

# GAZETA LEKARSKA

I. z PRACOWNI I AMBULATORIUM DRA MIKOŁAJA REJCHMANA.

## W sprawie rozpoznawania i leczenia rozszerzeń przełyku.

Podał

Stanisław Janczurowicz.

W roku ubiegłym miałem możność spostrzegania trzech przypadków samostnych rozszerzeń przełyku, z których dwa pochodzą z praktyki dra REJCHMANA, jeden zaś z mojej własnej. Ponieważ przypadków takich opisano niewiele, wskutek czego patologia i terapia cierpienia tego nie jest jeszcze w zupełności opracowana, przeto opisy ich tutaj podaję.

Przypadek I. W styczniu r. z. zgłosiła się do mnie pani Zofia B., lat 26; zamężna, dietna, z gub. Łomżyńskiej. Jest chorą od 3-eh lat. Skarży się na zatrzymywanie się stałych pokarmów przy polykaniu za dolną częścią mostka. Każdy kęs chora musi popijać, gdyż inaczej ma wrażenie, że musiałaby go wymiotować. Pokarmy płynne łatwiej przechodzą, jednakże, jeżeli chora wypije naraz dwie szklanki i wogóle, jeżeli zje więcej, to po za dolną częścią mostka i w górnej części dolka podsercowego uczuwa ciężkość i rozpieranie; zwykle jednak sensacye te długo nie trwają. W ostatnich czasach objawy chorobne nasiliły się; uczucie ciężkości za dolną częścią mostka występuje po każdym posiłku i trwa dłużej, wskutek czego chora przyjmuje naraz niewiele pokarmu. Chora skarży się też na brak apetytu, częste bóle głowy, zatrzymanie się miesiączki od kilku miesięcy i bardzo silne osłabienie. Odbijań, wymiotów, bólów w obrębie klatki piersiowej i brzucha chora nie miewa; wymioty bywały w początku choroby, lecz w ciągu krótkiego czasu. Innych chorób nie przebywała.

Chora średniego wzrostu, dobrej budowy, z niewielką ilością podściółki tłuszczowej, uderza przedewszystkiem niezwykłą błądząścią skóry i błon śluzowych, oraz zmęczonym wyglądem. Badanie fizykalne klatki piersiowej



i brzucha nie wykryło nic szczególniejszego. W dołku lekkie bulgotanie; dolna granica żołądka na 3 palce nad pępkiem. Tętno wszędzie synchroniczne. Zwraca uwagę głębszy niż zazwyczaj, lecz nie przyspieszony oddech, oraz cichy szepleniący głos chorej [nb. chora należy do klasy intelligentniejszej].

Nazajutrz przy sondowaniu przełyku na czczo okazuje się, co następuje: sonda żołądkowa, po przetrzymaniu nader słabego skurczu mięśni zaciskających gardło, dostaje się do przełyku, przyczem ręka trzymająca sondę nie odczuwa żadnego oporu ze strony ścian przełyku, przeciwnie—odbiera wrażenie jak gdyby sonda dostawała się do jakiejś obszernej pustej przestrzeni, w której możliwe są dla sondy pewnej rozległości ruchy boczne. Po wprowadzeniu sondy blisko na 30 ctm. od brzegu zębów przednich, bez żadnych wysiłków wymiotnych zaczyna się wylewać obok sondy naprzód pienisty gęsty śluz, zmieszany z trochę rozmokłej bulki, a następnie białawy śluzowy płyn, również zmieszany z trochę bulki. Równocześnie taki sam białawy płyn wydziela się też obficie z końca sondy. Gdy płyn przestał się wylewać, zastosowałem aspirator, przyczem wydobyłem jeszcze kilkadziesiąt ctm. sz. gęstego ciągnącego się śluzu z kilkoma kawałkami rozmokłej niestrawionej bulki.

Przy dalszem wprowadzaniu sonda wchodzi na 52—53 ctm. od brzegu zębów siecznych i tu zatrzymuje się. Wielokrotne wprowadzanie sondy ku górze i wprowadzanie na nowo w innych kierunkach pozostaje bez wyniku. Sonda stale zatrzymuje się w odległości 52—53 ctm., przy wprowadzaniu zaś otrzymuje się wrażenie, jakby sonda ku końcowi szła nie po linii prostej, a krzywej, której kierunek określić trudno; w górnej części przełyku ma się wrażenie, że sonda idzie na prawo, później jednak kierunek ulega zmianie.

Pod dodaniu wymiocin do płynu wyaspirowanego otrzymałem razem blisko 180 ctm. sz. mocno mętnego, śluzowego, białawego płynu z niewielką ilością kawałków rozmokłej niestrawionej bulki, o woni fermentującego piwa, odczynu kwaśnego, bez wolnego kwasu solnego. Odczyn na kwas mleczny wychodzi bardzo mocno. Pod mikroskopem widoczne są ziarenka krochmalu, krople tłuszczu, drożdże w krótkich łańcuszkach, bardzo dużo laseczników długich, drobne skrzepy sernika i zwłaszcza bardzo dużo nabłonków płaskich pojedynczych i w licznych dużych konglomeratach, widocznych gołym okiem w postaci małych błonek. Z nabłonków tych składa się też prawie cały dość obfity, wysoki na parę centymetrów osad, który wkrótce utworzył się w naczyniu.

Nazajutrz przy sondowaniu na czczo okazało się, że sonda żołądkowa zatrzymuje się w tem samym miejscu w odległości 53 ctm. od brzegu zębów. NB. jest to punkt, przy którym udaje się odczuć pierwsze wrażenie oporu podczas delikatnego, nieforsownego posuwania sondy; przy silniejszym nacisku okazuje się, że w miejscu tem znajduje się stała przeszkoda; sonda zgina się, lecz nie posuwa naprzód. Przy delikatnem posuwaniu sondy daje się niekiedy odczuć gdzieniebądź powyżej lekka przeszkoda, jakby nierówność powierzchni, która jednak nie zatrzymuje sondy w jej ruchu postępowym, nawet bez użycia jakiegokolwiek nacisku.



Po wprowadzeniu sondy na 30—35 ctm., chora, podobnie jak i dnia poprzedniego, zruca przez sondę i obok sondy plyn, podobny do wydobytego dnia poprzedniego. Zawiera on również bardzo dużo ciągnącego się śluzu, mnóstwo płaskich komórek nabłonkowych, często w postaci sporych, widocznych gołym okiem złuszczonej błonki, trochę niestrawionych cząstek pokarmowych [bułki, kawalków mięsa, kartofli], dużo laseczników kwasu mlecznego; kwasu solnego i albumoz nie zawiera.

Obecność tak znacznej ilości zastałego pokarmu, nie uległego trawieniu żołądkowemu, na czczo, na tej wysokości, z wielkim prawdopodobieństwem przemawiała za istnieniem uchyłka lub też rozszerzenia przełyku. Aby wyjaśnić stan rzeczy, należało przedostać się do żołądka. W tym celu trzeba było przede wszystkim dokładnie opróżnić i wypłukać jamę, mieszczącą w sobie powyższe zaległości. Przy przepłukiwaniu owej jamy w zwykły sposób [jak przy przepłukiwaniu żołądka] okazuje się, że po każdym wlewaniu wody w ilości większej nad 300 ctm. sz. chora staje się niespokojną, skarży się na ucisk i rozpieranie w klatce piersiowej,—zwłaszcza, jeżeli przez wysokie trzymanie lejka powiększać ciśnienie na dno jamy,—zaczyna głęboko oddychać i niekiedy nadmiar wody wylewa się obok sondy. Wlać wody więcej nad 350 ctm. sz. nie udaje się; woda wchodzi wtedy z trudnością i sprawia widoczną przykrość chorej; przy niskim położeniu lejka, gdy ciśnienie jest mniejsze, chora jest spokojniejsza. Równocześnie na poziomie wody w lejku można obserwować wpływ ruchów oddechowych, mianowicie obniżanie się poziomu przy wdechu i podnoszenie przy wydechu, co, jak wiadomo, dowodzi, że koniec sondy znajduje się ponad przeponą, czyli w klatce piersiowej. W ten sposób przepłukałem przełyk niewielkimi porcjami wody i dokładnie opróżniłem go zapomocą aspiratora.

Przy sondowaniu opróżnionego przełyku okazuje się co następuje: Sonda żołądkowa zatrzymuje się w odległości 52—53 ctm. od brzegu zębów siecznych. Sonda twarda cienka, elastyczna, zatrzymuje się w odległości 41—42 ctm.; sonda twarda gałkowata zatrzymuje się w odległości 39 ctm. od brzegu zębów. Dostać się do żołądka nie udało się, pomimo rozmaitych manipulacji, jak oto: wprowadzenia sondy w różnych kierunkach, wywierania lekkiego ucisku i t. p. Również i próby wprowadzenia sondy żołądkowej w różnych pozycjach ciała, oraz przy usiłowaniu samej chorej nie doprowadziły do wyniku.

Następnego dnia podczas badania brzucha chorej na czczo, przekonałem się, że w żołądku znajduje się pewna ilość pokarmu, jak o tem świadczy wyraźne bulgotanie w dołku. Wiadomem więc jest, że pokarm choć powoli, lecz stale, a więc i w nocy przedostaje się do żołądka, tem bardziej, że chora nigdy nie wymiotowała, jadła zaś nie wiele mniej od zwykłego umiarkowanego w jedzeniu człowieka, ilość zaś płynu zastałego, wydobywanego z przełyku zrana, nigdy nie przewyższała 1—1½ szklanki. Po dokładnem przepłukaniu i opróżnieniu przełyku przy zastosowaniu aspiratora [przyczem nie zauważyłem, aby woda użyta do przepłukiwania dostawała się do żołądka, gdyż objętość jej nie uległa zmniejszeniu], dałem chorej śniadanie próbne EWALDA. W godzinę



potem wydobyłem 325 ctm. sz. miazgi pokarmowej niestrawionej, gęstej z olbrzymią ilością ciągnącego się śluzu [właściwie miazga przedstawiała jeden kłęb gęstego, ciągnącego się śluzu, zmieszanego z bułką], odczynu obojętnego. Pod mikroskopem zwraca uwagę obecność bardzo licznych komórek nabłonkowych w śluzie. Po wydobyciu zawartości przepłukałem przełyk ciepłą wodą. Próby dostania się do żołądka zapomocą sondy żołądkowej nie powiodły się: zatrzymuje się ona, jak i poprzednio w odległości 52—53 ctm. od brzegu zębów, i lekki nacisk nie wystarcza, by pokonać przeszkodę.

Chora czuje się w paru ostatnich dniach nieco lepiej; poleciłem jej dyetę posilną płynną i papkową.

