

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5	na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{	rocznie.....	rs. 6	
		półrocznie.....	2 kop. 50				półrocznie.....	3
		kwartalnie.....	1 „ 25					

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TRZESCI: Spostrzeżenia z kliniki położniczej prof. Tyrchowskiego. Dwa przypadki przerwania się powiny podczas porodu w stojącym położeniu. Podał Dr. St. Kondratowicz.—Przegląd piśmiennictwa lekarskiego. Czasopisma polskie „Gazeta lekarska” za m. Październik, Listopad i Grudzień 1873 r. Sprawozdawca Dr. St. Markiewicz. (Dokończenie).—Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O przedziurawieniu jelit w durzycy brzusznej. — Kronika krajowa. Wiadomości z Petrokową i Wilna.—Bibliografija.—Odpowiedzi Redakcyi.—Ogłoszenia.

## SPOSTRZEŻENIA Z KLINIKI POŁOŻNICZEJ

PROF. TYRCHOWSKIEGO W WARSZAWIE.

Dwa przypadki przerwania się powiny podczas porodu w stojącym położeniu.

Podał St. Kondratowicz.

I. O. M. lat 27, zameżna, przybyła do kliniki położniczej d. 3-go Marca r. b. o godzinie 12-tej w nocy.

Kobieta wzrostu średniego (152 centimetr.), budowy ciała dobrej, odżywiana bardzo dobrze. Miesiączkę dostała poraz pierwszy w 16 roku życia; później miewała ją w nieregularnych odstępach czasu: bywały długie przerwy, dochodzące nawet do 6-ciu miesięcy. Sama miesiączka była dość obfita, trwała 5 dni, bez boleści. Trzy lata temu po raz pierwszy rodziła: poród odbył się na czasie, zupełnie szczęśliwie, trwał 16 godzin; połóg przebiegał prawidłowo i od tego czasu miesiączka przychodziła co 4 tygodnie. Ostatni raz była w początkach Maja r. z.; daty poczęcia oznaczyć nie może, a kiedy poczuła pierwsze ruchy płodu nie pamięta. Ciąża przebiegała bez żadnych powikłań. Dnia 6 Marca r. b. o godzinie 9½ wieczorem wystąpiły pierwsze bóle w krzyżu, bardzo słabe i takie trwały blisko godzinę; akuszerki niewzywano. Skoro bóle cokolwiek się wzmożyły przed godziną 11-tą rodząca powzięła zamiar udania się do kliniki położniczej dla odbycia porodu. Z mieszkania swojego zatem, przy ulicy Powązkowskiej, wraz z swą matką puściła się pieszo w drogę. Przez całą drogę silniejszych bólów niedoświadczała, dopiero nagle, na rogu ulicy S-to Krzyżkiej i Marszałkowskiej poczuła silny ból i parcie w dolnej okolicy brzucha (po raz pierwszy) i zaraz po tem „jakby wychodzenie dziecka.“ Niezdążywszy przysiąść na ziemi, oparła się jedynie plecami o róg domu i rozkraczyła nogi; wtedy pęcherz płodowy pękł i w tej samej chwili dziecko wypadło na chodnik asfaltowy, przyczem dostrzegła, iż pę-

powina rozerwała się, i z końca jęj pozostałego przy dziecku wysączyła się pewna ilość krwi. Działo się to o godzinie 11<sup>3</sup>/<sub>4</sub> w nocy, zatem w trzy kwadransy po wyjściu z domu. Po niejakiem czasie wzięła dziecko na ręce i z pomocą matki przysłała pieszo do kliniki (o 100 kroków od miejsca porodu odległej), gdzie po ułożeniu jęj w łóżku wkrótce łożysko samo odeszło. Dno macicy znajdowało się wtedy na 3 palce poniżej pępka; części płciowe zewnętrzne i uda powalane krwią, krocze całe; stan ogólny położnicy zupełnie dobry. Wymiary miednicy: wymiar przodkowy zewnętrzny 19 cm. wymiar między kolcami biodrowymi 24,5 cm., między wygięciami grzebieni biodrowych 28,5 cm.

Dziecię żywe płci żeńskiej, waży 3100 grammów, długość ciała 48 cm. Obwód główki 32 cm. Wymiar między guzami ciemieniowymi 8,5 cm. Od gładzki do wyniosłości potylicowej zewnętrznej 11 cm. Od bródki do wierzchołka główki 12,5 cm. Przy obrączce pępkowej wisi kawałek pępowiny nieprzewiązanej, długości 9 cm. Koniec przerwany nierówno i powłoka z owodni (*amnios*) rozszczepiona podłużnie w długości 3 cm.; naczynia są nieco wciągnięte. Koniec łożyskowy przedstawia się zupełnie w podobny sposób. Część pępowiny pozostała przy łożysku długa 41 cm. (cała) niezbyt gruba, ma naczynia napełnione krwią, powłoka jęj zupełnie nieuszkodzona. Łóżysko w średnicy 20 cm. na jego powierzchni płodowej w bliskości rozgałęzienia naczyń pępowiny widać półksiężycowate naderwanie długości 10 cm., głębokości 1 cm.; przerwaną jest owodnia i sam miąższ łożyska, a nawet grubsze naczynia.

Dziecię nie przedstawia żadnych zewnętrznych znaków uszkodzenia, na główce nie ma sińców ani opuchnięcia, przy obmacywaniu kości czaszki wydają się nienaruszonymi. Dziecię tłuste, dobrze rozwinięte, tylko blade.

Po upływie dni pięciu, wśród objawów ostrego kataru żołądka i kiszek (*gastro-enteritis*) i przy znacznem wychudzeniu dziecko zmarło. Przy badaniu zwłok jego d. 13 Marca dokonaniem, znaleziono co następuje:

Ciało blade, bardzo wychudzone, długość 50 cm. waga 2200 grammów. Po zdjęciu skóry z czaszki, na lewej kości ciemieniowej pod okostnią krwawe podbiegnięcie wielkości czterech groszy, grubości nieznacznej, na rozkroju przedstawiało skrzepłą krew, na około ślady odczynu zapalnego. Po zdjęciu okostni i usunięciu skrzepłej krwi, obie kości ciemieniowe przedstawiały niedostatki skostnienia, to jest szczeliny wąskie, podłużne, promienisto od guzów się rozchodzące, brzegi ich gładkie i żadnego odczynu zapalnego nie przedstawiały. Prócz tego, na kości ciemieniowej lewej w miejscu odpowiadającym wylewowi krwawemu podłużne pęknięcie, długości cała, w kształcie linii nieco łamanej, ze śladami przyżyciowego odczynu. Po usunięciu kości czaszki, w odpowiedniem miejscu na osłonach twardej i miękkiej także krwawe podbiegnięcia. Sama substancja mózgu blada, w lewej komorze bocznej obok spłotu naczyniowego mały skrzep krwi. Cały zraz dolny płuca prawego w stanie zapadu (*atelectasis*) również na średnim zrazie liczne ogniska zapadowe. W serecu, nerkach, wątrobie i śledzionie, prócz ogólnej bladoci nie godnego uwagi nie znaleziono.

Błona śluzowa żołądka i kiszek cienkich mocno przekrwiona, rozpulchniona, pokryta znaczną ilością śluzu. W żołądku przekrwienie najbardziej wyraźne przy małej krzywiznie i na powierzchni przodkowej.

Co do położnicy, to na 5-ty dzień po porodzie pojawiła się u niej silna gorączka, dochodząca wieczorem do  $+40,8^{\circ}$  C. bez żadnych zmian i cierpień miejscowych; gorączka ta trwała dni 9 i po zastosowaniu kwasów mineralnych i chininy ustąpiła zupełnie i położnica wypisaną została z kliniki zdrowa d. 21 Marca r. b.

II. C. K. niezamężna lat 25, przybyła do kliniki d. 30 Marca r. b. o godzinie 2-ój po północy.

Kobieta wzrostu dobrego (156 cm.) budowy ciała silnej, doskonale odżywiona, pochodzi z miasteczka O. przed półrokiem dopiero przybyła do Warszawy. Miesiączka pokazała się poraz pierwszy w 20-ym roku życia i potem przychodziła prawidłowo co 4 tygodnie. Dzień poczęcia oznacza sama na 5-go Lipca r. z., pierwsze ruchy płodu poczuła w połowie Listopada; ciąża pierwsza. Uważając się za ciężarną, z obawy rozgłosu tego przypadku, udała się do Warszawy i tu wstąpiła do służby, nikomu się niezwierając ze swego stanu. Przez cały czas ciąży niedoświadczyła żadnych przypadłości chorobnych i rzeczywiście udało się jej stan swój zataić, albowiem nawet pani u której służyła, uważała tylko że jej sługa jest doskonałej tuszy. Pytana o powody zatajenia i zamiary co do zachowania się podczas porodu mówiła, że, aby uniknąć wstydu, chciała urodzić gdzie w kątku, tak żeby nikt o tem nie wiedział, po porodzie odpocząć dzień jeden, dziecko oddać do szpitala a potem wrócić do zwykłych obowiązków.

