

# GAZETA LEKARSKA.

## I. PRZYPADEK RANY POSTRZAŁOWEJ ŻOŁĄDKA.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1. XII. 1891 r.]

Napisał

**Antoni Gabszewicz.**

[Dokończenie. — Patrz Nr. 15].

Pomijam naturalnie niedokładny materiał statystyczny ran postrzałowych brzucha, zadanych przez kule większego kalibru w czasie wojny; amerykański chirurg ORIS zdołał z czasów wojny amerykańskiej o niepodległości zebrać 3671 przypadków obrażeń postrzałowych brzucha, z których zaledwie w 42 przypadkach miało miejsce wyzdrowienie. Niewiele lepsze wyniki widzą i inni chirurgowie przy obrażeniach brzucha w czasie wojny: tak QUÉNU z wojny Krymskiej podaje cyfrę śmierci na 92%, a podług d'ALCOCK'a z wojny Duńskiej, ani jeden przypadek rany postrzałowej brzucha nie skończył się wyzdrowieniem. Dodać muszę, że w żadnym przypadku nie była dokonana laparotomija. Z wojny Tonkińskiej NIMIER podaje już lepsze nieco rezultaty, gdyż liczba wyzdrowień dochodziła 22%.

Naturalnie, tak fatalny rezultat zależał nie tylko od złych warunków, w jakich się znajdowali ranni, ale więcej od tego, że obrażenia brzucha od kul większego kalibru wikały się z obrażeniami innych ważnych jam lub narządów. Te jednak złe wyniki pozwoliły ANDREWS'owi, amerykańskiemu chirurgowi, zalecać przy ranach brzucha, zadanych przez kule większego kalibru, co właśnie prawie wyłącznie ma miejsce na wojnie, wykonanie laparatomii, przy ranach zaś od kul rewolwerowych zaleca postępowanie wyczekujące, opierając się na 2-ch przypadkach, przez siebie spostrzeganych, w których pomimo niewątpliwego zranienia żołądka bez operacji nastąpiło wyzdrowienie; szkoda tylko, że rada tego chirurga właśnie w pierwszym razie, t. j. na wojnie, znalazłaby dla siebie jak najnieprzyjaźniejsze warunki. Otóż, dotychczas sprawa postępowania wobec ran postrzałowych brzucha drążących przedstawia się sporną; sporność ta jednak znajduje poniekąd dla siebie oparcie w statystyce ran postrzałowych, notowanych w czasie pokoju, a więc przeważnie zadanych przez kule mniejszego kalibru. Zwolennicy postępowania wyczekującego na poparcie swego zdania powołują się na pokaźną ilość przypadków samowolnie wyleczonych, co więcej, odsetek wyzdrowień podług nich ma być większy przy stosowaniu tej metody leczniczej, niż wobec wdania się chirurgicznego. Jednym z bardziej stanowczych zwolenników postępowania wyczekującego jest chirurg francuzki,

RECLUS, który wprost twierdzi, że, mając do wyboru metodę operacyjną lub wyczekującą wobec rany postrzałowej brzucha, tej ostatniej zawszeby oddał pierwszeństwo; do operacji, podług niego, nadają się tylko wyjątkowe przypadki. Chirurg ten dla poparcia swej tezy, opartej na kilku własnych spostrzeżeniach, ogłosił na początku 1890 r. w *Revue de chir.* dość liczny materiał, zebrany z ostatnich dziesiątków lat; najwięcej przypadków dostarczyła mu Ameryka; autor przytacza najpierw przypadki, gdzie stosowano leczenie wyczekujące, następnie przypadki, w których była dokonana laparatomija, ostatecznie wyniki jednych i drugich.

Otóż, ran postrzałowych brzucha leczonych wyczekująco znajduję w tablicy RECLUS'a 91 przypadków. W 6-iu przypadkach tylko z ogólnej cyfry dokonana była po śmierci sekcja, która wykazała, że otwory w kiszki były albo zupełnie zabliźnione, albo zamknięte dzięki sklejeniu kiszki z otoczeniem. W 3-ch z nich śmierć nastąpiła w kilka dni po wypadku bez podania przez autora bezpośredniej przyczyny śmierci, w 3-ch zaś — o wiele później z powodu przyczyn nie mających związku z urazem postrzałowym.

Następnie autor przytacza szereg przypadków, gdzie objawy kliniczne, jak: wychodzenie przez ranę gazów, zawartości żołądka lub kiszki, krwawe wymioty, wypływ żółci, wyjście kuli *per rectum*, dosyć stanowczo przemawiały za obecnością przedziurawienia przez kulę jednego z odcinków kanału pokarmowego, tak np.: wyjście kuli *per rectum* spostrzegano u 7-iu chorych — wszyscy wyzdrowieli, wylewanie się zawartości kiszki u 6-iu chorych — wszyscy wyzdrowieli, wylewanie się żółci u 7-iu chorych — wszyscy wyzdrowieli, krwawe wymioty u 21 chorych — 8-iu zmarło, 13-u wyzdrowiało, krwawe stolce i objawy zapalenia otrzewnej spostrzegano u 16-u chorych — z tych 5-iu zmarło, a 11-u wyzdrowiało.

W 10-iu przypadkach były tylko objawy szoku, z tych w 7-iu razach miało miejsce wyzdrowienie, a w 3-ch tylko śmierć.

W 18-tu zaś przypadkach po zadaniu rany postrzałowej nie spostrzegano absolutnie żadnych objawów groźnych; z tych jednak zmarło 5 wkrótce po urazie, a w 13-tu razach miało miejsce wyzdrowienie.

Tym sposobem u RECLUS'a na ogólną cyfrę 91 przypadków ran postrzałowych brzucha śmierć miała miejsce w 24-ch przypadkach, a wyzdrowienie w 67, czyli cyfra śmierci mniej więcej wynosi 25%, co przedstawiać może na pierwszy rzut oka rzeczywiście wspaniałe wyniki ze stosowania postępowania wyczekującego.

Ilość przypadków leczonych bez laparotomii i nie zamieszczonych w tablicy RECLUS'a powiększył STIMSON; ostatni przeważnie zebrał materiał ze szpitali nowojorskich w liczbie 60 przypadków; wyniki tutaj nie przedstawiają się jednak tak świetnie jak u RECLUS'a, gdyż wyzdrowienie miało miejsce w 25, a śmierć w 35 razach, czyli odsetek śmierci u STIMSON'a wynosi 60%.

Do tych przypadków muszę dodać dla dokładności obrazu i te, które były ogłoszone w przeszłym lub bieżącym roku, lub chociaż wcześniej, ale nie znalazły pomieszczenia u obu wyżej wzmiankowanych autorów. Niektóre z tych przypadków, jako więcej interesujące, przytoczę nieco szczegółowiej.

Dwa przypadki *MOSETIG VON MOORHOFF'a*: 1) Samobójstwo 31-letniego mężczyzny, z rewolweru 9 mm. kalibru; otwór wchodowy kuli w 4 lewym międzyżebrowo nieco na zewnątrz od linii sutkowej; z tyłu w pobliżu kręgów na wysokości XI żebra wyczuwa się coś twardego w rodzaju kuli. Lewostronny krwistek opłuczej. Duszność. Leczenie wyczekujące. Powikłanie różą twarzy, w opatrunku, pokrywającym otwór wchodowy kuli, znajduje się jakiś mięsny, cuchnący płyn; na plecach w miejscu odpowiadającym twardości skóra martwieje; cięcie między X a XI żebrami, wydobyte kuli pływającej w posoju; wprowadzony palec wchodzi do jamy, przyjmowanej za jamę opłuczej; założono sączek. Zrobiono przepłukanie przez otwór wchodowy *kali hypermanganico*; płyn jednak nie przechodził do tylnej rany tak, że *MOSETIG* nie przypuszczał, aby istniało w danej chwili połączenie między ranami. Po przebudzeniu jednak chory zwymiotował *kali hyperm*, tak, że wtedy autor sądził, że ma do czynienia z połączeniem przełyku z opłucną, co mogło podług niego powstać już następnie, gdyż dotychczas nie było objawów pierwotnego przedziurawienia tego narządu. Ku wielkiemu zdziwieniu chory w dalszym ciągu dobrze połykał płynne i stałe pokarmy; w opatrunku jednak od czasu do czasu znajdowano niestrawione jeszcze pokarmy. Po 6 tygodniach ranny zmarł nagle. Na sekcji wykazano, że kanał postrzałowy ciągnął się od 4 międzyżebrowo przez opłucną, przeponę, lewy zraz wątroby, przedni i tylny obwód żołądka, a kończył się między X a XI żebrami. Autor nie przypuszczał, aby żołądek mógł być zraniony: nie było wymiotów, ani bólu w okolicy żołądka; chory dobrze trawił. Prawdopodobnie w chwili zranienia żołądek był próżny i skleił się szybko z otoczeniem; później jednak sok żołądkowy z pokarmami dostawał się z obu stron do kanału postrzałowego i spowodował powyższe gnilne sprawy.

W 2-im przypadku rana postrzałowa brzucha, śmierć 4 dnia; na sekcji znaleziono 2 otwory w cienkiej kiszce, dużo kału w jamie otrzewnej, zapalenie otrzewnej. Za życia chory nie zdradzał żadnych objawów, które pozwalałyby przypuszczać powyższe obrażenia.

Jeden przypadek *NEBYKOWA*. 16-letnia dziewczyna strzeliła do siebie z rewolweru. Otwór wchodowy pomiędzy wyrostkiem miedzykostnym i pępkiem na 10 ctm. powyżej tego ostatniego. Wyjścia kuli nie widać. Szok, tętno nitkowate, wymioty znacznej ilości krwi z resztkami pokarmów, w kilka godzin krwawe stolce. Lód, wino. Wymioty ustały, zjawiała się czkawka. Makowiec. 8 dnia powtórzyły się wymioty krwawe; krwawe stolce. Brzuch przez długi czas wzdęty i bardzo bolesny. Pomimo tego wyzdrowienie po 2 miesiącach.

Jeden przypadek *MATTHES'a*. 14-letni chłopiec otrzymał postrzał w brzuch z rewolweru, i po wypadku przebiegł kilka wiorst do szpitala. Otwór wchodowy na smudze białej na 7 ctm. powyżej pępka; znaczna bledaść; tętno nitkowate, okolica żołądka wzdęta i bolesna; w 16 godzin wymioty skrzepłej krwi. Bóle w okolicy żołądka gwałtowne. Makowiec, lód, wino. Na 3 dzień krwawe stolce. Bóle nie zmniejszają się. Pokarmy *per os* dopiero po 2 tygodniach. Rana się zagoiła, bóle jednak trwały jeszcze przez kilka tygodni. Kuli ani w stolcach, ani wymiotach nie znaleziono.

4 przypadki *LE DENTU*: we wszystkich objawy zranienia kiszek, i wszystkie skończyły się śmiercią po 2-ch, najpóźniej po 4-ch dniach, z powodu zapalenia otrzewnej, jakie było następstwem przedziurawień kiszek; nie przeszkadza to jednak temu chirurgowi utrzymywać, że laparotomiję należy tylko robić wobec występowania objawów zapalenia otrzewnej, z drugiej strony jednak zabieg operacyjny w 15 godzin po wypadku prawie żadnej nadziei nie daje, podług niego, na wyzdrowienie.