Nazajutrz na dwie godziny przed sondowaniem, chora zjadła w domu śniadanie [szkanka kakao i bułka z masłem]. Wydobyłem z przełyku 200 ctm. sz. zawartości śluzowej z obfitym osadem, gęstawej; po wydobyciu całej zawartości określiłem granice żołądka przez ścianę brzuszną, przyczem okazało się, że żołądek jest mały, skurczony, zawiera niewielką ilość płynu i przy uderzaniu z łatwością bulgocze. Dolna granica na 2 palce nad pępkiem.

Dnia tego po kilkakrotnych próbach udało mi się wreszcie wprowadzić sondę żołądkową do żołądka. Po wprowadzeniu sondy na odległość 52—53 ctm. i wywarciu dość silnego, dłużej trwającego, niebolesnego jednak nacisku, dalsza przestrzeń stała się nagle drożną. Sonda prześlizgnęła się przez wąską obrączkę i dostała w obszerną przestrzeń—do żołądka. Z ostatniego z łatwością wyaspirowałem dwadzieścia kilka ctm. sz. miazgi pokarmowej, dobrze strawionej, ciekłej, z drobnoziarnistym osadem, składającym się z bułki kwaśnej, z wolnym kwasem solnym, mocno zabarwionej przez kakao. Wyjaśniło się więc, że mam do czynienia ze skurczem wpustu.

Ponieważ sonda twarda, gałkowata zatrzymuje się w odległości 39 ctm. od brzegu zębów, przeto należy przypuszczać, że w miejscu tem przełyk ulega zgięciu; sondy twarde, cienkie, jako bardziej elastyczne przedostają się głębiej, na odległość 42—43 ctm., jednak, z powodu skrzywienia przełyku do wpustu nie dochodzą. Konfiguracja przełyku nie przedstawia więc linii prostej, a w przebiegu swym skrzywia się w kierunku bocznym. Sonda żołądkowa, dzięki swej elastyczności i miękkości dochodzi do samego wpustu, którego odległość od brzegu zębów wynosi po linii krzywej 52—53 ctm.

Następnych dni po opróżnieniu i wypłukaniu przełyku udawało mi się wielokrotnie wprowadzić sondę do żołądka. Czasami wpust otwierał się zaraz po wywarciu niewielkiego nacisku, kiedyindziej wymagało to dłużej trwającego i silniejszego nacisku. Niekiedy wpust, otworzywszy się, pozostawał otwartym w ciągu pewnego, krótkiego czasu, tak, że można było wsuwać i wysuwać zeń sondę wielokrotnie i z zupełną swobodą. Kiedyindziej wpust stawał się drożnym tylko na czas krótki, poczem zaciskał się znowu i powtórnie wprowadzić sondy już się nie udawało, lub tylko z trudnością. Niekiedy przy przesuwaniu sondy przez wpust otrzymywało się wrażenie, jak gdyby nie otworzył się on zupełnie, a pozostawał nieco skurczonym, a czasem nawet dawało się wyczuwać, że ściśniona przestrzeń nie ogranicza się do wpustu, a obejmuje dłuższy odcinek dolnej części przełyku, mianowicie



zaczyna się już na odległości 47—48 ctm. od brzegu zębów. Dawalo się to spostrzegać szczególnie często przy sondowaniu zrana na czczo, jeżeli przelyk został przepłukany i dokładnie opróżniony dnia poprzedniego wieczorem; prawdopodobnie objaw ten zależał od stanu skurczowego dolnego odcinka przelyku. Wpływy psychiczne oraz nadmierne obciążenie przelyku powodowało nasilenie skurczu wpustu. Jeżeli wskutek nieostrożności w jedzeniu zastój na czczo był obfitszy, to i skurcz wpustu był silniejszy, raz zaś z powodu zażenowania się chorej obecnością kuzynki, nie można było sondy wcale przez wpust przeprowadzić, pomimo trzykrotnej próby. Niekiedy, przy wprowadzaniu sondy do żołądka, a częściej jeszcze po wydobyciu sondy, chora odczuwała z lekka bolesne ściskanie za dolną częścią mostka.

[D. c. n.].

## II. Zaparcie nawykowe stolca w świetle fizjologii układu nerwowego.

Podał

Henryk Jakubowicz.

Dużo pisano o nawykowym zaparciu stolca, jednakże do dnia dzisiejszego pojęcia dotyczące jego patogenezy nie są ustalone. Pogląd DUNINA na omawiane cierpienie<sup>1)</sup>, chociaż i dziś jeszcze wywołuje nie małe zainteresowanie, wydaje mi się nie tylko jednostronnym, gdyż objąć może właściwie niewielki szereg przypadków, lecz, co ważniejsza, opiera się na gruncie patogenezy, na którą niezawsze zgodzić się można.

Jeżeli śledzić będziemy przypadki nawykowego zaparcia stolca, dojdziemy do wniosku, że istnieje kilka rozmaitych postaci tego cierpienia. Różnią się one między sobą nie tylko objawami, lecz i sposobem powstawania.

Oprócz pewnej kategorii osób zupełnie zdrowych, u których zaparcie nie jest zatem objawem chorobliwym, wspomniałbym o dwu kategoriach osobników. Do pierwszej kategorii zaliczam osoby, u których na pierwszy plan występuje zwątlenie (*atonia*) kanału pokarmowego wrodzone lub nabyte, do drugiej zaś—takie osobniki, u których objawy nerwicy ogólnej znajdują się w ciągłym związku z czynnością przewodu pokarmowego. W tej ostatniej kategorii odróżnić musimy pewne odmiany, o czem poniżej wspomnimy.

W 1900 r. REJCHMAN ogłosił pracę<sup>2)</sup>, w której zwrócił uwagę na szereg

1) T. DUNIN. O habitualnem zaparciu stolca. Odczyty Kliniczne, wyd. nakł. Gazety Lek. 1891.

2) MIKOŁAJ REJCHMAN. Przyczynek do nauki o sposobach powstawania [patogeneza] t. zw. nawykowego zaparcia stolca. Gaz. Lek. 1900, Nr. 23.



osobników, u których stopy kałowe po dwutygodniowym zaparciu stolca, pod względem ilościowym wcale nie przewyższają zwykłej masy kałowej. Bardzo ważną jest tu ta okoliczność, że dotknięci długotrwałem zaparciem wcale nie przybierają na wadze; brane są pod uwagę osoby nie wymiotujące. A wszak przypuszczając, na mocy spożywanego pokarmu, wytwarzanie się około 150—250 grm. kału dziennie, mielibyśmy w ciągu dni kilkunastu przyrost ciała około 10 funtów. Ze względu na prawidłową ilość i jakość moczu, REJCHMAN dochodzi do wniosku, że u omawianych osobników jedna lub kilka składowych części kału ulega zmniejszeniu.

Już badania WOODWARD'a wykazały, że większa część kału nie pochodzi z pokarmów, lecz z drobnoustrojów, następnie HERRMANN dowiódł, że w zupełnie pustej z obu stron zawiązanej kiszce po pewnym czasie formuje się kał ścisły, złożony z nabłonka, śluzu i mikroorganizmów. Nieraz osoby, mało spożywające pokarmów, mają obfity stolec [*Hungernoth Voir'a*]. W czasach ostatnich LORISCH <sup>1)</sup> doszedł do wniosku, że u osób z długotrwałem zaparciem nie tylko drobnoustroje znajdują się w znacznie zmniejszonej liczbie, lecz po ich usunięciu, ilość kału jest o wiele mniejsza od zwykłej ilości, wskutek zupełnego prawie braku resztek pokarmowych. Mamy więc tu do czynienia z bardzo dobrym trawieniem. Zaparcie jest tu wynikiem z jednej strony niedostatecznego podrażnienia błony śluzowej małą ilością kału, z drugiej zaś—brak produktów gnicia również powoduje zmniejszenie ruchów robaczkowych. Chcąc leczyć podobne osobniki, należałoby, jak dowcipnie wyraził się SCHMIDT <sup>2)</sup>, popsuć ich trawienie. Przedsiębrane wszakże w tym kierunku próby zapomocą podawania małostrawnych pokarmów, nie były, na szczęście, uwieńczone „powodzeniem“.

Nie będę dłużej zastanawiał się nad tą sprawą.

Jest jeszcze, jak rzekliśmy wyżej, innego pochodzenia zaparcie stolca, a mianowicie, oparte na zwężeniu kanału pokarmowego. Stany takie spotykałem w histeryi w połączeniu z blednicą. Być może, że oba te czynniki, t. j. słabość układu nerwowego i zmieniony skład krwi, wpływają od lat dziecięcych na zmniejszenie napięcia (*tonus*) warstwy mięśniowej kiszek, wskutek niedostatecznego odżywiania odpowiednich ośrodków, zawartych we zwojach samych kiszek. Odżywianie tych zwojów związane jest ściśle z czynnością włókien, a właściwie splotów współczulnych jamy brzusznej, jak to wykazał dla żołądka DUCCESCHI <sup>3)</sup>; stosunek ten niezawodnie dotyczy całego kanału pokarmowego.

Rzecz naturalna, że może tu istnieje, wbrew twierdzeniom niektórych autorów, częściowy zanik warstwy mięśniowej kiszek, wrodzony lub

---

<sup>1)</sup> DEUTSCH. Archiv für klin. Med. 1904.

<sup>2)</sup> Prof. dr ADOLF SCHMIDT. Die Funktionsprüfung des Darmes mittels der Probekost, ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis und ihre diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse.

<sup>3)</sup> VIRGILIO DUCCESCHI. Sur les fonctions motrices de l'estomac. Contributions experimentales. Archives italiennes de Biologie 1897, z. I.



nabyty. Pomiar, jakie czynił NOTHNAGEL, dają nam prawo do przypuszczenia, że niekiedy czynnik ten odgrywa niemałą rolę w nawykowym zaparciu stolca. Być może, że z biegiem czasu wytwarza się tu odkryty przez JUEGENS'a podkład anatomiczny dla dyspepsy nerwowej, a mianowicie: zwyrodnienie splotu MEISSNER'a i AUERBACH'a, błony mięśniowej śluzówki (*membra musc. muc.*) oraz samych warstw mięśniowych; jednakże powszednim czynnikiem w omawianej postaci nawykowego zaparcia jest zwężenie miejscowe, t. j. kiszek.