Dnia 28 Marca w Sobotę wieczorem o godzinie 6-ój poczuła pierwsze bóle w krzyżu. Bóle te były wprawdzie słabe i przychodziły niezbyt często nie pozwoliły jej jednak spać i w takim samym stopniu trwały przez Niedzielę do południa. Około godziny pierwszej wzmogły się, przychodziły co kwadrans, rozchodziły się od krzyża ku przodowi na uda i czasami były tak silne, że musiała nawet przystanąć i cokolwiek nachylić się; pomimo to jednak pełniła zwykle obowiązki kucharki. Nad wieczorem około godziny 6 $\frac{1}{2}$  bóle stały się jeszcze silniejsze: przyłączyło się napieranie ku dołowi, czując więc że chwila porodu się zbliża i korzystając z nieobecności pani, zaopatrzyła się w świecę, zapalki i sznurek bawełniany w celu podwiązania pępowiny dziecka; służąc bowiem przedtem u akuszerki, była mniej więcej obznajmioną z postępowaniem przy porodzeniu dziecka: należy przeciąć pępowinę i podwiązać ją. Pytana czemu nie wzięła nożyczek dla przecięcia, jeżeli wiedziała że tak zwykle robią, oświadczyła, iż myślała że będzie mogła przerwać pępowinę rękami. Tak zaopatrzona wyszukała sobie jakiś ciemny i ustronny przykomórek i tam zamierzyła urodzić. Bóle przychodziły coraz częściej i tak silne, że rodząca, nie chcąc krzyczeć, by niezwrócić niczyjej uwagi, zmuszoną była podczas bólu gryźć fartuch. Najdogodniejsze dla niej położenie było stojące, przyczem podczas bólu pochylała się ku przodowi i chwytala rękami za magiel stojący w przykomórku. O godzinie 7-ej bóle przez kilka minut były bardzo częste

i silne, podczas jednego bólu, pęcherz płodowy pękł, wody wylały się z łoskotem i zaraz wypadło dziecko na ziemię i zaczęło kwilić. Urodziła zatem stojąc w sposób wyżej opisany. Natychmiast zapaliła świecę i wydobyla sznurek by podwiązać pępowinę, — przy świetle ujrzała dziecko leżące na wznak na ziemi, powalane krwią, piaskiem i ziemią (w tej komórecie nie było podłogi), pępowina była już przzerwana i nie krwawiła; pomimo to przewiązała ją i okręciwszy dziecko fartuchem i chustką zaniósła je do stróża tegoż domu i tam z godzinę odpoczęła siedzący. Około godziny 10-ej poszła do swego mieszkania, chcąc się dowiedzieć czy nie spostrzeżono jej nieobecności, a zapytana przez panią o powód długiej niebytności w domu, dała wymijającą odpowiedź i zaraz napowrót się wymknęła. Pani jej zaniepokojona takim zachowaniem się i spostrzegłszy ślady krwi na podłodze, poczęła szukać swęj sługi po całym domu i dopiero po pewnym przeciągu czasu, zaszedłszy do stróża, spostrzegła ją tam siedzącą i kołyszącą na kolanach dziecko. Rzecz cała naturalnie wtedy się wyjaśniła, a po długich namowach rodząca dała się nakłonić do udania się do Instytutu położniczego, gdzie też przybyła wraz z dzieckiem o godzinie 2-ej po północy.

Do chwili przybycia łożysko nie odeszło. Dno macicy znajdowało się na 2 palce poniżej pępka, macica twarda, dobrze skureczona, na brzuchu smuga biała (*lineae alba*) ciemno zabarwiona, blizn różowych ani na brzuchu ani na udach niema; sutki dobrze rozwinięte, za pociśnięciem wydzielają siarę (*colostrum*), części płciowe zewnętrzne i wewnętrzne powierzchownie ud powalane krwią, z otworu sromnego wystaje pępowina nie podwiązana, krocze w całości zachowane, wędzidelko nawet nienaruszone, odtłoczeń żadnych niema. Przy śledzeniu wewnętrznem łożysko znaleziono już odklejone w pochwie, z kąd też je wydobyto. Wymiary miednicy: przodkowy zewnętrzny 18 ctm. Wymiar między kołcami biodrowymi, przodkowymi i górnymi 24,5 ctm. Między wygięciami grzebieni biodrowych 27,5 ctm. Nachylenie miednicy prawidłowe.

Dziecko płci żeńskiej przedstawia wszystkie oznaki płodu donoszonego. Waży 4350 grammów, długość 49 ctm., obwód główki między guzami 8,5 ctm., od gładyszki do wyniosłości potylicowej zewnętrznej 10,5 ctm., od bródki do wierzchołka główki 12,5 ctm. Cała główka i plecy dziecka powalane są ziemią, śladów zewnętrznych obrażeń nie ma żadnych. Część pępowiny pozostała przy dziecku wynosi 10 ctm., przewiązana jest sznurkiem skręconym z bawełny; długość pępowiny pozostałej przy łożysku 48 ctm., grubość zwyczajna. Oba końce pępowiny przedstawiają wszystkie oznaki przerwania, mianowicie: są niegładkie, pochwa owodni otaczająca naczynia pępkowe wystaje ponad same naczynia i jest pęknięta podłużnie w obu kierunkach na długość 2 ctm. tak że tworzą się trzy płyty; każdemu płatowi odpowiada naczynie. Naczynia są cokolwiek wciągnięte, nie przedstawiają zięjących otworów, w części pępowiny pozostałej przy łożysku wypełnione są krwią; cała powierzchnia rozdarcia powalana jest ziemią. Innych uszkodzeń w ciągłości pępowiny lub łożyska niema.

Połówg przebiegał zupełnie prawidłowo, dziecko ciągle było zdrowe i po 9-cio dniowym pobycie w klinice matka wraz z dzieckiem wypisała się zdrowa.

Dwa powyższe przypadki przedstawiają kilka ciekawych okoliczności na które mamy zamiar zwrócić uwagę. I tak: w obu razach poród nastąpił w położeniu stojącym. Otóż niektórzy z lekarzy sądowych i akušzerów, a głównie HOHL<sup>1)</sup>, zaprzeczają temu, by kobieta mogła urodzić w położeniu stojącym, twierdząc, że zawsze ma czas przykuęnąć lub położyć się, jeśli ją schwyca silne bóle. Większość jednak nie zgadza się na podobny pogląd: między innymi w dziele CASPER'A (wydanie LIMAN'A)<sup>2)</sup> znajdujemy nawet opis dwóch porodów w stojącym położeniu i zaprzeczenie twierdzeniu HOHL'A. Nasze oba przypadki są stanowcze pod tym względem: w pierwszym bowiem rodząca chciała nawet przysiąść, lecz nie zdążyła z powodu gwałtownie nadechodzącego bólu i nagłego wychodzenia dziecka, i urodziła w położeniu zupełnie pionowym, czego świadkiem była matka rodzącej; w drugim zaś przypadku poród nastąpił w położeniu także stojącym, ale rodząca nieco była pochyloną ku przodowi, albowiem takie położenie wydało jej się najwygodniejszym.

W obu razach najważniejsze okresy porodu, mianowicie przechodzenie dziecka przez miednicę, a przynajmniej urodzenie się jego na zewnątrz, odbyły się nagle, natychmiast po pęknięciu pęcherza, a przytem nie nastąpiło żadne uszkodzenie części miękkich, albowiem nietylko że kroczę się nie naddało, ale nawet nie było żadnych odtłoczeń, a w drugim przypadku i wędzidelko pozostało całem. Ponieważ droga porodowa w obu razach nie była zbyt obszerną: jedna z kobiet była pierwiastką, druga zaś drugi raz rodzącą, wyżej przytoczone wymiary miednicy są w zupełności prawidłowe a dzieci donoszone, przeto możemy przypuścić doskonałą akkodancyję główki i wielką prawidłowość mechanizmu, ku czemu sprzyjającym warunkiem było utrzymanie całości pęcherza płodowego aż do ostatniej chwili porodu.

