

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. Józef Peszke. Rana postrzałowa stawu barkowego prawego. Wypiłowanie górnej części kości ramieniowej. — II. Strzyżowski. Zmarznięcie czy też śmierć w skutek tłuszczowego zwyrodnienia serca? (Dokończenie.) — *Przegląd literatury zagranicznej:* Die chirurgischen Hilfsleistungen bei dringender Lebensgefahr D-ra L. v. Lesser'a. — Handbuch der Allgemeinen Therapie H. v. Ziemssen'a. II. Bd. III. Theil Hydrotherapie D-ra W. Winter-nitz'a. — *Dział Sprawozdawczy:* 52. Pneumonie massive. — 53. Neuber. Sprawozdanie z wyników, osiągniętych podczas letniego półroczia 1880 r. na klinice Esmareh'a, za pomocą opatrunku trwałego przeciwnilnego. — 54. Przyczynek do rozpoznawania wad serca. — 55. Afanasjew. O leczeniu chorych tyfusowych przy pomocy długotrwałych ciepłych kąpiel. — 56. Preyer. O przyczynie pierwszego ruchu oddechowego. — 57. Atropina jako środek pewniejszy od Extr. Secalis cornuti przy krwotokach płucnych i macicznych. — 58. Lucas Championnière. Przepisy do przeciwnilnego postępowania w praktyce akuszerzyjnej. — Zjazd III lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sprostowania. — Ogłoszenia.

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI.

I. Rana postrzałowa stawu barkowego prawego. Wypiłowanie górnej części kości ramieniowej.

Podał D-r Medycyny **Józef Peszke**, Lekarz ordynujący.

Rany postrzałowe w szpitalach cywilnych w ogóle należą do rzadkości, jako tem większe więc *curiosum* wydać się nam musi rana taka, leczona w szpitalu wyłącznie dzieciom do lat 12 poświęconym. Przypadek tu opisany jeszcze i z innych względów zasługuje na uwagę, gdyż ranny przybył do szpitala w bardzo smutnym stanie, widoki powodzenia dla terapii operacyjnej, z powodu złego stanu ogólnego, były bardzo wątpliwe, uszkodzenie wymagało usunięcia kości na znacznej przestrzeni, powikłania podczas leczenia pooperacyjnego były dość ciężkie, a jednak pomimo to wszystko zejście było bardzo zadawalniające.

Późnym wieczorem, dnia 12 Lipca 1878 r., przywieziono do mego oddziału Julijana J., jedenastoletniego ucznia gimnazjum, który przed pięcioma dniami uległ ciężkiemu okaleczeniu. J. spędzał wakacje szkolne na wsi, w domu krewnych swoich; w dniu 8 Lipca, pomimo surowego zakazu, z bratem swym ciotecznym, chłopcem w równym z nim wieku będącym, dobrali się potajemnie do broni myśliwskiej, nabili ją, nie szcędząc ni prochu ni śrutu, a ponieważ nie mieli pod ręką kapiszonów, w ich miejsce nałożyli odcięte główki zapalek. Po takim przysposobieniu się ruszyli na łowy, chcąc niepostrzeżenie wydostać się w pole, chyłkiem przebiegli przez ogród i zabrali się do przelażenia przez płot, gęsto krzakami obrosły. J. przelażł pierwszy, towarzysz podał mu broń nabitą, a nieostrożny chłopiec, uchwyciwszy ją ręką prawą za końce luf, zaczął ją przez płot przeciągać, w tej chwili rozległ się strzał, i cały nabój, wystrzelony z odległości mniej więcej 40 ctm., trafił w okolicę stawu barkowego prawego. Przywołany z po-

blizkiego miasteczka lekarz, obmywszy ze krwi ramię, nie zadając sobie trudu z wydobyciem pocisku, zapchał szczelnie otwór rany skubanką, nasyconą oliwą, nakrył wszystko płatkami, również obficie naoliwionym i zalecił nakładać ciepłe kataplazmy z siemienia lnianego. Przy stosowaniu tak racjonalnej terapii, stan chorego szybko się i stopniowo pogarszał, ból w ranie był gwałtowny, w okolicy części miękkie znacznie opuchły, wydzielina, wydobywająca się pomimo zakorkowania, była mocno cuchnąca, gorączka ciągle się wzmagala; nareszcie czwartego dnia po wypadku, chory stracił przytomność, pojawiły się częste dreszcze, zatelegrafowano po ojca i ten, zabrawszy syna, przywiózł go do Warszawy.