Co się tyczy choroby GLÉNARD'a, którą niektórzy autorzy, a u nas J. ZAWADZKI<sup>1)</sup>, wystawiają, jako główną przyczynę nawykowego zaparcia stolca, to ośmielę się sądzić, że enteroptoza, nie wywołując omawianego cierpienia, towarzyszy mu jednak bardzo często, albowiem oba te stany są skutkami tejże samej przyczyny, t. j. atonii. Nie ulega bowiem wątpliwości, że niedostateczne odżywianie więzów trzewowych [otrzewnej], pociągające za sobą ich osłabienie, a następnie chorobę GLÉNARD'a, idzie w parze z takimiż zjawiskami w mięśniowych warstwach kiszek. W tych zaś przypadkach, w których opuszczenie trzew jest następstwem urazu—a do tej zaliczyć należy ciężkie a częste porody—atonia otrzewnej sprzyja powstawaniu choroby GLÉNARD'a. STILLER<sup>2)</sup> twierdzi, że u osobników, u których rozwija się enteroptoza, już w wieku młodzieńczym istnieje ruchomość 10-go, a ciężkich przypadków również 9-go żebra. Oznaka ta uwydatnia się zazwyczaj po jednej stronie i zdarza się u dzieci z osłabieniem układu nerwowego wogóle, a unerwienia kanału pokarmowego w szczególności. Objaw powyższy udało mi się stwierdzić tylko w trzech przypadkach.

Omawiana kategoria chorych nie odczuwa zazwyczaj dotkliwie objawów zwrotnych. Sądzę, że okoliczność ta zależna jest od przewagi w ogólnym cierpieniu nerwowym objawów somatycznych, a nie wrażliwości sensoryum, jak to bywa u neurasteników; z tych objawów somatycznych wymienię prawdopodobne znieczulenie błony śluzowej kiszek, stwierdzone zresztą w dolnych odcinkach, które, z jednej strony, warunkuje osłabienie objawów zwrotnych, z drugiej zaś osłabienie bodźców, działających na tęż błonę, co stanowi jeszcze jeden czynnik, ujemnie wpływający na wytwarzanie się ruchów robaczkowych.

Przechodząc do trzeciej postaci nawykowego zaparcia stolca, podkreślić musimy ten fakt, że dotknięci nią chorzy, zazwyczaj neurastenicy, już jednodniowe zaparcie albo niedostateczne wypróżnienia, choćby codzienne, uważają za objaw ciężki. Okoliczność ta zależna jest od mnóstwa objawów zwrotnych. A i sam fakt zaparcia warunkuje się tu nie tyle okresem jego trwania, ile właśnie występowaniem wspomnianych objawów. Do tych osta-

<sup>1)</sup> J. ZAWADZKI. O zaparciu stolca oraz t. zw. chorobie GLÉNARD'a. Odbitka z Kroniki Lek. 1895.

<sup>2)</sup> Prof. dr B. STILLER. Die Lehre von der Enteroptoze und nervösen Dyspepsie auf Grund des Costalstigmas. Berl. klin. Woch. 1899, Nr. 34, 35, 36.



tnich należą, jak wiadomo: uczucie ucisku i pełności, niekiedy bole w brzuchu, zmniejszenie apetytu, odbijanie, woń nieprzyjemna z ust, uczucie braku powietrza oraz ściskanie w piersiach, bicie serca; pozatem, jako objawy ze strony układu nerwowego wymienić należy apatyę lub rozdrażnienie, zawroty, bole głowy i bezsenność.

[D. n.].

---

III. Z ODDZIAŁU POŁOŻNICZEGO SZPITALA IM. MAŁŻONKÓW POZNAŃSKICH.

---

## Siedm przypadków cięcia kości łonowej

(*hebesteotomia*).

Podał

Józef Saks [Łódź].

(Dokończenie — Patrz Nr. 35).

---

Przypadek III. Dnia 24-go sierpnia 1907 r. przywieziona została ze Zduńskiej Woli 30-letnia C. S., rodząca po raz trzeci. Podczas dwu poprzednich porodów dokonane zostało wymóżdzenie płodów. S. zgłosiła się do mnie podczas ciąży; stwierdziłem wówczas u niej wybitne zwężenie miednicy, *conjug. diagonalis* wynosiła 8 ctm., prawdziwą szacowałem na 6,5 ctm. — doradzałem jej cięcie cesarskie, na co się zdecydować nie mogła. Dnia 23-go sierpnia zrana wystąpiły bole porodowe, które trwały przez dzień cały, w nocy zaś bardzo się wzmogły.

Dnia 24-go sierpnia rano, próbowali lekarze w Zduńskiej Woli rozwiązać rodzącą zapomocą kleszczy, wobec jednak bezskuteczności zabiegu skierowali rodzącą do Łodzi; do szpitala przybyła o 4-ej po południu z bardzo silnymi bólami porodowymi. Przy badaniu rodzącej stwierdziłem, co następuje: brzuch b. wybitnie owisły, główka nad wejściem do miednicy, tętno płodu z lewej strony słyszalne, choć dość głucho. Otwarcie macicy zupełnie, wzgórek krzyżowy b. silnie wystający, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym. O cięciu cesarskiem nie można było myśleć 1) z powodu nieprzyzwolenia rodziny i 2) z powodu wielokrotnego badania wewnętrznego i prób kleszczowych. Zdecydowałem się przeto na hebesteotomię, choć obawiałem się, czy wobec znacznego zwężenia miednicy (*conj. vera* 6 ctm.) kość łonowa rozejdzie się w stopniu takim, aby można było główkę zapomocą kleszczy wydobyć. Operacji dokonywam w sposób zwykły ze strony lewej ze względu na obecność potylicy po tej stronie; krwawienie podczas operacji umiarkowane. Podczas rozpiłowywania kości piłki kilkakrotnie pękały, co zależało od nadmiernej ich długości [75 ctm., właściwsze są 50 centymetrowe],



z powodu czego wypadalo je zbytuo zginać; nalezy też pamietać, aby nie stosować zbytniej siły przy rozpiłowywaniu, co również przyczynia się do pękania piłek. Kość rozchodzi się mniej więcej na 5 ctm.; zapomocą kleszczy wydobywam z niezwykłą łatwością, bo w przeciągu minut trzech, płód płci żeńskiej, silnie omdlały, czyniący parę oddechów powierzchownych; do życia jednak przywrócić dziecka się nie udało.

Górną ranę zaszywam, do dolnej wprowadzam pasek gazy jodoformowej. Na miednicę nie kładę żadnej opaski, nauczony doświadczeniem przypadku poprzedniego, tylko pod lewą kończyną w okolicy krętarza umieszczam worek z piaskiem. Pochwa zastaje wytamponowana dość szczelnie na 24 godziny, co jednak i w tym przypadku nie zabezpieczyło chorej przed utworzeniem się wylewu krwawego w lewej wardze sromnej, który zropiał następnie. W związku z tem było podniesienie ciepłoty ciała rodzącej od dnia czwartego, dochodzące do 38,4°; gdy ropa przebiła się przez górną i dolną ranę, ciepłota spadła.

Podniesienie się ciepłoty ciała po omawianej operacji jest naogół zjawiskiem bardzo częstem: na 22 przypadki operacyjne w klinice w Bonn zanotowano w 13-u przypadkach lekkie podniesienie się ciepłoty ciała <sup>1)</sup>; na 23 przypadki operacyjne w klinice drezdeńskiej tylko u 7-u kobiet okres pooperacyjny był bezgorączkowy. Leczą wróćmy do naszego przypadku.

Samopoczucie chorej było przez cały czas bardzo dobre, mocz oddawała dobrowolnie od drugiego dnia. 12-go dnia pozwoliłem chorej wstać poraz pierwszy. W trzy tygodnie po operacji położnica wypisana została ze szpitala w stanie zdrowia zupełnie pomyslnym; brzegi kości zbliżyły się tak dobrze, że prawie trudno było określić miejsce rozpiłowania kości.

Przypadek IV. Dnia 30-go października r. 1907 dostarczona została do szpitala 43-letnia M. F., rodząca poraz siódmy; pierwsze cztery porody przebiegały ciężko, kończyły się jednak siłami natury; piąty raz rodziła bliźnięta, przy szóstym porodzie dokonane zostało wymóżdzenie płodu. Rodząca jest u kresu ciąży; bole porodowe wystąpiły 23-go października wieczorem, dnia 30. X. o 11-ej zrana próbował jeden z kolegów rozwiązać rodzącą zapomocą kleszczy, co mu się jednak, pomimo wielokrotnych i energicznych trakcyi, nie udało; wobec tego skierował rodzącą do szpitala, gdzie stwierdziłem co następuje. Skurcze maciczne częste, silne i bardzo bolesne; główka w wejściu do miednicy, tętno płodu słyszalne, dość rzadkie: szyjka maciczna rozwarta na 5 palców, *status afebrilis*; *conjug. diagonalis* 10 ctm, prawdziwą szacowałem na 8 ctm. Hebosteotomia prawostronna [potylicą z prawej strony] według DOEDERLEIN'a, krwawienie umiarkowane; kość łonowa rozchodzi się dostatecznie; podczas rozpiłowania kości asystentki uciśkają na okolicę krętarzy w celu uniemożliwienia zbyt gwałtownego roz-

<sup>1)</sup> Dr. REIFFERSCHIED. Weitere Erfahrung mit der Pubotomie. Centrbl. für Gyn. 1906, Nr. 48.

<sup>2)</sup> Centrbl. für Gyn. 1906, Nr. 32.



chodzenia się kości—ostrożność ta jest bardzo właściwa. Zapomocą jednej trakcyi wydobywam dziecko płci męskiej, głęboko omdlałe, przywrócone do życia zaledwie po 45-u minutach. Dziecko ważyło 3600 gramów, obwód główki wynosił aż 35 ctm. Dziecko nie przyjmowało piersi, co zależało niewątpliwie od obrzmienia języka, wywołanego przez cucenie zapomocą metody LABORDE'a—i trzeciego dnia zmarło. Śmierć dziecka w ostatnich dwu przypadkach należy niewątpliwie położyć na karb nie samej operacyi, [dzieci udawało się wydobyć niezwykle łatwo], lecz zbyt późnego wykonania operacyi; w każdym bądź razie jest to dowodem braku jeszcze zupełnie ścisłych wskazań do operacyi, kiedy przy operacyi, dokonywanej głównie w celu ratowania dziecka, otrzymuje się niekiedy dzieci martwe. Przebieg porodu w opisanym przypadku był bardzo pomyślny, bezgorączkowy i bez wszelkich powikłań. Chora w dwa tygodnie po operacyi zaczęła chodzić, w 3½ tygodni po operacyi wypisana została w stanie zdrowia pomyślnym: kości rozchodzą się w położeniu stojącym na 1 ctm., co jednak zgoła ujemnie na chodzie chorej się nie odbijało. Operowaną demonstrowałem w Tow. lekarskiem łódzkim na drugim posiedzeniu listopadowem.

