

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Działanie Wibryona-Miecznikowa na susły. Skreślił Wł. Palmirski. O ranach postrzałowych brzucha drażących, z podaniem 2-eh własnych przypadków operowanych. Przez Adama Przyborowskiego. (Dalszy ciąg). — **Wykłady kliniczne.** B. S. Schultze. O leczeniu uporczywych tyłozgieć macicy. Skreślił A. Winawer. — **Bibliografia i Krytyka.** Prof. Rydygier. O sposobie chloroformowania. Wykład kliniczny. Warszawa 1893 r. — **Streszczenia i wyciągi.** 114. Cierpienie nerek przy choleryze azyatyckiej. 115. O nerce cholerycznej. 116. O zawartości bakterji w mleku u kobiet karmiacych. 117. Z medycyny sądowej. Sprawozdanie sądowo-lekarskie, o sprawie spędzania płodu (affaire Thomas). — O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc Czerwiec r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

ZE STACYI BAKTERYOLOGICZNEJ W ODESSIE.

Działanie wibryona Miecznikowa na susły.

Skreślił Wł. Palmirski.

Kwestya niszczenia susłów na południu Rosyi jest bardzo ważną w gospodarstwie rolnem. O szkodach, jakie wyrządzają susły (*spermophilus*) na polach zasianych oziminą, można sądzić ze środków, jakie bywają przedsiębrane przez ziemstwa. Chersońskie ziemstwo wprowadziło obowiązujące niszczenie susłów i skupywanie t. zw. znaków (ogon lub łapki susła), cena znaka wynosiła 6 groszy. Tam, gdzie susły pojawiają się w wielkiej ilości, człowiek niema co jeść. Nic więc dziwnego, że susły uważane są za plagę w gospodarstwach, którą można porównać z szarańczę lub inną klęską. W celu trucia susłów były stosowane różne środki, jak arszenik, siarek węgla, zalewanie wodą susłów w norach i t. d. Wszystkie te środki w praktyce okazały się mało skutecznymi.

MIECZNIKOW, wychodząc z zasady przez PASTEUR'a wygłoszonej, że przeciwko żyjącemu i rozmnażającemu się złemu najwłaściwiej walczyć żywym orężem, zaczął stosować w celu wywołania epidemii pomiędzy susłami bakterye posocznicy mysiej i cholery kurzej. Względem pierwszej susły okazały się niewrażliwymi, względem drugiej przeciwnie bardzo wrażliwymi. Doświadczalne dane GAMALEI, polegające na karmieniu susłów jęczmieniem i trawą, polanami hodowlą kurzej cholery, dały wyniki dodatnie. Susły ginęły na 3 lub 4 dzień.

Bakterye kurzej cholery były następnie znajdowane we krwi, śledzienie i zawartości kiszek. Gołębie, zarażone krwią lub zawartością kiszek otrutych susłów, padały przy objawach właściwych temu zarazkowi. Następnie spostrzeżono, że zarazek kurzej cholery w ustroju susła nie traci swych zabójczych własności, lecz przeciwnie, wzmacnia je (GAMALEJA). Wszystkie te dane przemawiały za możliwością wywołania epidemii pomiędzy susłami. W praktyce doświadczenia nie dały wyników spodziewanych, susły bowiem po zjedzeniu jęczmienia polanego hodowlą giną, lecz śladów wyraźnej epidemii nie stwierdzono.

Badając zabójcze działanie wibryona MIECZNIKOWA na zwierzęta i ptactwo, zauważyłem szczególną wrażliwość susłów na działanie tegoż. Wibryon,

zastrzyknięty w dawce 0,00001 24-godzinnej hodowli na agar-agarze przy 37° C. w fizyologicznym roztworze soli kuchennej do tkanki podskórnej susła, zabija go w przeciągu 24—48 godzin. Ze krwi, śledziony, płuc, wątroby, nerek, zawartości kiszek i mózgu otrzymywałem czyste hodowle omawianego zarazka. Widzimy zatem, że wibryon wywołuje u susłów chorobę z charakterem posocznicy. Susły można zarażać nie tylko przez wprowadzenie zarazka do tkanki podskórnej; karmienie ziarnem polanem hodowlą daje nam te same wyniki. Pierwsze zaraz próby nasunęły mi myśl zastosowania wibryona w celu trucia susłów. Powodowany tą myślą przystąpiłem do następujących doświadczeń:

Doświadczenie I. 8 Kwietnia nakarmiłem 2 susły owsem polanym 24 godziną hodowlą wibryona Miecznikowa na agar-agarze przy 37° C. 9 Kwietnia jeden z susłów bardzo chory, drugi niedomaga. 10 Kwietnia chory suszeł padł; czystą hodowlę wibryona otrzymałem z krwi, wątroby, nerek, płuc, śledziony i zawartości kiszek.

11 Kwietnia drugi suszeł padł, czystą hodowlę udało mi się otrzymać tylko z zawartości kiszkowej.

Doświadczenie II. 11 Kwietnia nakarmiłem 2 susły rozgotowaną pszenicą, polaną hodowlą 24 godziną na agar-agarze przy 37° C.

12 Kwietnia jeden z susłów bardzo chory, drugi zdrowy. 13 Kwietnia chory suszeł zdechł. Obfitą hodowlę wibryona otrzymałem z zawartości kiszek i śledziony, hodowle z wątroby, nerek i płuc, przedstawiały się pod postacią oddzielnych kolonii, ze krwi nic nie wyrosło. Drugi suszeł pozostał zdrowym. Należy zauważyć, że nie widziałem, ażeby podczas obserwacji jadł pszenicę polaną hodowlą.

Doświadczenie III. 11 Kwietnia zastrzyknąłem 2 susłom do tkanki podskórnej hodowlę wibryona w ilości 0,01 z agar-agaru, po 24 godzinach przy 37° C. Zaraz po zarażeniu obydwie susły były wrzucone do klatki z 10 zdrowymi susłami. 12 Kwietnia obydwie susły zarażone padły, jeden z nich był pożarty przez swych towarzyszy. Oprócz nich padł jeden ze zdrowych; tylko z zawartości kiszek udało mi się otrzymać czystą hodowlę wibryona. 13 Kwietnia drugi suszeł z zarażonych był pożarty. 14 Kwietnia 3 susły padły, pozostało zdrowych 6. Jeden z padłych pozostawiony na pożarcie, dwa drugie użyto do badania. Przy bakteryologicznym badaniu udało mi się otrzymać hodowlę wibryona tylko z zawartości kiszek jednego susła, u drugiego zaś z wątroby, krwi, śledziony i z zawartości kiszek. 15 Kwietnia piąty suszeł padł; z wątroby, śledziony, krwi i z zawartości kiszek otrzymałem czystą hodowlę wibryona. 18 Kwietnia pozostałym 5 susłom wrzuciłem na pożarcie susła otrutego pszenicą polaną hodowlą (patrz doświadczenie IV).

Wszystkie susły stopniowo zdychały, ostatni padł 30 Kwietnia, z wewnętrznych narządów i z zawartości kiszek otrzymywałem hodowle omawianego wibryona.

Doświadczenie IV. 15 Kwietnia 3 susły nakarmiłem rozgotowaną pszenicą, polaną hodowlą 24 godziną wibryona przed 3 dniami. 17 Kwietnia padły 2 susły, 3-ci chory. Z wewnętrznych organów padłych susłów otrzymałem obfite hodowle. 18 Kwietnia padł 3-ci suszeł, tegoż dnia wrzuciłem go na pożarcie susłom z doświadczenia 3-go.

Doświadczenie V. 15 Kwietnia 2 zdrowe susły umieściłem w klatce, w której kilkakrotnie karmiłem susły zarażone ziarnem. Początkowo susły trzymały się zdrowo, padły jednak 27 Kwietnia. Hodowlę wibryona otrzymałem tylko z zawartości kiszek jednego susła, z innych narządów nie udało się go otrzymać. Zawartości kiszek drugiego susła nie była posiana.

Doświadczenie VI. 17 Kwietnia 2 stare kury, 2 kurczęta i 3 gołębie karmiłem w przeciągu tygodnia prosem polewanem 24-godziną hodowlą wibryona przy 37° C. w fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Wszystkie pozostały zdrowymi.

Widzimy za tem z powyższych doświadczeń, że susły są bardzo wrażliwe na działanie wibryona, który wywołuje u nich chorobę ustroju z charakterem posocznicy. Mogą one być zarażone nie tylko przez pożarcie zarażonego ziarna, lecz i przez pożarcie padłych susłów. Są to dwie pewne drogi zaraża-

nia się susłów. Doświadczenie piąte pozwala przypuszczać, że zdrowy pokarm w zetknięciu z wypróżnieniami zarażonych susłów i z resztkami zarażonego ziarna jest szkodliwy. Być może, że dłuższa obserwacja wykazała by inne drogi zarażania, na razie musimy poprzestać na tem, co nam dają próbne doświadczenia. Brak czasu nie pozwolił mi rozstrzygnąć pytania bardzo ważnego na południu Rosyi w miejscowościach tą plagą dotkniętych. Dokonane próby skłaniają mnie jednak do podania projektu trucia susłów zapomocą wibryona MIECZNIKOWA. Epidemia, która nie mogła być wywołana zapomocą kurzej cholery, być może, że się pojawi po zastosowaniu omawianego zarazka. Tylko próby na większą skalę wykonane, mogą tę kwestyę stanowczo rozstrzygnąć. Za tym nowym sposobem przemawiają i inne jeszcze okoliczności. Jak wiadomo, mikroby ten nie jest szkodliwym dla człowieka i zwierząt domowych; ptaki domowe, jak wykazuje doświadczenie V, nie zostają zarażone przez przewód pokarmowy. Są to okoliczności bardzo ważne, z którymi trzeba się liczyć, gdyż przeciwnie bakterye kurzej cholery na ptactwo działają bardzo szkodliwie i daleko silniej niż V. MIECZNIKOWA. Czy wibryon słabnie, czy się wzmacnia w ustroju susła, należy jeszcze rozstrzygnąć. Pierwsze moje spostrzeżenia przemawiają jeżeli nie za wzmocnieniem, to przynajmniej za zachowaniem jadowitości. Nie uważam pytania tego za rozstrzygnięte, ponieważ przeprowadziłem zarazek zaledwie przez 5 pokoleń.

Warszawa, d. 22 Czerwca 1893 r.

O RANACH POSTRZAŁOWYCH BRZUCHA DRAŻĄCYCH Z PODANIEM 2-CH WŁASNYCH PRZYPADKÓW OPEROWANYCH

przez Adama Przyborowskiego,
ordynatora kliniki chirurgicznej.

(Dalszy ciąg.—Zobacz Nr. 29).

