

# MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

|              |                 |           |                                                |                 |       |
|--------------|-----------------|-----------|------------------------------------------------|-----------------|-------|
| w Warszawie: | rocznie.....    | rs. 5     | na prowincyi<br>i w Cesarstwie<br>z przesyłką: | rocznie.....    | rs. 6 |
|              | półrocznie..... | 2 kop. 50 |                                                | półrocznie..... | „ 3   |
|              | kwartalnie..... | „ 1 „ 25  |                                                |                 |       |

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

**TREŚĆ:** Spostrzeżenia z kliniki położniczej prof. TYRCHOWSKIEGO. Trzy przypadki dobrowolnego pęknięcia macicy podczas porodu. Opisał Dr. A. THIEME. (Dokończenie). — Sprawozdania z posiedzeń tow. lek. Tow. lekar. Warsz. Posiedzenie z d. 15 Września r. b. Protokół drugiego posiedzenia Tow. lek. gub. lubelskiej. — Odcinek. Między narodowa konferencya sanitarna w Wiedniu. Podał Dr. Wł. KRAJEWSKI. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Ostre obrzmienie śledziony przy świeżym przymociu. — Kronika miejscowa. Ś. p. Józef KWAŚNIEWSKI. — Sprostowanie.

## SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI POŁOŻNICZEJ

prof. TYRCHOWSKIEGO w Warszawie.

Trzy przypadki dobrowolnego pęknięcia macicy podczas porodu  
(*Ruptura uteri inter partum spontanea*).

Opisał Dr. A. Thieme, Ordynator Instytutu położniczego.

(Dokończenie. Zobacz Nr. 38).

III. K... R... lat 33 licząca zamężna, czwarty raz rodząca na czasie, przywiezioną została do kliniki o godzinie 9-ej z rana, w d. 1 Lipca r. b. z powodu długiego trwania porodu i znacznego sił upadku.

Z badania ustnego w części od rodzącej, w części zaś od akuszerki i otaczających, którzy rodzącą przywieźli do kliniki, dowiedzieliśmy się, iż kobieta ta poprzednio rodziła już trzy razy, że poprzednie porody odbyły się szczęśliwie i dzieci rodziły się żywymi. W ostatniej ciąży, która dobiegła już do swego prawidłowego kresu, kobieta ta czuła się dobrze i była zupełnie zdrową. Praca porodowa rozpoczęła się już od dwóch dni: z początku bóle porodowe były słabe i rzadko przychodziły, ujście według słów akuszerki stopniowo rozwierało się i dnia poprzedniego (30 Czerwca r. b.) w południe odpłynęła woda płodowa w dość znacznej ilości. Od tej chwili bóle porodowe się wzmogły, a pomimo to część przodująca (główka) nie obniżała się i stała jeszcze ruchomo nad wchodem miednicy; z tej więc przyczyny akuszerka zażądała pomocy lekarza, który w celu przyspieszenia (?) zapewne porodu, przepisał 6 proszków sporyszowych (*Secal. cornut. gr. 10 pro dosi*) do wyżycia co  $\frac{1}{2}$  godziny. Bóle pod wpływem tych proszków wzmocniły się do wysokiego stopnia, macica silnie i prawie bezustannie twardniała, rodząca mocno nadymała się, a jednak poród nie następował. Tak rzeczy stały mniej więcej do godziny 5-ej z rana d. 1 Lipca r. b., w którym to czasie bóle peryjodycznie powracające ustąpiły, pojawił się silny krwotok z części rodnych, wysoki upadek sił rodzącej,

znaczny stopień niedokrwistości, tak, iż akuszerka i otaczający wtedy dopiero uznali za stosowne odwieść rodzącą do kliniki dla ukończenia porodu. Tu badana natychmiast po przybyciu do zakładu przedstawiała stan następujący: kobieta wzrostu średniego 146 ctm. wysoka, z obliczem bladym, wyrażającym przestrah, oczyma zapadłemi w głąb' oczodołów, kończyny zimne, tętno 140 nitkowate, z trudnością dające się wymacać; chora skarżyła się na silne zatchnienie, ból i pieczenie w całym brzuchu. Badanie położnicze zewnętrzne, wykazało: kształt brzucha nieprawidłowy, obwód jego 96 ctm., dno macicy sięgało na 3 palce wyżej pępka, w dolnej części brzucha po stronie lewej nad spojeniem łonowym (gdzie też rodząca przy dotykaniu doznawała silnego bólu), tuż prawie poza ścianami brzuszniemi wymacać się daje część obszerna, kulista. Bicia serca płodu nie można było wysłuchać; rodząca też od kilku godzin ruchów dziecka nie odczuwała. Wymiary miednicy tak przy zewnętrznem, jak i wewnętrznem wymierzaniu, okazały się prawidłowemi. Przy śledzeniu przez pochwę znaleziono: ujście maciczne dostatecznie otwarte, tylnej jego wargi palcem dosięgnąć nie można było, przednia zaś warga przedstawiała się w postaci fałdu grubego, mięsistego. Ponad otworem ujścia macicznego nad wchodem miednicy, palec napotykał na pewien odcinek czaszki, na której ciemię większe przedstawiało się olbrzymiej wielkości, kości czaszki w szwach i ciemiach mocno rozstąpione, ruchome jakby zawieszone w worku płynem napełnionym, a skóra czaszki sfałdowana, wisiała w kształcie torby i wystawała z ujścia macicznego.

Po takim zbadaniu stanu ogólnego i miejscowego, rozpoznaliśmy u rodzącej pęknięcie macicy i obecność płodu nieżywego, u którego czaszka jest potwornie wielką, czyli jednym słowem dotkniętą wodogłowie (Hydrocephalus). Chcąc aby rodząca nie zmarła bez rozwiązania, przystąpiliśmy natychmiast po zbadaniu jej do ukończenia porodu sztuką. W tym celu umyśliliśmy wykonać obrót płodu na nóżki i następnie płód przez pociąganie za jego dolny koniec ciała wydobyć. Obrót i wydobywanie płodu aż do główki z łatwością uskuteczniono, lecz wydobywanie główki naostatku idącej, napotkało na znaczne trudności, trzeba bowiem było zużyć do tego dosyć siły i czasu; jednak cała operacja trwała niespełna kwadrans i zdołano wydobyć dziecię płci męskiej, nieżywe, znacznej wielkości, bo ważące 3,995 gramów, długie na 55 ctm. Główka jego przedstawiała godne uwagi cechy, i tak: twarz w porównaniu do czaszki była bardzo małą, czaszka znacznej wielkości przedstawiała kształt worka wypełnionego płynną zawartością, przez ściany którego (skórę) wymacać się dawały pojedyncze kości czaszki bardzo ruchome, w szwach mocno rozstąpione. Obwód tej główki wynosił 44 ctm. Łóżysko natychmiast po wydobyciu płodu, wydalone z macicy. Stan matki z każdą chwilą pogarszał się i położnica przy ogólnym upadku sił, w dwie godziny po przybyciu do kliniki zmarła.

Badanie zwłok wykonane w 48 godzin po śmierci, wykazało: w przedniej ścianie macicy, tuż po za ujściem wewnętrznem, całkowite t. j. wszyst-

kich warstw macicy niewylączając otrzewni, pęknięcie, którego kierunek był skośny, brzegi nierówne, poszarpane; w jamie brzusznej na około macicy, której dno i ciało przedstawiało się dobrze skurczonem, znaleziono znaczną ilość krwi po części skrzepłej, po części płynnej.

Powyższe przypadki pęknięcia macicy przedstawiają niektóre szczególności, na które zamierzam zwrócić uwagę czytelników, a mianowicie: Pierwszy przypadek jest ciekawy pod tym względem, iż przy położeniu płodu pośladowem, przy braku jakiegokolwiek bądź niestosunku mechanicznego (między częścią przodującą a wymiarami miednicy) nastąpiło dobrowolne pęknięcie macicy; przypadek w ogóle rzadki.

