

# MEDYCYNA.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Szkice herniologiczne. Skreślił prof. dr. A. Obaliński. (Dokończenie). — Przytułek dla rodzących Nr. 4 na Pradze i jego dotychczasowa działalność. Napisał dr. Gromadzki. — Streszczenia i wyciągi. 32. O leczeniu wymiot kałowych przepłókiwaniem żołądka. 33. Podskórne wstrzykiwanie żelaza. — Przegląd bibliograficzny. *Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde*. Pod redakcją prof. Alb. Eulenburg'a. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

### SZKICE HERNIOLOGICZNE

Skreślił prof. dr. A. Obaliński w Krakowie.

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 18).

**Obs. XLII.** Salomea B. l. 67 przybyła 22/5 1878 z odbytnicą sztuczną w okolicy kanału udowego prawego po uwięzieniu przed dwoma tygodniami powstałem. Palec wprowadzony do otworu wyczuwa przegrodę (*eperon*) jako też do i odprowadzającą część jelita. Zamiar zniszczenia przegródki za pomocą enterotomu Dupuytren'a odłożono na później z powodu osłabienia, które jednak coraz bardziej postępując, w dwa tygodnie po przyjęciu spowodowało zejście śmiertelne. Sekcja: „*Hernia Littriana intestini ilei dextra cruralis subsequa necrosi intestini et sacci herniosi. Abscessus metastatici multiplices pulmonis dextra. Marasmus. Decubitus*”.

**Obs. XLIII.** Magdalena D. l. 44 przybyła 13/6 1884 ze sztuczną odbytnicą dobrowolnie powstałą wskutek uwięznięcia przepukliny udowej prawej. W tejże okolicy rozległy wrzód ropiejący z licznymi zatokami ropnymi pomiędzy mięśnie zachodzącymi. Z głębi wydobywa się kał płynny. Drogą prawidłową nie odchodzi. Wyciężenie znaczne. Temperatura wysoka. Dreszcze. Śmierć. Sekcja: „*Fistula stercoralis inter intestinum ileum et canalem cruralem dextrum cum exulceratio e ampla regionis inguinalis et cruralis dextrae. Endocarditis recens valvularum semilunarium aortae cum thrombosi totali sinuum Valsalvae et embolia ramorum arteriarum coronariarum cordis, subsequa myomalacia cordis disseminata. Degeneratio adiposa musculi cordis et hepatis. Gangraena totius lienis post necrosim embolicam. Synechia inflammatoria cum flexura lienali coli et perforatione ejusdem intestini. Degeneratio adiposa et infarctus embolici renum. Peritonitis fibrino purulenta universalis etc.*”

Czworo z tych dziesięciu ocalało jak to widzieć można z następujących treściwych postrzeżeń:

**Obs. XLIV.** Maryanna T. l. 33 zgłosiła się 30/12 1876 z przetoką kałową tuż pod więzłem Poupert'a położoną wielkości centówki, przez którą przy kaszlu wypukła się wewnętrzna powierzchnia jelita. Palec wprowadzony wyczuwa jamę gładką bez przegrody. Stolec odchodzi odbytnicą właściwą a przez przetokę tylko jedna część kału się wydobywa. Z ana-

mniezy dowiedziano się, że przetoka ta powstała wskutek pęknięcia obrzęku w pachwinie, który dawniej wchodził do jamy brzusznej a z końcem września stał się nieruchomym wśród bólów brzucha, którym towarzyszyły wymioty i zaparcie stolca. Początkowo odchodził wszystek kał przez sztuczny otwór, dopiero od połowy grudnia po połowie. Przy ucisku i lapisowaniu zagoiła się przetoka w przeciągu miesiąca.

**Obs. XLV.** Katarzyna S. przybyła 25/9 1883 z przetoką kałową która wyrobiła się przed sześcioma tygodniami z zaniedbanej przepukliny uwięzniętej. I tutaj również jak w poprzednim przypadku zagoiła się przetoka przy użyciu czystości i ucisku w przeciągu jednego miesiąca.

**Obs. XLVI.** Anna R. l. 55 przybyła d. 27/11 1883 ze sztuczną odbytnicą, która powstała z uwięzniętej, a zaniedbanej przepukliny pachwinowej prawej. Palec wprowadzony do otworu wielkości talara wyczuwa dokładnie przegródkę. Po dwukrotnem założeniu enterotomu Dupuytren'a na ową przegródkę przestał kał odchodzić tylko samą odbytnicą sztuczną lecz zaczął z początku częściowo a później tylko wyłącznie prawidłową odchodzić drogą. Do zupełnego zagojenia przetoki potrzeba było w całości 4-ech miesięcy czasu.

**Obs. XLVII.** Rachel P. l. 50 przybyła 10/2 1884 z podobnym jak poprzednia chora stanem lecz już od 12 lat trwającym. Gdy kilkakrotnie użycie enterotomu nie sprawiło skutku, zaproponowałem resekcję i enterorafię, na którą jednak nie przystała.

Jeżeli się więc bliżej rozpatrzmy w przedstawionym powyżej materiale to widzimy, że na 73 dokonanych herniotomi w ogólności wyzdrowiało 35 a zmarło 38 czyli że mieliśmy 52% śmiertelności. Znaczna ta cyfra tłumaczy się tem właśnie, że tu przeważnie uwzględnione były przypadki szpitalne, które znów w dwóch piątych częściach składały się z tak zwanych przezemnie przypadków powikłanych, czyli właściwie mówiąc, zaniedbanych. Te ostatnie bowiem przyczyniają się do tak wysokiego odsetka śmiertelności; bo jeżeli sobie rozłożymy na przypadki proste i powikłane, to pokaże się, że między pierwszymi w ogólnej sumie 41 wyzdrowiało 32 a umarło 9=21.9% śmiertelności, zaś z 32 powikłanych wyszło tylko 3 a umarło 29, co daje olbrzymi odsetek śmiertelności bo aż 90.6%.

Na to późne zgłaszanie się do szpitali z uwięzniętymi przepuklinami uskarża się także BILLROTH w swoich „*Chirurgische Erfahrungen. Zürich 1860—1867*”. Czytamy tamże, iż na 35 herniotomi umarło 24 t. j. aż 68.5% a więc jeszcze znacznie więcej niż u mnie; mój zresztą odsetek odpowiada najzupełniej odsetkowi otrzymanemu przez MARC GIRARD'A z zestawienia przeszło półtora tysiąca przypadków.

Z tego płynie więc jasna a praktyczna nauka, że powinniśmy z radykalną pomocą w razie uwięznienia przepukliny pośpieszać działając w pierwszym rzędzie bezkrwawo, naturalnie w tych granicach, jakie już powyżej zakreslić i umotywić usiłowałem, w drugim zaś rzędzie przez wcze-

śnie przedsiębrane operacye krwawe, tak abyśmy jak najmniejszą spotkać mogli ilość przypadków powikłanych. Że ich się nie pozbędziemy jednak zupełnie pomimo najidealniejszych stosunków, świadczą z jednej strony takie przypadki, w których obok uwięźnienia znajdowała się druga sprawa najczęściej śmiertelna (patrz obs. X—XIII), z drugiej strony zaś takie, w których, z powodu zbiegu szczególniejszych okoliczności, zgorzel wystąpiła przed upływem 48 a nawet 24 godzin, jak to widzieliśmy w kilku przypadkach (patrz obs. XVI—XXIV).

Wyjątek tworzyć mogą tylko przepukliny odznaczające się swym ogromem i od dawna już trwające; tu można, jak to już powyżej wykazałem, dłużej czekać i przez zimno na zmniejszenie pojemności działać, gdyż to są przeważnie uwięźnienia nie elastyczne lecz hydrostatyczne.

Do wczesnego operowania powinny nas zachęcać jeszcze dwie okoliczności, raz możliwość wykonania operacyi sposobem PETIT'A t. j. zniesienia zasznurowania bez otwarcia otrzewny, co jednakże, jak to już powyżej udowodnić usiłowałem, tylko w granicach dla bezkrwawej repozyeyi zakreślonych, a więc przed upływem 48 a względnie 24 godzin, winno być dozwolonem; powtórę zaś ta okoliczność, że obecnie operujemy z pomocą antyseptyki, że więc niebezpieczeństwa wyniknąć mogące z samej operacyi jako takiej redukujemy prawie *ad minimum*.

Gdy jednak stosunki takie idealne ułatwiają nam wczesne wykonanie herniotomii nie tak prędko nastąpią, bo, choćby i lekarze sami nabrali przekonania, iż wczesna operacya jest bezpieczniejszą i korzystniejszą, to szersza publiczność nie tak łatwo da sobie te zasady wpoić, z drugiej znów strony mogą i towarzyszące okoliczności przystąpienie do operacyi opóźnić; przeto powinniśmy zawsze i na takie opóźnione przypadki być przygotowanymi, aby w każdym z nich mózł sobie dać rady.