Terapia chirurgiczna ran przewodu pokarmowego zależy od ich rozmia-
rów, siedliska, a także stosunku w jakim stoją do krezki. Najczęściej rany da-
dzą się zaszyć, nie powodując większego zwężenia światła; w przypadkach
obszerniejszych ran, oraz ogołocenia kiszki z krezki, resekcya okaże się niezbe-
dną; tylko w przypadkach wyjątkowych, gdzie z bardzo obszernymi uszko-
dzeniami mamy do czynienia, lub gdzie stan chorego wymaga jaknajśpieszniej-
szego ukończenia operacyi, zdecydujemy się na sztuczny odbyt. Przedewszy-
stkiem, znalazłszy ranę, należy rozpoznać, czy są w jej otoczeniu jakie ślady
wystąpienia zawartości? w czem zarówno węchem, jak wzrokiem kierować się
należy. Operując wcześniej, gdy ranioną pętlę zastajemy jeszcze mniej lub
więcej skurczoną odruchowo, lub nawet później, przy względnym braku za-
wartości w odpowiednim odcinku przewodu pokarmowego, możemy otoczenie
rany zastać wolne od wszelkiego zanieczyszczenia; w przeciwnym razie, jeżeli
tylko zanieczyszczenie kałowe (*épanchement stercoral*) nie uogólniło się jeszcze,
należy uczynić wszystko, co jest w naszej mocy, aby cząstki kału przez same
rękoczynny operacyjne nie zostały przeniesione do innych miejsc otrzewny,
a zwłaszcza do jamy małej miednicy, skąd najtrudniej je wypłukać. Najnie-
korzystniej pod tym względem zachowują się rany jelit; łatwiej uchronić się
zanieczyszczenia z rany okrężnicy, a nawet żołądka. Następnie zwrócimy uwa-

gę na to, czy w pobliżu rany nie znajdziemy ciał obcych, w postaci cząstek ubrania i t. p., przez pocisk do jamy brzusznej wprowadzonych, albo też samego pocisku. Jeżeli pierwsza rana, którą napotkaliśmy, jak to często bywa, przedstawia się w postaci niewielkiej szpary, a w otoczeniu najbliższym brak jest zmięddeń lub widocznych zmian urazem spowodowanych, a grożących zgorzelą, wtedy najpraktyczniej będzie zaraz tę ranę zaszyć, a pętlicę starannie ciepłą wodą sterylizowaną opłukawszy, z rąk wypuścić. Stosownie do tego pod jakim kątem do osi pocisk uderzy kışkę i w jakim oddaleniu od osi wypadnie linia strzału, raniącego kışkę, możemy napotkać najróżnorodniejszej doniosłości uszkodzenia, poczynawszy od powierzchownych obrażeń, które błonę śluzową pozostawiły w całości, aż do bardzo ciężkich przypadków z długą raną w kışce zmięddzonej i równoczesnem oddzieleniem krezki. Nawet najpowierzchniwsze obrażenia powinny być zaszywane *lege artis*. Jeżeli rana jest okrągła (*en emporte-pièce*), lub ma kształt utrudniający dokładne zaszywanie, wtedy należy brzegi eliptycznie przykroić, z dłuższym wymiarem elipsy odpowiadającym podłużnej osi kışki; jeżeli jednak rana jest już podłużna lub w kształcie szpary w kierunku poprzecznym do osi ³⁹⁾, to w tym samym kierunku ją zaszyjemy. Zaszywając kışkę, rozważyć należy, czy zwężenie przez szew spowodowane, nie będzie zbyt znaczne.

CHAPUT ⁴⁰⁾, chcąc uniknąć niebezpieczeństw resekcji w przypadkach, gdzie rany kışek są zbyt wielkie, aby je przez proste zaszywanie zamknąć można, projektuje nową metodę, którą nazywa *la greffe intestinale*. Gdy mianowicie rana w kışce jest wielka i zajmuje więcej niż $\frac{1}{4}$ obwodu, chirurg ten radzi zamykać otwór przez naszywanie zdrowego miejsca pętlicy, leżącej o 15 - 20 ctm. powyżej lub poniżej rany. W przypadkach podwójnego przedziurawienia, z jednej strony naszywa górną pętlicę, z drugiej dolną; jeżeli pojedyncze lub podwójne przedziurawienia leżą w pobliżu krezki, to krezkę samą naszyć można, lub na jedną ranę krezkę, a na drugą sąsiednią pętlicę. Jeżeli dwie rany są tuż przy sobie, wtedy mostek pomiędzy nimi wycina i postępuje podobnie jak z pojedynczą. Z okrężnicą postępuje podobnie jak z jelitem. Sąd o metodzie tej należy jeszcze do przyszłości; CHAPUT wykonywał ją na psach i otrzymał 100% wyzdrowień (na kilkadziesiąt przypadków tylko 2 rany postrzałowe).

Przy większej ilości ran, blisko siebie leżących, chirurdzy po większej części wycinali dany kawałek kışki. Resekcji również uniknąć nie zdołamy wobec ran większych, z rozleglejszemi zmięddzeniami ściany kışkowej i z pęknięciami o brzegach szarpanych, jakie się zdarzają przy wystrzałach *à bout portant*. Pociski z wielką hyżością z nowoczesnej broni palnej wyrzucone także wielkich uszkodzeń bywają powodem, zwłaszcza, gdy dość obfita jest płynna zawartość organu; obszerne pęknięcia ściany kışki, które się w tych razach tuż przy ranie, a nawet na pewnem oddaleniu napotyka, tłomaczą się wybuchowem działaniem małokalibrowej broni (*effets explosifs* — KOCHER, DELORME, HARBART i inni).

³⁹⁾ Patrz rana poprzeczniczy w podanym niżej przypadku N-r 1.

⁴⁰⁾ H. Chaput. Traitement des plaies de l'intestin. Gaz. des hôpitaux. 1891. N-r 138.

Tenże. Des plaies de l'intestin. Rapport par le D-r Gérard-Marchant. Bull. et mém. de la soc. de chir. T. XVIII.

Tenże. Technique et indications des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires. Paris. 1892.

Wielkiej rozwagi wymagają rany kiszki, powikłane przez oderwanie krezki, a także znaczniejsze rany samej krezki. Nie wiemy dokładnie, jakie oderwania krezki i w jakich warunkach znosi kiszka człowieka. SCHACHNER (*Louisville*), ORECCHIA i CHIARELLA, ZESAS ⁴¹⁾ starali się wyjaśnić sprawę przez doświadczenia na psach. Ze względu na doniosłość sprawy przytaczamy tu wnioski, do których doszedł ZESAS, a które choć na psach otrzymane, w danym razie nie zawadzi mieć w pamięci:

1) Jeżeli krezka została tuż przy kiszce oderwana, to nawet przy nienaruszonej kiszce odpowiedni jej odcinek winien być wycięty, gdyż w przeciwnym razie niewątpliwie obumrze.

2) Jeżeli przerwanie krezki nastąpiło w pewnym oddaleniu od kiszki (2—3 ctm. lub dalej), wtedy wycięcie kiszki nie jest potrzebne, o ile kiszka odżywia się przez anastomozy naczyń krezkowych, poniżej rany leżących.

3) Im dłuższa jest przestrzeń, na której krezka od kiszki oddzielona została, tem większe niebezpieczeństwo zgorzeli.

4) Zarówno jelito jak okrężnica znoszą dobrze oddalone od kiszki przerwanie krezki.

Szczegółowe uwzględnienie techniki operacyjnej wychodzi po za plan, któryśmy sobie nakreślili; niektórych wszelako momentów techniki nie możemy całkowicie pominąć. W celu zamknięcia drobnych ran przewodu pokarmowego podał jeszcze A COOPER, pierwotnie przez J. COOPER'a stosowaną metodę, polegającą na lejkowatym wyciągnięciu szczypczykami drobnej rany i nałożeniu powyżej rany ligatury jedwabnej; nakształt tego jak podwiązujemy naczynia krwawiące. Wykonywano rękoczyn ten z powodzeniem; sami niedawno byliśmy tego świadkiem, pomimo to głosujemy za zupełnem zarzuceniem go na korzyść powszechnie używanej, a racjonalnej metody. Tą powszechnie obecnie używaną metodą, nawet dla najdrobniejszych obrażeń, jest szew LEMBERT'a, zmodyfikowany przez CZERNY'ego. JOBERT i LEMBERT używali pierwotnie tylko szwu węzłkowego; wielu obecnie nakłada pierwszy szew ciągły, a drugi węzłkowy. Szew ciągły w obu rzędach upowszechnia się atoli coraz więcej i z czasem zupełnie przewyższy zarzuty, jakie mu robiono (1. że ściąga kiszkę i jest niepodatny przy zmianach w świetle; 2. że stranguluje tkanki i pogarsza odżywianie złaczonych odcinków; 3. że może się całkiem rozejść, jeżeli jeden ze ściągów puści). Szyjąc, baczyć należy, aby zbyt szeroko powierzchni surowiczych nie łączyć przy szwie kolistym, gdyż nadbyt szeroki pierścień może być przeszkodą w świetle kiszki. Pokrywanie ukończonych szwów kiszkowych przez naszywanie kawałków sieci, według SENNA'a, BRIGGS'a i innych amerykańskich chirurgów, o ile mi wiadomo, nie znalazło jeszcze u nas naśladowców, zasługuje jednak na wypróbowanie w przypadku, kiedy dla różnych okoliczności z niepokojem wypadłoby kiszkę zaszytą wpuścić do jamy brzusznej. Najodpowiedniejszym materiałem do szwu jest najcieńszy jedwab (*chinesische Rohseide*); katgut nie może być równie ciekim, jest też trudniejszym do otrzymania w stanie bezwzględnej czystości. Igły winny być dostatecznie cienkie; zdaje się, że igły okrągłe z końcem trójgrańcowym (*Trocartnadeln* ⁴²⁾) zasłu-

⁴¹⁾ Zesas. Ueber das Verhalten des von seinem Mesenterium abgelösten Darms. Eine experimentelle Studie. Archiv für Chirurgie. 1886. H. 2.

⁴²⁾ Igły takie kupowałem w Wiedniu u Thürriegla; sądzę, że obecnie wszędzie ich dostanie.

gują na rozpowszechnienie. Igłonosz lekki powinien łatwo i bez wstrząśnienia wypuszczać igłę.

Resekcja кишки zawsze sporo czasu zabiera, a zetknięcie otrzewny na znacznej przestrzeni i przez czas dłuższy, jużto z powietrzem, jużto z ciepłymi, a zmienianymi w pewnych odstępach czasu kompresami, jest niewątpliwie czynnikiem szkodliwym. Na tej zasadzie pozwalamy sobie zaproponować niejaką zmianę w planie operacji, jeżeli jednym z jej aktów ma być resekcja кишки. Biorę konkretny przypadek rany postrzałowej brzucha: po otwarciu jamy brzusznej napotykamy obszerną ranę jelita, która już dała wstęp zawartości kiszkowej do jamy otrzewny i która zmusza do resekcji; pierwszym wtedy obowiązkiem jest uczynić tę ranę nadal nieszkodliwą przez wydobyć jej na zewnątrz, nałożenie tymczasowych ligatur, zamykających światło po obu stronach rany i tuż przy niej, oplukanie staranne pętlicy na zewnątrz jamy brzusznej, zawinięcie w ciepły i dosyć gruby kompres z gazy jodoformowej i oddanie pomocnikowi; wtedy dopiero przeglądamy szybko wszystkie trzewa i znalazłszy mniejszą ranę lub obrażenie кишки, zaszywamy je natychmiast i przystępujemy do oczyszczenia jamy brzusznej (*toilette*); następnie zmieniamy kompres na pętlicy, przeznaczonej do resekcji i zaszywamy ostatecznie jamę brzuszną, pozostawiając ją w odpowiednim miejscu niezasytą na tyle, ażeby pętlica do resekcji przeznaczona mieściła się w niej wygodnie. Teraz dopiero proponujemy przystąpić do resekcji, po ukończeniu której odpowiednia pętlica zostanie wpuszczoną do jamy brzusznej, rana zaś powłok operacyjna do reszty zaszyta. Ten porządek operacji, *mutatis mutandis* co do toalety i drenowania, w wielu przypadkach da się zachować. Dalecy naturalnie jesteśmy od zalecania go tam, gdzie długość krezki (okrężnica, dwunastnica), a może i grubość powłok brzusznych temu się sprzeciwia. Najczęstsze przypadki resekcji wskutek urazu dotyczą właśnie kiszek cienkich, przypadki te prawie zawsze będą połączone z przejściem zawartości do otrzewny (*épanchement*); nie jest bynajmniej rzeczą obojętną dla chorego, zwłaszcza, gdy wcześniej operujemy, czy toaletę zrobimy na początku operacji, czy dopiero po resekcji; różnica, stosownie do przypadku i zręczności operującego, może wynieść godzinę lub więcej, a wiemy, że dla otrzewny w tych razach: czas, to życie. Nareszcie jest to dla chorego zyskiem, którym nie należy pogardzać, jeżeli znaczna część otrzewny będzie stygła lub znajdowała się w zetknięciu z powietrzem, serwetami lub rękami $\frac{1}{2}$ godziny zamiast dwóch. Czy i o ile tego samego planu operacji korzystnie byłoby trzymać się przy innych wskazaniach do resekcji (np. obumarcie кишки wskutek zawrotu lub uwięźnięcia), nie chce rozstrzygać. Co do krwawień z ran krezki operacyjnych lub urazowych, należy jeszcze dodać, że krezki *en masse* podwiązywać nie wolno; każde naczynie krwawiące powinno być podwiązane osobno. Przy wykonywaniu resekcji wycinanie klina z krezki jest zbyt cennym. MAC CORMAC już przed kilku laty zalecał pozostawiać kreskę w całości, jeżeli mały kawałek кишки jest resekowany; niedawno KOCHER rozszerzył ten sposób postępowania i do obszernych resekcji. Zbývający po zaszyciu кишки odcinek krezki zostaje złożony w postaci fałdy, którą na wolnym brzegu się zaszywa, aby nie pozostawić luki pomiędzy kreską a kreską.