Najważniejszą atoli okolicznością jest przerwanie się sznurka pępkowego. Że w obu razach pępowina przerwała się a nie została umyślnie przerwaną, nie ulega żadnej wątpliwości. Mamy na to dowód: najpierw w opowiadaniu rodzących które nie miały żadnego celu w fałszywym przedstawieniu faktu, następnie w kształcie końców z przerwania powstałych, w braku uszkodzeń i zupełnej gładkości pochwy owodnej pępowiny powyżej punktów przerwania, oraz w obecności skrzepłej krwi w całej ciągłości naczyń pępkowych. Pępowiny w obu razach były tak silne, że na drugi dzień po porodzie pomimo znacznych wysiłków nie można ich było przerwać rękami.

Przerwanie się sznurka pępkowego zdarza się bardzo rzadko, tak że

<sup>1)</sup> A. F. HOHL. Lehrbuch der Geburtshülfe. Leipzig 1865. p. 573.

<sup>2)</sup> CASPER — LIMAN. Practisches Handbuch der Gerichtlichen Medicin. T. II. 1871. p. 993.

niektórzy zaprzeczali temu nawet, obecnie jednak fakt ten jest już ustalonym w nauce. Aby nastąpiło przerwanie konieczne są niektóre warunki, mianowicie: dziecko musi być nagle wydalone z części rodnych, z odpowiednią siłą i nie napotkać oporu w odległości równej długości sznuka pępkowego; przytem im sam sznurek jest cieńszy tem łatwiej następuje jego przerwanie. Warunki te najczęściej zdarzają się przy porodach nagłych, w położeniu stojącym, podczas porodów utajonych, w kłoaec etc.

Dla odróżnienia przerwania dobrowolnego od umyślnego, służy nam kształt obu końców pępowiny; w pierwszym razie pochwa owodnój zwykle jest wzdłuż rozszerepaną, tak, że konce jój przedstawiają się w kształcie płatków o brzegach nierównych, naczynia zaś tak w jednym jak w drugim końcu są nieco cofnięte; przy przerwaniu umyślnem zdarza się to bardzo rzadko. Dalej przy tem ostatniem mamy zwykle uszkodzenie pochwy pępowiny powyżej miejsca rozdarcia, pępowina bowiem jest bardzo sliską i dla przerwania jój zwykle obwija się czemś szorstkiem, w skutek tego pochwa się ściera a krew z naczyń zostaje wyciśnięta. Przy dobrowolnem przerwaniu skrzepki krwi zwykle znajdują się w całej pępowinie.

W obu naszych przypadkach długość sznurka pępkowego (50 i 59 ctm.) wynosiła mniej, niż odległość od pępka rodzącej (na której to wysokości należy przypuszczać, że znajdowało się łożysko podczas wydalania dziecka) do podłogi, położenie rodzących było stojące, bóle silne, a poród nagły; mieliśmy więc wszystkie warunki przy których pęka sznurek pępkowy. W pierwszym przypadku pępowina była znacznie cieńszą niż w drugim.

Co do miejsca przerwania utrzymują zwykle, że pępowina pęka tuż przy obrączce pępkowej która nawet czasem wyrwaną zostaje. W naszych przypadkach przerwanie nastąpiło raz na 9, drugi raz na 10 ctm. od obrączki pępkowej, która zupełnie była nienaruszoną, przytem w pierwszym razie nastąpiło także naderwanie mięszu łożyska naokoło rozgałęzienia naczyń pępowiny, przerwanie więc było podwójnem.

Co do skutków przerwania dla dziecka, to w obu razach były one niejednakowe i tak: podczas gdy w drugim przypadku dziecic nie poniosło żadnego szwanku i było zupełnie zdrowem, to w pierwszym razie: 1-o zaraz po urodzeniu nastąpił krwotok z przerwanego końca pępowiny pozostałego przy dziecku. Krwotok z naczynia gwałtownie przerwanego zdarza się nadzwyczaj rzadko, błona bowiem wewnętrzna tętnie po pęknięciu zawraca się ku wewnątrz, sama zakrywając światło naczyń, tak, że nawet przy przerwaniu grubszych tętnie, zwykle nie ma krwotoku, chyba następczy. 2-o. Większość autorów a głównie HOHL utrzymuje, że jeśli po pęknięciu pępowiny dziecic upada na ziemię, to nie może podlegać żadnym uszkodzeniom. Zdanie to opierają na tem: że gdy pępowina stawia znaczny opór, przeto przez przerwanie jój dziecico traci całą swą prędkość nabytą w skutek szybkiego przebycia drogi z wysokości części rodnych matki do miejsca pęknięcia, potem więc spada już tylko z nieznacznej wysokości. Tak jednak nie jest. Dziecic traci część siły nabytej, gdyby bowiem w skutek oporu pępowiny traciło całą, to nie nastąpiłoby przer-

wanie i dziecię musiałyby zawisnąć na pepowinie. I tak w przypadku I-ym pomimo podwójnego przerwania się pepowiny, dziecię padając na ziemię poniosło znaczne uszkodzenia, które też i śmierć spowodowały, znaleziono bowiem wylew krwawy pod okostnią na kości ciemieniowej lewej, pęknięcie tejże kości i wylewy w osłonach i w bocznej komórce mózgu strony odpowiedniej. Wysoki stopień tych uszkodzeń wskazuje, że upadek nastąpił ze znaczną siłą, przytem zapewne i natura gruntu (chodnik asfaltowy), na który dziecię upadło, dużo się do tego przyczyniła.

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA LEKARSKIEGO.

### C Z A S O P I S M A.

„GAZETA LEKARSKA” Tom XV. 1873 (Październik, Listopad i Grudzień  
Nr. 14 do 26.)

Sprawozdawca St. Markiewicz.

(Dokoliczenie. Zobacz Nr. 25)

„Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz. Kilka objawów towarzyszących uwięzionej przepuklinie pachwinowej. Podał Dr. Bronisław WOLSKI asystent kliniki” (w Nr. 21). Chory 53 letni przybył do kliniki prof. GIRSZTOWTA 21 września z bolesnym guzem w okolicy pachwinowej prawej, zaparciem stołca od 3 dni, z wymiotami i czkawką od 18 godzin trwającymi. Odżywianie pacjenta podupadłe, anamneza i objawy przedmiotowe doprowadziły do rozpoznania zastarzałej przepukliny pachwinowej (powstała przed 34 laty), która dawniej zawsze z łatwością odprowadzać się dawała, a przed 3 dniami w skutek dźwignięcia przez chorego ciężaru uległa uwięzieniu (*incarceratio herniae inguinalis dextrae inveteratae*). Do natychmiastowej operacji wskazania nieznaleziono a to jakoby dla tego, że przepuklina była zastarzała a tętno pełne, twarde nieczęste; zalecono tylko zimne okłady. Następnego dnia w celu dobrowolnego odprowadzenia przepukliny w czasie snu, dano choremu enemę z naparu belladony z 2 drachm na 6 uncyj, poczem wprawdzie nie nastąpiło oczekiwane odprowadzenie przepukliny, ale za to wystąpiły objawy silnego otrucia belladoną trwające przeszło dobę. Wtedy wśród mocnego jeszcze zatrucia przy tętnie 120, małym, miękkim, przy 42 oddechach i upadku ciepłoty do 36,8° C. na nieprzytomnym chorym... znaleziono wskazanie, którego przedtem jakoby nie było i zrobiono herniotomię, przyczem przekonano się, że zawartość przepukliny stanowiła pętla kiszki cienkiej i że przyczyną uwięzienia nie był przewód pachwinowy a tylko szyjka worka przepuklinowego. Worek ten po odprowadzeniu kiszki do jamy brzusznej, pozostał w mosznie i w ranie. Wkrótce wystąpiły gwałtowne objawy zapalenia worka przepuklinowego, który został 6-go dnia po herniotomii przecięty od strony moszny w celu wypuszczenia ropy, po czem nastąpiło znaczne polepszenie. Blisko 3 tygodnie później (27 dnia po herniotomii) chory po kąpieli dostał dreszczy i rozwinęło się u niego zapalenie różowe skóry w okolicy rany, które szerząc się i powodując gorączkę spowodowało śmierć chorego (38 dnia po herniotomii). Sekcja między innymi wykazała, że przewód pachwinowy prawy był całkowicie zarosnięty, a do miejsca odpowiadającego jego otworowi brzuszному przyrosnięta pętla kiszki grubej. W swych uwagach autor mówi, że czkawkę tłómaczy „w zupełności“ owo znaleziono przy seceji przyrośnięcie kiszki grubej

do obrączki otworu brzuszego przewodu pachwinowego. Domyślne powody czkawki w tysiącznych przypadkach bywają najniezawodniej bardzo rozmaite, ale objaw ten nigdy „w zupełności“ objaśnionym nie bywa. W danym zaś tutaj przypadku, dopatrywanie się przyczynowego związku między czkawką a wspomnianem przyrośnięciem kiszki jest tem bardziej dowolne, że przyrośnięcie to nastąpiło jak sam autor powiada dopiero w skutek zapalenia worka przepuklinowego, zaś czkawka była ciągła przed herniotomią i po niej, przed owem zapaleniem i po niem. Nadto autor twierdzi, że śmiertelna róża (*erysipelas ambulans*) powstała u chorego z zaziębnienia po użyciu kąpieli, co zaledwie za arcy-problematyczne przypuszczenie uważać można.

