

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą, podali Władysław Palmirski i Wacław Orłowski. Dwa przypadki pęknięcia macicy podczas porodu, leczone na drodze operacyjnej (extirpatio uteri totalis per laparotomiam), podał J. Gromadzki. — Streszczenia i wyciągi. 119. O myokloniach. 120. O pochodzeniu urobiliny. 121. O zastosowaniu lecniczem urotropiny (Hexamethylentetramin). 122. Prawidłowe stosowanie tlenu po narkozie. 123. Leczenie ran drażących brzucha. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Zmarli. — Ogłoszenia

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Palmirski et D-r W. Orłowski — Sur l'action de divers moments physiques sur le serum antidiphtherique. 2) D-r J. Gromadzki — Deux cas de rupture de l'uterus pendant le travail de l'accouchement, traites par laparotomie.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Obozna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Palmirski und D-r W. Orłowski — Ueber den Einfluss verschiedener physischer Agenten auf das antidiphtheritische Heilserum. 2) D-r J. Gromadzki — Zwei Fälle von Uterusruptur, intra partum. Totale Exstirpation des Uterus per laparotomiam.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Obozna str., 5.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą,

podali: Władysław Palmirski i Wacław Orłowski.

I.

Ze względu na stanowisko, jakie surowica przeciwbłonicza wywalczyła sobie w terapii błonicy, sprawa działania rozmaitych czynników fizycznych na surowicę ma obecnie wielkie znaczenie nie tylko teoretyczne, ale i praktyczne. Samą surowicę, wyrażając się ściśle, należy uważać jako pewnego rodzaju *constituens* dla istoty działającej, chemicznie dotychczas jeszcze nie poznanej. Jest ona, prawdopodobnie, ciałem o naturze białkowej i z tego względu może podlegać rozmaitym przypuszczałym wahaniom, zależnym od rozmaitych wpływów czasowych i fizycznych. Jeżeli weźmiemy pod uwagę i tę okoliczność, że surowica *in toto* może bardzo łatwo ulegać zepsuciu i że zapobiedz temu jest rzeczą niezmiernie trudną, ponieważ nie możemy zastosować ani podwyższonej ciepłoty, ani środków chemicznie odkażających, to zrozumieć doniosłość podjętych w tym kierunku badań. Szczególnie dla lekarza praktyka jest rzeczą niezmiernie ważną poznanie tych wszystkich warunków, w jakich należy surowicę przechowywać.

Powodowani tą myślą, przystępujemy do ogłoszenia pierwszej części naszej pracy. Obejmuje ona przechowywanie surowicy tylko za okres pięcio-

miesięczny, który zbiegiem okoliczności przypadł na miesiące letnie. W tej części naszej pracy wzięmy pod uwagę tylko działanie ciepłoty $+10^{\circ}\text{C}$. — $+40^{\circ}\text{C}$., wpływ promieni słonecznych w ciągu gorących miesięcy minionego lata i przesyłania surowicy na znaczne odległości, mając nadzieję, że czasem dopełnimy pracę niniejszą innemi spostrzeżeniami, tyczącemi się innych warunków.

Zadanie nasze rozumieliśmy w ten sposób, że po określeniu siły surowicy wystawialiśmy ją w szczelnie zakorkowanych flaszeczkach na działanie wyżej wymienionych czynników i po pewnym przeciągu czasu określaliśmy jej siłę powtórnie. Uważamy za zbyt czułe dodawać, że toksyny, któremi w tym celu posiłkowaliśmy się, były te same. Poniżej zamieszczona tablica, w której zestawiamy próby, robione z toksynami temi w rozmaitych czasach, przekonywa nas, że nie straciły one na swej sile i że dawka 0,3 ctm. szśc. odpowiada właśnie tej, jakiej przy określeniu surowicy używać należy.¹⁾

№	Data zastrzyknięcia jadu	Waga świnki morskiej w grm.	Dawka zastrzykniętego jadu błoniczego w ctm. sz.	W y n i k i
1	7. III. r. b.	538,0	0,3	Padła po 48 godzinach
2	7. IV.	293,0	0,3	" " 36 "
3	1. V.	418,0	0,3	" " 24 "
4	13. VII.	378,0	0,3	" " 48 "
5	20. VIII.	866,0	0,3	" " 60 "
6	8. IX.	510,0	0,3	" " 46 "

Ogółem przerobiliśmy 9 doświadczeń z surowicami rozmaitego pochodzenia, w różnych warunkach trzymaniami. Przejrzymy te doświadczenia poszczególnie, określając najpierw warunki, jakim podlegały surowice; następnie zestawimy pierwotne określenie surowicy i wtórne, a dopiero na końcu niniejszej pracy postaramy się wyprowadzić pewne ogólne wnioski praktyczne.

Doświadczenie I. Surowica warszawska z dnia 18. III. r. b.; siła jej, jak wskazuje poniżej zamieszczona tablica, określona była w dniu 21. III. r. b. jako 120 jednostek uodparniających w 1 ctm. szśc. Flaszeczka, zamknięta szczelnie korkiem gumowym z kapką, stała w ciągu marca i kwietnia w ciemnej szafie w sieni, a następnie do dnia 22. VIII. r. b. w lodowni pokojowej przy $+12^{\circ}\text{C}$. Po upływie tego czasu (5-ciu miesięcy) surowica okazała się zupełnie przezroczystą, nie straciła nic na barwie, na dnie jednak znaleźliśmy osad białawy, który przy wstrząsaniu powodował duży męt kłaczkowaty. Badanie bakteryologiczne nie wykazało jednak żadnego zanieczyszczenia drobnoustrojami. Dla jasności pozwalamy sobie zestawzić w tablicy I-szej pierwotne określenie surowicy, wykonane w dniu 21. III. r. b. (i wyjęte z № 16 Medycyny I. c.), i wtórne, wykonane w dniu 22. VIII. r. b.

¹⁾ P. Badania porównawcze nad określeniem siły surowicy i t. d. № 16 „Medycyny“ r. b.

T A B L I C A I.

Nr	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	W y n i k i
Określenie pierwotne z dnia 21. III. r. b.				
1	593,0	$\frac{1}{600}$	0,3	Odczynu niema
2	383,0	$\frac{1}{800}$	0,3	" "
3	258,0	$\frac{1}{1000}$	0,3	" "
4	290,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	" "
5	203,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	Mały obrzęk i naciek
Określenie wtórnie z dnia 22. VIII. r. b.				
1	648,0	$\frac{1}{1000}$	0,3	Odczynu niema
2	528,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	" "
3	518,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	" "
4	538,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	" "
5	570,0	$\frac{1}{1600}$	0,3	Naciek wielkości orzecha laskowego

Z zestawienia tego wynika, że badana próba surowicy nie tylko nie ze swej wartości nie utraciła, lecz przeciwnie, siła jej jakgdyby się podniosła.

Doświadczenie II. Surowica warszawska, użyta do tego doświadczenia, pochodziła z innego konia i z tego samego czasu (18. III. r. b.). Siła jej, określona dnia 20. III., okazała się równą 100 jednostkom w 1 ctm. szc. Flaszeczka stała w opakowaniu w tych samych warunkach i przez ten sam przeciąg czasu, jak i poprzednia.

W dniu 22 VIII. r. b. przy badaniu zewnętrznym surowica okazała się zupełnie przezroczystą, z takim samym osadem białawym na dnie, powodującym przy wstrząsaniu również duży męt kłaczkowaty, a pomimo to bakteriologicznie zupełnie była jałową. Powtórne określenie siły tej surowicy w dniu 22. VIII. r. b. (a więc znowu po 5-ciu miesiącach) wykazało, jak to wskazuje poniżej zamieszczona tablica, również pewien, choć nieznaczny, przyrost na siłę. (Patrz tabl. II, str. 784).

Doświadczenie III. Surowica warszawska z dnia 27. IV. r. b.; siła tej surowicy równała się w dniu I. V. 120 jednostkom uodparniającym w 1 ctm. szc. Flaszeczka stała najpierw w ciągu 12 dni w ciemnej szafie w sieni, a następnie od dnia 9. IV. do dnia 27. VIII. r. b. w półcieniu bez pudełka w pokoju, podlegając wskutek tego wpływowi słabego, rozproszonego światła i wahaniom ciepłoty ubiegłych miesięcy (około $4\frac{1}{2}$ miesiąca). W dniu 27. VIII. r. b. znaleźliśmy surowicę zupełnie przezroczystą, z nieznacznym białawym osadem na dnie, który przy wstrząsaniu podnosił się jako gruby, kłaczkowaty męt. Badanie bakteriologiczne nie wykazało żadnych drobnoustrojów, zanieczyszczających surowicę. Powtórne określenie jej siły doprowadziło nas do wniosku, że siła jej pozostała bez zmiany. (Patrz tab. III, str. 784).

T A B L I C A II.

N ₂	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	W y n i k i
Określenie pierwotne z dnia 20. III. r. b.				
1	601,0	$\frac{1}{600}$	0,3	Odczynu niema
2	333,0	$\frac{1}{800}$	0,3	" "
3	333,0	$\frac{1}{1000}$	0,3	" "
4	298,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	Obrzęk rozlany wielkości czterech groszy
Określenie wtórne z dnia 22. VIII. r. b.				
1	578,0	$\frac{1}{800}$	0,3	Odczynu niema
2	483,0	$\frac{1}{1000}$	0,3	" "
3	528,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	" "
4	663,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	" "
5	532,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	Naciek wielkości grosza

T A B L I C A III.

N ₂	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	W y n i k i
Określenie pierwotne z dnia I. V. r. b.				
1	478,0	$\frac{1}{1000}$	0,3	Odczynu niema
2	418,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	" "
	458,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	Niewielki rozlany obrzęk
Określenie wtórne z dnia 27. VIII. r. b.				
1	585,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	Odczynu niema
2	625,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	Obrzęk wielkości grosza

D o ś w i a d c z e n i e IV. Surowica warszawska z dnia 27. IV. r. b.; pochodziła ona z tego samego konia i z tego samego upustu krwi, co i w doświadczeniu 3-ciem.

Flaszeczka od dnia 27. IV. do dnia 22. V. stała w lodowni pokojowej przy 12° C., a następnie do dnia 22. VIII r. b., a więc w ciągu 3 miesięcy, w termostacie przy ciepłocie 36° C. Pozostała ona przezroczystą, na powierzchni jej zauważyliśmy ciekłą, kruchą błonkę, a na dnie osad białawy; przy wstrząsaniu powstawał wyraźny męt kłaczkowaty. Czerwona barwa hemoglobiny, którą surowica pierwotnie zabarwioną była, zmieniła się w brudno-różową. Badanie bakteriologiczne nie wykryło obecności drobnoustrojów.

T A B L I C A IV.

N ^o	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	W y n i k i
Określenie pierwotne p. tablicę III.				
Określenie wtórne z dnia 27. VIII. r. b.				
1	418,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	Odczynu niema
2	585,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	Obrzęk wielkości orzecha włoskiego

Nawet te warunki ciepłoty nie wpłynęły zupełnie na zmianę siły surowicy. Doświadczenie V. Surowica warszawska z dnia 20. V. r. b.; siłę jej określiliśmy pierwotnie jako 120 jednostek uodparniających w 1 ctm. szc. Do dnia 27. VIII., a więc w ciągu trzech miesięcy, przechowywaliśmy ją w ciemnej szafie w sieni. Podlegała ona wahaniom ciepłoty w granicach umiarkowanych, będąc zabezpieczoną od działania światła. W dniu 22. VIII. przedstawiła się ona zupełnie przezroczystą, na dnie utworzył się osad białawy, który przy wstrząsaniu powodował bardzo nieznaczny męt kłaczkowaty, na powierzchni surowicy pływały cienkie, kruche błonki. Barwa hemoglobiny, którą pierwotnie surowica zabarwiona była, przeszła w barwę brudnoróżową. Badanie bakteryologiczne nie wykryło żadnych zanieczyszczeń. Pierwotne i wtórne określenie siły tej surowicy zestawiamy w poniżej zamieszczonej tablicy.