*LANGE* przytacza jeden przypadek wyzdrowienia, przy stosowaniu metody wyczekującej wobec rany postrzałowej brzucha, zadanej z kuli średniego kalibru. Rana ta, podług niego, musiała najniezawodniej wikać się ze zranieniem przewodu pokarmowego, na co wskazywały silne bóle, wzdęcie brzucha i wysoka gorączka.

*HALL* przytacza 2 przypadki wyzdrowienia.

Jeden przypadek *GRANZO* — rana postrzałowa brzucha poniżej pępka, kula wyszła na 3 dzień ze stolcem. Wyzdrowienie.

*MEILLY* w wojskowym, niemieckim czasopiśmie przytacza 11 przypadków ran postrzałowych brzucha, zadanych przeważnie w zamiarze samobójczym; wszystkie skończyły się śmiercią: jedne w kilka, lub kilkanaście godzin po wypadku, inne po kilku dniach; w pierwszych sekcja wykazała jako przyczynę śmierci krwotok ze zranionych naczyń kręzkowych, w drugich zapalenie otrzewnej jako następstwo przedziurawienia kiszek cienkich lub grubych.

W sprawozdaniu sanitarnem armii pruskiej za rok 1888 znajdują jeden przypadek rany drążącej, postrzałowej brzucha; leczenie wyczekujące, po miesiącu wyzdrowienie. W  $\frac{1}{2}$  roku powstało nagłe ostre zapalenie otrzewnej, laparotomija nie odkryła przyczyny zapalenia — wyzdrowienie.

v. BONSORF przytacza 3 przypadki: w jednym śmierć dopiero po 2 miesiącach z powodu ropienia zaotrzewnowego; w drugim śmierć z powodu zapalenia otrzewnej, wywołanego przedziurawieniem kiszki cienkiej; w 3-im, pomimo że nie było żadnych groźnych objawów, śmierć nastąpiła na drugi dzień, a sekcya wykazała krwotok ze zranionych naczyń kręzkowych.

Nieogłoszony przypadek prof. KOSIŃSKIEGO: rana z rewolweru w 7 międzyżebżu na lewej linii sutkowej, kula się wyczuwa z tyłu w 10 międzyżebżu na 4 ctm. od kolumny kręgowej. *Pneumothorax*. Druga rana u tego samego chorego na podniebieniu twardem od drugiego wystrzału. Po 4 dniach śmierć. Sekcya wykazała, że kula przebiła opłucną, przeponeę i żołądek w 2 miejscach na małej krzywiznie.

W ten sposób, dodając do 91 przypadków, pomieszczonych w tablicy RECLUS'a, 60 przypadków, zebranych przez STIMSON'a i 28 przypadków, zebranych przezemnie z ostatników lat, nie znajdujących się u obu wyżej wzmiankowanych autorów, otrzymamy ogólną sumę ogłoszonych 179 przypadków ran postrzałowych brzucha, w których zabieg operacyjny nie był stosowany. Płóć śmierci w tablicy RECLUS'a była zanotowana 24 razy, czyli odsetek śmierci wynosił 25%; u STIMSON'a odsetek śmierci był znacznie większy, gdyż 60%; a na 28 przypadków przezemnie zebranych śmierć miała miejsce w 21 razach, a wyzdrowienie tylko w 7-iu, czyli odsetek śmierci będzie jeszcze większy, gdyż osiąga 75%. Tym sposobem złośliwa statystyka w przypadkach zebranych przezemnie wykazała odwrotny zupełnie odsetek śmierci wobec stosowania leczenia wyczekującego w stosunku do tego, jaki widzieliśmy z przypadków zamieszczonych w tablicy RECLUS'a.

Zobaczymy teraz, jak się przedstawia sprawa wobec tych przypadków, w których była dokonana laparotomija. Pierwszy COLEY, amerykański chirurg, zebrał 74 przypadki do roku 1887 przeważnie z literatury lekarskiej amerykańskiej, gdyż tylko 3 przypadki, przez niemieckich chirurgów ogłoszone, znalazły tam swe pomieszczenie. Wszystkie te przypadki znajdujemy w tablicy RECLUS'a, który do tych dodał jeszcze 29 przypadków przeważnie zebranych z literatury francuzkiej; razem więc RECLUS przytoczył 103 laparotomij, dokonanych przy ranach postrzałowych brzucha drążących. Z ogólnej liczby w 55-iu przypadkach robiona była operacja po upływie 12-tu godzin od chwili wypadku; wyzdrowień było 21, a śmierci 34 razy, czyli odsetek śmierci dochodził do 62%. W 28-iu przypadkach robiona była operacja po upływie 12-tu godzin od wypadku i tutaj wyzdrowień było 7, a śmierci 21 razy, czyli odsetek śmierci 75%, a więc o wiele większy niż w pierwszej kategorii. W 20-tu przypadkach czas operacji nie był oznaczony — wyzdrowień było 9, a śmierć 11 razy. Na ogólną więc cyfrę 103-ch przypadków laparotomij wyzdrowienie miało miejsce 37 razy, a śmierć 66, co stanowi dla niej odsetek 64%.

W 12-tu przypadkach nie były wcale zranione ani żołądek, ani kiszki; RECLUS dziwi się, dlaczego w tych przypadkach przedsiębrano laparotomiję, pomimo że w jego własnej tablicy przy tych przypadkach zanotowano w czasie operacji sprawdzone albo zranienie wątroby, albo nerki, połączone z wycięciem tej ostatniej, albo krwotok z większych naczyń. Zranienie żołądka zanotowa-

no w 17-tu przypadkach, z tych wyzdrowienie miało miejsce 4 razy, a śmierć 13; w pierwszych 4 szczęśliwie zakończonych miało miejsce wyłącznie zranienie samego żołądka; w innych zaś rany żołądka były powikłane ze zranieniem wątroby, nerki, naczyń kręzkowych, żyły wrotnej, a w przypadku BILLROTH'a zraniona aorta, a nerka zupełnie rozerwana obok rany żołądka; nie dziwnego, że obrażenia tak ważnych narządów nie mogły dodatnio wpłynąć na zejście pooperacyjne. W 9-iu przypadkach miało miejsce zranienie samej tylko grubej kiszki; z tych 5 skończyło się wyzdrowieniem, a 4 śmiercią. W 65-iu zaś pozostałych przypadkach najczęściej ulegały obrażeniu wyłącznie tylko kiszki cienkie, w niektórych jednak razach rany kiszek cienkich wikłały się z obrażeniami grubych kiszek, pęcherza, żyły biodrowej, lub naczyń kręzkowych. Wyzdrowień w tych przypadkach było zanotowano tylko 18 razy, a śmierć 47 razy, czyli odsetek śmierci dosięga 72%. Cyfry te pokazują nam, że największy odsetek śmierci dają obrażenia kiszek cienkich; rany zaś samego tylko żołądka, albo samych kiszek grubych, lub nawet tak ważnych narządów, jak wątroby, nerki, bez jednoczesnego zranienia kanału pokarmowego, dają stosunkową wcale znaczny odsetek wyzdrowień.

Pod koniec roku 1889 COLEY do poprzednich 74 przypadków, cytowanych przez RECLUS'a, dołączył jeszcze 50 laparotomij przy ranach postrzałowych brzucha; wyzdrowień zanotowano tylko 10 razy, a w 40 przypadkach po operacji nastąpiła śmierć. STIMSON zaś ze szpitali Nowojorskich zebrał 29 przypadków laparotomii, z których tylko 4 zakończyły się wyzdrowieniem, a w 25 nastąpiła śmierć. Znalazłem te tylko ogólne wzmianki co do ilości przypadków i ich wyników po operacji; nie znane mi są jednak bliższe szczegóły każdego pojedynczego przypadku, które jedyne byłyby w stanie nam wytłómaczyć, czy na tak fatalne wyniki mogła cośkolwiek wpłynąć laparotomija sama przez się, czy też różnorodność i stopień obrażeń, nawet pomimo wdania się chirurgicznego, nie pozwalały już na uratowanie rannego od śmierci.

Dla dokładności należy mi przytoczyć i te przypadki, jakie zostały ogłoszone już po wydrukowaniu prac powyższych autorów, lub przez nich były pominięte.

Przypadek TAYLOR'a: rana z rewolweru w lewym podżebrzu; stosowanie gazu wodornego *per rectum* w celu rozpoznawczym dało rezultat dodatni. Laparotomija w kilka godzin po wypadku; dwa otwory w żołądku; jeden w dwunastnicy i rozdarcie krezki. Szew. Śmierć po 34 godzinach z powodu zapalenia otrzewnej.

Dwa przypadki SENN'a, który stosował w celu rozpoznawczym zalecaną przez siebie metodę wprowadzania gazu wodornego. W pierwszym zranione były kiszki cienkie; szew, wyzdrowienie; a w drugim zraniony był żołądek; szew, śmierć z powodu zapalenia otrzewnej.

Przypadek BRAMANN'a. Rana z rewolweru na linii sntkowej lewej poniżej żeber; kulę się wyczuwa z tyłu w pobliżu kręgow. Wymiotów nie ma; tętno pełne. Po 3 godzinach upadek sił. Natychmiastowa laparotomija, podwiązanie krwawiących naczyń kręzkowych; w cienkiej kiszce 2 otwory zatkałe przez wywinętą błonę śluzową tak, że nawet ucisk na kiszkę nie wywoływał wychodzenia ani gazów, ani płyn. Wprawienie błony śluzowej i szew. Wyzdrowienie. Autorowi ten przypadek nasuwa uwagę, że w jego przypadku metoda rozpoznawcza, zalecana przez SENN'a, nie na wieleby się przydała i podług BRAMANN'a zalety jej więcej się mogą uwydatnić przy zranieniach kiszek grubych.

Przypadek HENRY SHERRY. Rana poniżej pępka z prawej strony. Szok. W 4 godziny laparotomija. Szew na 3 otwory w *colon ascendens*, z których kał wylewał się obficie. Wyzdrowienie.

Dwa przypadki WHEATON'a: w jednym zraniona była tylko kiszka cienka, w drugim tylko gruba; w obu wczesna laparotomija, szew. Oba zakończyły się śmiercią. W przypadku, gdzie była zraniona kiszka cienka, otwór w niej dość duży był zamknięty przez wywiniętą błonę śluzową i przeszkadzał wylewaniu się zawartości kiszkowej.

DAVID BARROW wykonał 6 laparotomij przy ranach postrzałowych brzucha; operację robił w kilka godzin po wypadku; w jednym nie były zranione ani kiszki, ani żołądek, tylko rozerwane naczynie krezkowe, w drugim zraniony był żołądek i kiszka cienka; te 2 przypadki skończyły się wyzdrowieniem. W 4 pozostałych nastąpiła śmierć; zranione były w 3 razach tylko kiszki cienkie, w jednym kiszka cienka i ślepa.

POSTEMPSKI na kongresie włoskich chirurgów przytoczył 19 laparotomij, dokonanych przy ranach postrzałowych brzucha; z tych w 16 razach miało miejsce wyzdrowienie, a w 3 tylko śmierć; dokładnego opisu przypadków nie znalazłem. Chirurg ten przy ranach postrzałowych brzucha robi cięcie krzyżowe, aby ułatwić sobie wyszukanie miejsca zranionego, będąc stanowczym przeciwnikiem stosowania sposobu SENN'a w celach rozpoznawczych.