„Klinika terapeutyczna Ces. Uniw. Warsz. Przetoka żołądka. Opisał S. MAYERSOHN“ (Nr. 21 i 22). Treść niniejszego spostrzeżenia znaną już jest naszym czytelnikom ze sprawozdań Tow. lek. Warsz. (patrz MEDYCYNA 1873. str. 331). Wypadek jednak stanowiący przedmiot tego spostrzeżenia tak jest ciekawy, że pragnę tu podać bardziej szczegółowy jego opis. Choroba 39 letniego pacyenta trwała rok niecały. Przed rokiem zaczął on słabnąć, chudnąć i doznawać bólu w okolicy żołądka. Przed 3-ma miesiącami utworzył się guz wydający tuż pod dolkiem sercowym. Wkrótce potem nastąpiły gwałtowne wymioty krwawe, poczem guz który znikł był czasowo znowu się ukazał i został przez lekarza otworzony za pomocą żrącego ciasta. W 2 tygodnie potem chory z zastrupionym otworem na guzie przybył do kliniki w wysokim stopniu wyniszczony. W skutek szczególnego badania chorego, zgłębiania jamy do której wspomniany otwór prowadził i kilkakrotnych poszukiwań drobnowidzowych cieczy wypływającej z tegoż otworu, rozpoznano istnienie przetoki żołądka (*fistula ventriculi*) i znaczne powiększenie objętości wątroby, nierozstrzygnąwszy stanowczo czy sprawą chorobną, która spowodowała przedziurawienie żołądka, jest wrzód dziurawiający, czy też rak żołądka i jakiej natury jest powiększenie objętości wątroby. Dopiero śmierć która nastąpiła w 7 dni po przybyciu chorego do kliniki i dokonana sekcya pozwoliły na ściśle rozpoznanie danych w tym przypadku zmian anatomicznych. Z opisu sekcyi dowiadujemy się, że zewnętrzny otwór przetoki prowadził do obszernej płaskiej jamy, której ścianę przodkową tworzy mięsień prosty i skośny brzucha a ścianę tylną stanowi przodkowa powierzchnia powięzi brzusznej. W tylnej ścianie tej jamy w jej dolnej części znajduje się otwór prowadzący do żołądka. W żołądku w kierunku krzywizny mniejszej, w równej odległości od wpustu i od odźwiernika jest ograniczona wyniosłość 8 ctm. średnicy mająca, której środek (5 ctm. średnicy) owrzodzony i rozpadły przedstawia otwór na zewnątrz prowadzący. Guzowatość ta, jedyna w całym żołądku, również jak liczne guzowatości w wątrobie wykryte, okazały się natury rakowej. Za punkt wyjścia sprawy nowotworczej uznano żołądek. „Gdy nastąpiło przedziurawienie ściany żołądka, zrosłej już poprzednio z otrzewnią ścienną, zawartość żołądka wylała się do tkanki łącznej pod i międzymięśniowej brzucha i wywoławszy tam zapalenie (*phlegmone*) spowodowała tam utworzenie się ropnia, po otwarciu którego ustanowiła się (*sic!*) komunikacja z żołądkiem t. j. przetoka.“

„Klinika chirurgiczna Ces. Uniw. Warsz. Zwężenie cewki moczowej, kamienie w cewce i pęcherzu moczowym, uretrotomia zewnętrzna, cięcie pęcherza (*urethrotomia externa, cystotomia*) wyzdrowienie. Postrzeżenie Dr. GRSZTOWTA prof. Kliniki. (w Nr. 23 i 24). Żałuję że brak miejsca niepozwoili mi dość szczegółowo streścić niniejszego spostrzeżenia, które tak ze względu na trudności rozpoznawcze jak i na postępowanie chirurgiczne do wyjątkowo ciekawych i nauczających zaliczyć wy-



pada. Pacjent 35 letni przybył do kliniki skarżąc się na swędzenie w cewce moczowej i na ciągle mimowolne kapanie moczu które w języku autora nosi nazwę „samodzielnego“ i „samowolnego“ wydzielania moczu. Cierpienie to od dawna trwające wywołało u chorego melancholię i obrzydzenie życia. Odżywianie nędzne, anamneza wykazuje *abusus in Venere*, onanizm, *abusus in Bacho*, kilkakrotne tryprzy i zapalenia pęcherza moczowego. Badanie wykazuje obecność chęlboczącego guza wielkości głowy dorosłego człowieka ponad spojeniem lonowem; w cewce moczowej a mianowicie w jej części błoniastej zwężenie, przez które tylko najcieńsza świeczka przechodzi; krocze obrzmiałe. Rozpoznano zwężenie cewki, rozcięcie pęcherza, porażenie jego mięśni i następczą *incontinentiam urinae*. W celu zniszczenia zwężenia cewki wzięto się do systematycznego wprowadzania świeczek w nadzięci, że po niejakiem czasie przez miejsce zwężenie przeprowadzić się da przewodnik uretrotomu, by móżdż wtedy wykonać uretrotomię wewnętrzną. Ale nadzieja ta zawiodła i po miesiącu podobnie jak poprzednio przejście do pęcherza było niemożliwem; a że stan ogólny się pogarszał, postanowiono więc wykonać uretrotomię zewnętrzną (32 dnia po wejściu chorego do kliniki). Po wykonaniu odpowiedniego cięcia przekonano się, że światło cewki powyżej zwężenia (w kierunku ku pęcherzowi) wypełnione było nieruchomem ciałem twardem, a jak się pokazało był to kamyk wielkości bobu, posiadający na obydwóch końcach otwórki i środkiem przebiegający przewód, przez który przeprowadzić było można niewielką świeczkę. Po wydobyciu tego kamyka włożonego w górny otwór zwężenia i po wprowadzeniu cewnika przez ranę operacyjną do pęcherza, autor przekonał się o obecności także kilku kamieni. Dla tego natychmiast postanowił przedłużając ranę aż do szyi pęcherza wydobyć te kamienie, co też przy głębokem uspieniu chorego pomyślnie wykonał. Chory w 3 miesiące po operacji zdrów ogólnie i miejscowo opuścił klinikę. Szczegóły leczenia po operacji pomijam. Co do kamienia cewki autor mniema, że powstał on w samej cewce z osadów moczu stagnującego ponad zwężeniem jej miejsca. W dalszym ciągu swej pracy autor kreśli rys historii uretrotomii zewnętrznej i krytycznie rozbiera jej wskazania. Wymieniwszy te przypadki i okoliczności w których uretrotomia zewnątrz stanowi jedyną i wyłączną pomoc dla zagrożonego życia chorego (1. *strictura impermeabilis*, 2. *obliteratio urethrae* 3. ciało obce zamykające światło cewki, 4. *ruptura traumatica urethrae*, 5. jako operacja następna po przekłóciu pęcherza) i wykazawszy że jest ona zawsze tylko „operacją konieczności“ słusznie powiada, że jako taka nie może być porównawczo zestawianą z innymi metodami leczenia zwężeń i zatrzymania moczu.

„Niezwyczajne skostnienie tkanek. Przez Dra Jana MINKIEWICZA, naczelnego chirurga armji Kaukazu“ (w Nr. 25). Autor podaje krótki opis ostatniej choroby i sekeyi kobiety 19-letniej, której historiją choroby opisał był już dawniej (GAZ. LEK. 1867. Tom III. Nr. 4.), przy czem dołącza rysunek przedstawiający w naturalnej wielkości objętość i kształt narośli kostnych powstałych na żebrach. Badanie drobnowidzowe narośli przekonało, że autor miał do czynienia z prawdziwym skostnieniem.

