej zmiany położenia i postaci macicy w położu, nie zwracając jaż uwagi, na zapalenie śródmaciczne (*endometritis*) które je zwykle poprzedza, są następujące: mniejsze lub większe natężenie bóle krzyża, które mają swe siedlisko głęboko w okolicy krzyżowej, zaparcie stolca, trudne oddawanie lub zupełne zatrzymanie moczu (*ischuria*). W niektórych przypadkach bywa wzdęcie brzucha, sprowadzone nagromadzeniem kału i gazów lub w skutek zatrzymania moczu. W niektórych przypadkach jednakże, wzdęcie brzucha skutkiem nagromadzenia się kału lub gazów w kiszkiach, albo też skutkiem zaparcia moczu, a ztąd dokuczliwa twardość brzucha zwraca uwagę położnicę, bo na inne objawy, jak uporczywe, ale umiarkowane krwawienie, ból, nieznosne parcie ku dołowi, nie zważają; to znowu w innych przypadkach, jedynie z powodu puchliny nóg szukają pomocy lekarskiej. Czasem zboczenie położenia macicy znamionują dreszcze, nagle występujący ból w jednej okolicy nadpachwinowej (najczęściej lewej) i niemożność dłuższego stania, lub noszenia dziecka. Często także zatrzymują się nagle odchody połogowe, które się gromadzą w zamkniętym skutkiem zgięcia jamie macicy.

4. *Leczenie*. Według poglądów autora, który zgięcia i przechylenia ku przodowi uważa za prawidłowe, nie podlegają więc one leczeniu, z wyjątkiem rzadkich przypadków nagromadzenia się odchodów połogowych w jamie macicy (*lochiometra*).

Do usunięcia zaś tego, podług dotychczasowego doświadczenia autora, wystarcza odprowadzenie, za pomocą ręki najczęściej, treści (*corpus uteri*) macicy w należyte położenie, przyczem zaleca także częste przestrzykiwanie i kilka proszków sporyszu (*secal. cornutum*). Po krwotokach i przy niedokrwistości, podaje mocny rosół, wino, piwo, chininę i t. p. We wszystkich innych przypadkach leczenie zależało na usuwaniu powikłań położu. Przy takim leczeniu prawie zawsze polepszenie lub całkowite usunięcie tych przypadłości następowało.

Martin, według swych pojęć, inne leczenie zaleca. Na str. 91 podaje szereg przepisów, które podług autora są zupełnie zbyteczne. Powiada on: usunięcie najcięższych przypadłości przy przechyleniu i zgięciu ku przodowi, ustępowało najczęściej po użyciu sporyszu (gr. V niekiedy *cum chinin. sulphur.* gr. 1 kilka razy dziennie), letnie okłady na brzuch i poziome położenie. W późniejszych dniach zastosować trzeba przestrzykiwanie pochwy macicznej z dodatkiem środków ściągających (*tanniny*), obok starannego wypuszczania moczu. Upusty krwi (*depletio*) z powłok brzusznych rzadko się używają, tylko przy wygórowanej czułości, i gdy na to stan ogólny pozwala. Bardzo często zgięcie pozostaje dłużej niż krwawienie, bolesność brzucha, utrudnione oddawanie moczu, a wtedy trzeba wielkiej wytrwałości w zastosowaniu środków ściągających, a w końcu i środków drażniących jak np. małych wezykatorji w okolicach nadpachwinowych, chłodnych natrysków na krzyż i do pochwy, często powtarzane wprowadzanie zgłębnika macicznego, aby zupełnie zboczenie to usunąć.