T A B L I C A V.

N ^o	Waga świnki morskiej w grm.	Ilość użytej surowicy w ctm. sz.	Ilość użytego jadu w ctm. sz.	W y n i k i
Określenie pierwotne z dnia 23. V. r. b.				
1	508,0	$\frac{1}{1000}$	0,3	Odczynu niema
2	468,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	" "
3	303,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	Naciek w miejscu szczepienia
4	373,0	$\frac{1}{1600}$	0,3	" " "
5	388,0	$\frac{1}{1800}$	0,3	" " "
Określenie wtórne z dnia 27. VIII. r. b.				
1	470,0	$\frac{1}{1000}$	0,3	Odczynu niema
2	460,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	" "
3	438,0	$\frac{1}{1200}$	0,3	Obrzęk załedwie wyczuwalny
4	635,0	$\frac{1}{1400}$	0,3	Obrzęk wielkości orzecha laskowego

(D. n.).

Dwa przypadki pęknięcia macicy podczas porodu, leczone na drodze operacyjnej (*exstirpatio uteri totalis per laparotomiam*).

Podał **J. Gromadzki**, ordynator przytułku.

Pęknięcie macicy podczas porodu należy bezwątpienia do najcięższych powikłań, z jakimi lekarz spotyka się przy łóżku rodzącej. Sądząc z danych statystycznych, przytoczonych przez autorów w podręcznikach, odnośnie działań traktujących, wnosićby trzeba, że niebezpieczna ta sprawa do częstych zaliczana być niepowinna, gdyż według np. BLUFF'a z Akwizgranu ¹⁾ przytrafia się raz jeden na 7,466 porodów. Inni jednak autorowie, jak L. BANDL ²⁾, podają już jedno pęknięcie na 1,183, a JORGOOD ³⁾ tylko na 286 porodów. Ta różnorodność obliczeń zależy jedynie od tego, skąd mianowicie był czerpany odnośny materiał: czy z dobrze urządzonych zakładów położniczych, czy z materiału statystycznego policyjno-lekarskiego, czy też wreszcie z praktyki prywatnej i to przeważnie wiejskiej. Nie pomyłę się, jeżeli powiem, że u nas mianowicie statystyka pod tym względem wypadłaby daleko gorzej, a główną tego przyczyną jest brak wszelkiej umiejętnej pomocy położniczej na wsiach, i to nie tylko położonych dalej od miasta, ale nawet i bardzo blisko Warszawy. Na wsi każda kobieta starsza zajmuje się „babieniem“, a na śmiałość, z jaką one nieraz wykonywają najrozmaitsze rękoczyny, nie byle kto odważyć się może, czego dowodzi drugi mój przypadek, poniżej szczegółowo opisany, a podobnych znam kilka. Rzec można stanowczo, przynajmniej osobiste moje przekonanie jest takie, że $\frac{3}{4}$ przypadków pęknięcia macicy, dostarczanych do zakładów położniczych i spotykanych po wsiach, ba! i w miastach, zaliczone być winny do pęknięć gwałtownych (*ruptura violenta*). Na dwadzieścia przypadków, jakie miałem sposobność spostrzegać przez lat piętnaście, zaledwie sześć: trzy zupełnego i trzy niezupełnego pęknięcia, były dobrowolne (*ruptura spontanea*). Z tych ostatnich dwa powstały w moim przytułku położniczym: raz przy łożysku poprzedzającym bocznem lewostronnem (*placenta praevia lateralis sinistra*), a drugi raz przy porodzie niewczesnym (*partus immaturus*) w czwartym miesiącu ciąży, z powodu zmian przymiotowych w części pochwowej i szyi macicznej. Ostatni przypadek, ze wszech miar ciekawy, innym razem szczegółowo opiszę, a cały materiał powyższy odpowiednio zużytkuję.

Dwa poniżej opisane spostrzeżenia pośpieszam podać do wiadomości czytelników „Medycyny“ z powodu rozpraw, jakie miały miejsce na ostatnim zjeździe ginekologicznym w Wiedniu r. b., o leczeniu pękniętej w czasie porodu macicy ⁴⁾).

¹⁾ O. SCHAEFFER. Ueber die Behandlung der Ruptura uteri mit completem Austritt des Kindes. Inaugur. Dissert. München. 1889 r.

²⁾ Ludwig BANDL. Ueber Ruptur der Gebärmutter und jhro Mechanik. Wien. 1875.

³⁾ L. c.

⁴⁾ Referate ueber Uterusruptur und Endometritis. Loipzig. 1895. oraz Nowiny Lekarskie, N. 6 i 7. 1895 r.

Przypadek I. № dziennika przytułkowego 222—1615. Dnia 17 grudnia 1892 roku o godzinie 8 wieczorem, do przytułku dla rodzących № 4 przywieziono żonę robotnika z fabryki grzebieni na Szmulowiźnie, Katarzynę S., lat 33 liczącą, z powodu obfitego krwawienia z pochwy i zupełnego ustania bólów, po trwającej już trzy dni pracy porodowej. Z wywiadów, zebranych od męża i osób towarzyszących rodzącej, a następnie dopełnionych przez samą chorą, dowiedziałem się, że wyszła zamaż przed ośmiu laty. Panną będąc, była zupełnie zdrową i oprócz chorób w dzieciństwie (odra, szkarlatyna), później na żadną inną nie chorowała; miesiączkować zaczęła w 15-ym roku życia i do zamażpójścia miesiączkowała zawsze regularnie co 28 po 5 dni bez bóleści; miała dwoje dzieci, pierwsze urodziła szczęśliwie, w położu była zdrową i karmiła samą; po drugim zaś porodzie, przed trzema laty odbyty, leżała dwa miesiące w łóżku, gorączkowała i długo potem przyjsć do zdrowia nie mogła, z powodu bólów w krzyżu i dole brzucha, zwłaszcza z lewej strony. Zawsze dobrze wyglądała, po tym drugim położu schudła bardzo i czuła się osłabioną, miesiączkowała obficie, po 7—8 dni co trzy tygodnie i miała białe upławy. Obecna, trzecia ciąża przebiegała prawidłowo. Poród rozpoczął się dnia 16 grudnia o godzinie 4-ej rano, wody odeszły tegoż dnia około południa, przy bardzo mocnych bólach, a nad wieczorem obsługująca poród babka zauważyła wypadniętą z pochwy rączkę, którą próbowała po kilka razy nadaremnie odprowadzić. Ponieważ poród nie postępował, a rodząca słabła, rano dnia 17 grudnia zawołano do pomocy akuszerkę „patentową”. Co i jak dalej robiono, dowiedzieć się nie można; tyle tylko wiadomo, że o godzinie 4-ej po południu bóle porodowe zupełnie ustały, a kiedy z pochwy zaczęła się sączyć krew w dość dużej ilości, postanowiono przewieźć rodzącą do przytułku. W drodze, w dorożce rodząca poczuła bóle w całym brzuchu i napół przytomna i krwią brocząca, wniesioną została do przytułku na drugie piętro. Rodzącą widziałem w pół godziny po przybyciu, a charakterystyczny jej wygląd wzbudził we mnie, już na pierwszy rzut oka, przypuszczenie pęknięcia macicy. Chora średniego wzrostu, chuda w całym tego słowa znaczeniu, co chwila omdlewa, na pytania z trudnością odpowiada, języ bezustannie, skarżąc się na bóle w całym brzuchu. Nadzwyczaj biała na twarzy i dostępnych dla wzroku błonach śluzowych, oddycha nader szybko i powierzchownie, oczy ma zapadłe, rysy twarzy ostre, nos i kończyny zimne, tętno nitkowate, zaledwie namacalne i liczyć się dające, 150 uderzeń na minutę. Brzuch wzdęty, nader bolesny przy najmniejszym dotyku, rozdzielony na dwie nierówne części bruzdą, przebiegającą w postaci łuku od ostatniego żebra lewej strony na wewnątrz i ku dołowi, ku spojeniu łonowemu, do środkowej linii ciała. Przez pozbawione tłuszczu i zanikłe powłoki brzuszne łatwo bardzo wyczuć się dają części płodu: główka, barki, pośladki w prawej części jamy brzusznej tuż pod skórą; z lewej zaś strony, w podbrzuszu przyparty do dołu biodrowego gruszkowaty twór, odpowiadający co do kształtu, wielkości i t. d. opróżnionej po porodzie macicy. Srom i wargi obrzmiałe; z otworu sromnego sączy się bezustannie krew ciemna. Miednica o wymiarach prawidłowych. Pochwa wypełniona skrzepami krwi, po usunięciu których, śledzący palec wyczuwa w sklepieniu z prawej strony sterczącą do pochwy nóżkę, w lewej zaś pępowinę i część łożyska. Dalej okazuje się, że idąc w górę po nóżce, poza spojeniem łonowem wchodzi się bezpośrednio do jamy brzusznej, przez przedarte przodowe sklepienie pochwy, że przedarcie to rozciąga się na prawe i na lewe sklepienie boczne, że tym sposobem macica w $\frac{3}{4}$ obwodu oddarta od sklepień pochwy i tylko część sklepienia tylnego na szerokość trzech palców pozostała cała. Okazuje się nadto, że ujście maciczne zewnętrzne jest całe, z wyjątkiem tylko lewej strony, skąd pęknięcie idzie ku górze i rozciąga się na całą szyję maciczną, drażąc do lewego *parametrium* i dochodzi do wewnętrznego ujścia macicy.

Na podstawie powyższych danych, nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mam do czynienia z oderwaniem, w $\frac{3}{4}$ obwodu, macicy od sklepień pochwy, pęknięciem szyi macicznej lewostronnem, z przedostaniem się całego płodu do jamy brzusznej i pozostawianiem części łożyska w macicy. Wobec groźnego stanu, w jakim się chora znajdowała, należało się postarać o jaknajwyższe rozwiązanie, względnie powstrzymanie krwotoku i uwolnienie jamy brzusznej od płodu, skrzepów krwi i t. d., jako przyczyny, wywołującej podrażnienie otrzewny i mogącej być źródłem zakażenia lub powiększenia już istniejącego. Chora odczuwa bo-

leśnie najmniejszy dotyk do brzucha i nadyma się pomimo woli, jakby chciała pozbyć się nienaturalnej zawartości jamy brzusznej. Jediną drogą, prowadzącą do celu w danym przypadku, wydała mi się laparotomia, a ze względu na całkowite prawie oderwanie macicy od pochwy, rozerwanie szyi macicznej i lewego *parametrium*, doszczętne jej usunięcie, t. j. *exstirpatio uteri totalis per laparotomiam*. Nie posiadając jednak na razie ani odpowiedniej asysty, ani też potrzebnych w takich razach przygotowań, ze względu na ogólny stan chorej i bóle brzucha, które, pomimo zastrzykniętej pod skórę morfiny nie ustawały, postanowiłem najprzód rozwiązać chorą drogą naturalną; co, bacząc na rozległość pęknięcia i dostateczny otwór, prowadzący do jamy brzusznej, przy miednicy prawidłowej, nie zdawało mi się być połączonem z narażeniem chorej na niebezpieczeństwo powiększenia rozdarcia, a tem samem i pogorszenie jej dotychczasowego stanu. Operację rozpocząłem od usunięcia łożyska, a następnie dokonałem z wielką łatwością wydobycia płodu przez pociąganie za nóżkę, w pochwie sterczącą; poczem rodząca uspokoiła się zupełnie, a nawet tętno, dotąd trudno wyczuwalne, podniosło się do 120 uderzeń na minutę.