SCANZONI w rozdziale traktującym o pęknięciu macicy powiada, iż nie widział pęknięcia macicy przy położeniu płodu dolnym końcem ciała. SCHRAEDER, COHNSTEIN, JOULIN i inni, wyrażają się, iż pęknięcie macicy przy położeniach miednicowych dziecka, należy do rzadkości.

Rozpoznanie pęknięcia macicy w przypadku tym, nie przedstawiało żadnych trudności, gdyż obecnymi tu były *par excellence* wszystkie prawie objawy pęknięcia macicy, i tak: uczucie na raz gwałtownego bólu w brzuchu, z poczuciem przez rodzącą jakby coś się rozdarło, krwawienie z części płciowych, raptowna zmiana kształtu brzucha, przez ściany którego wyraźnie wyczuć się dawały powyżej pępka części drobne płodu (nóżki), ustanie zupełne bólów porodowych t. j. rytmicznych skurczeń macicy, cofnięcie się ku górze części przodującej płodu, wreszcie ogólny stan i wygląd rodzącej, nie mogły za niczem innem przemawiać jak za pęknięciem macicy.

Co się tyczy przyczyn pęknięcia macicy w tym przypadku, to zdaje się, że silne rytmiczne skurczenia macicy (dna i jej treści) połączone z kurczowem i upornem ściąganiem się ujścia macicznego, na które to ujście część wprawdzie podatna lecz obszerna (pośladki) podczas bólu silnie napierała, były prawdopodobnie przyczyną pęknięcia; łatwo bowiem pojąć, że w takim stanie rzeczy dolny odcinek macicy musiał być silnie rozciączonym i będąc napieranym przez nóżki płodu, prawdopodobnie znajdujące się na przodkowej ścianie macicy i ku prawej stronie, uległ pęknięciu, poczem nóżki wypadły przez otwór w macicy tym sposobem powstały do jamy brzusznej, a pośladki stawiające się do porodu, cofnęły się ku górze i na prawo, tak, iż płód cały przyjął następnie położenie zbliżone więcej do ukośnego. Przypadek ten przekonywa, iż pomimo braku niestosunku mechanicznego: zwięźenia miednicy, zbyt obszernej niepodatnej przodującej części płodu (główki), przy podłużnem położeniu płodu, może nastąpić dobrowolne pęknięcie macicy, jedynie w skutku nadmiernego i niejednostajnego kurczenia się macicy, t. j. często powtarzającego się kurczenia dna i treści macicy przy uporczywie i w jednej mierze pozostającym kurczowem ściąganiu się ujścia macicznego, co stało na przeszkodzie przysunięciu się części przodującej w próżnię miednicy. Być może, że uspasabiającą przyczynę do pęknięcia macicy w tym przypadku, było zwyrodnienie

tłuszczowe mięsnych jej części, jakie spotykamy często u kobiet kilka razy w swem życiu ciężę, porody i położę przebywających.

Tak więc i przy położeniu posładkowem przy kurczowem i silnem ścięciu się ujścia macicznego, może nastąpić pęknięcie macicy. Nieprawidłowe i niejednostajne zaś kurczenie się macicy w tym przypadku zależnem było jak się zdaje od zbyt wczesnie następnego odpłynięcia wody płodowej, a ztąd bezpośredniego obciągnięcia się ścian macicy na około płodu, jeszcze jak w tym przypadku znacznej wielkości.

Krwawienie jakie nastąpiło zaraz po odejściu wody płodowej, prawdopodobnie zależało od przedwczesnego częściowego odklejenia się łożyska; krwawienie to jednak wstrzymało się samo przez się, w skutek następowego silniejszego kurczenia się macicy, zaciskającego naczynia, za pomocą których łożysko przyczepionem było do macicy. Krwawienie zaś, jakie miało miejsce po pęknięciu macicy, być może w części zależało od tej samej przyczyny, w większej jednak części miało swe źródło w samem pęknięciu macicy; część krwi odpływała na zewnątrz, a część do jamy brzusznej, wywołując prócz ostrej niedokrwistości (*anaemia acuta*) u rodzącej w krótkim czasie oznaki rozwijającego się zapalenia otrzewni (*peritonitis diffusa*), sprawdzonego na stole sekcyjnym.

W drugim przypadku powyżej opisanym, rozpoznanie pęknięcia macicy przedstawiało pewne trudności; ze wszystkich bowiem znaków miejscowych, mogących świadczyć o następnem pęknięciu macicy, jeden tylko był obecnym, a mianowicie raptowne ustanie porodowych skurczów macicy, która jednak i za przybyciem nawet rodzącej do kliniki, przedstawiała kształt prawidłowy, i była jednostajnie twardą, dobrze skurczoną, a pomimo to rodząca wcale nie uskarżała się na bóle, któreby można było uważać za bóle porodowe. Wszakże wzięwszy pod uwagę ów znaczny upadek sił rodzącej, który nie dał się ze wszystkiem odnieść do objawów ostrego kataru żołądka i kiszek, powstałego tu widocznie z błędów dyjetetycznych, przypuszczaliśmy z niejakiem prawdopodobieństwem, iż mamy tu do czynienia z pęknięciem macicy. Jak rozpoznanie, tak też i rozstrzygnięcie pytania: co spowodowało w tym przypadku owo pęknięcie, napozór nie jest jasnem, u rodzącej bowiem było położenie czaszkowe 1-sze, miednica przedstawiała prawidłowe wymiary; jedynie tylko przypuścić możemy, iż w tym przypadku główka płodu znacznej objętości (obwód jej wynosił 38 ctm), wywołała prawdopodobnie niestosunek mechaniczny między jej i miednicy wymiarami, w skutku czego dolny odcinek macicy podczas bólów naprężony silnie główką, stawiającą się do porodu i tłoczącą się w próżnię miednicy, mógł uleść rozerwaniu. O obecności w tym przypadku niestosunku mechanicznego, świadczy niewątpliwie znaczne przedgłowie na główce dziecka. Być bardzo może, iż często powtarzające się i z silnem nadymaniem rodzącej połączone wymioty, przyczyniły się także do pęknięcia macicy. W każdym razie, pęknięcie macicy nastąpiło tu wtedy, kiedy główka płodu była już ustaloną w próżni miednicy, gdyż w przeciwnym razie, główka nieustaloną bezwarunkowo po następnem pęknięciu, cofnęłaby się ku górze.

Nakoniec w trzecim przypadku rozpoznanie pęknięcia macicy było łatwym, sam bowiem już wygląd rodzącej i wymacanie części obszernej, kulistej w okolicy dolnej brzucha, tuż po zaścianami brzuszniemi, rozumie się samo przez się, dla lekarza więcej nieco wprawionego w śledzenie położnicze, musiało przemawiać za pęknięciem macicy. Szło nam głównie o zbadanie, co w tym przypadku spowodowało to fatalne zejście podczas porodu. A odpowiedź na to pytanie dostarczyło nam śledzenie przez pochwę, za pomocą którego przekonał się o obecności nad wchodem miednicy znacznej objętości czaszki płodu, przedstawiającej przy śledzeniu palcem kształt nieprawidłowy, z kośćmi w szwach rozstąpionymi, ciemionami znacznej wielkości, jednym słowem śledzenie to wykazało nam, iż mamy do czynienia z wodną puchliną wrodzoną czaszki (wodogłowie, *hydrocephalus congenitus*). Oczywiście główka tak znacznych rozmiarów, stanowiła znaczny i niepokonalny opór mechaniczny dla przejścia przez kanał miednicy, opór który nie mógł być pokonany przez skurcze macicy, już i tak po odejściu wody płodowej same przez się bardzo silne a jeszcze bardziej wzmocnione przez podanie sporyszu do wewnątrz, tak, iż w końcu macica silnie kurcząc się, usiłowała (podczas każdego bólu) wepchnąć główkę do kanału miednicy; lecz ponieważ między wymiarami miednicy (tu prawidłowej) a wymiarami główki, był znaczny niestosunek mechaniczny, główka więc przy każdym bólu silnie musiała naciskać na dolny odcinek macicy, który w końcu uległ rozerwaniu.