Leczenie zaś przechyleń i zgięć ku tyłowi w położu, autor zupełnie usprawiedliwia, gdyż takowe uważa za stany chorobliwe. Ale leczenie to nie powinno się zasadzać na wprowadzaniu zgłębnika, albo na długiem pozostawianiu takowego w jamie macicy; ani też na długiem leżeniu na boku lub brzuchu. Najczęściej polepszenie wtedy występuje, gdy przyczyna choroby będzie zlagodzoną lub usuniętą. Głównie trzeba starać się z jednej strony znieść skutki krwotoku t. j. niedokrwistość (*oligaemia*), a z drugiej zmniejszyć wiotkość drogi poro-

dowej. Dla tego też środki wzmacniające i ściągające są tu wskazane. Innego leczenia wymagają takie przypadki, w których choroba spowodowana jest przez inne rzadsze przyczyny jak guzy, wysięki, ściągnięcia bliznowe i t. p.

Zupełnie takie same leczenie naznacza *Abegg*. Na str. 108 pisze on: Jeżeli niekiedy wyraźne zgięcie ku tyłowi, po zastosowaniu zimnych wstrzykiwań do pochwy, kąpieli morskich, pożywniej diety, zostaje wyleczonem, to przypisuje to jedynie tym środkom, które zwijanie się macicy przyspieszyły. Jeżeli przytem mówi on, wprowadzałem zgłębnik lub inne narzędzie do jamy macicy, to bezwątpienia i one miały pewien udział w otrzymaniu pomyślnego skutku. Że powyższe środki poparte użyciem żelaza i chininy przy niedokrwistości, podawaniem sporyszu wkrótce po położu lub nawet podczas tego i zastosowaniem ściągających przestrzykiwań, przyczyniają się do uleczenia, lub przynajmniej do zmniejszenia choroby przez usunięcie nieżyty macicy, o tém przekonywają mnie własne doświadczenia jak również i o tém, że leżenie położnicy na boku, zapobiega lub przyczynia się do prędkiego podniesienia zgiętej ku tyłowi macicy.

Martin radzi, aby jak tylko zostanie dostrzeżone przechylenie, lub zgięcie macicy ku tyłowi, natychmiast takową odprowadzać. Z początku wykonywał on to za pomocą ręki, później za pomocą zgłębnika macicznego, lub męskiego cewnika. Obok tego zaleca on środki wzmacniające i ściągające.

B) Zależność położenia macicy od sąsiednich narządów.

Dla ścisłego oznaczenia położenia macicy, potrzebną jest znajomość zależności jego od sąsiednich narządów. W położu zależność ta daje się najlepiej spostrzegać, a wyniki badań autora są następujące: Jeżeli macica jest tak wielką, iż ponad wchód małej miednicy znacznie wystaje, jak to ma miejsce około 4—5 dnia położu, to przy wypełnionym pęcherzu moczowym bywa wysoko do jamy brzusznej podniesioną, a gdy jednocześnie i kiszka stolcowa jest wypełnioną, to macica bywa odsuniętą na stronę prawą i pochyloną ku przodowi. Rzadko pochyla się na stronę lewą i to tylko wtedy, gdy kiszka stolcowa zupełnie jest próżna, albo gdy tą ostatnią na stronie prawej zstępuje. Wypełnienie samej kiszki przesuwają macicę tylko do góry, z dnem skierowanym ku przodowi i na prawo. Przy nadmiernym wypełnieniu pęcherza i kiszki, dno macicy dosięga niekiedy aż do brzegu żeber. U jednej położnicy, której macica do tego stopnia już się zmniejszyła, że ją można było z łatwością w małej miednicy poruszać, autor znalazł następujące stosunki: Jeżeli pęcherz i kiszka były mocno wypełnione, to przy zewnętrznym badaniu dno macicy było wzniesionem wysoko po nad spojenie łonowe, i w większości przypadków cokolwiek ku stronie prawej skierowanym. Ujawszy je od zewnątrz dwoma palcami, daje się ono w jedną i drugą stronę przesuwac. Przy śledzeniu wewnętrznem część pochwy jest umieszczona bardzo wysoko tak, że zaledwie końcem palca zewnętrznego ujęcie jej dosięgnąć można. Przez sklepienie przodkowe pochwy wyczuwa się guz sprężysty, takowe zupełnie wypełniający i ku dołowi zepchnięte. Tylko przy silniejszym od zewnątrz nacisku wyczuć można przed przodkową wargą ujścia zewnętrznego, kawałek przodkowej ściany macicy. Jeżeli zaś śledzący palec pozostanie w pochwie, a pęcherz zostanie opróżniony za pomocą cewnika, to część pochwy nie ku przodowi posuwa się, ale obniża się nieco i kieruje się zewnętrznem ujściem ku tyłowi przy *anteversio*, a ku dołowi lub zupełnie ku przodowi przy *anteflexio*. W miejsce sprężystego guza w przodkowym sklepieniu występuje trwadsze ciało, które jako treść (*corpus uteri*) macicy rozpoznac łatwo. Po zupełnem wypróżnieniu pęcherza chowa się dno macicy za spojenie łonowe i wyczuwany takowe wtedy mniej więcej na wysokości jego górnego brzegu; przodkowa ściana macicy przylega do przodkowej ściany pochwy. Jeżeli następnie opróżni się i kiszka stolcowa za pomocą enemy, to część pochwy jeszcze łatwiej niż poprzednio dosięgnąć można tak, że koniec palca, nawet bez współdziałania zewnętrznego ucisku w przewód szyi macicy, a nawet aż do wewnętrznego ujścia wsunąć można, gdy zgięcie macicy istnieje. Przy przechyleniach potrzeba przedewszystkiem część pochwy za pomocą hakowato zgiętego palca odprowadzić w właściwe położenie, albo dno i treść macicy z przodkowego sklepienia do góry unieść. Przy wypełnieniu kiszki, treść i dno na prawo