Wiele czyniono usiłowań, aby skrócić czas trwania samego aktu łączenia odcinków resekowanej кишки, lub też uczynić połączenie to pewniejszym (JOBERT, MADELUNG, NEUBER i inni). Równolegle do usiłowań tych, technika znajdowała się w różnych fazach przejściowych, atoli dotychczas kolisty szew

odcinków bywał ogólnie stosowany. Dopiero w najnowszych czasach chirurdzy amerykańscy, wysunawszy na pierwszy plan postulat szybkości, z sobie tylko właściwą werwą poczęli podawać różne mniej lub więcej udatne projekty, z których coś jednak już przeszło i do Europy, jako istotny dorobek na polu techniki chirurgicznej. Erę na tej drodze stanowi zjazd międzynarodowy w Washingtonie r. 1887, na którym N. SENN z Milwaukee wystąpił z doświadczalną pracą swą, dotyczącą szwu kiskowego przy pomocy odwapnionych płytek kostnych. Metoda ta, pomyślana pierwotnie przez autora do gastroenterostomii, anastomozy kiszek z resekcją i bez tej ostatniej, wkrótce przez RUD. MATAS'a z Nowego Orleanu została zastosowana do kolistego szwu po resekcji, ze zmianą płytek odwapnionych na kółka z katgututu. ABBE, BROKAW i PILCHER, DAVIS proponowali różne modyfikacje kółek lub pierścieni w tym samym celu. W r. 1889 braliśmy udział w doświadczeniach, które robił na psach v. EISELSBERG. Poddawaliśmy próbie gotowe do użycia pierścienie, przysłane do kliniki BILLROTH'a przez BROKAW i PILCHER'a. Każdy pierścień składa się z czterech kawałków drenu lub kateteru NÉLATON'a, złączonych w podatne kółko przez kilka obrotów grubego katgututu, przewleczonych przez światło owych odcinków drenu. Na czterech biegunach pierścienia, w miejscach, gdzie odcinki drenu stykają się, nitka jedwabna jest uwiązana na katgututowem kółku; cztery te nitki są uzbrojone w igły. Cała operacja z resekcją кишки trwała w ten sposób mniej niż 30 minut. Rezultaty wogóle były dobre; w przypadkach pomyślnych po 5 - 7 dniach kawałki kauczuku odchodziły z wypróżnieniami. Trudności z należytem pomieszczeniem kółka w świetle kikuta nie było, wbrew temu co utrzymują autorowie przez BARĄCZA (patrz niżej) w odnośnej pracy cytowani. Zdaje się jednak, że z rozmaitych modyfikacji odnośnego postępowania płytkowy szew SENN'a ze skaryfikacją powierzchni surowiczych lub bez tej ostatniej, bez względu na materiał na płytki użyty (brukiew według BARĄCZA), ma najwięcej widoków rozpowszechnienia. Mamy tu także na myśli bardzo gorąco przez SENN'a zalecany sposób resekcji, który składa się z trzech momentów: wycięcie кишки, ślepe zaszywanie resekowanych końców, każdego z osobna, a następnie wykonanie zapomocą płytkowego szwu bocznej anastomozy. Polskiego czytelnika, któryby zapragnął dowiedzieć się szczegółów o szwie płytkowym SENN'a, odsyłam do pięknej, krytycznej pracy R. BARĄCZA ze Lwowa, zubożonej przez autora własnymi doświadczeniami ⁴³⁾.

Jeżeli jest widocznem, że jama otrzewnowa przez zawartość przewodu pokarmowego nie została zanieczyszczona, należy zaniechać wszelkiego jej przepłukiwania; w przeciwnym razie użyć t. zw. fizyologicznego roztworu soli (FRITSCH). W przypadkach czystych wszelkie drenowanie jest zbyteczne; w przypadkach z otrzewną zanieczyszczoną przez kał drenowanie jest konieczne; wątpliwe przypadki należy zaliczyć do zanieczyszczonych, wymagających jeżeli nie toalety, to przynajmniej drenowania. Najlepszym, jak dotąd, jest sposób, podany przez MIKULICZA, gaza jodoformowa, z której się przyrządza worek MIKULICZA, może jednocześnie być tamponem, zwłaszcza, gdy mamy do czynienia z krwawiącą raną organu mięsistego.

Co do okresu pooperacyjnego, to nadmieniamy tylko, że spokój i dyeta powinny być ściśle przestrzegane. Transportowanie chorego, nawet podczas

⁴³⁾ R. Barącz. O wartości enteroanastomozy zapomocą szwów płytkowych Senn'a w chirurgii żołądka i jelit. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1892. Z. 4 i 1893 Z. 1.

wojny, nie może być dozwolone. Stosowania makowca w okresie pooperycyjnym należy zupełnie zaniechać, jako wręcz szkodliwego; przeciwnie środki pobudzające są tem bardziej właściwe, że dyeta musi być zachowana.

W niektórych przypadkach, nawet już w rekonwalescencji występujące objawy alarmujące mogą zmusić do ponownego otwarcia jamy brzusznej. Wszelkie ropne sprawy otrzewnowe, jakoteż zewnątrzo-trzewnowe, któreby w tym okresie powstały, wymagają niezwłocznego wydalenia ropy i zapewnienia odpływu; niekiedy, jak kazuistyka pokazuje, jeszcze w ten sposób ratowane bywało życie, pozornie już utracone. (D. n.).

WYKŁADY KLINICZNE.

B. S. SCHULTZE, prof. w Jenie.

O leczeniu uporczywych tyłozgięć macicy.

Streścił A. Winawer.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 29).

Nieraz jednak spostrzega się uporczywe tyłozgięcia macicy, bądź przy odprowadzaniu których napotyka się przeszkody, bądź też takie, które po odprowadzeniu macicy, pomimo najdokładniej i odpowiednio do przypadku założonego wianka, wracają do położenia wadliwego.

Przez dokładne śledzenie dwuręczne, stosowano jednocześnie przez odbytnicę, pochwę i ścianę brzucha przekonać się można, iż przeszkodę podczas odprowadzania macicy tyłozgiętej, stanowią bądź szerokie przyrosty na powierzchni macicy, bądź taśmowate powrózki, które przyklejają macicę do tylnej ściany miednicy lub odbytnicy, a jajowody wraz z jajnikami do dna lub fałd DOUGLAS'a lub też wreszcie do bocznej ściany miednicy.

W innych przypadkach rozpoznać można, iż jakkolwiek macica i narządy przydatkowe wolne są od przyczepin, lecz macica natychmiast lub wkrótce po odprowadzeniu wraca do położenia wadliwego. Przeszkodę w tych przypadkach stanowią zmiany powstałe w tkance łącznej podotrzewnowej lub też w podścielisku łącznotkankowem otrzewnej w postaci blizn i bliznowatego przykrócenia się otrzewnej, pokrywającej macicę oraz wyścielającej narządy i ściany miednicy po ostrem lub przewlekłym zapaleniu około i zamacicznym.

Wskazania do leczenia właściwego zależne są od zmian, jakie się w danym przypadku tyłozgięcia zastaje.

Zmiany te, podług S., jak już wspomniano, stanowią:

A. Przyrosty otrzewnowe i powrózki,

B. Blizny i bliznowate przykrócenia w tkance zamacicznej lub w otrzewnej i

C. Rozluźnienie normalnych przyczepów macicy.

A. Przyrosty otrzewnowe oraz powrózki leczy S. bądź na drodze operacyjnej, bądź zapomocą mięsienia podług metody THURE BRANDT'a. Metody operacyjne stanowią: a) rozerwanie przyrostów podług sposobu SCHULTZE'go i b) usunięcie przyrostów przez cięcie brzuszne i unieruchomienie macicy od przodu.

Rozrywanie przyrostów podług sposobu SCHULTZE'go odbywa się w głębokiej narkozie przez wprowadzenie palców ręki lewej do pochwy lub odbytnicy, a nawet przez wprowadzenie palca do rozszerzonej uprzednio jamy macicy, podczas gdy ręką prawą działa się przez ścianę brzuszną.

Metodzie tej SCHULTZE'go początkowo a nawet i obecnie czynią zarzuty, iż wymaga od ginekologa gruntownego rozpoznania, subtelного dotyku i niezwykłej zręczności w palcach, lecz sposób ten ma ważne znaczenie lecznicze, jak to uznają FRITSCH, KUESTNER, SAFNGER, SCHANTZ, KLOTZ i inni.

Przyrosty usuwa również S., stosując mięsienie podług metody THURE BRANDT'a i podaje ciekawy przypadek, w którym mocnych i szerokich przyrostów macicy tyłozgiętej i narządów przydatkowych, pomimo dwukrotnie stosowanej poprzedniej meto-

dy, rozerwać się nie dało, a które THURE BRANDT, do którego S. chorą zwrócił, zapomocą mięsienia usunął.

Gdy na tej drodze przyrosty rozerwać się nie dadzą, należy je usunąć przez cięcie brzuszne, jak to podali OLSHAUSEN, CZERNY, LEOPOLD, KLOTZ, SAENGER. Po przecięciu ściany brzusznej i oddzieleniu przyrostów otrzewnowych zapomocą noża lub żegadła (KUESTNER) należy bądź macię przyszyć do przedniej ściany brzucha, bądź skrócić więzadła obłe (WYLIE) lub fałdy DOUGLAS'a (FROMMEL), bądź wyciągnąć więzadła obłe z kanału pachwinowego i skrócić je (ALQUIÉ), bądź wreszcie założyć do pochwy wianek, który utrzyma już macię w położeniu prawidłowem (KUESTNER). S. sądzi w ogólności, iż wybór poszczególnego sposobu zależy przedewszystkiem od przypadku; za najwłaściwszy jednak sposób uważa skrócenie fałd DOUGLAS'a lub założenie do pochwy wianka, lecz wtedy tylko, gdy się ma pewność, iż po usunięciu przyrostów trzonu macicy oprócz rozluźnienia więzadeł żadna inna przyczyna tyłozgięcia macicy nie wywołuje. Gdy jednak bliznowate przykrócenie otrzewnej lub blizny podotrzewnowe unieruchomiją szyję od przodu, wtedy po usunięciu przyrostów otrzewnowych, unieruchamiających trzon macicy tyłozgiętej i odprowadzenia macicy, wianek nie wystarczy i należy trzon macicy przymocować do przedniej ściany brzucha zapomocą któregośkolwiek z wyżej podanych sposobów.

B. Bliznowate otrzewnowe i podotrzewnowe przykrócenie i bliznowate powrózki w tkance zamacicznej nie stanowią przeszkody podczas ręcznego odprowadzania macicy, lecz oddziałują ujemnie na ustalenie macicy w położeniu prawidłowem; powrózek, przebiegający od szyi macicznej ukośnie w kierunku do osi kości siedzeniowej, może stanowić podobną przeszkodę.

Podług S. leczenie, ułatwiające wchłonięcie wypocin, może rozmiękczyć i nieraz rozciągnąć tego rodzaju niezbyt zadawnione bliznowate przykrócenia, a tem samem stanowi leczenie pomocnicze; również wianki asymetrycznie wygięte ulgę przynieść mogą, lecz dopiero rozciąganie ręczne blizn i bliznowatych przykróceń, zalecane już poprzednio, od czasu wprowadzenia metody THURE BRANDT'a zyskało bardzo rozpowszechnienie i pożyteczne zastosowanie. S. od lat czterech sporo przypadków poddawał mięsieniu, a rozciągając w ten sposób przyrosty i stosując jednocześnie wianki, otrzymał świetne wyniki.

S. przypisuje ważne znaczenie temu połączeniu rozciągania ręcznego czyli t. zw. mięsienia podług THURE BRANDT'a i zakładaniu wianka do pochwy. Gdy podczas mięsienia, mówi S., rozciągniemy bliznę i macię odprowadzimy, wraca ona szybko do dawnego położenia, lecz gdy po wykonaniu mięsienia założymy wianek, lub, jeżeli chora wianka jeszcze nie znosi, zastosujemy tamponowanie, które to zabiegi mają na celu utrzymanie macicy w przerwach pomiędzy jednym a drugim posiedzeniem mięsienia w położeniu prawidłowem, wtedy w krótkim przeciągu czasu dopniemy zamierzony cel. Leczenie przyrostów podług tego sposobu zaleca oprócz SCHULTZE'go również i PROCHOWNICK.