Tak więc, przyczyną pęknięcia macicy w tym przypadku, były silne bóle porodowe (skurcze macicy), przy obecności główki dziecka dotkniętej wodną puchliną, której wymiary doszły do znacznej wielkości. Przyczyną pęknięcia macicy w tym przypadku, łatwo się dała odszukać, zastanówmy się jednak, czyby wcześniejsza i stosowniej według wskazówek naukowych podana tej rodzącej pomoc, nie mogła była uchronić ją, od tak smutnego dlań zejścia? Śmiem otwarcie wypowiedzieć, „że najzupełniejby mogła,” lecz do tego potrzeba było, aby lekarz zawezwany najprzód rozpoznał z jakiego rodzaju zboczeniem porodowym ma do czynienia; w tym przypadku zdaje się, iż lekarz nie rozpoznał tego lub też nie chciał wyjawić swego zdania otaczającym, a nadewszystko akuszerce (która dopiero w klinice dowiedziała się, że główka jest potwornie wielką), coby przecież powinien był uczynić. Lecz przypuśćmy, że nie rozpoznał on rodzaju zboczenia porodowego, wszak zdarzają się nieraz trudności w rozpoznaniu, lecz z jakiej przyczyny uznał za stosowne podać rodzącej sporysz i to w tak dużej ilości?—z pewnością dla powiększenia bólów, azaż bóle poprzednie nie wystarczyłyby do wydalenia płodu, gdyby nie istniała jakaś przeszkoda mechaniczna. Jeżeli zaś rozpoznał rodzaj zboczenia porodowego, to dziwić się należy, dla czego nie chwycił się wskazań naukowych, t. j. dla czego przedewszystkiem nie starał się usunąć przeszkody mechanicznej. Przez wykonanie obrotu (jeżeli w chwili śledzenia główka była jeszcze ruchomą) na nóżki lub też przez wypuszczenie płynu z jamy czaszkowej przez zapuszczenie w okolicy ciemieniowej cienkiego trójkątka, zmniejszyłby się znacz-

nie opór mechaniczny ze strony główki, a gdyby i to nie pomogło, mógłby zrobić otwór większy w czaszce i założyć w celu wydobywania główki kranio-klast SIMPSON'A lub kefalotryb.

W każdym razie mieliśmy w tym przypadku zboczenie porodowe, należące w ogóle do rzadkich zboczeń, a które w większej liczbie przypadków wymaga dla usunięcia niebezpieczeństwa grożącego matce, czynnego i umiejętnego wdania się sztuki.

Tak np. HOHL<sup>1)</sup> w swem znakomitem dziele „o porodach płodów potwornych, dotkniętych rozmaitemi chorobami i obumarłych,” przytacza 77 przypadków, w których wodna puchlina główki dziecka (*Hydrocephalus congenitus*) stanowiła zboczenie porodowe, a z tych przypadków w 64 zaszła potrzeba interwencji czynnej, i wykonania najrozmaitszych operacji położniczych. Nadto autor ten, również jak inni: SCANZONI, SCHRAEDER<sup>2)</sup> powiadają, iż nieodpowiednia i w niewłaściwym czasie podana pomoc sztuki przy tem zboczeniu, prowadzi z łatwością do pęknięcia macicy.

Rozumie się samo przez się, iż postępowanie lekarskie winno być odpowiednio zastosowaniem do danego przypadku i mieć na uwadze, iż stopień zboczenia porodowego w mowie będącego, zależy od większej lub mniejszej ilości płynu zebranego w komórkach mózgowych, a zatem *respectively* od większej lub mniejszej objętości czaszki. Jeżeli badanie położnicze wewnętrzne wykrywa główkę potwornie wielką, w skutku nagromadzenia się płynu w jamach mózgowych, wtedy zdaniem większości autorów, winniśmy w postępowaniu naszym mieć na pierwszym planie matkę, albowiem i tak rokowanie dla życia dziecka z samej natury choroby jest niepomyślnem. Z tej więc przyczyny winniśmy nie ociążać się ze zmniejszeniem objętości główki, a to za pomocą przekłócia pokryw czaszki trójkątnym, w celu wypuszczenia płynu (co bynajmniej niezawsze i bezwarunkowo jest zabójczem dla płodu). Po zmniejszeniu tym sposobem objętości główki, jeżeli można bez trudności obok główki wprowadzić rękę do macicy, w celu odszukania nóżek płodu, w takim razie winniśmy natychmiast zrobić obrót i płód wydobyć przez pociąganie za jego dolny koniec ciała (*extractio*), albowiem opróżniona (choćby w części) na ostatku idąca główka łatwiej da się wydobyć przez pociąganie, podczas kiedy bóle porodowe, chociażby nawet dość silne, główkę przodującą i po wypuszczeniu z niej płynu z wielką tylko trudnością i to rzadko są w stanie przepchnąć przez kanał miednicy. Jeżeli zaś główka stoi już ustalona we wchodzie miednicy, to wtedy po wypuszczeniu z niej płynu trójkątnym, poród, jeżeli można, pozostawiamy siłom rodzącej, albo też przystępujemy do zrobienia większego otworu w czaszce nożycami NAEGELE'GO i staramy się wyciągnąć czaszkę kranio-klastem SIMPSON'A, albo też bez uprzedniego przedziurawienia nożycami czaszki, zakładamy na czaszkę kefalotryb i usiłujemy

<sup>1)</sup> HOHL. Die Geburten missgestalteter, kranker und todter Kinder. Halle 1850.

<sup>2)</sup> SCHRAEDER. Lehrbuch der Geburtshülfe str. 481.

za pomocą niego wydobyć główkę. Nigdy zaś nie należy zakładać kleszczy, albowiem te przy nieco silniejszych pociąganiach, z wielką łatwością mogą się zeslizgnąć i spowodować uszkodzenie macicy.

## SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z d. 15-go Września 1874 r.

Dziwnem zbiegiem okoliczności, ORŁOWSKI i GIRSZTOWT przedstawili na tem posiedzeniu dwa doskonale wyniki amputacyi nogi, dokonane dwiema powinowatemi metodami, które ze sobą o pierwszeństwo walczą. Przed kilku miesiącami ORŁOWSKI odciał chłopcu 18-to letniemu połowę stopy prawej metodą CHOPART'A, ale wkrótce potem objawiło się próchnienie (*caries*) kości śródstopia i ropienie w stawie stopowo-goleniowym, tak iż nowe odjęcie powyżej, okazało się nieuchronnem. ORŁOWSKI zdecydował się w tym celu na metodę w ostatnich czasach przez GUIOT'A rozpowszechnioną, to jest na amputacyję nadkostkową. Operacyja ta dokonywała się w następujący sposób: z części tylnej i obu bocznych skóry, oraz tworów pod nią leżących na dolnej części goleni i pięty, tworzy się płat, który się ile możności, z okostnią kości piętowej i obu kości goleniowych wykrawa, a potem obie te kości odpiłowywa tuż ponad ich stawowemi powierzchniami i płatem z tyłu ku przodowi otula. Odpilowanie więc pada poniżej dolnego końca jamy szpikowej w obu kościach goleni, a jamy te zatem nie będąc otwarte, bardzo ułatwiają zagojenie się rany, które też jak sprawozdawca zapewnia następuje szybko. Tym sposobem operował on dotąd dwóch chorych—pierwszy z nich po zagojeniu się zupełnem rany zmarł na białkomocz, zanim zaczął swej operowanej nogi używać, drugiego zaś już zupełnie zdrowego Towarzystwu przedstawia. Odcięty koniec kości doskonale jest płatem okryty, konieczna amputowana jest tylko o 8 centimetrów od drugiej krótsza i po założeniu na nią wypełnionego buta mechanicznego, który się trzyma jedynie na łydce i poniżej kolana, operowany chodzi swobodnie, a do tego stopnia, iż w razie staranniejszego odrobienia buta nikt by się nie domyślał nawet, że mu stopy brakuje. Rozszerzając się nad szczególami tej operacyi ORŁOWSKI wzmiankuje, że jest ona li tylko szczęśliwą modyfikacyją operacyi SEIM'A, która jak wiadomo polega na odjęciu stopy w stawowym połączeniu z golenią, oraz na pokryciu rany płatem z pięty utworzonym i że zamiast niej powinna tam być zawsze używana, gdzie powierzchnie stawowe kości goleniowych tak są chorobliwie zmienione, że przyrośnięcie do nich płata, niepodobnem się staje, lub też wielkim może podlegać trudnościom. Operacyja SEIM'A była w r. 1846 ogłoszoną, ale wielkie jej rozpowszechnienie zwróciło wkrótce uwagę na kilka jej niedogodności i tak: naprzód wycięcie płata z pięty nadaje mu kształt kubka, który wprawdzie dobrze się zakłada na koniec goleni, ale zato w jego wklęsłości zbiera się ropa, która nietylko zagojenie utrudnia, ale i ogólnego zatrucia staje się nierzadko przyczyną. Temu zbieraniu się ropy zaradza się dzisiaj przez zrobienie we środku płata sztucznego otworu—ale trudniejsza sprawa ze skróceniem kończyny o całą wysokość stopy, której także uniknąć usiłowano. Otóż PIROGOW, jak o tem nas GIRSZTOWT zapewnia, już w r. 1852 powziął był myśl spożytkowania w tym celu pięty, lecz myśl tę dopiero we dwa lata później po długich