A. BERNAYS wykonał 5 laparotomij: 1) u 9-letniej dziewczynki w godzinę po wypadku. Krwotok z tętnicy krezkowej i otwór w kiszce cienkiej. Szew i podwiązka. Śmierć. 2) U 12-letniego chłopca rana na wylot z tyłu ku przodowi. Laparotomija w 18 godzin po wypadku; zranione cienkie kiszki, szew. W jamie otrzewnej znaleziono kawałek spodni. Wyzdrowienie. 3) U 38-letniego mężczyzny rana na 6 ctm. powyżej pępka. Laparotomija w 4 godziny. Jeden duży otwór w żołądku między krzywiznami, i mniejszy w pobliżu odźwiernika; szew; wyzdrowienie. 4) U 25-letniego mężczyzny kula weszła na 2 cale poniżej i na lewo od pępka, a dała się wyczuć pod skórą w 7 międzyżebrowo na linii pachowej prawej. Szok, tętno nitkowate. Laparotomija w 2 godziny po wypadku. Rozerwana *art. gastroepiploica dextra*, podwiązano oba końce. Na 3 otwory w przednim obwodzie żołądka w pobliżu krzywizny małej założono szew. Naturalnie kula w dalszym przebiegu zraniła wątrobę, przedziurawiła przeponę, dostała się do jamy opłucnej; po nacięciu skóry z łatwością wydobyta. Wyzdrowienie. 5) U 22-letniego mężczyzny rana z rewolweru na 2 cale powyżej pępka; rannego wzięto 15 godzin do szpitala. Szok, tętno prawie niewyczuwalne. Laparotomija. Otwór duży w żołądku na małej krzywiznie w pobliżu odźwiernika; poza żołądkiem znaczne zebranie się krwi. Kulę nie można było znaleźć. Szew. Śmierć na drugi dzień. Na sekcji znaleziono jeszcze otwór w dwunastnicy i rozerwaną żyłę nerkową. Autor we wszystkich swoich przypadkach przepłukiwał jamę otrzewnej tylko ciepłą wodą.

Przypadek MILES'a: u 24-letniego mężczyzny rana poniżej pępka; szok, natychmiastowa laparotomija; 16 otworów w kiszce cienkiej i rozerwane 3 naczynia krezkowe. Szew na rany; podwiązanie naczyń. Wypłukanie jamy otrzewnej ciepłą wodą. Wyzdrowienie.

HUNTINGTON opisuje jeden przypadek: rana w dolnej lewej części brzucha; kula wyczuwa się pod skórą, poniżej wyrostka mieczykowatego. Krwawe wymioty. Tętno słabe. Bezwzględna laparotomija. Rana w żołądku i kiszce cienkiej. Szew. Wyzdrowienie.

Przypadek BERGER'a: u 18-letniego chłopca rana na prawo i poniżej pępka. Wymioty pokarmami. Tętno słabe. W 4 godziny laparotomija. Otwór w ślepej i sąsiadującej cienkiej kiszce. Szew. Wyzdrowienie.

Przypadek v. BONSDORFF'a. Rana z rewolweru poniżej pępka; w kilka godzin laparotomija; otwór w cienkiej i grubej poprzecznej kiszce; dużo kału w jamie otrzewnej. Szew. Wypłukanie słabym roztworem sublimatu. Śmierć na drugi dzień.

Przypadek prof. KOSIŃSKIEGO: u 44-letniego mężczyzny rana z rewolweru w V międzyżebrowo tuż obok kości piersiowej. Wymioty krwawe, czkawka, bolesność i wzdęcie brzucha. 4 dnia laparotomija — rana wątroby i żołądka, zapalenie otrzewnej. Szew na ranę żołądka. Na drugi dzień śmierć. Na sekcji przekonano się, że kula przez płuco i przeponę dostała się do jamy brzusznej, przebiła żołądek w 2 miejscach, następnie zraniła grubą kiszkę poprzeczną i uwięzła w główce trzustki.

W ten sposób dołączywszy do 103-ch przypadków, zamieszczonych w tablicy RECLUS'a, 50 przypadków, ogłoszonych przez COLEY'a, 29 przez STIMSON'a, 42 zebranych przezemnie i mój jeden przypadek, otrzymamy ogólną sumę laparotomij, wykonanych przy ranach postrzałowych brzucha, 225. Odsetka śmiertel-

ności przedstawia się rozmaicie, i szczególnie różnica ta staje się znaczną w porównaniu do tych rezultatów, jakie notowano u powyższych autorów, a rezultatami, jakie są widoczne w przypadkach, operowanych w ostatnich latach. Tam na ogólną sumę 182 przypadków wyzdrowień po operacji było tylko 51, co stanowi 29% wyzdrowień, gdy tymczasem na 43 przypadki przezemnie zebrane wyzdrowień było 28, co stanowi przeszło 2 razy większy odsetek, gdyż osiąga 64½. Na pozór materiały statystyczny, zebrany przez wzmiankowanych autorów, doprowadza do tego wniosku, że postępowanie wyczekujące przy ranach postrzałowych brzucha daje znacznie większy odsetek wyzdrowień, aniżeli zabieg operacyjny; z drugiej strony, materiał, jaki mi się udało zebrać za ostatnie lata, pozwala dojść do wprost przeciwnego wniosku. Okazuje się, jak zwodniczą rzeczą jest opierać się na samych tylko cyfrach statystycznych, a tem więcej z cyfr tych starać się wyprwadzić ostateczne wnioski co do wyższości tej lub innej metody postępowania, jak to uczynił RECLUS, gorący zwolennik wyczekiwania przy ranach postrzałowych brzucha. Nigdzie właśnie, jak przy ranach postrzałowych brzucha, statystyka sama przez się, a raczej ilość dodatnich lub ujemnych wyników, nie może wpłynąć na rozstrzygnięcie, która metoda jest lepszą, gdyż tutaj jedna i ta sama przyczyna, t. j. kula, w każdym pojedynczym przypadku może sprowadzić najrozmaitsze obrażenia co do ilości i co do jakości, co niezawodnie nie może pozostać bez wpływu na ostateczny wynik. Dość wysoki odsetek śmierci po operacji nie zależy wcale od samej operacji, jak, zdaje się, RECLUS chce to widzieć, ale tłumaczy się stosunkowo znacznymi obrażeniami, jakie można było sprawdzić na stole operacyjnym, w czasie samej operacji; przegląd tej wielkiej stosunkowo liczby przypadków, jakie wyżej zacytowaliśmy, wskazuje, że były to tego rodzaju obrażenia, które bez odpowiedniej czynnej pomocy, z małemi wyjątkami, zakończyłyby się na pewno śmiercią. Z drugiej strony, przeglądając poszczególne przypadki, w których było stosowane leczenie wyczekujące, można na pewno prawie twierdzić, że wiele z nich, które się zakończyły śmiercią, mogłyby się znaleźć w liczbie wyzdrowień, gdyby wczesna operacja była tam przedsięwzięta.

Że są pewne przypadki, w których pomimo niewątpliwego zranienia danego odcinka przewodu pokarmowego może nastąpić dobrowolne wyleczenie, o tem nie można wątpić. Na takie jednak przypadki trzeba się zapatrywać krytycznie; trzeba z jednej strony być pewnym zranienia przewodu pokarmowego, z drugiej w razie śmierci danego osobnika sprawdzić na seceyi możliwość dobrowolnego zagojenia przedziurawień przewodu pokarmowego. Takie zupełne zamknięcie otworów może wytworzyć się wskutek wywinięcia błony śluzowej, która zatyka otwór i nie dopuszcza wylewania się zawartości do jamy otrzewnej. Dobrowolne zagojenia otworów na tej drodze widziało wielu chirurgów, jak: SOCIN, DENTU, TRAVERS, COLLINS, BERGER, PEYROT, PERIER, BULL, HAMILTON, VERCHÈRE, BROUARDEL, BRAMANN; nie zawsze jednak ta zatyczka jest trwała i wystarczającą do zupełnego zamknięcia otworu w kiszkiach, lub żołądku, i o ile częściej daje się ona spostrzegać przy ranach kłutych brzucha, o tyle rzadziej przy postrzałowych; dla tego też wielu z wyżej wymienionych chirurgów, znalazłszy zamknięcie rany za pomocą wywiniętej błony śluzowej, wprawiali ją,

a na otwór nakładali szew odpowiedni. Dobrowolne zagojenie się rany może nastąpić wskutek sklejenia się miejsca zranionego z otoczeniem, szczególnie jeżeli osobnik postrzelony był naczecz. J. HUNTER widział już po 24 godzinach zamknięcie się rany na tej drodze; to samo spostrzegali: LITTRÉ, JOBERT DE LAMBALLE. Niekiedy, co już daleko rzadziej ma miejsce, sieć może się dostać pomiędzy brzegi rany i wytworzyć zatyczkę; podobny przypadek spostrzegł BAUDENS. Przypadki jednak dobrowolnego wyleczenia stosunkowo częściej były spostrzegane przy ranach żołądka, albo kiszek grubych; przy zranieniach zaś cienkich kiszek tego rodzaju dobrowolne wyleczenia zdarzają się nadzwyczaj rzadko; pomimo to RECLUS stara się dowieść, że w znacznej ilości przypadków i tutaj miało miejsce dobrowolne wyleczenie; na poparcie swego zdania przytacza właśnie niewielką ilość tych przypadków, w których wpływ zawartości przez ranę na zewnątrz mógł dawać pewne wskazówki, jaki odcinek przewodu pokarmowego uległ zranieniu, a zato dużą ilość takich wyleczeń dobrowolnych, w których rozpoznanie, jaki odcinek przewodu pokarmowego był zraniony i czy rzeczywiście był zraniony, napotyka wielkie wątpliwości. Na obronę postępowania wyczekującego RECLUS przytacza i ten fakt, że przy ranach postrzałowych kiszek cienkich często bywa dużo przedziurawień, które nieraz trudno wszystkie wyszukać, a więc i laparotomija, podług niego, w tych razach byłaby zupełnie bezużyteczną; trudno się zgodzić z autorem na taki pogląd; właśnie, gdzie więcej ran, tam tembardziej wskazanie do operacji staje się natarczywszem, gdyż trudno liczyć na dobrowolne zablźnienie kilku lub więcej otworów na jednej z dróg, o jakich już wyżej mówiliśmy; cóż dopiero mówić o takich przypadkach, w których np. HAMILTON spostrzegł 11 ran w kiszce cienkiej i 2 w poprzecznicy, MILES aż 16 otworów w kiszce cienkiej i 3 w kręzce, PEYROT 2 dziury w żołądku, dwie w dwunastnicy i jedną w poprzecznicy, NELATON 8 dziur w kiszce cienkiej i jedną w grubej, MAC CORMAC 2 otwory w żołądku, 4 w *rectum* i jeden w pęcherzu, GRIFFITH otwór w żołądku, 11 w kiszce cienkiej i dwa w grubej i t. d., w których pomimo takiej mnogości przedziurawień laparotomija, *resp.* szew na rany dał względnie wcale dobre wyniki. Sam RECLUS naturalnie nie jest bezwzględnym zwolennikiem postępowania wyczekującego; stara się jednak wskazanie do operacji ograniczyć do *minimum*. Tak, podług niego, zabieg operacyjny wskazany jest wkrótce po wypadku, przedewszystkiem przy krwotokach; naturalnie nie mówi się już tutaj o zranieniu *aortae abdominalis* lub *venae cavae*, gdyż obrażenia tak ważnych naczyń szybko śmierć powodują, ale o krwotoku, pochodzącym ze zranienia mniejszych naczyń, jak krezkowych, lub naczyń żołądka, które stosunkowo często ulegają obrażeniu i bez wdania się chirurgicznego mogą łatwo spowodować ostrą niedokrwistość i śmierć. Naturalnie, jeżeli krew wypływa przez ranę postrzałową, to rozpoznanie krwotoku samo przez się jest jasne; gdzie jednak istnieje tylko krwotok wewnętrzny, tam rozpoznanie przy ranach postrzałowych jest o wiele trudniejsze: bledność, tętno nitkowate, szok, mogą tak dobrze występować i bez zranienia naczyń, *respective* krwotoku, że w wielu razach o istnieniu ostatniego dopiero przekonać się można było po otworzeniu jamy otrzewnej. W tych razach jednak wyczekiwanie, pomimo wątpliwego rozpoznania, narażałoby na niezawodną śmierć ranego z utra-