Różnorodne sposoby leczenia tyłozgięć unieruchomionych, jako to: rozrywanie przyrostów, mięsienie czyli rozciąganie ręczne, zakładanie wianków, stosowanie leków i środków, mających na celu wchłonięcie nacieków i wszelkie sposoby leczenia operacyjnego nie wyłączają się bynajmniej, przeciwnie zaś popierają i dopełniają się wzajemnie, a jeżeli w wielu przypadkach jeden z wymienionych sposobów jest dostatecznym, natomiast w przypadkach ciężkich połączenie tych sposobów daje wyniki najszybsze, najlepsze i najtrwalsze. Sposób leczenia SCHULTZE'go tych przypadków tyłozgięcia macicy, w których macica po odprowadzeniu i założeniu wianka wraca do położenia wadliwego lub też, w których wianek wskutek ucisku, jaki wywiera, przez chorą znoszony być nie może, jest następujący: po odprowadzeniu macicy w położeniu chorej w raczka, należy pochwę mocno wytamponować, ażeby zaś szyja macicy nie mogła się ku przodowi przesunąć, tamponować przeważnie przednio, a nie tylnie sklepienie pochwy. S. używa w tym celu waty salicylowej 4%, lub też waty napojonej gliceryną, roztworem jodku potasu lub ichtyolem. Wata pozostaje w pochwie przez 3—4 dni, przyczem należy sprawdzać, czy skutek pożądaný wywiera; w przeciwnym bowiem razie po upływie doby należy tampon usunąć.

Po zbadaniu chorej pod chloroformem i przekonaniu się, iż niema przeszkody w odprowadzeniu macicy lub po usunięciu przeszkody, gdy kilkakrotnie już macię sposobem ręcznym odprowadzono, należy następnie odprowadzać macię podług sposobu KUESTNER'a lub też zapomocą zgłębnika wprowadzonego do jamy macicy.

W tym celu po przestrzyknięciu i rozszerzeniu w razie potrzeby kanału szyi macicznej, przekonawszy się, iż błona śluzowa macicy nie ulega zbyt łatwo obrażeniu i nie jest nadczulną, S. posilkuje się giętym zgłębnikiem lub z lekka zagiętym pręcikiem metalowym okrągłym i stożkowato zakończonym 5—7 mm. średnicy mającym, zachowując przytem bezwzględną aseptykę, by śluzu pochwowego nie przenieść do jamy macicy.

Po ułożeniu chorej w raczka wprowadza S. do pochwy wziernik Sims'a, ściągając przednią wargę macicy nieco ku dołowi, wprowadza pręcik do jamy macicy, a wykonawszy powoli obrót naokoło osi, unosi trzon macicy z próżni miednicy ku górze. Po usunięciu narzędzi i ułożeniu chorej na sofce, odprowadza S. dwuręcznie macicę do przodozgięcia, poczem w ciągu 2—4 minut stosuje mięsienie, a następnie zakłada wianek lub po ułożeniu chorej w raczka tampon do pochwy.

Podczas miesiączki S. nie wprowadza wacików do pochwy, lecz stara się zapomocą wianka utrzymać macicę w położeniu prawidłowem i stosuje w tym okresie mięsienie w dalszym ciągu; przekonał się bowiem, iż dłuższa przerwa w mięsieniu ujemny wpływ wywiera na wynik leczenia. Z tej również przyczyny S. odbywa mięsienie przy obecności w pochwie wacika lub wianka.

Gdy macica, po usunięciu przyrostów przy zastarzanych postaciach tyłozgięć, kształt swój wadliwy chętnie przyjmuje, pomimo iż szyja maciczna w tylnej okolicy miednicy utrzymać się daje, wtedy S. stosuje oprócz wianka pochwowego i wianek wewnątrzmaciczny. Wianek ten z kości słoniowej lub z celluloidu nie powinien być ani zbyt cienki (5 mm.) ani zbyt długi (5,5 cm.). Przed wprowadzeniem wianka wewnątrzmacicznego należy zbadać, czy błona śluzowa macicy nie jest nadczulną, a po założeniu wianka sprawdzić, czy ona nie krwawi i czy wogóle niema odczynu. Oprócz wianka wewnątrzmacicznego, zakłada S. jednocześnie do pochwy wianek ósemkowy.

W ostatnich kilku latach przy uporeczywych tyłozgięciach macicy S. odbywał również mięsienie po założeniu wianka wewnątrzmacicznego. Ten, kto z niezmordowaną cierpliwością, mówi S., codziennie przez szereg tygodni i miesięcy odbywa mięsienie podług THURE BRANDT'a przy uporeczywych tyłozgięciach macicy, zdziwi się niepomieranie, gdy spostrzeże, że macica przy mięsieniu, po założeniu wianka wewnątrzmacicznego do macicy, a wacika napojonego roztworem ichtyolu do pochwy, w przerwach pomiędzy jednym a drugim posiedzeniem mięsienia, nie wraca do położenia wadliwego.

Mięsienie przy wianku wewnątrzmacicznym odbywa S. w ciągu 30—36 posiedzeń, a następnie odbywa jeszcze w ciągu tygodnia mięsienia przy wianku założonym do pochwy.

Leczenie to zapewnia znacznie korzyści, należy jednak zwracać baczną uwagę, czy wianek wewnątrzmaciczny nie wywołuje podrażnienia, a wtedy należy wianek usunąć.

Jakkolwiek S. podaje, iż wyniki leczenia zapomocą tego sposobu są b. dobre, przestrzega jednak, by metody przez niego podanej lekkomyślnie nie stosować.

Jeżeli samo mięsienie THURE BRANDT'a, mówi S., nieumiejętnie stosowane może wiele szkody wyrządzić, to tembardziejżej sposób ten SCHULTZE'go może się stać niebezpiecznym dla chorej, jeżeli będzie zastosowany nieumiejętnie, niewprawnie, niestannie, lub też w niewłaściwych warunkach.

Leczenie na drodze operacyjnej bezpośrednio w celu usunięcia blizn zamacicznych i pozaotrzewnowych, dotychczas stosowane nie było, pośrednio zaś rękoczyn chirurgiczne przy zmianach tego rodzaju mogą dać wyniki dodatnie.

Blizny, które unieruchamiają szyję maciczną od przodu lub z boku w wielu przypadkach powstają, jak wiadomo, wskutek pęknięcia szyi macicznej podczas porodu. Niektóre z tych pęknięć sięgają do sklepienia pochwy, a nawet do tkanki zamacicznej, blizna przeto sięga również do tej samej wysokości, inne pęknięcia nie sięgają tak wysoko, lecz zapalenie tkanki, które się w pòłogu przyłącza, pozostawia bliznę, unieruchamiającą szyję maciczną.

Dla usunięcia pęknięcia szyi stosuje się, jak wiadomo, rękoczyn EMMET'a; otóż wielu autorów przytacza, iż rękoczyn ten wywiera wpływ dodatni, a nawet usuwa tyłozgięcie macicy. VAN de WARKER podaje, iż z 31 przypadków pęknięcia szyi macicznej, operowanych sposobem EMMET'a, z których w 27 było jednocześnie tyłozgięcie macicy, w 11 przypadkach nastąpiła poprawa w położeniu macicy. To samo potwierdzają VUILLET, DUDLEY, SAINCLAIR, SAENGER i MARTIN. Skutek ten dodatni po

iękoczynie EMMET'a przypisać należy tej okoliczności, iż po usunięciu blizny ze szyi macicznej, macica staje się ruchomą, a szyja wraca do położenia prawidłowego.

W przypadkach tyłozgięcia macicy, powikłanych bliznowatą unieruchomieniem szyi macicznej, w których blizna sięga do tkanki zamacicznej, zaleca S. wycięcie blizny ze szyi macicznej i sklepień pochwy za pomocą cięcia półksiężycowego podług MARTIN'a, niezależnie od tego czy w przypadkach tych jest wskazanie do rękoczynu EMMET'a, czy też nie. Przy krótkości przedniej ściany pochwy, wywołującej tyłopochylenie i tyłozgięcie macicy, radzi S. wykonywać rękoczyn SKUTSCH'a. Rękoczyn ten polega na poprzecznym cięciu przedniej ściany pochwy, rozciągnięciu brzegów rany ku górze i dołowi i poprzecznym nałożeniu szwów, aby blizna miała kierunek podłużny. Po wydłużeniu w ten sposób przedniej ściany pochwy, szyja maciczna da się ku tyłowi przesunąć, poczem należy założyć wianek ósemkowy SCHULTZE'go.

Gdy zapomocą wymienionych sposobów tyłozgięcia macicy usunąć się nie dają, nie pozostaje nic innego, jak unieruchomić trzon macicy od przodu. W tym celu zaleca S. w odpowiednich przypadkach skrócenie więzadeł obłych podług sposobu ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS'a; metodzie zaś SCHUECKING'a przyszłości nie wróży. Metoda ta, jak wiadomo, polega na przeprowadzeniu nitki zapomocą igły SCHUECKING'a przez kanał szyi i jamę macicy, wkłócić igły w przednią ścianę trzonu macicy i wyklócić igły w przednim sklepieniu pochwy, poczem wiąże się końce nitki, aby macicę ustalić w prawidłowym położeniu przodozgięcia.

Najbardziej rozpowszechniony w ostatnich czasach rękoczyn polega na cięciu brzuszno, przyszyciu dna macicy lub kątów jajowodowych do przedniej ściany brzucha.

Wiadomo, iż dawniej, przez traktowanie szypuły sposobem zewnątrzotrzewnowym, unieruchomiano tym sposobem jednocześnie macicę, a tem samem wyleczono nie jeden przypadek tyłozgięcia lub opuszczenia macicy. Wyłącznie w tym celu dokonał rękoczynu KOEBERLE a następnie HENNIG-OLSHAUSEN, CZERNY, LEOPOLD, SAENGER zaczęli przyszywać macicę do przedniej ściany brzucha, nie usuwając jajników; a KALTENBACH i KELLY stosowali ten rękoczyn bez otwarcia otrzewnej.

Wskazania do cięcia brzuszno mogą być podług S. dwojakie, zależnie od tego, czy przeszkodę w odprowadzeniu macicy stanowi unieruchomienie trzonu macicy w tylnej okolicy, czy też unieruchomienie szyi macicznej w przedniej okolicy miednicy.

S. uważa ten sposób leczenia tyłozgięć macicy za *ultima ratio*.

W większości przypadków cięcia brzuszno przy tyłozgięciu macicy unieruchomieniem dokonano tego rękoczynu z powodu pierwszego wskazania, a po usunięciu przyrostów trzonu macicy, przyszywano go do przedniej ściany brzucha. W jednym tylko z ogłoszonych przypadków KUESTNER po usunięciu przyczepin nie przyszył macicy, lecz założył wianek do pochwy. S. jest tego zdania, iż w wielu przypadkach tyłozgięcia macicy jedynym wskazaniem do cięcia brzuszno było usunięcie przyczepin trzonu macicy, w innych zaś przypadkach zachodziło drugie jedynie wskazanie, a mianowicie by unieruchomić trzon macicy od przodu.

Wskazanie do wykonania rękoczynu stanowić mogą zdaniem S. te przypadki unieruchomienia szyi macicznej, w których nie udało się unieruchomić szyi macicznej, lub też te, w których zależało na usunięciu jednoczesnym przyczepin trzonu macicy (przez cięcie brzuszno, lub też bez niego), wreszcie te, które stanowiły jedyną przyczynę tyłozgięcia. W innych warunkach bardziej odpowiada wskazaniom rękoczyn SKUTSCH'a MARTIN'a lub ALQUIÉ'ego.

W zakończeniu mówi S., iż głównem jego dążeniem było od lat wielu i jest obecnie, aby leczenie uporczywych tyłozgięć macicy udoskonalić, nie uciekając się do cięcia brzuszno; przyznaje jednak, iż nie zawsze się to udaje, jak o tem przekonują przypadki KUESTNER'a i SAENGER'a, w których nawet zupełnie ruchoma macica stanowiła wskazanie do cięcia brzuszno i przyszycia trzonu macicy do przedniej ściany brzucha.