Przypadek V. Dnia 3-go listopada r. 1907 dostarczono do szpitala 43-letnią M. L., rodzącą po raz siódmy. Żadne z dzieci żywe się nie urodziło: porody ciężkie albo kończyły się siłami natury, przyczem dzieci rodziły się martwe, lub operacyjnie bywały kończone, lecz i w tych przypadkach [3 razy] otrzymywano martwe dzieci. Bole porodowe przy omawianym porodzie wystąpiły dnia 31-go października w nocy, przyczem zaraz odeszły wody płodowe; dnia 1-go listopada bole były słabe, w dniu 2-go listopada były silne; w domu rodząca była badana przez dwu lekarzy, z których ostatni skierował rodzącą do szpitala, dokąd przybyła dnia 3-go listopada o 10½ przed południem z bardzo silnymi bólami. W szpitalu stwierdziłem co następuje: Główka płodu ruchoma, nad wejściem do miednicy, tętno płodu wyraźne, otwarcie macicy zaledwie na 2½ palca. Ciepłota ciała rodzącej 38,8°, t. 120. Zastanawiałem się poważnie, czy wobec wysokiej ciepłoty ciała rodzącej, tętna przyspieszonego, małego otwarcia macicy przystąpić do hebosteotomii, czy dokonać wymóżdżenia na płodzie żywym; chęć uratowania dziecka przynajmniej siódmego, i dobre wyniki, otrzymane w poprzednich przypadkach wobec podwyższonej co prawda nieznacznie ciepłoty ciała rodzących—przeważały szalę na korzyść hebosteotomii, która zostaje szybko dokonana, przyczem kość rozeszła się mniej więcej na 5—6 ctm. Zapomocą jednej trakcyi kleszczowej ściagam główkę bardzo nisko; bardzo małe otwarcie macicy staje na przeszkodzie uwolnieniu główki; wypadło przeto dokonać dość znacznych nacięć szyjki macicznej z obu stron. Dziecko płci męskiej, dobrze rozwinięte, urodziło się w lekkim omdleniu, lecz szybko do życia zostało przywrócone. Od początku operacyi do chwili wydobycia dziecka upłynęło minut 15. Po porodzie dziecka następuje silne krwawienie z macicy, nie ustępujące od masażu, wobec czego sztucznie oddzielam łożysko, na dość znacznej przestrzeni nieoddzielone, ręką pokrytą rękawiczką gumową. Jama maciczna zostaje wytamponowana gazą jodoformową, szyjka zaś maciczna zaszyta szwów katgutowych.



Po założeniu cewnika okazało się, że przez cewnik wychodzi prawie czysta krew; mieliśmy zatem do czynienia z uszkodzeniem pęcherza, które w omawianym przypadku najprawdopodobniej powstało nie podczas przeprowadzania narzędzia DOEDERLEIN'a, bo odbywało się pod kontrolą palca, lecz wskutek wklinowania się niejako ściany pęcherza pomiędzy ostre brzegi kości podczas wydobywania płodu. Założono cewnik *à demeure*. Okres pooperacyjny był fatalny; ciepłota ciała nie spadała; czwartego dnia wystąpiły dreszcze, poczem przyłączyły się objawy septyczne [zaciek moczowy przyczynił się niewątpliwie w stopniu znacznym do wzmożenia objawów septycznych] i chora w 12 dni po porodzie zmarła, osierociwszy dziecko, na które z takim upragnieniem wyczekiwała. Smutne zejście powyższego przypadku pouczyło mnie, że w przypadkach ciężkiego zakażenia hebesteotomia jest przeciwwskazana; powinna ona wtedy ustąpić miejsca wymóżdzeniu.

Przypadek VI. Dnia 11-go lutego r. b. o godzinie 8-ej zrana zgłosiła się do szpitala 23-letnia M. M., po raz drugi rodząca z wyraźnymi bólami porodowymi; przed 1½ rokiem przy pierwszym porodzie dokonane zostało wymóżdzenie płodu po 72-u godzinach bezskutecznych bólów porodowych. M. jest u kresu ciąży [ostatnie miesiączkowanie 1-go maja 1907 r.]. Bole porodowe rozpoczęły się dnia 9-go lutego, trwały przez cały dzień następny; wezwany lekarz doradził rodzącej udać się do szpitala, gdzie stwierdzono stan następujący: bole porodowe dość silne, *status afebrilis*; przy badaniu wewnętrznem okazuje się szyjka maciczna zgrubiała, otwarcie na 3½ palców, pęcherza brak, główka bardzo małym obwodem w próżni miednicy, tętno płodu dobrze słyszalne z lewej strony pod pępkiem. Przez cały dzień bole porodowe były częste; o godzinie 9½ wieczorem, zatem po 12-godzinnem pobycie w szpitalu, w 48 zaś godzin od początku porodu, przy badaniu stwierdziłem otwarcie macicy zaledwie na 4 palce, główkę wysoko, szew strzałkowy w wymiarze poprzecznym, potylicę z lewej strony, twarz płodu z prawej, wzgórek kości krzyżowej dość łatwo dosięgalny. Wymiary miednicy następujące: *dist. spin.* 27 ctm., *conjug. diagonalis* 11,5, obwód miednicy 100 ctm. Sądząc z cyfr powyższych, miednica była bardzo nieznacznie zwężona, powodu przeto ciężkiego przebiegu porodu należało szukać w względnie dużych w stosunku do miednicy wymiarach główki płodu. Ze względu na nieposuwanie się porodu, pomimo 48-godzinnego jego trwania, postanowiłem założyć sposobem próby kleszcze i ewentualnie na przypadek niepowodzenia zakończyć poród zapomocą hebesteotomii. *Narcosis* [chloroform]; 8—10 silnych trakcyi zgola główki z miejsca nie rusza, wobec czego przystępuję do hebesteotomii lewostronnej *modo Doederleini*. Krwawienie po przeprowadzeniu piłki i rozpoczęciu piłowania bardzo silne: krew tryska z dolnej rany grubym strumieniem; krwawienie częściowo udaje mi się zatamować przez ucisk watą ze strony pochwy. Hebesteotomia trwa minut pięć; kleszcze na główkę; przy pomocy jednej trakcyi ściągam główkę na dno miednicy i po 5-u minutach wydobywam dziecko płci męskiej, bardzo silnie rozwinięte, lekko omdlałe. Ciężar płodu 4000 gramów, obwód główki 37 ctm. Łożysko zostaje wyciśnięte po 10-u minutach; na górną i dolną ranę szereg szwów po-



wierzchnych. Pochwa zostaje wytamponowana, co niezabezpieczyło jednak położnicy przed utworzeniem się dość dużego i uporczywego krwiaka. Na miednicę nie założyłem żadnej opaski. Okres połogowy był naogół pomyślny; przez pierwszych dni kilka wypadło zakładać chorej cewnik, nie oddawała bowiem moczu dobrowolnie; poczynając od dnia 4-go ciepłota ciała przekroczyła  $38^{\circ}$ , dwa razy nawet dochodziła do  $39^{\circ}$ , co zależało od zropienia krwiaka; ropa przebiła się przez dolną ranę, poczem ciepłota ciała spada; obrzmienie wargi pozostało i po zropieniu krwiaka, przyczem wargą była bardzo bolesna na dotyk. W 16 dni po operacji chorej pozwoliłem wstać po raz pierwszy; ledwo jednak mogła stanąć na nogach. Naogół chora małe robiła postępy w chodzeniu; skarżyła się bowiem na ból w miejscu rozpiłowania kości; chód naogół był kaczkowy. Dnia 4-go marca demonstrowałem chorą w Tow. Lek. Łódzkim, przyczem nacisk kładłem na zły jej chód; stwierdzić tutaj winienem, że wszystkie poprzednie chore w trzy tygodnie po operacji chodziły bez porównania lepiej. Dnia 6-go marca r. b., t. j. w 23 dni po operacji, chora została wypisana ze szpitala, przyczem zaleciłem jej po dwu tygodniach zgłosić się w celu stwierdzenia jej chodu; dnia 23-go marca r. b. chora zgłosiła się, przyczem się przekonałem, że chód jej jest lepszy, ale wciąż jeszcze powłóczy nogę lewą; kość rozpiłowana nie zagojona, rozchodzi się na 1 ctm.; spodziewać się jednak należy, że w miarę utworzenia się tkanki łącznej, pomiędzy rozpiłowanymi brzegami kości—chód będzie prawidłowy.

**Przypadek VII.** Dnia 5-go czerwca r. b. przywieziono do szpitala 26-letnią H. G., rodzącą po raz trzeci. Pierwsze dwa porody były kleszczowe, otrzymano w obu przypadkach dzieci nieżywe. Rodząca dokładnie czasu ostatniego peryodu nie pamięta; twierdzi jednak, że jest u kresu ciąży. Bole porodowe wystąpiły dnia 4. VI. r. b. wieczorem i trwały przez noc całą i dnia następnego. Dnia 5. VI o godzinie 12-iej w południe odeszły wody płodowe, poczem bole porodowe były jeszcze silniejsze. Wezwany lekarz skierował rodzącą do szpitala wobec nieposuwania się porodu. Do szpitala przybyła rodząca o godzinie 7-iej przed wieczorem, t. j. prawie w 24 godziny po rozpoczęciu się porodu; u rodzącej stwierdzono, co następuje. Ciepłota ciała  $38,1^{\circ}$  tętno 96 uderzeń na minutę, bole częste i bardzo silne, wskutek czego lekarz miejscowy zalecił wstrzyknięcie podskórne morfiny. Przy badaniu zewnętrznem stwierdzono położenie płodu podłużne, główkę wyczuwalną nad wejściem do miednicy, tętno płodu wyraźnie słyszalne z lewej strony pod pępkiem. Przy badaniu wewnętrznem stwierdzono, co następuje: brak pęcherza, otwarcie macicy na  $4\frac{1}{2}$  palca, główka nad wejściem miednicy, lekko ruchoma. Wzgórek krzyżowy łatwo osiągalny, sprzężna ukośna wynosi 9,5 ctm. [prawdziwą szacuję na 7,8 ctm.]. Ze względu na nieposuwanie się porodu, wyraźne zwężenie miednicy i wywiady [dwoje nieżywych dzieci], postanowiłem dokonać hebosteotomii pomimo pewnego podniesienia ciepłoty ciała rodzącej [ $38,1^{\circ}$ ]. Uśpienie chloroformowe. Hebosteotomia lewostronna ściśle podskórna metodą BUMM'a, przy pomocy narzędzia jego pomysłu [we wszystkich poprzednich przypadkach stosowałem metodę DOEDERLEIN'a]. Narzędzie BUMM'a