ty krwi. Takie właśnie przypadki znajdujemy w tablicy RECLUS'a pomiędzy temi, w których laparotomija nie była dokonaną. Gdyby więc miano na względzie tylko krwotok taki, który się na zewnątrz manifestuje, co właśnie rzadko ma miejsce przy ranach postrzałowych, w takim razie wskazanie to, podług RECLUS'a, zaledwie w wyjątkowych przypadkach dałoby podstawę do zabiegu operacyjnego, oddając jednocześnie na pastwę losu mnóstwo innych przypadków, gdzie rozpoznanie wewnętrznego krwotoku byłoby bardzo utrudnione, lub zamaskowane przez obrażenia innych ważnych narządów. Za wskazanie do bezzwłocznej operacji RECLUS uważa także objawy niewątpliwego zranienia przewodu pokarmowego, jak; wychodzenie gazów, zawartości żołądka lub kiszek. Otóż, znowu wskazanie to zakwalifikuje mało przypadków do operacji, gdyż właśnie przy ranach postrzałowych przewodu pokarmowego, stosunkowo bardzo rzadko wylewa się na zewnątrz zawartość kiszek; częściej przy ranach żołądka wymioty krwawe wskazują na uszkodzenie tego narządu; najczęściej zaś zawartość wylewa się do jamy otrzewnej. W wielu przypadkach nie spostrzegano żadnych objawów przedziurawienia przewodu pokarmowego, jak np. w przypadku MOSERIG'a, a nawet w tablicy RECLUS'a znajdujemy kilka przypadków, które zupełnie nie zdradzały obecności poważniejszego obrażenia, a jednak po krótszym lub dłuższym czasie następowała śmierć z powodu zapalenia otrzewnej, wywołanego obecnością przedziurawień żołądka lub kiszek.

Za dalsze wskazanie do operacji RECLUS uważa objawy rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej; jest to tak elastyczne wyrażenie, że nie można się dziwić większości chirurgów, która oświadcza się za wczesną operacją, aby właśnie nie dopuścić do tego rozpoczynającego się zapalenia otrzewnej, która, rozpoznawana jako początek, może być już jednocześnie ostatecznym końcem choroby.

Dziwna rzecz, że RECLUS zranienie odcinka przewodu pokarmowego, połączone z wylewaniem się zawartości na zewnątrz, uważa za wskazanie do operacji; gdy zaś tego nie ma, co właśnie bywa najczęściej, w takim razie zaleca postępowanie wyczekujące, jak gdyby nie przypuszczał, że może istnieć zranienie, lub że wtedy znajduje się ono w lepszych warunkach. Statystyka jednak wykazuje, że prawie we wszystkich przypadkach, w których robiona była laparotomija, rana postrzałowa jamy otrzewnej wikała się ze zranieniem wnętrzości, tak, że ilość obrażeń przewodu pokarmowego przy ranach postrzałowych brzucha dosięga 96%.

Opisują, co prawda, przypadki, gdzie kula przebijała na wylot brzuch bez uszkodzenia wnętrzości; takie przypadki spostrzegał MAC-CORMAC w wojnie Amerykańskiej; widzieli je i opisywali BECK, LARREY, PARE, WISEMANN i inni; w każdym razie należą one do nadzwyczajnych rzadkości, a właśnie takie przypadki mogłyby upoważniać chirurga do postępowania wyczekującego.

Statystyka wykazała nam, że zranienia samego żołądka lub grubych kiszek zdarzają się o wiele rzadziej; najczęściej ulegają obrażeniu кишки cienkie; te pierwsze dzięki lepszemu ustaleniu wspomnianych narządów dają względnie o wiele lepsze rokowanie, niż obrażenia kiszek cienkich, których ruchomość usposabia do wielokrotnych przedziurawień, co nie może pozostać bez ujemnego wpływu na zejście.

Wogóle, znalazłszy się wobec przypadku rany postrzałowej brzucha drążącej [a o takich tylko tutaj mówimy], można z całym prawdopodobieństwem, nawet wobec braku wyraźnych objawów, przypuszczać obecność zranienia pewnego odcinka przewodu pokarmowego; brak obrażenia przewodu pokarmowego lub innych brzusznych narządów będzie należał do rzadkości: nie więc dziwnego że chirurg, mając to wszystko na względzie, woli jeszcze w porę zapobiedz smutnym następstwom, jakie mogą wyniknąć z postępowania wyczekującego, czy w każdym pojedynczym przypadku z powodzeniem, to już inna sprawa. Amerykański chirurg SENN przed paroma laty w celu rozpoznawczym przedziurawień przewodu pokarmowego zalecił metodę, polegającą na wprowadzeniu gazu wodornego *per os* albo *per rectum*; wychodzenie gazu przez ranę postrzałową wskazywać będzie na obecność otworów w żołądku, lub kiszki; nawet w czasie operacji metoda ta, podług niego, może oddać znakomite usługi dla wykazania niezauważonych przez chirurga przedziurawień. Nie przedstawia ona podobno żadnego niebezpieczeństwa. Metoda ta stosowaną była dotychczas prawie wyłącznie przez amerykańskich chirurgów, niezawsze jednak z powodzeniem, szczególnie w przypadkach, gdzie miało miejsce zamknięcie otworu przez wywiniętą błonę śluzową. Co się tyczy postępowania przy ranach postrzałowych brzucha, to amerykańscy chirurdzy stoją na gruncie radykalnym. MAC-CORMAC jest stanowczym zwolennikiem bezwzględnej laparatomii; zaleca robić cięcie obszerne, aby dokładnie można było obejrzeć żołądek i kiszki; te ostatnie radzi przepatrywać, kierując się w górę i na dół od ślepej kiszki. Podobnie zajątrują się na sprawę SENN, NANCREDE, CARSON, TAYLOR, MORTON; ostatni radzi robić laparatomiję nawet w tych przypadkach, gdzie metoda rozpoznawcza SENN'a daje ujemny rezultat. DAVID-BARROW również jest stanowczym zwolennikiem natychmiastowej operacji po wypadku, wychodząc z tej zasady, że laparotomija nawet wobec braku uszkodzeń wnętrzości nie może przynieść żadnej szkody; wobec silnego szoku radzi ograniczyć się na powiększeniu rany postrzałowej, obmyciu jamy otrzewnej i założeniu sączka, a rany przewodu pokarmowego pozostawić niezasytymi. Dla bezpieczeństwa radzi miejsca kiszki zranione po nałożeniu szwów przyszywać do sieci. Sposób SENN'a stosuje, ale tylko w czasie operacji, po zaszyciu widocznych otworów, dla wykazania niedostrzeżonych. Jeżeli były zranione grube kiszki, lub cienka biodrowa, to zaleca energiczne wypłukanie jamy otrzewnej antyseptykiem; we wszystkich zaś wypadkach radzi po operacji zakładać sączki do jamy otrzewnej. Większość niemieckich chirurgów oświadcza się za wczesną laparotomiję: WOELFLER, LAUENSTEIN postępowanie wyczekujące uważają za wyrzeczenie się sposobności uratowania życia rannemu. Tylko BARDELEBEN przy postrzałowych ranach brzucha zaleca leczenie wyczekujące i operację natychmiastową uważa za wskazaną tylko przy objawach znacznego krwotoku.

MIKULIČ jest tego zdania, że laparotomija przy rozmaitego rodzaju przedziurawieniach przewodu pokarmowego, czy to pochodzenia urazowego, czy też wrzodziejącego, nawet w nieprzyjanych warunkach może dać wynik pomyślny; jeżeli stan ogólny jest jeszcze znośny, to ani surowiczowo-włóknikowe, ani ropne zapalenie otrzewnej nie stanowią dla niej przeciwwskazania; przy zbyt niskiej

ciepłocie ciała nie radzi już operować. Szczególniej zaleca wczesną laparotomię przy ranach postrzałowych brzucha; cięcie radzi w większości przypadków robić w smudze białej, do szwu używać jedwabiu, szczególnie przy istniejącem już zapaleniu otrzewnej, gdyż w tych warunkach listki otrzewnej trudniej się skleją; ostrzega przed zbyt gorliwym używaniem mocnych antyseptyków, do wypłukania jamy otrzewnej. CZERNY dla oryentowania się przy ranach postrzałowych brzucha, jaki odcinek przewodu pokarmowego uległ przedziurawieniu, radzi zwracać uwagę na zapach gazów, jeżeli one wydzielają się na zewnątrz; bezwonne gazy przemawiają za zranieniem żołądka; kiszka biodrowa i grube wydzielają gazy smrodliwe, działające szybko septycznie, przy zranieniach *intest. jejuni* objawy groźne nie tak prędko występują. Szybko znikające stępienie wątroby przemawia za przedziurawieniem żołądka.

Kwestyja postępowania wobec ran postrzałowych brzucha dość często była powodem rozpraw na posiedzeniach chirurgów francuzkich w ostatnich latach. Wiemy, jak się zapatruje na tę sprawę RECLUS. Z innych chirurgów francuzkich TILLAUX uważa laparotomię za wskazaną tylko wobec obszernych ran postrzałowych brzucha, połączonych z wypadnięciem wnętrzości i wylewaniem się zawartości na zewnątrz; w pozostałej zaś większości przypadków jest za wyczekiwaniem, dużo sobie obiecując ze skłonności otrzewnej do prędkiego sklejanja się; nawet rozpoczynające się zapalenie otrzewnej nie jest jeszcze dla niego wskazaniem i dopiero przy wyraźnych objawach zapalenia otrzewnej zaleca przystąpić do operacyi. Tego samego zdania są: DESPRÉS, AUGAGNEUR; pośrednie stanowisko zajmują: LE FORT, BOUILLY, BERGER, VERNEUIL.

TRELAT zaś, POZZI, LE DENTU, VERCHÉRE, l'ABBÉ, radzą robić wczesną laparotomię nawet w przypadkach wątpliwych. CHAVASSE, REYNIER, szczególny nacisk kładą na wczesną laparotomię wobec objawów zranienia kiszek cienkich. NELATON, MARC-SÉE, LUCAS-CHAMPIONNIERE, opierając się na statystyce, która wskazuje, że tylko małoznacząca ilość ran postrzałowych nie wikła się z uszkodzeniem wnętrzości, radzą przy każdej drażącej ranie brzucha robić laparotomię. To samo zdanie wygłasza CHARVOT, TERRIER.