Przystępuję zatem do rozbioru przypadków przepukliny powikłanej. Przypadki pod a) i b) zebrane nie wiele nastroczają mi sposobności do uwag, były one bowiem przypadkami, które do niechybnej prowadzą śmierci. Nie mam zatem nic więcej dodać do uwagi, którą już powyżej uczyniłem, t. j. że tylko przez wczesnie wykonaną laparatomię możnaby czasem grożące niechybne niebezpieczeństwo usunąć. W przypadkach pod b) zebranych da się to niebezpieczeństwo jeszcze poniekąd na czas spozstrzedz, osobliwie w takich jak obs. XIV i XV, lecz w obec przypadków podobnych jak pod a) zebrałem, gdzie obok dobrze utrzymanej pętli uwięźniętej i w odpowiednim czasie operowanej znajdowały się równocześnie w jamie brzusznej sprawy zupełnie takie same objawy wywołujące, jak samo uwięźnienie jelita, zachodzi jeszcze trudność rozpoznania. Zwracam więc na nie tem usilniej uwagę, bo wiedząc o takich równocześnie się wydarzających komplikacyach, możemy w danym razie je rozpoznać i na wykonanie laparatomii się odważyć.

Najszerse pole do uwag przedstawia trzeci a najczęstszy rodzaj przepuklin uwięźniętych powikłanych, które zebrałem pod literą c); im też najwięcej chciałbym poświęcić czasu, a to tembardziej, że jak widzieliśmy, chirurgowie niejednego są zdania co do metody postępowania.

Nieda się zaprzeczyć, że dotychczasowa statystyka bezwzględnie wzięta więcej przemawia za założeniem sztucznej odbyticy, niż za rezekeją i enterorafią wczesną. Takież samo orzeczenie wyczytuję i w gołych cyfrach wynikających z zestawienia powyżej opisanych przypadków przemennie spostrzeganych.

Jeżeli bowiem uwzględnimy, że na siedem pierworzędnie wykonanych rezekeji i enterorafii jelita zgorzelinowego umarło sześciu chorych (85.7% śmiertelności), gdy na 19 przypadków, w których albo z umysłu założono sztuczną odbytnicę, albo też przez zaniedbanie sama się utworzyła, 13 było śmiertelnych, 5 wyleczonych a jeden niewyleczony (68.5% śmiertelności) to każdy przyzna, że moja statystyka tylko wesprzeć może zdanie tych, którzy się oświadczyli za zakładaniem sztucznej odbyticy w każdym przypadku przepukliny zgorzelinowej.

Suchy ten wypadek rachunku nie licuje jednakże z podmiotowem wrażeniem, jakiego doznawałem przy obserwacji moich przypadków a sądzę, że uda mi się na poparcie tego wrażenia znaleźć i wyrozumowane powody, aby tak ślepo gołej cyfrze nie dać się uwieść i tym sposobem metodę zupełnie uprawnioną i racjonalną w samym zawiązkach pogrzebać.

Z dotychczasowej ogólnej statystyki dotyczącej tego przedmiotu, wystarcza mi jeden fakt, że rezekeja i enterorafia pierworzędna jelita zgorzelinowego była przeszło dwadzieścia kilka razy ze skutkiem wykonaną, gdyż jest to bardzo poważny powód do twierdzenia, że operacya ta ma rację bytu. Rozchodzi się tylko o wykazanie warunków, kiedy należy ją wykonywać, czyli o bliższe jej wskazania i przeciwwskazania.

Widzieliśmy, że BECK idąc drogą eksperymentu wykazał nawet wyższość pierworzędnej enterorafii nad odbytnicą sztuczną, zkadże to pochodzi, że bardzo poważna liczba chirurgów oświadcza się na podstawie doświadczenia nabytego przy łóżku chorego przeciw pierwszej, a za drugą. Mojem zdaniem pochodzi to ztąd, że operacye te na chorych były dotąd wykonywane bez należytego kryterium, po kolei w przypadkach zgorzelin jelita, jakie się tylko wydarzyły, podczas gdy do eksperymentu użyto jednolitych przypadków w ten, a nie w inny sposób wywołanych. Już JAFFÉ przecuciem poniekąd wiedziony usiłuje ratować reputacyę pierworzędnej enterorafii, której wielkim zwolennikiem być się mianuje, ogłaszając w swej monografii zdanie ogólnikowe, że tylko w dobranych przypadkach należy ją wykonywać, nie podaje jednakże bliższych wskazówek, któreto przypadki za takie uważać należy. Podobnie i RYDYGIER spodziewa się przy odpowiednim doborze i lepszych wyników.

Na najlepszą drogę wszedł dopiero REICHEL w swej pięknej pracy wyszłej z kliniki chirurgicznej wrocławskiej (*l. c.*), w której każdy tym przedmiotem się interesujący wiele znajdzie pouczających szczegółów. Z rozbioru krytycznego dotychczasowych wszystkich przypadków enterorafii dochodzi on do przekonania, że przyczyną gorszych wyników po pierworzędnej enterorafii jest nieprawidłowy stan jelita doprowadzającego, które w każdym przypadku niedrożności bywa rozdymanem, przekrwionem

i częściowo niedowładnem, zaczem idzie, że jelito w tym stanie nie znosi żadnych, nawet delikatnych zabiegów, a tem mniej tak znacznych jak szew przy enterorafii po rezeceyi kolistej jelita. To jest najważniejsza zdobycz z pracy REICHLA, podająca nam coś dodatniego. Otóż wiemy teraz, że jeżeli jelito doprowadzające jest tak znacznie rozdętym i przekrwionem, natenczas nie należy wykonywać pierworzędnej enterorafii i zamiast silić się na różne przez różnych podane sposoby adaptacji dwóch cew jelitowych o nierównych światłach, założymy raczej sztuczną odbytnicę, która tę różnicę przez dostateczny odpływ treści i wolny powrót jędrności jelitu doprowadzającemu najlepiej wyrówna i obydwaj odcinki jelita do tak ciężkiego zabiegu, jakim jest enterorafia, zdolnemi uczyni.

Wprawdzie zwrócił był już poprzednio KOCHER <sup>1)</sup> uwagę na taki stan rzeczy, lecz wniosek jego, wycinania więcej po stronie doprowadzającej a mianowicie tak daleko, jak sięga owo rozdęcie i krwią podbiegnięcie, został pobitym przez powyższy wniosek REICHLA, który słusznie nadmienia, że postępowanie to z jednej strony skłania nas do rezekowania znacznych części jelita a z drugiej nie daje i tak gwarancyi, że ta na oko niezmienną część jelita potrafi już znieść zabiegi operacyjne. Nie mogę się tylko zgodzić z ostatecznym wnioskiem REICHLA, który dosłownie tak opiewa: „*Daher sind die gangraenösen Hernien, Darmtumoren, Darmverschluss als Indicationen für die Darmresection mit folgender Darmnaht fallen zu lassen*”. W swem rozumowaniu posunął się REICHEL za daleko i przez to zwichnął rzecz znowu w kierunku przeciwnym, boć to zupełna banicya enterorafii pierworzędnej, której nie pozostałoby żadne inne pole jak chyba świeże zranienia jelita. Zupełna zgoda na to, że powinniśmy operować w zdrowych częściach, lecz czy to już w każdym przypadku niedrożności jelit musimy znaleźć tak znaczne zmiany w jelicie doprowadzającym, jak to wyżej wspomniano? Najmniej zgodzić się mogę na konieczność takiego stanu w obec nowotworów jelita lub zwężeń wywołanych przez bliźny które to choroby zwykły wytwarzać się powolnie i rzadko kiedy doprowadzają do zupełnej niedrożności jelita. Wszak na tejsze samej podstawie musielibyśmy zaniechać rezeceyi żołądka z powodu zwężenia rakowatego w odźwierniku, czemu się jednak już dosyć liczna kazuistyka sprzeciwia.

Z drugiej strony za mało bywa czasu nieraz w przypadkach szybko przebiegających na wytworzenie się tego stanu patologicznego. W przepuklinie uwięźniętej ulega jelito zgorzeli albo powoli wskutek rozprężenia ścian jego przez tak zwany zastój kałowy (*Kothstauung*) jak to wykazał KOCHER w swoich ładnych doświadczeniach, albo wskutek elastycznego ucisku przez bramę przepuklinową na treść wywartego. W tym drugim razie powstać może zgorzel bardzo szybko, tak że jelito doprowadzające niema czasu zgromadzić w sobie znaczniejszej ilości treści i być rozdętym. Częstość bywa ono nawet w takich razach próżnem (RANKE,

<sup>1)</sup> *Centralblatt f. Chirurgie 1880. Nr. 29.*

VOLKMANN). Czasem przyspiesza się zgorzel uwięzionego jelita sprzyjającymi okolicznościami do jakich należą: gwałtowne gniecienie, wrzekome odprowadzenie i t. p. jak tego przykłady widzieliśmy w obs. XXII, XXIV i XXV.