Po wspólnej naradzie z kolegami: BORYSSOWICZEM, FICKIM, ROGOWICZEM i THIE-MEM, przy ich łaskawej oraz kol. JASKŁOWSKIEGO pomocy, przystąpiłem o godzinie 11³/₄ w nocy, a zatem w dwie godziny po rozwiązaniu, a w ośm godzin po przypuszczalnym pęknięciu, do laparotomii. Po obmyciu chorej i niezupełnem zachloroformowaniu, z powodu bardzo złego jej stanu ogólnego, poprowadziłem cięcie w smudze białej, poczynawszy na szerokość trzech palców nad pępkiem; z jamy otrzewny wylała się wielka ilość krwawego płynu, a po wyważeniu macicy nazewnątrż, wydobylem mnóstwo skrzepów krwi, wypełniających miednicę małą.

Okazało się wtedy, że dane, zdobyte podczas pierwotnego badania, są prawdziwe; że szyja maciczna jest zupełnie odłuszczona od pęcherza moczowego; że rozdarcie otrzewny, w zagłębieniu pęcherzowo-macicznym powstałe, rozciąga się na boki i przechodzi na przodowe listki obu więzadeł szerokich, przyczem z lewej strony rozdarcie to dochodzi aż do dołu biodrowego. Lewe więzadło szerokie nacieczone, mocno krwią rozciągnięte w postaci guza, wylew zaś krwawy rozciąga się daleko pod otrzewną miednicę małą. Na części otrzewny, pokrywającej przodową powierzchnię macicy oraz lewe więzadło szerokie maciczne, tak z przodu jak z tyłu, tuż przy brzegu lewym macicy wyczuwają się twarde jak kamień, rozmaitej wielkości, od grochu do jaja kurzego, nierówności; niektóre wiszą jakby na szypułkach, utworzonych ze zbitej tkanki łącznej. Przy bliższem badaniu, dokonaniem potem przez prof. PRZEWOSKIEGO, okazało się, że są to zwapniałe pozostałości po przebytej, prawdopodobnie po drugim porodzie, okołomacicznej sprawie zapalnej (*perimetritis*). Rozdarcie w szyi macicznej z lewej strony ma kierunek podłużny; idzie przez całą jej długość. Brzegi rozdarcia są nierówne, poszarpane, jakby zmiażdżone.

Jajowód lewy wraz z odpowiednią nierozrwaną częścią więzadła szerokiego oddzieliłem od macicy, po uprzednim przewiązaniu ich tuż obok brzegu macicy, rozdzielając na trzy pęczki; z prawej strony uczyniłem toż samo z jajowodem i więzadłem szerokiem, nakładając cztery przewiązki; tym sposobem jajniki z częścią jajowodów pozostały z obydwóch stron w jamie brzusznej; w końcu zeszyłem katgutem obydwie połowy przodowego listka więzadeł szerokich wraz z brzegami rozdartej otrzewny, w kierunku dołu biodrowego z lewej strony, poczem okazało się, że jedynie tylko szyja maciczna na szerokość trzech palców połączona jest z pozostałą częścią sklepienia tylnego; naciąłem więc otrzewną w zagłębieniu maciczno-kiszkiowem, odłuszczyłem szyję od prostonicy, a przewiązawszy na wysokości sklepienia tylnego ścianę pochwy na dwie części, odciąłem macicę w całości. Przekonawszy się, że niema żadnego krwawienia, przystąpiłem do usunięcia reszty skrzepów krwi z jamy brzusznej, a po możliwie dokładnem przemyciu jej fizyologicznym rozczysem soli kuchennej, przeciągnąłem pozostałe przewiązki na kikutach, z jajowodów i więzadeł szerokich obydwóch stron powstałych, do pochwy, zaciskając tym sposobem górną część obydwóch więzadeł i zmniejszając otwór, prowadzący do jamy otrzewny; następnie przeprowadziłem gruby pas gazy jodoformowej przez szparę otrzewnową, po usunięciu macicy powstałą, i ten sam pasek, opuszczając do pochwy, ułożyłem pomiędzy kikutami z więzadeł szerokich obydwóch stron. Tym sposobem jama otrzewna została od dołu otwartą i prze-

sączkowaną. Do pochwy włożyłem od dołu kilka pasków gazy jodoformowej. Na ranę brzuszną nałożyłem szew dwupiętrowy; otrzewną zeszyłem szwem ciągłym z cienkiego jedwabiu, a na powieź, mięśnie i skórę nałożyłem 16 szwów węzełkowych. Operacja trwała $\frac{3}{4}$ godziny. Pod koniec operacji, z powodu wielkiego upadku sił, zastrzykiwano chorej po kilka razy po pełnej strzykawce PRAYAZ'a kamfory z eterem; co następnie trzeba było powtórzyć jeszcze po przeniesieniu chorej do ciepłego łóżka.

Przebieg po operacji przez pierwsze cztery dni był dosyć burzliwy; brzuch wzdęty, chociaż niebolesny, chora wymiotowała, męczyła ją czkawka. Z pochwy wydzielał się bardzo obficie płyn krwisty. Ciepłota wieczorami dochodziła do 38° C., rano prawidłowa. Piątego dnia podano olej rycynowy, a po obfitych wypróżnieniach dalszy przebieg nie pozostawiał nic do życzenia. Tampon z pochwy usunąłem ósmego dnia po operacji, a szwy z rany brzusznej, jedną połowę 10-go, drugą połowę 14-go dnia; zagojenie rany na całej przestrzeni nastąpiło przez rychłozrost. Rana w pochwie zagoiła się w 20 dni, chociaż ostatnie przewiązki z górnej części więzadeł szerokich wydobylem dopiero we dwa miesiące po operacji. Operowana opuściła zakład dnia 12 stycznia 1893 roku zdrowa; przebyła zatem w przytułku 26 dni.

Przypadek II. № dziennika 104 — 2171 — 2150. Dnia 25 lipca 1895 roku, o godzinie 3 rano, wezwany zostałem do Grochowa № 1 przez robotnika z młynarni, w celu podania pomocy żonie jego Maryannie K., chorej już od trzech dni i niemogącej urodzić dziecka, pomimo wszelkich usiłowań otaczających babek. Wielorodka, lat 33 licząca, rodzi po raz siódmy. Oprócz drugiego porodu, przy którym, z powodu poprzecznego położenia płodu, obecny był lekarz, resztę porodów odbyła szczęśliwie; w położu była zawsze zdrową, wstawała zwykle czwartego dnia i dzieci karmiła sama. Miesiączkować zaczęła w 16-ym roku swego życia, co 28 po 5 dni bez bólesci i ani przed, ani po zamażpójściu na żadną chorobę nie zapadała. Pracowała zawsze ciężko. Obecna ciąża przebiegała dobrze i oprócz bólów w lewej połowie brzucha, uczucia ciężaru i rozpierania w dole brzucha, na nic więcej nie narzekała. Pierwsze bóle porodowe poczuła dnia 23 lipca w godzinach rannych i jednocześnie prawie wody odeszły. Cały dzień ten chodziła jeszcze i pełniła obowiązki gospodyni domu; dopiero w nocy z 23 na 24 lipca rozpoczęły się mocniejsze bóle, a o północy pokazała się w otworze sromnym rączka, którą przywołana babka starała się po kilka razy odprowadzić, zawsze jednak bezskutecznie; kiedy i druga babka nic dopomódz nie mogła, postanowiono — *horribile dictum* — natrząsnąć rodzącą dokonano tego około południa dnia 24 lipca. Dwie mocne kobiety, ująwszy rodzącą za nogi, stanęły na stołkach, a opuściwszy głowę na dół, dokonały szczęśliwie operacji odprowadzenia wypadniętej rączki, która już rzeczywiście podobno więcej nie wypadła. Po operacji tej bóle porodowe ustały zupełnie, z otworu sromnego zaczęła się sączyć krew, a rodząca omdlewać.

Chora średniego wzrostu, prawidłowej budowy, źle odżywiana, niechętnie odpowiada na pytania, skarży się na bóle w całym brzuchu i prosi, aby ją jaknajprędzej rozwiązać. Twarz, wyrażająca wielki przestach, jak również dostępne dla wzroku błony śluzowe blade, oczy zapadłe, nos i kończyny chłodne, tętno szybkie i nikłe, 120 uderzeń na minutę, oddech przyśpieszony i powierzchowny. Brzuch wzdęty, na dotyk bolesny, zwłaszcza z lewej strony; zarysowują się na nim dwa wypuklenia: jedno w podbrzuszu lewym — mniejsze, drugie w podżebrzu prawym — większe. Miednica kształtna, co do rozmiarów prawidłowa. Wargi sromne obrzękłe, jakoteż wejście do pochwy. Przy obmacywaniu brzucha, tuż pod zanikłymi powłokami, wyczuwa się w prawym podżebrzu główkę płodu, a posuwając się ku dołowi — barki i nad spojeniem łonowem pośladki; cały płód bardzo łatwo daje się w brzuchu poruszać. W podbrzuszu lewym leży macica; dno jej wyczuwa się na wysokości pępka, a cała skręcona około osi podłużnej tak, że lewy brzeg zwrócony więcej ku przodowi; badająca ręka łatwo wyczuwa szparę, idącą prawie od dna przez cały trzon ku dołowi i gubiącą się w lewym dole biodrowym. Macica skurczona dobrze, mała. Badania przez pochwę zaniechałem.

