

GAZETA LEKARSKA.

I. Z PRACOWNI TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.
[Z oddziału chemicznego dra PRUSZYŃSKIEGO].

PRZYCZYNEK DO OKREŚLANIA IŁOŚCIOWEGO KWASU MOCZOWEGO ZAPOMOCĄ MIARECZKOWANIA.

Napisał

Bolesław Żebrowski,

asystent przy oddziale wewnętrznym w szpitalu Dzieciątka Jezus.



Wszystkie metody określenia kwasu moczowego, polegające na wyosobnieniu tego kwasu, oczyszczeniu i ważeniu, jako zbyt kłopotliwe a zarówno wymagające wprawy w pracy chemicznej, w zastosowaniu klinicznym napotykają na znaczne przeszkody. To też w ostatnich czasach chemicy dążyli do wykrycia sposobu ilościowego określenia kwasu moczowego, którym z większą łatwością mógłby się posługiwać lekarz w swej działalności praktycznej, przy zachowaniu możliwej ścisłości w badaniu.

Zachęcony przez dra PRUSZYŃSKIEGO, przystąpiłem do sprawdzenia wartości metod FOLIN'a i WÖRNER'a, które stanowią modyfikację metody HOPKINS'a; nadto przeprowadziłem rozbiory według metody, podanej przez MIZERSKIEGO, na którą dotąd nie zwrócono uwagi.

Określenie kwasu moczowego według metody FOLIN'a (*Zeitschr. f. phys. Chemie.* T. 23, str. 224—245) dokonywa się w sposób następujący:

100 ctm. sz. moczu strąca się zapomocą 10,0 siarczanu amonu i stawia się na dwie godziny w celu odstania się osadu moczanu amonu. Osad po odsączeniu przemywa się 10% roztworem siarczanu amonu aż do zniknięcia w przesączu odczynu na chlorki z saletrzanem srebra. Następnie tenże osad należy zmyć wrzącą wodą do kolbki, objętości około 200 ctm. sz.; przyczem ilość wody, użytej do zmywania nie powinna przenosić 100 ctm. sz. Po ochłó-

dzeniu płynu z osadem do 20° C., dodajemy 15 ctm. sz. kwasu siarczanego o ciężarze właściwym 1,84 i miareczkujemy kwas moczowy zapomocą roztworu chameleonu przy ciepłocie 60°. Miano chameleonu ustanawia się zapomocą $n/_{10}$ kwasu szczawiowego lub zapomocą czystego metalicznego żelaza tak, żeby roztwór chameleonu był $n/_{20}$; w takim razie 1 ctm. sz. tego roztworu odpowiada 3,75 miligramom kwasu moczowego.

Metoda WÖRNER'a (*Zeitschr. f. physiolog. Chemie.* T. 29, str. 70 — 78) polega na strącaniu moczu chlorkiem amonu. 150 ctm. sz. moczu nagrzewamy do 40°—45° C. i dodajemy 30,0 chlorku amonu. [Autor twierdzi, że chlorek amonu w 10%-ym roztworze nie strąca kwasu moczowego po upływie 2-ch godzin]. Po 1/2 godzinie lub godzinie zbieramy osad moczanu amonu na sączek i przemywamy go 10%-ym roztworem siarczanu amonu, poczem osad ten rozpuszczamy w 1—2%-ym gorącym roztworze ługu sodowego i zmywamy do reszty wodą gorącą. Rozczyn gotuje się następnie na kąpieli wodnej aż do zupełnego usunięcia amoniaku, zlewa potem do kolbki i określa się azot kwasu moczowego sposobem KJELDAHL'a. 1 ctm. cz. $n/_{10}$ kwasu siarczanego odpowiada 0,0042 kwasu moczowego.

Te dwie metody, jako bardzo odpowiednie do badań klinicznych, zastosowałem do określania kwasu moczowego w moczu człowieka zdrowego. Jako kryterium posłużyły mi dane metody LUDWIG'a-SALKOWSKIEGO, której opisywać nie będę, gdyż jest powszechnie znana. Cyfry wypadły następujące:

	Salkowski	Folin	Różnica w % w stosunku do metody Salkow- skiego	Wörner	Różnica w % w stosunku do metody Salkow- skiego
I	0,032	0,039	+21,8	0,036	+12,8%
II	0,047	0,057	+21,3	—	—
III	0,029	0,032	+10,3	—	—
IV	0,081	0,102	+25,9	0,093	+14,8%
V	0,049	0,049	0	0,052	+ 6,1%

Wobec tak wielkich różnic w wynikach metod, zwróciłem się do roztworu czystego kwasu moczowego.

Kwas moczowy otrzymałem za pośrednictwem apteki K. Wendy od Kahlbauma w Berlinie.

0,1982 tego kwasu spalono w kolbce KJELDAHL'a z H_2SO_4 i $Cu SO_4$ i przy miareczkowaniu zużyto 46,8 ctm sz. $n/_{10}$ H_2SO_4 co odpowiada 0,06552 azotu. To znaczy, że użyty kwas moczowy zawiera na wagę 33,05% azotu, wobec teoretycznej wielkości 33,33% N [różnica 0,83%].

Ażeby się przekonać innym jeszcze sposobem, czy otrzymany kwas moczowy jest czysty, wzięto pewną ilość jego do oczyszczenia przez krystalizację. W dużych kolbach rozpuszczano kwas moczowy w wodzie gorącej, odsączano roztwór od nadmiaru kwasu moczowego; wykrystalizowany po 24-ch godzinach kwas moczowy zbierano po uprzedniej dekantacji na sączek,

przemywano wodą gorącą, alkoholem i eterem i suszono do stałej wagi przy 100°. Tego oczyszczonego kwasu wzięto dwie porceje: 0,3514 i 0,3662 i określa no N sposobem KJELDAHL'a, przyczem otrzymano liczby, niewiele różniące się od poprzedniej, mianowicie 33,00% N i 33,27% N. Pod drobnowidzem kwas moczowy przedstawiał się pod postacią sześciobocznych równoległościannów i tablic z wyłamanymi kątami, niezabarwionych.

Wobec tego kwas moczowy można było uważać za chemicznie czysty. Rozpuszczano go w niewielkiej ilości 2%-go ługu sodowego.

0,499 kwasu moczowego rozpuszczono w 35 ctm. sz. NaOH i dopełniono wodą destylowaną do 1-go litra; znaleziono:

SALKOWSKI	FOLIN	WÖRNER	na 100 ctm. sz.
0,0468	0,048	0,0475	wobec 0,0499
— 6,2%	— 3,8%	— 4,8%	

Widzimy tu daleko większą zgodność w wynikach wszystkich trzech metod, niż w rozbiórach moczu.

W innej analizie czystego kwasu moczowego otrzymałem następujące cyfry:

SALKOWSKI	FOLIN	WÖRNER
0,0307	0,0317	0,0302

Przy tych rozbiórach okazało się, że ługu sodowego trzeba brać do rozpuszczania jak najmniejsze ilości; w przeciwnym razie, jakim miał możność parokrotnie przekonać się, kwas moczowy po kilku dniach stania rozkłada się, nawet przy ciepłocie pokojowej. Wobec tego najlepiej jest rozczyny kwasu moczowego w ługu sodowym robić *ex tempore*. Jeszcze lepiej zaś, jak radzi MIZERSKI, rozpuszczać kwas moczowy w węglanie litu [Li₂ CO₃].

Metoda MIZERSKIEGO [Nowiny lek. r. 1893 str. 121] polega na tem, że azotan srebra w roztworze amoniakalnym pod wpływem kwasu moczowego, wydzielanego z moczu przy ogrzaniu, wydziela srebro metaliczne w stosunku stałym, a mianowicie: 1 część strąconego srebra odpowiada 0,387 częściom kwasu moczowego.

Przeprowadzając badania nad czystym kwasem moczowym ściśle według opisu, podanego przez MIZERSKIEGO, doszedłem do przekonania, że metoda ta przynajmniej w dotychczasowem opracowaniu jest zupełnie chybiona.

Jak widać z kilku moich określeń, poważne źródło błędów tkwi w tem, że wynik rozbioru zmienia się w zależności od ilości amoniaku, dodanego do próby.

Naprzykład: przygotowano 8 porcei, zawierających po 38,9 mlgm kwasu moczowego, rozpuszczonego w 1%-ym węglanie litu i po 15 ctm. sz. roztworu saletrzanu srebra [1 ctm. sz. = 0,0058 NaCl]. Do tej mieszaniny dodano różne ilości amoniaku i otrzymano różne cyfry dla kwasu moczowego:

Porcja	Ilość amoniaku dodanego	Rezultat analizy	
I i II	Bez amoniaku	0,0478 i 0,0456	
III i IV	Po 1-ej kropli	0,0532 i 0,0536	Wobec rzeczywistej ilości 0,0389!
V i VI	Po 2 kropkle	0,0572 i 0,0577	
VII	5 kropel	0,0469	
VIII	8 kropel	0,0398	

Ponieważ ilość amoniaku, którą trzeba dodać do próby, nie jest określoną przez autora, należałoby w tym kierunku poprowadzić badania. Być może doprowadziłyby one do ściślejszego określenia warunków metody, która w oryginale nie została poparta przez MIZERSKIEGO odpowiednimi doświadczeniami tak na rozczynach czystego kwasu moczowego, jako też i na moczu różnych osobników przy porównaniu z innemi ścisłemi metodami badania.

II. Z PRACOWNI WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

[Z oddziału chemicznego dra PRUSZYŃSKIEGO].

PRZYCZYNEK DO SKŁADU CHEMICZNEGO ŻÓŁCI U CZŁOWIEKA.

Podali

F. Majewski i B. Żebrowski.

Gdy badania nad składem żółci z przetoki u człowieka przez jednego z nas zostały ukończone i ogłoszone ¹⁾, za radą dra PRUSZYŃSKIEGO przystąpiliśmy wkrótce do tego samego rodzaju badań w drugim przypadku przetoki żółciowej, dotyczącym kobiety lat 42, która d. 18. VIII. 1901 przybyła do szpitala Wolskiego na oddział dra KIJEWSKIEGO.

Tu ohora oświadczyła, że po raz pierwszy była operowana w Nowem Mieście a następnie dwukrotnie w klinice chirurgicznej szpitala św. Ducha. Za pierwszym razem dr BUKOWSKI wyjął kamienie i zaszył przetokę; gdy jednak wkrótce po tym zabiegu wystąpiły silne bóle w brzuchu i żółtaczka, szwy zostały zdjęte i chora, nie mogąc doczekać się zagojenia rany, Warszawę opuściła. Przetoka zamknęła się pod wpływem kauterizacji po upływie roku. Lecz i tym razem zamknięcie przetoki nie było stałe, na początku r. 1901 żółć znowu zaczęła się sączyć przez dawną ranę.