zostają odsunięte, a część pochwowa ku tyłowi. Po wypróżnieniu kiszki położenie zmienia się w ten sposób, że część pochwowa kieruje się ku środkowi wklęsłości kości krzyżowej, a dno ku spojeniu łonowemu. Rzadko macica przyjmuje położenie na samej linii środkowej. Zawsze to można stwierdzić, że gdy część pochwowa jest skierowaną na prawo i ku tyłowi, treść macicy znajduje się po lewej stronie i ku przodowi. Też same objawy spostrzegali autor kilkakrotnie przy badaniu zwłok nowo-narodzonych dziewcząt,—zawsze wypełniona kiszka stolcowa, leżąca z prawej strony, spycha część pochwową na prawo, a dno macicy na lewo.

W końcu tego rozdziału autor zadaje sobie pytanie, które licznymi badaniami zwłok przez niego dokonaniemi starał się rozwiązać, a mianowicie: czy w stanie prawidłowym znajdują się pętle kiszki w wydrążeniu (*excavatio*) *Douglas'a*? Na to stanowczo nie odpowiada, z powodu wielkiej zmienności położenia macicy przy różnym stopniu wypełnienia pęcherza moczowego i kiszki stolcowej. W ogóle tylko zauważył, że gdy kiszka stolcowa jest mocno wypełniona, wtedy nie znajdował żadnych pętli w wydrążeniu *Douglas'a*. Przy próżnej kiszce czasami 2 lub 3 pętle kiszkowe ztamtąd wydobywał. Gdy napelniał powoli pęcherz i kiszkę stolcową, to obydwie listki otrzewni tworzące wydrążenie *Douglas'a*, ściśle do siebie przylegały, a znajdujące się w nich pętle do góry się unosiły; przy mocnym wypełnieniu zupełnie zostawały wypchniętymi.

C) Zgięcia i przechylenia macicy ku przodowi lub ku tyłowi, po za okresem połogowym.

Im dalej zwijanie się macicy w połogu zostało posunięciem, tym rzadziej spotykać się dają wyższe stopnie przechylenia i zgięcia ku przodowi. Jednakże skłonność do tych zmian położenia nie znika i w czasie po za okresem połogowym. Autor zupełną ma słuszność utrzymując, że: *nie tylko prostopadłe położenie macicy do płaszczyzny wchodu miednicy jest prawidłowe, ale także i takie zboczenie, przy którym dno jest skierowane ku przodowi, za fizjologiczne uważać należy;*

przeciwnie:

Wszelkie zboczenia macicy, przy których treść macicy daje się wyczuć po za tylną wargą ujścia—należą do nieprawidłowych.