Wobec powyżej przytoczonych danych, nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że mam do czynienia z pęknięciem macicy zupełnem i wypadnięciem płodu i łożyska do jamy brzusznej. Ze względu na ciężki stan ogólny chorej i czas, jaki upłynął od chwili rozdarcia, pomimo dużych rozmiarów pęknięcia i prawidłowej mie-

dnicy, zaniechałem rozwiązania na miejscu, jeszcze świeżo mając w pamięci przypadek podobny w miesiącu marcu r. b. w Kawenczynie, gdzie po wydobyciu płodu z jamy brzusznej, wypadły kiszki do pochwy i z trudnością wielką dały się odprowadzić. Przedstawivszy rodzinie całą grozę położenia, zaproponowałem przeniesienie rodzącej na Pragę do przytułku położniczego, w celu dokonania całkowitego wyjęcia macicy, uprzedzając z góry, że i tę pomoc uważam za spóźnioną, chociaż jedyną dla uratowania chorej. Po przeniesieniu na noszach (8 wiorst) do przytułku, znalazłem rodzącą w stanie rozpaczliwym; nie mając jednak nic do stracenia, przystąpiłem do wykonania laparotomii przy łaskawej pomocy kolegów ROGOWICZA, WINAWERA, JASKŁOWSKIEGO, SZYMAŃSKIEGO i GRAJEWSKIEGO. Po niezupełnem zachlorolormowaniu chorej, poprowadziłem cięcie w smudze białej, rozpoczynające się na szerokość dwóch palców nad pępkiem; po otwarciu jamy brzusznej wylała się znaczna ilość krwi płynnej ze skrzepami, smółką i wodą płodową; po usunięciu płodu, leżącego całkowicie w jamie brzusznej z prawej strony, i wydobyciu łożyska z dołu DOUGLAS'a, wytoczyłem natychmiast macicę nazewnątrż. Oczom naszym przedstawił się straszny obraz zniszczenia. Okazało się, że pęknięcie, rozpoczynające się pierwotnie w szyi i przenikające między listkami lewego więzadła szerokiego, rozciąga się na przodowy listek tegoż więzadła i po przodowej ścianie macicy, tuż przy brzegu lewym, dąży ku górze aż do samego dna; otrzewna na przodowej powierzchni macicy, począwszy od zagłębienia pęcherzowo-macicznego, uniesiona i odluszczone od warstwy mięsnej ku górze, na $\frac{3}{4}$ dolnych trzonu macicy, a szyja maciczna rozerwana w kierunku poprzecznym, prawie że na całej przestrzeni, na szerokość dwóch palców poniżej wewnętrznego ujścia macicy. Oba listki więzadła szerokiego lewego rozparte skrzepami krwi, wypełniającymi także cały dół biodrowy lewy. Takie samo rozdarcie znajduje się i w więzadle prawem, wypartem w górę w postaci guza krwawego przez zawarte w niem skrzepy krwi. Ku dołowi rozdarcie zajmuje całą szyję maciczną aż do sklepienia pochwy z lewej strony. Brzegi rozdarcia nierówne, grube, jakby zmiażdżone, a cała miednica krwią nacieczona. Otrzewna na całej przestrzeni jamy brzusznej bez połysku, koloru wiśniowego. Wobec tak znacznego zniszczenia, postanowiliśmy usunąć całą macicę. W tym celu, uchwycivszy w kleszczyki więzadło lewe, idąc z góry ku dołowi i dzieląc na pęczki, nałożyłem cztery przewiązki, a następnie to samo uczyniłem z prawej strony. W ostatniej przewiązce znalazły się i brzegi rozdartego przodowego listka lewego więzadła szerokiego, a że po uprzednim podwiązaniu kilku broczących naczyń, brzegi tegoż listka w kierunku dołu biodrowego szwem katgutowym połączone były, jama więc w lewym *parametrium* zamkniętą została; jajowody i jajniki pozostawiłem. Po oddzieleniu w ten sposób macicy od jajowodów i więzadeł szerokich, nadciąłem otrzewnę w zagłębieniach pęcherzowo- i kiszkowo-macicznym i z łatwością wielką odluszczyłem szyję maciczną z jednej strony od pęcherza, z drugiej zaś od prostnicy aż do sklepienia pochwy, i począwszy od rozdarcia z lewej strony na wysokości sklepienia lewego, odciąłem macicę od pochwy, nakładając uprzednio przewiązki na brzegi powstałej w ten sposób rany pochwowej. Wtedy wystąpiła znaczna zapaść, a tętno nitkowate prawie że wyczuwać się nie dawało; zastrzyknięto więc po kilka razy kamforę z eterem pod skórę. Dokonawszy śpiesznie toalety jamy brzusznej, przeprowadziłem wszystkie przewiązki do pochwy, założyłem tampon z gazy jodoformowej do szpary, powstałej pomiędzy kikutami z jajowodów i więzadeł szerokich, zostawiając tym sposobem jamę otrzewną od dołu otwartą i przesączkowaną; bezzwłocznie przystąpiłem do nałożenia szwów na ranę brzuszną. Nastąpiła ponowna zapaść i chora, pomimo wszelkiego ratunku, w kilka minut skończyła. Operacja cała trwała nie więcej nad pół godziny, stan ogólny jednak chorej po przybyciu do przytułku był tak rozpaczliwy, że katastrofa, jaka nastąpiła, była prawie konieczną; na co też i byliśmy zgóry przygotowani, przystępując do operacji, tembardziej że cały poród w domu prowadzony był nieumiejętnie i nawet o względnej czystości mowy być nie mogło. Pęknięcie macicy nastąpiło według wszelkiego prawdopodobieństwa dnia 24 lipca, jeszcze w godzinach południowych; operacja dokonana była dopiero dnia 25 lipca o godz. 9 $\frac{1}{2}$ rano, a zatem we 20 przeszło godzin po katastrofie.

Na fakt ten zwracam tutaj uwagę, poczytuję bowiem za rzecz bardzo ważną wiedzieć, ile czasu upłynęło od pęknięcia do chwili laparotomii, zwa-

szcza w tych przypadkach, które łączą się z zupełnem przedostaniem się płodu do jamy brzusznej, i śmiem twierdzić, że moment ten rozstrzyga poniekąd o pomyślnym wyniku przedsiębranego zabiegu operacyjnego.

(D. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

119. RAYMOND. **O myokloniach.** Pod mianem tem RAYMOND pojmuje cały szereg zaburzeń w układzie nerwowym, cechujących się klonicznymi kurczami. Jest to więc nazwa zbiorowa, obejmująca zarówno włókienkowe drgawki neurasteników, jak i *tic* CHARCOT'a i GILLES de la TOURETTE'a, a także *paramyoclonus multiplex, tic* TROUSSEAU i płasawicę elektryczną HENOCH-BERGERON'a. Drgawki zjawiają się w postaci napadu, nagle, zwiększają się pod wpływem zimna, wzruszeń, słabną przy ruchach celowych, znikają zupełnie w czasie snu. Drżenie członków jest szybkie, nieprawidłowe. Do grupy myoklonii można zaliczyć także *spasmus saltatorius* BAMBERGER'a. Przy tem cierpieniu zjawiają się następnie drgawki w mięśniach wyprostnych i w zginaczach kończyn dolnych.

Cierpienia te, zdaniem autora, są wyrażeniem zwyrodnienia nerwowego, na ich tle więc mogą się wywiązywać najrozmaitsze zaburzenia psychiczne i nerwowe. Z tego więc powodu rokowanie przy myokloniach powinno być bardzo ostrożne.

Dla wyjaśnienia mechanizmu myoklonii, powstały różne teorie. Zdaniem jednych, objawy myoklonii zależą od cierpienia mięśni. Zdanie to jest czysto empiryczne, i badanie drobnowidzowe obaliło je, gdyż na skrawkach, wziętych od chorego, dotkniętego tem cierpieniem, oprócz zwyrodnienia i zaniku mięśni, wykryto jeszcze zapalenie śródmiażdżowe gałązek nerwów ruchowych.

W 1889 roku VAULAIR kuraryzował psa, dotkniętego myoklonicznymi kurczami; ujemne wyniki kuraryzacji dowiodły, że cierpienie to nie jest zależne od sprawy zapalnej w nerwach ruchowych.

FRIEDREICH w rozprawie swej o *paramyoclonus multiplex* dowodził, że cierpienie to jest zależne od zmian w komórkach rogów przednich rdzenia, ale badanie pośmiertne mleczka pacierzowego nie wykryło najmniejszych zmian w komórkach rogów przednich. VAULAIR na zasadzie doświadczeń swych, zbudował inną rdzeniową teorię: mianowicie przypuszczał on, że objawy myoklonii zależą od zwiększonej wrażliwości komórek czuciowych, która warunkuje się podrażnieniem obwodowem. Wykonywał on u psa resekcję nerwu kulszowego na prawej tylnej kończynie i otrzymywał kurcze kloniczne w przedniej nodze lewej. Eteryzacja uszkodzonego nerwu wywoływała zwiększenie się kurczów, kokainizacja zmniejszała je. Krzyżowanie się takie, według VAULAIR'a, może być objaśnione jedynie tem, że włókna czuciowe przechodzą z jednej strony na drugą; teoria zaś porażenia włókien ruchowych zjawiska tego objaśnić nie byłaby w stanie.

Jednakże, zdaniem RAYMOND'a, teoria rdzeniowa VAULAIR'a nie wyjaśnia dostatecznie wszystkich przypadków myoklonii; istnieją bowiem stany, cechujące się wzmożeniem odruchów, nie mające jednakże nic wspólnego z myokloniami; dalej przy myokloniach odruchy ścięgnięte prawie zawsze są zmniejszone. RAYMOND upatruje przyczynę myoklonii w sprawie korowej, a to na następujących podstawach: 1) myoklonia jest cierpieniem wrodzonym, kombinującym się często z padaczką; 2) strona intelektualna i uczuciowa myokloników rzadko bardzo bywają prawidłowe; 3) na zwiększenie się kurczów mają silny wpływ czynniki moralne; 4) kurcze kloniczne mogły być doświadczalnie wywołane dotychczas litylko podrażnieniem okolicy korowej i podkorowej.

Zwyrodnienie dziedziczne uważa RAYMOND jako tło ogólne dla myoklonii, przyczem mogą istnieć one równocześnie z histeryą lub neurastenią. Jako podrzędną, wypadkową przyczyną wywołującą, może być uważana znaczna utrata krwi u osobnika, małokrwistość, uraz lub wzruszenia moralne.

Leczenie myoklonii — w ścisłem znaczeniu tego słowa — nie istnieje: są bowiem przypadki, gdzie zupełnie obojętny środek leczniczy znosił wszelkie objawy,

w innych znowu razach najbardziej racjonalne napozór leczenie dawało wyniki ujemne. Dużą rolę gra tu, zdaniem autora, suggestya.

Zalecana była z początku galwanizacya kręgosłupa, później faradyzacya mięśni, dotkniętych kurczami. RAYMOND stosował z dodatnim wynikiem kąpiele elektryczną i franklinizacyę. Mimo to, ze względu na pochodzenie cierpienia, na leczenie wogóle zapatruje się bardzo pesymistycznie.

(*Le progrès médical*. N. 26. 1895)

L. Karwacki.

120. A. BECK. O pochodzeniu urobiliny. W roku 1867 znalazł JAFFE w moczu przy gorączce nowy barwnik—urobilinę. Przekonano się wkrótce, że barwnik ten stale znajduje się w moczu oraz że ilość jego powiększa się przy wielu stanach chorobowych, szczególnie jeśli im towarzyszy gorączka lub zastój. Z tego powodu oddawna już starano się rozstrzygnąć pytanie, z czego i gdzie tworzy się urobilina. MAŁY zwrócił uwagę, że powstaje ona przez odtlenienie bilirubiny, oraz że przewod kiszkowy, gdzie skutkiem ustawicznego gnicia wydziela się dużo wodoru, jest miejscem, w którym barwnik żółci przechodzi w urobilinę. Pogląd ten, przyjęty przez większość uczonych niemieckich, nie znalazł zwolenników wśród badaczy francuskich; twierdzą oni, że urobilinę wytwarzają komórki wątroby i że jest ona wyrazem zmienionej chorobowo ich czynności. Według trzeciego poglądu barwnik krwi stanowi źródło urobiliny; według czwartego powstaje urobilina z bilirubiny, lecz przemiana ta skuteczniejsza się w tkankach; pewna wreszcie część uczonych twierdzi, że barwnik ten wytwarzają komórki nabłonkowe nerek. Już ta mnogość teorii dowodzi, że ważna kwestya pochodzenia urobiliny bynajmniej nie jest rozstrzygnięta; okoliczność ta skłoniła właśnie autora do podjęcia pracy doświadczalnej w tym kierunku.