Przy badaniu przedmiotowem ani w płucach, ani w sercu żadnych zboczeń nie stwierdzono. Tętno 80, miarowe, średniego napięcia i wielkości. Na linii pępkowej w okolicy śródbrzuszej w odległości 4 ctm. od linii środkowej brzucha znajdowała się blizna długości 4 ctm., szerokości $2\frac{1}{2}$ ctm., po środku której otwór prowadził do kanału długości 12 ctm., przebiegającego z góry na dół i od strony prawej ku lewej. Przez kanał ten sączyła się żółć. Stan narządów trawienia, jako też wątroby i śledziony prawidłowy. Skóra i błony śluzowe za-

¹⁾ B. ŻEBROWSKI. Rozbiór żółci, otrzymanej z przetoki u człowieka. Gazeta Lek. Nr. 33, r. 1901.

barwione prawidłowo; w każdym razie nawet śladów żółtaczki nie zauważono. Kał był zabarwiony. Mocz ani białka, ani cukru, ani barwników żółciowych nie zawierał.

21. VIII. przetokę oczyszczono, następnego dnia założono rurkę szklaną, która zapomocą rurki kauczukowej była połączona z butelką do zbierania żółci, a d. 23. VIII. otrzymaliśmy pierwszą porcję żółci w ilości dobowej 75 ctm³, którą też zaraz poddaliśmy badaniu.

Tegoż samego dnia podaliśmy chorej *per os* 0.05 błękitu metylenowego, przyczem okazało się, że błękit zaczął się wydzielać wcześniej z żółcią, niż z moczem, gdy bowiem w żółci wykryliśmy chromogen już po upływie 12-u minut, w moczu dopiero po 25 minutach.

Barwa żółci zwykle była brunatno-zielona; odczyn wybitnie zasadowy.

Ilość dobową ulegała znacznym wahaniom; ciężar właściwy był dosyć stały, jak widać z następującej tablicy:

	Ilość dobową.	Ciężar właściwy.	Części stałe.
Dnia 23. VIII	75 ctm ³	1.012	32.9‰
„ 24. VIII	115 „	—	—
„ 28. VIII	160 „	1.010	21.1‰
„ 30. VIII	90 „	1.011	—
„ 11. IX	245 „	1.010	—

Co do metodyki badania, odsyłamy czytelnika do № 33 „Gazety Lekarskiej” z r. z.; tam też znajduje się literatura omawianego przedmiotu. Tu podajemy rezultat analizy w cyfrach.

Żółć z dnia 23. VIII; ilość dobową 75 ctm³; ciężar właściwy 1.012, części stałych 32.9‰ odczyn alkaliczny; barwa brunatno-zielona.

Mucyny i barwnika	2.312‰
Kwasu taurocholowego	3.549‰
Kwasu glykocholowego	13.210‰
Cholestearyny, hecytyny i tłuszczów . . .	2.185‰
Mydeł	2.472‰
Soli nieorganicznych	8.798‰

Razem części stałych 32.526‰ obok 32.9‰.

Przy określeniu części stałych zapomocą suszenia żółci do stałej wagi przy 105° C otrzymano cyfrę 32.9‰; różnica wynosi 1.25‰.

Sole nieorganiczne wynoszą 27.04‰ części stałych. Z tego odchodzi

na P₂O₅ 2.22‰ albo obliczając na fosforan sodu trójjasadowy,

Na₃PO₄ 2.56‰ części stałych.

Resztę soli nieorganicznych tworzą chlorki i ślady żelaza.

Manganu badana żółć nie zawiera.

Z historii choroby opisanego przez nas przypadku okazuje się, że przetoka nie była jedyną drogą odpływu żółci, czego dowodzi brak żółtaczki i obecności barwników żółciowych w moczu, wreszcie odbarwienia wypróżnień.

Stąd też w danym przypadku nie możemy obliczyć dobowej ilości różnych składników, wydzielanych przez wątrobę; możemy jedynie oznaczyć pro-

centowy skład żółci; jest on znacznie wyższy, niż w przypadku poprzednio przez jednego z nas opisanym. Uwidoczni to następująca tablica:

	Przypadek I. [ŻEBROWSKIEGO].	Przypadek II. [MAJEWSKIEGO i ŻEBROWSKIEGO].
Mucyny i barwnika	1.136 ⁰ / ₀₀	2.312 ⁰ / ₀₀
Kwasów żółciowych	3.434 ⁰ / ₀₀	16.759 ⁰ / ₀₀
Cholestearyny, lecytyny i tłuszczu	0.516 ⁰ / ₀₀	4.657 ⁰ / ₀₀
Soli nieorganicznych	6.133 ⁰ / ₀₀	8.798 ⁰ / ₀₀
Razem części stałych	11.219 ⁰ / ₀₀	32.526 ⁰ / ₀₀

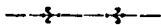
W przypadku II żółć zawierała znacznie więcej części organicznych, szczególnie kwasów żółciowych; sole nieorganiczne wynoszą w I przypadku 64,2%, w II przypadku tylko 27,04% części stałych. Taka znaczna różnica w składzie chemicznym daje się łatwo objaśnić różnym stanem anatomicznym wątroby w obydwu przypadkach.

W pierwszym przypadku wskutek znacznego zastoju żółci musiały nastąpić zmiany w komórkach wątrobowych. W opisywanym obecnie przypadku zastoju żółci nie było; można więc przypuszczać, że czynność wątroby była tu zupełnie prawidłowa. To też cyfry naszego rozbioru zbliżają się bardzo do liczb, podanych przez HAMMARSTEN'a a otrzymanych przy badaniu żółci osobników zdrowych, również do liczb RANKE'go, dotyczących osobnika z przetoką oskrzelową, wreszcie do liczb ZEYNEK'a. W analizach wszystkich innych autorów znajdujemy cyfry o wiele niższe od naszych.

III. OŚM PRZYPADKÓW ZAKAŻEŃ SEPTYCZNYCH POŁOGOWYCH, leczonych metodą Fochier'a (Abscès de fixation).

Podał

Dr Roman Kossowski, [Ożarów, g. Radomska].



W cięższych przypadkach zakażenia połogowego żadne miejscowe leczenie nie zapewnia wyzdrowienia a zawsze trzeba uciekać się do leczenia ogólnego, które, niestety, nieraz jeszcze bywa niewystarczające. Ideałem wogóle w podobnych wypadkach byłyby takie środki, któreby albo niszczyły, albo wyprowadzały z ustroju chorego drobnoustroje chorobotwórcze wraz z niemniej niebezpiecznymi produktami ich życiowej działalności. Takich środków nie mamy: surowica MORMAREK'a, pomimo wielu zachwalanych zalet, nie przyniosła dotąd pewnych dodatnich wyników, obietnica CREDE'go [młodsze], uczyniona na XII międzynarodowym Zjeździe w Moskwie, że ma na ukończeniu badanie takiego przetworu srebra, który będzie działał antybakteryjnie i antytoksycznie, spełzła na niczem; mamy zato bardzo cenną pomoc przy leczeniu gorączek

połogowych w dużych dawkach alkoholu [BREISKY], we wzmożonem odżywianiu i letnich wannach [RUNGE]. Alkohol w dużych dawkach ma działać wzmacniając na serce oraz oszczędzająco, zmniejszając rozpad białka [BINZ]. Wanny [22—24 R] działają dodatnio na ustrój nerwowy, na oddech i krwiobieg, oraz powiększają apetyt. Indywidualizując odpowiednio do stanu chorej, nieraz możemy otrzymać przez połączenie tych środków bardzo dobre wyniki; w każdym razie jest to najracjonalniejszy sposób ogólnego leczenia, przy odpowiedniem jednocześnie stosowaniu miejscowego, nierzadko przynoszący wielkie korzyści; lecz niestety, leczenie takie jest dość kosztowne i często wprost niemożliwe do przeprowadzenia, zwłaszcza wśród ubogiej ludności.

Wobec tego metoda FOCHIER'a, (*l'abcès de fixation*), która, według słów autora, w bardzo ciężkich nawet przypadkach gorączek połogowych, połączonych z silnem zakażeniem ogólnem, daje dobre wyniki, jako łatwa do wykonania i nie kosztowna zasługuje na wypróbowanie.

FOCHIER jeszcze w 1894 r. wobec znanego faktu klinicznego, że przy ogólnej sprawie septycznej następuje poprawa z chwilą wytworzenia się ropnia, np. w sutce, stawie i t. p., wpadł na myśl wywołania w odnośnych przypadkach, w celu leczniczym sztucznego, ograniczonego ropienia. W tym celu zastrzykiwał podskórnie *ol. terebinthinae*.

W literaturze było już kilka wzmianek i zawsze bardzo pochlebnie i obiecująco wyrażano się o tej metodzie. MENKO (*Berl. klin. Woch.* 1899 r. Nr. 9.) opisuje przypadek pyemii, gdzie po kilkutygodniowym bezskutecznym leczeniu stracił nadzieję utrzymania pacjentki przy życiu; zastosował zatem metodę FOCHIER'a, poczem stan ogólny znacznie się poprawił; lecz po zagojeniu się ropnia nastąpiło ponowne pogorszenie, więc powtórzył wstrzyknięcie *ol. tereb.* i stan się poprawił stale, aż do wyzdrowienia. ŚWIĘCICKI opublikował jeden, ŚWITALSKI z kliniki JORDANA trzy przypadki ropnicy połogowej, pomyślnie zakończone. PUŁAWSKI po radzie ze ŚWIĘCICKIM zastosowali metodę FOCHIER'a, przy złośliwym zakażeniu połogowem o charakterze septyczno-pyemicznym, dodając do tego wzmożone odżywianie; P. tak o tem pisze: „zastrzyknąłem *ol. terebinthinae* w okolicę *epigastrii*; po kilkunastu godzinach dość silnych bólów w miejscu zastrzyknięcia, rozchodzących się promienisto w stronę klatki piersiowej i jamy brzusznej, wystąpiły poty, które trwały kilka dni z rzędu. Ciepłota od czwartego dnia po zastrzyknięciu zaczęła powoli opadać, wznosząc się chwilowo do 40,5°, lecz tylko na krótko; po dwóch tygodniach stała się normalną i jednocześnie w miejscu wstrzyknięcia zaczął się wytwarzać ropień, prawie niebolesny; po 4-ch dniach przeciąłem go i przez dwa tygodnie odchodziła gęsta ropa z kawałeczkami zgnitej tkanki łącznej, podskórnej; wkrótce potem nastąpiło wyzdrowienie zupełne“. Wreszcie PAWŁOWICZ i ZALESKI wspominają o dwu przypadkach zakażenia połogowego, wyleczonych wywołaniem ropnia.

Metodę FOCHIER'a stosowałem najczęściej w takich przypadkach, w których inne środki nie pomagały, albo też w stanach rozpaczliwych, gdy od innego leczenia nie można się już było spodziewać skutku pomyślnego. Zebrawszy dane ze swych 8-iu przypadków, nie mogę, rzecz prosta, z całą stanowczością przesą-

dzać faktycznej wartości omawianej metody, ale mam prawo twierdzić śmiało, że wytrzymuje konkurencyę z t. zw. surowicami, trudnemi do otrzymania i wątpliwemi w działaniu, a nawet nieraz je przewyższa.