badaniach, wprowadził w życie jako osobną metodę. Wiadomo, że znakomity ten chirurg całą kość piętową zostawia na płacie, wycina kość skokową wraz z resztą kości śródstopy, obrótnywa przez stosowne cięcia kostne powierzchnię stawową obu kości goleni, odcina potem część przednią pozostałej kości piętowej, przekręcają w ten sposób iżby jej tylny guz ku dołowi był obrócony i obiedwie powierzchnie płaskie nowo otrzymane na kości piętowej i na kościach goleni do siebie przylutują, a nareszcie nieruchomo jak po każdej resekcji, utwierdza. Kol. GIRSZTOWT przedstawia Towarzystwu jeden świetny wynik tej operacji przez siebie wykonanej przed dwoma laty. Operowany człowiek jeszcze młody wyrobnik, chodzący dziś boso po warszawskim bruku, przedstawia nam w powyższy sposób na końcu dolnym goleni przyrośniętą piętę, na której najswobodniej się opiera, i nawet najmniej nie kuleje, gdyż operowana kończyna ma zupełnie tę samą długość jaką ma zdrowa. Wspierając się więc na tym okazie GIRSZTOWT twierdzi, że operacja PIROGOWA przedstawia niezaprzeczoną wyższość nad operacją SEIM'A i nad amputacją nad kostkową.—KOSIŃSKI wzmiankuje, że tak by było istotnie, gdyby częściej można się było poszczycić tak wytwornemi jej wypadkami jaki obecnie GIRSZTOWT przedstawia, ale na nieszczęście, do wielkich one należą rzadkości i ztąd też pewna dla operacji PIROGOWA oziębłość w sferach chirurgicznych na którą się G. uskarża. Wprawdzie francuzi z góry zaraz ją potępili, ale niemieccy i angielscy chirurdzy, bardzo się nią zajmowali. LANGENBECK zmodyfikował ją nawet w ten sposób, iż w celu zmniejszenia naprężenia ścięgną *Achillesa* przy zetknięciu kostnych powierzchni, przecina zawsze to ścięgno. SZYMANOWSKI zmienił stosownie kierunki płaszczyzn kostnych mających z sobą się stykać, w celu otrzymania wygodniejszego dla chodu zakończenia kłykecia; lecz to wszystko nie pomogło, gdyż doświadczenie okazuje, że kości przepiłowane zrastają się bardzo trudno, że bardzo często przychodzi do ich zgorzeli, lub do ropni powyżej wśród pochwę ściągaczy, co wywołuje konieczność następnego amputowania powyżej, lub też że przychodzi do ropnicy lub posocznicy kończących się śmiercią. Na stołach sekcyjnych KOSIŃSKI widział kilka ofiar tej operacji w Berlinie, i przytacza statystykę której autora nie pomni, a która opiewa, że z 32 przypadków zaledwie dwa z powodzeniem wyszły. Dodać jeszcze do tego wypadka, że w tych ostatnich nawet powodzenie bywa nietrwałe, gdyż pięta przy chodzeniu obuszuwa się zazwyczaj na bok nakształt wykoślawionego obcasa u buta, co też zdaje się iż i na owym szczęśliwym okazie Towarzystwu przedstawionym zjawiać się już poczyną. Chód staje się więc coraz trudniejszym, a na ostatek przychodzi do tego, że operowani wolą kolanem na szczudle się opierać, jak na swej operowanej nodze. GIRSZTOWT nie uznaje ważności tych wszystkich zarzutów, i zapewnia, że dotąd 18 chorych w ten sposób operował, z których trzech swobodnie po Warszawie chodzą, i że z reszty mała tylko liczba mu się nie powiodła. Przyznaje, że zrosnąć się kości i zagojenie rany bardzo jest długie, ale do tego wielkiej nie przywiązuje wagi.—Życzyć by bardzo należało w obec tych zapewnień, ażeby GIRSZTOWT wymotywowaną swoją chciał statystykę ogłosić; zmieniłaby ona bowiem być może całą postać rzeczy,—ale dopóki to nie nastąpi, dopóki nie będzie dotykalnych dowodów, to okaz przez niego Towarzystwu przedstawiony, za wyjątkowo szczęśliwy uważać należy. Aż dotąd zatem operacji SEIM'A doświadczeniem stwierdzonej dostatecznie, a w danych razach amputacji nadkostkowej przez ORŁOWSKIEGO Towarzystwu przedstawionej wypadnie dać pierwszeństwo.

Protokół drugiego posiedzenia Towarzystwa lekarzy gub. lubelskiej, z dnia 4-go sierpnia 1874 r <sup>1)</sup>.

Obecni: CHRZANOWSKI, CIECHOŃSKI, DOLIŃSKI, JENTYS, JANISZEWSKI, JANKOWSKI, KWAŚNIEWSKI, OTTO, RADCEWICZ, RUSSYAN, ROZAŃSKI, SZCZAFIŃSKI, SZNIERSZTEIN, SZULC, TALKO, TETZ, ULANOWSKI, ŻYLIŃSKI, wszystkich 18 członków.

1) Sekretarz odczytał protokół wyborczego posiedzenia <sup>2)</sup>, stwierdzony natychmiast podpisami obecnych na nim członków.

2) Następnie zakomunikował odezwę Towarzystwa do naczelnika gubernii, zawiadamiając go, stosownie do § 38 Ustawy, o wyborze prezesa i wiceprezesa; do odezwy tej dołączony został świeżo podpisany protokół wyborów.

3) Postanowiono: a) aby nadalposiedzenia Towarzystwa odbywały się 4-go każdego miesiąca, o god. 5-ej po południu; jeżeliby zaś 4-go wypadło święto—to dnia następnego. Na trzy dni przed każdym posiedzeniem sekretarz uprzedzi o tem członków osobnem obwieszczeniem, na którem każdy, życzący co odczytać lub przedstawić, prezesa zawiadomi.

b) Przyjęto na członków czynnych: p. Maksymiliana OTTO, nabywcę apteki po MAZURKIEWICZU, i p. Lucyjana CZERWIŃSKIEGO, prowizora farmacji,—obu z m. Lublina.

c) Postanowiono, iż oznaczoną roczną opłatę członków czynnych w ilości rs. 6, można wnosić odrazu lub też w półrocznych ratach.

d) Polecono kasyjerowi aby zaprowadził książki dla zapisywania dochodów i rozchodów Towarzystwa; wydatki mają być uskuteczniane z kasy li tylko za kwitami podpisywanemi przez prezesa i sekretarza.

e) Po przedstawieniu przez sekretarza wzoru dyplomu lekarzy gub. plockiej i rozpatrzeniu takowego przez członków, zdecydowano zamówić w litografii podobne blankiety na dyplomy z odpowiedniami zmianami.

f) Woznemu Słomczyńskiemu, roznoszącemu ogłoszenia, wyznaczono 12 rs. rocznej płacy.

g) Większością głosów postanowiono zaprenumerować 7 następujących czasopism: Pamiętnik Tow. lekars. Warszawskiego, Przegląd lekarski, Современная Медицина (wydawnictwo której przeniesione z Kijowa do Warszawy w sierpniu r. b.), Gazette des Hôpitaux, Wiener medicin. Wochenschrift, Berliner klin. Wochenschrift i Czasopismo farmaceutyczne lwowskie.