„Z pracowni farmakologicznej prof. DOGIELA (w Kazaniu). Ciepłota ustroju i prędkość krwi obiegu pod wpływem wdychania czystego tlenu i powietrza.“ (w Nr 26). Niewiadomo kto z pewnością jest autorem niniejszego artykułu w GAZECIE LEKARSKIEJ, czy sam prof. DOGIEL, czy ktoś w jego pracowni studjujący, czy może jest to tłumaczenie jakiej rosyjskiej pracy rzeczonożego autora, którego narodowość nie jest mi znana, a który zasłużony jest już i na polu lekarskiej literatury niemieckiej (praca jego w PFLÜGER's Archiv: o wpływie *n. ischia-*

*dici* na krwi obieg). Niniejszy szereg kilkunastu doświadczeń (których metody opisywać tutaj niemogę), dokonywanych tak na ludziach jak i na psach, niedoprowadza autora do żadnych stanowczych orzeczeń, a tylko do prawdopodobieństwa, iż tlen wdychany w działaniu swem na krwi obieg i ciepłotę ciała wcale się nieróżni od zwykłego powietrza (zgodne z dawnymi wynikami doświadczeń REGNAULT'A, REISSET'A, KOWALEWSKIEGO, TRAUBE'GO i NAWALICHINA).

**Korespondencyja** „Z Wiednia, dnia 4 Października 1873 r. Trzeci międzynarodowy kongres lekarski“ (w Nr. 15, 17, 19, 21 i 25). Trzeba rzeczy nazywać po imieniu. Być może, że owa tak zwana „korespondencyja“ pisana była w Wiedniu, być może że była datowana dnia 4 października—ależ pan korespondent niepowinien był mistyfikować redakcyi gościnnęj dłań GAZETY LEKARSKIEJ nazywając swój rękopism korespondencyją. Jest to bowiem dosłowne tłumaczenie „TAGEBLATT“ wydawanego przez prezydium kongressu <sup>1)</sup>.

„Odpowiedź Dra E. WOLFRINGA na list Dra J. TALKO pomieszczony w Nr. 8 GAZETY LEKARSKIEJ“ (w Nr. 23 — patrz MEDYCYNA Nr. 22 z r. b.). Autor w swej odpowiedzi stwierdza istnienie związku zachodzącego między cierpieniami rogówki i następem cierpieniem fałdy przechodzącej łącznicy, — związek dostrzeżony w kilkunastu przypadkach przez Dra TALKO, — twierdzi jednak, że usposobienie łącznicy oczu dotkniętych cierpieniem rogówki do podlegania t. z. zapaleniu zaraźliwemu, znajduje pomyślne warunki wtedy, gdy chorzy tacy pomieszczeni są wspólnie z choremi dotkniętymi zaraźliwym zapaleniem łącznicy. W dalszym ciągu swój odpowiedź autor zastanawia się nad podstawami anatomicznymi wspomnianego tu związku. Zapalne obrzmienie fałdy przechodzącej polega głównie na zajęciu leżących w niej gruczołków gronowych KRAUZE'GO, a otóż warstwa głębokich naczyń okalających rogówkę, zostaje w ścisłym i bezpośrednim związku ze spletem naczyń otaczających gruczołki KRAUZE'GO obu powiek. Czytelnikom naszym zapewne wiadomo, że Dr. WOLFRING położył wielkie zasługi swemi poszukiwaniami nad topografią naczyń krwionośnych i chłonnych oka.

„Statystyka lekarska powiatu Grójeckiego (za rok 1872). Zebrał Władysław LIPiŃSKI, lekarz tegoż powiatu.“ Prace takie jak niniejsza przynoszą zaszczyt dobrym chęciom i pilności autora. Prawdziwy z nich jednak pożytek, czy to pod względem medycyny publicznej, czy pod względem nauki lekarskiej, wogólności jest żaden albo bardzo mały. Aby statystyka lekarska mogła przynosić pożytek, opartą być musi na niezawodnych danych statystyki administracyjnej, ludnościowej, handlowej i t. d., nadto do zbierania danych statystyczno-lekarskich użytemi być winni wyłącznie sami lekarze lub osoby opatrzone odpowiednimi instrukcjami i dobrze obznajmione z doniosłością swych poszukiwań; nakoniec potrzeba aby przedmiotem statystyki był nie jeden powiat a kraj cały i aby sprawozdania statystyczne robione były według jednego i tegoż samego szematu. Tylko porównawcza statystyka lekarska na jakieś znaczenie i przynosi pożytek. Cyfry statystyki lekarskiej niemają żadnej bezwzględnej wartości. Przy najlepszej chęci autora nie był on w stanie swych poszukiwań statystycznych oprzeć na tego rodzaju podstawach i sprawozdaniu swemu nadać tę wartość, któraby je dla nauki ważnem

<sup>1)</sup> O ile nam wiadomo, jeden ze studentów tutejszego uniwersytetu tłumaczył „Tageblatt“ na żądanie redakcyi „Gazety lekarskiej“ która opatrzwszy się nakoniec, że tego rodzaju mistyfikacja czytelników na zbyt grubym żart zakrawa, zaniesła dalszej fabrykacyi tej korespondencyi, i przerwała ją w połowie. (Red.)

czyniła Przytoczę tylko niektóre cyfry z niniejszego sprawozdania: Ogólna ludność powiatu wynosić miała w r. 1872 obojęt płeć 43625 dusz w tej liczbie 6991 żydów ( $\frac{1}{7}$  części). Urodzeń wypadło 42,22 na 1000 ludności (stosunek bardzo pomyslny), a przypadków śmierci 40,16 na 1000 ludności (śmiertelność straszna, obracająca wszystkie korzyści znacznej liczby urodzeń prawie w niwecz, *nota bene* w liczbie ogólnej zmarłych 1752 osób, znajduje się 992 dzieci niżej lat 5-u. czyli że na 1000 umierających przypada około 600 małych dzieci; fakt to, który już sam przez się wystarcza by dać wyobrażenie o oplakany stanie ekonomicznym i o ciemności ludności. *St. M.*). Zdaniem autora cały powiat z wyjątkiem miasta Grójca i osady Tarczyn znajduje się w pomyslnych warunkach pod względem sanitarnym. Autor kresli obraz topografii powiatu, stosunków jego produkcyi, meteorologicznych zjawisk, urodzajów, i w końcu przechodzi do opisu epidemiologicznego stanu w 1872 r. Z wymienionych tu chorób (cholera, tyfus, koklusz, ospa) tylko tyfus brzuszny w znacznej liczbie przypadków występował (125 chorych, 11 zmarło). Operacyj akuszeryjnych wykonano 27 wszystkie pomyslnie dla matek i dzieci (podziwiającie czytelnicy wraz z nami cudowną sprawność grójeckich akuszerów. *Red.*). Dalej autor podaje opis stanu epizootologicznego, przechodzi do statystyki szczepienia (1381 dzieci) do rewizyi nierządnic (375), do rewizyi mięsa, pieczywa, bydła na rzeź, nakoniec do sekcji i czynności sądowo-lekarskich. Lekarzy w powiecie było 3, felczerów 14, akuszerów 6. Pracę swą kończy autor sprawozdaniem ze szpitala S-go Piotra w Grójcu, niepodawszy jednak nazwiska lekarza szpitalnego co byłoby właściwem z powodu niestosownej klasyfikacyi chorób w tem sprawozdaniu. Choroby są wymienione w 53 działach, a pomiędzy temi jest np. dział puchlin, chronicznych wysepek, chorób drgawkowych i t. p. Leczono w szpitalu 444 chorych, zmarło 46 (10,3%). O sekcji niema żadnej wzmianki. Zapewne wcale sekcji nierobiono, bo pomiędzy chorem jest także dział „umierających“ któryby w razie autopsyi musiał być zniknąć.

**Krytyka.** „Teorja jestestw organicznych SNIADKIEGO w obec dzisiejszych pojęć o życiu. Przez Zyg. KRAMSZYKA, podał prof. KULAKOWSKI“ (w Nr. 23).