I. H. M. l. 30, włościanka z Jakóbowic, dobrze odżywiona; miesiączkowała od 15-go roku życia regularnie co 4 tygodnie; odbyła 4 porody prawidłowe, ostatni V-ty przed miesiącem, ciągnął się bardzo długo. Dziecko urodziło się nieżywe; w trzy dni potem chora wstała i wzięła się do roboty, lecz tak była osłabiona, że po paru dniach znowu się położyła. Od kilku dni czuje się ogólnie rozbitą, przytem ma ciągłe dreszcze i ziębienie, ból głowy, brak apetytu i snu. 5. I. 1900 r. byłem wezwany po raz pierwszy. Przy badaniu znalazłem chorą dobrze zbudowaną, bladą, z policzkami i oczami wpadniętymi, na zadane pytania odpowiadającą na pół przytomnie. Macica wyczuwalna zaraz ponad spojeniem łonowem, przy dotyku bolesna, bolesne również dotykane z prawej strony macicy, brzuch wzdęty, niebolesny; przy wewnętrznem badaniu macica nieco powiększona, w przodopochyleniu, przy dotyku bolesna, wejście rozpulchnione, dla palca drożne, wydzielina cuchnąca, krwista. Tony serca czyste, uderzenia przyspieszone, płuca normalne, język suchy. C. 40,5°, t. 126. Postawiwszy rozpoznanie *endometritis et perimetritis puerperalis* z ogólnem septycznem zakażeniem, przemyłem macicę roztworem $\frac{1}{2}\%$ chinozolu i wstrzyknąłem podskórną 2,0 ol. *tereb. crud.* w prawy pośladek. [Miejsce to okazało się później niefortunnie do wstrzykiwań wybrane, gdyż na pośladku skóra jest bardzo gruba, przy wytwarzaniu się ropnia trudniej się poddaje i dlatego ropień obowiązkowo potrzeba otwierać, przytem chora nie może leżeć na wznak z powodu bólów. W niektórych przypadkach robiłem wstrzyknięcie zaraz ponad zewnętrznym końcem *lig. Pouparti w hypogastrium* i miejsce to okazało się bardzo dogodnem. Używając ol. *terebinth. gallici*, spostrzegałem cokolwiek mniejszą bolesność na miejscu wstrzyknięcia. Aby zmniejszyć bóle przy tworzeniu się ropnia zastrzykiwałem podskórną 0,01 *morphii muriatici*].

Zaraz na drugi dzień t. j. 6. I. byłem wezwany z powodu silnego bólu w miejscu narywania ropnia, gdzie skóra zaczerwieniła się i znać było nieznaczne obrzmienie; samopoczucie okazało się lepsze, chora odpowiadała przytomniej; ziębienie, ból głowy i bezsenność w tym samym stopniu; przemyłem macicę, zastrzyknąłem morfinę i poleciłem wzmożone odżywianie. 11. I. chora ożywiona, bóle w macicy i jej okolicach znikły, odchody bardzo nieznaczne i nie cuchnące, ciepłota 38,5, tętno 90. W okolicy ropnia nieznaczny ból, fluktuacja wyraźna: ropień przeciąłem, przyczem wyszło $\frac{1}{4}$ litra ropy gęstej z kawałkami rozpadającej się tkanki łącznej podskórnej; przemyłem ropień 2%-owym roztworem kwasu karbolowego i zaleciłem okłady z tegoż środka. Jeszcze z tydzień odchodziła ropa, a po 2-ch tygodniach chora podniosła się i stopniowo przyszła do zdrowia.

2. F. A. izraelitka z Włonic lat 20, pierworódka, miesiączkowała zawsze prawidłowo od 14-go roku życia. 5. III. 1900 r. urodziła dziecko żywe przy pomocy babki wiejskiej. W 4-y dni później dostała silnych dreszczy i bólów w rękach i nogach. Rodzina przywiozła ją do Ożarowa na kuracyę; przez drogę zziębła i wpadła w stan prawie nieprzytomny; d. 8. III. chorą widziałem po

raz pierwszy: zostałem ją całą w potach i skarżącą się na silne łamanie rąk i nóg do tego stopnia, że krzyczała w niebogłosy z bólu; stawy kolanowe opuchnięte, bardzo bolesne przy dotykaniu. Przy zewnętrznym badaniu nie znalazłem żadnej bolesności w okolicy macicy, a przy wewnętrznym spostrzegłem wydzielinę w niewielkiej ilości, cuchnącą, nieznaczne naderwanie krocza, pokryte szarym nalotem i śluzem. Ciepłota 40°, tętno 114. Rozpoznawszy sprawę septyczną, przemyłem macicę $\frac{1}{2}$, 0%-owym roztworem chinozolu, zasypałem naderwanie jodoformem, zaleciłem wino, kawę czarną, odwar chinowy z walerianą i zastrzyknąłem 10,0 surowicy przeciwpaciorkowcowej MARMOREK'a. 9. III. bóle i skargi chorej takie same, pojawiały się przytem bóle i obrzęk stawów łokciowych, oddech przyśpieszony, ciepłota 40,5, tętno 125; wobec groźnego stanu zastrzyknąłem 2,0 *ol. terebinthinae gallici*, oraz oddzielnie 0,01 *morphii muriatici*. 10. III. Ciepłota spadła do 39,5°, tętno 108, kurcze rąk i nóg cokolwiek mniejsze, bóle stawów takie same, chora oszołomiona, nie wie, co się z nią dzieje i narzeka na silny ból w miejscu wstrzyknięcia terpentyny. Zastosowałem o 0,01 morfiny, zasypianie ranek jodoformem i odwar chinowy do wewnątrz. 11. III. nad miejscem wstrzyknięcia terpentyny skóra czerwona i silnie nabrzmiała, kurczów nie było, obrzmienie stawów mniejsze, bólu niema, chora trochę spała, lecz jeszcze nie jest zupełnie przytomna. Ciepłota 39,5, tętno 100. 12. III. samopoczucie lepsze bolesność, trwa tylko w miejscu zastrzyknięcia terpentyny i to niewielka, obrzmienie stawów znikło. Ciepłota 38°, tętno 96. 14. III. Ropień pękł sam, wylało się obficie śluzo-ropnego płynu; ciepłota 38°, tętno 90. 15. III. Wydzielina z ropnia odchodzi w obfitości, samopoczucie bardzo dobre, osłabienie silne, ciepłota 37,2, tętno 84. Zaleciłem pigułki *Blancardi*; po tygodniu chora zaczęła się podnosić, a po dwóch tygodniach zaczęła wychodzić z mieszkania.

3. L. F. izraelitka z Ożarowa l. 30, miesiączkowała od 14-go roku życia rozmaicie, krwawienie bywało nieraz tak bolesne, że musiała leżeć w łóżku. Rodziła 6 razy prawidłowo; ostatnio 5. VI. 1900 r. poroniła w 4-tym miesiącu ciąży, według jej słów jakąś masę, nie mającą żadnego podobieństwa do płodu, ważącą kilka funtów, która była wypełniona rozmaitej wielkości pęcherzykami [prawdopodobnie był to zaśniedział graniasty]; od tego czasu ma ciągle obfite krwawienie. 1. VII. 1900 r. byłem wezwany po raz pierwszy: zastałem chorą bardzo wymizerowaną i osłabioną. Przez powłoki brzuszne macicy wyczuć nie mogłem, nad spojeniem łonowym i z prawej strony spojenia silny ból, zwiększający się przy badaniu wewnętrznym, podczas którego wyczuwa się wysięk z prawej strony macicy, bardzo bolesny, wejście do macicy niedrożne dla palca, krwawiące. Ciepłota 38,5, tętno 99, czasami ziębienie. Zaleciłem zimne okłady, *extr. Hydrast. Canad. fl.* do wewnątrz i pigułki z *ferrum jodatum Blancardi*. Po tygodniu t. j. 8. VII. krwawienie ustało, lecz stan ogólny znacznie gorszy, gdyż ból w dole brzucha nie do wytrzymania i częste dreszcze z potami. Ciepłota 39,0, tętno 120. Wysięk wyczuwalny wyraźnie, a że warunki miejscowe nie pozwoliły mi na zabieg chirurgiczny, więc zaproponowałem metodę FOCHIER'a i zastrzyknąłem pod skórę z prawej strony dołu brzucha 2,0 *ol. tereb. gallici*, zaleciłem przytem wino, koniak. 9. VII. osłabie-

nie ogromne, wygląd bardzo zły, łamanie w kościach i bóle w dole brzucha i miejscu zastrzyknięcia. Ciepłota 39,5, tętno 114. Zastrzyknąłem 0,01 morfiny oraz kamforę w eterze. 10. VII. stan taki sam. 11. VII. miejsce zastrzyknięcia silnie nabrzmięte, ale niebolesne; bolesność przy dotykaniu w dole brzucha ustąpiła, wysięk trochę się zmniejszył, bezkwestość bardzo wyraźna, w sercu słychać silne szmery anemiczne. Ciepłota 38,0°, t. 96. Zaleciłem kawę czarną, wino, na ropień okłady z sublimatu 1‰. 14. VII. ropień pękł, wydzielilo się 2½ litra ropy-słuzu. Ciepłota 37,0°, tętno 90. Bólów żadnych niema, osłabienie ogólne, łamanie w kościach nieznaczne, macica i wysięk znacznie mniejsze i twarde. Zaleciłem pigułki *Blaudii*, wzmocnione odżywianie oraz zabroniłem opuszczać łóżko. Po 3-ch tygodniach chora wstała zdrowa z nieznaczną blednicą.