W takich więc przypadkach, w których zgorzel powstała szybko, tak iż nie było czasu na wyrobienie się wymienionych stosunków patologicznych w jelicie doprowadzającym, lub też zgóry nie było do tego warunków, powinniśmy zdaniem mojem odrazu przystępować do enterorafii. Bo, prawdę mówiąc, pojąć nie mogę, dlaczegobym miał rozkładać operacyą na dwa czasy, wystawiać chorego na ciężką próbę choćby tylko i kilka tygodni trwającej odbyticy sztucznej, żądać od niego dwukrotnej decyzji na poddanie się operacyi a w końcu, powiedzmy otwarcie, narażać go na dwukrotne niebezpieczeństwo tam, gdzie ostatecznie szanse następowej enterorafii nie mogą być lepszymi od pierworzędnej. Że bowiem założenie sztucznej odbyticy, jako też i następowe rękoczynny do jej usunięcia przeznaczone, nie są pozbawione niebezpieczeństw, wystarczy rozpatrzyć się w dotychczasowej statystyce, w moich powyżej umieszczonych postrzeżeniach a wreszcie i w eksperymentach BECKA. Osobliwie te ostatnie bardzo na korzyść mego twierdzenia przemawiają, albowiem metoda, jakiej BECK do wywołania zgorzeli u zwierząt użył najwięcej odpowiada tym szybko zgorzeli uległym przypadkom przepuklin u człowieka postrzeganych. Dlatego też tam wyniki po pierworzędnej enterorafii nie tylko że dorównywały tymże po wtórorzędnej, ale je nawet przewyższały.

Na pytanie, czy tam, gdzieśmy się dla jakichkolwiek przyczyn nie zdecydowali na pierworzędną enterorafię, mamy już pójść bez namysłu za radą REICHLA i założyć metodyczną odbyticy sztucznej, odpowiadam po rozpatrzeniu się w moich przypadkach, stanowczo nie. Widzieliśmy bowiem, że obs. XXXIX, XL, XLV i XLVI zakończyły się zupełnie szczęśliwie bez żadnego prawie zabiegu operacyjnego. Były to przypadki, w których zacieśnienie trwało już tak długo, że mogły wytworzyć się zrosty pętli z szyją worka przepuklinowego, nadto cechowały się one tem, że cała przepuklina, a więc i uwięziona pętla była małą a czasem nawet tak zwaną przepukliną Littré'go t. j. że tylko jedna ściana jelita zostaje uwięzioną. Gdzie więc tego rodzaju warunki znajdujemy, tam zdaniem mojem winniśmy się tylko zabezpieczyć, żeby kał miał należyty odpływ a resztę pozostawić naturze, gdyż byłoby to lekceważeniem niebezpieczeństwa, gdybyśmy się uparli w takim razie zrosty przedzierać, jelito wydobyć, i dopiero metodyczną odbyticy założyć. Najważniejszym jednak przeciwwskazaniem zdaje mi się być to, że bardzo często w takich razach goi się przetoka kałowa albo bez wszelkich zabiegów operacyjnych, albo tylko z pomocą bardzo nieznacznych, podczas gdy metodycznie założona odbytica prawie zawsze wymaga rezekeyi i enterorafii wtórorzędnej a tylko goi się przy użyciu mniejszych zabiegów.

Nie mogę pominąć sposobności, aby nie wspomnieć coś i o następowem leczeniu odbyticy sztucznie założonej. Że i po tej operacyi często

nastąpić może zejście śmiertelne, wystarczy rzucić okiem na moje przypadki XXXI—XXXVII albo rozpatrzeć się w dotyczących statystykach przez innych autorów zebranych. Śmierć nastąpić może albo skutkiem zapalenia otrzewny już przed operacją rozwiniętego, albo skutkiem dostania się kału do jamy brzusznej przestworkiem pomiędzy szwami albo też skutkiem złośliwego zapalenia w worku przepuklinowym i jego sąsiedztwie pod wpływem działania istot zakaźnych [z kałem tamże się dostających. Temu ostatniemu, jako też obrzydliwej konieczności cuchnienia kałem dostającym się ciągle do opatrunku i na powierzchnię ciała, możnaby zdaniem mojem zapobiedz przez opatrunek podobny do tego, który podał LÖBKER do leczenia ran cewki moczowej po uretrotomii. Analogicznie postępując wprowadziłbym gruby sączek o średnicy 10—12 m. m. do jelita doprowadzającego przynajmniej na długość 12—15 ctm. i umieściłbym drugi koniec tego sączka, który przynajmniej półtora metra długości mieć powinien, w naczyniu wypełnionem jakim płynem odwanającym. W ten sposób kał dostając się wprost do tego płynu nie zanieczyszczałby ani rany ani chorego i co najważniejsze umożliwiłby opatrzenie rany antyseptyczne, przez wytamponowanie tejże dookoła sączka gazą jodoformową lub sublimatową. Jeszcze może lepiej byłoby użyć sączka tej samej grubości lecz nie dłuższego nad 20 ctm. i wprowadzić jeden jego koniec w jelito doprowadzające a drugi w odprowadzające; przez to bowiem osiągnęlibyśmy nietylko powyższe korzyści, ale nadto utrzymalibyśmy jelito odprowadzające w należytej objętości, która zazwyczaj w tych razach skutkiem nieczynności jelita szybko się zmniejsza. Obydwa te sposoby pomyślane są tylko teoretycznie, czy one jednak odpowiedzą wymaganiom, okaże przyszłość. Ja sam nie miałem dotąd sposobności, do użycia ich, uczynię to jednak w najbliższym odpowiednim przypadku, a tymczasem polecam go łaskawym względem szanownych kolegów.

Pozostaje mi jeszcze opisać dwa przypadki, które właściwie z uwięzieniem przepuklin mało mają wspólnego, w każdym razie jednak zasługują na uwzględnienie.

**Obs. XLVIII.** Józef P. l. 72 przeniesiony został w d. 19 Maja 1878 z oddziału chorób wewnętrznych na chirurgiczny z podejrzeniem uwięzienia przepukliny pachwinowej prawej. Wywiady wykazały, że przepuklina powstała przed laty co najmniej 20 i zawsze dawała się z łatwością odprowadzać aż na tydzień przed przybyciem do szpitala. W tym dniu nie dała się więcej odprowadzić, przy dotykaniu była bolesną, wystąpiły wymioty i brak stolca. Gdy jednak przy dłuższej obserwacji się pokazało, że wymioty ustały, stolec nastąpił obfity a pozostała tylko bolesność samego obrzęku, wielkości głowy dziecka, wykluczono uwięzienie i rozpoznano zapalenie worka przepuklinowego i jego treści, które przy spokoju i ciepłych okładach wprawdzie nieco się usmierzyciło, lecz ogólne przypadki jak nudności a nawet wymioty osobliwie po jedzeniu zaczęły się znów pojawiać tak, że chory zmęczony nimi prosił sam o usunięcie tego stanu przez operację, na którą się nawet zgodził, gdy mu

niebezpieczeństwo tego przedsięwzięcia przedstawiono. Po należytem oczyszczeniu pola operacyjnego otwarto w d. 23/5 za pomocą cięcia podłużnego skórę i worek przepuklinowy, poczem przedstawiły się jelita w jednej bryle wielkości dwóch pięści z sobą zrosnięte i nieco sinawo zabarwione. Nie pozostało nic innego, jak bryłę tę rozplątać i powoli jelita na powrót do jamy brzusznej odprowadzić, lecz przedsięwzięcie to nie powiodło się, gdyż wkrótce jedna kruchsza pętla pękła. W takim stanie rzeczy zdecydowałem się na rezekeję i enterorafiją jelita, a to tembardziej ile że właśnie ogłoszono wtenczas pierwsze przypadki tej operacji dobrym skutkiem uwiecznionej, a w niniejszym przypadku dobry stan jelita do i odprowadzającego bardzo do tego przedsięwzięcia zapraszał. Uniósłszy więc cały kłęb jelitowy dobrze ku górze wyciągnąłem go o ile możliwości z bramy przepuklinowej zupełnie wolnej i swobodny przystęp palcom pozwalającej, przez co zostało śródjelicie wyprężone tak, że patrząc przez nie ku światłu mogłem dokładnie rozróżnić jelito w kłęb wchodzące jak i również z niego wychodzące, które przy wpadającym świetle z trudnością mogły być rozeznane, z powodu bladoci i wątlności ścian jakoteż i szczupłości światła jelita przez brak należytego odżywienia wycieńzonego. Ucisk i podtrzymywanie palcami asystentów, zespojenie jelit pojedynczym szeregiem szwów Lambert'a z cienkiego katgutu, podwiązanie krwawiących naczyń w śródjelicie, odprowadzenie jelita zeszytego, zaszycie bramy przepuklinowej. Opatrunek Lister'a. Po ocuceniu się chorego z narkozy wystąpiły bóle w brzuchu coraz się wzmagające z równocześnie powstającym zapadem. Śmierć w sześć godzin po operacji. Sekcya wykazała treść jelit w jamie otrzewnowej wychodzącą przez szczelinę w pętli jelitowej zrosniętej z tą częścią śródjelicia, którą odcięto przy rezekeji. Z powodu złego odżywienia i braku treści w jelitach niedostrzeżono szczytu owej pętli i w ten sposób go nadcięto. Szew jelitowy w miejscu rezekowania trzymał doskonale tak, że, gdyby nie ów nieszczęśliwy traf nadwężenia innej pętli, były wszelkie szanse do zejścia pomyślnego. Analogią takich nieszczęsnych przypadków mamy przy owaryotomii wśród której również wydarzyć się może, że pętlę jelitową zrostami do szypułki przytwierdzoną albo obrazić albo w przewiązkę ująć się zdarzy. Powinno nam to służyć za przestrożę i za bodźca do pedantycznej raczej skrupulatności niż do lekceważącego traktowania drobnych poniekąd na oko szczegółów. Przypadek ten zasługuje nadto być wyszczególnionym pod względem wskazania do rezekeji i enterorafii. Jest on *unicum* w literaturze lekarskiej przynajmniej mnie przystępnej. Dotąd bowiem znaleźmy następujące wskazania do enterorafii: 1) obrażenie i wypadnięcie jelita przypadkowe, 2) obrażenie jelita wśród operacji, 3) zgorzel jelita w przepuklinie, 4) zgorzel jelita w przebiegu uwieńnień wewnętrznych a przedewszystkiem wgłobień, 5) w celu doszczętnego usunięcia sztucznej odbytnicy, 6) w zwężeniach wywołanych przez nowotwory lub zrosty z niemi, 7) w zwężeniach wywołanych przez blizny. Przypadek mój stanowi ósme wskazanie: niedrożność jelita wywołana zrostami w worku przepuklinowym (*hernia accreta*).