„Odpowiedź na krytykę prof. H. KULAKOWSKIEGO: Teorji jestestw organicznych Sniadeckiego w obec dzisiejszych pojęć o życiu. Przez Zyg. KRAMSZYKA“ (w Nr. 26). Oba powyższe artykuły polemicznej treści w skróceniu przedstawić się nie dadzą. Prof. KULAKOWSKI uczeń, a potem kliniczny pomocnik SNIADKIEGO, staje w obronie pojęcia siły żywotnej, występuje przeciwko teorii DARWINA i wogóle jest przeciwnikiem nowoczesnego kierunku w fizjologii który chce całe życie sprowadzić do spraw chemicznych i fizycznych. W chęci złożenia należnego hołdu pamięci SNIADKIEGO prof. K. wystąpił z surową krytyką pracy p. KRAMSZYKA. Ten ostatni w swój odpowiedzi mówi, że i jego do napisania broszury pobudził hołd dla SNIADKIEGO, ale p. KRAMSZYK hołd ten inaczej rozumiał niż dawny uczeń SNIADKIEGO. Czytając dzieła SNIADKIEGO autor broszury przekonał się, że wpawdzie nauka jego nie stoi w zgodzie z nauką dzisiejszą, ale że tłumaczyła wszystkie znane naówczas fakta. W końcu powiada: „Różne stosunki nasze do SNIADKIEGO, różne epoki, tłumaczą dostatecznie różnice poglądów naszych na Teorję jestestw organicznych.“

Przypominają sobie czytelnicy że do dwóch numerów „Gazety lekarskiej“ w 1-em półroczu 1873 (Tom XIV) dodano po ówiarce druku zatytułowanej „Biblijografija i krytyka lekarska“ zapowiedziawszy, że nadal takie dodatki stałe dołączanemi będą. Stało się jednak inaczej. W następnym półroczu t. j. w całym

Tomie XV ani jednej ćwiartki nie było. Zatem „Gazeta lekarska” pomieściła roczną biblijografię i krytykę na 2 ćwiartkach. Za to na rok 1874 wychodzenie owej „Biblijografii i Krytyki” jest przyobiecane. Tę obietnicę redakcyi czytelnicy „Gazety lekarskiej” przyjmują zapewne z równą radością jak wdzięcznością, mają bowiem zapowiedziane, że w tym „bezpłatnym dodatku” znajdą „choćby przybliżenie dokładny obraz bieżącej działalności na polu piśmiennictwa lekarskiego w główniejszych krajach Europy”. Co prawda obietnica powyższa brzmi niby wyrocznia pityjska „Przybliżenie dokładny!”—Ha! w roku 1873 „dodatek bezpłatny” wychodził tylko „przybliżenie”—może w roku 1874 będzie „dokładny”. Trudnoż ażeby jednocześnie na oba te epiteta zasługiwał!

Z innych wydawnictw Gazety lekarskiej zasługuje na wspomnienie „Przegląd postępu nauk lekarskich”. Kiedy został pierwotnie obiecany powiedziano było w prospekcie, że będzie obejmować przegląd wszystkich dzieł i artykułów lekarskich w kraju i w całym świecie cywilizowanym, a nadto głoszone że „nasz Przegląd” ma posiadać tę wyższość nad podobnymi wydawnictwami niemieckimi (VIRCHOWA i HIRSCHA, SCHMIDTA, GRAEVELLA), iż dokładniej zdawać od nich będzie sprawę z prac francuzkich i słowiańskich;—wydawany zaś będzie tak wcześnie, że przed końcem każdego roku czytelnicy mieć będą w ręku zupełny obraz postępu nauki lekarskiej z całego roku przeszłego. Zachęcający ten prospekt, z prawdziwą radością i z silną wiarą przyjętym został przez ogół lekarski. Zadanie wytknięte w programie było istotnie bardzo szerokie. Ale które też z naszych pism, nie tylko lekarskich, ale w ogóle naukowych pochwalić się może zasobem takich i tylu specjalistów i ludzi nauki jak „Gazeta lekarska”. W skład jej redakcyi jak wiadomo i jak nam przypomina każdy..... tytuł nowego tomu „Gazety lekarskiej” wchodzi 11 lekarzy, powszechnie szanowanych i zajmujących pierwszorzędne stanowiska naukowe w krajowym gronie lekarskiem. Każdy z nich uprawia odrębną gałąź medycyny. Oczywiście więc jeżeli któremu z krajowych pism naukowych to „Gazecie lekarskiej” niezbywa ani na ilości ani na jakości sił redakcyjnych. A jednak..... jednak historia owego „naszego przeglądu” dziwnie przedstawia fakta i smutne zaiste zawody dla czytelników. Oto „Przegląd” za rok 1871 zaczął dopiero pokazywać się w Lutym 1873 i wydawnictwo jego ciągnęło się przez rok cały i to bynajmniej nie z powodu nadzwyczajnej obszerności tego rocznika, a choćby rozmiarów odpowiednich pierwotnym prospektom. Nie bynajmniej. „Nasz przegląd” zeszczuplał; a w doniesieniu o pierwszym jego zeszytcie czytamy, że w nim „wiele prac mniejszej wagi pominięto” a dział Anatomii patologicznej, Anatomii opisowej i Histologii „stosunkowo zwięźle jest opracowany” O wszystkich dawniej zapowiadanych pracach niema już wzmianki. W ciągu 1873 rocznik za 1871 nie był skończony. To jednak nie przeszkadzało Redakcyi już w Czerwcu r. 1873 donieść że „przegląd” za rok 1872 „w przyszłym półroczu wychodzić będzie”. Tymczasem po dzień 31 Grudnia 1873, „Przegląd” za r. 1872 nie zaczął nawet wychodzić. I znowu w ostatnim grudniowym numerze Gaz. lek. czytamy stereotypowe doniesienie że „Przegląd” za r. 1872 „w przyszłym półroczu wychodzić będzie”. Są jeszcze inne wydawnictwa tej samej redakcyi, które jednak według fizycznego prawdopodobieństwa bardzo szczupłego będą rozmiaru, przynajmniej co do swej grubości, gdyż niewiadomo w jakim celu trzymane są już od lat 3 „pod pressą”. W tem położeniu znajduje się „katalog dzieł lekarskich polskich” i „Słownik lekarski”.

#### KROTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

O przedziurawieniu jelit w durzycy brzusznej. (Ueber Darmperforation im Typhus abdominalis. Inaugural — Dissertation von Dr. NÄCKE. 80 Seiten, Würzburg. 1873.) Jest to cenna praca wykonana pod kierunkiem prof. GERHARDA, której treść budzi wysoką ciekawość.

Co do przyczyn i wytwarzania się, przytacza Dr. NÄCKE, iż z 84-eh przedziurawień: jedno przypada w pierwszym tygodniu choroby, 12 w drugim, 17 w trzecim, 29 w czwartym, 6 w piątym, 6 w szóstym i 13 po szóstym tygodniu; że więc przedziurawienia w trzecim i czwartym tygodniu „w czasie rozkwitania się strupów” najczęściej się wydzarżają. Tylko CLESS wspomina jeden przypadek, który się wydzarżił w dwunastym i prof. LEBERT jeden w szesnastym tygodniu. Co do częstości przypada na 8038 przez różnych lekarzy spostrzeganych przypadków durzycy 319 przedziurawień, zatem 3,9—4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; nadmienić jednak wypada, że u różnych autorów odsetki wahają się między 0,1—21,2 i 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Jeżeli zliczymy wszystkie pomysłnie i niepomysłnie przebiegające przypadki, to przecięciowo odsetek przedziurawień wszystkich zmarłych na durzycę stanowi prawie 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Na powstawanie przedziurawień niema wpływu lekki lub ciężki przebieg choroby, ani też ilość owrzodzeń w jelitach. Tylko głębokość drążenia wrzodu jest stanowczą; ta znowu w rozmaitych nagminnie występujących durzycach ulega wahaniom nie mającym widocznych przyczyn. Wogóle można przyjąć, iż wąta budowa ciała, ciężkie zaniegania przedtem przebyte, ważne powikłania w czasie durzycy, usposabiają do przedziurawień, zmniejszając oporność tkanek jelitowych.

Co się tyczy narodowości, to u Anglików najwięcej przedziurawień się wydzarża, bo 21,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; przyczyny tego w leczeniu szukać należy, oni bowiem z upodobaniem zalecają enemy skrobiowe, wódkę (Brady), makowiec (*laudanum*—temu chyba winy przypisywać nie można—*Fodawca*). U Francuzów naliczono 9,25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. W Niemczech od czasu wprowadzenia leczenia zimną wodą, przedziurawienia stały się rzadszemi; zimno zdaje się powstrzymywać postęp wrzodów. Według D-ra NÄCKE na 280 przypadków leczonych zimną wodą, wypada 4,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przedziurawień.