Aby przekonać się, czy i w jakich warunkach pod wpływem bakteryi barwnik żółci odtlenia się, zbierał autor żółć rozmaitych zwierząt do wyjałowionych probówek, dolewał do niej wyjałowionego bulionu peptonowego i szczepił różne gatunki bakteryi: gronkowce, bakterye tyfusowe, gnilne i t. d. Okazało się, że pod wpływem wszystkich niemal bakteryi barwnik żółci przechodzi w hydrobilirubinę (urobilinę), że jednak najsilniejsze jest działanie bakteryi gnilnych: w ciągu 24 godzin, przy ciepłocie hodowlanej i dostępie powietrza wszystka prawie bilirubina przechodzi w urobilinę. Jeżeli w hodowli sztucznej pomimo dostępu powietrza przemiana ta następuje tak szybko, to łatwo zrozumieć, że odbywa się ona o wiele prędzej jeszcze w przewodzie kiszkowym, gdzie bakterye muszą czerpać tlen z tkanek, gdzie zatem odtlenienie bardzo żywo postępuje. Jest więc niemal pewnem, że hydrobilirubina tworzy się w kioskach, pod wpływem bakteryi gnilnych; zachodzi jednak pytanie, czy ciało to jest identyczne z urobiliną moczu. LEO, NOBEL, MAC MOUN i inni przeczą temu, dowodząc, że właściwa urobilina daje w widmie świetlnem jedną tylko linię w zielonej jego części, gdy sterkobilina (hydrobilirubina kału) daje prócz tej dwie jeszcze linie w czerwono-żółtej części widma.

Podczas swych badań wykrył autor w żółci barwnik czerwony, który daje w widmie te same dwie linie, zachowuje się pod względem rozpuszczalności tak samo, jak hydrobilirubina, i nie daje się wydzielić z roztworu, zawierającego obydwie wymienione barwniki; skutkiem tego bardzo jest łatwo wpaść w błąd i przypuszczać, że ma się do czynienia z jednym, nie zaś z mieszaniną dwóch rozmaitych barwników. Autor otrzymywał barwnik, dający jedną tylko linię w zielonej części widma—hydrobilirubinę t. j. urobilinę, to znów inny, dający jedynie dwie linie w czerwono-żółtej części widma—ów wymieniony czerwony barwnik żółci; wreszcie trzeci, dający wszystkie trzy wyliczone linie, mieszaninę urobiliny i owego czerwonego barwnika, którą poprzedni badacze błędnie uważali za sterkobilinę, odróżniając prócz niej właściwą urobilinę moczu. Obecnie odróżnianie to niema żadnej racyi bytu: hydrobilirubina, sterkobilina i urobilina są to trzy nazwy dla tej samej jednostki chemicznej.

Zdawałoby się, że dla przekonania się, czy urobilina kału jest jedynem źródłem urobiliny moczu, wystarczy poprostu zatrzymać odpływ żółci do kiszek i badać mocznę urobilinę. Niestety jednak zwierzęta, używane do doświadczeń (psy i króliki), albo wcale nie mają w moczu urobiliny, lub w ilościach tak małych, które nie pozwalają na wyprowadzanie pewnych wniosków. Trudno przypuścić, aby przyczyną tego było zbyt krótkie przebywanie mas kałowych w kioskach, uniemożliwiające bakteryem gnilnym sprawę odtlenienia barwników żółci. Aby jeszcze prze-

dłużyć przebywanie mas kałowych w kiszkiach i ułatwić wessanie utworzonej urobiliny, podawał autor psom przez czas dłuższy makowiec; mimo to w moczu urobiliny nie było. Wówczas wpadł autor na myśl, że wessana w kiszkiach urobilina dostaje się do układu żyły wrotnej i zostaje częścią zatrzymana przez komórki wątroby, częścią zaś wydalona napowrót z żółcią do kiszek. Po podwiązaniu u psów przewodu żółciowego okazało się, że nagromadzona w rozszerzonych drogach żółciowych żółć nie zawierała urobiliny, jakkolwiek zwykle barwnik ten w niej się znajduje. Dowodzi to wyraźnie, że źródłem urobiliny, zawartej w żółci, jest sterkobilina, wytwarzająca się w przewodzie kiszkiowym.

Autor znalazł jeszcze drugi dowód pośredni, potwierdzający to mniemanie. Podczas operacji (utworzenia przetoki żółciowej) wydobyto z pęcherzyka żółciowego psa kilka ctm. szśc. żółci; zawierała ona urobilinę. W kilka dni potem w żółci, wyciekającej z przetoki, nie było ani śladu urobiliny. Przekonawszy się, że zarówno w żółci, jak w kale, barwnik ten stale nie występuje, wprowadził autor zapomocą zgłębnika do żołądka zwierzęcia 25 ctm. szśc. własnej jego zebranej żółci; już w 7 godzin żółć, wyciekająca z przetoki, zawierała urobilinę; dopiero po 5 dniach próba na urobilinę wypadła ujemnie. Wydawać się może dziwnem, że już w 7 godzin po wprowadzeniu żółci do żołądka wystąpiła urobilina w żółci, wyciekającej z przetoki; uprzytomnić sobie jednak należy, że w żółci w ciągu 24 godzin w czasie lata znaczna część bilirubiny uległa odtlenieniu, że zatem wraz z żółcią została wprowadzona do żołądka psa gotowa już urobilina. W moczu urobiliny nie było.

Doświadczenia te uczą, że urobilina żółci zawdzięcza pochodzenie swe urobilinie kału, oraz, że barwnika tego niepodobna wykryć w żółci, jeśli go nie było w zawartości kiszek. Tym sposobem upada teorya, która dlatego uważa urobilinę za wytwór komórek wątroby, że w żółci barwnik ten stale się znajduje. Jest niemal oczywiście, że komórki wątroby zatrzymują doprowadzoną przez żyłę wrotną urobilinę, której część wraz z żółcią wraca do przewodu kiszkiowego; pozostała, zatrzymana przez wątrobę część urobiliny, ta może, która przez naczynia chłonne dostaje się wprost do krwi, przechodzi do moczu. Możliwe jest, że przy pewnych stanach chorobowych, komórki wątroby tracą zdolność zatrzymywania urobiliny, skutkiem czego większa jej ilość dostaje się do krwi, a więc i do moczu.

Na tym samym psie (z przetoką żółciową) zrobił autor doświadczenie w celu sprawdzenia poglądu niektórych autorów, którzy dowodzą, że sterkobilina tworzy się nie z bilirubiny, lecz z hematyń, zawartej w pokarmach. Wspomniany pies otrzymywał duże ilości krwi w postaci kiszek; kał nie zawierał ani śladu urobiliny, lecz wyłącznie hematyń; w żółci urobiliny też wcale nie było.

Aby przekonać się, czy urobilina tworzy się wyłącznie w przewodzie pokarmowym, wprowadzał autor temu samemu psu dwa razy 20—50 ctm. szśc. krwi pod skórę. Żółć, wyciekająca z przetoki, zawierała urobilinę, mocz bardzo mało, w kale wcale jej nie było. Doświadczenia te, nie posiadające zresztą należytej wagi z przyczyny, że pies w tym czasie gorączkował, nie usuwają wprawdzie zupełnie możliwości tworzenia się urobiliny w innych częściach ustroju; uczą one wszakże, że barwnik krwi nie oddziaływa tu pośrednio przez wzmożone wydzielanie żółci t. j. materiału, z którego tworzy się urobilina, jak twierdzą niektórzy badacze; u psa bowiem żółć wcale do kiszek się nie wlewała, gdyż miał on przetokę żółciową. Porównyując małe ilości urobiliny w żółci i moczu przy ostatnich doświadczeniach, z temi, które występowały po wprowadzeniu do przewodu pokarmowego żółci, trzeba jednak zgodzić się, że przewód kiszkiowy jest głównym miejscem tworzenia się urobiliny.

(*Wien. klin. Wochenschrift. N. 35. 1895*).

S. P.

121. A. NICOLAÏER. O zastosowaniu leczniczem urotropiny (*Hexamethylentramin*). W krótkiej notatce, podanej w roku ubiegłym, wspomnił autor, że urotropina, stosowana u dorosłych w dawkach 6 gramowych dziennie, nie wywierając na ustrój żadnego nieprzyjemnego działania ubocznego i będąc doskonałym środkiem mocznopędnym, może znaleźć szerokie zastosowanie przy leczeniu skazy moczanowej i zależnych od niej cierpień, wywiera ona bowiem na kwas moczowy i moczany działanie wyrażne, nie będące w żadnym związku przyczynowym z wzmożoną ilością moczu. Pod jej wpływem mocz, który poprzednio dawał wyraźny osad moczanów, staje się zupełnie przezroczystym. Dalsze badania nad tym

nowym środkiem dowiodły, że może on być stosowany z dobrym skutkiem w leczeniu kamieni moczowych. Przez działanie urotropiny mocz, nie tracąc swego kwaśnego odczynu, nabiera zdolności rozpuszczania soli kwasu moczowego. Jeżeli choremu, którego mocz w ciągu dni kilku nie był w stanie rozpuścić kamieni moczowych, podawać dostatecznie duże dawki urotropiny, wówczas mocz jego nabiera zdolności rozpuszczania zupełnego w ciągu 24 godzin przy ciepłocie 37° C. wprowadzonych doń kamieni moczowych. Zdolność ta znika, skoro tylko wszystka urotropina z ustroju wydalona została.

Zdarza się niekiedy, że pod wpływem urotropiny ilość moczu nie powiększa się wcale, oraz że 8—10 gramowe dawkiienne, znoszone początkowo dobrze przez chorych, prowadzą przy użyciu dłuższem do objawów nieprzyjemnych, zniewalających do zmniejszenia dawek. Chorzy uskarżają się na uczucie palenia w okolicy pęcherza i cewki moczowej, występujące po oddaniu moczu; niekiedy występuje także dokuczliwe, częste parcie na mocz. Jeżeli pomimo to nie przerywano podawania urotropiny, wówczas wyliczone wyżej objawy potęgowały się, a w moczu występowały czerwone ciała krwi i komórki nabłonkowe. Po odstawieniu urotropiny wszystkie te objawy znikały i mocz stawał się zupełnie prawidłowy.

Przy dawkach dziennych, nie przechodzących 2 grm., przy dłuższem nawet użyciu nie występują nigdy nieprzyjemne objawy podmiotowe; ponieważ jednak w osadzie moczowym i przy tych nawet dawkach znajdują się często komórki nabłonkowe, przeto autor ogranicza się do dawek 1—1½ grm. dziennie, podając urotropinę w roztworze wodnym—rano całą dawkę odrazu. Przy małych tych dawkach mocz rozpuszcza także przy ciepłocie 37° sole kwasu moczowego, jakkolwiek potrzebuje do uwydatnienia swego działania znacznie więcej czasu; działanie moczopędne urotropiny ujawnia się również przy zmniejszonych dawkach. Wyniki, otrzymane przy ich stosowaniu u chorych z kamieniami moczowymi, były bardzo zadawalające i nigdy nie uwydatniło się działanie szkodliwe urotropiny na nerki, nawet przy stosowaniu dawek średnich przez czas dłuższy. U wielu chorych, których mocz zawierał białko, cylindry i ciała czerwone krwi, po urotropinie ilość białka i pierwiastków komórkowych w moczu zmniejszyła się nawet nieco.

Badania nad rozpuszczalnością kamieni moczowych w moczu, zawierającym urotropinę, doprowadziły do wykrycia jeszcze jednej własności tego środka. Okazało się mianowicie, że mocz chorych, którym podawano 3—5 grm. urotropiny dziennie, pozostawał przy 37° C. kwaśny i czysty wtedy nawet, kiedy dodano doń kilka kropel moczu, uległego fermentacji alkalicznej. Niekiedy po 9-miesięcznem staniu w ciepłocie 37°, mocz taki dawał wyraźnie odczyn kwaśny i nie zawierał amoniaku. Nawet po zaszczepieniu czystych hodowli *bac. coli commun.* mocz, zawierający urotropinę, pozostawał przy 37° C. wolnym zupełnie od bakterii. Tak samo zachowywał się mocz chorych, którzy otrzymywali zaledwie 1,0—1,5 urotropiny dziennie.