Okolo dziesiątej wieczorem, dnia 12 Lipca, poraz pierwszy chorego widziałem; stan jego przedstawiał się jak następuje: chłopiec jedenastoletni, szczupły, dobrze rozwinięty, wzrostu—jak na swój wiek—wysokiego, skóra sucha, gorąca, żółtawa, oczy zapadłe zamglone, wargi spieczone, język suchy, popękany, pokryty nalotem brunatnym, przytomność niepełna, chory kilkakrotnie głośno powtarzane pytania ledwo zrozumieć potrafi i z ledwością na nie odpowiada. Ciepłota znacznie podniesiona (40° C.), tętno słabe, przerywane, prędkie (120). Okolica prawego stawu barkowego mocno opuchnięta, opuchlina rozciąga się na całe ramię aż do łokcia, na okolicę łopatkową, podobojczykową i szyjową prawą aż do wysokości kąta żuchwy, skóra na opuchniętych częściach cokolwiek naprężona, lśniąca, pokryta licznymi plamami czerwonymi i sinawymi. Na przedniej powierzchni ramienia, w miejscu odpowiadającym szyjce chirurgicznej kości ramieniowej, rana okrągława wielkości mniej więcej pięciu centymetrów kwadratowych, w okolicy skóra, barwy brudno-sinej, tworzy obrączkę 1—2 ctm. szeroką, brzegi rany obrzmiałe, twarde, pokryte lekko przylegającymi suchymi strupami. Po wydobyciu z rany korka z naoliwionej skubanki, wylewa się obficie posoka żółto-brunatna, silnie cuchnąca, zmieszana ze strzępkami zmartwiałej tkanki łącznej i niewielkimi skrzepami krwi w stanie rozkładu, na dnie rany widać mięśnie blade, obnażone, barwy brudnawej i mniej lub więcej uszkodzone a z pomiędzy nich wystaje masa zbita, przesiąknięta wydzieliną rany; po wydobyciu jej szczypczykami pokazało się, że to była przybitka z pakuł. Badając ranę zgłębnikiem pokazało się, że 1) główka kości ramieniowej oraz górna jej część uległy strzaskaniu, że 2) staw jest otwartym, że 3) brzegi rany są podminowane, i że 4) rana komunikuje się z trzema głębokimi zatokami, przepelnionymi cuchnącą posoką; pierwsza z nich prowadzi ku dołowi, wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia dwugłowego (*m. biceps brachii*) i opuszcza się aż po za środek ramienia; druga wstępuje ku górze, i idąc ponad wyrostkiem kruczym (*proc. coracoideus*) i obojczykiem, sięga w kierunku wyrostka sutkowego (*proc. mastoideus*), aż do połowy wysokości szyi, obie te zatoki są powierzchowne, tylko skórą pokryte; trzecia, głęboka, zstępuje od wyrostka kruczego wzdłuż dolnego (zewnętrznego) brzegu mięśnia piersiowego mniejszego (*pectoralis minor*) i opuszcza się mniej więcej aż do czwartego żebra.

Wydobyszy z rany za pomocą szczypczyków i tępej łyżeczki 11 ziarn sru-tu, wraz z licznymi drobnymi kawałkami zgruchotanej kości, wymyłem ją, oraz łączące się z nią zatoki, $2\frac{1}{2}\%$ roztworem kwasu karbolowego i wprowadziwszy 4 grube dreny, nałożyłem opatrunek z waty karbolowej. Do wewnątrz: wino-

i pięciogranowy proszek siarczanu chininy. Z powodu opóźnionej pory i braku asystency, operację naglącą do rana następnego dnia odłożyć byłem zmuszony.

Dnia 13-go. Chory spędził noc niespokojnie, spał mało, bredził, dreszcze kilka razy się powtarzały, nad ranem dopiero się uspokoił i spał trochę. Ciepłota o godzinie 8-mej 38,6° C., tętno słabe, przerywane 104. O godzinie 9¹/₂, zachloroformowawszy chorego, przystąpiłem do operacji. Najprzód przedłużyłem ranę o 8 ctm. ku dołowi, otwierając równocześnie ku stawowi łokciowemu wiodącą zatokę, oddzieliłem przyczepy mięśniowe z okostną za pomocą skrobaczki, o ile stan ich na to pozwalał, długie ścięgno mięśnia dwugłowego, przez strzał poszarpane i zmartwiałe, wyciąłem, jak również strzępki uszkodzonych mięśni, następnie, przeciąwszy resztę torebki stawowej, wypilowałem górną część kości ramieniowej. Krwawienie podczas operacji było nieznaczne, podwiązano tylko jedno naczynie (*art. circumflexa humeri*). Oczyściwszy ranę wodą karbolową i wprowadziwszy dreny tak do niej, jak również do zatok sąsiednich, nałożyłem opatrunek z waty karbolowej i zaleciłem okłady lodowe. Wypilowany kawał kości był na 7 ctm. długi i składał się z dwóch części, mniejsza, zewnętrzna, obejmowała czwartą część główki i wierzchnie warstwy substancji korowej kości, kształt jej był klinowaty z końcem ostrym ku dołowi zwróconym, długość dochodziła 6 ctm. Wewnętrzna większa część obejmowała resztę uszkodzonej kości. Przednia część główki była zupełnie zniszczoną, miejsce substancji gąbczastej zajmowała mieszanina odłamków kości, ziarn śrutu, włókna pakuł i strzępki odzienia, wbite w ranę przez pocisk. Po operacji chory spał jeszcze kilka godzin dość dobrze, przebudziwszy się czuł się lepiej niż przed operacją, na ból w ranie prawie się wcale nie skarżył. Wieczorem o godzinie 8 ciepłota 39,2° C., tętno regularne 112, na noc *Chin. sulf. gr. V*.

Dnia 14-go rano. Ciepłota 38,6° C., tętno 104. W nocy sen przerywany, niespokojny. Zatrzymanie stolca (*oz. ricini*). Wygląd rany dobry, wydzielina z zatok obfita lecz mniej cuchnąca, ropiasta. Wieczorem ciepłota 39,6° C., tętno 120.