4. A. B. z Ożarowa, izraelitka, l. 18, od roku zamężna, miesiączkowała od 14-go r. życia prawidłowo, nie chorowała nigdy. 1. II. 1901 r. pierworódka, urodziła dziecko płci żeńskiej, poród był, według słów babki, główkowy, dość ciężki. 4. II. wezwany zostałem po raz pierwszy: chora narzeka na silny ból głowy i dresze oraz ma ciągle pragnienie. Przy zewnętrznem badaniu macica wyczuwalna, lecz niebolesna; obok macicy bolesnych miejsc również niema, przy wewnętrznem badaniu znalazłem ogromnie opuchnięte wargi sromne i nieznaczne naderwanie krocza, w tylnej części pochwy dość spora nadżerka, pokryta brudną wydzieliną; do macicy, z powodu obrzmienia pochwy, nie mogłem się dostać. Ciepłota 40,0, tętno 120, oddech przyspieszony. Rozpoznanie: *vulvitis et copitis puerperalis cum erosione*; oczyściwszy ranki, zasypałem airolem, a na wargi zaleciłem okłady z wody gulardowej. Na drugi dzień, t. j. 5. II. stan chorej pogorszył się, w nocy było majaczenie, pojawiło się łamanie w stawach kolanowych i biodrowych. Stwierdziłem ogólne zakażenie, zaproponowałem wstrzyknięcie *ol. terebinthinae gallici*, co wypełniłem o godzinie 10-ej rano [2,0 olejku]. Tego samego dnia o godzinie 4-ej po południu byłem wezwany z przyczyny silnych bólów w miejscu wstrzyknięcia, więc wstrzyknąłem 0,01 *morphii muriatici*, 6. II. powtórzyłem 0,01 *morphii muriatici*, poczem chora uspokoiła się i z każdym dniem stawała się spokojniejszą. 9. II. ropień pękł; przemyłem jamę roztworem sublimatu i zaleciłem okłady z tego środka, Ciepłota spadła na 38,5, tętno 96. Dnia 13. II. zastałem chorą wesołą, nie gorączkującą, nie narzeka na żadne dolegliwości, opuchnięcie warg sromnych znikło, naderwanie i ranka w pochwie prawie zupełnie zabiżniły się, z ropnia jeszcze trochę odchodzi surowicz-ropnego płynu; zaleciłem przede wszystkim czystość i spokój. Wkrótce chora wyzdrowiała zupełnie.

5. G. P. izraelitka z Ożarowa, l. 20, pierworódka, zawsze była zdrowa, miesiączkowała prawidłowo; dziecko urodziła żywe, łożysko odeszło w 6 godzin po urodzeniu dziecka; w kilka dni po urodzeniu zaczęła narzekać na bóle w dole brzucha, łamanie w kościach, a także na bóle w stawach kolanowych, brak apetytu, bezsenność i zawrót głowy. Na drugi dzień, t. j. 10. VI. 1901 r. byłem wezwany po raz pierwszy, przyczem znalazłem naderwanie krocza, pokryte szarym nalotem, prócz tego macicę powiększoną i bolesną; obok macicy bolesnych miejsc niema, ból ogromny przy dotykaniu kolan i ogólny stan bardzo

marny, ciepłota 40,0, tętno 120, jednym słowem obraz ogólnego zakażenia, wywołanego prawdopodobnie ciągłymi manipulacjami babki w celu wydobycia opóźniającego się łożyska. Zastosowałem wino, odwar chinowy z walerianą i podskórnie 2,0 *ol. terebinth. gallici* + 0,01 morfiny. 11. VI. bóle z kolan ustąpiły, bolą zaś biodra; stan ogólny taki sam; 12. VI. bóle ze stawów ustąpiły, macica się zmniejszyła, mniej bolesna, naderwanie krocza oczyszcza się po zasypanyu airolem. 13. VI. chora spokojniejsza, trochę spała, ropień silnie zbiera zalecono okłady z roztworu sublimatu 1%. Ciepłota 38,0°, tętno 90. 14. VI. ropień pękł, płynu śluzowego wyszło bardzo dużo, samopoczucie dobre. Ciepłota 38,0°, apetyt się zjawia. 15. VI. śluz z ropą jeszcze odchodzi, stan ogólny zadowalający, sen dobry, apetyt wzrasta. 16. VI. Ciepłota 37,5°, tętno 84. Osłabienie jeszcze dość silne, choć chora podnosić się może, a nawet przejść przez pokój. Później z każdym dniem lepiej, aż do zupełnego wyzdrowienia, które wkrótce nastąpiło.

6. M. W., właścicielka z Brzozowej, l. 40, zawsze była zdrowa, miesiączkowała prawidłowo, porodów odbyła 12 prawidłowych, 27. VI. 1901 r. byłem wezwany z powodu opóźniającego się porodu oraz dreszczów i ziębień, jakie rodząca ma od 2-ch dni; zastałem chorą prawie nieprzytomną, z oczami wpadniętymi, tętno prawie niewyczuwalne; wstrzyknąłem *aeth. depur. c. camphor.* 0,1 i zająłem się porodem; od 7-iu dni zaczęły się bóle, wody odeszły 6 dni temu i wkrótce wypadła rączka i pomimo rozmaitych manipulacji babek, poród nie postępował naprzód. Rączka leżała między biodrami cała spuchnięta, sina prawie czarna, zimna, ramię silnie wtłoczone; bóle porodowe ustały od 3-ch dni. Zrobiłem obrót na nóżkę i wyjąłem płód nadgniły, skóra zmacerowana; przy nieznacznym pociągnięciu za pępowinę wyszło i łożysko z kroplami ropnego płynu. Chora doznała strasznych dreszczy i ziębienia; przemyłem macicę i, nie widząc prawie żadnej nadziei dla chorej, zastosowałem metodę FOCHIER'a. Wstrzyknąłem 2,0 *ol. terebinth. gallici* a do wewnątrz zaleciłem odwar chinowy z kofeiną. Nie przysłano po mnie więcej, myślałem więc, że chora zmarła; tymczasem, będąc w parę miesięcy później w Brzozowej, widziałem panią W., która mi opowiedziała, że ropień po wstrzyknięciu zebrał się, pękł, że wyleżała się miesiąc a teraz jest zupełnie zdrowa.

7. K. S., włościanka z Linowa, l. 26, średnio odżywiona, miesiączkowała od 15-go roku życia regularnie, od 21-go roku zamężna. Dwa porody odbyła prawidłowo, ostatni odbył się na tydzień przed wezwaniem mnie, t. j. 28. X. 1901 r. dość łatwo, dziecko żywe. 1. XI. pojawiły się dreszcze z potami, łamanie rąk i nóg, oraz bóle w dole brzucha; gdy stan z każdym dniem pogarszał się, przysłano po mnie po raz pierwszy 5. XI. 1901 r. Zastałem chorą w stanie ogromnego niepokoju, silnie rozpaloną, język suchy, silne pragnienie; chora narzeka na bóle w dole brzucha i w mięśniach nóg i rąk, przytem dreszcze z potami. Przy zewnętrznym badaniu macica wyczuwalna na trzy palce ponad spojeniem łonowym, bardzo bolesna, również bolesne przy dotknięciu obrzmienie tkanki okołomaciczej; przy wewnętrznym badaniu: ściany pochwy rozpulchnione, wejście do macicy rozpulchnione i roztwarte, w niej zaś mogłem wyczuć rozkładające się resztki błon płodowych; wyjąłem

je i przemyłem macię roztworem sublimatu, poczem zaleciwszy odwar chinowy z walerianą i tampony z ichtyolem, odjechałem; po 2-eh dniach t. j. 7. XI. przysła-no po mnie powtórnie; zastałem stan taki sam, tylko wydzieliny cuchnącej z ma-cicy nie było. Ciepłota 40,5°, tętno 120, więc zastosowałem wstrzyknięcie 2,0 *ol. terebinthinae gallici* nad prawym *lig. Pouparti* około *spina ilei ant. sup.* i na wypa-dek bolesności zaleciłem 0,01 *morphii muriatici*. 9. XI. widziałem chorą: była spo-kojniejszą, bóle mniejsze, macica mniejsza, ledwie wyczuwalna nad spojeniem ło-nowem; w miejscu wstrzyknięcia obrzmienie i zaczerwienie znaczne, lecz bólnie-wielki. Ciepłota 38,5°, tętno 102; przepisałem dekokt chinowy i okłady subli-matowe, oraz zaleciłem, aby przysłano po mnie w razie pogorszenia. W dwa ty-godnie później był u mnie mąż chorej i opowiedział, że 5-ego dnia ropień pękł, ropy wyszło dużo i że od tego czasu chora z każdym dniem ma się lepiej i nawet cokolwiek się podnosi; później doniesiono mi, że położnica wyzdro-wiała zupełnie.

8. H. B., mieszcanka z Ożarowa, l. 18, pierworódka, miesiączkowała od 15-go roku życia prawidłowo. Byłem wezwany 24. XI. 1901 r. o 1-iej godzinie w nocy do dania pomocy rodzącej; rodząca dobrze odżywiona, wzrostu niskiego, budowy normalnej; poród trwa od 13-tu godzin, wody odeszły 7 godzin temu, bó-le rzadkie, krótkie, położenie płodu czaszkowe 1-sze; otwór maciczny zgładzo-ny, główka wtłoczona, rodząca ogromnie osłabiona, tętno szybkie, słabe; nie czekałem dłużej i założyłem kleszcze, poczem wydobyłem dziecko płci żeńskiej w asfiksyi, lecz wkrótce udało się je ożywić; po 20-tu minutach miejsce ode-szło w całości; naderwań żadnych nie było. Na drugi dzień stwierdziłem stan chorej zadowalający. 5. XII., t. j. w dwa tygodnie później, wezwany byłem po-nownie; zastałem chorą rozpaloną, na pół przytomną, w dreszczach, ogromnie osłabioną, z pochwy wydziela się ciecz cuchnąca, szara, ogromnie gryząca; po rozwarciu warg znalazłem nadżarcie wielkości srebrnej dziesiątki na pra-wej stronie pochwy, pokryte nalotem, przyczem brzegi obrzękłe, bardzo bolesne przy dotknięciu; macica duża, sięgająca aż do pępka, bolesna; z obydwóch stron macicy silna bolesność. Łamanie w rękach i nogach, zupełna bezsenność, ciepłota 39,7°, tętno 120. Dowiedziałem się przytem, że odwiedzała chorą i przemywała pochwę babka, która poprzednio o parę godzin wcześniej wyjmo-wała dziecko z nieżywej kobiety, co prawdopodobnie było przyczyną zakaże-nia. Zaleciłem okłady z lodu na dół brzucha, oraz gąłki jodoformowe do pochwy, za napój wino, kawę czarną. 6. XII. Ciepłota 40,0°, tętno 150, stan taki sam; zastrzyknąłem 10,0 surowicy przeciwpaciorkowcowej z pracowni PASTEUR'a. 7. XII. chora bardzo niespokojna, bredzi, ciepłota 40,5°, tętno 150; zaleciłem odwar chinowy, wino, czarną kawę i zastrzyknąłem 2,0 *ol. tere-binth. rectif.* + 0,01 *morphii muriatici*. 8. XII. chora trochę spokojniejsza, ciepłota 39,5°, tętno 120. 9. XII. chora spała, przytomna zupełnie. Ciepło-ta 39,1, tętno 108. 10. XII. ciepłota 38,0°, tętno 120, bóle okółomaciczne znikły, macica przez powłoki brzuszne nie wyczuwalna, wydzieliny bardzo ma-ło, owrzodzenie podgojone, niebolesne, nieznaczny ból w miejscu nabrzmiewa-nia ropnia, chęłbotanie wyraźne; zaleciłem okłady sublimatowe, 11. XII. ropień pękł, wylało się dużo śluzo-ropy; samopoczucie dobre, zaleciłem pigułki *Blau-dii* i spokój.

Później już chorej nie widziałem; leżała jeszcze, jak mi mówiono, dwa tygodnie i wyzdrowiała.