Spostrzeżenie, że urotropina przy 37° C. posiada własność powstrzymywania rozwoju *bacter. coli commun.* oraz bakterii, sprawdzających fermentację alkaliczną moczu, naprowadziło autora na myśl, że środek ten może znaleźć zastosowanie przy leczeniu cierpień dróg moczowych natury pasorzytniczej. W dwóch przypadkach zastarzałego ciężkiego zapalenia pęcherza moczowego, któremu towarzyszyła fermentacja alkaliczna moczu, otrzymał autor wyniki tak pomyślne, że mogą one jedynie zachęcić do stosowania urotropiny w tem cierpieniu.

Przypadek pierwszy dotyczył suchotnika, cierpiącego od lat kilku na zapalenie pęcherza moczowego. Mocz był bardzo mętny, zawierał białko, dawał wyraźny odczyn alkaliczny, zapach amoniaku i osad, składający się ze śluzu, bakterii, fosforanów i moczanów. Choremu zalecono urotropinę w ilości 6 grm. dziennie. Już po 3-ch dniach mocz dawał odczyn kwaśny, a osad znikł prawie zupełnie. Po 6-iu dniach trzeba było przerwać leczenie, ponieważ choremu zaczęły dokuczać silne bóle w okolicy pęcherza moczowego. Już nazajutrz mocz był alkaliczny, mętny i zawierał dużo fosforanów i moczanów; wobec bólów zalecono tylko 1,5 grm. urotropiny dziennie. Pod działaniem tej małej dawki mocz stał się o wiele mniej mętny i stracił zapach amoniaku, jakkolwiek odczyn pozostał nadal alkaliczny. Mniejsze dawki działania żadnego nie wywierały. W przypadku tym sekcja wykazała wrzodzące zapalenie cewki, pęcherza, moczowodu prawego i miedniczki nerkowej.

Przypadek drugi dotyczył chorego z bezwładem urazowym *musc. detrus. vesic.* i ciężkim zapaleniem pęcherza moczowego. Wszystkie stosowane środki tylko na czas krótki przynosiły choremu ulgę. Zalecono 1,5 grm. urotropiny dziennie. Po dwóch dniach mocz dawał już odczyn kwaśny i nie zawierał żadnego prawie osadu; silne bóle, które niezmiernie choremu dokuczały, ustąpiły zupełnie. Aby przekonać się, czy poprawa ta jest istotnie dziełem urotropiny, zalecono zamiast niej 6 grm. salicylanu sodu dziennie. Mocz stał się odrazu mętny i alkaliczny, a bóle tak dokuczliwe, że chory sam zaczął się usilnie dopominać o urotropinę. Przyjmuje ją stale po 1,0 grm. dziennie, jest wolny od bólów i ma czysty i kwaśny mocz, pomimo trwania przyczyny całego cierpienia.

Badania nad działaniem leczniczym urotropiny nie są jeszcze skończone; pracę niniejszą ogłosił NICOLAÏER dlatego, że uważa stosowanie urotropiny we wszystkich wspomnianych cierpieniach za prawdziwy postęp w ich leczeniu.

(*Deut. med. Wochenschr.* N. 34. 1895).

S. P.

122. L. PROCHOWNICK. **Prawidłowe stosowanie tlenu po narkozie.** Odkrycie gazów odurzających, mających obecnie szerokie zastosowanie w narkozie operacyjnej, wywołało potrzebę środka zapobiegawczego, a nawet pomocnego przeciwko asfiksji, będącej skutkiem nadmiernego tychże gazów działania. Znany chemik BEDDOES, odkrywca pobudzającego działania gazu rozweselającego, przy pomocy szeregu doświadczeń ustalił ożywcze skutki wdechania tlenu przy tego rodzaju uduszeniu. W nowszych czasach starano się zapobiedz temu ostatniemu wynikowi zbyt głębokiej narkotyzacji, mieszając gazy odurzające z powietrzem (JUNKER, KAPPELER) lub z tlenem (metoda NEUDOERFFER'a). Nareszcie w ostatnich kilku latach robiono próby stosowania czystego tlenu, który pod pewnem ciśnieniem wprost przechodzi w płuca tak, że zastąpić może w zupełności oddech sztuczny przy asfiksji, lubo łącznie z nim działa jeszcze szybciej. Z tych doświadczeń autor powziął myśl, by czas nieprzytomności po narkozie, nieraz przeciągający się dość długo, skrócić do *minimum*. Jest to konieczne, nie tylko dla dobra chorych, lecz samych lekarzy. Cięższe operacje wymagają, aby chory zachowywał się spokojnie, nie miotał się, nie wymiotował; dalej, w stanie na wpół przytomnym, chory, histeryk, szczególnie po narkozie eterowej, wykonywa ruchy, mogące zawstydzić innych. Dalej lekarz nie może opuścić chorego, musi go uspokajać. Nareszcie, długotrwała narkoza upośledza, przynajmniej w części, czynności żołądka. Wszystkie te okoliczności przemawiają za systematycznym stosowaniem tlenu, jako środka przyspieszającego przebudzenie w chwili, gdy narkoza stała się już niepotrzebną, tembardziej, że chory czuje się potem daleko lepiej; tlen bowiem rychło usuwa nagromadzone, wskutek niedostatecznego wydechu, ilości kwasu węglanego. Przy powierzchownym oddechu w końcu uśpienia, stosowanie tlenu musi się odbywać pod pewnem ciśnieniem; następnie ilość zużytego tlenu powinna być wiadomą, by można było się zastosować do zwykłego typu poruszeń oddechowych; zabieg cały wreszcie nie powinien przeszkadzać operującemu. Tym wymaganiom w zupełności odpowiada przyrząd, opisany przez autora, składający się z cylindra, mieszczącego około 1000 litrów stężonego tlenu, dwóch manometrów (jeden określa ciśnienie, drugi zaś wskazuje ilość zużytego i pozostałego gazu) i rurki, połączonej z maską WALDENBURG'a. Przyrząd daje się z łatwością przenosić, można przeto używać go w dalszym ciągu przy łóżku chorego. Przy zwykłym stosowaniu wystarcza ciśnienie $\frac{1}{4}$, najwyżej $\frac{1}{3}$ atmosfery. Z rozpoczęciem wdechania maska się naciska, a kurek, służący do wypuszczenia gazu, otwiera się; przy wydechu maska się unosi, a kurek zamyka. Czynność tę wypełnić może jedna osoba. Z początku oddech jest powierzchowny i częsty, wkrótce jednak się pogłębia, staje się wolniejszy i bardziej nosowy. Przy krótkotrwałych operacjach (25—30 minut) wystarczy stosowanie tlenu aż do wyraźniejszego ze strony chorego odczynu; przy zabiegach cięższych, połączonych nadto z niebezpieczeństwem wstrząsu, nie zaprzestaje się go nawet wtedy, gdy chory już leży na łóżku, póki zupełnie przytomności nie odzyska. W ostatnim przypadku ciśnienie podnieść należy do $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ atmosfery. Skutek stosowania tlenu uwidatnia się w polepszeniu ogólnego wyglądu chorego i jego pocucia (wymioty więcej niż raz, rzadko się zdarzają; przypadłości histeryczne wcale się nie zjawiają) i w skróceniu czasu uśpienia po skończonym zabiegu chirurgicznym. Szkodliwości żadnych za sobą stosowanie to nie pociąga. Zużyta ilość tlenu niezwykle się waha, co zależy od czasu stosowania,

głębokości narkozy, wielkości krwi upływu, jak niemniej od wprawy i doświadczenia lekarza. W przypadkach zwyczajnych ilość ta nie przenosi 20 litrów, gdy w ciężkich sięga 60—80, a w rozpaczliwych nawet 120.

(*Munch. medic. Wochenschrift. N. 31. 1895*).

H. Waserman.

123. CHAPUT. **Leczenie ran drażących brzucha.** Postępowanie chirurgiczne przy ranach brzucha zależy od dobrego rozpoznania spowodowanych uszkodzeń trzew brzusznych; w niektórych przypadkach rozpoznanie jest łatwe, gdy np. sięc wypada, lub gdy przez ranę wypływa kał, żółć, mocz i t. d. Lecz tak jasne przypadki wydarzają się względnie rzadko, a najczęściej w pierwszych godzinach po zranieniu brak oznak, na zasadzie których moglibyśmy stanowczo wyrokować o rodzaju uszkodzenia. Bóle nie mają przy rozpoznawaniu doniosłego znaczenia, natężenie ich zależy od rodzaju rany, od wrażliwości zranionego na ból wogóle. Wstrząs, uważany jako objaw, znamionujący krwotok wewnątrz jamy brzusznej, dostrzegano również przy ranach ściennych kiszek lub tylko powłok brzusznych bez krwotoku, również przy samym tylko uderzeniu w brzuch; wstrząs zależy częstokroć od strachu, bólu, zmęczenia, i przeciwwskazaniem do zabiegu chirurgicznego jest tylko wtedy, gdy w bardzo silnym utrzymuje się stopniu. Wymioty z zawartością pokarmową, żołądka lub żółcią nie dowodzą nic swoistego przy ranach brzucha; wydarzają się również przy wszelkich innych urazach, upadnięciu. Ważniejsze znaczenie posiadają wymioty krwawe, lecz nie znamionują bezwzględnie zranienia żołądka. CHAPUT dostrzegał wymioty krwawe po urazie żołądka bez zranienia ścian jego. Bardzo rzadko zjawiają się przy ranach brzucha stolce krwawe; występują one przeważnie tylko przy ranach кишки grubej i mają znaczenie wtedy, gdy są obfite i długotrwałe. Odma brzuszna z odgłosem bębnowym w okolicy wątroby częściej zależy od zapalenia gnilnego otrzewny, niż od przedostania się gazów z kiszek do jamy brzusznej. Objawy krwotoku wewnętrznego — bledność twarzy, zimne kończyny, osłabienie tętna, omdlenie, tępy odgłos wypukowy w brzuchu — są bardzo ważne, lecz najczęściej przy nich stan chorego jest tak zły, że lepiej będzie od zabiegu operacyjnego się powstrzymać.