przeprowadzam od góry, kontrolując je ze strony pochwy, i wykluwam od dołu, na zewnętrznym brzegu dużej wargi sromnej; po przeprowadzeniu piłki rozpiłowuję kość, przyczem podczas rozpiłowywania nastąpiło dość silne krwawienie z dolnej ranki [ucisk ze strony pochwy zapomocą waty]. Kość łonowa rozchodzi się na 4 ctm., operacja trwa minut 6, następnie zakładam kleszcze i w przeciągu minut trzech [przy rozpiłowywaniu kości i wydobywaniu dziecka akuszerka uciska lekko na okolicę lewego krętarza w celu uniknięcia zbyt gwałtownego rozchodzenia się kości] wydobywam dziecię płci żeńskiej, lekko omdlałe; dziecko wykonywa przez parę chwil ruchy drgawkowe ręką lewą. Ciężar ciała dziecka 2850 grm., długość płodu 52 ctm. obwód główki 33,5 ctm.—płód zatem wielkości średniej. Łożysko zostało wyciśnięte po 10-u minutach z powodu krwawienia. Pochwa zostaje wytamponowana gazą jodoformową i watą w celu ucisku na miejsce kości przepiłowanej; na górną i dolną ranę nałożono po jednym szwie. Z pęcherza wypuszczono mocz, który okazał się przezroczysty; na miednicę nie nałożono żadnej opaski, tylko pod lewym pośladkiem umieszczono woreczek z piaskiem. Przebieg pooperacyjny ukształtował się w sposób następujący. Przez pierwszych dwa dni wypadało wypuszczać mocz przez cewnik; trzeciego dnia, gdy usunięto tampony z pochwy, chora zaczęła dobrowolnie mocz oddawać i oddawała już i następnie sama. Pomimo 48 - godzinnego wytamponowania pochwy, utworzył się krwistek w lewej wardze sromnej, przyczem i skóra na wardze sromnej była obrzmiała; krwistek po kilku dniach zaczął się zmniejszać aż w zupełności zginął; przez pierwszych kilka dni chora skarżyła się na silne bole w miejscu przepiłowania kości, bole te po kilku dniach ustąpiły. Ciepłota ciała była kilkakrotnie podwyższona, raz doszła nawet do 39° przy dobrem samopoczuciu chorej; w okolicy rany operacyjnej nie można było odszukać powodu gorączki, prawdopodobnie była ona w związku z podniesieniem ciepłoty, zanotowanem już przed operacją. 11-go dnia pozwolono chorej siedzieć, 13-go dnia po raz pierwszy zaczęła chodzić zgoła bez bólu, 19-go dnia wypisana została ze zdrowem dzieckiem, które karmiła sama, w stanie zdrowia zupełnie pomysłuym, przyczem chód chorej był bardzo dobry. Przy badaniu przez pochwę nie wyczuwa się miejsca rozpiłowania kości, tylko przy kolejnem stawianiu na jednej lub drugiej nodze wyczuwa się bardzo nieznaczna ruchomość kości w miejscu rozpiłowania. Wymiary miednicy przy wypisaniu chorej były następujące:

*Conjug. diagon.* 10 ctm. [podczas porodu określono na 9,5 ctm.—różnicę należy położyć na karb omyłki lub powiększenia wymiaru wskutek operacji].

*Dist. spin.* 27,5 ctm.; *dist. crist.* 21,5; *dist. troch.* 30 ctm., *conjug. ext.* 21 ctm.; *dist. spinae ilei dextrae ad symphysim* 16 ctm., *dist. spinae ilei sinistrae ad symphysim* 17 ctm.

Oto garść spostrzeżeń moich; nie chcę się wdawać w szczegółowe omawianie rozmaitych wniosków, z tych spostrzeżeń wypływających; jedno chciałbym tylko zaakcentować, że operacja omawiana, jak na teraz, wobec nie-



ustalenia techniki i dość częstych a przykrych powikłań, winna być dokonywana li tylko w warunkach szpitalnych, nie zaś w warunkach praktyki prywatnej.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### 74. St. Dąbrowski O naturze chemicznej podstawowego barwika moczu.

110 lat już mija od chwili, gdy FOURCROY i VAUQUELIN pierwsi usiłowali rozwiązać kwestyę zabarwienia moczu. Badacze ci przypuszczali, że barwa moczu zależy od mocznika. LOUIS PROUST twierdził, że w prawidłowym moczu spotykają się dwa barwiki: jeden z nich „*substance rosacée*”, który nadaje charakterystyczną barwę, drugi zaś t. zw. żywica płowa, „*substance fauve et resinouse*” jest według PROUST'a przyczyną zapachu moczu. Według BERZELIUS'a barwa moczu zależy od ciał wyciągowych (*Halophil*). SCHARLING przypuszcza, że barwa moczu pochodzi od „tlenku omichnyłu”, który był właściwie kwasem hippurowym. Sprawą barwika podstawowego moczu zajmowali się: LIEBIG, MARCET, SCHERER, HARLEY, TICHBORNE, EDWARD SCHUNCK, wreszcie THUDICHUM, według którego barwik moczowy—urochrom składa się z trzech związków:

- 1) uropittyny (*résine fauve*, opisanej przez PROUST'a);
- 2) *resinous acide* (*omicholic acide*);
- 3) uromelaniny (*particular black matter of PROUST*).

Po pracach SCHUNCK'a i THUDICHUM'a w ciągu 27-u lat nie ogłoszono żadnych nowych badań. Następnie ugruntowało się przekonanie, że właściwą barwę moczu nadaje urobilina. Twierdzenie obalone zostało przez JONES'a, kiedy zauważył, że żółty barwik, otrzymany z osadów ołowiowych, nie rozpuszcza się w chloroformie, gdy urobilina rozpuszcza się z łatwością. Nowe światło na istotę ciał wyciągowych rzuciła praca S. BĄDZYŃSKIEGO nad kwasem oksyproteinyowym, nieznanym dotychczas składnikiem moczu. W lat kilka potem podjęte zostały badania w tym samym kierunku przez BĄDZYŃSKIEGO, PANKA i DĄBROWSKIEGO, które doprowadziły do wykrycia 3-ch związków o charakterze kwasowym, stanowiących przetwory przemiany białka w ustroju. Są to kwasy: alloksyproteinyowy, antoksyproteinyowy i oksyproteinyowy.

Następnie okazało się, że „*résine rousse* i *substance noire particulière*” L. PROUST'a, ciała ekstrakcyjne BERZELIUS'a, „*färbende Extractivstoffe*” LEHMANN'a, „tlenek omichnyłu” SCHARLING'a, „*principes immediats*” MARCET'a, „*normal urine pigment*” TICHBORNE'a, „*urian* i *urianine*” SCHUNCK'a, wreszcie urochrom THUDICHUM'a i GARROD'a stanowią jedynie rozmaite nazwy mieszanin zawsze tych samych związków, a mianowicie związków proteinyowych.

Praca ST. DĄBROWSKIEGO, dokonana w Instytucie chemii fizyologicznej prof. BĄDZYŃSKIEGO we Lwowie, sprawę składu i powstawania urochromu ostatecznie rozwiązała. Nie podobna tutaj opisywać szczegółowo licznych doświadczeń autora, to też ograniczając się do punktów wytycznych pracy, przedewszystkiem zaznaczyć należy, że octan miedziowy jest odczynnikiem charakterystycznym na urochrom, i że urochrom zawiera w swej drobnie 60% siarki nieczutej na amoniak, luźno związanej [w odniesieniu do ogólnej ilości siarki osadu miedziowego].



Urochrom zachowuje się jak kwas: niebieską barwę papierka lakmusowego zmienia na wybitnie czerwoną, kwas jodowy odlenia się pod wpływem urochromu do jodowodoru, wydziela się przytem jod. Przy badaniu widmowym roztwory żółtisto-żółte urochromu nie wykazują smug absorbcyjnych. Następnie barwik moczu zawiera pierścień pyrrolowy i jak się z doświadczeń przekonano, grupa pyrrolowa w urochromie nie jest hemopyrrolem. Badania w celu wykrycia cystyny w produktach rozkładu urochromu, nie potwierdziły jej zawartości. Podstawowy barwik moczu wchodzi także w skład czarnego, nierozpuszczalnego w wodzie i kwasach związku, który otrzymał nazwę substancji uromelanicznej.

Pochodzenie i powstawanie żółtego barwika moczu tłumaczono sobie różnie. Jedni upatrywali ścisły związek istoty jego z urobiliną, a przez to blizkie pokrewieństwo z barwikiem krwi, drudzy uważali urochrom za związek, stojący blisko hydrobilirubiny oraz bilirubiny, inni znów, jak THUDICHUM, wypowiedzieli teoretyczny pogląd, że urochrom wydaje się istotą pochodną białka, a nie barwika krwi lub żółci.

(Odbitka z rozpraw Akademii Umiejętności w Krakowie r. 1908). H. Krug.

### 75. J. Browiński i St. Dąbrowski. O metodzie ilościowego określania żółtego podstawowego barwika moczu (urochromu).

Metoda BROWIŃSKIEGO i DĄBROWSKIEGO polega na własności urochromu utleniania kwasu jodowego z wydzielaniem jodu, który po wyciągnięciu chloroformem, miareczkuje się roztworem tiosiarkanu sodowego.

Mocz [800—1000 ctm. sz.], świeżo zebrany, pozbawia się przy pomocy wodorotlenku barowego i wapniowego fosforanów, siarkanów i kwasu moczowego. Po przefiltrowaniu przesącz zadaje się octanem miedziowym, z którego też wypada szary osad miedziowego połączenia urochromu. Osad ten, po odstaniu w ciągu doby przemywa się, zawiesza w wodzie i rozkłada siarkowodem przy 50° C.; przesącz, uwolniony od śladów siarkowodoru, przez ogrzewanie w atmosferze bezwodnika węglowego, zagęszcza się w próżni do objętości 150—200 ctm. sz. Do takiego roztworu dodaje się siarczku węgla i 5%-go roztworu wodnego kwasu jodowego w wyraźnym nadmiarze, który stwierdzamy zapomocą zmiany czerwonej barwy papierka Congo na niebieską; wkrótce następuje odlenianie kwasu jodowego i wydzielanie jodu, który przez klócenie płynów przechodzi do siarczku węgla. Po dokładnem ustaniu się siarček węgla zlewa się i dodaje się nową jego ilość, dopóki ostatnia porcja tego rozpuszczalnika po skłóceniu się płynów przestanie się barwić. Siarček węgla, zawierający całą ilość wydzielonego jodu, dokładnie się przemywa. Wreszcie całą ilość siarczku węgla zlewa się i miareczkuje jod rozpuszczony zapomocą  $\frac{1}{100}N$  roztworu tiosiarkanu sodowego, aż do chwili, kiedy siarček węgla całkowicie się odbarwi.

Roztworów urochromu należy używać możliwie zaraz po ich przyrządzeniu, a wyklócać kwas jodowy z roztworem urochromu w ciągu 4—5 godzin, dla osiągnięcia końca odczynu redukcyjnego.

Po otrzymaniu swobodnego urochromu należy dołożyć starań, aby pozbyć się śladów siarkowodoru. Robi się to w następujący sposób: roztwór urochromu lekko ogrzewa się na łaźni wodnej pod zmniejszonym ciśnieniem przy równoczesnem przepuszczaniu przez płyn bezwodnika węglowego zapomocą rurki włoskowatej.