Tych kilka przypadków nie może w zupełności przesądzać poruszanej kwestyi, ani stanowczo decydować na korzyść stosowanej metody, lecz w każdym razie przypadki moje warte są uwagi, gdyż skończyły się pomyślnie. Przeważnie stosowałem metodę FOCHIER'a w groźnych stanach gorączek septycznych; lżejsze zaś, jak ograniczone zapalenia przymacicza, okołomacicza i t. p. leczę chirurgicznymi zabiegami lub metodą rezorbcyjną. W tych ostatnich przypadkach często jednak otrzymuję wyniki nie zbyt zadowalające, wprost z powodu niemożliwości przeprowadzenia konsekwentnie całej kuracyi; mam tu na myśli przeważnie praktykę u ludności biednej na prowincyi; w takich razach nie szkodziłoby, sądzę, próbować stosowania metody FOCHIER'a, która skracając czas choroby, skutecznie pomaga wessaniu się wysięku a przytem jest bezpieczna, tania i łatwa do przeprowadzenia.

Rzecz prosta, że podając opisane przypadki do ogólnej wiadomości, mam na celu jedynie zachęcenie kolegów do dalszych w tym względzie spostrzeżeń i do gromadzenia odnośnego materiału, przyszłości zostawiając sąd i rozpatrzenie faktów.

IV. PRZYCZYNEK DO LECZENIA BLIZNOWATYCH ZWĘŻEN PRZĘŁYKU.

Podał

A. Cielechomski.

— + — — + —

[Dalszy ciąg — Patrz Nr. 26].

GOTTSTEIN ¹⁾ z kliniki MIKULICZA w obszernej pracy zestawil wyniki badania przełyku zapomocą wziernika w całym szeregu przypadków zwężenia różnego pochodzenia. Pierwszą w tym kierunku pracę ogłosił MIKULICZ jeszcze w 1881 r., później HACKER w 1889 r., wreszcie ostatnimi czasy ERSTEIN opisał wyniki badania wziernikiem przełykowym w 5-iu przypadkach zwężenia przełyku wskutek oparzenia; nakoniec GOTTSTEIN do powyższych dodał jeszcze dwa nowe przypadki. Co do obrazu, otrzymywanego zapomocą wziernika, to oczywiście będzie on różny i zależny od czasu, miejsca i stopnia oparzenia przełyku. Według HACKER'a świeże zwężenia widać we wzierniku, jako pasmkowate lub strzępiaste, ziarninujące, zatem łatwo krwawiące miejsca, za-

¹⁾ Mittheil. aus den Grenzgeb T. VIII s. 511, r. 1901.

starzałe zaś wyglądają jako pasemkowate, mocno wydłużone białawe blizny, które wyraźnie odcinają się od reszty zaróżowionej błony śluzowej. Skoro blizny te są pokryte nabłonkiem, połyskują i są gładkie, często powierzchnia ich znajduje się niżej poziomu sąsiedniej błony śluzowej, a w pobliżu zwężenia łatwo dostrzedz, jak błona śluzowa przechodzi w bliznę. Samo zwężenie wygląda jako mniej lub więcej bliznowaty lejek, na którego końcu widać okrągłe lub owalne światło, to znowu robi ono wrażenie części pochwowej, zwłaszcza gdy przełyk ponad zwężeniem jest nieco rozszerzony, a część zwężona jakby była wgłębioną w owo rozszerzenie. Blizna więcej powierzchowna wygląda w miejscu zwężonem jak przepona, sfałdowana promienisto i dość podatna, głębsza zaś jest zazwyczaj grubsza i niepodatna. Po sondowaniu widać częstokroć na powierzchni blizny powierzchowne uszkodzenia, a po dłuższem pozostawieniu zgłębnika widać nawet na bliżnie odleżyny pod postacią wybroczyn lub pęcherzyków z zawartością krwawą.

Zresztą, zdaniem niektórych, wziernik przełykowy przy zwężeniach po oparzeniu powinien być stosowany raczej w celach leczniczych, aniżeli w celach rozpoznawczych. Sprawę tę starannie opracował EPSTEIN, radząc i stosując rozszerzanie zwężonego przełyku jedynie pod kontrolą wziernika przełykowego.

Nie będę wyliczał wszystkich odmian zgłębników, a właściwie mówiąc, rozszerzaczy przełykowych; jest ich dość dużo, a liczba ta wyraźnie świadczy, że wszystkie mają więcej wad niż zalet, wreszcie, że zdarzają się zwężenia tak potężne, których pokonać nie może żaden zgłębnik, wszelki zaś wysiłek podczas wprowadzania musi być nieodzownie wykluczony. Oprócz wielu odmian kauczkowych, najczęściej używanych, istnieją metalowe, spiralnie zwijane i łatwo uginające się we wszystkich kierunkach, dalej ołowiane, pokryte nieprzemakalną masą, wreszcie fiszbinowe z odpowiednimi zakończeniami. SENATOR zapomocą odpowiedniego przyrządu wprowadza w zwężenie pałeczkę laminarii. STOERK i EPSTEIN, jak wspomniałem wyżej, wykonywają rękoczyn ten pod kierunkiem oka; SCHREBER ¹⁾ znowu w celu zapewnienia sobie jak najdłuższego rozszerzenia zwężonego miejsca wprowadza rozszerzacz, zaopatrzony na końcu w rurkę gumową 2—3 ctm. długości, szpiczasto zakończoną, gładką, lecz dość sprężystą; skoro rurka ta utkwi w zwężonem miejscu, napęlnia ją się i rozciąga zapomocą wody, wprowadzonej do rozszerzacza szprycą, odpowiednio do niego przystosowaną; można również rurkę tę wprowadzić poniżej zwężenia i napęlnić ją powietrzem; wtedy podczas wyprowadzania całego przyrządu rozdęta rurka mocno rozciągnie zwężone miejsce. Ostatnie postępowanie zaleca gorliwie E. REICHMANN zapomocą przyrządu własnego pomysłu. Sposoby powyższe znalazły przeważnie zastosowanie przy nowotworach przełyku, są wszakże wykonalne wtedy, gdy światło zwężenia wynosi nie mniej niż 3—4 mm. oraz gdy kierunek zwężonego kanału mniej więcej jest prosty.

¹⁾ ROSENHEIM. Real-Encyklop. T. XVII, str. 416.

ROSENHEIM w przypadkach, następujących niepokonane trudności przy wprowadzeniu zgłębnika, robił próby rozszerzenia na tępo zwężanego miejsca zapomocą przecika trzcinowego pod kierunkiem wziernika przełykowego.

Na tem miejscu wspomnieć należy o rurkach z kauczuku twardego, wprowadzanych na stałe w miejsce zwężone, usilnie zalecanych obecnie przez wielu autorów (LANNELONGUE, LEYDEN, SYMONDS, RENVERS i inni), a po raz pierwszy zastosowanych przez KRISHABER'a; rurki te mają przedewszystkiem na celu jakie takie ułatwienie odżywiania przy zwężeniach rakowatych.

Przy zwężeniach bliznowatych zarówno w przypadkach operowanych, jako też i nieoperowanych używałem najchętniej zgłębników kauczukowych, półtwardych. U dzieci wydały mi się najlepsze i do wprowadzenia bardzo dogodne świeczki cewkowe stożkowate, wypełnione ołowiem i powleczone masą kauczukową. Napotkawszy przeszkodę, świeczki te nie uginają się łatwo, natomiast szybko dają uczucie oporu; dzięki zakończeniu swemu, zlekka zaokrąglonemu oraz dzięki kształtowi swemu stożkowatemu, łatwo wchodzi w lejek, utworzony przez bliznę; naostatek pewna ich waga sprzyja również łatwiejszemu opuszczaniu się w głąb przełyku.

Wyraźniejszy opór zgłębnika jest dowodem, że koniec jego nie trafił w otwór zwężenia, lecz spotkał przeszkodę obok niego; wówczas przy wysiłku wprowadzenia koniec zgłębnika zgiętego oprze się o ścianę boczną ponad zwężeniem; na tej drodze najłatwiej powstają przedziurawienia przełyku.

Radzą zwykle wykonywać rozszerzanie nie częściej, niż co drugi dzień; w rzeczy samej po każdym rozszerzeniu powstaje niezwłocznie skurcz przełyku wskutek podrażnienia ścian jego; zatem częste rozszerzanie może nawet utrudnić przełykanie pokarmów w najwyższym stopniu.

Zazwyczaj u dzieci postępowałem w sposób następujący: po trzykrotnem wprowadzeniu zgłębnika z pozostawieniem go za każdym razem w ciągu minuty lub dłużej, stosownie do cierpliwości dziecka, zalecałem całkowite wstrzymanie w ciągu następnych dwu lub trzech godzin wszelkich płynów, przekonałem się bowiem, że natychmiastowe podanie pokarmu wyraźnie zmniejszało trwałość rozszerzenia. Ponieważ wynik dodatni jednorazowego rozszerzenia w poszczególnych przypadkach nie był jednakowo trwały, nie wyznaczałem przeto nigdy naprzód następnego rozszerzenia, natomiast zalecałem oczekiwać tej chwili, gdy ułatwienie przełykania po rozszerzeniu zacznie wybitnie się zmniejszać.

Jeżeli rozszerzanie należało powtarzać zbyt często, a poprawy dziecka nie było widać wskutek niewystarczającego jeszcze odżywiania, usilnie zalecałem wówczas łatwy odżywek kilkakrotnie w ciągu doby.

Niekiedy spostrzegałem prawie nagle utrudnienie przy przełykaniu pomimo odbytego już całego szeregu systematycznych rozszerzeń z wynikiem jak najlepszym; wówczas zaniechanie rozszerzeń, obok podania bromu choćby w łatwy, wkrótce dawało na czas jakiś, niekiedy dość długi, pewną poprawę.

Objawy takie w sposób wybitny występowały wielokrotnie u M. K., chłopczyka 3-letniego; dlatego pozwolę sobie pokrótce opowiedzieć przebieg jego cierpienia.