4) Kol. JANISZEWSKI, nieobecny na poprzednim posiedzeniu, odczytał długą przemowę, w której głównie napadał na anonimowe korespondencje z Lublina, pojawiające się od pewnego czasu w czasopismach lekarskich i nielekarskich i protestował przeciwko legalności wyborów członków administracji. Przemawiając za potrzebą i koniecznością najściślejszej zgody członkami składających Towarzystwo, a których on nazywa „akcyonaryuszami kapitału w pieniądzach, w pracy i w wiedzy”, kol. J. wyraził życzenie, aby na przyszłość nikt nie korzystał z głosu nieobecnego kolegi, niemając na to jego piśmiennego zezwolenia i ażeby powtórzo-no wybory przy uczestnictwie członków zamieszkałych na prowincyi.

<sup>1)</sup> Dziękując za łaskawe uznanie naszego czasopisma przez Towarzystwo lekarzy gub. lubelskiej, wyrażone życzeniem aby MEDYCYNA była jego organem, donosimy iż odtąd protokoły posiedzeń tego Towarzystwa stale ogłaszać będziemy w tej myśli, że one na uwagę ogółu naszych Czytelników zasługiwać będą. (Red.)

<sup>2)</sup> O otwarciu Towarzystwa i wyborach podaliśmy wiadomość w N-rze 28ym MEDYCYNY z r. b.

Stosownie do wniosku prezesa, obecni członkowie, głosując pojedynczo, nie zgodzili się na powtórzenie raz już dokonanych wyborów, a to tembardziej że dotychczas jeszcze niewiadomo, czy kto z prowincjonalnych kolegów zechce należeć do grona Towarzystwa jako członek czynny, mający prawo wyborczego głosu. Postanowiono więc rozesłać do lekarzy i aptekarzy zamieszkających w gubernii zapytanie: jakim mianowicie kto członkiem życzy sobie zostać. Co zaś do administracyi Towarzystwa, to ta pozostawia się tą samą na rok cały i dopiero na wybory od roku przyszłego będą wzywani członkowie czynni z całej gubernii. Przekazywanie prawa głosu nieobecnego na posiedzeniu członka, ma odtąd być dawane li tylko na piśmie, a to w celu zapobieżenia nieprzyjemnym ztąd wynikać mogącym skutkom tak dla samego Towarzystwa w ogóle, jak i dla pojedynczych jego członków w szczególności.

5) Kol. JENTYS opowiedział przypadek, operowanej przez siebie po-myślnie, uwięzionej przepukliny w prawej pachwinie (*hernia inguinalis dextra*). Operacyję wykonał w Krasnym Stawie d. 7 czerwca r. b. przy pomocy pp. SKAWIŃSKIEGO i KONKOWSKIEGO u 32 letniego Jungmana Tejtenholza z Izbicy. Przepuklina wielkości głowy dorosłego człowieka, istniejąca od dzieciństwa, podczas pieszej podróży chorego, w skutek pęknięcia utrzymującego ją paska, została uwięziona. Po trzechdniowej bezskutecznej przeciwzapalnej kuracyi, gdy wystąpiły groźne objawy uwięzienia, postanowiono zrobić herniotomię, którą uskutecznilo po uspieniu chorego chloroformem. Z worka przepuklinowego wyciekło 4 uncye ciemnego płynu, znaleziono w worku 6 zwojów cienkiego jelita z częścią siatki brzusznej; po usunięciu drogą operacyjną przeszkody, pojedyncze pętle jelita półobrotowym ruchem zostały całkowicie wsunięte do brzucha. Pomimo złych warunków, nierokujących dobrego zejścia po operacyi tej monstrualnie wielkiej przepukliny, chory, jak donoszą kol. JENTYSOWI, jest na wyzdrowieniu <sup>1)</sup>. Kol. TALKO odczytał spostrzeżenie o nowotworze lewej połowy mózdzku rozpoznanym za życia przy pomocy wzniernika ocznego. Oprócz danych oftalmoskopowych, za takim rozpoznaniem przemawiały i inne objawy tej choroby mózgowej <sup>2)</sup>.

7) Członkowie nieobecni na pierwszym posiedzeniu złożyli na ręce kasyjera 12 rs., kassa przeto obecnie rozporządza kwotą 98 rs. wynoszącą.

8) Nakoniec kol. JENTYS mówił o charakterze panujących w Lipcu w naszym mieście chorób: przeważnie spotykano katary przewodu pokarmowego w rozmaitych postaciach, u dzieci nieraz w postaci wyniszczającego rozwolnienia; prócz tego zdarzały się: płonica, ospa wietrzna, ostre katary oskrzeli, zimnica i jeden przypadek karbunkułu.

Zgodnie z oryginałem, sekretarz Towarzystwa, Dr. med. Józef TALKO.

## ODCINEK.

### Międzynarodowa konferencyja sanitarna w Wiedniu.

W miesiącu Lipcu r. b. odbywała posiedzenia swoje, pod przewodnictwem barona M. von GAGERN. Następni przedstawiciele państw przyjmowali w niej udział:

Austro-Węgry: radca ministerjum spraw wewnętrznych Dr. F. ULLRICH; kierujący zarządem morskim w Tryjescie, August von ALBER; radca ministerjum handlu Karol HAARDT von HARTENTHURN; starszy lekarz

<sup>1)</sup> Dowiedzieliśmy się później, iż doniesienie to było mylnem, chory wkrótce po operacyi zmarł. (Przyp. Dra. T.)

<sup>2)</sup> Spostrzeżenie to wkrótce podamy w „MEDYCYNIE”.

(Redakcyja).

w szpitalu Rudolfa, Dr. A. DRASCHE; professor wszechnicy wiedeńskiej Dr. Karol Ludwik SIGMUND von ILANOR; radca wydziału w węgierskim ministerjum spraw wewnętrznych Dr. L. GROSS; radca wydziału węgierskiego zarządu morskiego w Fiume HEKTOR CATINELLI; Protomedyk kroacki Dr. I. SCHLOSSER; lekarz pułkowy z Kroacyi Dr. Mikołaj SEVERINSKI.

Cesarstwo Niemieckie: starszy radca zdrowia Prof. Dr. von PETTENKOFER z Monachium; Prof. Dr. HIRSCH z Berlina.

Belgia: inspektor służby zdrowia z ministerjum spraw wewnętrznych, Dr. HENRARD.

Dania: lekarz naczelny i radca prawny Dr. P. A. SCHLEISSNER z Kopenhagi.

Egipt: przewodniczący w głównej radzie zdrowia COLLUCCI-PASCHA; sekretarz tejże rady Dr. REGNY.

Anglia: lekarz poselstwa angielskiego w Konstantynopolu Dr. DICKSON; członek rady zdrowia z Londynu Dr. Edward SEATON.

Grecya: przewodniczący rady zdrowia Prof. wszechnicy Ateńskiej, Dr. D. G. ORPHONIDES.

Włochy: Prof. wszechnicy neapolitańskiej, Dr. MARIANO-SEMMOLA.

Luxemburg: przewodniczący towarzystwa przyrodników, Dr. SCHMIT.

Norwegia: kierujący służbą zdrowia w Christianii, Dr. I. KIERULF.

Hollandya: oficer sanitarnej służby morskiej I klasy, H. L. REEDER; naczelnik wydziału w ministerjum spraw wewnętrznych, Dr. H. von KAPELLE.