Wskazania do leczenia tyłozgięć macicy mówi S. nie mogą być ściśle ustalone, należy się w tym względzie kierować zaburzeniami i niebezpieczeństwem, jakie cierpienie wywołuje z jednej strony, z drugiej zaś należy zauważyć, jakie niebezpieczeństwo leczenie to za sobą pociąga i jakie wyniki dodatnie zapewnia.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Prof. Rydygier. O sposobie chloroformowania.

Wykład kliniczny. Warszawa. 1893 r.

Nie ulega wątpliwości, że każdy lekarz powinien umieć dobrze zachloroformować chorego, niestety często się zdarza widzieć, że lekarz nie wie jak się powinno chloroformować, z tych względów ogłoszenie powyższego wykładu uważamy za rzecz bardzo pożyteczną i radzilibyśmy pilne odczytywanie tej pracy tym, którzy nie mieli dotąd sposobności obeznac się zwłaszcza z nowym sposobem chloroformowania, przyjętym w klinice krakowskiej już od lat czterech. Jest to sposób lania chloroformu kropkami, powoli ale ciągle, sposób podany i zalecony przez LABBÉ'go i innych. Pierwszą i najważniejszą zasadą dla chloroformującego jest, aby swoją całą uwagę skierował na chloroformowanie, nowy sposób jest dobry i z tego względu, że zmusza chloroformującego do nieustannego pilnowania swojej czynności. Chloroform naturalnie powinien być czysty, a więc jasny, oddziaływać obojętnie i nie mieć nieprzyjemnego zapachu chlorn, wylany na dłoń albo na papier powinien wyparować bez śladu. Mybyśmy dodali, że chloroform wyparowany na szwedzkiej bibule nie powinien dawać nieprzyjemnego zapachu niedogonu (*Fusel*), przy użyciu takiego niedobrze oczyszczonego chloroformu najczęściej się zdarzają właśnie nagłe i niespodziewane a niebezpieczne omdlenia (*syncope*), chory odrazu blednie, tętno znika, oddechów kilka jeszcze następuje, a później zjawia się bezdech. Do wyciągania języka posługuje się R. zwyczajnym kulociągim o tępych końcach, który daje się łatwo i szybko nawet doprowadzić do przymkniętych ust i którym najpewniej można przytrzymać język. Właściwie wyciąganie języka okazuje się rzadko potrzebnem, jeśli się ostrożnie narkotyzuje i dobrze się umie wykonać zabieg HERBERG'a (uniesienie i wysunięcie szczęki ku przodowi). Przed rozpoczęciem narkozy chorego się uspokaja, należy unikać wszystkiego, co go wzruszyć może, a więc i oczyszczania pola operacyjnego; chorego usypia się w położeniu poziomem, z głową cokolwiek uniesioną. Operacji nie należy wcześniej rozpoczynać, aż chory zupełnie usnie, bo skoro raz się obudzi, trudniej powtórnie zasypia; po skończonej, a ciężkiej operacji nie należy chorego sadzać do opatrunku, gdyż znane są przypadki nagłej śmierci w takim położeniu.

Chorem nakłada się maskę suchą na twarz tak, aby usta i nos były nią przykryte, ale aby obok niej powietrze w dostatecznej ilości dopływać mogło. Potem leje się chloroform kropkami, zwolna, tak, aby na minutę mniej więcej do 12 kropel przypadło, tak długo, aż chory usnie. Skoro to nastąpi, można zredukować ilość kropel na minutę mniej więcej od 4 -- 1.

Mybyśmy tę rzecz określili inaczej, a mianowicie co 5 oddechów lać pięć kropel chloroformu, dopóki chory nie usnie, jeżeli chory zbyt wolno zasypia, albo się ekscytuje, ilość tę podwoić, jeśli zaśnie i śpi spokojnie, ilość do połowy zmniejszyć. Określenie to wydaje się nam dla tego dogodniejszym, że lekarz nie potrzebuje jednocześnie patrzeć na zegarek, a licząc oddechy, czujniej pilnuje, nadto przy naszych doświadczeniach usypiania powolnego kropkami musieliśmy zwykle więcej użyć niż 12 kropel na minutę; może zależało to od gatunku chloroformu (niemieckiego, oczyszczonego za pomocą redestylacji). Przy użyciu chloroformu DUNCAN'a, przy zachowaniu absolutnej ciszy i spokoju ilość 12 kropel na minutę wystarcza, chociaż zaraz do zupełnego uspiania trzeba czekać dłużej niż 10 minut. Ważną niezmiernie zaletą nowego sposobu jest to, że się używa mniej chloroformu, gdy dawniej w ciągu godziny zużywano 100 grm., dziś wystarcza od 20 do 25 grm., zmniejsza się przeto nie tylko bezpośrednie niebezpieczeństwo zatrucia, nadto bez porównania mniej grożą następstwo zaburzenia w organizmie, któreby później śmierć z chloroformu spowodować mogły (stłuszczenie narządów wewnętrznych). Okres pobudzenia trwa krócej, cała narkoza przebiega spokojniej, a wymioty stanowczo nie występują tak często przy tym sposobie podawania chloroformu i nie są tak uporeczywe jak dawniej. Prof. R. zwraca uwagę, aby chloroformujący nie tracił spokoju wtedy, gdy tętno zazwyczaj słabnie na krótko przed chwilą, kiedy chory ma wymiotować; istotnie dla niewprawnego nie łatwą jest rzeczą odróżnić taki stan od niebezpiecznego omdlenia lub zatrzymania oddechu; do pewnego stopnia spraw-

dzianem może być ta okoliczność, że wymioty występują zazwyczaj w chwili przebudzania się chorego, a więc wtedy, gdy już od paru minut nie dolewano chloroformu, jednym słowem, gdy się robi niepotrzebne przerwy w chloroformowaniu dłużej trwające. Zaburzenia oddechowe cięższe zaś zdarzają się wtedy, jeżeli choremu od razu dużą ilość chloroformu na maskę się naleję, a tym sposobem zatamuje się dopływ czystego powietrza.

Przy zaburzeniach w oddychaniu poleca autor między innymi wyciągnięcie kości gnykowej ku przodowi za pomocą ostrego haczyka (KAPELLER) i sztuczne oddychanie sposobem SCHUELLER'a (pociąganie łuków żebrowych ku górze i na zewnątrz, następnie spychanie ich ku brzuchowi). W tym krótkim opisie zdołaliśmy podać niektóre tylko najważniejsze strony wykładu, tym goręcej przeto musimy zachęcić naszych czytelników do zapoznania się z oryginałem.

Wł. Sztejner.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

114. E. LEYDEN. **Cierpienie nerek przy choleryze azyatyckiej.** Zdaniem wszystkich prawie autorów, nerka przy choleryze w przypadkach szybko przebiegających jest na pozór zupełnie niezmienną; w przypadkach mniej gwałtownych—powiększona, przekrwiona z licznymi wybroczynami i zawałami. Z brodawk daje się wycisnąć mętny płyn, zawierający wałeczki i komórki. Pod mikroskopem uderza zmętnienie i stłuszczenie nabłonka. Kłębki niezmiennione, kanaliki moczowe rozszerzone, wypełnione ziarnistą masą i wałeczkami. Do opisu powyższego dodać jeszcze należy ważne spostrzeżenie E. KLEBS'a: rozległą zgorzel krzepnicową komórek nabłonkowych.

Zgadzają się też wszyscy autorowie, że sprawa ta nigdy w stan chroniczny nie przechodzi.

W kwestyi patogenetycznej całego procesu chorobowego występują wyraźnie dwa kierunki. Pierwszy rozwinięty przez GRIESINGER'a i BARTELS'a, uważa go za skutek nadmiernie niskiego ciśnienia krwi i gwałtownej utraty płynów, czyli za niedokrwistość nerki. Kiedy w 1887 r. KLEBS ogłosił spostrzeżenie co do zgorzeli krzepnicowej w nerce cholerycznej, analogia między procesem chorobowym w nerce, a doświadczeniami COHNHEIM'a i LITTEN'a nad podwiązywaniem tętnicy nerkowej stała się zupełną.

Od owego jednak czasu nastąpił zupełny przewrót w panujących zapatrywaniach patologicznych. Miejsce patologii doświadczalnej zajęła całkowicie i niepodzielnie bakteriologia. Lasecznik KOCH'a stał się punktem wyjścia przy badaniu nerki cholerycznej. Z bakteriologii rozwinęła się nauka o ptomainach i toksynach i wpłynęła bardzo na tłumaczenie cholerycznego zapalenia nerek. KLEBS i ANFRECHT szczególnie rozpowszechniali zapatrywanie, że spowodowaniem jest ono przez działanie właściwej lasecznikowi cholerycznemu toksyny, wytworzonej w kanale pokarmowym. ANFRECHT dochodzi do wniosków następujących.

1) Sprawa chorobowa w nerkach występuje niekiedy w najcięższej formie, pomimo że w napadzie cholerycznym brakowało okresu martwiczego.

2) Największym zmianom ulegają brodawki.

3) Zmiany w istocie korowej polegają na rozszerzeniu kanalików moczowych, spowodowane przez zastój w moczu, powstały wskutek zatkania kanalików moczowych w brodawkach.

4) Sprawa chorobowa w nerkach nie daje się objaśnić przez utratę soków i zgęszczenie krwi; staje się ona natomiast zupełnie zrozumiałą, jeżeli przyjąć istnienie wytworzonej przez lasecznika cholerycznego substancji chemicznej, działającej szkodliwie na nabłonek kanalików moczowych w brodawkach nerki.

LEYDEN zbadał pod mikroskopem 4 nerki przysłane mu z Hamburga przez D-ra HEYSE'go, który dołączył do każdej krótką notatką, co do przebiegu cholery.

Reasumując wyniki swych badań, daje autor następujący obraz sprawy nerkowej przy choleryze.

W przypadkach przebiegających gwałtownie, gdzie jednak był bezmocz, nerka nie jest powiększona i mikroskop nie wykazuje w niej zmian głębokich.

W przypadkach o mniej szybkim przebiegu nerka jest przekrwiona, powiększona. Nabłonek kanalików moczowych ulega zgorzeli krzepnicowej. Kanaliki wypełnione są wałeczkami i ziarnistą masą.

W dalszym rozwoju sprawy chorobowej zjawiają się wysięki w torebkach BOWMAN'a—ziarnista, bezkształtna masa w kształcie półksiężyca otacza kłębek; taka sama masa wypełnia kanaliki moczowe. Łuszczenie zwyrodniałego i odtwarzanie się nabłonka dokonywa się współcześnie.

Uległy zgorzeli nabłonek łuszczy się bardzo energicznie i wypełnia kanaliki moczowe i torebkę, czekając, aż go fala moczu splucze. Wówczas droga nanowo jest wolna, nabłonek odtworzony, nerka zaczyna swą normalną działalność.

Cały przebieg sprawy chorobowej, zarówno jak i zmiany anatomiczne, nie wykazują wcale, zdaniem LEYDEN'a, na działanie jakiejś toksyny. Obraz zapalenia nerek, występującego po chorobach zakaźnych, zupełnie jest inny.

Nawet cały obraz właściwego napadu cholerycznego nie nosi piętna intoksykacji. Chorzy są zupełnie przytomni, chodzą często podczas napadu, a więc mięśnie mają znaczny zasób siły, serce pomimo braku tętna musi być niezmiennione, skoro po przejściu napadu zaczyna działać na nowo; przy każdej chorobie zakaźnej brak tętna wskazuje na śmiertelne porażenie serca. Zauważyć też trzeba, że po choleryce rzadko niezmiennie występują owe choroby następne, tak częste przy chorobach zakaźnych, np. przy influenzy. Właściwe objawy zakażenia występują dopiero w drugim stadyum cholery—w czasie tyfoidu pocholerycznego. Przypuściwszy nawet, że lasecznik KOCH'a, mnożąc się tak szybko w kanale pokarmowym, wytwarza jaką toksynę, trudnem jest do pojęcia, iżby w znacznej ilości wessaną być mogła wobec gwałtownego przeciskania surowicą krwi do kanału pokarmowego.