Obs. XLIX. Franciszek R. l. 28 przybył 18/3 1884 z prośbą aby mu poradzić coś przeciw przepuklinie znacznych rozmiarów, do których doszło nagle z dawno istniejącej małej wskutek wypadnięcia z wozu. Zwyczajny pasek nie podtrzymuje jelit z siłą w mosznę spychanych, a że pacjent utracił przed rokiem przez amputację podudzie i tak już przez konieczność używania szcudła dosyć jest upośledzonym, przeto prosi o usunięcie wady w wysokim stopniu mu przy chodzeniu dokuczającej. Badanie wykazuje rzeczywiście przepuklinę wielkości głowy dziecka przez znacznie rozszerzony kanał pachwinowy do moszny schodzącą. Dnia 31/3 wykonano po wypróżnieniu jelit i oczyszczeniu miejsca operacją radykalną w ten sposób, iż po odsłonięciu worka przepuklinowego i oddzieleniu od jego tylnej strony sznurka nasiennego i odprowadzeniu jelit do jamy brzusznej przecięto go przez całą grubość poprzecznie, górny odcinek zaszyto cienkim i przewiązano grubym katgutem, następnie po wpuszczeniu go do jamy brzusznej zbliżono odnogi otworu pachwinowego zewnętrznego za pomocą szwu sznurówkowego. Po obejrzeniu dolnego odcinka, przy czem stwierdzono, że tylko naczynia i nerwy sznurka nasiennego zostały ocalone a sam przewód nasienny przeciętym, zeszyto brzeg jego z brzegiem rany skórnej kilkunastoma szwami jedwabnymi podobnie jak to czynimy w doszczętnej operacji *hydrocelis* i założono dwa dreny, jeden ku zaszytej bramie przepuklinowej dążący, a drugi ku jądru w dolnym odcinku worka przepuklinowego leżącemu. Opatrunek z gazy sublimatowej. Górna połowa rany zagoiła się przez rychłozrost, dolna zaś przez ropienie, co nawet wyszło na korzyść w tym razie, dając bliznę silną w głąb zaciągniętą. W miesiąc po operacji wyszedł zdrowy do domu.

Kończąc niniejsze uwagi pozwalam sobie jeszcze zwrócić się do kolegów zawiadujących większemi oddziałami chirurgicznymi, aby zechcieli podzielić się swemi spostrzeżeniami. W ten sposób bowiem można dojść do zebrania poważnego materiału, na podstawie którego możnaby usunąć niejedno mylne zapatrywanie, powziąć niejedną nową myśl. A choćby nawet i nikt inny nie chciał z materiału tego korzystać, to spełni on dostateczną przysługę samemu autorowi, który podobnie jak i ja przyjdzie do przekonania, że nie tak nie kształci umysłu i uspakaja sumienia, jak rozpatrywanie się we własnych uczynkach. Ztąd tak wielkie znaczenie przywiązują filozofowie kościoła do sakramentu spowiedzi—ztąd też pojąć się daje wielka doniosłość epigramatu umieszczonego na świątyni pogańskiej: „Γνώμη σεαυτῶν”.

## PRZYTUŁEK DLA RODZĄCYCH Nr. 4 NA PRADZE i jego dotychczasowa działalność.

Napisał dr. **Gromadzki** akuszer przytulku.

Przytułek dla rodzących Nr. 4 mieści się na Pradze w domu pana Dzierżanowskiego, w tak zwanym Nowym Bazarze, położonym przy ulicy

Targowej pod Nr. 150a i stanowiącym niejako środek całego przedmieścia wraz z Nową Pragą i Szmulowizną. Dom dwupiętrowy, składający się w dwóch podłużnych pawilonów, o bardzo wysokich piętrach, zwrócony frontem do ulicy Targowej w miejscu — prócz piątku, jako dnia targowego—mało ruchliwym i dosyć szerokiem odpowiada chociaż nie pod każdym względem warunkom wymaganym przy lokowaniu zakładów zdrowotnych w domach prywatnych. Ruch i hałas bazarowy bardzo mało czuć się daje i nie wpływa na spokój rodzących i położnic, gdyż ześrodkowują się po za domem, w którym mieści się przytułek, a przytem ruch ten nieprzewyższa zwykłego ruchu ulicznego, co się zaś tyczy targu na rogaciznę, to takowy odbywa się jeszcze dalej o kilkadziesiąt łokci w głębi podwórza, a właściwie od ulicy Ząbkowskiej, od której jest druga brama wjazdowa i przez którą przeważnie jeżdżą i pędzą stada. Sam lokal mieści się w prawym pawilonie na drugim piętrze od frontu i składa się z sześciu pokoi, kuchni i parteru widnego, rozdzielającego całe mieszkanie w ten sposób, że każdy pokój ma osobne wejście, stanowi oddzielną całość i w razie potrzeby może być izolowany. Podobny rozkład rzadko gdzie znaleźć można, a w tego rodzaju zakładach jak nasz, jest on bardzo wygodny, gdyż w razie potrzeby każda z położnic może być lokowaną pojedynczo.

Pokoje wysokie i bardzo widne, okna duże znikąd niezasłonięte murami, powietrze czyste, a jeżeli do tego dodamy zlew i wodociąg, musimy przyznać, że lepszego pomieszczenia na przytułek niepotrzeba i z tego powodu pomimo niektórych ujemnych stron mieszkanie to wybranem zostało. Wprawdzie gdzieś pod rogatkami może i znalazłoby się dogodniejsze pomieszczenie, przedstawiałoby ono jednak wielką niedogodność pod względem komunikacji. Obecnie kiedy Praga zaczyna się budować, może i uda się znaleźć lokacyą wygodną bez tych ujemnych stron, jakie musimy cierpieć obecnie, a mianowicie wilgoci, której pomimo wszelkich możliwych środków usunąć niemożna. Do ujemnych stron zaliczyć też wypada pomieszczenie na drugim piętrze.

Ogólna liczba ciężarnych, szukających opieki i pomocy w przytulku dla rodzących Nr. 4 od dnia otwarcia do końca 1884 roku włącznie, to jest przez czas dwudziestu sześciu miesięcy wyniosła 213. W tej liczbie przyjęto z rozpoczynającym się lub od kilku, kilkunastu godzin rozpoczętym porodem 203 ciężarne i te odbyły poród w przytulku, reszta zaś, to jest, jako przybyłe z innemi dolegliwościami (krwawienie i t. p.) po otrzymaniu odpowiedniej pomocy wypisanemi zostały.

Prócz tego w miesiącu Kwietniu r. z. do przytulku dostarczoną była przez policję położnica z objawami ostrej niedokrwistości (*anaemia acutissima post partum*) i po dziesięciu minutach swego pobytu w przytulku zmarła. Poród przedwczesny nastąpił na ulicy przy moście tuż obok szpitala praskiego, policja jednak uznała za stosowne zamiast do szpitala prowadzić biedną kobietę z dzieckiem w fartuchu do cyrkułu dla spełnienia pewnych formalności i następnie dopiero do przytulku. Ciało zmarłej odesłanem zoszło do trupiarni szpitala praskiego.

Z liczby 203 rodzących w przytułku było zamężnych 123, niezamężnych 80, pierwiastek 93, mnogorodzących 110. Co do rodzaju porodu: poroniło (*abortus*) 11, odbyło poród nieletny (*partus inamaturus*) 8, poród przedwczesny (*partus praematurus*) 12, poród na czasie (*partus maturus*) 172. porodów pojedynczych było 21, mnogich 2, prawidłowo przebiegających 138, nieprawidłowo przebiegających, przy których okazała się potrzeba rozmaitych rękoczynów 65.