Słuszność tego twierdzenia popiera autor tem, że przy badaniu zwłok nowonarodzonych dziewcząt, pomimo ostrożności z jaką takowe zawsze dokonywał, nigdy nie zauważył zgięcia lub przechylenia (ku tyłowi). Przeciwnie często bardzo widywał zgięcia ku przodowi nawet wyższego stopnia, i to położenie zdarzało się daleko częściej niż zupełnie pionowe. Wierzchołek kąta zgięcia znajdował się zwykle przy ujściu wewnętrznem.

Już *Aran* (*Archives générales de Méd. Fév. Mars. 1858*) i *Boullard* wykazali, że u płodu zgięcie macicy ku przodowi jest stanem prawidłowym. Nietylko u dzieci, ale nawet u dorosłych podobne przypadki są notowane. Najpiękniejszy przykład tego rodzaju przedstawia badanie zwłok pewnej 14-letniej dziewczyny, która będąc zupełnie zdrową, nagle na błonicę (*diphtheritis*) zachorowała i wkrótce po wykonaniu cięcia tchawicy (*tracheotomia*) zmarła. Pęcherz moczowy był próżny i dobrze ściągnięty; macica swoją przodkową krzywizną przylegała do tylnych ścian pęcherza, a dno jej znajdowało się prawie na równi z jego wierzchołkiem; kiszka stolcowa była miernie wypełniona.

Panas (*Archives générales de Méd. Mars 1869 str. 274*) robił podobne poszukiwania na kobietach dotkniętych przymiotem (*syphilis*), u których jednakże macica i sąsiednie narządy były zupełnie zdrowe.

Z wniosków jego, autor przytacza następujące:

1. Zgięcie ku przodowi (*anteflexio*) w rozmaitym stopniu, prawie w połowie przypadków, jest fizjologicznym stanem macicy.

2. Macica nie zgięta t. j. zupełnie prostopadła do wchodu miednicy, co niesłusznie jako jedyne fizjologiczne jej położenie uważano, zdarza się tylko w $\frac{1}{3}$ części przypadków.

3. Zmiany położenia i kierunku macicy ku tyłowi, czy to jako zgięcia, czy też ja-

ko przechylenia, zdarzają się rzadko i dla tego są większego znaczenia jako objaw chorobowy.

4. Zgięcia i przechylenia macicy ku przodowi, które nazywać trzeba *fizjologicznymi* w połowie przypadków są w niewielkim stopniu.

Autor kończąc pracę swoją przypomina, że przy zgięciach i przechyleniach ku przodowi zdarzające się stany chorobowe głównie leczyć należy, sama zaś zmiana położenia macicy jest zwykle niewielkiego znaczenia.

W leczeniu zatem takich przypadków, należy unikać stosowania środków mechanicznych, jak zakładanie zgłębników, wianków, które po największej części są zbyteczne. Tylko przy wyższych stopniach zgięć, gdzie skrzywienie zaciska przewód szyi macicy jak to przy wyżej wspomnianej „*Lochiametra*,” przy kolce miesiączkowej (*colica menstrualis*), zatrzymaniu się śluzu, krwi, niepłodności i t. p. ma miejsce, w tych tylko razach autor radzi wykonywać naprostowanie, a lepiej jeszcze krwawe rozszerzenie zaciśniętego skutkiem zgięcia przewodu szyi macicy, co już nieraz uwiecznionem zostało świetnym skutkiem. Wszelkie zaś wianki (*pessaria*) pochwowe i śródmaciczne są zbyteczne. Za to mechaniczne działanie przy przechyleniach i zgięciach ku tyłowi, jest najzupełniej usprawiedliwionem. Lecz także i tutaj autor radzi główną zwracać uwagę na usuwanie powikłań, gdyż znane są przypadki, w których po wyleczeniu samych tylko powikłań w skutek czego zboczenie macicy mało co się poprawiło, a poprzednie przypadłości jednak, które głównie zmusiły chore do leczenia się, w zupełności ustępowały. Zatem i w takich przypadkach, nie należy środkami mechanicznymi rozpoczynać leczenia.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Szpital w Królestwie Polskim z 27 lat ostatnich t. j. od 1 Stycznia 1843 r. aż do 1 Stycznia 1870, mianowicie od czasu ustanowienia w r. 1842 Rady głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych Królestwa, do czasu jej zwinienia, które z dniem 1 (13) Października r. 1870 nastąpiło.