Wszystkie objawy napadu cholerycznego są zdaniem LEYDEN'a, wynikiem olbrzymiej i szybkiej transudacji, zgęszczenia krwi i upadku ciśnienia, i ta tylko teoria wytłomaczy istotę cholery, która da racjonalne wyjaśnienie wspomnianych zjawisk, równie zagadkowych i niezrozumiałych dzisiaj, jak i przed 25 laty. Bakteryologia wytłomaczyła tylko przyczyny zaraźliwości i szybkiego szerzenia się cholery, nie wyjaśniła jednak napadu cholerycznego z jego ciekawymi objawami, nie znalazła przyczyny owych obfitych wypróżnień.

Teoria zarazkowa cholery winna prócz tego dać odpowiedź na dwie kwestye.

1) Dla czego nie znaleziono dotąd laseczniaka KOCH'a w wodzie rzecznej i studziennej, skoro przez nią właśnie ma się szerzyć zaraza.

2) Jaki jest stosunek pomiędzy liczbą znalezionych w wypróżnieniach laseczników, a klinicznymi objawami cholery. Ostatnia epidemia wykazała, że napad i przebieg cholery może być nader ciężkim przy nieznacznej ilości laseczników i naodwrot.

(Z. f. kl. Med. Tom 22).

S. P.

115. LITTEN. **O nerce cholerycznej.** Badając powstawanie zawału krwotocznego, doszedł COHNHEIM do wniosku, że przerwanie obiegu krwi w narządach z tętnicami końcowymi wywołuje w naczyniach ciężkie zmiany, skutkiem których ciążka krwi przenikają przez ich ściany; tkanka właściwa danych organów pozostaje niezmienniona. Do narządów tych zalicza COHNHEIM płuca, nerki, śledzionę, mózg i siatkówkę; i dowodzi, że bez groźnych następstw narządy te zność mogą, zaledwie kilka godzin trwającą, niedokrwistość. Badania własne doprowadziły autora do zupełnie odmiennych wniosków. Przekonał się on, że 1) narządy wzmiankowane, szczególnie płuca i nerki, otrzymują krew tętniczą nawet po przewiązaniu tętnicy końcowej, że 2) niedokrwistość trwająca godzin kilka nie działa szkodliwie na naczynia, lecz powoduje zawsze śmierć tworów nabłonkowych danego organu. Szczególniej nadają się do doświadczeń tego rodzaju nerki. Jeżeli z podwiązanej tętnicy nerkowej zdjąć ligaturę po upływie $1\frac{1}{2}$ —2 godzin, nie znajduje się wówczas w nerce żadnych zmian anatomicznych, nerka zaczyna wkrótce wydzielać moczu, zawierający białko.

Jakkolwiek bezpośrednio po zdjęciu ligatury nerka wydaje się zupełnie normalną, to jednak w znacznej części jej tworów nabłonkowych zaszły ważne zmiany. Zmiany te rozwijają się całkowicie w ciągu 24 godzin i dotyczą nabłonka kanalików istoty korowej, po części i rdzeniowej; naczynia zaś i kłębki zmian żadnych nie wykazują. Jądra komórek nabłonkowych rozpływają się i tracą własność przyjmowania barwnika; zawartość samych komórek ścina się. Zmieniony w ten spo-

sób nabłonek wypełnia zupełnie światło kanalików. Stopniowo nerka ulega zwapnieniu. Naczynia, kłębki i ich jądra barwią się zupełnie wyraźnie.

Powyższe zmiany charakteryzują opisaną po raz pierwszy przez WEIGERT'a, a przez COHNHEIM'a tak nazwaną—zgorzel krzepnicową. Ciekawym jest fakt, że nie występuje ona nigdy bezpośrednio po zupełnej niedokrwistości, od zdjęcia ligatury do wystąpienia zgorzeli upływa 20—24 godzin; zgorzel występuje wtedy tylko, jeżeli do danego organu dopływała jednak krew i limfa.

Inaczej zupełnie wygląda nerka z podwiązaną stale tętnicą; ulega ona także zgorzeli, ale nigdy krzepnicowej, jądra są niezmienione i barwią się dobrze, same zaś komórki są mętne, nieprzezroczyste. Jest to obraz zmętnienia miąższowego.

Jakiż jest związek pomiędzy temi doświadczeniami, a stwierdzonemi przez LEYDEN'a zmianami w nerce cholerycznej.

Za przyczynę krzepnicowej zgorzeli uważać tu należy znaczne obniżenie ciśnienia krwi: okres martwicy odpowiada czasowej ligaturze tętnicy. Zdjęciu jej odpowiadać będzie podniesienie ciśnienia krwi w okresie odczynowym, lub podczas tyfoidu pocholerycznego. Nie należy jednak wymagać, abyśmy w każdym pojedynczym wypadku cholery zmiany te w nerkach znajdowali, występują one w tych tylko ciężkich przypadkach, gdzie ciśnienie krwi wyjątkowo się obniżyło.

Nie mniej godną uwagi od tych zmian anatomo-patologicznych jest zgodność w przyczynach występowania białkomoczu przy doświadczeniach i w czasie tyfoidu pocholerycznego.

Po zdjęciu ligatury, która leżała niedłużej jak 2 godziny, nerka przez czas krótki jeszcze wydziela moc, zawierający białko. Na odpowiednio traktowanych preparatach mikroskopowych można, jak wiadomo, poznać, czy za życia był białkomocz; świadczy o nim obecność w torebkach BOWMAN'a przesieku, otaczającego w postaci półksiężyca kłębek i oddzielającego go od torebki — jest to wydzielone i ścięte białko.

Wydaje się na pozór dziwnem, że wkrótce po zdjęciu ligatury, wydzielony moc zawiera białko, podczas gdy późniejszy wolnym jest od niego. Ażeby zrozumieć to zjawisko, zrobił autor następujące doświadczenie. Podwiązał na 2 godziny obydwie tętnice nerkowe; w 10 godzin potem wyjął jedną nerkę, w 24 godziny drugą. W pierwszej nerce w każdej niemal torebce znajdowało się ścięte białko, druga wolna była od niego zupełnie. Ponieważ powtarzało się to wielokrotnie, należy przypuszczać, że wysięk z torebek BOWMAN'a po części został wessany, po części zaś splukany prądem moczu. Wysięki w torebkach BOWMAN'a ważne są z 2 względów: wskazują one miejsce wydzielenia białka i rzucają niejaki światło na kwestyę, w jakich warunkach naczynia kłębków nabierają własności przepuszczania go. Wysięki te znajdujemy w torebkach BOWMAN'a przy podwiązaniu tętnicy nerkowej, moczowodu lub żyły nerkowej, t. j. zawsze wtedy, kiedy naczynia kłębków czasowo są rozszerzone. Że ma to miejsce przy podwiązaniu żyły nerkowej lub moczowodu, jest jasnem; przy podwiązaniu tętnicy nerkowej rozszerzenie kłębków występuje w sposób następujący.

Zwężone przez podwiązanie tętnicy naczynia, których ściany w czasie niedokrwistości przylegały do siebie, rozszerzają się po zdjęciu ligatury czasowo nad miarę, potem dopiero wracają do prawidłowej szerokości. W ten sam sposób objaśnić można białkomocz, występujący po przecięciu nerwu naczynioruchowego, lub po zranieniu niektórych części mózgu. A więc rozszerzenie naczyń i zwolnienie szybkości obiegu krwi są niezbędnymi warunkami białkomoczu, resp. białkomocz powstaje skutkiem zmian w krążeniu, znajdujących swój wyraz w rozszerzeniu naczyń i zwolnieniu szybkości obiegu krwi, niezależnie od tego czy ciśnienie krwi jest wysokie lub niskie.

Jeżeli teraz wrócimy do spostrzeżeń LEYDEN'a nad białkomoczem, który występuje w odczynowym okresie cholery, to najracjonalniuszem będzie objaśnienie tego objawu w powyższy sposób. Po przejściu okresu martwiczego naczynia się rozszerzają, szybkość obiegu krwi się zmniejsza, i w rezultacie występuje białkomocz.

(Z. f. kl. Med. Tom 22).

S. P.

116. RINGEL. **O zawartości bakterii w mleku kobiet karmiących.** Pobudką do wprowadzenia w użycie mleka sterylizowanego było bezwątpienia przekonanie, że pokarm kobiecy jest wolny zupełnie od zarazków, a wyjąłowanie mleka krowiego miało je pod tym względem uczynić podobnem do kobiecego. ESCHERICH,

w samej rzeczy, w pokarmie kobiet zdrowych nigdy żadnych zarazków nie znajdował, natomiast w mleku kobiet gorączkujących, dotkniętych cierpieniami położowemi, był w stanie zawsze prawie wykryć gronkowca białego, a rzadziej złocistego. Przypuszczał on, że bakterye te drogą krążenia krwi dostają się do gruczołów mlecznych z organów płciowych. Ta jednakże okoliczność, że przy gorączce położowej główną rolę odgrywa paciorkowiec i gronkowiec złocisty nie białe powinny były wzbudzić pewne wątpliwości, co do pochodzenia bakteryi znajdujących w mleku. Istotnie badania COHN'a i NEUMANN'a, a następnie PALLESKE'go wykazały, że bakterye te znajdują się nie tylko u kobiet gorączkujących, ale i u zdrowych położnic, a nawet u ciężarnych w sianie wykryć je można.

RINGEL, badając starannie pokarm 12 położnic zdrowych i 13 chorych przy zachowaniu wszelkich możliwych warunków antyseptycznych, znalazł 17 razy gronkowca ropotwórczego białego, 2 razy złocistego, niekiedy oba razem, 2 razy tylko widział paciorkowca, a 3 razy mleko było wolne zupełnie od bakteryi. W wydzielinach położowych położnic zdrowych bakteryi tych nie znajdowano, należy więc przyjąć, że nie pochodzą one z organów płciowych, ale z zewnątrz organizmu do gruczołów mlecznych się dostają. Ilość ich u kobiet gorączkujących nie była nigdy większą, aniżeli u zdrowych. Kokki te, wstrzyknięte myszom, wywoływały u nich ropnie i R. przypuszcza, że nieszkodliwy ich pobyt w gruczole piersiowym zależy do pewnego stopnia od bakteryobójczych własności samego mleka. Kokki rozwijały się najliczniej na płytkach w tych miejscach, gdzie mało znajdowało się mleka, wobec większej ilości mleka rozwój ich był słaby albo nawet zupełnie wstrzymany. Co do paciorkowców, które znajdowały się w mleku tylko w przypadkach gorączki położowej, R. przypuszcza, że dostać się one mogą z organów płciowych na drodze przerzutowej.

(Münch. Medic. Wochenschr. Nr. 27. 1893). Jul. Kramsztyk.

117. Z Medycyny sądowej. VIBERT. **Sprawozdanie sądowo-lekarskie o sprawie spędzania płodu** (*affaire Thomas*). Sprawa ta, sędzona w roku ubiegłym, nabrała niemałego rozgłosu z powodu znacznej liczby kobiet przez śledztwo w nią zamieszanych. Policja bowiem wykryła setkę klientek owej Thomas'ówny, niegdyś roznosiicielki chleba, która żyła wygodnie i dostatnio lat kilka, z dochodów swojej specyalności spędzania płodu, w której doszła ona do niezwyklej wprawy i biegłości. Pomocnikiem i współnikiem, a z czasem i współzawodnikiem jej był Flery, robotnik brukarski. Oboje przyznali się do winy i z oskarżonych stali się oskarżycielami kobiet przez nich operowanych i przy życiu pozostałych.