We wrześniu 1898 roku napił się ługu; po dwu tygodniach, a więc po zażożeniu się oparzeń jamy ustnej, języka i gardzieli przełykał łatwo wszelkie pokarmy tylko przez kilka dni, poczem z dnia na dzień wzrastało utrudnienie do tego stopnia, że po 10-iu dniach załedwie przełykał płyny; w październiku, mniej więcej w miesiąc po wypadku, przez tydzień miewał w nocy napady jakby duszenia się oraz wymiotów; napad taki trwał 10—20 minut, opóźniał się co noc, wreszcie po tygodniu już nie powrócił. W tym czasie rozpocząłem rozszerzanie przełyku: naprzód częstsze, co drugi lub trzeci dzień, później rzadsze, co kilka dni; poprawa była widoczna: przez trzy miesiące przełykał łatwo płynne i gęste pokarmy, niekiedy tylko doświadcżając utrudnienia w ciągu kilku dni. W kwietniu 1899 r. owe przerwy stały się dłuższe, trwały bowiem około tygodnia; wreszcie w połowie maja przestał łykać zupełnie: stan taki trwał przez sześć tygodni; pomimo ławatyw odżywczych, możliwie częstych, chłopczyk wychudł straszliwie; zaniechałem rozszerzań przełyku, jako bezskutecznych; natomiast nagliłem rodziców o otworzenie żołądka. Rady mej nie usłuchano; w ciągu 6-go tygodnia pacjent skarżył się na ból w piersiach i uczucie duszenia się; po 4 wypróżnieniach krwawych i bardzo cuchnących, prawdopodobnie wskutek przerwania się ropnia w ścianie przełyku, ból znikł zupełnie, a połykanie zaczęło powracać. W lipcu i we wrześniu były krótkie, kilkodniowe przerwy, zresztą połykanie było dość łatwe nie tylko płynnych, lecz i papkowatych pokarmów. W r. 1900 było kilka przerw trwających od 3—4 dni, które jednak rychło ustępowały po jedno, lub dwurazowem rozszerzeniu. W r. 1901 raz tylko była przerwa 4-o dniowa i kilka razy po jednym dniu, a nawet po parę godzin, utrudnienia te jednak miały najczęściej same przez się. Obecnie chłopiec ten wygląda dość dobrze, urosł jednak niewiele, przełyka łatwo pokarmy płynne oraz stałe, zwłaszcza dobrze rozmiękle i rozdrobnione.

Również zbyt częste rozszerzania we wczesnych okresach zwięzania dają nieraz wręcz odwrotny wynik; oczywiście, wskutek ustawicznego drażnienia przełyku i blizny powstaje tak wielki jej skurcz, że o przełykaniu wówczas, choćby płynu nawet niema mowy. Objaw taki spostrzegałem w roku przeszłym u 11-letniego chłopca w niespełna dwa miesiące po otruciu się ługiem; pomimo codziennych rozszerzań od dwu tygodni, dziecko już nie mogło nic połykać i wychudło straszliwie; tymczasem po pierwszych rozszerzeniach poprawa w przełykaniu była widoczna; zaleciłem więc ławatywy odżywcze obok zupełnego zaniechania rozszerzań, poczem już po upływie dwu dni można było stwierdzić wyraźną poprawę w przełykaniu.

Utrudnienia takie występują również u starszych, aczkolwiek rzadziej niż u dzieci, a przyczyny tego szukać należy prawdopodobnie w częstem usiłowaniu przełknięcia pokarmów stałych lub gęstych, gdy dopiero płyny jako tako przechodzą; z drugiej znów strony w pewnych stanach podrażnienia nerwowego wskutek wstrząśnięć moralnych, co kilkakrotnie spostrzegałem u jednej operowanej, która wówczas już, mając przetokę żołądkową, przełykała gęste i stałe pokarmy.

Powracając jeszcze na chwilę do rozszerzań, nie mogę pominąć milczeniem przypadku, w którym stosowałem obok rozszerzania prąd stały, a to za pomocą odpowiednio urządzonej sondy metalowej, pokrytej kauczukiem i zakończonej metalowym stożkiem.

Jakkolwiek postępowanie powyższe stosowałem wielokrotnie w pomienionym przypadku, nie mogę wszakże z uwagi na niewielkie me doświadczenie wyrazić się o niem zbyt dodatnio co do trwałości samego rozszerzenia, w porównaniu w innymi przypadkami; to tylko pewna, że w wielu razach zgłębnik ten dość gruby, jakoś łatwiej wchodził w zwężone miejsce. Przypadek ten dotyczył 1½ rocznej Zosi S., która w maju 1899 r. napiła się łągu; przez 17 miesięcy chorowała ciężko między innymi na zapalenie płucnej, w drugim miesiącu zupełnie prawidłowo łykała pokarmy stałe, dopiero w lipcu zauważono, że mięso przelyka z pewną trudnością; w październiku, skoro utrudnienie przy przelykaniu było już dość znaczne, widziałem ją po raz pierwszy wraz z kol. HELINEM i rozpocząłem rozszerzanie raz na tydzień przez dwa miesiące; przez cały ten czas i następny miesiąc mogła połykać tylko płyny. Skoro w styczniu 1900 r. nie było widać wyraźnej poprawy, zastosowałem owo rozszerzanie wraz z prądem stałym raz na tydzień w ciągu dwu miesięcy. Od połowy marca zaniechałem rozszerzań wobec widocznej, choć niewielkiej poprawy, która trwała bez przerwy do czerwca; w tym czasie nastąpiło chwilowe pogorszenie, a po jednorazowym rozszerzeniu stopniowe polepszenie; wkrótce dziecko mogło już połykać gęste pokarmy. Od owej chwili minął już rok; w ciągu tego czasu ani razu nie uciekano się do rozszerzań; dziecko wcale nieźle przelyka pokarmy gęste i wogóle odżywia się dość dobrze.

Przechodząc do leczenia zwężeń bliznowatych na drodze krwawej, rozpoczynam przedewszystkiem od przecięcia przelyku wewnętrznego (*oesophagotomia interna*). Zabieg ten po raz pierwszy wykonany był przez MAISON-NEUVE'a ¹⁾ w 1862 r. zapomocą, podobnego do nacinacza cewki, przyrządu, który przecinał bliznę z góry ku dołowi.

Postępowanie powyższe stosowało wielu chirurgów, wobec niepewności jednak samego rękoczynu oraz zejść niepomyślnych wskutek różnych powikłań zapadł do niego ustal niezadługo. W przypadku CZERNY'ego, opisanym przez BRAUN'a u 8-letniej dziewczynki zwężenie bliznowate po otruciu łągiem było nacięte dwukrotnie na głębokość dwu milim. od tyłu i z prawej strony. Po 15-u dniach na oględzinach pośmiertnych znaleziono sposoczenie obu jam opłucnowych oraz połączenia ich z jamą przelyku. W tej chwili nie rozporządzam liczniejszą statystyką w sprawie pomienionego zabiegu operacyjnego. Podług kazuistyki, zebranej przez BRAUN'a, z 11-u przypadków trzy zakończyły się niepomyślnie, w pozostałych 8-u — poprawa lub wyzdrowienie. Zdaniem większości autorów, nacięcie przelyku z dołu ku górze jest o wiele bezpieczniejsze, niż odwrotnie; to samo da się powiedzieć o kilku nacięciach drobnych dokoła blizny, zamiast jednego głębszego. W tym celu właśnie LE

¹⁾ Real-Encyclopädie. T. XVII, str. 372.

DENTU stosuje nożyki różnej grubości, osiągając tym sposobem stopniowe rozszerzenie przełyku.

SANDS operuje zapomocą dobrze obmyślanego nacinacza własnego; w dolnym końcu przyrządu tego znajdują się oliwki różnej grubości, w tych zaś ukryte są nożyki; zapomocą śrubki i skali w górnym końcu przyrządu można dowolnie i na rozmaitą odległość wysuwać nożyk z oliwki.

Może nieco pewniejszy jest sposób postępowania, zalecony przez GUSSENBAUER'a, a polegający na skombinowaniu dopiero co opowiedzianego rękoczynu z przecięciem przełyku zewnętrznym; wówczas przez ranę przełyku droga do bliższy jest bliższą zarówno w celu jej nacięcia, jako też i w celu dalszego rozszerzania naciętego miejsca, wreszcie w celu całkowitego wycięcia blizny, skoro stanie się na tej drodze dostępną. GUSSENBAUER w jednym ze swych przypadków, wobec zaniedbania przez chorego rozszerzań, musiał dwukrotnie wykonać przecięcie zewnętrzne przełyku.

Wogóle, rzec można, cięcie przełyku zewnętrznego ma największą słuszość za sobą wówczas, gdy zwężenie znajduje się ponad raną przełyku, a więc w górnej jego części; wtedy przez wprowadzenie natychmiastowe sondy żołądkowej możemy zapewnić sobie rychłą poprawę chorego wskutek usilnego odżywiania a dopiero później przez tę samą ranę możemy łatwo już leczyć znajdujące się ponad nią zwężenie. Zresztą niezawsze tak pomyślnie układają się wszystkie warunki. Wspomniałem już na początku, że częstokroć bywa w przełyku nie jedno, lecz dwa i więcej zwężeń; jeżeli górne będzie większe niż dolne, wówczas przy badaniu zapomocą zgłębnika stwierdzimy istnienie tylko górnego, nie wykryjemy zaś dolnego, jako niedostępnego; dopiero po przecięciu przełyku zewnętrznym musimy pokonać naprzód zwężenie dolne — a to w celu szybszego wprowadzenia sondy żołądkowej, — a już naostatek zwężenie górne.

Całkowite wycięcie blizny w szyjowej części przełyku przy zwężeniu w kształcie pierścienia oraz zeszcycie odcinków niewielu wykonało autorów.

[C. d. n.].

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



66. I. Ruhemann. Łatwy sposób szybkiego określania ilości kwasu moczowego w moczu.

Pomimo to, że ilość wydalanego z moczem kwasu moczowego stanowi bardzo ważny czynnik dyagnostyczny, określanie ilościowe tego składnika moczu wykonywane bywa stosunkowo bardzo rzadko z powodu trudności technicznych oraz dlatego, iż na wynik analizy przy dotychczasowych sposobach badania trzeba czekać, co najmniej, 50—60 godzin. RUHEMANN podaje sposób, który pozwala każdemu lekarzowi w ciągu mniej więcej 20—45 minut określić ilość kwasu moczowego w każdej pojedynczej porcji moczu.

Od czasu, gdy CORVISART wykazał, że kwas moczowy wiąże wolny jod, starano się skorzystać z tego przy ilościowym określaniu kwasu moczowego w moczu. HUPPERT zamierzał określać zawartość kwasu moczowego zapomo-

cą miareczkowania z jodem, doszedł jednak do wniosku, że przy podobnym sposobie badania znajdujemy prawie w czwórnasób więcej kwasu moczowego, niż go wykazuje zwykle badanie zapomocą strącania oraz ważenia. Metoda ta więc, jako dająca wyniki fałszywe, upadła. Jednakże, twierdzi RUHEMANN, znając źródła zachodzących przy metodzie tej pomyłek i unikając ich, można zapomocą miareczkowania z jodem otrzymać pewny, łatwo wykonalny, pod względem praktycznym wygodny, a dla celów naukowych zupełnie wystarczający sposób określania ilości kwasu moczowego w moczu.

Autor szczegółowo a dokładnie opisuje drogę, jaką doszedł do powyższego wniosku. Należy wprost podziwiać jego spostrzegawczość, wytrwałość, skrupulatność obliczeń, zapomocą których udaje mu się wykryć liczne błędy w obliczeniach i postępowaniu swoich poprzedników, podać w wątpliwość wartość współczynnika ZABELIN'a dla moczu, zawierającego mniej niż 0,02% lub więcej niż 0,08% kwasu moczowego, wreszcie zupełnie przekonywająco umotywić jego własny sposób określania ilości kwasu moczowego zapomocą jodu.