Dnia 15-go rano. Ciepłota 38,6° C., tętno 102. Noc spokojniejsza. Z powodu zbyt obfitego wydzielania się ropy z zatoki opuszczającej się na piersi, i utrudnionego jej odpływu ku górze, zrobiono głębokie nacięcie przez skórę i mięsień piersiowy większy, cokolwiek powyżej sutki prawej, a następnie wprowadzono dren, którego drugi koniec wychodził przez ranę na barku. Wieczorem ciepłota podniosła się do 40,4° C., tętno pełne 104.

Dnia 16-go rano. Ciepłota 39° C., tętno 96. Noc niespokojna. Chory skarżył się na ostry ból w ramieniu, wygląd rany mniej czysty, brzegi jej cokolwiek opuchnięte i zaczerwienione. Wieczorem ciepłota 40,4° C., tętno 96.

Dnia 17-go rano. Ciepłota 40° C., tętno 104. Noc bardzo niespokojna, chory bredził i rzucał się bez ustanku. Okolica barkowa, ramieniowa i podobojczykowa obrzękle, mocno zaczerwienione, gdzieśkolwiek spostrzegając się dają bąble (*erysipelas*). Wydzielina z rany skąpsza. Miejsca różą dotknięte smarowano oliwą kamforową i pokrywano watą. Do wewnątrz 3 razy dziennie *Chin. sulf. gr. V*. Wieczorem ciepłota 39,6° C., tętno 96.

Dnia 18-go rano. Ciepłota 38,6° C., tętno 96, róża przechodzi na łopatkę i na piersi. Wieczorem ciepłota 38,6° C., tętno 88.

Dnia 19-go rano. Ciepłota 38,6° C., tętno 88. Wieczorem ciepłota 39,6° C., tętno 92. *Status idem.*

Dnia 20-go rano. Ciepłota 38,6° C., tętno 96. W nocy sen spokojny i obfite poty. Czerwoność na piersiach i łopatkę prawie zupełnie znikła, pozostaje jeszcze na ramieniu aż do łokcia. Wygląd rany zadawalniającej, ropienie obfite, ropa gęsta, żółta, nie cuchnąca. Chory czuje się lepiej, język dość czysty. Wieczorem ciepłota 40° C., tętno 104.

Dnia 21-go rano. Ciepłota 38,4° C., tętno 96. Noc spokojna, poty. Skóra w okolicy łopatkowej i piersiowej jest prawidłowej barwy, na ramieniu znacznie bledsza niż dnia poprzedniego. Stan rany dobry. Wieczorem ciepłota 38,6° C., tętno 100.

Dnia 22, 23 i 24-go. Ciepłota trzyma się wciąż cokolwiek powyżej 38° C., zresztą stan chorego jest zadawalniający, wygląd zmniejszającej się pomału rany dobry, ropienie umiarkowane.

Dnia 25-go rano. Ciepłota 38,4° C., tętno 104. Po spokojnie spędzonej nocy z rana wymioty. Poniżej oka prawego powstała opuchlina skóry rozlana, z mocnem zaczerwienieniem (*erysipelas*). Język suchy, obłożony, brzuch cokolwiek wzdęty. Leczenie jak wyżej. Wygląd rany dobry. Wieczorem ciepłota 38,6° C., tętno 84.

Dni 26-go rano. Ciepłota 40,6° C., tętno 120. W nocy sen dość spokojny, nad ranem poty, ból głowy i twarzy. Cała prawa połowa twarzy, oraz nos, warga górna i ucho prawe opuchłe, zaczerwienione i pokryte bąblami. Język suchy, nieczysty. Stan rany dobry, ropienie mniej obfite. Wieczorem ciepłota 40° C., tętno 96.

Dnia 27-go rano. Ciepłota 38° C., tętno 92. Noc dosyć spokojna, język czystszy, mniej suchy. Czerwoność przechodzi na lewą połowę twarzy, blednąc zarazem po prawej. Wieczorem ciepłota 38,8° C., tętno 88.

Od dnia 28 Lipca do 3 Sierpnia róża twarzy zupełnie ustąpiła, ciepłota trzymała się wciąż między 38° i 39° C. Wygląd rany był przez cały ten czas zadawalniającym i gojenie przy umiarkowanym ropieniu wciąż zwolna postępowało, szczególnie zatoki znacznie się zmniejszyły, tak, że dotychczasowe grube dreny można było usunąć i zastąpić je cieńszymi. Komunikacja pomiędzy zatoką na piersiach i raną pooperacyjną zarosła zupełnie.

Od 4 Sierpnia zastosowano zgiętą pod kątem prostym szynę cynkową (*gouttière*), z którą chory mógł chodzić wygodnie. Do 20 Sierpnia stan zdrowia był niezły, chociaż wieczorem ciepłota zwykle podnosiła się do 38° C. Gojenie rany postępowało zwolna, lecz bez przerwy, wygląd jej dobry, ropienie prawidłowe niezbyt obfite. Opatrywano wciąż watą karbolową i przy każdym opatrunku lekko zwilżano ranę roztworem saletranu srebra (3j ad 5j). W dniu 20 Sierpnia ciepłota podniosła się znów do 38° C., chory uskarża się na ból po lewej stronie karku, gdzie też okazała się opuchlizna, wielkości włoskiego orzecha; zastosowano kataplazm i po dwóch dniach ropień przecięto.