Autor badał 72 z tych kobiet; oprócz 6 z nich, wszystkie przyznały, że raz lub kilka razy spędziła im płód owa Thomas'ówna, zapomocą wstrzykiwania do macicy. Th. operowała zawsze jednym i tymże samym sposobem, a mianowicie posługując się strzykawką, składającą się z balona i kanki kauczukowej, zawartych w pudełku blaszanem, stanowiącem zbiornik. — Według zeznania obwinionej, wprowadzała ona kankę owej strzykawki do uścia macicznego, bezpośrednio — po omacku, t. j. nie używając do tego wziernika pochwowego, ani też nie posługując się przytem palcem do pochwy macicznej wprowadzonym, wszystkie operowane toż samo potwierdziły, dodając, że zwykle po kilku, bardzo zresztą krótkich, bo zaledwie 1—2 minut trwających próbach wprowadzenia kanki, następowało zastrzyknięcie wody lub innego płynu. Trudno zaiste pojąć jak Th., manewrującej sposobem opisanym, udawało się wprowadzić kankę w uście maciczne i dokonać rzeczywiście zastrzyknięcia śródmacicznego. Autor próbował dokonania tego na kilkunastu trupach kobiecych i zapewnia, że ani razu nie udało mu się wprowadzić kanki do przewodu szyi macicznej po omacku, t. j. przy użyciu do tego jednej tylko ręki. A jednak znaczna liczba kobiet udających się do Th. ronila, a to niewątpliwie skutkiem zastrzyknięcia śródmacicznego u nich dokonanego. Th. swojemi zeznaniami ujawniła pewną świadomość o położeniu i kształcie macicy i jej uścia zewnętrznego; wiedziała ona gdzie go szukać i znaleźć można. Utrzymuje ona, że nauczyła się tego od lekarza, u którego niegdyś przebywała. Należy nadto dodać, że dosyć często pierwsza operacja jej się nie udawała, że u wielu swoich klientek musiała ona wielokrotnie powtarzać owe zastrzykiwania, co zależało zdaniem Th. od tego, że miały macicę „wpoprzek“, albo też „zanadto wysoko“; że były źle zbudowane i t. p. U jednej

ciężarnej Th. dokonała zastrzyknięcia aż 20 razy; u innej 11 razy i t. d., były jednak 43 takie, u których po jednokrotnym zastrzyknięciu zamierzony skutek nastąpił.

Rękoczyn tej niecnej specjalistki, zwykle trwały dosyć krótko, bo 1—5 minut, jak podaje większość operowanych. Nie wywoływały one nigdy bólesci tak podczas wprowadzania kanki, ani też podczas samego zastrzykiwania; tylko 5 kobiet zeznało, że im to ból sprawiało. Pomimo braku bólu miejscowego, zastrzykiwania te wywoływały niekiedy doraźnie uczucie osłabienia ogólnego i objawy głębokich zaburzeń czynnościowych układu nerwowego, które w jednym przypadku zakończyły się śmiercią operowanej. Ten to właśnie przypadek stał się punktem wyjścia do rozpoczęcia śledztwa sądowego i uwięzienia Thomas'ówny. Szczegóły tego przypadku dotyczące są następujące.

Niezamężna M. dziewczyna dobrze zbudowana, silna i zawsze zdrowa, bez żadnych przypadłości nerwowych, zastąpiła i w połowie 5-go miesiąca ciąży, powierzyła się Th., która miała ciążę tę zniweczyć. W tym celu Th. w obecności trzeciej kobiety, kazała M. położyć się na łóżku, poczem wprowadziła kankę do jej pochwy, poomacku (bez poprzedniego badania palcem i bez wziernika). W tej chwili jednakże, gdy zabierała się do uciskania balonika strzykawki, M. zaczęła się użalać na wielkie osłabienie, zsunęła się z łóżka na podłogę, straciła przytomność i po wydaniu kilkakrotnego jęku, w ciągu kilku minut zmarła. Rozbiór zwłok wykazał nie naruszoną szyję maciczną, ujście jej zamknięte, osłony płodowe całe, nigdzie nie odklejone. Wszystkie narządy były zdrowe, oprócz ścian macicy, w której znaleziono kilka włókniaków wielkości orzechów leśnych.

Śmierć, w takich warunkach zaszła, nie da się inaczej objaśnić, jak tylko przez odruch (*reflex*): porażenie układu nerwowego, wywołane podrażnieniem szyi macicznej. Jest to przypadek nadzwyczajnie rzadki; prawdopodobnie istniały tu jeszcze inne warunki, sprzyjające powstaniu przejściowego stanu pobudzenia nadmiernego czynności ośrodków nerwowych, przewodniczących trawieniu lub innej czynności ustroju. W dniu śmierci M., będąc kucharką, obiadowała znacznie później niż zwykle i jadła obficie. W godzinę później dano jej znać, że Th. czeka na nią w umówionem miejscu, gotowa do dokonania spędzenia płodu. M. udała się tam bez straty czasu, albowiem nie mogła na długo z domu się wydalić. Było bardzo gorąco w pokoju, w którym oczekiwała na nią Th., gdyż tam leżało dwoje dzieci chorych na odrę. Istniało zatem wiele warunków do wytworzenia stanu fizjologicznego wyjątkowego: wzruszenie, pośpiech, gorąco, a nadewszystko nadmiernie pobudzona czynność trawienia. Autor temu ostatniemu przypisuje największe znaczenie, gdyż to spostrzegał w 3-ch innych przypadkach śmierci nagłej ciężarnych, zaszłej wśród tychże samych jak u M. objawów. Każda z tych 3-ch ciężarnych została gwałtownie kopnięta nogą w brzuch bez sprawienia jakiegokolwiek obrażenia miejscowego, padła prawie natychmiast bez przytomności i nagle zmarła. Wszystkie one na 1—3 godzin przed tem najadły się suto.

Zaburzenia zwrotne, wywołane zastrzykiwaniem śródmacicznym, podobne do tych jakie spostrzegano w przypadku opisanym, nie są całkiem wyjątkowymi¹⁾. Stwierdzono bowiem, że u 6 kobiet przez Th. operowanych, w czasie zastrzykiwania lub wkrótce potem wystąpiło uczucie ogólnego osłabienia tak znacznego, że na nogach utrzymać się nie mogły. Doznawały nadto szumu w uszach i wymiotów, wszystko zaś w kilka godzin znikало bez śladu. Cała różnica polegała na tem, że owe przypadłości odruchowe w opisanym przypadku wystąpiły zbyt wczesnie, albowiem już w chwili wprowadzenia kanki do szyi macicznej, gdy w innych dopiero w kilka minut później. W każdym razie objawy te są bardzo rzadkie, albowiem 9 na 10 klientek Th. nie doznawało żadnych podobnych przypadłości pomimo to, że u wielu z nich dokonywano zastrzyknięcia wielokrotnie. Wogóle poronienie następowało w krótkim czasie po zastrzyknięciu. Najczęściej krwawienie pojawiało się w 6—8 godzin po operacji; rzadziej po upływie godziny lub 3—4 dni.

Z 72 badanych, zaledwie 5 kobiet poważniej chorowało po poronieniu t. j. gorączkowało i pozostawało w łóżku czas dłuższy. Że zaś u 24 z nich znaleziono zapalenie przewlekłe macicy, przeto autor sądzi, że u wielu z tych ostatnich rękoczynny poronne Th. wywoływały to cierpienie macicy. Zresztą łatwo pojąć, że rękoczynny

¹⁾ Autor spostrzegał przypadek nagłej śmierci ciężarnej, której wszystkie narządy były zdrowe, a którą znaleziono bez życia leżącą obok irygatora, zaledwie do połowy opróżnionego.

Th. dokonywane narzędziem rzadko bezwątpienia należyście oczyszczonem i uży-
ciem wody lub innego płynu wielce podejrzaney czystości, dostarczały niemało
warunków do wywołania zakażenia narządów rodnych. Ile zaś temu zakażeniu
uległo, niewiadomo. (*Annales d'Hygiène publ. et Méd. legale*, N. 1—1893). J. R.

O ruchu chorych w szpitalu zapasowym za miesiąc Czerwiec r. b.

Pozostało z zeszłego miesiąca 26 (m. 15, k. 11). Przybyło w Czerwcu 51 (m. 21, k. 30).
Wypisało się 51 (m. 21, k. 30). Zmarło 4 (m. 3, k. 1).

Jak widzimy, ogólna ilość chorych nowoprzybyłych jest znacznie mniejsza, aniżeli w Maju
i wogóle niż w innych miesiącach roku bieżącego. Jeszcze bardziej pocieszającym jest to, iż
zmniejszenie się chorych zależy wyłącznie prawie od znacznego zmniejszenia się tyfusu
wysypkowego, którego w Czerwcu mieliśmy tylko 22 przypadki (m. 12, k. 10).

Przeciwnie się dzieje z ospą, której przypadki 12 (m. 4, k. 8) były względnie do ogólnej
ilości chorych liczniejsze, aniżeli w ubiegłym miesiącu. Chorzy tyfusowi pochodzili z następu-
jących ulic i domów: Przytułek noclegowy na Rybakach i Browarnej, Brukowa 29, Browarna 2,
Zaokopowa 844, Źródłowa 1, Mostowa 24, Ogrodowa 32 (dwa przypadki), Pawia 62 (dwa przy-
padki), Miła 61, Nowogrodzka 24, Hortensya 2, Grzybowska 18, Twarda 12, Śliska 32, Długa
6, Wolska 52, Wola, Wilanów i Białobrzegi.

Co się tyczy ospy, to przypadki jej pochodziły z następujących ulic: Targowa 17, Brukowa
29, Szeroka 9, Długa 38, Gęsia 41, Wronia 4, Ogrodowa 25, Twarda 66, Złota 9, Dzika 19, Se-
natorska 4 i Biała Podlaska.

Z innych chorób zakaźnych przedewszystkiem zasługuje na uwagę pojawienie się cholery
swojskiej (Solec 18) a w bieżącym miesiącu i dyzenteryi. Częściej widzujemy odrę, cztery przy-
padki (u dorosłych), różę trzy przypadki, wszystkie z okolicy Chłodnej. Następnie mieliśmy po
jednym przypadku tyfusu brzuszego (Nowolipki 51), szkarlatyny i po dwa przypadki zapalenia
płuc włóknikowego i *anginae follicularis*. Zmarło w ubiegłym miesiącu chorych 4 (m. 3 k. 1).
Z tych na tyfus wysypkowy jeden, na ospę 3 (m. 2, k. 1) — wszyscy nie szczepieni.

Z powodu pojawienia się biegunek zakaźnych (dyzenterya, choleryna), które w ostatnich
dniach co raz częściej spotykamy, na czasie będzie przypomnieć pewien mało znaczący na pozór
brak w naszych ustępach szpitalnych, brak — który wszędzie dotychczas spotykałem. Mam na
myśli potrzebę i znaczenie... papierów klozetowych. Jeśli mało naszych chorych szpitalnych
czuje potrzebę mydła, to bez porównania mniej jeszcze zużywa papieru. Dość uprzytomnić sobie
teraz, czem i w jaki sposób przeważna część chorych ten niezbędny środek higieniczny zastępuje,
jak ważne on ma znaczenie ochronne, ekonomiczne a po części i cywilizacyjne, aby całą ważność
tej na pozór tak błahej kwestyi zrozumieć. Zaprowadzenie tak zwanych papierków higienicz-
nych do naszych ustępów szpitalnych, jak to od dawna już zrobiono w szpitalu zapasowym,
ochroni nie jednego chorego od stykania się z zarazą na zanieczyszczonych przez chorych ścia-
nach i sedesach, a lekarzy i służbę szpitalną od zawalanej bielizny i pościeli, które zanieczysz-
czając skórę chorych, opatrunki, powietrze, bardzo niekorzystnie mogą wpłynąć na cały przebieg
choroby. Nie mówiąc już o zaoszczędzaniu bielizny z powodu częstszych zmian i prania, to samo
już przyuczanie chorych do porządku i czystości, niewątpliwie stanie się środkiem arcyzbawiennym
na przyszłość.

J. Sz wajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

— Zamiast arszeniku w zapaleniu miaz-
gi zębowej (*pulpitis*) stosuje Dr. HARTMANN
czysty sproszkowany tymol. Tamponik z wa-
ty z kilkoma kryształkami tymolu wprowadza
się w chory ząb. Grubsze kryształki rozpuszcza-
ją się wolno, jeżeli się chce za tem przyspie-
szyć działanie, to zaleca się choremu częste płu-

kanie ust ciepłą wodą. Ani razu nie spostrze-
gał H. przy tym sposobie wzmagania się bólu
na początku procedury, jak to zazwyczaj zda-
rza się przy stosowaniu arszeniku. Aby zapo-
biedz ponawianiu się bólu, wprowadzanie tymo-
lu do chorego zęba musi być powtarzane przez
kilka dni z rzędu. (D. med. Woch. 28. 93).