Metoda ta polega na tem, że badany mocz dolewamy do pewnej ilości roztworu jodu: kwas moczowy wiąże wolny jod i ten ostatni się odbarwia. Inne substancje, zawarte w moczu, wiążą tak mało jodu, że, jak obliczył autor, nie wpływa to wcale na rezultat analizy. Wskazicielem dobiegania odczynu do końca jest dwusiareczek węgla.

Nie wdając się tu w szczegóły, zaznaczymy tylko, że autor porównyując wyniki określania ilościowego zapomocą miareczkowania z jodem z wynikami badań zwykłym sposobem, to jest zapomocą strącania i ważenia kwasu moczowego, wyprowadził empirycznie współczynnik asocjacji dla jodu i kwasu moczowego, różniący się od tego, jaki podaje HUPPERT, oraz obmyślił przyrząd, na którego skali można wprost odczytać procentową zawartość kwasu moczowego w badanym moczu.

Przyrząd ten, opatentowany przez autora i nazwany przezeń „*Ueicometer*“, przedstawia probówkę o mocnych ściankach, długą na 25,5 ctm., z dwiema kreskami większemi (*S* i *J*) u dołu i całym szeregiem równoległe idących podziałek nad niemi [podobnie, jak w próbówce ESCHBACH'a]. U góry probówkę zamyka ściśle dopasowany szklany korek. Przed badaniem rurka powinna być dobrze osuszona, aby nie rozcieńczył się czasem jod lub mocz badany, co wpłynęłoby już na odczyn. Samo badanie moczu odbywa się w sposób następujący.

Nasamprzód nalewamy do „*Uricometr'u*“ dwusiarczku węgla do najniższej kreski—*S*, potem aż do kreski *J* nalewamy roztworu jodu, którego skład jest taki: 1,5 grm. jodu, 1,5 grm. jodku potasu, 15,0 grm. wysoku absol. i 185,0 grm. wody destylowanej [czystego jodu znajduje się tedy między podziałkami *S* a *J*—0,015 grm.]. Wreszcie zaczynamy ostrożnie wpuszczać badany mocz. Jod, odbarwiając się, przybiera w końcu odcień, podobny do zabarwienia moczu. Dopóki jednak indykator, to jest dwusiareczek węgla, który wpierw miał odcień fioletowy, a później jasno-różowy, zachowuje to ostatnie zabarwienie, pomimo kilkakrotnych energicznych wstrząsów próbówki, dopóty koniec odczynu jeszcze nie nastąpił. Mówimy o nim wtedy, gdy indykator staje się białym, jak mleko. Odczytujemy na skali liczbę, do której dochodzi mocz i wówczas uważamy badanie za skończone.

Mocz, brany do miareczkowania, powinien oddziaływać kwaśno. Alkaliczny lub obojętny mocz zakwaszamy octem, w żadnym razie kwasem solnym, ponieważ ten ostatni strąca kwas moczowy. Mocz mętny, z obfitym osadem, trzeba przed badaniem dobrze skłócić. Duże ilości zawartego w moczu białka należy przed badaniem strącić zapomocą gotowania. Jeżeli pacjent przedtem przyjmował jod, to określania zawartości kwasu moczowego w moczu zapomocą miareczkowania z jodem należy zaniechać, ponieważ część wprowadzonego do ustroju jodu związała już pewną ilość kwasu moczowego.

Opierając się na własnościach kwasu moczowego i jego soli łączenia się z jodem i nabierania przez to łatwiejszej rozpuszczalności, autor w tak zwanej dyatezie moczowej oraz dnie radzi dawać chorym jod w postaci soli [szczególniej soli litynowej] i *in substantia*, w pigułkach z białej gliny. Stosował on sam ten środek i, jak twierdzi, z dobrym skutkiem.

(*Berliner klinische Wochenschrift*. 1902 r. Nr. 2 i 3).

J. Lipsztat.

67. Hoffmann. O bólach podprzeponowych i o nerwicy spłotu trzewowego.

Autor określa nazwą tą bóle, wychodzące z leżących tuż pod przeponą narządów i tworów. Cechuje bóle te rozmaitość wielka: można je podzielić na bóle, występujące przy ucisku oraz na bóle samoistne. Pierwsze nie mają wielkiego znaczenia i często wprowadzają w błąd lekarzy, gdyż bardzo rzadko zdajemy sobie dokładnie sprawę, na jaki narząd uciskamy. Większe natomiast znaczenie praktyczne mają bóle samoistne. Można je podzielić na bóle: 1) opasujące, 2) występujące w postaci kolki oraz 3) promieniujące. Można przyjąć za prawidło ogólne, że cierpienia, wywołujące podrażnienie samej tylko błony śluzowej lub umiejscowione wewnątrz miąższu narządów nie prowadzą wcale do bólów; przy zajęciu warstwy mięśniowej występują bóle w postaci kolki, przy zajęciu otrzewnej powstają bóle miejscowe, przy cierpieniu zaś tkanki pozaotrzewnowej dochodzi do bólów promieniujących. Prawo to jednak nie może znaleźć ścisłego zastosowania przy ciężkich nerwicach [histeryi i hipochondryi], gdzie stosunek pomiędzy podrażnieniem a wrażliwością tak jest chorobliwie zmieniony, że bardzo nie wielkie już zaburzenia prowadzą do najrozleglejszych promieniowań bólu, przyczem brak wszelkiej prawidłowości w umiejscowieniu. Należy zauważyć, że cierpienia wątroby, żółdka, śledziony i trzustki odznaczają się stałą wrażliwością promieniowania ku górze, podczas gdy cierpienia tętnicy głównej, nadnerczy oraz spłotu trzewowego wywołują bóle, promieniujące ku dołowi. Granica ta jednak da się przeprowadzić ściśle tylko od przodu, gdyż na grzbiecie i pierwsza grupa narządów może dawać bóle, promieniujące do krzyżowej części kręgosłupa i do okolicy pośladkowej. Co się tyczy ropni podprzeponowych, to prowadzą one do bólów, promieniujących do prawego i lewego ramienia wtedy, jeżeli wychodzą z żółdka, wątroby oraz śledziony, natomiast rocznie, wychodzące z nerki lub jelit nie cechują się podobnymi bólami. Same przez się więc rocznie te nie prowadzą do bólów promieniujących: niezbędne jest tutaj zajęcie pewnych narządów oraz jednoczesny udział tkanki pozaotrzewnowej.

Autor starał się rozstrzygnąć pytanie, o ile w wywoływaniu bólów tych bierze udział spłot otrzewnowy, gdyż obfitość i różnorodność połączeń jego łatwo usposabiać może do najrozmaitszych objawów. Anatomia i fizjologia spłotu tego, pomimo licznych badań, nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona; pewnem jest tylko to, że mamy do czynienia ze spłotem, zawierającym liczne włókna współczulne i że nerwica jego prowadzić może do zaburzeń czuciowych, ruchowych i naczynioruchowych [analogicznie do migreny]. Zaburzenia te, w zależności od przebiegu włókien, powinny dotyczyć czynności jelit oraz nerek. Autor w każdym przypadku bólów podprzeponowych o ciemnem pochodzeniu doszukiwał się u chorych jednoczesnych zaburzeń w czynności jelit i nerek. Opisywano wielokrotnie wypadki zwiększonej ilości moczu przy cierpieniu spłotu słońcowego, ale dotychczas jeden tylko SCHAPIRO spostrzegał przypadek z jednoczesnem zaburzeniem w czynności jelit. Autor spostrzegał kilka przypadków bólów podprzeponowych pochodzenia ciemnego oraz jednoczesnych zaburzeń w czynności jelit [biegunka lub zaparcie] i nerek [zwiększoną]; przypuszcza on w przypadkach tych nerwicę spłotu trzewowego. Bóle te umiejscowione bywają w górnej części brzucha, promieniują stąd do dolnej

części jego, lecz nigdy do narządów płciowych i kończyn dolnych; ku tyłowi zaś promieniają do okolicy krzyżowej i pośladkowej. Prócz tych bólów uważa autor za objawy patognomiczne nerwicy spłotu trzewowego: zaparcia stolca z ukazywaniem się kału w postaci kulek [kał owczy], oraz przemijającą poliurię.

(*Münchener medicinische Wochenschrift*. 1902. Nr. 7).

Władysław Sterling.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

8. Przyczynek do leczenia powtarzających się poronień i rodzenia się przedwczesnego dzieci martwych.

Gdyby częściej była możność dokonywania sekcji zwłok płodów zmacerowanych i przedwcześnie zrodzonych, toby się przekonano, jak często przyczyną wczesnego zamarcia płodów jest syfilis, oddziedziczony od rodziców, którzy jednak nie przedstawiają w danym czasie żadnych znaków tej choroby i zupełnie do tego się nie przyznają, by kiedykolwiek na syfilis chorowali.

Przypuścić więc trzeba, że jedno z małżonków [najczęściej ojciec] miało przed wielu latami nieznaczne objawy pierwotnego syfilisu, które tak samo, jak i objawy wtórne zostały przeoczone i dopiero na płodach późniejszego małżeństwa choroba na jaw wystąpiła. Ponieważ wywiady najczęściej do żadnego w takich razach wyniku nie doprowadzają, więc LOMER sądzi, że w praktyce właściwiej będzie mniej pytać a więcej działać i dlatego: w razie ciąży w tych przypadkach, w których kobiety rodziły przedtem płody zmacerowane lub martwe, należy stosować bez wyjątku jodek potasu.

Rtęć nadaje się bardziej dla świeżych postaci syfilisu. W przypadkach poronień nawykowych lub rodzenia się martwych płodów ma się bardziej do czynienia ze starym, zapomnianym syfilisem, do którego się nawet rodzice nie przyznają. Tutaj idzie o zastosowanie takiego leczenia, które nie rzuciłoby się w oczy, a zarazem o utrzymanie jaja wzrastającego, ewentualnie płodu dojrzewającego w trwałem zetknięciu z jodem, przenikającym i przepajającym wszystkie tkanki jego.

Ponieważ syfilis oddziedziczony najbardziej odpowiada postaci trzeciorzędnej syfilisu, więc jodek potasu jest tu szczególnie wskazany.

Autor stosował jodek potasu [trzy razy dziennie połyżce roztworu 5 : 200] w 12-u przypadkach przypuszczalnego syfilisu. Aczkolwiek nie we wszystkich można było orzec, czy się miało na pewno do czynienia z syfilisem, to jednak we wszystkich kobiety, które przedtem kilkakrotnie roniły, po podawaniu im w ostatniej ciąży jodku potasu rodziły dzieci donoszone, zdrowe, które zdrowemu pozostały nadal przez lata całe. Bywało i tak, że po takim zdrowym dziecku zaczęły rodzić się znowu dzieci słabowite lub następowało poronienie, jeśli podczas następnych ciąży jodu matka nie brała.