Z liczby 43 szpitali z końcem roku 1843 istniały: 8 w Warszawie, mianowicie: szpital Dzieciątka Jezus, św. Jana Bożego, św. Łazarza, św. Ducha (panien Marcinkanek), św. Rocha, Ewangelicki, Starozakonnych, Instytut Oftalmiczny. (Prócz tego od początku roku 1838 do połowy roku 1843 istniał tak zwany dom zdrowia i przy nim szpital zimowy na Ordynackiem w gmachu, gdzie dziś konserwatorium muzyczne). Na prowincji 35 następujących: w Włocławku, ²/₂ Rawie, Łowiczu, Mieni, Kielcach, Busku, Olkuszu, Radomiu, Sandomierzu, dwa w Kaliszu, Koninie, Wieluniu, Częstochowie, Piotrkowie, Radomsku, Koniepolu, cztery szpitale w Lublinie, jeden w Szczebrzeszynie, dwa w Zamościu, trzy w Płocku, jeden w Pułtuskach, w Siedlcach, Białej, Maciejowicach, Międzyrzeczu, Łomży, Suwałkach i Szczuczynie. W r. 1865, prócz tych, istniały: w Grójcu, Łęczycy, Kutnie, Sieradzu, Łodzi, Ciechocinku, Piotrkowie (dla starozakonnych), w Solcu, trzy w Hrubieszowie, w Radzynie, Opocznie, Miechowie, Stopnicy, Radomiu (staroz.), Łukowie Białym (sif.), w Nowej-Aleksandrji, Przasnyszu, Ostrołęce, Lipnie, Mławie, Marjampolu, Sejnach, Kalwarji, Suwałkach (staroz.).

W r. 1869, oprócz tamtych, istniały: w Opatowie, Krasnymstawie, Sterdyni, Łomży (staroz.), oraz w Warszawie i na Pradze, czyli w ogóle wszystkich pod zarządem rady głównej opiekuńczej z końcem 1869 roku było 75.

Ze względu na dzisiejszy podział administracyjny kraju, szpitale te znajdują się:

W Warszawie wyżej wymienione 9 szpitali, z których specjalne są: *Świętego Łazarza* dla syfilitycznych, rakowatych i świerzbowatych; *Świętego Jana Bożego* dla obłąkanych i epiletycznych płci męskiej; zaś oddział dla kobiet obłąkanych istnieje w szpitalu Dzieciątka Jezus, a oddziały dla obłąkanych oraz syfilitycznych, świerzbowatych i rakowatych starozakonnych płci obojga, urządzone są w szpitalu warszawskim starozakonnych.

W *gubernji warszawskiej*—szpitali sześć, mianowicie: Ś-go Piotra w Grójcy, Ś-go Józefa w Mieni (Siostry Miłosierdzia), Ś-go Antoniego w Włocławsku, Ś-go Antoniego w Kutnie, Ś-go Tadeusza w Ciechocinku (na czas letni przy wodach mineralnych), Ś-go Tadeusza w Łowiczu (S. Mił.).

W *gubernji kaliszkiej*—szpitali sześć, mianowicie: Ś-jej Trójcy w Kaliszu (S. Mił.), starozakonnych tamże, Ś-go Ducha w Koninie, Ś-go Mikołaja w Łęczycy, Ś-go Józefa w Sieradzu, Wszystkich Świętych w Wieluniu.