Tyle co do sposobu otrzymania barwika moczu.

Ponieważ zaś, jak się okazało, 0,2049 gr. urochromu wydziela z kwasu jodowego 0,02703 jodu [13,192%], można więc obliczyć z liczby jodu, odmia-



reczkowanego tiosiarkanem sodowym, ilość urochromu, a nawet ilość azotu urochromowego. Według dokonanych rozbiórów, urochrom zawiera przeciętnie 11,15% azotu, przeto stosunek  $\frac{N}{I}$  daje współczynnik 0,8452, przez który należy pomnożyć ilość otrzymanego jodu, aby obliczyć równocześnie ilość azotu.

Na podstawie wyników można stwierdzić, iż zawartość podstawowego barwika w moczu prawidłowym waha się w granicach od 0,37 do 0,69 gr. na dobę [0,5 gr. w średniej]. W przypadkach chorobnych zawartość urochromu jest na ogół większa. Jakość pokarmów wywiera także wpływ na ilość wydzielonego barwika. Przy dyecie mlecznej ilość barwika na dobę spada do  $\frac{2}{3}$ , a nawet połowy, przy dyecie zaś mięsnej ilość urochromu wzrasta.

(Odbitka z rozpraw Akademii Umiejętności w Krakowie r. 1908). H. Krug.

### 76. W. Reis. Uodpornienie Römer'a w przypadkach wrzodu pełzającego rogówki [ulcus serpens corneae].

Różne środki antyseptyczne, stosowane we wrzodzie pełzającym rogówki, nie były w stanie opanować pełzającego charakteru wrzodu i nie dopuścić do spustoszenia rogówki przez szerzenie się zakażenia. Zabiegi chirurgiczne, jak przyżeganie, nakłucie lub przecięcie rogówki (*keratotomy*), nie okazały się skutecznymi. Liczne badania dowiodły, że właściwym bodźcem chorobotwórczym typowego wrzodu pełzającego rogówki są pneumokoki. Opierając się na najnowszych badaniach nad odpornością pneumokokową, RÖMER pierwszy skierował leczenie wrzodu pełzającego rogówki na bardziej uzasadnione tory przez zastosowanie wielowartościowej surowicy pneumokokowej czyli t. zw. uodpornienia biernego. Wyniki leczenia tym sposobem nie były jednak zbyt pomyślne, a przyczynić się do tego mógł również po części fakt, że substancje uodporniające, krążące we krwi, już w przeciągu 24-ch godzin bywają wydalane lub też wessane przez inne narządy ustroju. Wówczas począł RÖMER stosować uodpornienie czynne, t. j. wprowadzać do ustroju zamarle hodowle pneumokokowe, które, przedostając się do rogówki, wstrzymywałyby dalszy rozwój pneumokoków przez wytworzenie odpowiedniej ilości niweczników bakteryolitycznych. Niezależnie od tych dwu sposobów stosował również RÖMER uodpornienie połączone za pomocą hodowli pneumokoków, oraz surowicy pneumokokowej. Ten właśnie sposób leczenia pełzającego wrzodu rogówki autor poddał szczegółowemu badaniu. Przy wyborze przypadków do leczenia metodą RÖMER'a, autor kierował się głównie badaniami bakteryologicznymi. Wiek wahał się od lat 19-u do 76-u. W mięśnie ramienia, po uprzednim zbadaniu chorego, zastrzykiwano 1 ctm. sz. zamarłej hodowli pneumokoków. [Jednostka ta, doświadczalnie przez RÖMER'a obrana, przedstawia dawkę 25-u ctm. dobrze wyrosłej hodowli bulionowej pneumokoków, którą w wirownicy zgęszczono do tego stopnia, że cała ilość tych bakterii mieści się w 1-m ctm.; po ich zabiciu używa się wspomnianą ilość jako dawkę do wstrzyknięcia]. Następnego dnia, po upływie przeciętnie 24-ch godzin, chory otrzymuje podskórną w powłoki brzuszne 10 ctm. sz. surowicy. W przypadkach, bardziej uporczywych, surowicę wstrzykiwano powtórnie. Jako leczenie miejscowe stosowano tylko atropinę i ciepłe okłady, niekiedy dioninę i wkraplanie surowicy do worka spojówkowego, a w przypadkach cięższych także powierzchowną galwanokauteryzację brzożów ubytku. Wyniki leczenia tą metodą: ubytek na rogówce w przeważnej liczbie przypadków nie powiększał się, nacieczenie nie rozszerzało się, ilość ropy zmalała. Dla przyspieszenia procesu oczyszczenia się wrzodu, przypalano w następstwie powierzchownie dno i brzegi ubytku. Bystrość wzroku z nieznanymi tylko wyjątkami znacznie się poprawiła. Z po-



wikłań stwierdzono: 4 razy śluzotok worczka łzowego, 1 raz jaglicę w okresie zbliźnowacenia, pozatem przeważnie przewlekły nieżyt spojówki. Ciężota ciała w dzień wstrzyknięcia hodowli wieczorem podnosiła się do 38°, z dniem następnym opadała jednak do normy. Wstrzyknięciu surowicy zawsze towarzyszył stan podgorączkowy, który trzymał się dni kilka. Co się tyczy pytania, któremu z tych obu czynników leczniczych należy przypisać właściwą siłę leczniczą, to autor na podstawie jednego charakterystycznego przypadku rozstrzyga je na korzyść hodowli, z którymi też wyłącznie przerabiał późniejsze doświadczenia. Przypadki, leczone uodpornieniem czynnym w połączeniu z antyseptykami, dały również dobre wyniki. Na podstawie tych badań autor przychodzi do wniosku, że wstrzyknięcie hodowli pneumokokowej w ilości 1-go ctm. sz. wystarcza do uodpornienia ustroju i wstrzymania szerzenia się pneumokoków w rogówce.

(Odbitka z *Lwowskiego Tygodnika Lekarskiego* 1908 r.).

S. Brgun.

## XV Zjazd chirurgów polskich w Krakowie

10-go i 11-go lipca 1908 r.

Zjazd otwarty został przemówieniem stałego prezesa Zjazdów chirurgów polskich, prof. dra RYDYGIERA, poczem wybrano zastępcą przewodniczącego prof. dra KRYŃSKIEGO, sekretarzem Zjazdu doc. dra HERMANA.

1. „Polski komitet badania i zwalczania raka“ przedstawił obszerniejszy memoriał, zakończony prośbą do Zjazdu chirurgów polskich o poparcie swą powagą jego dążeń i usiłowań przez uchwalenie dwu następujących wniosków:

I. Wszyscy lekarze polscy uważać powinni za swój obowiązek obywatelski zbieranie danych statystycznych o chorobie rakiem zwanej, według schematów, opracowanych przez Komitet.

II. Wszyscy chirurgowie polscy zobowiązać się powinni do składania corocznie Zjazdowi chirurgów polskich statystyki wyników operacyjnego leczenia raka według planu prof. DOLLINGER'a.

Wnioski te zostały uchwalone jednomyślnie.

2. T. OSTROWSKI [Lwów]. O wynikach po operacji TALMY w marskości wątroby. Operacja ta daje dość znaczną odsetkę [przeszło 40%] niewątpliwie pomyślnych wyników, ujemne zaś — w przypadkach zbyt posuniętych zmian w sieci. Pomimo prostoty technicznej zabiegu, spostrzegano w następstwie ciężkie powikłania pooperacyjne, głównie w postaci groźnych zapaleń otrzewnej i krwotoków żołądkowych; pierwsze stoją w związku z ogólnym obniżeniem odporności otrzewnej na zakażenie w przebiegu marskości wątroby, drugie — stanowią następstwo tworzących się zakrzepów w żyłach sieci i żołądka. Dlatego konieczną jest jak najdokładniejsza aseptyka operacyjna i unikanie maltretowania sieci podczas zabiegu. O. podnosi konieczność dokładnego badania płynu z jamy otrzewnej przed operacją, które dać może ważne wskazówki co do stanu wątroby i otrzewnej, od czego zależy samo wskazanie operacyjne co do zabiegu.

W dyskusji wziął udział KRYŃSKI [Warszawa].



3. A. LEŚNIEWSKI [Warszawa]. W sprawie gruczołów przytarczycowych.

L. w obszernym wykładzie przedstawia stan obecny poglądów w nauce na te twory gruczołowe (*gl. parathyreoideae*), ich lokalizację, budowę i własności fizyologiczne. Wyniki badań doświadczalnych przekonują, że usunięcie samych gruczołów tarczowych (*gl. thyreoideae*) z pozostawieniem przytarczyc wywołuje powstanie obrzęku śluzowego i charłactwa, usunięcie zaś samych przytarczyc powoduje podrażnienie układu nerwowego, dające czterokrotnie obraz tężyczki. Nadto spostrzeżono po wycięciu przytarczyc u zwierząt zmniejszenie się we krwi ilości soli wapniowych z jednoczesnym zwiększeniem się wydzielenia ich z moczem; natomiast u zwierząt, dotkniętych tężyczką w następstwie wycięcia przytarczyc, wprowadzenie do ustroju rozczyńców soli wapnia dawało wyleczenie lub przynajmniej poprawę. L. przytacza liczne swoje doświadczenia na zwierzętach, którym wycinał przytarczycę, modyfikując operacje te w sposób nader rozmaity jednoczesnym przeszczepianiem tychże tworów od tych samych lub innych zwierząt. Otrzymane wyniki potwierdzają ustalające się obecnie poglądy na znaczenie gruczołów przytarczycowych w sprawie powstawania tężyczki i wpływu na wymianę w ustroju soli wapniowych, znajdujących wyrażne odbicie na stanach układu nerwowego. Jako wskazówkę kliniczną dodaje L. radę, aby przy strumektomiach nie podwiązywać tętnic tarczowych dolnych, gdyż w ten sposób uniknie się obrażenia przytarczyc i nie upośledzi się ich krążenia, pozostawienie zaś tych tętnic, zdaniem L., nie wpłynie utrudniająco na sam zabieg operacyjny.

W dyskusyi brali udział: GLIŃSKI [Łask], MIĘSOWICZ [Kraków], KADER [Kraków], CHLUMSKY [Kraków], BARĄCZ [Lwów], OSTROWSKI [Lwów], ZIEMBICKI [Lwów] i prelegent.

4. A. RYDYGIER [jun.] [Lwów] przedstawia chorą, wyleconą z twardzieli nosa za pomocą promieni ROENTGEN'a, i to od lat 3 ch bez śladów nawrotu. Odpowiedniemi stosowaniem promieni osiągnąć można działanie ich na dość znaczną głębokość w tkance bez wywołania niepożądanych obrażeń powierzchni.