Tak się przedstawia dotychczas sprawa leczenia ran postrzałowych brzucha; ostateczny wniosek daje się tu ten wyprowadzić, że pomimo od czasu do czasu spotykanych wyleczeń dobrowolnych i pomimo możliwości takich przypadków, w których wnętrzości nie uległy obrażeniu, przeważna większość chirurgów jest tego zdania, że laparotomija przy ranach postrzałowych brzucha powinna mieć daleko więkze zastosowanie, niż to, jakie jej RECLUS w swej pracy nakreślił; wogóle niewielki tylko odsetek trzebaby zapisać na karb tych przypadków, któreby mogły upoważnić chirurga do postępowania wyczekującego.

## L I T E R A T U R A.

- 1) v. MOSETIG MOORHOF. Wiener med. Woch. 1886. Nr. 51. — 2) NEBYKOW. Chirurg. Wiesnik. 1885. — 3) MIKULICZ. Sammlung klin. Vorträge. Nr. 262. — 4) MATTHES. Centr. für Chir. 1887. Nr. 52. — 5) NANCREDE. Ref. im Centr. für Chir. 1887. Nr. 45. — 6) WILLIAM MAC CORMAC. Sammlung kl. Vorträge. Nr. 316. — 7) Bull. et mem. de la soc. de Chir. de Paris. T. 12, 13, 14, 15. — 8) LE DENTU. Gaz. med. de Paris. 1887. Nr. 23. — 9) BARDELEBEN. Charité Annalen. 13. — 10) TAYLOR. Med. news. 1888. Juni. — 11) Congres français de chir de Paris. Mars. 1888 i 1891. — 12) CZER-

NY. Beilage zum Centr. für Chir. 1883. — 13) HENRY SHERRY. Annals of Surgery. T. 8.—14) WHEATON. Ref. im Centr. für Chir. 1889. Nr. 40. — 15) BARROW. Journ. of the amer. med. assoc. 1889. T. 12, 1890. T. 15. — 16) GRANERO. Ref. im Centr. für Chir. 1889. Nr. 40. — 17) POSTEMPSKI. Kongres Tow. włosk. chir. Centr. für Chir. 1889. Nr. 39. — 18) SENN. Med. news. 1888. November. Journ. of the amer. med. assoc. 1890. T. 15. — 19) BRAMANN. Beilage zum Centr. für Chir. 1889. — 20) LAUENSTEIN. Deutsche med. Woch. 1889. Nr. 49. — 21) THOMAS MORTON. Journ. of the amer. med. assoc. T. 14. 1890. — 22) CHARVOT. Revue de Chir. 1889. Nr. 6. — 23) A. BERNAYS. Berlin. kl. Woch. 1890. Nr. 31. — 24) RECLUS & NOGNES. Revue de Chir. 1890. Nr. 2 i 5. — 25) MEILLY. Deutsch. militärärztliche Zeitschr. 1890 Zesz. 5. — 26) HUNTINGTON. Ref. im. Centr. f. Chir. 1891. Nr. 18. — 27) v. BONSDORFF. Ref. im Centr. f. Chir. 1891. Nr. 32. — 28) SAWICKI. Gaz. Lek. 1889.

## II. PRZYCZYNEK DO POSTĘPOWANIA PRZY ŁOŻYSKU PRZODUJĄCEM ŚRODKOWEM. (*Placenta praevia centralis*).

P. dal

Felicyjan Szmakfefer.

Jednym z poważniejszych powikłań przy porodach, groźnym zarówno dla życia rodzącej, jak i płodu, jest niezawodnie krwotok, towarzyszący łożysku przodującemu.

Często po przybyciu znajdujemy rodzącą bladą, leżącą w kałuży krwi, bez przytomności, z ledwo wyczuwalnym tętnem, z objawami ostrej niedokrewności mózgu, przy sprawie porodowej zaledwie rozpoczętej. Stan chorej nieraz jest tak groźny, że nie mamy nawet dosyć czasu, żeby wezwać na radę innego lekarza, ani też żeby odesłać chorą do kliniki, lecz jesteśmy niejako moralnie zmuszeni brać na swe barki całą odpowiedzialność za wyniki naszych zabiegów leczniczych, szybko się oryentować i decydować w wyborze środków, gdyż często zwłoka chorą o śmierć może przypawić.

Ponieważ w mej praktyce akuszerskiej zdarzyło mi się spostrzegać cztery przypadki łożyska całkowicie przodującego, postanowiłem w krótkości je opisać, mając nadzieję, że podobne spostrzeżenia, ze względu na ich rzadkość, obudzą między kolegami pewne zainteresowanie.

### Spostrzeżenie I. *Placenta praevia centralis totalis* <sup>1)</sup>.

Dnia 2 Stycznia 1888 r. zostałem wezwany do Heleny W., lat 33, żony wyrobnika, zamieszkałej we wsi Wola. Helena W., piąty raz rodząca, matka trojga żyjących dzieci, poprzednie porody odbyła prawidłowo, bez pomocy lekarskiej; ostatni przed 2½ rokiem. Obecna ciąża przebiegała prawidłowo, dopiero przed czterema tygodniami, przy dźwignięciu znacznego ciężaru, wystąpił silny krwotok z utratą przytomności, który przy położeniu się chorej do łóżka sam ustał; drugi znacznie większy krwotok wystąpił bez żadnej widocznej przyczyny przed dwoma dniami, lecz także wkrótce ustał; wreszcie na kilka godzin przed moim przybyciem nastąpiło ponowne krwawienie, które już nie ustąpiło, co zmusiło otaczających do zasięgnięcia mej pomocy.

Chora dobrze zbudowana i odżywiana, leży na łóżku poprzecznym ze słabem, ledwo wyczuwalnym tętnem, traci co chwila przytomność, skarży się na szum w uszach, zawrót głowy, nudności. Bóów porodowych brak zupełny. Rozwiązania spodziewa się chora za dwa tygodnie. Przez ściany

<sup>1)</sup> Są to wyciągi z notatek, robionych bezpośrednio po porodzie.

brzusne rozpoznałem II położenie poprzeczne; tonów serca płodu nie byłem wstanie usłyszeć, chociaż rodząca utrzymuje, że ruchy dziecka czuła niedawno. Przy badaniu przez pochwę znalazłem: usta maciczne swobodnie przepuszczają palec, są podatne, rozciągliwe. Krwawienie ciągłe. Brak prawidłowych skurezów macicy.

Przyuszczając w danym przypadku łożysko przodujące i mając na względzie znaczną utratę krwi i ostrą niedokrwistość chorej, postanowiłem jaknajprędzej ukończyć poród. W tym celu szczerze wytamponowałem paskami gazy jodoformowej kanał szyjki macicznej aż do ujścia wewnętrznego, chcąc przez to wywołać skurcze macicy, rozszerzyć usta maciczne, a przedewszystkiem zatrzymać krwawienie. Cel powyższy został osiągnięty; krwawienie chwilowo ustało, nastąpiły dość energiczne bóle porodowe. Zająłem się więc teraz cuceniem chorej, gdyż częste omdlenia i nikle tętno wzbudzały obawę o jej życie. Ułożyłem więc ją poziomo, na głowę położyłem gorący okład, wstrzyknąłem pod skórę eter, do wewnątrz dałem łyżkę mocnej wódki. Tętno cokolwiek silniejsze i pełniejsze, lecz znów przy częstych skurczach macicy zaczęła się krew sączyć, gdyż tampon przy rozszerzaniu się i zanikaniu ust macicznych nie zbyt szczerlnie je zatykał. Wytamponowałem więc i pochwę, lecz po upływie pół godziny, z powodu skarg chorej i ponownego przesączania się krwi, tampony usunąłem. Badając, znalazłem ujście rozwarłe na 2—3 palce; dookoła i nad ujściem wyczuwa się ciało miękkie, gąbczaste, krwawiące; skurcze macicy bardzo energiczne, przychodzą co 3 minuty. Rozpoznałem: *placenta praevia totalis*.

Zrozpaczony stanem chorej i widząc z każdą chwilą ulatujące z niej życie, postanowiłem łożysko przedziurawić i zrobić obrót, żeby nie stracić chorej przed jej rozwiązaniem. Wprowadziłem więc trzy palce lewej ręki stożkowato ułożone w usta maciczne i wykonywając ręką ruchy świdrujące, zdołałem, dzięki podatności i rozciągliwości ujścia, wejść do macicy. Obchodząc palcami dookoła ujścia wewnętrznego, wszędzie napotykałem łożysko, które też odkleiłem na pewnej przestrzeni; do brzegu łożyska, *resp.* osłon płodowych dojść nie udało mi się. Krew tryska jak z fontanny. Chora omdlała. Wprowadziłem więc i pozostałe palce do macicy, rozerwałem łożysko tuż nad ujściem, więcej ku prawej stronie, wykonałem obrót na jedną nóżkę, ściągnąłem ją do sromu i w ten sposób wykonałem tamponadę poślaskami płodu. Wód płodowych przy operacji odeszła mała ilość. Po obrocie krwawienie natychmiast ustało. Chorej wstrzyknąłem podskórnie trzy strzykawki eteru, poczem przytomność powróciła. Po upływie 20 minut, gdy ogólny stan chorej nieco się poprawił, przy silnych bólach porodowych i po dostatecznym rozszerzeniu się ujścia, wydobylem dziecko donoszone, płci żeńskiej, nieżywe. łożysko tuż za główką całkowicie odeszło, a worek płodowy, prawie nienaruszony, zawierał znaczną ilość wód. W łożysku znalazłem otwór, idący od jego środka do brzegu i przechodzący w tymże kierunku na osłonę. Od obrotu do końca porodu chora utraciła nieznaczną tylko ilość krwi. Macica po porodzie znakomicie się skurczyła. Ani podczas, ani po porodzie antyseptycznych przestrzykiwań nie robiłem.

Od mego przybycia, przy ledwie rozpoczętej pracy porodowej, do ukończenia porodu upłynęły dwie godziny.

Przebieg pogoju idealny: po dziesięciu dniach położnica, choć jeszcze osłabiona, wstała, a w półtora roku później, jak się dowiedziałem, urodziła szczęśliwie dziecko bez pomocy lekarskiej.

### Spostrzeżenie II. *Placenta praevia centralis partialis*.

Dnia 18 Czerwca 1891 r. zostałem wezwany przez kolegę SŁUPECKIEGO na ulicę Łucką N-r 12, do Florentyny R., lat 38, żony gisera, piąty raz rodzącej; poprzednie porady były prawidłowe. Chora w nocy po przebudzeniu się ze snu spostrzegła, że leży w kałuży krwi. Wezwano zaraz kol. SŁUPECKIEGO, który na razie udzielił chorej pierwszej pomocy.