W *gubernji petrkowskiej*—szpitali siedm: Ś-tój Trójcy w Petrokowie, starozakonnych tamże, Ś-go Ducha w Rawie, Ś-go Aleksandra w Łodzi i w Radomsku, Ś-jej Joanny w Koniecpolu, Najświętszej Panny Marji w Częstochowie.

W *gubernji radomskiej*—szpitali pięć, mianowicie: Ś-go Kazimierza w Radomiu, starozakonnych tamże, Ś-go Leona w Opatowie, Ś-go Ducha i Hieronima w Sandomierzu (S. Mił.), Ś-go Władysława w Opocznie.

W *gubernji kieleckiej*—szpitali sześć, mianowicie: Ś-go Aleksandra w Kielcach (S. Mił.), Ś-go Błażeja w Olkuszu, Ś-jej Anny w Miechowie, Ś-go Karola w Stopnicy, Ś-go Mikołaja w Busku, Ś-go Edwarda w Solcu (dwa ostatnie na czas letni przy źródłach mineralnych).

W *gubernji lubelskiej*—szpitali dwanaście, mianowicie: Ś-go Wincentego (S. Mił.) w Lublinie, Ś-go Józefa (dla syfil.), Ś-go Jana Bożego (od roku 1651 dla obłąkanych i innych) i starozakonnych w temże mieście, Ś-go Karola w Nowej-Aleksandrii, Ś-jej Katarzyny w Szczepieszynie (S. Mił.), Ś-go Łazarza w Zamostiu, starozakonnych tamże, Ś-go Franciszka w Krasnostawie, Ś-jej Jadwigi w Hrubieszowie (S. Mił.), Ś-go Edmunda (dla syfil.) i starozakonnych tamże.

W *gubernji siedleckiej*—szpitali ośm, mianowicie: N. Marji Panny w Siedlcu, Ś-go Pawła w Sterdyni (S. Mił.), Ś-go Karola (S. Mił.) w Biely, Ś-go Łazarza (syfilityczny), tamże, Ś-jej Kunegundy w Radyniu, Starozakonnych w Międzyrzeczu, Ś-go Tadeusza w Łukowie, Ś-jej Konstancji w Maciejowicach (zał. w r. 1796).

W *gubernji płockiej*—szpitali pięć, mianowicie: Ś-jej Trójcy w Płocku (S. Mił.), Ś-go Aleksego (dla syfil.) tamże, Ś-go Jana Chryzostoma w Lipnie, Ś-go Wojciecha w Mławie, Ś-go Stanisława w Przasnyszu.

W *gubernji łomżyńskiej*—szpitali pięć, mianowicie: Ś-go Ducha w Łomży, Starozakonnych tamże, Ś-go Wincentego w Pultusku (S. Mił.), Ś-go Józefa w Ostrołęce, Ś-go Słanislawa w Szczuczynie.

W *gubernji suwalskiej*—szpitali pięć, mianowicie: ŚŚ. Piotra i Pawła w Suwałkach, Starozakonnych tamże, Ś-go Szymona w Sejnach, Ś-go Jerzego w Kalwarji, Ś-jej Małgorzaty w Marjampolu. (d. n.)

Bibliografia.

Patologia i Fizjologia.

L. Traube, prof. w Berlinie. *Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie*. Tomów dwa. Tom I Experimentelle Untersuchungen z 10 litograf. tablicami. Tom II Klinische Untersuchungen in 2 Abtheilung. Berlin 1871. Cena rs. 14.

Chirurgia.

Th. Billroth, prof. Chirurgji w Wiedniu. *Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in fünfzig Vorlesungen*. 5-te wydanie. Cena rs. 4 kop. 50.

Redaktor i Wydawca Z. Dobieszewski.

Дозволено Цензурою.—w Druk. J. Jaworskiego, Ul. Krak-Przedm. N. 415.—Cena pojedynczego N-ru k. 15 (złp. 1.)