W dalszym ciągu stan chorego był dobry, ciepłota jednakże prawie ciągle była cokolwiek wyższą od prawidłowej, zagojenie ropnia na karku bardzo prędko nastąpiło. Rana pooperacyjna zmniejszyła się do tyła, że pozostała po niej tylko niewielka przetoka, w której cienki dren był umieszczonym, zatoki w mięśni i na szyi zagoiły się zupełnie. W dniu 2 Września dren z rany ramienia ostatecznie usunięto, a do przetoki na piersiach wprowadzono sznurek, skręcony z kilku nitok *cat-gut'u*, nie odniosło to jednak pożądanego skutku, przeciwnie, zatoka zamiast się zagoić powiększyła się i w dniu 10-tym sięgała znów aż pod obojczyk, równocześnie chory zaczął nanowo gorączkować, okolica zatoki opuchła i stwardniała, szczególnie w pobliżu otworu. Przez dni kilka stosowano katalplazmy i w dniu 14 Września wykonano cięcie na 3 ctm. w bok i poniżej sutki prawej, gdzie chelbotanie było wyraźnem, poczem znów dren wprowadzono. Od tego czasu gojenie postępowało już bez przerwy i chory w dniu 29 Września opuścił szpital, na żądanie ojca, jedynie z małą przetoką na piersiach, która też w przeciągu dwóch tygodni zagoiła się zupełnie.

Poraz ostatni widziałem chorego w końcu Grudnia 1878 roku, blizny przedstawiały wygląd prawidłowy, skrócenie kończyny wynosiło zaledwie 4 ctm., chory pisał prawą ręką bez najmniejszej trudności, mógł się na niej opierać i wykonywać ramieniem ruchy ku przodowi, ku tyłowi i nawet trochę ku górze, ruchy te naturalnie były ograniczone, zabierając się do pisania ramię za pomocą lewego kładł na stole. Regeneracja kości była nieznaczna.

II. ZMARZNIĘCIE CZY TEŻ ŚMIERĆ W SKUTEK TŁUSZCZOWEGO ZWYRODNIENIA SERCA?

Podał D-r **Strzyżowski** z Piotrkowa.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 14).

Z pomiędzy wszystkich przytoczonych oznak najczęściej się zdarzała czerwoność skóry, z 45 wypadków 43 razy; plamy różowe 33, siatki i smugi 15 razy, odmrożenia 10, znaczne zeszytywnienie 11, *cutis anserina* 9, przekrwienie mózgu 28, anemija 17, serce w obu połowach zupełnie zalane krwią 29, połowa prawa 16, skrzepy krwi w sercu znaleziono 34 razy, płuca w 33 wypadkach czerwone, stopień czerwoności zależał od stopnia zimna; przekrwienie płuc 24 razy, anemija 10, czerwoność krtani i tchawicy z pianą w przelyku 25, przekrwienie organów brzusznych 23 razy, napełnienie i to znaczne pęcherza w 18 wypadkach.

Podzieliwszy następnie oznaki śmierci od wpływu zimna na trzy grupy, D-r **Bielin** usiłuje każdą z tych oznak odpowiednio wyjaśnić. I tak:

a) W grupie pierwszej najprzód pomieszcza czerwoność, a raczej kolor skóry i plamy na płucach. Już dawniej **Roller** zauważył, że kulki zamrożonej krwi, po odtajaniu, stają się bezbarwnymi. **Pouchet** i **Creccio** widzieli, iż kulki krwi, zamarzając, rozrywają się, przyczem ich ziarnka występują na zewnątrz. D-r **Bielin**, poddając krew zwierzęcą i człowieka wpływowi rozma-

tych stopni zimna od -1° do -20° , zauważył, iż kulki krwi podczas zamarzania zupełnie się nie zmieniają, dopiero odtajając tracą właściwą barwę, przybierają formę kulistą, następnie pękają, przyczem *haemoglobina* przechodzi do surowicy krwi; z tego to powodu, po odtajaniu trupa, przesiąkająca z naczyń krwionośnych do tkanek surowica nadaje ten lub ów kolor skórze, ona też wpływa na powstawanie plam, siatek i smug burych; kolor skóry różowy, lub ciemno-czerwony zależy od stopnia zimna, od ilości pękniętych kulek.

b) Do drugiej grupy zalicza D-r B. plamy, smugi na skórze, kolor krwi w mózgu i błonach mózgowych, w sercu; z tych oznak pierwsze stanowią objaw pośmiertny, wynikły w skutek odtajania trupa, zaś kolor krwi w sercu tłumaczy Bielin rozrywaniem się kulek zamrożonej krwi; dlatego-to kolor ten ciemniejszym bywa wtedy, kiedy ciało było wystawione na wpływ większego zimna. Dawniej Wertheim krew ciemną u zmarzniętych objaśniał nagromadzeniem się we krwi kwasu węglanego, lecz wtedy skrzepy nie powinnyby mieć miejsca.