W większości przypadków przy wąskiej, świeżej ranie brzucha w okolicy pępkowej, dostrzegamy dwa główne typy: albo chory ma wszystkie objawy wstrząsu i krwotoku wewnętrznego, albo też występują tylko niektóre z powyżej wspomnianych objawów, które jednak same przez się nie posiadają znamionnego znaczenia; przy pierwszym typie należy wstrzymać się od zabiegu chirurgicznego, przy drugim przystąpić do ściślejszego badania bezpośredniego. W tym ostatnim celu można wprowadzić do rany zgłębnik, ma się rozumieć nie inaczej, jak przy ścisłym zachowaniu znanych ostrożności; gdy zgłębnik wchodzi do jamy brzusznej, można przypuszczać, że istnieje zranienie trzew, szczególnie przy ranach postrzałowych; jeżeli zgłębnik nie wchodzi do jamy brzusznej, nie jest to dowodem, aby rana nie była drażnącą, lecz jedynie wprowadzenie zgłębnika do jamy brzusznej mogło być niemożliwione wskutek krętego kierunku kanału rany. W wątpliwych przypadkach, w celu rozpoznania, czy rana jest drażnącą, radzi CHAPUT, zamiast proponowanego przez niektórych chirurgów nacinania powłok brzusznych na miejscu rany, wykonać cięcie wzdłuż smugi białej; gdy po dokonaniu laparotomii znajdziemy wylew krwi w jamie brzusznej, będziemy mieli wyraźny dowód, że rana była drażnącą; gdy wylewu krwi nie ma, trzeba przekonać się, czy na otrzewnej ściennnej powłok brzusznych istnieje zranienie, czy też brak jego zupełny. Wynik badania mieć będzie znaczenie rozstrzygające. Wogóle we wszystkich przypadkach, w których nie mamy pewności, że rana nie jest drażnącą (np. kula w ścianie brzusznej, rany kanałowe skośne ścian brzucha), należy wykonywać laparotomię próbną. Badanie podług SENN'a, zapomocą napelniania odbytnicy i kiszek cienkich wodorem, potępia CHAPUT, uważa je za niebezpieczne, gdy gaz wchodzi pod dużem ciśnieniem, a za bezcelowe, gdy ciśnienie jest słabe: wtedy bowiem gaz nie przechodzi po za *valvula ileo-coecalis* i o zranieniu кишки cienkiej wiedzieć nie będziemy.

Na pytanie, czy w przypadkach świeżej, drażącej rany brzucha, należy bezwzględnie przystąpić do laparotomii, czy też wyczekiwać, odpowiada CHAPUT zgodnie z JALAGUIER'em: „że stokroć jest lepiej otworzyć brzuch, w którym nie okaże się uszkodzeń kiszek, niż, zwlekając z operacją, pozostawić w brzuchu przedziurawiony żołądek lub kiskę. Zupełna niemal nieszkodliwość laparotomii próbnej jeszcze bardziej skłaniać nas powinna do czynnego zabiegu w przypadkach ran

drażących brzucha. Prawda, że zestawienia RECLUS'a, MORTON'a, ADLER'a wykazują względnie dużą, bo około 60% wynoszącą śmiertelność przy ranach drażących brzucha, leczonych zapomocą laparatomii; jednakże przy rozważaniu poszczególnych przypadków okazuje się, że złe wyniki były częstokroć powodowane zbyt późnem wykonaniem operacyi. Wogóle laparotomia przy ranach drażących brzucha daje wyniki dobre, gdy jest wykonana wcześniej, i gdy niema zbyt znacznych uszkodzeń jamy brzusznej, chociaż znane np. są przypadki pomyślnie zakończone przy licznych — 7, 10, 16 nawet przedziurawieniach kiszek; przypadki takie należą jednak do wyjątków.

Gdy chory znajduje się w stanie zapaści, właściwie nie należy operować; lecz gdy jesteśmy pewni, że wstrząs zależy od krwotoku wewnętrznego, mamy prawo przystąpić do laparatomii, samoistne bowiem wyleczenie jest niemożliwe. Zabieg chirurgiczny dozwolony jest zawsze, gdy można spodziewać się, że chory nie umrze podczas operacyi, a jak w danym przypadku postąpić najlepiej, wskaże osobiste doświadczenie chirurga. Laparotomia jest zbytęzną, gdy przy ranie, istniejącej od 24 do 48 godzin, ogólny stan chorego jest zupełnie dobry, ciepłota, tętno prawidłowe, brzuch niebolesny; w takim przypadku należy przypuścić, że albo kiszka wcale nie była zraniona, albo też, że przyrosty zamknęły ranę w kiszce. W obu dwu przypadkach zabieg chirurgiczny byłby szkodliwy, niweczając dzieło samoistnego wyleczenia; do operacyi przystąpić należy tylko wtedy, gdy występują wyraźne objawy zapalenia otrzewny. Wreszcie C. nadmienia, że lepiej będzie wstrzymać się z operacyą, gdy chirurg nie posiada doświadczenia, narzędzi, pomocników, gdy warunki miejscowe uniemożliwiają wykonanie operacyi; najlepsze wyniki daje operacya, wykonana we wzorowo urządzonych salach operacyjnych, przez fachowego chirurga, obeznanego dokładnie z operacyami w jamie brzusznej.

Technika laparatomii przy ranach drażących brzucha w zarysach ogólnych jest następująca: usypianie eterem uważa C. za bardziej odpowiednie, niż narkozę chloroformową, szczególnie przy istnieniu wstrząsu. Cięcie brzucha prowadzić należy wzdłuż smugi białej na przestrzeni 8 — 10 ctm. Gdy po przecięciu otrzewny okazuje się, że istnieje znaczne nagromadzenie krwi w jamie brzusznej, przedłużamy cięcie, podnosimy sieć ku górze, polecamy jednemu z pomocników uciskać aortę powyżej *art. mesenterica superior*, wydobywamy pętle kiszek nazewnątrż, obwijając je ciepłymi sterylizowanymi serwetami; tym sposobem najłatwiej będzie znaleźć miejsce, szczególnie w krezce, z którego krew broczy. Po zatrzymaniu krwotoku wymywamy jamę otrzewny wodą przegotowaną, polewając przytem obficie pętle kiszek, znajdujące się nazewnątrż; wybrawszy następnie płyn z jamy brzusznej, wprowadzamy pętle kiszek do brzucha, ściślej bacząc, czy nie istnieje przedziurawienie jelit; miejsca takie zaciskamy tymczasowo szczypczykami, i dopiero po całkowitem odprowadzeniu kiszek, ujmujemy kolejno powyżej nałożone szczypczyki, wydobywamy wraz z niemi zranioną pętlę kiszek nazewnątrż i zeszywamy istniejący otwór. Gdy niema krwotoku, lecz przypuszczamy istnienie przedziurawienia kiszek, zbytęcznem jest wydobywać wszystkie kiszeki nazewnątrż; wystarczy ująć dowolną pętlę kiszek, kreskę przebić zgłębnikiem rowkowanym i oprzeć jego końce wpoprzek na brzegach rany brzusznej; następnie należy przesunąć pomiędzy palcami pętlę kiszek po nad zgłębnikiem i po za nim; w ten sposób obejrzeć się daje cały przewód kiszkowy od dwunastnicy do kiszeki ślepej i najprędzej znaleźć istniejące przedziurawienie. Gdy przedziurawienia są liczne, trzeba wydobyć kiszeki nazewnątrż, aby być w stanie dokładnie jamę otrzewny wymyć; dalszy sposób postępowania wyżej podano.

Otwór w kiszce możemy albo bezpośrednio zaszyć, albo też wykonać operacyę plastyczną, albo wreszcie wyciąć kiszkę w całym jej obwodzie. Resekcyja kiszeki jest wskazana: w przypadkach zranienia dużej gałęzi tętnicy krezkowej; przy zniszczeniu $\frac{3}{4}$ obwodu kiszeki; przy licznych, blisko siebie znajdujących się przedziurawieniach; przy oderwaniu krezki na znacznej przestrzeni; wreszcie przy ranach umiejscowionych blisko krezki. Gdy otwór w kiszce jest nieznaczny, wystarczy złączyć brzegi rany zapomocą szwu dwupiętrowego. Gdy istnieją w kiszce dwa otwory blisko siebie, należy część łączącą otwory przeciąć i całą ranę szwem dwupiętrowym zaszyć, bacząc jednak, czy nie wytworzy się po nałożeniu szwu zwężenie kiszeki; wogóle postępowanie takie jest możliwe tylko przy ranach, zajmujących mniej niż połowę obwodu kiszeki. W niektórych przypadkach przy ma-

łych otworach, dobrze jest wykonać operację plastyczną, naszywając zdrową ścianę kiszki na istniejący otwór. Gdy zranienie zajmuje połowę obwodu kiszki, można wyciąć naokoło otworu rany równoległobok, a następnie nałożyć szew, łącząc z sobą dwa przeciwległe wierzchołki, względnie kąty rany.

(*Archives générales de médecine*. 1895. VII).

T. Solman.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PETERUTI z powodzeniem zastosowywał w 3 przypadkach gruźlicy zastrzykiwania kantarydanu potasu, przyczem nie spostrzegł ani razu szkodliwego działania ubocznego. (*Therap. Monat.* N. 2. 95.).

= Na ostatniem posiedzeniu członków Towarzystwa zdrowia publicznego w departamencie Sekwany odczytano referat prof. Proust'a o wypadku śmierci skutkiem zatrucia surowicą Roux. Sześciolletniemu dziecku z objawami ostrego zapalenia gardzieli, przed bakteriologicznem określeniem charakteru sprawy chorobowej zastrzyknięto 10 ctm. szcś. surowicy Roux. Chociaż badanie wcale nie wykryło laseczników LOEFFLER'a, jednak po 8 dniach dziecko zmarło przy objawach silnego zakażenia. Zdaniem prof. Proust'a śmierć nastąpiła skutkiem zatrucia ustroju toksynami surowicy. Wobec tego PROUST radzi w wątpliwych razach przynajmniej zastosowywać mniejsze dawki surowicy, 5 ctm. szcś. na przykład, gdyż surowica, otrzymywana obecnie z instytutu PASTEUR'a, posiada uodporniające własności w większym stopniu, niż miała początkowo. (*Le progrès médical* № 28. 1895).

L. K.

= J. LUYX w *Traité de la folie* gorąco poleca podawać furiatom, jako środek uspokajający, następujący napój. *Rp. Syrupi morphii* 30,0; *Kalii bromati* 4,0; *Chloral. hydrat.* 2,0; *Aq. destill.* 120,0; M. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową. Po 24 godzinach natężenie objawów znacznie się zmniejsza. Jako przyczynę tego przytacza LUYX specyalne (*élective*) działanie bromku potasu na okolicę opuszkową, a przetworów makowca i chloralu na czynność kory mózgowej, w postaci zmniejszania pobudliwości ośrodków ruchowych. (*Lyon médical* № 28. 1895).

L. K.

= LARNAUDIÉ spostrzegł przypadek ropnego zapalenia cewki moczowej u człowieka do owego czasu zupełnie zdrowego. Po 15 dniach pokazało się, że przyczyną zapalenia był kłos, tkwiący w cewce. (*La médecine moderne*, 1894 № 16).

A. Koz.

= M. CHOTZEN gorąco poleca alumnol jako *antigonorrhoeicum*. Stosowany w 294 przypadkach rzeżączki, środek ten dał mu wyniki zadowalające. Dopóki gonokoki dają się znaleźć

w wydzielinie, stosuje 1—2⁰/₀ rozczyń, po ich zniknięciu 1¹/₂—1¹/₄⁰/₀. Do tylnej części cewki moczowej 1—5⁰/₀ roztwór lub 2¹/₂—10⁰/₀ jako maść. (*Arch. f. Derm. u. Syphilis*. T. XXXI. N. 2).

= Sprawa leczenia chorób zakaźnych surowicą zwierząt uodpornionych znajduje we Francji gorliwych zwolenników. D-r BORNET z Marsylii robił w tym kierunku próby nad leczeniem gruźlicy. Wzmiankowany autor badał wpływ surowicy kozy, której uprzednio szczepił tuberkulinę, na rozwój laseczników Koch'a w ustroju zwierzęcym, a wyniki, otrzymane przezeń, zachęciły go do zastosowania przeciwgruźliczych własności tej surowicy u suchotników. Zastrzykiwał on chorym 2—4 ctm. szcś. surowicy; w 8 przypadkach wyniki były następujące: w trzech przypadkach gruźlicy bezgorączkowej, o wolnym przebiegu, cechującej się rzężeniami suchymi, wyniki leczenia były bardzo pomyślne; w dwóch przypadkach gruźlicy, będącej w okresie drugim, nastąpiło znaczne polepszenie. W przypadkach zaś, cechujących się szybkim przebiegiem, podniesioną ciepłotą, potami nocnymi, krwiopluciem, znacznymi zmianami rozpadowemi w płucach, powikłaniami ze strony krtani,—leczenie surowicą nie okazało wyników dodatnich. (*La semaine médicale* № 35 1895).