Rodzaj pomocy podawanej rodzącym, jako też przypadki, w których pomoc ta okazała się potrzebną, były następujące:

1) Kleszcza Forceps nakładane były 20 razy, a mianowicie:

a) dwa razy przy zwężonej miednicy (*angustura pelvis II i III gradus*).

b) ośm razy przy zupełnem wyczerpaniu bóli porodowych (*atonía uteri*).

c) sześć razy, gdzie powyższe dwie kategorie przyczyn istniały razem.

d) dwa razy przy drgawkach porodowych (*Eclampsia parturientium*).

e) dwa razy przy drgawkach porodowych i zwężonej miednicy (*Eclampsia parturientium et angustura pelvis*).

2) Obrót na nóżki z wydobyciem ręcznym płodu (*Versio et Extractio infantis ape manus*) 7 razy, a mianowicie:

a) trzy razy przy wypadniętym sznurku pępkowem (*prolapsus funiculi umbilicalis*).

b) dziewięć razy przy poprzecznem położeniu dziecka (*positio transversa infantis*).

W jednym z dziewięciu przypadków poprzecznego położenia dziecka rodząca była dostarczoną z objawami tężca macicy (*tetanus uteri*) i niezupełnego pęknięcia macicy (*Ruptura uteri incompleta*). Pęknięcie znajdowało się (*Emphys. subcutaneum* i t. d.) z lewej strony i dochodziło do otrzewnej zajmując szyję macicy i bardzo mały odcinek ciała macicy.

c) cztery razy przy łożysku poprzedzającym (*placenta praevia*), przy czem trzy razy przyklejenie łożyska było boczne (*placenta praevia lateralis*) i jeden raz środkowe (*placenta praevica centralis*). We wszystkich tych przypadkach rozwiązanie było przymusowe (*accouchement forcé*).

d) raz przy pękniętej macicy (*Ruptura uteri*). Przypadek ten dostarczony był do przytułku z Brudna po 12 godzinach od czasu pęknięcia macicy. Dziecko znajdowało się w jamie brzusznej, tylko łożysko było w macicy mocno skurczonej i zepchniętej ku lewej stronie.

3) Wydobyć ręczny płodu i jaja płodowego (*Extractio infantis et ovi abortivi ape manus*) miało miejsce dwadzieścia razy, wskazaniem do tej operacji było, albo brak zupełny bóli porodowych przy nóżkowem i pośladowem położeniu z obawą utraty życia dziecka, albo też krwotoki przy poronieniach i cuchnące odchody przy gnijącym od dni kilku w macicy jaję płodowem. W jednym przypadku prócz tego wskazaniem do wydobywania ręcznego dziecka była ogromna torbiel (*hygro-ma congenitum*) w okolicy pośladowej, torbiel wielokomórkowa, wielkości dwóch głów dorosłego człowieka, po przekłóciu pierwotnem i wypuszcze-

niu zawartości płynnej. Dziecko odesłano do gabinetu anatomo-patologicznego przy uniwersytecie warszawskim.

4) Rozkawalenie płodu (*Embryotomia*) wykonanem było raz jeden przy zaniedbanem poprzecznem położeniu i zwężonej miednicy drugiego stopnia.

5) Zmniejszenie objętości główki płodu (*Excerebratio*) wykonanem było raz jeden przy *hydrocephalus* (wypuszczono  $2\frac{1}{2}$  kwarty płynu).

6) Wydobycie ręczne przyrośniętego łożyska wykonanem było jedenaście razy.

7) Zeszycie krocza (*Perinaeoraphia*) wykonanem było trzy razy mianowicie:

a) w przypadku bardzo ciężkich drgawek (*Eclampsia* 36 napadów) u pierwiastki, u której z powodu nadzwyczajnego obrzęku i niepodatności części miękkich miało miejsce pęknięcie krocza czwartego stopnia razem z obrączką stolcową. Nałożone szwy (8) zdjęto siódmego dnia po porodzie z pomyślnym skutkiem.

b) w przypadku zwężonej miednicy u pierwiastki 42-letniej, szwy (4) zdjęte zostały piątego dnia po porodzie z pomyślnym skutkiem.

c) u pierwiastki 36-letniej, szwy zdjęto 4-go dnia po porodzie też z pomyślnym skutkiem.

Z tak znacznej liczby przypadków nieprawidłowych, pomiędzy którymi były prawdziwie ciężkie, szczególnie mogą tu wyróżnić dwa ze względu na rzadkość i zejście:

1) Przypadek zupełnego zarośnięcia ujścia zewnętrznego macicy z przeistoczeniem łączno-tkankowem całej części pochwowej macicy zwłaszcza tylnej jej części (*atresia ostii uteri externi cum degeneratione fibrosa partis vaginalis uteri*) jest jak się zdaje natury syfilitycznej (rodząca tam przyznała się, że przed kilkunastu miesiącami przechodziła syphilis — dziecko też urodziło się z objawami tego cierpienia), w którym to przypadku po 96 godzinach trwania pracy porodowej w domu, sprowadziłem rodzącą do przytulku i musiałem się uciec do przekłócia macicy w miejscu odpowiadającym ujściu zewnętrznem macicy, które odznaczało się niewielkiem zagłębieniem, a następnie do forsownego rozszerzenia otworu, gdyż pomimo silnych bólów porodowych, poród nie postępował.

2) przypadek ropnia wielkości główki dziecka w ścianie ciężarnej macicy, ropnia komunikującego z guzem zapalnej natury, położonym z prawej strony macicy i stanowiącym z nią jakby jedną całość, drążącego z drugiej strony aż pod łożysko. W wypadku tym po wydobyciu dziecka ręcznem i wyrwaniu kawałka łożyska w miejscu przyczepienia sznurka pępkowego do łożyska wylało się  $2\frac{1}{2}$  kwarty czystej zupełnie ropy, a temperatura dotąd wynosząca  $40,5^{\circ}$  spadła w godzinę po rozwiązaniu rodzącej do  $37,5^{\circ}$ . Obydwa te przypadki szczegółowo ogłoszonymi będą.

Co się tyczy przebiegu położu, to z ogólnej liczby 203 zachorowało położnic 12, mianowicie:

a) *Endometritis puerperalis* trzy razy: dwa razy po wydobyciu ręcznym zgniętego jaja płodowego i jeden raz po łożysku poprzedzającym.

b) *Peri-Parametritis puerperalis* cztery razy: trzy po prawidłowych porodach wskutek wczesnego podniesienia się z łóżka w kilka godzin po porodzie i jeden po niezupełnem pęknięciu macicy (*ruptura uteri incompleta-tetanus uteri*).

c) *Endo-peri-parametritis* dwa razy: raz jeden po ropniu na ścianie macicy i raz jeden po pękniętej macicy.

d) *Peritonitis puerperalis* raz jeden po obrocie przy wypadniętym sznurku pępkowym.

e) *Metritis puerperalis dissecans* raz jeden po łożysku poprzedzającym. Przypadek ten ogłoszonym będzie.

f) *Pleuro-pneumonia acuta* raz jeden po drgawkach.

Z liczby dwunastu chorych położnic wyzdrowiało w przytułku ośm, tranzłokowano do szpitali cztery, mianowicie: jedną po pękniętej macicy do szpitala praskiego, jedną po ropniu w ścianie macicy do szpitala praskiego, jedną rekonwalescentkę po zapaleniu otrzewnej z wysiękiem zapalnym w jamie brzusznej też do szpitala praskiego, jedną po prawidłowym porodzie w *ischias* i zapaleniem przymacicznym (*parametritis sinistra*) do szpitala Dzieciątka Jezus (na własne żądanie chorej). Z tranzłokowanych zmarła tylko jedna po pękniętej macicy.

W przytułku niezmarła żadna, wypisano zdrowemi 198, pozostaje na rok 1885 jedna.

Dzieci urodziło się w przytułku 192, mianowicie płci męskiej 110, w tej liczbie żywych 92, nieżywych 18, płci żeńskiej 82, w tej liczbie żywych 72, nieżywych 10. Z liczby 164 żywo-urodzonych zmarło w przytułku 8, mianowicie: *trismus* 1, *Debilitas vitae* 5, *Gastro-enteritis* 2.

Pomyślny przebieg połogu i nieznaczną liczbę chorych położnic przy stosunkowo obfitym materiale porodów nieprawidłowych i bardzo ciężkich przypadkach operacyjnych przypisać muszę ścisłej dezynfekcyi, jakiej trzymam się zawsze i którą stawię na pierwszym planie. Jako środki dezynfekcyjne używam: sublimat, jodoform i kwas karbolowy. Do przestrzykiwań przed i poporodowych używam wyłącznie tylko sublimatu w stosunku 1:1000 w przypadkach cięższych i 1:1500 w zwyczajnych porodach i przez czas dwudziestu miesięcy nie tylko że niewidziałem złego oddziaływania na organizm położnicy—jak to niektórzy opisują—ale przeciwnie zauważyłem że ilość położnic gorączkujących naraz po bardzo ciężkich operacjach i zgniętych dzieciach zredukowała się do minimum. Gorączkują tylko te, które już przybyły do przytułku z podniesioną temperaturą. Rozczynu sublimatu w powyższym stosunku używam, także do maczania podkładzików zakładanych po porodzie pomiędzy nogi na części płciowe zewnętrzne położnicy przez cały czas pobytu jej w przytułku, przy czem podkłady te zmieniane bywają cztery razy na dobę u położnic po porodzie prawidłowym i sześć razy po przypadkach operacyjnych. Jodoformu używam do przysypywania wszelkich odtłoczyn i przy pę-

knięciach kroczą pierwszego stopnia, kwas karbolowy zaś tylko w postaci mgły karbolowej przy pomocy spray'a przy cięższych operacjach i dla odświeżenia powietrza w salach dwa razy dziennie. Prócz tego każda położnica czyto po porodzie prawidłowym, czy też operacyjnym otrzymuje zaraz po porodzie dwa proszki sporyszowe w ilości 0.75 co godzina jeden, następnie zaś dwa razy dziennie w stosunku 0.36 przez cały czas pobytu w przytulku. Podawanie systematyczne sporyszu w małych dawkach nieprzechodzących 0.36 przez cały czas połogu uważam za bardzo korzystne, gdyż pomyślnie oddziaływa na poporodową inwolucję macicy.