Po przybyciu znalazłem kobietę wzrostu wysokiego, dość otyłą, z cerą matowej białości, z tętnem nadzwyczaj szybkim i słabem przy zachowanej przytomności. Skurcze macicy nieprawidłowe, to zbyt silne i częste, to za słabe i powolne. Krwawienie ciągłe pomimo wytamponowania wata pochwy. Przez ściany brzuszne rozpoznałem I położenie czaszkowe. Po usunięciu tamponów, przy badaniu przez pochwę znalazłem: ujście dostatecznie rozwarłe przepuszcza swobodnie cztery palce, usta maciczne niezupełnie zanikłe, wolne, rozciągliwe; krwawienie dość obfite. Nad ujściem dookoła wyczuwam łożysko. Rozpoznawszy *placenta praevia centralis*, po naradzie zdecydowaliśmy się niezwłocznie przystąpić do operacji. Ułożyłem prawą rękę stożkowato i wprowadziłem ją do

macicy; obmacawszy palcami łożysko dokoła ujścia wewnętrznego, przekonałem się, że w lewej dolnej części, na 5 cm. po nad ujściem, okazuje ono mniejszą odporność, pociągnąłem więc je w tem miejscu silnie ku dołowi i rozerwawszy, wszedłem całą ręką do worka płodowego. Nad łożyskiem napotkałem główkę płodu, którą uchwyciłem całą ręką i starałem się ściągnąć do wejścia miednicy, co przy jego obszerności i małych rozmiarach główki zdawało się mieć szanse powodzenia. Nie udało mi się to, gdyż łożysko i jego strzępy, tworząc wał dokoła ujścia, *resp.* nad wejściem miednicy, stanowiły przeszkodę do wykonania tego rękoczynu. Pusiłem więc główkę i nie wyjmując ręki, zrobiłem obrót na lewą nóżkę. Po obrocie krwawienie ustało. Po paru minutach powoli wy dobyłem dziecko płci męskiej bez śladów życia. Wkrótce wy dobyłem i łożysko, które już się znajdowało w pochwie, mała tylko część była w zesnurowanem ujściu macicy. łożysko rozerwane u brzegu, a osłony<sup>n</sup> w tem miejscu częściowo poprzecznie oderwane. W czasie operacji chora nie straciła więcej nad parę łyżek krwi. Macica po porodzie dobrze się kurczy. Operowałem na łożku zwyczajnem z obawy poruszenia chorej. Macię przeszprycowałem 3% roztworem kwasu karbolowego.

Na wszelki wypadek był przygotowany roztwór soli kuchennej, lecz nie robiliśmy z niego użytku, stan bowiem chorej był względnie zadawalający. Zaleciliśmy wewnątrz sporysz, środki podniecające.

Przebieg prawidłowy.

### Spostrzeżenie III. *Partus praematurus. Placenta praevia centralis partialis.*

Dnia 28 Listopada 1891 r., za poradą kol. SŁUPECKIEGO zostałem wezwany na ulicę Wronia Nr. 34, do Pauliny Z., lat 33, żony rzemieślnika, siódmy raz rodzącej; poprzednie porody prawidłowe. Kobieta niedokrwiła, wątła, nędznie odżywiana, w stanie półomdlenia, apatyczna, ze słabem tętnem. Od trzech tygodni ciągle obfite krwawienia. Poród rozpoczął się przed ośmiu godzinami. Przy badaniu znalazłem pochwę i ujście wypelnione łożyskiem, którego brzeg dosięga sromu<sup>1)</sup>; po odsunięciu łożyska na lewo, ujście okazało się dostatecznie rozwarłe, główka płodu mała, słabo wklonowana, II położenie czaszkowe. Krwawienie umiarkowane. Dla prędszego ukończenia porodu, co ze względu na ciężki stan chorej było aż nadto wskazanem, założyłem na łożku zwyczajnem kleścze przy wysokiem ustawieniu główki i po kilku słabych trakcyjach wy dobyłem dziecko płci męskiej, niedonoszone siedmio miesięczne, nieżywe. łożysko wkrótce odeszło; osłony były oderwane z jednej strony u podstawy.

Po wstrzyknięciu kilku strzykawek eteru i po długich usiłowaniach udało mi się poprawić stan chorej. Macica dobrze się skurczyła. Zaleciłem do wewnątrz sporysz, środki trzeźwiące i podniecające w dużych ilościach.

Przebieg poporodowy bez powikłań.

### Spostrzeżenie IV. *Partus praematurus. Placenta praevia centralis totalis.*

Dnia 7 Stycznia 1892 r. zostałem wezwany na ul. Hrubieszowską, Nr. 3, do Bronisławy L., lat 24, żony rzemieślnika fabrycznego, drugi raz rodzącej; pierwszy poród w położeniu pośladowem, z przebiegiem prawidłowym w obecności lekarza. Obecna ciąży — ósmy miesiąc — przebiegała prawidłowo, dopiero przed czterema dniami w nocy pojawił się silny krwotok, który na razie sam ustał, lecz od tego czasu krew odchodziła bez przerwy w większej lub mniejszej ilości. Praca porodowa rozpoczęta przed dziewięciu godzinami. Z powodu znacznej utraty krwi, zawezwano jednego z kolegów, który rozpoznał łożysko przodujące i polecił odesłać chorą niezwłocznie do kliniki położniczej. Wkrótce potem widziałem chorą. Budowa i odżywianie dobre, cera koloru woskowego, tętno nikle, ledwo

1) Zaliczam to spostrzeżenie do przypadków łożyska środkowo przodującego, gdyż, jeśliby wprawdzie do macicy część łożyska, znajdującą się w pochwie, to ono zakryłoby nam całkowicie ujście. łożysko odkleiło się z prawej strony, z lewej dokoła ujścia było przyklejone. Czy odklejenie i urodzenie prawej połowy łożyska do pochwy nastąpiło wskutek bardzo energicznych początkowo skurczów macicy, czy też było ono oderwane i wy dobyte przez akuszerkę, trudno przesądzać. Akuszerka utrzymuje, że łożysko samo urodziło się do sromu i dopiero wtenczas odeszły wody płodowe, co miało mieć miejsce na kilka minut przed moim przybyciem.

wyczuwalne, chora co chwila traci przytomność — jednym słowem, wszystkie objawy ostrej uiedokrwistości. O przewiezieniu chorej w takim stanie nie mogło być mowy. Nie tracąc więc chwili czasu, postanowiłem, jak można najprędzej, poród ukończyć. Po usunięciu skrzepów krwi, włożyłem prawą rękę do pochwy, doszedłem do ujścia, przekonałem się, że jest ono podatne, rozciągliwe, dostatecznie do wprowadzenia ręki rozwarłe, wszedłem więc ręką do macicy, nad ujściem dookoła napotkałem łożysko, które na pewnej przestrzeni końcami palców odkleiłem, lecz do brzegu łożyska nie doszedłem. Przy odklejaniu łożyska krwawienie znaczne, które częściowo tamowałem, uciskając ręką i przedramieniem. Nie wyjmując ręki, przedziurawiłem palcami łożysko nad ujściem; przez otwór wprowadziłem rękę, a znalazłszy płód w II położeniu poprzecznym grzbietowym, zrobiłem obrót na prawą nóżkę. Skurcze maciczne przez cały czas dość energiczne. Po zrobieniu obrotu krwawienie ustało. Dziecko wkrótce urodziło się do łopatek; główkę wydobyłem łatwo. Dziecko niedonoszone siedmio-miesięczne, płci żeńskiej, nieżywe. Zaraz za główką wyszło łożysko z otworem pośrodku i z nieznacznym tylko rozerwaniem osłon. Utrata krwi przy operacji stosunkowo mała. Macica znakomicie się skurczyła.

Zaleciłem sporysz z waleryjaną i eterem, wódkę, koniak, mocną kawę, gorące napoje w małej ilości.

Przebieg położu nie pozostawiał nic do życzenia.

W moich spostrzeżeniach udało mi się ocalić cztery rodzące, dzieci wydobyłem wprawdzie wszystkie nieżywe, ale i przed przystąpieniem do operacji nie mogłem się upewnić o ich życiu przez wysłuchiwanie tonów serca. Jednakże nawet przy stwierdzonym życiu płodu, jeśliby rodząca znajdowała się wskutek utraty krwi w tak groźnym stanie, że tylko szybkie ukończenie porodu mogłoby ją ocalić, nie zawahałbym się ani chwili poświęcić dziecko dla ocalenia życia matki. Wyczekiwanie bowiem i powolne działanie w podobnych przypadkach ma zwykle ten skutek, że, przy chęci ocalenia i matki i dziecka, tracimy oboje.

W trzech ostatnich spostrzeżeniach miałem postępowanie znakomicie ułatwione, gdyż przy mojem przybyciu ujście maciczne było już dostatecznie rozwarłe, co umożliwiała natychmiastowe wykonanie operacji. [D. n.]

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

— 3 —

**24. Prof. Lewaszew [Kazań]. O drobnoustrojach tyfusu plamistego** (*Ueber die Mikroorganismen des Flecktyphus*).

LEWASZEW, prof. kliniki terapeutycznej w Kazaniu, korzystając z epidemii tyfusu plamistego, panującej obecnie w tamtej okolicy, zajął się badaniem krwi u chorych tyfusowych i doszedł do ciekawych wyników.

Po dokładnem zdezynfekowaniu skóry wyciągał LEWASZEW z palca albo ze śledziony kilka kropel krwi za pomocą szprycki PRAVAZ'a; wyciągniętą krew poddawano badaniu drobnowidzowemu i bakteriologicznemu.

Do badania drobnowidzowego potrzeba koniecznie, aby bardzo drobna kropelka krwi zajmowała tylko  $\frac{1}{2}$  lub, co najwyżej,  $\frac{3}{4}$  szkiełki-przykrywkowego w cieniutkiej warstwie; w przeciwnym bowiem razie czerwona krążki krwi skupiają się i pływają po całym polu drobnowidzowym, a przez to uniemożliwiają badanie. Powiększenie koniecznie jest bardzo duże [2000—2250] oświetlenie ABBE'go, a przepona o wązkim otworze; obiektywy apochromatyczne ZEISS'a oddają przytem bardzo dobre usługi.

W kropelce krwi, pochodzącej ze śledziony chorego z tyfusem wysypkowym, pomiędzy czerwonymi krążkami krwi można widzieć szczególne, małe, okrągłe twory, silnie łamiące światło; stosownie do nastawienia mikroskopu są one albo zupełnie ciemne, albo jasne i mocno błyszczące. Twory te w świeższych preparatach bardzo energicznie się poruszają w rozmaitych kierunkach: na około siebie, wstecz, naprzód, w bok, w głąb. Z czasem ruchy wolnieją, a w końcu zupełnie ustają. Czasami te okrągłe twory są zupełnie czarno zabarwione; zawierają one w takim razie w sobie drobniutki ziarenka czarnego barwnika: jest to prawdopodobnie barwnik krwi, nagromadzony w owych drobnoustrojach. Obserwując dłużej jeden z takich tworów okrągłych, można zauważyć, że jeden z jego biegunów wydłuża się w cieniutką nitkę, mniej lub więcej długą, która bardzo szybko we wszystkich kierunkach się porusza. Niektóre z tych nitek przedstawiają na swoim przebiegu zgrubienia, nierówności. Czasami można znaleźć i zupełnie swobodne nitki poruszające się; jednakże przy dłuższej obserwacji i u tych nitek można zauważyć zgrubienia w jednym końcu. Jakkolwiek badanie krwi przy tyfusie plamistym wykrywa trzy postacie mikroorganizmów [koki, koki z niteczkami i spirochety], prawdopodobnym jednak jest, że wszystkie te twory są właściwie rozmaitemi formami jednego mikroorganizmu, który możnaby nazwać: *coccus-spirillum exanthematicum*, albo krócej: *spirochaete exanthematicum*.