L. K.

= Badania SZCZEGOLEW'a i ŻYRMUŃSKIEGO dowiodły, że jodoform nie powstrzymuje rozwoju hodowli paciorkowców i gronkowców po za ustrojem zwierzęcym; dalej, że wprowadzony do ustroju z czystymi hodowlami wymienionych wyżej drobnoustrojów, nie przeszkadza tworzeniu się ropy, zmniejszając tylko objawy ogólnego zatrucia. Stąd wynika, że nie posiadając przeciwnieżylnych własności *sensu strictiori*, jodoform zanieczyszczony sam może wywołać zakażenie, jak to potwierdza przypadek LESSER'a (zarażenie szankrem miękkim skutkiem użycia nieczystego jodoformu). A zatem, stosując jodoform, zawsze należy go przedtem, zdaniem autora, wyjaławiać. Sam ŻYRMUŃSKI wyjaławia go w ten sposób: do miseczki PETRI'ego wlewa 1% sublimatu lub 5% kwasu karbолоwego, następnie wysypuje jodoform, miesza i nakrywa, zostawiając go na dobę. Po dobie zle-

wa płyn, nakrywa miseczkę lejkiem, którego cienki koniec zatkany jest watą, i stawia w ciepłym miejscu. Po 2—3 dniach jodoform zupełnie wysycha i zdalny jest do użytku.

(Wrzecz. № 28. 1895 r.) L. K.

= ZEISSL badał wpływ nerwów na mięśnie pęcherza. W tym celu wyłączał kolejno to *nerwi hypogastrici*, wychodzące z lędźwiowej części rdzenia pacczowego, to *nervus erigens*, powstający w jego części krzyżowej. Do drażnienia używał przyrządu LUDWIG-BASCH'a. Manometr rtęciowy, wprowadzony do moczowodu, wskazywał siłę skurczu pęcherza; zagięta zaś rurka, połączona cewnikiem z cewką moczową, wskazywała wypływanie żeń cieczy. Doświadczenia te doprowadziły autora do następujących wniosków: niezależnie jedne od drugich przebiegają w *nervus erigens* włókna ruchowe mięśni wypieracza pęcherza (*m. detrusor ur.*) i włókna hamujące mięśni zwieraczy pęcherza. *Nervi hypogastrici* zaś zawierają włókna ruchowe mięśni zwieraczy i hamujące m. wypieracza. (Arch. f. d. gesammte Physiol. 1895. Tom 53. № 11 i 12).

= D-r Richard DREWS (Hamburg) otrzymał bardzo dobre wyniki przy stosowaniu tannigenu w chorobach kiszek u dzieci. W ostrych przypadkach przepisywał tannigen dopiero 3 dnia choroby, aby wyłączyć możliwą poprawę wskutek uregulowania pożywienia; w przewlekłych zaś dawał wyłącznie tylko tannigen w dawkach 0,2—0,3 grm. z wodą lub mlekiem 3—4 razy dziennie. Chore dzieci w liczbie 55 nowo środek przyjmowały chętnie, nie zauważono żadnego złego wpływu na żołądek i łaknienie. W większości przypadków wyniki działania były lepsze, niż przy innych środkach (kalomel, bismut, naftalina i t. d.). Autor radzi dawać tannigen jeszcze kilka dni i po ustąpieniu objawów nieżytych. (Allgem. medic. Zeit. № 35 i 36 1895 r.).

= Prof. FOLET (Lille) widział szybkie wyleczenie zapalenia różycowatego, stosując zastrzykiwania surowicy przeciw paciorkowcowej ROGER'a i MARMORECK'a. U chorego 23-letniego po silnem uderzeniu w lewe udo bez uszkodzenia skóry, wystąpiła róża na udzie, brzuchu i prawej nodze. Pomimo opatrunków sublimatowych, ropienie nie ograniczało się, powsta-

wały coraz nowe ogniska ropne i odleżyny. Gorączka była znaczna. W ropie znaleziono niezwykłą ilość paciorkowców, które prawdopodobnie wtargnęły do ustroju przez ranki po piawkach, które chory kazał sobie przystawić. Po pierwszym zastrzyknięciu 10 grm. surowicy (osłej) ciepłota spadła, ropienie było mniejsze. Po zbadaniu ropy w 10 dni po pierwszym zastrzyknięciu, nie znaleziono ani śladu paciorkowców. Po drugim zastrzyknięciu 10 grm. surowicy końskiej, chory poczał się wyraźnie poprawiać, lecz pojawiły się nowe ropnie, a w jednym z nich znów znaleziono kilka paciorkowców, w innych zaś gronkowce. Chory wkrótce wrócił do zdrowia. (Le Bulletin méd. 2. VI.)

J. Sz.

= UNNA utworzył z mieszaniny sernika, gliceryny, waseliny, alkaliów, wody z dodatkiem tlenku cynku lub kwasu karbolowego, jako *antisepticum* maść, którą poleca w chorobach skóry ograniczonych, przy *prurigo*, *pruritus* i t. d. Maść ta, wysychając, tworzy cieką, suchą powłokę na skórze, którą to właściwością zbliża się do lakierów. Można do niej dodawać żywice i balsamy do 20%, kwas salicylowy 1%, proszki do 20% z równą ilością waseliny, rtęć do 33%. Ichtjol, alkalia i sole alkaliczne czynią maść gęściejszą, gdy przeciwnie pyrogallol i rezoreyna działają na nią rozrzedzająco. Dodatku kwasów i soli wapiennych maść nie znosi wcale. Wyrabia ją BEIERSDORF & Co. (Monatsh. f. prakt. Derm. Tom XX, № 6)

A. K.

= SINGER znalazł przy sekcji 75-letniej kobiety, która cierpiała na sklerodermię, rozrost tkanki łącznej w gruczole tarczowym, szczególnie w jego prawym zrazie. Łącząc to spostrzeżenie ze znanymi już faktami, jak: 1) jednoczesne rozwijanie się w niektórych przypadkach sklerodermii z chorobą Basedow'a; 2) występowanie w początkach sklerodermii obrzęków, podobnych do obrzęku śluzowego; 3) wreszcie towarzyszenie obrzęku śluzowego chorobie Basedow'a, — S. upatruje pomiędzy wszystkimi trzema wyżej wspomnianymi sprawami przyczynowy związek, jak również czyni je zależnymi od stanu gruczofu tarczowego.

(Berliner klin. Wochen. 1895 № 11)

A. K.

Wiadomości bieżące.

— Nadzwyczaj energicznie i skutecznie walczą w Norwegii i Szwecji z alkoholizmem. W żadnej gminie nie wolno sprzedawać napojów wysokowych, jeżeli na to nie zgodzi się w gło-

sowaniu większość członków gminy, liczących więcej niż 25 lat wieku i to bez różnicy płci. Jeżeli zapadnie uchwała, pozwalająca sprzedaży, obejmuje ją nie prywatna osoba, ale to-

warzystwo, osobno w tym celu utworzone, któremu wolno pełnić swą czynność tylko w dniu powszednie od 8 rano do 5 popoł. i które cały czysty dochód ze sprzedaży oddaje na cele dobroczynne gminie.

— Pracownia PASTEUR'a w Sztutgarcie rozpoczęła w roku 1894, a pierwszym swej czynności szczepionki przeciw różycy u 7,847 prosiąt, a przeciw wąglikowi u 2,200 owiec, 2,215 wołów i 4 koni. Średnia śmiertelność w oborach, w których teraz używają szczepionek wyżej wymienionych, wynosząca u prosiąt 30—40%, u owiec 20—25%, u wołów 10—20%, zeszła po szczepieniu u prosiąt na 0,57%, u owiec na 0,38%, u wołów zaś na 0,05%.

— Rada Smithsonian Institut w Waszyngtonie przyznała nagrodę, wynoszącą 10,000 dolarów, lordowi RALEIGH i prof. RAMSAY'owi za odkrycie argonu, nagroda zaś 1,000 dolarów została przyznana Henrykowi de VARIIGNY za jego doświadczenia nad własnościami atmosfery.

— W uniwersytecie w Kijowie niedawno zatwierdzono nowe stypendyum imienia Tadeusza Bobrowskiego dla studenta polaka wyznania rzymsko-katolickiego. Stypendyum to utworzone zostało przez obywateli gub. Kijowskiej, którzy zebrali w tem celu kapitał w ilości rs. 6,000.

— Według danych „Gońca urzędowego“, od dnia 18 do 31 sierpnia w gub. Wołyńskiej zachorowało na cholereę osób 5,849, zmarło zaś 2,134.

— Od dnia 23 do 25 września r. b. odbędzie się w Gracu XXV zjazd niemieckiego Towarzystwa Dermatologów.

— Zmarli. W Żarnowcu d-r Maryan SIERAKOWSKI, lekarz wolnopraktykujący.

— W Kutnie d-r Andrzej PIELASZEWSKI
w wieku lat 58.

— Dnia 12 b. m. zmarł w Żyrardowie w 64 r. życia d-r Henryk Aleksander JAWUREK, wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, długoletni lekarz zakładów fabrycznych Żyrardowskich. Zmarły był powszechnie lubiany i ceniony jako zdolny lekarz i prawdziwy opiekun licznej rzeszy robotczej. Między dość licznymi pracami, zamieszczonemi w „Tygodniku lekarskim“ w r. 1863—1865, na wyróżnienie zasługują: „Odjęcie śledziony u dziecka czteroletniego, wyzdrowienie“. „Tęże i jego znaczenie w tak zwanym wodowstręcie u ludzi.“ „O operacjach plastycznych“, rozprawa na stopień doktora chirurgii, oraz w rękopisie rozprawa inauguralna: „*De insanis*“ uwieńczona nagrodą 300 złr. z zapisu d-ra JAKUBOWSKIEGO. Pomieszczał również w czasopismach politycznych wiele artykułów, dotyczących spraw lekarskich.

— W Białej w 27 r. życia zmarł d-r
Leopold SOBOLEWSKI.

— W Szwecyi zmarł major THURE BRANDT, znany wynalazca leczenia masażem narządów miednicy.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych polekarzach pozostałych, ogłasza, że z zapisu D-ra Leona LANDK udzielone ma być w dniu 18 lutego 1896 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95, albo podupadłemu lekarzowi, wdowie, lub sierotom mojżeszowego wyznania, albo w razie braku takiego kandydata, podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim, albo też w razie braku takich, lekarzowi podupadłemu, wdowie, lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin próśb pod adresem Komitetu (ulica Niecała N-r 7) oznacza się do dnia 31 grudnia 1895 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3-ch lekarzy członków Kasy Wsparcia, ze szczegółowymi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot. Osoby na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego), przesyłać winny próśby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju, lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Członek Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia, *D-r J. Rogowicz.*

Sprostowanie. W N-rze 37-ym na str. 768 w wierszu 11-ym od dołu zamiast unoszone winno być unoszące.

Доволнено Цензурою. Варшава, 7 Сентября 1895 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.