Prócz stosowania sublimatu do przebywań położnic, używam go jeszcze i w innym kierunku. Przez pierwsze ośm miesięcy po otwarciu przytulku z przyczyn widać czysto miejscowych (owa wilgoć odgrywa tutaj ważną rolę) rozwielenności się pleśniawki u dzieci do tego stopnia, że pomimo największej czystości, nieczem nie dały się wyprowadzić. Próbowano wszelkich środków dezynfekcyjnych, nieotrzymywano jednak pożądanego rezultatu. Wówczas uciekłem się do sublimatu i zacząłem stosować roztwór w stosunku 1:5000, którym raz dziennie wycierają się usta u wszystkich dzieci. Pleśniawki bezpowrotnie zginęły i bardzo rzadko kiedy spotkać je można. Mała liczba ciężarnych szukających opieki i pomocy w przytulku 4-ym w pierwszych miesiącach po otwarciu, ostatnimi czasy, a mianowicie, od 1 Stycznia z. r. bardzo się podniosła, tak że w roku zeszłym liczba rodzących była prawie dwa razy większą niż przez czternaście pierwszych miesięcy, przytem z powodu braku miejsca i innych przyczyn nieprzyjęto 42 ciężarnych.

## STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

**32. O leczeniu wymiotów kałowych przepłókiwaniem żołądka.** HASENCLEVER obserwował 6 przypadków wymiotów kałowych (*Ileus*), w których przepłókiwanie żołądka przynosiło pacjentom znaczną ulgę. U jednego z tych chorych cierpienie (*peritonitis tuberculosa*) nie zostało wprawdzie wyleczone, ale wymioty kałowe zniesione i chory przyszedł względnie do zdrowia. W innym przypadku skutkiem kolki ołownej pacjentka przez 6 dni nie miała stolca i ciągle wymiotowała massami żółtawymi do kału podobnymi; obok tego była ciągła czkawka. Już pierwsze przepłókanie wstrzymało wymioty, nudności i czkawkę, stolca jednak nie było. Po trzecim przepłókanu nastąpił obfity gęsty stolec i stan zdrowia pacjentki znacznie się polepszył. Sposób działania tego środka jest paliatywny i leczniczy. Należy o tym pamiętać: przez przepłókanie żołądka usuwają się pewne bardzo przykre objawy jak nudności, wymioty, czkawka i to daleko pewniej i radykalniej niż przez zadawanie przetworów makowca, gdyż te ostatnie obniżają rozdrażnienie nerwów, przez co wymioty zostają tylko na pewien czas wstrzymane, skutkiem czego gromadzi się zawartość żołądka, kiedy tymczasem przepłókiwanie, usuwa przynajmniej jedną przyczynę wymiotów: przepełnienie żołądka i kiszek. Dowiedzionem bowiem zostało przez OSERA, że przepłókiwanie wypróżnia nie tylko żołądek, ale i górne części kiszek; następuje w takim razie pewna niedomykalność odźwiernika. P o w t ó r e: Przepłókiwanie wywołuje wypróżnienia stolcowe, o ile nie stoją temu na przeszkodzie

kodzie nieprzewyciężone zapory a to z powodu iż 1) przez wypróżnienie kiszki tworzy się więcej miejsca w jamie brzusznej i rozszerzenie pewnych części kiszki na korzyść drugich znosi się; 2) ruchy robakowe powyżej przeszkody przedtem gwałtowne i nieregularne stają się spokojniejszymi. 3) W taki tylko sposób może przyjść do skutku usunięcie jakiejś przeszkody, jeżeli jest ona w ogóle tej natury iż da się usunąć.

(Berl. klin. Woch. Nr. 5—1885).

33. **Podskórne wstrzykiwanie żelaza.** U bardzo bezkrwistej pacjentki cierpiącej na *Endometritis fungosa* wstrzykiwano podskórnie, a właściwie między mięśnie (*glutaeus*) całą szprycę Pravaz'a roztworu żelaza (*Citrat-ferri 2,0. Aq. lauro cer. 20,0*). Rezultat był świetny. Z 26 wstrzykiwań jedno tylko wywołało stwardnienie, które jednak pod okładami z lodu ustąpiło. W drugim podobnym przypadku autor (MARTINETTI) taki sam rezultat osiągnął.

(*Annali di ostetr. etc. Rundschau 1885—8*).

### PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

*Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.* Pod redakcją prof. Alb. EULENBURGA.  
Tom I. str. 726 z licznymi rysunkami w tekście. Wied. u. Lipsk 1885 r.

Pierwszy tom pięknego dzieła encyklopedyi umiejętności lekarskich, opracowywany przez studwudziesięciu kilku autorów, w drugim wydaniu opuścił tylko co prasę. Racya bytu podobnego dzieła w dotykany sposób ujawnioną została przez to nowe i znacznie rozszerzone wydanie. Pomimo bowiem wysokości ceny (względnie do wartości i kosztownego nakładu, dzieło to wcale nie jest drogiem) pierwsze wydanie całkowicie wyczerpanem zostało. Nowe więc, zwłaszcza przy tak szybkim postępie nauki we wszystkich kierunkach, w zupełności jest uzasadnionem. Jeżeli redakcyjja wzięła sobie za zadanie przedstawienie stanu nauki w danej chwili w obszernym obrazie, to z encyklopedyj dotąd znanych, zadanie to niewątpliwie spełnia najsumienniejszą encyklopedyja obecna. Wnosząc z wydanego tomu, rozmiary dzieła znacznie rozszerzonymi zostaną; gdy bowiem przy tejże samej ilości stronnic 1-szy tom dawnego wydania wyczerpywał całą literę A i dwadzieścia dwa artykuły od litery B się poczynające, to tom nowego wydania kończy się na wyrazie: Arterien. Biorąc z tego miarę prawdopodobnie całe dzieło co najmniej o jedną czwartą część powiększonym zostanie. Wszelako ulepszenie dzieła nie polega tylko na samym jego powiększeniu lecz i na rzeczywistych zmianach. Mnóstwo artykułów zgruntu przerobionych zostało, lub też innym je do opracowania powierzono autorom. Aby się przekonać o ile nowe wydanie jest zupełniejszym od dawnego, porównywalimy ze sobą starannie następne artykuły: Abdominal-typhus, Abfürmittel, Actinomykosis, Akklimatisation, Aneurysma, Angina pectoris, Antidota, Antiphlogose, Antipyrese, Antipyrin, Antisepsis-Asepsis, Antiseptica, Antitypica i Arsen. Artykuł pierwszy o durzycy brzusznej traktujący, prawie dwa razy tak obszerny jak w wydaniu dawnem, stanowi piękną monografię, która w duchu dziś panującego kierunku w nauce, uwzględnia pasożytniczą teorię. Dokładne rysunki przedstawiają jasno różne fazy rozwoju i umniejszowienia *bacillus typhosus Eberthii*. Zmiany anatomopatologiczne również w dokładnie wykonanych rysunkach przedstawionemi zostały. Toż samo da się powiedzieć o graficznym przedstawieniu wahań ciepłoty, oddechów, tętna i składników moczu. Wpływ urządzeń sanitarnych na śmiertelność, dane statystyczne, oraz terapija, również bardzo wyczerpująco choć treściwie, opracowane zostały. Silny nacisk i słusznie, położył autor artykułu dr. ZUELZER na kąpiele ochładzające. Chociaż w najnowszej swej pracy GLÄSER usiłuje na zasa-

dzie danych statystycznych ze szpitali Hamburgskich zaczerpniętych wartość leczenia durzycy zimną wodą obniżyć twierdząc, że odsetka 7,7% jest znaczną (odsetka ta otrzymaną została z 3285 przypadków); to jednak autor, twierdzenie to zbija, analizując szczegółowo cały szereg zjawisk chorobnych doznających przy leczeniu zimną wodą niewątpliwego polepszenia, a czego z taką ścisłości przy stosowaniu leków przeciwgorączkowych wykazać nie można. Gruntownej rewizji poddaje autor również wszelkie leki przeciwgorączkowe. Słowem, artykuł ten przekonywa dotychczas, iż nowe wydanie stoi na wysokości współczesnej nauki i że redakcja niczego nie zaniedbała aby dzieło o którym mowa uczynić rzeczywiście pożytecznym. W artykule o środkach opróżniających (*Abführmittel*) również rozszerzonym, podano najnowsze doświadczenia HALEGO, który do własnej żyły olej rącznikowy wstrzykiwał wywołując tym sposobem objawy zatrucia i ruch kiszek, bez wydalenia jednakże z nich zawartości, oraz doświadczenia FROMÜLLERA nad podskórnym zastrzykiwaniem aloinu, ze skutkiem, wreszcie MYA'EGO i VANDONI'EGO, którzy zamiast naskórnego użycia olejku krotonowego w celach opróżniających, robili poszukiwania z dodatnim rezultatem nad wcieraniem w skórę aloinu w glicerynie rozpuszczonego. Nadto, dodana jest literatura przedmiotu, czego w poprzednim wydaniu nie było.