c) Trzecią grupę, według autora, stanowią oznaki, nie należące do stałych. Zesztywnienie naprzykład, jako zdarzające się i przy innych rodzajach śmierci, nie stanowi charakterystycznej oznaki śmierci od zmarznięcia; *cutis anserina* dowodzi tylko, iż chłód działał za życia, a wiadomo przytem, że mięśnie skóry (*arrectores pilorum*) kurczą się i pod wpływem bardzo silnych wrażeń. Co do „rąk praczek“, to objaw ten może powstać za życia i po śmierci, zawsze wszelako wskazuje na wpływ wilgoci, np. mokrych płatów, używanych z celem odtajania zeszywniałego trupa. Odmrożenia z objawami reaktywnymi, t. j. czerwonosścią i obrzękiem ciastowatym, wymagają takich warunków, ażeby wpływ zimna jeszcze za życia osobnika był na czas jakiś przerwany, czyli ażeby część zamrożona mogła odtajać, t. j. ażeby w tej części powstrzymane krążenie krwi mogło być na nowo przywróconem; z odmrożenia można tylko tyle wnosić, że ta lub owa część ciała, zwykle nie przykryta, jeszcze za życia na wpływ silnego zimna była wystawiona; nigdy wszelako odmrożeń nie można uważać za objaw taki, który stanowiłoby na korzyść śmierci od zimna przemawia.

Co do przekrwienia narządów wewnętrznych, to tylko przepelnienie krwią serca, i to przepelnienie znaczne, a przytem skrzepy nie bardzo twarde, można zaliczyć do objawów stałszych i mających wybitne znaczenie przy orzeczeniu śmierci od zmarznięcia. Objasnia się to przepelnienie porażeniem nerwów i ośrodków sercowych, porażeniem, powstającym pod wpływem zimna. Mózg dość często u zmarzniętych bywa przekrwionym, lecz ponieważ takie przekrwienie przeważnie się spotyka u zmarzniętych w stanie opilstwa, nie można przeto przypisać takiego przekrwienia wyłącznie tylko wpływowi zimna. Co do napełnienia moczem pęcherza, to takowe się zdarza i w innych rodzajach śmierci, szczególnież wtedy, kiedy utrata świadomości poprzedza śmierć.

Co mianowicie bywa najbliższą przyczyną śmierci wtedy, gdy organizm zostanie wystawiony na wpływ zimna, różni autorowie rozmaicie tłumaczą: jedni najbliższą przyczynę upatrują w zamarzaniu kulek krwi, drudzy w porażeniu nerwów, ośrodków sercowych. Wertheim, jakeśmy już wspomnieli, przypuszczał warunki podobne jak przy zaduszeniu, t. j. nagromadzenie się we krwi kwasu węglanego wskutek powstrzymania sprawy utlenienia krwi. Przytem człowiek

i zwierzę, jak to czytamy w Medycynie Sądowej Casper'a i Liman'a, „może nie tylko zmarznąć pod wpływem zimna, lecz także umrzeć w skutek utraty ciepła przy sprzyjających ku temu warunkach i okolicznościach“; prędzej tracą swój ciepłok starcy, dzieci, chorzy, osłabieni, głodni i t. d. Śmierć od utraty ciepła pociąga za sobą także pewne przemiany, oznaki, jak czerwonosć skóry, *cutis anserina*, plamy na skórze i płucach, przepelnienie krwią serca.

Gdy teraz, rozstając się z przytoczonymi autorami, powrócimy do śmierci naszego denata, to przedewszystkiem zapytamy siebie, czy mielibyśmy prawo, na podstawie sądowno-lekarskiego aktu, i w obec tych jakkolwiek nieuporządkowanych zasobów wiedzy, przyznać, zgodnie z obducentem, w danym konkretnym wypadku iż śmierć nastąpiła od zmarznięcia? Zanim przystąpimy od odpowiedzi, winniśmy tu zanotować jeszcze jedną okoliczność, a mianowicie, świadkowie zapytani, jakim się też im wydawał dzień w dniu śmierci denata, odpowiedzieli, iż chłodno nie było, padał drobny śnieżek; w moich notatkach dla spostrzeżeń metereologicznych w Piotrkowie w. d 4 Grudnia 1877 r., przy słabym północnym wietrzyku, padał drobny śnieg, ciepłota z rana była -3° , w południe -2° , wieczorem -2° R., a miejscowość, w której zmarł Ż., leży w korzystniejszych niż Piotrków warunkach, w każdym razie chłód -3° , -2° R. mógł być tylko stosunkowo donośnym.