5. A. RYDYGIER [Lwów] omówił przypadek rany postrzałowej wątroby u dziecka 5-letniego, postrzelonego kulką z flobertu. Po 3-ch dniach wystąpiły objawy zapalenia nieżyłowego płuc i ropnia podprzeponowego. Operacja od tyłu po przez opłucną z wycięciem żebra; znaleziono w wątrobie ropień, zawierający dwie łyżki ropy. Przebieg gojenia się pomyślny.

Dyskusya: L. KRYŃSKI [Warszawa].

6. R. BARĄCZ [Lwów]. W sprawie leczenia promienicy.

Stosowane dotychczas w promienicy środki [azotan srebra, jod, jodek potasu, kollargol] działają bardzo zawodnie. Szczególną złośliwością odznacza się promienica płucna. B. w 4-ch przypadkach [w 3-ch siedlisko cierpienia — szyja, w 1-ym — pośladek] zastosował podane przez BEVARD'a rozczyzny  $\text{CuSO}_4$ , działające zabójczo na *actinomyces* już w stężeniu 1:1.000.000; stosował zaś w postaci 1%-wych wstrzykiwań miejscowych podskórnych [0,08 na raz], nadto wewnątrznie łyżkami rozczyzny 1‰, i we wszystkich tych przypadkach otrzymał wyniki bardzo dobre.

IEDLIČKA [Lwów] zastosował w dwu przypadkach promienicy siarkan miedzi w sposób, polecany przez prelegenta, z wynikiem ujemnym; natomiast sprawa została uleczona podawaniem jodku potasu.



7. I. NUESSENFELD [Kraków]. W sprawie chemizmu żołądkowego po gastroenterostomii.

Na podstawie materiału kliniki chirurgicznej krakowskiej, dotyczące gastroenterostomii w przypadkach spraw natury niezłośliwej, wyraża N. zdanie, że po zabiegu tym chemizm trawienia w większości przypadków nie ulega wyraźnej zmianie; stwierdzić można przeważnie obecność wolnego kwasu solnego, natomiast brak obecności żółci już w krótkim czasie po operacji; siła ruchowa żołądka znacznie się poprawia, a nawet wraca do normy.

KADER [Kraków] stosuje zawsze zespolenie tylne, pozaokreśnicze z ułożeniem przeciw robaczkowem (*gastroenterostomia retrocolica posterior antiperistaltica*) bez dodatkowej enteroanastomozy. W przypadkach wrzodu żołądka przeprowadza choremu cienki sącdek gumowy przez nos, przełyk, żołądek i nowoutworzony otwór do jelita na jakieś 50 ctm., dzięki czemu można wprowadzać pokarmy zaraz po operacji z pozostawieniem zupełnego spokoju błonie śluzowej żołądka. Dren ten usuwa po 3—4 tygodniach.

8. L. KRYŃSKI [Warszawa]. Przyczynek do operacji wrzodu dziurawiącego żołądka.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na niezwykle siedlisko cierpienia, jego obraz kliniczny, przedewszystkiem zaś—trudność zastosowania odpowiedniego zabiegu operacyjnego. Mężczyzna 40-letni podczas jazdy koleją dostał bardzo silnych bólów brzucha, w następstwie szybki zapad i objawy ze strony otrzewnej. Następnego dnia laparotomia; znaleziono: rozlane zapalenie otrzewnej, w jamie brzusznej dużo resztek pokarmowych, na krzywiznie małej żołądka tuż obok wypustu przedziurawienie ściany wskutek wrzodu. Otwór ten zeszyto, ranę brzuszną wytamponowano. Chory poprawił się, utworzyła się jednak przetoka.żołądkowa. W trzy tygodnie potem powtórny zabieg, polegający na wycięciu wrzecionowatego kawałka ściany żołądkowej, zawierającego owrzodzenie, i założeniu szwu dwupiętrowego, co wobec lokalizacji stanowiło dużą trudność techniczną. Po 12-u dniach pomyślnego przebiegu i pozornego zagojenia się ściany żołądka, przetoka wytworzyła się na nowo. Obecnie zamierza K. wykonać operację trzecią: przeciąć żołądek poprzecznie poniżej wpustu w miejscu przetoki, ranę w żołądku [dolną] zaszyć zupełnie, koniec zaś przecięty górny [od wpustu] zespolić z pętlą jelita czczego (*cardiojejunostomia*).

9. L. RYDYGIER [sen.] [Lwów] omawia przypadek bliznowatego zwężenia przełyku, w którym zamiast zwykle w tych razach stosowanej gastrostomii, wykonał operację plastyczną według Roux, polegającą na przeciągnięciu długiej pętli jelita czczego, odpowiednio oddzielonej od nasady krezki, przez otwór w ścianie brzusznej popod skórą na przedniej powierzchni mostka ku górze aż do jego wcięcia. Przy przecinaniu *mesenterii* należy dla zapewnienia odżywiania pętli jelitowej pozostawiać dość szeroki pas przyjelitowy krezki, mieszczący w sobie t. zw. arkady tętnicze. Nowoutworzony w ten sposób przełyk funkcyonował dobrze; chora po 7-u tygodniach zmarła wskutek zapalenia płuc.

K.

[D. n.]



## Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

### Sprawozdanie z posiedzeń naukowych XIII—XVII poświęconych sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Zestawił

Witold Nowicki.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 35).

Prof. ZIEMBICKI nie uważa za słuszne zdanie p r y m. PISEKA, że, jeżeli niema wyliczonych przez niego objawów, to nie ma *appendicitis*. „Absolutnie odrzuca myśl prof. MARSA co do laparotomii próbnej w *appendicitis*.”

Dr NOWICKI w odpowiedzi p r o f. BARĄCZOWI, który nie zgadza się na teorię infekcyjną w patogenezie zapalenia wyrostka robaczkowego, musi jeszcze podnieść, że czysta teoria mechaniczna w pojęciu jej twórcy żadną miarą nie tłumaczy nam jasno powstawania *appendicitidis*. Nie mówi już o *app. simplex*, przy której nie może być mowy o teorii DIELAFOY, ale trudno przyjąć mechaniczne przyczyny jako to *primum*, które wywołuje zapalenie i w szeregu innych postaci zapalenia. Prelegent badał ropne zapalenia z ropniamiw błonie podśluzowej i inne, gdzie nie było mowy o „*cavité close*“, względnie jej następstwach. Celem objaśnienia przytacza obrazy ciekawszych przypadków dla udowodnienia swego zdania. Czynniki mechaniczne, jak np. tak często spotykane kamienie, mogą prowadzić już po wybuchu zapalenia do zgorzeli, rozpadu i t. p. wogóle najcięższych postaci anatomicznych. Co jednak jest tym pierwszym czynnikiem, stanowiącym bramę, czy impuls do wtargnięcia drobnoustrojów do tkanki wyrostka, czy wybroczyna, jak chcą niektórzy—trudno, niestety, wyjaśnić. Co do gwałtowności przebiegu niektórych przypadków *appendicitidis*, kończących się w krótkim czasie śmiercią, o których wspomina p r o f. GLUZIŃSKI, to przypadki takie widział na stole sekcyjnym, raz jako posocznicę łańcuszkowcą. Do nich należą również i te, gdzie drogą żyły brzusznej w krótkim czasie przychodzi do wytworzenia się ropni w wątrobie nawet przy bardzo nieznacznych zmianach w samym wyrostku lub jego okolicy.

Dr CZERNECKI przyznaje słuszność p r y m. PISEKOWI, że przy etyologii *appendicitidis* powinniśmy szukać nie jednej przyczyny, lecz szeregu czynników, że powinniśmy szukać w a r u n k ó w, w jakich schorzenie to wystąpiło. Co do związku grypy z chorobą omawianą, to zdania są podzielone. FRANKE, zwolennik tego związku, uważa niektóre przypadki *pseudoappendicitidis* za następstwo grypy w zrozumieniu, że to są objawy nerwobolu *n. ileo-hypogastrici*, przyczem jednak szuka charakterystycznych późnych objawów grypy [obrzęk śledziony, zaczerwienienie boków gardła, *conjunctivitis* i t. d.]. Zaznacza słuszność zdań p r o f.: ZIEMBICKIEGO, GLUZIŃSKIEGO i RYDYGIERA, że nie można rozpoznać grożącego przebiccia. A i sam akt przebiccia nie występuje tak typowo, jak np. w wrzodzie żołądka; fakt przebiccia może przejść niepostrzeżenie, jak to podniósł p r o f. GLUZIŃSKI. W odczycie już zwrócił uwagę na ważność objawów ze strony otrzewnej, objawów, które mogą świadczyć o przepuszczalności wyrostka, ulegającego może już zgorzeli. Co do leukocy-



toży, to zawiśłą jest ona tak dobrze od zmian, ograniczonych tylko do samego wyrostka, jak i od zmian następujących na otrzewnej. Zmniejszenie się i nowe podnoszenie leukocytozy sam obserwował u chorych z *appendicitis*. Przy otrobionym wysięku bywają różne wyjątki. Nizka liczba ciałek białych nie przemawia przeciw obecności ropy, a przy długotrwałych ropieniach jest nawet prawidłem, jak sam w klinice obserwował. Niewątpliwie istnieje pewna równoległość między zachowaniem się liczby ciałek białych we krwi a rodzajem wysięku: ropnym czy surowiczo-włóknikowym; nie jest ona jednak stałą. Według CURSCHMANN'a, jeżeli liczba ciałek białych w pierwszych dniach jest prawidłowa lub nieznacznie zmniejszona, można przypuszczać, że wysięk jest mały a przebieg krótki; nawet i wyższą [32—25,000] leukocytozę nie uważa CURSCHMANN za konieczny dowód obecności ropy. Gdy jednak kilka razy liczba ciałek białych przekroczy 20—30000 w 1-m mm. sz., tam obecność ropy ma być pewna. Odnośne zapatrywanie ilustruje prelegent przypadkami z kliniki lwowskiej. Po usunięciu ropy liczba ciałek białych spada, w razie zaś utrzymywania się dawnej, świadczy to o niedostatecznym jej odpływie. Mała liczba ciałek białych nie wiele nam mówi. Wogóle zapatrywanie na wartość leukocytozy jest dość sceptyczne, a liczenie ciałek białych może nam oddać usługi, ale raczej w późniejszych okresach zapalenia wyrostka, t. j. po pierwszych 48-u godzinach, wyjaśniając czy sprawa się szerzy, czy nie. W każdym razie ma ono pewną wartość przy uwzględnieniu innych objawów.