W artykule o promieniocy (*actinomykosis*) znajdujemy szczegółowszą nieco jak dawniej symptomatologiją choroby u człowieka. Literatura chociaż uzupełniona, jednak doprowadzona tylko do połowy roku 1883 gdy tymczasem po tym terminie już kilka nowych prac się pojawiło, a między innymi i praca ISRAËL'A ogłoszona na początku r. b. a znanego z kilku prac nad tymże przedmiotem już od r. 1878.

Artykuł SOYKI o udomowieniu czyli akklimatyce, należy do gruntowniejszych i na źródłowych pracach opartych. Rzecz o akklimatyzacji nie mogła dotąd być w sposób zadawalniający opracowaną z uwagi, że dla jej rozwiązania żadne teoretyczne i apriorystyczne rozumowania nie wystarczą. Oprzec ją trzeba na zebraniu empirycznego, spostrzegawczego materiału z długiego przeciągu czasu. Ścisłe spostrzeżenia wedle jednej metody gromadzone, dopiero od niedawnego istnieją czasu. Materiał dotąd zebrany tak pod względem jakości jako i ilości dalekim jest od tego, aby na jego podstawie można wyznaczyć liczebne stosunki dotyczące się ubytku lub zanikania rasy, lub wykazać, że te ostatnie fakta zależnymi są od niezwalczonych przyczyn, lub też od nieodpowiedniego sposobu życia i w ogóle niedostatecznego stopnia umysłowego przygotowania imigrantów. Teoretycznie biorąc, z darwinowskiego prawa przystosowywania się ustrojów do warunków otoczenia, można wyprowadzić zasadę bezwarunkowej możności akklimatyzowania się w człowieku. Wedle QUATREFAGES'A za wyjątkiem kilku punktów na powierzchni globu, człowiek wszędzie zaaklimatyzować się może, oraz, że akklimatyzacja jest poważniejszą częścią tylko kwestyją higieny na znajomości praw odżywiania ustroju opartą. Najnowsze materiały kwestyi akklimatyzacji dotyczące odnoszą się do r. 1883.

*Art. Aneurysma* stron 25 wynoszący i siedmioma rysunkami zaopatrzone, niemal monografią może być nazwany i bardzo wymagającego czytelnika zadowolnić może. Pod względem statystycznych danych artykuł bardzo jest wyczerpujący. Strona kliniczna również jest dobrą. Zarzucić tylko można to, iż nie znajdujemy tu wzmianki o stosowaniu sphygmografu do rozpoznawania tętniaków; prawdopodobnie w art. sphygmografia będzie to uwzględnionem, jednak i na tem miejscu powinna była być zamieszczoną odpowiednia wzmianka nawet gdyby autor uważał metodę sphygmograficzną za nieprowadzącą do celu.



*Angina pectoris (Stenocardia, Neuralgia plexus cardiaci)* artykuł w przeszłym wydaniu trzy strony wynoszący, wzrósł obecnie do 17-stu przeszło. Nerwica ta całą grupę jeszcze ze ścisłością nie określonych cierpień stanowiąca, nawet w obszernych dziełach o patologii specjalnej traktujących, prawie że zaniedbywaną bywa i chyba w dziele DA COSTA'X dokładniejsze jej znaleźć można przedstawienie. Klinicznie, artykuł ten pióra A. FRAENKEL'A, bardzo jest ważny. Warto by go nawet przyswoić i w tłumaczeniu szerszemu kołu czytelników podać. Antiphlogose, Antipyrese i Antipyrin, artykuły bardzo obszerne (stron 35 razem) należą do najlepiej opracowanych, toż samo można powiedzieć o artykułach: antisepsis, asepsis i antiseptica. W art. *Antitypica, antiperiodica* (autor HUSEMANN) skłania się na podstawie tak dawnych jak i nowszych, między innymi CECI'EGO, poszukiwań, iż chinina, która niema sobie równego jako antitypicum środka, działa na tej zasadzie, że zabija drobnoustroje we krwi zawarte, które powodem gorączkowych napadów się stają. Tak zwane typowe napady, które w najrozmaitszych pojawić się mogą postaciach, czerpią swe źródło w zakażeniu ustroju zimniczem. CECI, jeszcze z większą jak BINZ ścisłością wykazał granice skuteczności chininy uważanej jako środek niszczący laseczniki zimnicze. Wykazał on, że dla doszczętnego zniszczenia tych drobnoustrojów w gruncie endemicznie zimniczym, potrzeba chlorku chininy w stosunku 1 na 900. Stosunek 1 na 1000, już daje wątpliwe wyniki.

Artykuł: Arsen, zasługuje również na wzmiankę. Wiadomo, iż w ostatnich szczególnież czasach środek ten bardzo się rozpowszechnił i że przez bardzo wielu lekarzy jest zalecanym. Że jego skutki przechwalonemi zostały, (chciano między innymi, jak wiadomo, stworzyć albo lepiej powieździawszy, że wskrzesić metodę leczenia suchót arsenem) nie ulegało wątpliwości; ale że w wielu razach jest to środek nieoceniony, stwierdzonem jaknajdowodniej zostało. Ustalenie więc wskazań do jego użycia, oraz dokładne spostrzeżenia kliniczne, bardzo są pożądane. Wskazania, w artykule są dość szczegółowo opracowane, wszelako kierunek krytyczny tak niezbędny wszędzie, a tem bardziej w rzeczach farmakodynamiki, nie w zupełności został uwzględniony.

Z powyższego treściwego przeglądu pierwszego tomu jasno się okazuje, iż obecne wydanie, jakto już na wstępie zaznaczyliśmy, niezaprzeczoną posiada wyższość nad dawnem. Pomijając bowiem to, że jako nowsze może uwzględnić rzeczy współczesne, jest ono obszerniejszem, podaje literaturę każdej kwestyi, co w poprzednim wydaniu nie zawsze miało miejsce, posiada o wiele więcej rysunków i wreszcie, że wale artykułów, które w poprzednim wydaniu w tomie dodatkowym zamieszczone zostały, w obecnem, na właściwem miejscu się znalazły, co jest o wiele dogodniejszem. Polecając więc to nowe wydanie uwadze kolegów nie powiemy za wiele, jeżeli dzieło o którym mowa, bardzo pożytecznem i ułatwiającem odszukanie naukowych materiałów nazwiemy.

## Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. D. 5 Maja pof. CHAŁUBIŃSKI miał w Towarzystwie lekarskiem odczyt o istocie i leczeniu cholery. Rzecz o istocie cholery była właściwie tylko wstępem a celem odczytu było, jeżeli się nie mylimy, przedstawić sposób leczenia tej choroby uważany przez profesora za najpewniej do celu wiodący. Mówiąc o dzisiejszych hipotezach dotyczących się etyologii cholery, prelegent słusznie zauważył że chociażby nawet dowiedzionem zostało iż laseczniki przecinkowe są w istocie przyczyną cholery, od czego dalecy jeszcze jesteśmy, to pozostaje nam jeszcze do dowiedzenia: w jaki sposób owe twory wy-