Autor przypuszcza, że bezpośrednim powodem śmierci wewnątrzmacicznej płodu w takich razach jest pęknięcie naczyń, chorobowo zmienionych i wylew krwi do łożyska.

To samo zupełnie zachodzi i przy zapaleniu nerek u ciężarnych. I tutaj naczynia pękają i następuje wylew krwawy do łożyska, pociągający często za sobą wewnątrzmaciczne zamarcie płodu i poronienie. W tych razach naczynia tak samo, jak w arteriosklerozie stają się łamliwe, kruche

i w tych razach, tak samo jak w arteriosklerozie jod działa zbawiennie. Dlatego też autor w przypadkach zapalenia nerek u ciężarnych postanowił spróbować działania jodu od samego początku ciąży, jako środka zapobiegawczego. Jod łączył tu z żelazem, aby jednocześnie zwalczać i małokrwistość, tak często towarzyszącą przewlekłemu cierpieniu nerek. Zalecał więc albo pigułki BLANCARD'a z jodkiem potasu, albo też, jeśli pigułki te wywoływały rozwojenie, przepisywał jodek potasu w roztworze [5 : 200] i jednocześnie pigułki BLAUD'a albo z *ferrum lacticum*.

W kilku przypadkach przewlekłego zapalenia nerek albo zmian w łożysku, przez nie wywołanych u ciężarnych, u których podczas dawnych ciąży nie obywało się bez krwotoków i poronień—leczenie to dało doskonałe wyniki: objawy zapalenia nerek znacznie się zmniejszały a dzieci rodziły się żywe, zdolne do życia.

Oprócz syfilisu i zapalenia nerek częstą przyczyną poronień i przedwczesnego zamierania płodów bywa też przewlekłe zapalenie błony śluzowej macicy (*endometritis*), które w macicy ciężarnej wyraża się z jednej strony wylewami krwawymi do doczesnej późniejszej (*serotina*) i nagromadzeniem się cieczy w worku doczesnej, z drugiej zaś strony drobnoziarnistym nacieczeniem i rozlanem zgrubieniem doczesnej prawdziwej (*vera*) z tworzeniem się polipów i przerostem tworów gruczołowych. Jod, jak wiadomo, na wszelkie tego rodzaju sprawy oddziaływa dodatnio, zarówno pośrednio przez swój wpływ na naczynia, jak i bezpośrednio, pobudzając wsysanie się produktów patologicznych. Dlatego też i w przypadkach przewlekłych zapaleń błony śluzowej macicy u ciężarnych spróbował autor jodu, jako środka zapobiegawczego przeciwko poronieniom i leczniczego na samą sprawę zapalną. Skutki były bardzo pomyślne. W kilku przypadkach nawykowych poronień zastosowanie jodu zapobiegło nowemu poronieniu i usunęło raz na zawsze sprawę zapalną macicy. Jod łączył autor i w tych razach z dobrym skutkiem z żelazem.

W przypadkach skombinowanych syfilisu z zapaleniem nerek lub z zapaleniem macicy albo zapalenia nerek z zapaleniem macicy leczenie jodem i żelazem będzie tembardziej wskazane.

Za coś nowego w swej metodzie autor poczytuje:

1) połączenie jodku potasu z żelazem i podawanie trwałe obu tych środków przez czas całej ciąży,

2) podawanie ich bez wyjątku we wszystkich przypadkach poronień nawykowych, a mianowicie w celu:

a) podziałania specyficznego na starą, ukrytą sprawę oddziedzicznego syfilisu,

b) wywarcia dodatniego wpływu na sprawę zapalenia nerek u ciężarnych (*Schwangerschaftsniere*),

c) pobudzenia produktów zapalenia błony śluzowej macicy do wessania.

Być może, że działanie jodku potasu we wszystkich tych trzech sprawach jest jednakie, a mianowicie, że zapobiega, *resp.* przeszkadza pękaniu naczyń w łożysku. Przy wszystkich tych sprawach istnieje zawsze małokrwistość i dlatego autor umyślny kładzie nacisk na jednoczesne, długotrwałe leczenie żelazem.

(*Zeitschrift. f. Geburtsh. u. Gynäk. T. XLVI. Z. 2*).

Zweygbaum.

Wiadomości bieżące.

— W Nr. 26 „Przeglądu lekarskiego” czytamy: Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich uchwaliła zwołać Zjazd następny, t. j. X-ty do Lwowa w roku 1904-ym. Na przewodniczącego Zjazdu zaproszony został prof. Мачуек, na jego zastępcę prof. ZUBER.

Przyczyną odłożenia zjazdu z r. 1903 na 1904 jest Kongres międzynarodowy lekarski, który ma się odbyć w Madrycie w r. 1903.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNA REDAKCYO!

Z powodu krytyki mych uwag w kwestyi embryotomii [z Nr. 12. Gaz. Lek.], rozbieganych w Nr. 24 przez kol. JAWORSKIEGO w artykule: „W sprawie dokonywania embryotomii uwag kilka”, dodać muszę kilka słów wyjaśnienia i uprzejmie proszę o u umieszczenie ich w Gaz. Lekarskiej.

1-o. Co do odejmowania rączki w artykule moim najwyraźniej zaznaczyłem: „czasem dopiero po wyluszczeniu rączki i łopatki” i że czynię to przy mocno obrzękłej rączce i sromu [operuję też bez usypiania], tymczasem w uwagach kol. JAWORSKIEGO zaznaczone jest, jakoby stale dokonywał tego zabiegu i zalecał go innym. Owszem, uważam również rączkę za bardzo pomocną przy dokonywaniu embryotomii, nie niezbędną jednak, gdyż hakiem ją zastąpić można, zaczepiając za żebra.

2-o. Co do przerywania kręgosłupa hakiem, okręcaniem około osi podłużnej [o pociąganiu nie może być mowy], to nie zdaje mi się, by był to zabieg mniej niebezpieczny, niż przecinanie kręgosłupa, gdzie mniej siły wywiera się, a przecina się kręgi zawsze wewnątrz dziecka, o uszkodzeniu macicy nie może być przeto mowy.

3-o. Co do „szeroko pojmowanych” wskazań dla dokonywania embryotomii, to w większości przypadków przywożą lekarza na wsiach na 2gi, 3-ci dzień porodu, po odejściu wód, do przypadków z silnie napiętą i rozciągniętą macicą, z mocnem wtłoczeniem w miednicę, po różnych zabiegach ze strony babek wiejskich i otoczenia z obumarłym płodem. W 3-ch przypadkach zastałem już urwaną rączkę, w 2-ch obdartą skórę z rączki; czy można w takich wypadkach dokonywać obrotu? Obroty robię i zbytnim zwolennikiem krwawych operacyi nie jestem, dowodem tego, że w osadzie, gdzie zamieszkuję, ani razu do embryotomii nie doszło. Nie wątpię, że w kilku przypadkach po zachloroformowaniu może dałoby się dokonać obrotu, sam jednak chloroformować nie mogę.

4-o. Zdziwienie kol. JAWORSKIEGO co do liczby dokonanych embryotomii pojmuję, przejrzałem jednak z racyi tej oceny księgi chorych z 7-iu lat i znalazłem, że wzywany byłem 76 razy do porodów zaniedbanych, z nich 26 zapuszczonych poprzecznych, gdzie dokonałem embryotomii, 21 poprzecznych niezaniebanych, gdzie dokonałem obrotów, 11 porodów klezczowych, 7 perforacyi, 5 ekstrakcyi i 6 zatrzymanych łożysk. Niestety, odnośnej statystyki i stosunku tych przypadków do porodów wogóle dać nie mogę, gdyż do normalnych porodów lud rzadko wzywa lekarza. Operuję bez chloroformu, więc warunki nieco inne są, niż w klinikach.

Na zakończenie dziękuję koledze JAWORSKIEMU za to, że praca moja choć nie specjalisty, zwróciła na siebie uwagę i wywołała pożądaną krytykę i omówienie gruntowne i pouczające tak ważnej kwestyi.

Dziwię się tylko felietonowym wycieczkom w wieki średnie a nawet starożytne i aluzjom co do przezwisk Democryta i sławy herostratowej, co zupełnie nie licuje z poważną krytyką.

Proszę przyjąć wyrazy głębokiego szacunku

Chorzele, gub. Płocka 19 czerwca 1902 r.

Fr. Mieczynski.

Prace oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Medycyna* Nr. 20. W. MORACZEWSKI. O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia [C. d.]. L. RABEK. Przyczynek do leczenia niedrożności jelit atropiną. F. ARNSTEIN. O zewnętrznem użyciu wysokoku w ciężkim przypadku ostrego gośńca stawowego. — Nr. 21. L. WĄSOWICZ. O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy. W. MORACZEWSKI. O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia [C. d.]. — Nr. 22. L. WĄSOWICZ. O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy [Dk.]. W. MORACZEWSKI. O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia [C. d.]. — Nr. 23. S. GOLDFLAM. O pierwszym objawie władu i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achillesa. W. MORACZEWSKI. O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia [Dk.]. F. ARNSTEIN. O działaniu wody Kissingen przy picu jej domowem. — *Przegląd Lekarski* Nr. 20. J. WICZKOWSKI. Przyczynek do nauki o żywieniu chorych na przewlekłe zapalenie nerek. R. SPIRA. Oko a ucho, stosunek ich wzajemny. W. HERMAN. Przecięcie nerki [C. d.]. — Nr. 21. W. ORŁOWSKI. Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną. J. WICZKOWSKI. Przyczynek do nauki o żywieniu i leczeniu chorych na przewlekłe zapalenie nerek [Dk.]. R. SPIRA. Oko a ucho, stosunek ich wzajemny [Dk.]. W. HERMAN. Przecięcie nerki [C. d.]. — Nr. 22. S. BIER. Organizacja dezynfekcyi w miastach większych. W. ORŁOWSKI. Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną [C. d.]. W. HERMAN. Przecięcie nerki [Dk.]. C. WALIGÓRSKI. Przypadek rzadkiej wady rozwojowej. — Nr. 23. K. KŁECKI. O cytotoksynach. T. ŻELEŃSKI. O działaniu płynnego wyciągu kaktusa wielkolistnego. L. BIER. Organizacja dezynfekcyi w miastach większych [C. d.]. W. ORŁOWSKI. Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną [Dk.].

O G Ł O S Z E N I A.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. dra ROMUALDA PŁĄSKOWSKIEGO przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1904 za pracę z dziedziny psychiatrii, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 kwietnia 1902 roku do dnia 31 marca 1904 roku, bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną.

W braku prac, odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do wyjaśnienia powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 marca 1904 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda rb. 346 kop. 63. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stownie do uznania Komitetu konkursowego. Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie” [ulica Niecała Nr. 7], z zachowaniem co do prac w rękopisach zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dywizami.

Rozprawa, uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autorowi.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały, *Dr Hoyer.*

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor odpowiedzialny, Dr Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою Варшавы, 20 Іюня 1902. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8.