Dalej, nagle zmarły Ż., jakkolwiek nędznie był ubrany, miał wszelako na sobie płaszcz, surdut, majtki, buty; przytem przywykł już on, chociaż do pewnego stopnia do takiej odzieży; był swobodny i nie pijany, stosunkowo dość silny, gdyż sam wysiada, szamocze się, kładzie się na ziemi, to znów wstaje; przed wyjazdem z sąsiedniej wsi zjadł ciepłą strawę, w drodze mógł być najwięcej 2 godziny, pod domem syna w targach i rozprawach ze 3 godziny; zapewne postępkem syna był oburzony, albo moralnie zgnębiony, jest przytem stary, pijak, ma serce powiększone, dotknięte przeistoczeniem tłuszczowem, wszystko to wszelako razem wzięte jeszcze nie naprowadza na możność przypuszczenia śmierci od zmarznięcia. Dalej, śmierć następuje nagle — jakkolwiek w sprawie niema na to wyraźnych dowodów, chyba przypuszczenie, wynikające z obecności lodu we włosach i między palcami, iż mu lano wodę na głowę. Po zgonie trup leży na chłodzie ze trzy doby, i wtedy naturalnie zamarza mózg, krew w sercu. Skóra po odtajaniu jest miękką, niepomarszczoną, brudną, a nie czerwoną, jak się to zdarza w przeważnej ilości wypadków śmierci od wpływu zimna; czerwonosć jest tylko na obrzmiałych nogach, co obducent uważa za objaw powstały w skutek wpływu zimna; nogi jednakże u starca, pijaka, mającego chorobę serca, mogły już dawno obrzęknąć, a czerwonosć (charakter jej nieokreślony) mogła być i objawem pośmiertnym; a zresztą, jeśliby to była i *erythema* skóry, powstała za życia, pod wpływem zimna, to czyż ona może być wystarczającą dla objaśnienia przyczyny śmierci? Nie mamy także żadnych danych dla przypuszczenia, ażeby na obu goleniach mogły być obszerne odmrożenia. Z oznak zewnętrznych za śmiercią od zmarznięcia mogłoby najwięcej przemawiać stwardniałe ucho prawe, przynajmniej według dawniejszych autorów. Jednakże ani Casper, ani zacytowani przez nas inni autorowie żadnej wagi nie przywiązują, do dawniej przypuszczanej łamliwości palców, końca nosa i uszu, podgiąć się zaś mogło ucho wypadkowo, przy ułożeniu, lub podczas śmierci, przy upadnięciu

na prawy bok; samo to zgięcie, wykluczając dawniej przypuszczalną łamliwość, już samo przez się i przeciw znaczniejszemu stwardnieniu za życia przemawia; odmrożone ucho chyba by obducent inaczej opisał, a więc i w tem miejscu odmrożenie wykluczyć należy. W dalszym ciągu mamy przed sobą narządy wewnętrzne: mózg nie przekrwiony, a że chłodny i zamarły, toć to objaw pośmiertny i nie należy do naukowej krytyki; krtań i tchawica nienaruszone, lecz jak wygląda ich błona śluzowa, nie wiemy; w żołądku świeży pokarm, płuca normalne, serce tylko powiększone, żółtawego koloru i w prawej jego połowie znajduje się błądy zamarły płyn; skrzepó w niema. Ten to ostatni objaw, a raczej pewna ich grupa, posłużyły dla nas za pewną nić przewodnią w orzeczeniu o przypuszczalnej przyczynie śmierci nagle zmarłego Ż.

Jak wiadomo, człowiek na wpływ zimna jest wytrzymały do wysokiego stopnia; ulega jego wpływowi wtedy, gdy jest pozbawiony swobody ruchów, osłabiony, walką wyniszczony, nieprzytomny. Ulegają zmarznięciu dzieci, na wpływ zimna wystawione, dalej pijani, zabłąkani, walką z żywiołem znużeni, chorzy — w ogóle jednostki pozbawione doraźnej pomocy. Nasz zaś denat nie jest pijany, jest ruchliwy, przytem na oczach ludzi, stróży bezpieczeństwa; rzecz cała rozegrywa się w dzień i wieczorem, czyżby i prości ludzie nie zwrócili uwagi na upadek sił, na jakieś poprzedzające znużenie, a w dodatku sam-że akt obducenta zaznacza, że Ż. zmarł nagle. Zmarł pod domem syna, pod jego progiem, na chłodzi, to prawda; opinija otoczenia natychmiast orzekła, że syn zamroził ojca, lecz czy ten zbieg okoliczności, w obec anatomicznych danych, w obec nawet tej, choć niedokładnie wyjaśnionej nagłej śmierci mógł być dostatecznym powodem do tak stanowczego o przyczynie śmierci, orzeczenia? Prawda, że dość często same tylko warunki, w jakich się trup znajduje i w braku innych powodów śmierci, pozwalają nam orzec, iż w tym lub owym wypadku śmierć mogła nastąpić od zmarznięcia, lecz w danym wypadku, warunki śmierci towarzyszące nie mogą stanowczo za śmiercią od zmarznięcia przemawiać, a przeciwnie mamy dane, z których nieco odmienny wytwarza się obraz.

I tak, mamy przed sobą 68-letniego starca, nałogowego pijaka z powiększonym i tłuszczowo zwyrodnionem sercem; starzec ten walczy z przekorą potężnej psychicznej natury; organiczna odporność takiego człowieka, przytem zostającego dość długo na zimnie, nie wielka, zaś tłuszczowo przeistoczone serce w czynności swej wyczerpać się może łatwo, tak, że w końcu, pod wpływem nieprzyjaznych czynników: moralnie gnębiącego nastroju, słabej organicznej energii, a nawet prawdopodobnie i nie dodatnio działającego chłodu — wyczerpuje, nagle bić przestaje, umiera; będzie to obraz takiej śmierci, jaką *Leichtenster*n (*Die plötzlichen Todesfälle bei pleuritischen Exsudaten. Kron. Lek. Nr. 20*) nagle zgonu przy wysiękach pleuurytycznych u ludzi z tłuszczowo-przeistoczonym sercem objaśnia; za taką śmiercią, a raczej objaśnieniem w naszym wypadku, przemawia brak krwi w lewej połowie serca, bezkrwistość mózgu, bo i mózg, nie otrzymawszy dowozu krwi, przestał funkcjonować; zgonowi może nawet lekkie towarzyszyły drgawki, ztąd zaciśnięcie pięści.