wołać mogą cały szereg tak poważnych objawów. O kwestyą zaraźliwości cholery profesor mało tylko potrącał, a z tych słów niewielu, które wyrzekł, przypuszczać trzeba iż na tym punkcie do pesymistów należy i nie bardzo jest skłonny wierzyć w zaraźliwość tej choroby. Badacz mający takie obszernie pole obserwacji, który prawie wszystkie u nas grassujące epidemie cholery spostrzegał, biorąc nader czynny w jej leczeniu udział, przedstawił przedewszystkiem obraz cholery w rozmaitych jej postaciach. Obraz ten nie był wyczerpującym, pominięto w nim wiele ważnych objawów, ale prelegent mając przed sobą auditorium z samych lekarzy złożone, prawdopodobnie nie kusił się o taką dokładność, podnosił te tylko „momenta” choroby, których istnienie do dowiedzenia tezy na początku postawionej mu posłużyło. Starał się mianowicie wykazać, iż utrata znacznej ilości płynu w cholery, nie jest bynajmniej przyczyną wszystkich następujących, a groźnych objawów, jak to obecnie powszechnie mniemają. Przytaczał analogiczne przypadki, w których również znaczna liczba płynu organizmowi odciągnięta zostaje, a jednakże groźnych objawów szybkim wyczerpaniem działalności serca się charakteryzujących niewidzimy (*cholera nostras*). Jako dowód iż zgęszczenie krwi nie jest przyczyną fatalnych następstw w naszej epidemii, przytaczał dalej profesor między innymi cholery suchą (*sicca*), w której ani wymiotów ani obfitych wypróżnień stolcowych nie ma, a jednak chorzy szybko umierają. Należałoby w takich razach dokładnie zbadać stan kiszki, do których nagle tak wielka ilość płynu mogła być przesiąknięta iż rozdęte kiszki z powodu paraliżu wydalic swej zawartości na zewnątrz nie mogły. Mówiąc o leczeniu, szanowny prelegent wypowiedział zdanie, że ilekroć w czasie nie bardzo posuniętego procesu cholery, t. j. gdy jeszcze czynność serca w zupełności wyczerpaną nie została, uda nam się sprowadzić w y m i o t y ż ó ł c i o w e, to proces chorobny zatrzymuje się w swym biegu, a mianowicie groźący paraliż serca nie następuje. Wymioty te żółciowe prof. CHAŁUBIŃSKI sprowadza przez podawanie śmiałych dawek emetyku. Fakt to niesłychanie ważny, ale dopuszczający inny rodzaj tłumaczenia a mianowicie: ilekroć organizm do znacznego wycieńczenia w skutek choroby jeszcze nie doszedł, a stan jego o tyle jest dobrym, iż zadany emetyk tak silną sprowadza reakcją wymiotną, że nie tylko zawartość żołądka, ale i dwunastnicy *resp.* pęcherza żółciowego na zewnątrz się dostaje, stan chorego jeszcze nie jest rozpaczliwy i zwrot ku dobremu bardzo jest prawdopodobnym. Bystry obserwator stwierdził w każdym razie fakt wielkiej doniosłości, tylko interpretacja tego ważnego objawu, gdyby przytoczone zapatrywanie okazało się słusznem, byłaby nieco odmienną. Ipekakuana nie jest równie skuteczną jak emetyk, gdyż słabiej działa i rzadko wymioty żółciowe sprowadza. Kalomel jest także dobrym środkiem, chociaż o wiele ustępuje emetykowi. Potrąciwszy o profilaktykę cholery, prof. CHAŁUBIŃSKI bardzo wysoko podniósł znaczenie sanitarnych rewizji w mieście i w końcu odczytał ułożoną przez siebie informacją dla lekarzy rewirowych. Na tem posiedzenie ukończone zostało.

— Towarzystwo opieki nad biednymi matkami oraz ich dziećmi w Warszawie, którego Ustawę podaliśmy w N-rze 14 naszego pisma już się zawiązało i rozpoczęło przedwstępne działania. Na ogólnem zebraniu członków, odbytem d. 22 z. m. skompletowano Radę opiekuńczą i wybrano Komitet gospodarczy. Jednocześnie postanowiono otworzyć przytułek dla rodzających, początkowo na 4 łóżka; robią się usilne poszukiwania mieszkania na ten cel. Wybór mieszkania nie jest łatwy, gdyż warunki wymagane dla takiego zakładu trudne są do spełnienia. Powietrze świeże, duże pokoje, rozkład odpowiedni, obfitość wody dla kąpeli i utrzymania czystości, cena niezbyt wygórowana, spokój wymagany dla położnic, wszystko to trzeba mieć na uwadze. A gdy do tego dodamy, iż nie wszyscy właściele domów chcą się zgodzić na pomieszczenie takiego zakładu, poznamy jak trudnem jest odszukanie na ten cel odpowiedniego pomieszczenia. W każdym razie od początku Lipca przytułek otwartym będzie. Lekarzem Zakładu będzie kol. Wacław Horochn. Stan finansowy stowarzyszenia przedstawia się bardzo świetnie, gdyż zebrano już dotychczas około 18,000 rs. a ponieważ 12,000 należy według brzmienia ustawy złożyć w Instytucji kredytowej jako kapitał żelazny, bardzo więc pokaźna cyfra pozostaje na rozchody. Z początku wydatki nie będą tak wielkie, ale później, w miarę przybywania dzieci, którymi Tow. ma się opiekować, rozchody gwałtownie powiększać się będą.

— Projektowana już od dawna przez tutejsze Towarzystwo Lekarskie rewizya sanitarna miasta, mogłaby nareszcie raz ze sfery projektów przejść w dziedzinę rzeczywistości w obec zbliżających się upałów i niezbyt uspakajających wiadomości z Zachodu. Na każdym kroku w mieście naszym można się spotkać z tak rażącymi wykroczeniami przeciwko najzwyczajniejszemu wymaganiu higieny, że potrzeba jakiejś reformy pod tym względem jest niezbędną i żadną miarą *ad calendas graecas* nie powinna być odkładaną. Bawiąc godzin kilka w fabryce firmy Rehfeld, Dubeltowicz i S-ka (Aleja Jeruzolimiska Nr. 89) z powodu doświadczeń jakie z nowego systemu kamerą dezynfekcyjną wykonywanymi tam były, znosiliśmy następstwa jednego z podobnych przeciw higienie wykroczeń. Jak wiadomo po stronie lewej idąc ku rogatkom Jeruzolimskim znajduje się rów dość głęboki, lecz utrzymywany w takim stanie, iż wszelka jego zawartość ulega zupełnej stagnacji. Rów ten ma odprowadzać nieczystości płynne ku wspomnianym rogatom; że zaś jest niedostatecznie pogłębiony i źle utrzymany, staje się zbiornikiem nieczystości zatrzymujących powietrze do tego stopnia, iż otwieranie okien w domach sąsiednich mających front zwrócony ku alei jest niemożliwe, a kilkuset robotników jakich fałryka zatrudnia musi pracować wśród takiego powietrza. Do wspomnionego zanieczyszczenia, przyczynia się najwięcej possessya, która za pomocą rury drewnianej odprowadza nieczystości płynne z całego domu wprost do rzeczonego rowu. Że zaś wśród nieczystości płynnych z moczu i pomyj złożonych znajduje się niemal odpadków kuchennych *starych*, które do zatrzymania odpływu (nawet wtedy gdyby rów był dostatecznie pogłębiony) się przyczyniają, przeto warunki gnicia i zarażania powietrza naokoło, są zapewnione. Ma to miejsce prawie naprzeciwko ulicy Żelaznej, a chociaż przed jakimś czasem, podobno przed laty kilkoma, komissya sanitarna na grunt zesła, jednak źle trwa dalej. Nie czas chyba będzie dopiero wtedy brać się do dzieła gdy cholera na dobre się rozwinię. W interesie zdrowia publicznego zwracamy uwagę ogółu na podobny stan, odwołując się do artykułów w N-rach 14, 16 i 18 naszego czasopisma zamieszczonej p. t. Czy i o ile przygotowani jesteśmy na wypadek cholery w Warszawie? Czas, wielki czas zacząć coś robić, gdyż dotąd tylko się mówiło i pisało, a to samo nie wystarczy.

— Rozeszła się po mieście pogłoska, iż jeden z tutejszych lekarzy miał zachorować na cholere. Pogłosce tej w interesie spokoju publicznego z całą stanowczością zaprzeczyć musimy na podstawie udzielonej nam osobiście wiadomości przez lekarza, który był do chorego kolegi wezwany i który całą noc przy nim wraz z drugim kolegą spędził. Lekarz, który zachorował, od lat kilku cierpi na uporeczywy katar żołądka i kiszki. Po zrobieniu mimowolnego wykroczenia w dycie wieczorem, poczuł się przed północą niedobrze, a gdy się pojawiły wymioty, a następnie częstsze wypróżnienia stolcowe, co przy ostro występującem podrażnieniu przewodu pokarmowego jest, jak wiadomo, rzeczą naturalną i bardzo często się przytrafiającą, przywołał kolegów. Rano o godzinie 9-ej wszystko się skończyło, a chory czuł się już zupełnie dobrze. Ścisła dyeta i spoczynek, w zupełności do powrócenia status quo ante wystarczyły. Gdzież tu więc powód do nazwania podobnego stanu cholere? Jeżeli bez sprawdzenia faktu podobne przypadki jako cholera rozgłaszanemi będą, może dojść do tego, iż gdy jedna osoba będzie miała womity a druga rozwolnienie, to i to da powód do rozprzestrzenienia wiadomości, że dwie osoby razem na cholere zapadły.

**Z Cesarstwa.** Dziekan Kijowskiego fakultetu lekarskiego ogłasza konkurs na wakującą katedrę chirurgii operacyjnej i wzywa ewentualnych kandydatów, iżby się z nim w przeciągu trzech miesięcy porozumieli.

— Dr. Napoleon CYBULSKI bronił w Petersburgu na stopień Doktora dyssertacyę p. t. *Badania nad prędkością obiegu krwi za pomocą fotohemotachometru*. Dr. TARCHAN-MOURAWOW odezwał się w bardzo przychylnych słowach nie tylko o dyssertacyi ale i o całej działalności D-ra C. Fakt wezwania jego na profesora fizyologii do Krakowa dowodzi, według słów oponenta, iż Europa zaczyna oceniać prace dokonywane w pracowniach rossyjskich. Dr. C. schodził z katedry wśród przeciągłych oklasków.