Persya: Dr. I. E. POLAK, HEKIM BASCHI.

Portugalia: professor szkoły lekarskiej w Lizbonie, Dr. José Thomas DE SOUZA MARTIUS.

Rumunia: członek głównej rady zdrowia, prof. (?) Dr. MARCOVITZ.

Rossya: rzeczywisty radca stanu Dr. E. LENZ; assesor kolegiálny, lekarz poselstwa rosyjskiego w Teheranie, Dr. M. KASTORSKIJ.

Serbija: naczelnik wydziału lekarskiego w ministerjum spraw wewnętrznych, Dr. Stefan MILOSHAVLEVITSCH.

Szwecya: naczelnik główny kolegium lekarskiego, Dr. N. J. BERTIN.

Szwajcarya: lekarz miejski z Zürich, Dr. Karol ZEHENDER; sekretarz rady zdrowia w Bernie, Dr. Adam ZIEGLER.

Turcya: inspektor służby zdrowia, Dr. BARTOLETTI; członek rady zdrowia w Konstantynopolu, ALI BEY.

Francya: prof. FAUVEL.

Hiszpanię miał przedstawiać jakiś lekarz którego nazwiska nie podano.

Osnowę prac konferencyi stanowiły: zapytania naukowe co do zadania o kwarantannie przy cholery i o urządzeniu międzynarodowej kommissyi zaraz (*internationale Seuchen-Commission*).

#### A. Zapytania i odpowiedzi dane na nie przez konferencyję.

Pytanie 1-sze: czy zdolna do szerzenia (nagminna) cholera rozwija się dobrowolnie (*spontan*) w Indyjach, i czy przedostaje się do innych krajów zawsze tylko z zewnątrz albo czy też zdarza się nagminnie i w innych, po za obrębem Indyj leżących krajach (w których?)?"

Dr. M. DICKSON (Anglia) wyjaśnił naprzód stosunki cholery w Indyjach, opierając się na danych statystycznych dowodził on, iż w Bombay, które dotąd za ognisko zarazy było uważanem, w tym roku ani jeden przypadek cholery się nie zdarzył. Mówca zwraca uwagę na ulepszenia sanitarne, jakie rząd tameczny przeprowadził, wymieniając poprawę ścieków, zakaz wrzucania trupów do Gangesu jak to było dotąd we zwyczaju i twierdzi, że w skutek tego stan sanitarny znacznie się poprawił. Mimo to jednak, trudno utrzymywać aby Indyje nie były ogniskiem cholery; przytoczone szczegóły wyka-

zują tylko, że przez należyte środki ochronne można wcześniej tej groźnej biedzie zapobiedz.

Prof. HIRSCH (Berlin) bronił stanowczo poglądu, że ogniska cholery tylko w Indyjach szukać należy.

Po długich rozprawach konferencyja wypowiedziała następne zdanie: „że zaraza po za obrębem Indyj, w żadnej części świata niema piętna swojego (*autochtonos*), że mianowicie w Europie nie stała się jeszcze domową, że więc zawsze pojedyncze nagminne jej wystąpienia jako z Indyj wyszłe uważać należy.”

Pytanie 2-gie: „Czy cholera rozszerza się przez ludzi?”

Prof. von PETTENKOFER (Monachium) twierdził, iż podług jego spostrzeżeń, cholera może być rozniesioną nie tylko przez chorych lecz także i przez zdrowych ludzi; jako przykłady popierające to zdanie przytaczał miasta Monachium, Speyer i Heilbronn, w których w roku zeszłym wystąpiła cholera bez zanieśienia dowieść się dającego; twierdzenie jego jednak było z wielu stron zbijane, nie uznawano przytoczonych dowodów za przekonujące i zgodzono się, że tylko chory człowiek jako przenośnik zarazki uważany być winien. Konferencyja nakoniec wyrzekła: „że przenośnikiem zarazy może być człowiek w ogóle.”

Pytanie 3-cie: „Czy może być cholera szerzoną za pomocą rzeczy pochodzących z miejsca zarazą dotkniętego, szczególnie przez te których używali chorzy?”

Odpowiedź konferencyi brzmi jednogłośnie potakująco.

Pytanie 4-te: „Czy zaraza może się roznosić przez pokarmy?”

Pytanie 5-te: „Czy cholera może być zawleczoną przez żywe zwierzęta?”

W odpowiedzi na te pytania dzieliły się poglądy członków za i przeciw, większość jednak konferencyi zgodziła się na to, iż możność roznoszenia i zawlekania cholery za pomocą pokarmów i żywych zwierząt jest dopuszczalną.

Dr. POLAK (Persya) zawiadamia na podstawie depeszy z Teheranu, iż w przyszłości przewóz zwłok ludzi na cholere zmarłych do słynnego miejsca wycieczek pątników perskich w Kербela ma być dozwolony dopiero po długoletnim pogrzebaniu, jako też, że cmentarze tylko po za obrębem miast zakładane być mogą.

Pytanie 6-te: „Czy może się rozszerzać cholera za pomocą przewozu towarów?”—(zobacz pytanie 11).

Pytanie 7-me: „Czy może być cholera szerzoną przez zwłoki ludzi na nią zmarłych?”—Konferencyja jednogłośnie potwierdziła.

Pytanie 8-me: „Czy może być cholera jedynie tylko za pomocą powietrza dalej przenoszona?”—W tym względzie przyjęto postanowienie konferencyi Konstantynopolskiej z r. 1866, które brzmi następująco: „jest to prawo od którego dotąd jeszcze nie znamy żadnego wyjątku, że cholera nigdy nie postępuje prędzej aż z nastaniem możności dotarcia do danej miejscowości, za pomocą zwykłych połączeń (*Communicationsmittel*). Dotąd niema żadnych podstaw do mniemania, iż cholera roznosi się wdał za pośrednictwem powietrzni (*atmosphera*) w jakimkolwiek stanie ona by się znajdowała.”

Pytanie 9-te: „Czy dostęp powietrza ma lub nie wpływ na zaraziwe własności czynnika cholere wytwarzającego lub rozszerzającego?”—Jednogłośnie odpowiedziano w myśl odpowiedniego wniosku konferencyi Konstantynopolskiej: „że czynnik cholere wytwarzający szybko traci swe zgubne działanie w wolnem powietrzu, przeciwnie moc ta pod pewnymi osobliwymi warunkami zamknięcia zachowuje się na czas nieograniczony.”

Pytanie 10-te. „Jak długo trwa przy zarazie cholerycznej okres wyługania się jadu,”—spowodowało długie rozprawy. Prof. Dr. von PET-

TENKOFER rozpoczął je wyjaśnieniem dzisiejszego stanu tego zadania, twierdząc, iż na podstawie zebranych dotąd danych nie może jeszcze zapisać wyrok w tym względzie i dla tego to tylko w przybliżeniu czas ten oznaczyć się daje. Z poszukiwań mówcy, podczas ostatniego nagminnego panowania cholery w Monachium czynionych, okazuje się przecięciowe trwanie 14 dni, ten przeciąg czasu w każdym razie może być wziętym za miarę do oznaczenia okresu wylegania się zarazku; do ostatecznego stałego wykazania największego kresu tej pory, chociażby to było bardzo pożądanem nie wystarczają jeszcze doświadczenia jakiegś dotąd zdobyli.

Docent Dr. DRASCHE (Wiedeń) mówi, że podług jego spostrzeżeń w czasie cholery w r. 1873 w Wiedniu panującej czynionych, przeciętnie miejscowe trwanie okresu wylegania się jadu na 8—10 dni się rozciągało; pozorna sprzeczność, jaka zachodzi z podaniem prof. PETTENKOFER'A na tem polega, że ten ostatni za podstawę obliczeń przyjął dzień śmierci a nie zachorowania. Wielu mówców oświadczyło się za krótszym przeciągiem okresu wylegania się jadu, jak Dr. SCHLEISSNER (Kopenhaga) Dr. KIERULF, Dr. BERTIN (przedstawiciele Szwecyi i Norwegii) Dr. SEMMOLA (Neapol), Dr. DE SOUZA MARTIUS (Lizbona), Dr. ORPHONIDES (Ateny), Dr. MARKOVITZ (Bukarest) i Dr. ZEHENDER (Zürich). Przy głosowaniu większość konferencyi przyjęła krótki okres wylegania się jadu, który podług konstantynopolitańskich wniosków rzadko kilka dni przesięga.