W takich to warunkach, według naszego mniemania, mógł się odbyć nagle zgon denata Ż. Jakkolwiek nasze przypuszczenie może być li tylko prawdopo-

dobnem, bądź co bądź jednakże na podstawie tych sądowo-lekarskich danych, jakieśmy mieli do rozporządzenia, śmierci od zmarznięcia stwierdzić nam nie było wolno. Kol. R. rzecz o wpływie chłodu jeszcze dalej posunął, bo w danym wypadku zupełnie udziału odmówił.

Po wysłuchaniu opinii biegłych, prokurator swe cofnął oskarżenie, a następnie sąd, po skończeniu mowy obrońcy, oskarżonego o przyczynienie się do śmierci ojca od odpowiedzialności uwolnił.

PRZEGLĄD LITERATURY ZAGRANICZNEJ.

D-r L. von Lesser. Die chirurgischen Hilfsleistungen bei dringender Lebensgefahr (Lebensretende Operationen). Leipzig. 1880¹⁾.

Praca D-ra Lesser'a, docenta chirurgii w Lipsku, znanego już zaszczytnie z licznych swoich prac naukowych, zasługuje na bliższy rozbiór i zapoznanie z nią czytelników Gazety Lekarskiej, stanowiąc w literaturze lekarskiej ważny nabytek, że się tak wyrażę, naukowo-praktyczny.

Wypada mi usprawiedliwić wyrażenie powyższe, że praca ta jest nabytkiem naukowo-praktycznym.

Praca, rozbierająca najważniejsze i jedne z trudniejszych kwestyj chirurgicznych, t. j. pomoc chirurga i lekarza w nagłych przypadkach, jak: przy krwotokach, zaduszeniach, zadławieniach, w wypadkach zamknięcia światła przewodu pokarmowego, nagromadzenia się płynów w jamach ciała, pomoc w czasie wojny i t. p., musi mieć kierunek ściśle praktyczny.

Z drugiej strony, wszystkie kwestyje, które autor porusza, rozpatrywane są z punktu wyłącznie naukowego, opierając się na najnowszych źródłach i zdobyczach, tak fizjologii jak i patologii. Nie znajdujemy tam np. suchego opisu, jak i jakie się powinno nakładać przewiązki (ligatury) na naczynia, jak powinno się dokonywać przecięcia tchawicy i t. p., co w wielu dawniejszych podobnych podręcznikach spotykamy, lecz wszystko stara się autor ująć w ściśle karby naukowe, i przedmiot czysto praktyczny oprzeć na danych teoretyczno-naukowych.

Uważałem za właściwe, przed szczegółowym rozbiorem pracy D-ra Lesser'a, dać Czytelnikowi te ogólne nad nią uwagi, aby wpoić w niego to przekonanie, że w podręczniku tym, traktującym kwestyje doskonale każdemu lekarzowi znane i na kursach wykładane, znajdzie wiele rzeczy nowych, ugrupowanych systematycznie, i z uwzględnieniem najnowszej literatury, odnoszącej się do danego przedmiotu. To też studentom, kończącym studia lekarskie, jak również młodym lekarzom-praktykom, którzy z obfitym zasobem wiadomości teoretycznych, nie mają jeszcze odpowiedniej rutyny praktycznej, tak niesłychanie ważnej w tych zwłaszcza przypadkach i różnych okolicznościach, które szczegółowo rozbiera praca D-ra Lesser'a, możemy ją gorąco polecić nie tylko do przeczytania lecz i do przestudyjowania. Praca D-ra Lesser'a, poświęcona jego mistrzowi, B. v. Langenbeck'owi i C. Ludwig'owi, składa się z 12-stu odczytów, wygłoszonych na uniwersytecie w Lipsku, w latach 1878—1879, które zajmują około 200 stronnic druku.

¹⁾ D-r v. Lesser. Pomoc chirurgiczna w nagłych zagrażających życiu wypadkach (operacje ratujące życie). Lipsk. 1880.

W pierwszym odczycie podany jest ogólny pogląd na rozbiegany przez autora przedmiot.

Pomoc chirurgiczna w nagłych wypadkach może się odnosić do pojedynczego człowieka, lub też do większej ilości ludzi razem zgromadzonych.

Odnosnie pojedynczego przypadku mamy do czynienia:

a) albo z utratą ważnych dla życia soków, jak np. krwi.

b) albo z przeszkodą w prawidłowym dostarczaniu organizmowi czynników niezbędnych do życia, t. j. powietrza i pokarmu.

c) lub wreszcie z nagromadzeniem w organizmie czynników szkodliwych mechanicznie, chemicznie, lub też i mechanicznie i chemicznie, jak: nagromadzenie się płynów w jamie opłucnej, zatrzymanie moczu, zatrucie gazami lub substancjami trującymi.