Co do płci, na 106 przypadków spostrzegano 72 razy przedziurawienia u mężczyzny i 34 razy u kobiet.

Co do wieku, przedziurawienia najczęstsze są między 20-tym a 30-tym rokiem; po 40-tym i w latach wczesnego dzieciństwa najrzadsze.

Przypadkowemi ich przyczynami bywają błędy w pożywieniu, zdarza się to w durzycy gnuśnie przebiegającej u chorych przychodnich (*ambulant*), u których najczęściej na sposób życia mało się zwraca uwagi. Jako przyczyny przytaczają jeszcze zwykle mocne kichanie, kaszel, wymioty, wydymanie się przy wypróżnieniach, szybko wykonywane zmiany w położeniu ciała.

Zmiany anatomiczne. Najczęściej znajdujemy oznaki rozlanego (*peritonitis diffusa*) rzadko ograniczonego zapalenia otrzewni (*peritonitis circumscripta*). Wysiłek zwykle bywa nieznaczny, często brak go zupełnie, mamy tylko przed sobą nastrzykniętą otrzewnię. Jak przy istotnem jej zapaleniu znajdujemy kilka albo więcej zlepionych pętlę jelitowych, przy ograniczonym liczne zrosty z przedkową ścianą brzucha, które otorbiają ropień najczęściej torujący sobie drogę na zewnątrz. Przy długotrwałem lub znacznem rozdęciu brzucha (*tympanites*) wątroba ma stale ciemno brunatne zabarwienie, na miejscu w którym się stykała z gazami jest pargaminowa i pomarszczona. Otwór w skutek przedziurawienia powstały najczęściej jest okrągły, wielkości główki od szpilki, rzadziej większy; jeśli był zrosnięty z pętlami jelit, ściecią (*omentum*) lub przedkową ścianą brzucha, łatwo może być przeoczony. Czasami bywa przez krępek (*coagulum*—niewłaściwie *fibrinum*) zamknięty, świeżą tkanką łączną wypełniony albo warstwami wysięku pokryty. Najczęściej po przedziurawieniu znajduje się tylko jeden otwór; prof. LEBERT widział ich 30, HOFFMANN 25—30; CERENVILLE znalazł błonę surowiczą jak sito podziurawioną. Najczęstszem siedliskiem przedziurawień są jelita cienkie, kilka cali po nad zastawką Bauchina, rzadziej spotykamy je w jelitach grubych i odrostku glistowatym; w 149-ciu zestawionych przypadkach, 111 razy było przedziurawienie w jelicie biodrowem (*ileum*), 13 razy w okrężnicy (*colon*), 15 razy w odrostku glistowatym (*processus vermicularis*). Wrzód dziurawiący dotyka prawie zawsze kępki gruczołów Peyer'a (*agmina Peyerii*—*plaques*), rzadziej gruczołki samotne (*glandulae solitariae*); według VIERORDT'A, łatwiej przedziurawia wrzód wytwarzający się po-

przeczenie niż podłużnie. Często przedstawia on objawy rozpoczynającego się zablźniania. Według prof. HESCHL'A i ROKITANSKY'EGO, przerwanie ściany najczęściej w ten sposób powstaje, że wytwory chorobne (*Typhusmasse*) nasiąkają nie tylko w błonę śluzową i podśluzową jak zwykle, ale także i w mięśniową aż do surowiczej, częściowo nawet i w tę ostatnią, wkrótce następuje zestrupienie i odpad części zmarzniętej (*nocrolisirten Partie*). W innych przypadkach tylko błony śluzowa i mięśniowa niszczenia, powłoka więc otrzewni rozrywa się bardzo łatwo przy najmniejszej sposobności, — w tych razach rozdęcie gazami (*meteorismus*) jest niesłychanie niebezpiecznym, a to tem więcej, że większa część gazów gromadzi się około samej zastawki, gdzie najliczniejsze bywają wrzody i przedziurawienie najczęściej się zdarza.

Objawy i przebieg. Przedziurawienie może nastąpić skrycie, lub też ujawnić się oznakami naprzd ograniczonego, wkrótce jednak w rozlane zamieniającego się zapalenia otrzewni. Niekiedy z bólami występują dreszcze, które się często powtarzają. Wkrótce ciepłota zaczyna się obniżać, tętno staje się prawidłowem, małym, przyspieszonym, oddechanie bywa szybszem, przytem występuje duszność, rysy twarzy się zmieniają, skóra pokrywa się lekkim potem i chory widocznie niknie. Często towarzyszą tym objawom nudności i wymioty, których treść spora ilość cieczy żółciowej stanowi. Przytomność nie jest zakłóconą. Brzuch wzdyma się mniej lub więcej; stan ten wzmagą się aż do śmierci, podczas gdy bóle na 12—24 godzin przed śmiercią zmniejszają się lub zupełnie ustają. Wysięku zwykle nie można dowieść, ponieważ przez otwory przedziurawienia kał przecisnąć się może (wprawdzie w małej ilości). W miarę wzmagania się wzdęcia brzucha, wątroba i śledziona wypychane są coraz bardziej ku górze, stępienie ich zwykle zmniejsza się i aż do zupełnego zniknięcia dochodzi. Opukiwanie wykazuje wtedy wszędzie na pokryciu brzucha odgłos pełny i jasny. Śmierć następuje po 2—4-ch dniach, rzadziej już w kilka godzin, również rzadko po upływie dłuższego czasu. Była jednak spostrzegana dopiero na 9, 10, 23, 25-ty dzień, raz nawet po 6-ciu tygodniach (RÜMLE). „Późno wydarżające się przypadki śmierci, wyjaśniają się tylko w ten sposób, że wytworzone zrosty w skutek jakiegokolwiek przyczyny rozerwane zostały, dając powód do powstania rozlanego zapalenia otrzewni albo powtórnego przedziurawienia”. Bardzo ostro przebiegające przypadki nie dają się również tłomaczyć zapaleniem otrzewni, prędzej powstają one przez wsiąkanie posoki (VOGEL), a jeszcze łatwiej przez wchłanianie występujących gazów, których zabójcze działanie doświadczalnie dowiedzionem zostało. W skutek sprawy dobrowolnego rozkładu i pozostałości trawienia w jelitach, mianowicie grubych wytwarzają się następne gazy: kwas węglany, azot, wodoród, gaz błotny ( $C_2H_4$  także zwany gazem kopalnym — *Grubengas*) i małe ilości (raczej ślady) siarkowodoru; (powszechne mniemanie, według którego większą część gazów wytwarzających się w jelitach stanowi siarkowodór, jest według prof. BRÜCKE nieuzasadnione, bo często i małych ilości tego gazu zupełnie braknie. Najzłośliwsze działanie w danych przypadkach przypisać chyba wypada gazowi błotnemu. — *Przypisek podawcy*).

Rozpoznanie opiera się szczególnie na odmie brzusznej (*pneumatosis*) i zniknięciu stępienia wątroby i śledziona. Ostatni objaw powstaje także i wtedy, kiedy rozdęte gazem pętlce jelit układają się ponad wątrobą; w obec tych okoliczności stępienie wątroby nie niknie jednak „nigdy zupełnie”. Jeśli otwór przedziurawienia za pomocą zrostów łączy się ze ścianą brzucha albo jest zlepiony i gaz do jamy brzusznej przecisnąć się nie może, wtedy stępienie wątroby i śledziona wykryć się daje. Wszystkie podane zjawiska objawowe, z wyjątkiem zdobywanych na drodze opukiwania (które także mało wyraźnymi być mogą) są mniej więcej niepewne; niemała też liczba przedziurawień przebiega skrycie (3 z 8-miu przypadków LOUIS) i w skutek tego mniej się ich rozpoznaje za życia aniżeli w trupiarni. Za pewne jednak uważać wypada, iż nie każde zapalenie otrzewni przy durzycy na przedziurawieniu jelit polega. „Jeśli otwór przedziurawienia jest wielki i niezakryty, to ta okoliczność może bardzo wpłynąć na pewność rozpoznania, wtedy przy osłuchiwanu brzucha na miejscu występowania gazu, powstaje bardzo wyraźny szmer dzbanowy (*amphorisches*

*Geräusch*—szkoła krakowska nazywa „dzbanowym”,—nazwy tego odgłosu są rozmaite chociaż *amphora* właściwie znaczy stągiew albo kubel.—*Przyp. Podawcy*), który jednocześnie z oddechaniem następuje: mocniejszy i dłuższy jest przy wdechaniu, krótszy i słabszy przy wydechaniu; oczywiście że wchodzenie i wychodzenie gazu przez otwór z przedziurawienia powstały, może być tylko zjawiska tego przyczyną. CZUDNOWSKI widział raz taki przypadek.