Dr Czyżewicz jun. wspomina o swych doświadczeniach w instytucie PASTEUR'a, gdzie chodziło o leczenie zapalnych spraw otrzewnej przy pomocy sztucznie wywołanej fagocytozy. Otóż w krótkim czasie po wstrzyknięciu prątka okrężnicy do jamy otrzewnej można było wykazać w płynie wydobytym fagocyty nie tylko zawierające tego prątka, lecz także łańcuszkowca, gronkowca i inne. To tamo znajdowano po wstrzyknięciu zupełnie jałowego bulionu. Świadczy to o przepuszczalności jelit, jeżeli tylko otrzewna w jakikolwiek sposób została zadrażniona. Z tego wynika, że otwarcie jamy brzusznej nie jest tak niewinnym zabiegiem i stosować się je winno tylko tam, gdzie już nie ma innego środka rozpoznawczego. Przepuszczalność ta tłómaczyłaby nam do pewnego stopnia przebieg gwałtowny przypadków, gdzie wskutek owego przechodzenia drobnoustrojów na większej przestrzeni i szybko, niema czasu do wytworzenia się zrostów.

## List otwarty do Redakcji „Gazety Lekarskiej“.

Z przykrością widzę się zniewolonym do obarczenia „Gazety” raz jeszcze wyjaśnieniem wskutek odpowiedzi dra ERBRICHA na poprzedni mój list w N-rze 32-im. Odpowiedź ta zawiera również nieścisłości, które czuję się w obowiązku sprostować.

Sprawę leczenia chirurgicznego gruźlicy krtani uważam za bardzo „żywnotną”, a zdanie moje podziela chyba ogół laryngologów, skoro komitety organizacyjne szeregu zjazdów międzynarodowych lekarskich i specjalnych laryngologicznych wyznaczały ją jako temat do rozpraw. Na Zjeździe tego-rocznym po raz ósmy postawiona ona była na porządku dziennym, jako kwestya, wymagająca wspólnego omówienia i wyświetlenia, a nawet Komitet Zjazdu międzynarodowego w roku przyszłym w Budapeszcie zaprosił mnie ponownie, wspólnie z prof. MASSEI'm, na referentów w tej samej sprawie, czemu odmó-



wilem, uważając ją za dostatecznie wyjaśnioną ogólnie na podstawie tegorocznych rozpraw. W ostatnich latach KRIEG, MERMOD i GRÜNWARD polecają bardzo stosowanie galwanoplastyki; GRÜNWARD nawet stosuje ją wyłącznie, przestrzegając przed używaniem ostrej łyżeczki z powodu możliwości jakoby zakażeń gruźliczych i ropnych. Jednakże przeprowadzona przez BURGER'a i uzupełniona przeze mnie ankieta w szeregu najdoświadczeńszych w tym względzie laryngologów, wykazała bezzasadność poglądów GRÜNWARD'a. Co się tyczy zapatrywań na sprawę tę prof. SEMON'a z Londynu, to najlepiej malują je słowa własnego jego listu do mnie z dnia 28-go maja r. b., który odczytałem na posiedzeniu redakcyi Gazety Lekarskiej. Brzmią one: „Sądzę, że jasno wyraziłem swój pogląd na Zjeździe wiedeńskim: winniśmy Panu być wdzięczni za niestrudzoną gorliwość, z jaką uzasadniał Pan znaczenie chirurgicznego leczenia w odpowiednich przypadkach suchot krtani. Metodą tą posługuję się zawsze i w tym duchu o niej pisałem, chociaż nie idę tak daleko, jak prof. MERMOD, dla którego niema ona przeciwwskazań.“

W podobnym duchu pisał do mnie prof. KUTTNER z Berlina, zarówno jak i BLUMENFELD, który w pracach swych zalicza się do najgorliwszych zwolenników interwencyi chirurgicznej w gruźlicy krtani.

Wreszcie słów kilka co do mojego wykładu na Zjeździe o metodzie inhalacyjnej. Otoż ujemna krytyka tej metody ograniczyła się do przemówienia dra DRESDENER'a z Reichenhall, przemówienia, wyrażonego w formie tak dalekiej od dyskusyi naukowej, że na żądanie zebranych przewodniczący musiał mu głos odebrać.

*T. Heryng.*

## Wiadomości bieżące.

— Ze względu na rychły już termin otwarcia Zjazdu Tow. Hygienicznego w Lublinie [26-go września], oraz na spodziewany wogóle znaczniejszy zjazd z powodu wystawy hygienicznej w tem mieście, bezwarunkowo niezbędnem jest wcześnie ułożenie listy uczestników.

Wobec tego i na żądanie miejscowego Komitetu Wystawy, który pragnąłby pośredniczyć w sprawie mieszkań i t. p., Rada Tow. Hygienicznego prosi osoby, wybierające się na Zjazd do Lublina, o zawiadomienie jej o tem przed dniem 8-ym września, aby nie później jak 10-go września mogła być ogólna lista uczestników ułożona i przesłana do Lublina. W zawiadomieniu należy nadmienić, czy zgłaszający się życzy sobie pośrednictwa Komitetu lubelskiego w sprawie zapewnienia mieszkania. Program Zjazdu umieściliśmy w Nr. 32 „Gazety Lekarskiej“.

— Związek lekarzy karlsbadzkich urządza wycieczkę naukową na okręcie Lloyd'u austriackiego „Thalia“. Wycieczka rozpoczyna się w Tryeście d. 10-go listopada r. b. o godz. 7-ej wieczorem; uczestnicy zwiedzą kolejno wybrzeże Dalmacyi, następnie Korfu, Malte, Sycylię, Neapol, Rzym, Korsykę, Niceę, Genuę; na zakończenie nastąpi na koszt kraju wycieczka do uzdrowisk w Tyrolu [Arco, Levico, Roncegno, Gries i t. d.].

Koszta wycieczki 700 koron obejmują podróż wraz z utrzymaniem [bez napojów]. Zgłoszenia przyjmuje dr HUGO STARK w Karlsbadzie.

— II Zjazd balneologiczny w Zakopanem odbędzie się 25-go i 26-go września r. b.

— XI międzynarodowy Kongres okulistyczny odbędzie się w Neapolu 2—9 kwietnia 1909 r.

---

Redaktor i Wydawca, Dr med. Jan Pruszyński.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.



# SPECYALNE PRZETWORY „ROCHE”

## Digalen

(Digitox. sol. Cloetta)

### Choroby serca:

Rozszerzenie serca. Zapalenie mięśnia sercowego, niedostateczność zastawek i zaburzenia w wyrównaniu

### Zastosowanie:

do wewnątrz, podskórnie i śródmięśniowo. Nie posiada działania komunikacyjnego; niema okresu utajonego

### Przepis:

1 Flakon oryginalny. Digalenu = 15 ctm. sz.

## Thephorin

Łatwo rozpuszczalna podwójna sól teobrominy.

Theobromin natrium — Natrium formicic.)

### Wskazania:

Wodna puchlina, obrzęki, zapalenie nerek. Doskonałe działanie okazuje połączenie z Digaleniem w obrzękach pochodzenia sercowego.

### Przepis:

1 rurka pastylek thesphorinowych à 0,5 grm. w oryginalnem opakowaniu „Roche”

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C<sup>IE</sup>, BASEL (SCHWEIZ) GRENZACH (BADEN)

Towarzystwo Akcyjne Zakładów Wyrobów Metalowych

# KONRAD, JARNUSZKIEWICZ i S-ka

w Warszawie.



Stolik do instrumentów.

Fabryka ulica Ciepła № 12.

Magazyny:   
 { Warszawa, u. Grzybowska № 19.   
 { Petersburg, ul Morska № 15.   
 { Moskwa, ul. Wielka Łubianka.   
 { d. Tow. Ubezp. „Rossya”.



Umywalnia

**Poleca:** przedmioty do nowoczesnych urzędzeń szpitali, sal operacyjnych oraz gabinetów lekarskich.

a mianowicie: Łóżka żelazne z materacami metalowymi różnych typów, szafki nocne, stoły chirurgiczne i ginekologiczne, taborety stałe i wykręcane, szafy oszklone hermetycznie i stoliki do narzędzi chirurgicznych, fotele do operacji ocznych i usznych, irygatory, podstawy i umywalnie pedałowe z fiaskami do płynów, nosze ręczne i na kółkach, lektyki do przewożenia chorych z miasta do szpitala, fotele na kółkach dla chorych i t. p.

Wszystkie przedmioty pod względem wykończenia nie ustępują wyrobom zagranicznym.

Wielki wybór powyższych przedmiotów posiadamy na składzie, Grzybowska 19. Ceny niskie. — Katalogi ilustrowane gratis i franco na żądanie.

W zakresie szpitalnictwa wprowadziliśmy ostatnio znaczne ulepszenia i bardzo wiele zupełnie nowych przedmiotów, na które prosimy żądać specjalnego dodatku do katalogu lekarskiego na 1907 rok.



**STOVAÏNE**

Najskuteczniejszy, najmniej trujący i najtańszy ze wszystkich środków znieczulających miejscowo.

**ATOXYL**

Najskuteczniejszy, najmniej trujący z organicznych przetworów arsenowych.

**TUBERCULIN TEST**

Z Instytutu Pasteur'a w Lille w celu rozpoznania gruźlicy za pomocą reakcji ocznej.

**OVO-LÉCITHINE BILLON**

Reconstituens; neurastenii, anemii mózgu, zmęczenie, rekonwalescencya

Les Etablissements **POULENC FRÈRES** - PARIS**Zakład dezynfekcyjny parowy JANA ZAWADZKIEGO**  
istniejący od roku 1902-goWarszawa—Mokotów ul. Moniuszki Nr. 1, tel. 30,08. Zarząd: Mokotowska Nr. 43  
telef. 2700.

Wykonywa dezynfekcyę mieszkań po bardzo dostępnej cenie nawet dla średnio zamożnych; dla biednych z polecenia p. p. Lekarzy darmo; za dezynfekcyę rzeczy ceny niższe.

**TAFELKI SIARCZANO-IGLASTE**

D-ra B. RAFELKESA

Kąpiele przyrządzane za pomocą tych tafelek mogą w zupełności zastępować naturalne siarczane kąpiele w miejscowościach leczniczych, jak w Busku, Kemern i t. p.

Analiza chemiczna tafelek według prof. D-ra PELA:

Wolnego  $H_2S$  gazu — 0,1%W połączeniu  $H_2S$  „ — 4,29%

Aromatyczny ekstrakt z igieł sosnowych z żelazem do leczniczych kąpiele w tafelkach D-ra Rafelkesa. Każda tafelka zawiera 4 łyżki ekstraktu i dostateczną na jedną wannę ilość żelaza.

Skład główny: Sejny, gub. Suwalskiej, u D-ra B. Rafelkesa.

10-8

**TUSSOL**

Syrop o bardzo przyjemnym smaku, w zupełności zastępujący przykrą w użyciu

**S I R O L I N Ę.**

Dawka 3 -- 4 łyżeczki dziennie.

Cena flakonu Rb. jeden.

poleca Apteka Magistra A. Bukowskiego, Marszałkowska 54.