Ilość rzeczonych drobnoustrojów bywa bardzo różną. W początkowym okresie choroby przedstawiają się one jako twory okrągłe, bez nitek i to w małej ilości, tak, że w tych razach lepiej używać niezbyt dużego powiększenia [1000—1500]. Przy dalszym rozwoju tyfusu owe twory szybko się mnożą, a prócz tego występują wówczas coraz częściej niteczki. Podczas spadku gorączki, a czasami jeszcze na pewien czas przed tem ilość wzmiankowanych drobnoustrojów szybko się zmniejsza, a ruchy ich stają się powolniejszymi. Po przełomie choroby owe mikroorganizmy najczęściej zupełnie znikają. We krwi, pochodzącej z palca, można widzieć też same mikroorganizmy, ale o wiele trudniej, w mniejszej liczbie, i nie tak stale, jak we krwi śledziony.

We krwi u osób zdrowych, albo też u osób cierpiących na inne choroby LEWASZEW nigdy, przynajmniej dotąd, nie znajdował wzmiankowanych drobnoustrojów.

Badanie bakteriologiczne krwi u chorych na tyfus plamisty dało również wyniki dodatnie. Glebę przygotowywano z płynu puchliny brzusznej, a mianowicie: 1—2% surowica-agar-agar. Krew z palca lub ze śledziony szczepiono za pomocą nakłucia. Już po 24-ch godzinach przy 37° C. w głębszych warstwach rozwijały się drobne, białawe, przejrzyste, obłoczkowate kolonie, gdy tymczasem w górnych warstwach nie się nie rozwijało. Pod drobnowidzem owe kolonie przedstawiają się jako czyste hodowle, złożone z drobnych mikrokoków. Na tafelkach owe hodowle rzadko się udają i rosną bardzo powoli.

(Deut. med. Wochenschr. 1892. 13. i Wracz. 1892. 11). Wiktor Grostern.

## 25. Kostjurin i Krainsky. Leczenie karbunkułu toksynami bakteryj gnilnych.

Doświadczenia autorów wspomnianych są nader ciekawe, zarówno ze względów praktycznych, jak i teoretycznych; rzucają bowiem nowe światło na mechanizm leczenia chorób zakaźnych. Doświadczenia były robione na królikach i owcach toksynami gnilnymi, otrzymanymi w sposób następujący. Wodny nastój mięsa wołowego poddawano gniciu w ciągu 2 do 5 tygodni, kłócąc od czasu do czasu płyn. Otrzymany po upływie tego czasu mocno cuchnący płyn, poddawano kilkokrotnemu filtrowaniu i wyparowaniu przy ciepocie, nie przewyższającej 65° C.. Przy dodawaniu otrzymanego w sposób powyższy ekstraktu



toksyn gnilnych do hodowli karbunkułowych [w stosunku 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> — 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>], ostatnie tracą zupełnie swoje własności chorobotwórcze. Jeżeli królikom, skazanym przez zakażenie jadem karbunkułowym na śmierć niechybną, wstrzyknąć pod skórę 0,05 — 0,1 gr. ekstraktu gnilnego, to objawy zakażenia znikają szybko i zwierzęta nierzadko wracają do zdrowia. Dla pewności działania należy pierwsze wstrzykiwanie wykonać już w 5 — 8 godzin po wprowadzeniu jadu karbunkułowego do ustroju, a następne na 3-ci lub 4-ty dzień choroby. W rzadkich przypadkach udawało się utrzymać przy życiu króliki zakażone, którym wstrzyknięto pierwszą dawkę toksyn gnilnych dopiero 24 godzin po wprowadzeniu jadu karbunkułowego, lub u których ograniczano się na jednym tylko wstrzyknięciu. Pozostające przy życiu zwierzęta uleż mogą powtórnemu zakażeniu karbunkułem; nie nabywają więc przez manipulacje wzmiankowane odporności. Wyciągi gnilne, wystawione na działanie powietrza, tracą po upływie pewnego czasu swoje własności lecznicze. Najpewniej działają wyciągi świeże [nie starsze nad 30 dni] i zabezpieczone w dobrze zakorkowanych naczyniach od dalszego gnicia. W jaki sposób działają na ustrój zakażony produkty bakterij gnilnych? Czy działają one bezpośrednio na wytwory przemiany materij drobnoustrojów karbunkułu, niszcząc je; czy też, podwyższając ciepłość ciała [do 40,8° C.], uniemożliwiają dalszy rozwój bakterij chorobotwórczych, *resp.* potęgują odporność fagocytów w walce o byt; czy też nakoniec zmienia się pod wpływem toksyn gnilnych chemizm tkanek ustroju o tyle, że staje się pobyt wprowadzonych drobnoustrojów niemożliwym? Na pytanie to nieposledniej wagi autorzy żadnej nie dają odpowiedzi. „Ze względu na pomysłny wpływ, jaki wywierają toksyny gnilne na przebieg tak zabójczacę cierpienia, jakim jest karbunkuł, byłoby bardzo pożądanem bliżej zbadać wpływ tejże metody leczniczej, przy innych chorobach zakaźnych, tem bardziej że otrzymane przez nas rezultaty z działania jej przy gruźlicy każą mniemać, iż tą drogą uda się pomyślnie wpływać na przebieg i rozwój przewlekłych spraw gruźliczych“.

(*Centrblt. f. Bakter. u. Parasit. X. 17, 18. 1891*).

H. Higier.

## Wiadomości terapeutyczne.

— 3 —

**14. Benzonaphtolum.**  $\beta$ -Naphtolum benzoicum. Benzonaftol. Jest to proszek biały, krystaliczny, bez smaku i zapachu. W wodzie bardzo trudno się rozpuszcza [1:1000 wody]. Podany *per os* rozkłada się dopiero w kiszkach na swe części składowe, t. j. na kwas benzoesowy i  $\beta$ -naftol; wówczas kwas benzoesowy zostaje wessanym i wydziela się z moczem jako kwas hipurowy, naftol zaś, przynajmniej większa część jego, pozostaje w kiszkach i wywiera tam działanie antyseptyczne. Z tego to właśnie powodu Yvon i Berlioz zalecają benzonaftol jako środek antyseptyczny dla przewodu kiszkowego, zamiast betolu <sup>1)</sup>, tem bardziej że benzonaftol jest w użyciu bezpieczniejszym od betolu.

Dawka pojedyncza wynosi 0,5 — w opłatku. Dorośli mogą przyjmować do 5,0 *pro die*, dzieci do 2,0 *pro die*.

**15. Salicylamidum.** Amid kwasu salicylowego, czyli salicylamid przedstawia się w postaci proszku krystalicznego, o żółtawych tabliczkach. Według poszukiwań Nesbitt'a, środek wzmiankowany odznacza się takimi samymi własnościami leczniczymi, jak kwas salicylowy; posiada jednakże tę wyższość, że jest daleko łatwiej rozpuszczalny w wodzie, że nie posiada żadnego smaku i że w małych dawkach działa o wiele szybciej i silniej, aniżeli kwas salicylowy.

<sup>1)</sup> Betolum, s. Naphtalolum, s. Naphtol-salolum jest to związek  $\beta$ -naftolu z kwasem salicylowym.

Tylko nieznaczna część salicylamidu, wprowadzonego do ustroju, wydziela się w postaci niezmienionej, t. j. jako salicylamid; większa zaś część wydziela się z moczem jako kwas salicylowy.

Dawki lecznicze salicylamidu nie wywierają szczególnego wpływu ani na oddechanie, ani na ciśnienie krwi.

Wskazaniem jest użycie tego środka głównie przy rozmaitych neuralgiach i reumatyzmie stawów.

Dawka: 0,15 co godzina, albo 0,25 co trzy godziny. Najwyższa dawka *pro die* wynosi 1,0.

Wiktor Grostern.

## SZPITAL DLA OBŁĄKANYCH W TWORKACH.

Opisał

D-r Med. R. Radziwiłowicz,

ordynator tegoż szpitala.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 15].

Oddział dla gwałtownych składa się z jednego pokoju wspólnego [jadalnia i pobyt dzienny], 9-iu seperatek [pokojów izolacyjnych]. Pokój wspólny, najbliżej wejścia od niego czworo drzwi: trzy do seperatek, jedno do waterklozetu. Dalej 6 seperatek i pokój z wannami, wychodzące na trzy korytarze, przecinające się pod kątem prostym, z nich dwa z wyjściem wprost do ogrodu.

Oddział dla nieporządných chorych składa się z jednego pokoju wspólnego — jadalnia i pobyt dzienny — jednej sypialni większej na 9 osób, 2-ch mniejszych na 3 osoby każda, 3-ch pojedynczych, jednego pokoju z wannami i jednego z klozetami. Dwa korytarze, przecinające oddział, wychodzą także wprost do ogrodu.

Oddział dla spokojnych obliczony jest na 22-ch, dla współspokojnych na 18, niespokojnych na 14, epileptyków na 16, nieporządných na 18, gwałtownych na 9, reszta infirmaryi.

Czterdziestka, pawilon dla pensjonarzy II-ej klasy, w ogólnym rozkładzie korpusów głównych podobną jest do setki, rozkład poszczególných oddziałów cokolwiek odmienny.

Na dole od frontu w środku cztery duże sale: dwie dla spokojnych, bawialnia, jadalnia, takżeż dwie sale dla niespokojnych; po bokach: mieszkanie lekarza z gabinetem lekarskim na prawo; na lewo 3 pokoje dla epileptyków, przy nich mieszkanie dozorecy i felczera.

Na piętrze sypialnie wspólne i pojedyncze: na lewo dla spokojnych i dla współspokojnych, na prawo dla niespokojnych.

W korpusie tylnym: na prawo oddział dla nieporządných, pokój wspólny — wspólna jadalnia — sypialnia większa na 3-ch chorych i jedna pojedyncza, pokój z klozetami; z oddziału wyjście wprost do ogrodu; na lewo oddział dla gwałtowných, pokój wspólny i trzy seperatki i pokój z klozetami, także wyjście z oddziału wprost do ogrodu. Między oddziałami korytarzyk, przy nim od tyłu kuchenka z bufetem i sień z wyjściem na podwórze.

W korpusie środkowym na dole składy i łazienki z 3-ma wannami, na piętrze infirmaryja, jeden pokój wspólny [bawialnia], pokój z wanną i klozet. Oddział spokojnych przeznaczony jest dla 16 chorych, niespokojny dla 11, epileptyków dla 3, gwałtowných dla 3, nieczysty dla 4, reszta w infirmaryi.

Dziesiątka, pawilon dla pensjonarzy I-ej klasy, najmniejszy z pawilonów lecznicy, niepodobny jest całkiem do obu poprzednich. Jest to zwyczajny piętrowy dom, przecięty na górze i na dole w kierunku największego rozmiaru budynku korytarzem poprzecznym, na który wychodzą drzwi poszczególných pokojów.