Rokowanie jest prawie zawsze najgorszem. Tylko przy szybkim zlepieniu się otworu z otrzewnią lub siecią uleczenie jest możliwem; niemniej też gdy po utworzeniu się zrostów powstaje ropień otrzewni, który utworowawszy sobie wyjście za pomocą przetoki (*fistula*) wyleczonem być może. W piśmiennictwie znajduje się pewna liczba uleczonych przedziurawień jelit.

Leczenie. W zamiarach zapobiegawczych w czasie trwania durzycy, mianowicie gnuśnie przebiegającej, wypada wzbronie choremu użycia stałych pokarmów. Mocne rozdęcie brzucha umiarkowuje się za pomocą ciepłych (*cataplasmata*), terpentynowych albo też lodowych okładów; podług FRIEDRICH'A osiąga się to również przez podanie choremu do wewnątrz roztworu siarczanu żelaza (*ferrum sulfuricum*). Z nastąpieniem przedziurawienia, najgłówniejszą rzeczą jest zupełny spokój: chore winien leżeć w położeniu na grzbiecie. Pożywienie ma być płynne, trochę polewki mięsnej (czy nie pożyteczniej mleko albo żółtko—*Podawca*), pragnienie gasi się kawałkiem lodu. Ku umiarkowaniu robaczkowych poruszeń jelit należy podawać śmiałe dawki makowca 0,2—0,6 grm. pro die. Prof. JACCOUD daje według zaleceń STOKES'A i GRAVES'A z początku 0,1 makowca, potem aż do nastąpienia odurzenia (*Narcose*) co godzinę 0,05 grm. podobnie jak i MURCHISON. Jeśli usiłowania nasze dążą do nadania całej sprawie pomyslnego przebiegu, to najbardziej strzedz się należy zwalczenia zaparcia stolca po podaniu makowca następującego; wypróżnienie winno samo przez się nastąpić. Dr. NÄCKE nie jest przeciwny przekłóciu ściany brzusznej by wchłonięciu zgubnych gazów zapobiedz, jak to zresztą i FRIEDRICH zaleca, jeśli wzdęcie jest znaczne a objawów zapalenia otrzewni braknie. Autor mówi: „a priori nie da się przewidzieć dla czego by to postępowanie miało być niebezpieczniejszem, niż najczęściej pomyslnie przebiegające przekłócia przy puchlinie wodnej (*ascites*).”

Wł. Krajewski.

## KRONIKA KRAJOWA.

Petroków (*nadestane*). Komitet zdrowia publicznego. Jeszcze w Marcu r. b. z dozwolenia władzy uorganizował się u nas komitet zdrowia, złożony z lekarzy i innych mieszkańców miasta, którzy garnęli się do jego składu dość chętnie. W celu dokładniejszego działania w przyszłych swych zajęciach komitet podzielił się na pięć sekcji: a) Sekcja mieszkań, b) sek. badania i przestrzegania czystości wody, c) sek. dezynfekcyjna, d) sek. czuwania nad pokarmami i napojami i e) sek. statystyczna (statystyki lekarsk.), Przewodniczący (z wyboru) w sekcji jest zarazem członkiem komitetu głównego, w którym oprócz władzy administracyjnej, jako stali członkowie są także: inspektor lekarski, budowniczy i assesor farmacyi — tak, że cały główny komitet składa się z osób dziesięciu; członków zaś pomocników liczba dość znaczna. Posiedzenia komitetu, podług projektu, mają się odbywać raz w miesiąc, zaś postanowienia będą ulegały sankcyi rządu gubernialnego. Główne zarzysy zajęć sekcyjnych wraz z projektem były przedstawione do zatwierdzenia, a następnie w miejscowem piśmie „Tydzień” ogłoszone. W tych dniach nasz komitet zatwierdzenie uzyskał, o czem Wam z wielką radością donosimy, będąc pewni, że z tą samą dobrą chęcią wytrwamy w oczekującej nas pracy, z jakąśmy spieszyli do zawiązania komitetu.

Strzyżowski.

Wilno. W d. 2 b. m. i r. zmarł w 71 roku życia Dr. ALEKSANDER KORĘWA, wychowaniec b. uniwersytetu wileńskiego, aż do skonu gorliwy pracownik w miejscowem ambulatorjum, i po dwakroć wice-prezes tutejszego towarzystwa lekarskiego. Jako człowiek i lekarz pozostawił po sobie najchlubniejsze wspomnienie.

## Biblijografija.

DESMARRES. Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire. Paris 1873. (z rysunkami). Cena rs. 2 kop. 40.

LEGRAND DU SAULE. La Folie héréditaire. Leçons professées à l'école pratique. Paris 1873. Cena kop. 75.

PETER. Leçons de clinique médicale. Tom I-szy 1873. Paris. Cena rs. 4 kop. 50.

WECKER. De l'Iridotomie (z rysunkami). Paris 1873. Cena kop. 60.

KLEBS. Handbuch der pathologischen Anatomie. (4-ty zeszyt dawno rozpoczętego dzieła— obejmujący anatomię patologiczną części płciowych— ze 115 drzeworytami.) Berlin. 1873. Cena rs. 1 kop. 40.

KERMANN (Docent). Compendium der Orthopédie. (Dzieło przeznaczone dla lekarzy praktycznych). Leipzig. 1873. Cena rs. 1 kop. 20.

BEIVINKLER. Studienmässige Besprechung der Reinigung und Entwässerung der Städte durch Kanalisierung etc. z tablicą. Peszt. 1873. Cena kop. 40.

## Odpowiedzi Redakcyi.

W-mu D-rowsi M. w Wierchnieuralsku. Rs. 8 otrzymaliśmy, z tych rs. 6 jako przedpłatę na r. b., a pozostałe rs. 2 na „Pisma Dra CHALUBIŃSKIEGO”, których zeszyt I (za kop. 60) wraz z MEDYCYNĄ od początku r. b. wysłaliśmy. Pozostałe rs. 1 kop. 40 zapisałmy według życzenia na kupno następnych zeszytów, króre w miarę wychodzenia wysyłać będziemy; dotąd jednak wyszedł dopiero zeszyt I.

W-mu D-rowsi F. M. w Poddębicach. Skład główny i ekspedycja „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO” (krakowskiego) na Królestwo Polskie, znajduje się w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie; prenumerata tego czasopisma z przesyłką na prowincyję wynosi półrocznie rs. 4.

## O g ł o s z e n i a.

### Zakład wód mineralnych i gazowych

Aptekarza Karpińskiego w Warszawie Nr. 937.

Wyrabia wszystkie wody mineralne i gazowe tak w butelkach jak i w syfonach z całą naukową ścisłością, po cenach możliwie umiarkowanych. Z pomiędzy nowo wprowadzonych w użycie, zwracam uwagę na wodę z Borocytrynianem magnezyi, oraz Hunyadi János Bittersalzquelle najbogatszą w sole ze wszystkich wód gorzkich po cenie kopiejek dwadzieścia za butelkę. Broszury pod tytułem: „Praktyczne wskazówki wyrabiania wód mineralnych i gazowych”, dostać można po kopiejek pięćdziesiąt w fabryce mej wód mineralnych. Ponieważ zakład mój opatrzony jest maszyną parową i posiada pięć maszyn do fabrykacyi wód systemu drezdeńskiego, a trzy systemu geneńskiego, wszelkim więc zleceniom, może w jak najprędszym czasie zadosyć uczynić.

**W. Karpiński.** Magister Farmacyi.

Dr. Z. Dobieszewski zamieszkał jako lekarz zdrojowy w Marienbadzie „zum Schloss Heilbrunn” Nr. 6 i 7, i pozostanie tam przez cały czas pory kąpielowej t. j. do końca m. Września.

Redaktor odpowiedzialny, Dr. K. Benni.

Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Дозволено Цензурою.—w Druk. J. Jaworskiego, Ul. Krak.-Przedm. N. 415.—Cena pojedynczego N-ru k. 15 (zł. 1.)