Pytanie 11-te: „Czy znane są środki, względnie sposoby odwietrzania, za pomocą których, czynnik cholery wytwarzający lub ją rozszerzający na pewno zniszczonym lub osłabionym być może?—W razie potwierdzenia, jakie mianowicie? Co do pierwszej części tego pytania, po długich rozprawach przyjęła konferencyja następny wniosek: „Dotąd nie znamy żadnego środka odwietrzającego, ani też sposobu odwietrzania, któreby zarazek cholearyczny czepiający się do ludzi i rzeczy na pewno niszczyły. Konferencyja jednak nie zaprzecza możności wynalezienia takich środków i sposobów.”—Co do drugiej części pytania, osłabiającego działania odwietrzania, większa część członków konferencyi wyraziła zdanie potwierdzające; korzyść odwietrzania w połączeniu z innemi środkami ochronnemi jednogłośnie uznana została. Oznaczenie pojedynczych środków do odwietrzania posłużyć mających odłożono aż do obrad nad pytaniem 22-iem, które środki, sposób, czas trwania odwietrzania orzec ma.

#### B. Zadania o kwarantannie przy cholery i odpowiedzi na nie.

Pytanie 12-te: „Czy należy urządzać zakłady kwarantann lądowych przeciwko cholery?”

Pytanie 13-te: „W razie potwierdzenia: a) „gdzie?—b) w jakim czasie i w jakich okolicznościach?” c) „jakie urządzenia (co do budowy i zarządu) wprowadzone przy tem być winny?”—d) „jak, względnie przez co, zapobiedz by wejście do kraju odbywało się nie innemi drogami tylko przez zakłady kwarantannowe?”

Ważne to zadanie było bardzo szczegółowo omawiane. Pełnomocnicy wschodnich krajów nadbrzeżnych, którzy mają w tym względzie wiele doświadczenia, twierdzili, iż kwarantanny lądowe są odpowiednie tylko dla krajów niegęsto zaludnionych i że one może tylko na Wschodzie przeprowadzić by się dały. Większa część posłów niemieckich, angielskich, włoskich, norweskich i rumuńskich stanowczo sprzeciwiała się urządzeniu kwarantann lądowych, z uwagi na dzisiejsze stosunki europejskie; —mniejszość zaś pragnęła pozostawić do woli pojedynczym rządóm, urządzenie według własnego uznania kwarantann lądowych w krajach sobie podwładnych. Nakoniec konferencyja zgodziła się na następny wniosek: „z uwagi, iż kwarantanna lądowa

przy dzisiejszych wzmożonych i ciągle wzrastających stosunkach ludów sąsiednich nie da się przeprowadzić, bezużyteczną, handlowi i wzajemnym stosunkom szkodliwą stać się może; konferencja na pytanie czy urządzać zakłady kwarantannowe na lądzie, przeczaco odpowiada.”

Po zaprzeczeniu głównego pytania upadają oczywiście dalsze szczegóły zadania. Pełnomocnik francuzki i posłowie tureccy: Prof. FAUVEL; Dr. BARTOLETTI, Dr. ALI BEY (Turcja), COLLUCI PASCHA i DE REGNY BEY (Egipt) podali do protokołu, iż są przeciw zniesieniu kwarantann lądowych.

Pytanie 14-te: „Czy przeciw cholerze należy urządzać kwarantanny rzeczne?”

Pytanie 15-te: „W razie potwierdzenia jak 13-ste.

Pytanie 16-te: „Czy należy urządzać przeciw cholerze zakłady kwarantann morskich lub dotąd istniejące utrzymać?”

Pytanie 17-te: w razie potwierdzenia jak 13-te.

Z odnośnego sprawozdania kommissyi, która się składała z Prof. HIRSCH'A (Niemcy), Dr. Alberta GLARSTOTTEN'A (Austria) Dr. SEATON'A (Anglia) Prof. SEMMOLA (Włochy); Dr. von KAPELLE (Hollandya), wyjmujemy następne szczegóły: kwarantanny morskie mogą przedstawiać istotną ochronę przeciw cholerze, tylko w tych przystaniach, które jako właściwe wrota przy rozszerzaniu się choroby drogą morską ku Europie uważane być winny. Takie kwarantanny muszą tworzyć zakłady międzynarodowe. Jeśli cholera raz te miejsca przebyła, wtedy kwarantanny w przystaniach europejskich tracą znaczenie, bo otworem stojące drogi krajowe, pozbawiają je wszelkiej korzyści ochronnej. W obec tych okoliczności zamiast kwarantann w przystaniach europejskich, właściwszem by było urządzenie ścisłego przeglądu lekarskiego (*Revisionssystem*) każdego okrętu, który z zarażonego przybywa miejsca. Ustanowienia, jakie kommissyja dla przeprowadzenia tego sposobu przeglądu wypracowała, zalecają: utworzenie w każdej otwartej przystani morskiej właściwego urzędu zdrowia (*Sanitätsbehörde*) złożonego z lekarzy i urzędników morskich, mianowicie w czasie grożącego niebezpieczeństwa przeniesienia wybuchłej już gdzieindziej cholery. Obowiązkiem urzędu tego, kierującego się ciągłemi uwiadomieniami o miejscowościach i przystaniach cholerą dotkniętych, byłoby poddawać najsurowszemu przeglądowi lekarskiemu, każdy okręt przybywający z przystani zarażonej, co do stanu zdrowia załogi i podróżnych;—jako też i wszystkie te, które w czasie żeglugi do przystanków (*Zwischenhafen*) zarażonych zabiegały, lub z okrętami zarażonemi miały stosunki. Okręta na których w czasie żeglugi zdarzały się zaniechania lub przypadki śmierci o cholerę podejrzone, winny również podlegać przeglądowi lekarskiemu. Tak prowadzący okręt, jak i oficerowie na nim znajdujący się we wszystkich wyżej wymienionych przypadkach, obowiązani są zeznawać prawdę pod karą. Taki przegląd lekarski ma się odnosić nietylko do osób ale także i do przedmiotów, ciężarów a nawet i okrętu samego. Jeśli żadne przypadki chorobne na pokładzie miejsca nie miały, wtedy może być okręt natychmiast w dalszą żeglugę puszczony, w przeciwnym razie, zwłoki na cholerę zmarłych winny być zaraz pogrzebane (czy nie właściwiej spalone? *Podawca*), chorzy mają być na ląd wysadzeni w zamiarze przeniesienia ich do najbliższych szpitali, pozostała część załogi i podróżnych winna być poddana oczyszczeniu pod dozorem urzędu zdrowia za pomocą kąpiei zawierających świeżo gaszone wapno. Jednocześnie wszystkie suknie używane w czasie podróży, tak przez załogę, jak i przez jadących tudzież inne przedmioty mają być poddane odwietrzaniu (*desinfectio*) za pomocą kwasu siarkowego (*Acidum sulfurosum*  $SO_3$   $H_2$ ); okręt także po zejściu zeń ludzi we wszystkich kątach takiemu samemu odwietrzaniu uleść ma. Towary zdjęte z zarażo-

nego okrętu mogą być bez dalszych zachodów w obieg puszczone. (Trudno zrozumieć to zalecanie, bo ono nawet z wnioskami konferencyi stoi w sprzeczności. Jeśli odpowiedzi dane na pytania 3-cie, 4-te i 5-te brzmiały twierdząco, jeśli zarazek choleryczny ma się szerzyć za pomocą rzeczy, pokarmów i żywych zwierząt, to dla czegoż, mają stanowić wyjątek towary znajdujące się na zarażonym okręcie i nawet bez obrzędu uspakajającego drażliwe a raczej tchórzliwe sumienia, jakim jest odwietrzanie, w obieg puszczone? — *Podawca*). Jeśli w danej przystani niema możliwości by choroby na lądzie mogli być pielęgnowani, w takim razie pozostawia się okręt wraz z choremi, obciążeniem (*Ladung*) i odpowiednią potrzebą liczbą obsługi na pewnem oznaczonym miejscu tak długo pod dozorem urzędu, aż zaszle na nim przypadki cholery zakończą się wyzdrowieniem lub śmiercią. W innych razach winno być zastosowane postępowanie wyżej podane. Porządek zalecany przez kommisję kończą szczegółowe wskazania co do kąpieli oczyszczających i odwietrzania jakie przedsiębrać wypada.