Na parterze mieszczą się trzy sypialnie pojedyncze, pokój dla służby, łazienka, w jednej połowie, a w drugiej; salon, jadalny pokój, kuchenka z bufetem, pokój z klozetami. W środku sień z wyjściem na ogród i na podwórze.

Na piętrze 7 sypialni pojedynczych, mieszkanie dozorecy, skład i klozety. Pawilon leczniczy fermy przeznaczony na 26 spokojnych chorych i dla otoczenia zupełnie bezpiecznych. Składa się z jadalni wspólnej, dwu sypialni wspólných na 12 łózek każda, jednej mniejszej na dwa łóżka, jednego pokoju dla służby, kuchenki i klozetu.

Ilość pomieszczenia, dla użytku każdego chorego przeznaczona, jest więcej niż dostateczna. Na setce, gdzie stosunek jest najgorszy, ilościowe dane powietrza na każdego chorego przedstawiają się w sposób następujący. Na oddziałach: spokojnym, półspokojnym, nie-spokojnym i epileptycznym, na każdy pokój wspólny [jadalnia] 24,30 sześć. sażeń, sypialnie wspólne po 15,6 każda, sypialnie pojedyncze po 5,3. Na oddziale nieporządnym: jadalnia 15,3, sypialnia wspólna większa 22,68, sypialnie wspólne mniejsze po 6,84, sypialnie pojedyncze po 4,8. Na oddziale gwałtownym jadalnia 15,3, a separatki po 4,5—4,8 sześć. sażeń każda.

Umeblowanie oddziałów stanowi na setkach: w oddziałach 4-ch pierwszych kategorii [spokojni, półspokojni, niespokojni i epileptycy], duże mocne stoły i ławy drewniane, olejno malowane, łóżka żelazne z materacami i siennikami, stoliki z szufladkami przy łóżkach, a w sypialniach dla spokojniejszych chorych i wyplatane stołki. Na gwałtownym i nieczystym — mocne ciężkie taborety, ławki i stoliki, także drewniane, olejno malowane, na głucho do podłogi przymocowane; zamiast łóżek tapczany drewniane z wezłowiec materacowanym, obitem mocnym płótnem żaglowem, wewnątrz tapczana pościel zamknięta w dzień, wyjmowana w nocy — na oddziale nieporządnym; dla spokojniejszych chorych zwyczajnie żelazne łóżka z materacami i siennikami. Na oddziałach pensjonarzy meble lepsze, ozdobniejsze, więcej mebli giętych, kanapki, fotele, stoliki do kart i t. p..

Podłoga w oddziałach: wszędzie posadzka froterowana z dębowej klepki; w oddziałach dla nieporządnym i gwałtownym asfaltowa.

Ściany gładkie bez występów gzymsów i t. d.. U sufitu lampka elektryczna zabezpieczona siatką drucianą.

Okna i drzwi urządzone w ten sposób, żeby zabezpieczyć chorych i otaczających od wypadków, pokaleczeń, ucieczki i t. p..

Drzwi wszędzie na oddziałach pojedyncze, drewniane, mocne [deski podwójne, w jednej grubej ramie osadzone; między deskami warstwa wójtku]. Zamek podobny do używanych w wagonach kolei żelaznych, klucz w rękach dozorecy i lekarza. Klamka urządzona jest w ten sposób, żeby zabezpieczyć chorego od uderzenia lub ewentualnego powieszenia się na niej, najpodobniejszą jest może do mocnej płaskiej metalicznej kieszeni, głęboko w drzwi wpuszczonej.

Okna podwójne, o podwójnych ramach, obie ramy zamykane na taki zamek, jak drzwi. Pierwsza rama: krata metaliczna oprawiona w drzewo, w otworach kraty wprawione szyby szklane, szerokość każdej szyby mniejsza niż rozmiar głowy człowieka. Takie okno, nie nadając pokojowi charakteru celi więziennej, czyni wszelką ucieczkę niemożliwą. Druga rama zwyczajna. Drzwi i okna pawilonów fermy, jako przeznaczone dla chorych bezpiecznych, nie posiadają żadnych urządzeń specjalnych.

Miękkich pokoiów, tak zwanych szalówek, brak. Jedyne urządzenie takiego pokoju, wysłanie separatki [pokoju izolacyjnego] kilkucalową warstwą gumy elastycznej na wysokość człowieka, jest zbyt kosztowna [około 3000 rs. pokój] i tymczasem przynajmniej przechodzi zakres środków szpitalnych. Do wad policzyć należy także zbyt wielką ilość korytarzy i zbyt niepołamanie ich; utrudnia to bardzo nadzór nad chorymi i zmusza do utrzymywania większej liczby posługaczy. Przy każdym z wymienionych oddziałów znajdują się ogrody przeznaczone na spacer chorych i gry towarzyskie na świeżem powietrzu. Obszerny las sosnowy między fermą i właściwą lecznicą może służyć także jako miejsce spaceru dla spokojnych i bezpiecznych chorych.

Pola uprawne przy fermie zakładowej przeznaczone są dla chorych zdolnych do pracy w polu. Znajdujące się w środkowym pawilonie fermy warsztaty rzemieślnicze są także do użytku i zajęć chorych przeznaczone. Chorzy właściwej lecznicy, o ile nie są na spacerze w ogrodzie, przebywają w pokojach na pobyt dzienny przeznaczonych, spędzają czas na czytaniu, pisaniu, rysowaniu, rozmowie, grze w karty, loteryjkę, domino, warcaby i t. p.. Jeśli który z chorych posiada fach jakikolwiek, którego uprawianie nie może być połączone z niebezpieczeństwem dla samego chorego i otaczających, np. introligatorstwo, zakład dostarcza mu potrzebnych na to środków i narzędzi. Kobiety zajmują się szyciem, robieniem szydełkiem, wyszywaniem włóczkami i t. p.. Narzędzia do robót potrzebne, które niezupełnie bezpiecznie można zostawić w rękę chorego, np. nóż introligatorski, nożyczki lub t. p. rzeczy, są w rękę dozorecy, *resp.* dozorecy; chory dostaje je na chwilę, i to pod dozorem i kontrolą. Wogóle obawa dawania chorym

narzędzi ostrych jest dosyć przesadna; przy pewnem doświadczeniu, co komu, a głównie kiedy dać można, chorzy spokojni, a tych jest zawsze większość, mogą ich używać dosyć swobodnie przy zupełnem bezpieczeństwie dla siebie i otaczających.

System w szpitalu przyjęty: *no restraint*, a dla kolonii nawet: *open door*; pierwszy oznacza niekrępowanie ruchów chorego i usunięcie z praktyki szpitalnej wszelkich środków przymusowych, mechanicznych, jako to: pasów, rzemieni, foteli, łóżek, nawet kaftanów. Drugi — niekrępowanie swobody chorego: wolność wchodzenia i wychodzenia z oddziału, prawo spaceru poza obrębem zakładu i t. p..

Wody dla całego szpitala dostarczają dwie studnie na 30 stóp głębokie, 7 stóp średnicy; każda dostarcza 12 stóp sześć. na minutę [maksymalna potrzeba szpitala 8 stóp sześć. na minutę]. Dwie pompy parowe, o sile 4½ koni każda, pompują wodę do głównego zbiornika wysokości 10 stóp, średnicy 10 stóp na 2000 wiader w zbudowanej *ad hoc* wieży 60 stóp wysokiej [2 atmosfery ciśnienia]; woda rurami rozchodzi się po całym szpitalu.

Bрудna woda i nieczystości spływają siłą naturalnego spadku do głównego zbiornika, umieszczonego w środku zakładu między administracją i gmachem ekonomicznym [co jest zupełnie możliwem przy wielkiej obfitości wody w szpitalu]; ztamtąd dwiema pompami parowemi, o sile 4-ch koni każda, wypompowywane są na pola irygacyjne, na końcu terytorjum zakładu.

Wanien posiada szpital 26, rozrzuconych po wszystkich pawilonach. Wanny miedziane, wewnątrz pobielane, w oddziałach dla chorych zabezpieczone od manipulacji chorych z wodą, specjalnie kranami zamykanemi na specjalne klucze, znajdujące się u kapielowych. Tak samo są urządzone i umywalki.

Kłozety, zwyczajne waterkłozety z automatycznymi aparatami regulującymi przyływ wody [system syfonowy]; w oddziałach dla chorych woda zamknięta jest na takiż zamek, jak w wannie. Wszystkich kłozetów w szpitalu — 97, kranów pożarnych — 14.

Ogrzewanie szpitala w rozmaitych pawilonach niejednostajne: budynku gospodarczego parą, budynku administracyjnego i sypialni w oddziałach dla spokojniejszych chorych zwyczajnemi piecami hermetycznemi, opalanemi węglem. W oddziałach dla chorych piece wychodzą na korytarz, drzwiczki od pieca zamknięte są na zamek uniemożliwiający dostanie się chorego do ognia. Pokoje wspólne dziennego pobytu ogrzewane są piecami wentylacyjnemi, oddziały dla nieporządných i gwałtowných chorych kaloryferami.

Przewietrzanie oddziałów, oprócz zwyczajnych środków wentylacyjnych: lufcików, oberlichtów, wentylatorów, pieców i t. p., posilkuje się jeszcze specjalnemi wentylatorami elektrycznemi następującej konstrukcyi: u wylotu komina wentylacyjnego umieszczony jest wiatrak, robiący 1800 obrotów na minutę, poruszany elektromotorem zasilanym z maszyn dynamo-elektrycznych [zob.: oświetlenie]. Ruch powietrza, wywołany przez obroty skrzydeł wiatraka, jest tak znaczny, że jeden taki wentylator w pełnym biegu daje 2000 kub. metrów powietrza na godzinę. Regulowania działania, zmniejszania lub zwiększania siły wentylatora dokonywa się przez wkluczenie, *resp.* wykluczenie prądu elektrycznego dwóch elektrycznych lampek Edison'a. Wentylator zużywa takąż ilość siły co 1 lampa, przy wykluczonych [zgaszone] lampach cała siła elektromotora skierowana jest na wentylację, przy wkluczonych [lampy zapalone] zużywa się na cele wentylacyjne tylko połowa; druga połowa idzie na oświetlenie lampek, wentylator działa o połowę słabiej. Lampki umieszczone w miejscu widocznem i łatwo dostępnem pozwalają wygodnie w każdej chwili kontrolować działanie przyrządu. Wentylatorów takich jest 18, po 5 na setkach po 3 na czterdziestkach, po jednym na dziesiątkach.

Oświetlenie wszędzie elektryczne. Trzy maszyny dynamo-elektryczne modyfikowanego systemu HEFFNER-ALTENECK'a [typ GRAM'a], o sile 20 koni parowych każda, obsługują 8 lamp łukowych [typu SIEMENS'a] o sile 1000 świec każda [w podwórzach szpitalnych i lesie] i 573 lamp żarowych EDISON'a o 10, 16, 25 świecach, gęsto rozrzuconych po oddziałach i budynkach, na samej setce np. 110.

Kuchnie: parowa i angielska. Pierwsza do zup, kaszy, jarzyn, kleików i t. p., druga do przyrządzania pieczeni, pierożków, legomin i t. d.. Szpital posiada także swoją piekarnię.

Pralnia i suszarnia parowa. Suszarnia służy jednocześnie po części i jako kamera dezynfekcyjna, gdyż specjalnej szpital nie posiada.