== CAVASSINI zaleca przy miękkich szankrach następującą mieszankę. Rp. Hydrat. Chloral. 5,0. Camphor. 3,0. Glycerini 25,0. Po 2—18 dniach następuje zabliznienie. Powikłanie ze strony gruczołów chłonnych należy do rzadkości. (Giorn. ital. de mal. ven. e della pelle. 1892. II. D. m. W. 28. 93).

== Na posiedzeniu Berlińskiego Towarzystwa Lek. przedstawił SCHMIDT chorego, któremu przed 7 laty wyłuszczo całą krtań, prawdopodobnie z powodu raka. Pomimo że górny odcinek tchawicy jest zupełnie zarośnięty, a więc nie ma żadnej komunikacji z jamą ustną, chory mówi wyraźnym, acz ochrypłym głosem. SCHMIDT wraz z B. FRAENKLEM przypuszcza, że głos wytwarza się tu w przełyku. (D. m. W. 28. 93).

== Dr. APOLANT przedstawił w Berl. Tow. Lek. chorego, u którego złośliwe owrzodzenie (*ulcus rodens*) nosa zablizniło się po przebytej różni twarzy. (Berl. klin. Woch. 28. 93).

== Piperacyna, zalecana przeciwko kamieniom nerkowym, zdaniem D-ra ROERIG'a, nie jest środkiem niewinnym. U dwóch chorych spostrzegał on po 2 gramach tego środka obfity białkomocz. Po zaniechaniu stosowania piperacyny białkomocz znikł. (Therap. Mon. 3. 93).

== Rzeżączkowe zapalenie sromu u dziewczynek wielokrotnie opisywane było w ostatnich latach a swoista przyroda tego cierpienia nie ulega prawie wątpliwości, mało jednak zwracano uwagi na rzadziej się zdarzający, co prawda, t. zw. niezbyt cewki moczowej u chłopców. RONA zbadał 16 takich przypadków i w 13-tu znalazł gonokoki, nadto przekonał się, że przyczyną cierpienia były nie inne powody, przez większość pediatrów przytaczane, lecz istotne zakażenie rzeżączkowe. Najmłodszy chłopiec miał 15 miesięcy wieku. Zakażenie następowało przez spanie wraz z osobą zarażoną lub nawet przez próby spółkowania. Przebieg choroby bywał taki, jaki bywa przy typowej rzeżączce, prawie zawsze cała cewka ulegała zapaleniu.

Jako powikłanie, co prawda rzadziej niż u dorosłych, spostrzegano: zapalenie żołądki, gruczołów i naczyń chłonnych, pęcherza; w jednym zaś przypadku u dziecka 15-miesięcznego typowe obustronne zapalenie przyjądrzy, w innym przypadku doszło do wytworzenia zwężenia cewki. Spostrzeżenia te dowodzą, że zakażenie pośrednie gonokokami gra dużą rolę nie tylko u dziewczynek, ale i u chłopców. (Arch. f. Derm. u. Syph. 93. 1. 2).

== D-r IRIDIN ogłasza w N-rze 92 medical and surgical Reporter 5 przypadków zapalenia gruczołu krokowego, spowodowanych uciskiem siodełka bicykla na gruczoł. Wszyscy chorzy skarżyli się na uczucie kurczu w szyi pęcherza moczowego w chwili oddawania moczu, jak również na ciągłą, bolesną erekcję, trwającą 3—4 dni. Cewka moczowa była wrażliwą na ucisk, w jądrach uczucie tępego bólu. Z początku nie było żadnej wydzieliny z cewki, później po upływie 3—4 dni wydzielina ropna, gęsta. Często stała potrzeba oddawania moczu. Niedawno także D-rzy MILLÉE i MENIÈRE wspominali w towarzystwie med. prakt. w Paryżu o zapaleniach cewki, *priapismus*, parciu na mocz i nawet wytrysku nasienia, spowodowanych nadużyciem tego sportu. (Le praticien Nr. 5. 1893).

== KRANZ w dysertacji wykonanej pod kierunkiem VEIT'a i BINZ'a, zaleca leczenie morfiną przy eklampsji podczas ciąży i porodu. Z 17 przypadków leczonych morfiną 2 tylko zakończyły się śmiercią i przytem oba z powodu powikłań (pęknięcie macicy w jednym przypadku, w drugim — zwężenie otworu żyłnego lewego i marskość nerek). Dzieci umarło czworo, przy czem w 2 przypadkach można było wykluczyć szkodliwe działanie morfiny na dziecko. Działanie morfiny w niektórych razach było zdumiewająco szybkie, gdyż już po jednej dawce 0,03 napady drgawek bezpowrotnie ustępowały. Rozpoczynano zawsze od 0,03, niekiedy jednak podawano po kilku godzinach do 0,09. (Münch. Med. Woch. 1893. N. 28).

Wiadomości bieżące.

— Otrzymaliśmy pierwszy zeszyt „Przeglądu chirurgicznego“, pisma, poświęconego chirurgii, oftalmologii, otiatrii, laryngologii, akuszeryi, ginekologii, syfilodologii i dermatologii, redagowanego i wydawanego przez D-r. W. H. KRAJEWSKIEGO, przy współudziale 29 kolegów. Zamiarem redaktora jest odzwierciadlanie postępów, dokonanych pracą naszych specjalistów w dziedzinie medycyny zewnętrznej, i wytworzenie punktu zbornego dla prac obszernych, które obecnie są nieraz balastem, obciążającym nasze tygodniowe pisma lekarskie. Każdy zeszyt „Przeglądu chirurgicznego“, wydawanego w je-

zyku polskim i francuskim, mniej więcej w kwartalnych odstępach czasu, rozpadac się będzie na trzy części: Część pierwsza zawierać będzie obszernie francuskie referaty z prac oryginalnych, wydrukowanych w danym zeszycie. Część druga, istotna treść, składać się będzie: a) z artykułu wstępnego, napisanego na temat zaproponowany przez redakcję, traktującego jakąś kwestyę będącą na porządku dziennym; b) z artykułów oryginalnych, z różnych gałęzi medycyny zewnętrznej; c) ze sprawozdań z posiedzeń Towarzystw lekarskich polskich i zjazdów naszych, o ile dotyczą medycyny zewnętrznej.

Część trzecia zawierać będzie krótkie streszczenia, w języku francuskim, prac z dziedziny medycyny zewnętrznej, pomieszczanych w innych czasopismach naszych. Życzymy redaktorowi powodzenia na nowej niwie piśmiennictwa lekarskiego, a szczerzy poklask damy mu, jeżeli potrafi dłuższy czas utrzymać pismo na wyżynach współczesnej i przyszej, ciągle się rozwijającej, wiedzy chirurgicznej.

Ogłoszone w pierwszym zeszycie „Przeglądu” artykuły kolegów: JAWDYŃSKIEGO (Przyczynę do chirurgii dróg żółciowych), KARCZEWSKIEGO (Kilka przypadków ran drażących brzucha), CIECHOMSKIEGO (O zerwaniu ścięgna głowy długiej mięśnia dwugłowego ramienia), JASIŃSKIEGO (Przerosty nabyte i wrodzone), KORZENIOWSKIEGO (Sześć przypadków resekcji stopy podług WŁADIMIROWA-MIKULICZA), KAMOCKIEGO (Przypadek stłuszczenia rogówki z peryodycznie powracającymi objawami podrażnienia), KRAJEWSKIEGO (Przypadek pęknięcia macicy podczas porodu, wyleczony na drodze operacyjnej) — są z wielu względów ciekawe i nie pozbawione znaczenia naukowego. Jedynie artykuł wstępny „O stosunku medycyny wewnętrznej do chirurgii”, napisany przez kol. DUNINA, zmuszeni jesteśmy nazwać chybionym. Artykuł powyższy jest wiązką frazesów nie nie wyświetlających, niczego nie dowodzących i nie pouczających, pełno w nim sprzecznych zdań. We wstępie artykułu kol. DUNIN zaznacza, że minęły czasy, gdy chirurg był tylko operatorem lecz nie lekarzem, następnie jednak autor znów daje chirurgowi jedynie rolę wykonawcy, twierdząc, „że pewne i ściśle wskazania do operacji w zakresie chirurgii wewnętrznej może stawiać tylko terapeuta, a chirurg nie powinien nawet rościć sobie prawa do zupełnej samodzielności”. Żaden jednak chirurg nie zgodzi się chyba na tak bierną rolę, i zawsze starać się będzie być obznajmionym z nowymi zdobyczami dyagnostyki, patologii, anatomii patologicznej etc., a wtedy, mając jeszcze za zwyczaj większą niż specjaliści chorób wewnętrznych wprawę w określaniu i wyczuwaniu zmian miejscowych, będzie równie dobrym dyagnostą jak i sławny terapeuta. Chirurg chętnie powinien słuchać zapatrywań doświadczonego i logicznego terapeuty, lecz samodzielności w rozpoznawaniu pozbywać się nie powinien; co zaś do wskazań do operacji, to w tym względzie chirurg głównie musi się kierować osobiście doświadczeniem. W zakończeniu kol. DUNIN twierdzi, że chirurgia jest *malum necessarium* terapii i nie może być nigdy ideałem leczenia, albowiem „każda operacja jest połączona z utratą tkanki, z utratą części lub całości funkcji organu”. Wiadomo jednak, że w

większości przypadków blizna, jako następstwo dokonanej operacji, nie ma żadnego ujemnego znaczenia dla organizmu. Piękne są dążenia terapeuty do ideału leczenia — *restitutio ad integrum* — niechaj jednak nie zapomina, że zbyt długiem wyczekiwaniem ideału częstokroć przyczyni się może do zguby chorego, gdy przeciwnie wcześniej wykonana operacja chirurgiczna skutecznie złe mogła by usunąć. Wogóle przy obecnym stanie nauki i środków leczniczych, którymi rozporządzamy, można twierdzić, wbrew zapatrywaniom kol. DUNINA, że chirurgia jest dla terapii nie „*malum necessarium*” lecz w wielu przypadkach *ultima salus*. Uważamy za zbyt czyny spór, czy „przyszłość należy do medycyny wewnętrznej” czy do chirurgii, prawdopodobnie przy wytrwałości i pracy wspólnie kiedyś na laury zasłużymy, *sum cuique*.

Referaty w „Przeglądzie chirurgicznym” są dosyć treściwe, lecz nie zawsze dokładne, pisane są właściwie nie po francusku, lecz po polsku francuskimi wyrazami. Styl i język polski wogóle dobry, dobrze było by jednak unikać w przyszłości wyrazów zbyt dosadnych i nie licujących z powagą pisma naukowego, jak np. „węch chirurgiczny” (str. 56, wiersz 22 od góry), takiego zmysłu nawet nie znamy.

Pomimo drobnych usterek, pierwszy zeszyt „Przeglądu” jest pokaźnym, wydawnictwo jest staranne. Prenumerata roczna pisma wynosi rs. 10 w Warszawie, rs. 12 na prowincyi.

— Komitet wykonawczy rozesłał do wszystkich uniwersytetów w Europie zaproszenie dla studentów medycyny do brania udziału w pracach kongresu lekarskiego w Rzymie. Studenci będą dopuszczani jako słuchacze i nie będą ponosić żadnych kosztów; z żądaniem o pozwolenie uczestniczenia winni się zwracać do prezydium. Za pośrednictwem biura generalnego otrzymają karty legitymacyjne, aby korzystać z ulg jakie dają towarzystwa kolejowe uczestnikom kongresu. Kolej żelazne tutejsze zapewniają powrót bezpłatny od granicy.

— Na ogólne posiedzenie XI Kongresu wszechnarodowego zapowiedzieli odczyty: BROUARDEL „O walce przeciw epidemiom”. VIRCHOW „MORGAGNI i wpływ jego na wiedzę lekarską”.

— Zmarli. Dnia 9 b. m. zmarł w Częstochowie Heliodor MULIEWICZ, lekarz powiatu i gimnazjum Częstochowskiego. Medycynę ukończył w Kijowie w roku 1858; do Częstochowy przybył w roku 1860 i objął obowiązki lekarza szpitala N. P. Maryi, które pełnił w przeciągu lat 10. Liczny orszak pogrzebowy był wymownym dowodem uznania zasług zmarłego. Cześć jego pamięci.