W następującej zaraz potem ogólnej rozprawie, pomiędzy zdaniem członków konferencyi zjawily się dwa przeciwne sobie poglądy, a mianowicie: jeden za utrzymaniem dotychczasowych kwarantann morskich, drugi zaś, za ich zniesieniem i wprowadzeniem ścisłego przeglądu lekarskiego przez odpowiedni urząd zdrowia w przystaniach dokonywać się mającego, który kommisja zaleciła.

Pełnomocnik portugalski, professor szkoły lekarskiej w Lizbonie Dr. DE SOUZA-MARTIUS w długiej przemowie zwracał uwagę obradujących na wielkie znaczenie kwarantanny morskiej przy nagminnych wybuchach cholery, starając się zbić wszystkie dowodzenia, które doprowadziły kommisję do wyrażonego w sprawozdaniu wniosku zniesienia jej. Do jego wywodów przyłączyli się posłowie Francyi, Grecyi, Serbji i Turcyi. Pełnomocnicy zaś innych krajów godzili się z zapatrywaniami kommisji, przyjmując udział w obradach przez wyczerpujące przemowy najwybitniejszych badaczy. Prof. Dr. SEMMOLA, Dr. KIERULF, Dr. von KAPELLE, przytaczali przekonujące dowody w swoich krajach rodzinnych zebrane, które bezużyteczność kwarantanny morskiej wykazywały, popierając szczególną skuteczność zalecanego ścisłego przeglądu lekarskiego. Ze stanowiska naukowego i zastosowawczego (praktycznego) wyczerpnęły przedmiot przemówienia prof. Dra HIRSCH'A, prof. Dra PETTENKOFER'A, docenta Dra DRASCHE i prof. Dra von SIGMUND'A. Na podstawie licznych doświadczeń, jakimi mowy rozporządzają, dowodzili, iż najściślej przeprowadzona kwarantanna morska nie jest w stanie cholery powstrzymać. Ostateczne rozstrzygnięcie w tym przedmiocie miało zapaść na następnem posiedzeniu (16 Lipca).

Na tem posiedzeniu obrady ogólne nad kwarantanną morską były dalej prowadzone. Przedstawiciele Turcyi, Egiptu i Francyi obstawali przy swoim poglądzie o utrzymaniu kwarantanny morskiej, rozwijając swe zapatrywania w długich przemowach, popieranych doświadczeniami zebranymi w czasie nagminnego wybuchu cholery w r. 1873. Posłowie Szwajcaryi i Luxemburga byli również za utrzymaniem kwarantanny morskiej.

Z zastępu przeciwników kwarantanny a obrońców zaleceń kommisji, poseł włoski prof. Dr. SEMMOLA, norwegski Dr. KIERULF i perski Dr. POLAK, przedstawili wymownie nieodpowiedniość kwarantanny morskiej, popierając twierdzenia swe licznymi dowodami. Odpowiedział im poseł francuzki prof. FAUVEL, w długiej, treściwej mowie zwracając szczególniej uwagę na klimatyczne różnice i ztąd wynikające miejscowe stosunki. Prof. FAUVEL postawił nakoniec wniosek pośredni, aby przedmiot ten był ponownie na posiedzeniach kommisji omówiony, ze współudziałem dwóch członków z przeciwnego obozu. Wniosek ten odrzucono a przeciwnie przy-

jęto zalecenie posła włoskiego prof. SEMMOL'A, aby sprawę tę poddać jeszcze raz na obradach kommisji szczególnej rozważyć przy uwzględnieniu poczynionych przez przeciwników wątpliwości. (d. n.)

## KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

**Ostre obrzmienie śledziony przy świeżym przymiocie.** (*Acuter Milztumor bei frischer Syphilis von WEIL*. Przymiotowe zaniemagania śledziony w późniejszym przebiegu przymiotu ogólnego są już oddawna znane, zmiany anatomiczne dopiero przez prof. VIRCHOW'A jasno opisane zostały. Znajdowano że przymiot śledziony często towarzyszy zmianom tej samej przyrody zachodzącym w wątrobie (OPPOLZER—FRIEDRICH'S LANCEREUX). W przymiocie spadkowym (*syph. hereditaria*) obrzmienie śledziony uważa się za istotny objaw; GEE znalazł powiększenie śledziony w  $\frac{1}{4}$  wszystkich przypadków przymiotu dziedzicznego. Przy świeżej zarazie, dotąd jeszcze objawu tego nie spostrzegano; ciekawą też jest rzeczą, że WEIL stwierdził w 3 przypadkach znaczne powiększenie śledziony jeszcze podczas trwania stwardnienia pierwotnego. Nie nastaje on na przyjęcie związku przyczynowego między przymiotem a obrzmieniem śledziony, wskazuje tylko na podobieństwo zachodzące w tym względzie przy innych chorobach zakaźnych [durzyca, zimnica, ostre wysypki; wypadła porównać wykład prof. FRIEDREICH'A, (MEDYCYNĄ 1874 Nr. 27-28 29), gdzie stosunek ten jest bardzo dokładnie przedstawiony. *Podawca*]. W spostrzeganych przez WEIL'A przypadkach obrzmienie śledziony w oczach niknęło pod wpływem swoistego leczenia; przebytej zimnicy ani durzycy najstaranniejszy wywód (*anamnesis*) wykryć nie zdołał. We wszystkich trzech przypadkach obrzmienie śledziony zjawilo się w czasie pomiędzy pierwotnem stwardnieniem a wystąpieniem różyczki (*roseola*), *resp.* zapalenia gardła (*angina syphilitica*); trudno jednak było rozstrzygnąć czy ono w czasie rozwijania się stwardnienia lub może jeszcze przedtem istniało. Trwanie obrzmienia było dosyć długie; w jednym przypadku 10 tygodni, w drugim już po upływie 5-ciu śledzioną wróciła do prawidłowego stanu. Objawów podmiotowych w żadnym przypadku nie było. Liczba badanych przez WEIL'A przypadków przymiotu wynosi 25, w 3-ch tylko można było sprawdzić obrzmienie śledziony, jest to więc rzadki objaw przymiotu. WEIL widzi w obrzmiewaniu tem objaw zakażenia całej ilości krwi, przez przymiot sprowadzonego, za podścielisko anatomiczne którego uważa nabrzmienie i powiększenie pierwiastków komórkowych miazgi (*pulpa*). Z powyższego godzi się wyprowadzić ważny wniosek pod względem leczniczym, aby nie uznawać za uleczonych chorych przymiotem dotkniętych, dopóki śledzioną nie odzyska swej prawidłowej wielkości.

(Archiv f. klin. Medic. Bd. 13. Heft 3.) Wł. Kr.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

† Kwaśniewski Józef, lekarz ordynujący w szpitalu Ś. Ducha w Warszawie i były lekarz służby policyjno-lekarskiej, zmarł w skutek bezwładu ogólnego postępującego (*paralysis progresiva*) d. 8 Września r. b. w 47 roku życia. Pokój jego ceniom!

**Sprostowanie.** W N-rze 27 na str. 439, wiersz 15 od dołu zamiast: 2-ch wzmiankowanych lekarzy,—winno być: dwóch wzmiankowanych lekarzy na str. 438 t. j. Aleksandrowskiego i Protopowa.

W N-rze 38 na str. 620, wiersz 18 od góry, zamiast: najemniczej klasy,—winno być: najoswiecieńszej klasy.