Odpowiednio do tego wynika podział całej pracy na główne rozdziały: I. Tamowanie krwotoków. II. Dostarczenie powietrza przy zaduszeniach i otruciach. III. Usunięcie przeszkód w przewodzie pokarmowym, t. j. otwieranie przełyku, żołądka, operacje zaciśnięcia kiszek (hermijotomije) i zarosnięcia odbytu i t. p. IV. Otwieranie jam ciała dla usunięcia płynów w nich nagromadzonych (jamy opłucnej, macicznej, pęcherza moczowego i t. p.). V. Leczenie guzów szybko rosnących (torbiele jajników, bąblowce i t. d.).

Co się tyczy pomocy chirurgicznej w przypadkach, którym może uleżeć większa ilość ludzi razem zgromadzonych (*Massenunglück*), to jako prototyp służyć tu może pomoc lekarska w czasie wojny.

Przechodząc do dalszych odczytów, niepodobna mi tutaj podawać mnóstwa nagromadzonych w nich szczegółów i objaśnień autora, których zrozumienie stara się w wielu miejscach uprzystępnieć czytelnikowi, opisem doświadczeń dokonywanych na zwierzętach, w obec swych uczniów.

Nadmienię tu tylko, że odczyty 2, 3, 4, 5 i 6-ty, odnoszące się do tamowania krwotoków, upustów krwi i przetaczania krwi, są znakomicie opracowane. Widać, że autor panuje nad przedmiotem, że w rozbieganych kwestyjach wiele sam pracował i przyczynił się do rozjaśnienia różnych wątpliwości.

W rozdziale 7-mym rozbiega autor różne przypadki, w których wstrzymany jest dostęp powietrza do organizmu, głównie przez zamknięcie światła krtani i podaje opis różnego rodzaju przecięć tchawicy (tracheotomii).

Jakkolwiek rozdział ten pod względem zwłaszcza fizjologicznym jest doskonale opracowanym, to nie można tego powiedzieć odnośnie do podanych przez autora metod operacyjnych. Opis otwarcia tchawicy, który autor podaje, jakkolwiek przez wielu przyjęty, będzie niewątpliwie łatwym do wykonania na trupie, trudnym u chorego, gdyż wymaga doskonałej asystencji i dogodnych warunków operacyjnych, czego właśnie zwykle brakuje przy wykonywaniu tej operacji. Oprócz tego, opis ten nie uwzględnia dość obszernie wszystkich mogących się zdarzyć przy tej operacji powikłań, i nie daje czytelnikowi jasnych wskazówek, jak sobie ma radzić przy takowych. Być może, że ograniczony zakres podręcznika, traktującego tyle ważnych kwestyj, był tego przyczyną.

W 8 i 9-tym odczycie rozpatruje autor przewód pokarmowy, t. j. zastanawia się nad pomocą chirurgiczną niezbędną przy zamknięciu światła w jednym z oddziałów tego przewodu. Przeszkody w przełyku i ich usuwanie, uwięźnięcie kiszek, najnowsze teorie odnoszące się do tego przedmiotu, leczenie uwięźnięć, jak również przecięcie ścian żołądka i utworzenie sztucznego odbytu, obszernie rozbiega autor.

W 10-tym odczycie zastanawia się nad pomocą chirurgiczną przy obecności płynów w klatce piersiowej; rozbiega szczegółowo: przekłucie klatki piersiowej (*thoracocentesis*), przecięcie ścian klatki piersiowej (*thoracotomia*) i wypilowanie żeber przy wysiękach opłucnej.

Jedenasty odczyt zajmuje się leczeniem w przypadkach nagromadzenia się płynów w jamie brzusznej, wytworzenia się w niej torbieli, zatrzymania moczu w pęcherzu, oraz krwi w macicy, wszystko z uwzględnieniem odpowiednich wskazań i krytycznym rozbiorem naukowym. Jako dodatek tego odczytu, stanowi doskonale opracowana część, odnosząca się do zaburzeń, które występują przy zmniejszonej pojemności jamy czaszkowej, jakoto: krwotoki w jamie czaszkowej, złamania kości czaszki, ropnie w mózgu, wstrząśnienia mózgu i t. p.

W 12-tym odczycie, dotyczącym pomocy chirurgicznej w czasie wojny, podaje autor w krótkości zasady organizacyi służby lekarskiej na polu bitwy i punktach opatrunkowych.

Co do ogólnej wartości tego podręcznika, zdanie nasze wyraziliśmy już na początku niniejszej oceny, tu tylko dodam, że praca ta od początku do końca czyta się z zajęciem i służyć może za wzór, jak podobne podręczniki powinny być pisane.

D-r E. Modrzejewski.

Handbuch der Allgemeinen Therapie, herausgegeben von H. v. Ziemssen.

II Bd. III Theil. Hydrotherapie von D-r W. Winternitz.

D-r Winternitz, docent hydroterapii w Wiedniu, znany od lat kilkunastu ze swoich prac gruntownych na polu wodolecznictwa, zaczął jeszcze w roku 1875 wydawać swój obszerny wykład hydroterapii pod formą wykładów klinicznych, w roku 1879 takowe ukończone zostały w zupełności, tworząc dwa obszernie tomy. O dziele tem, posiadającym wysokie zalety teoretyczno-praktyczne, podałem obszernie sprawozdanie w swoim czasie w czasopiśmie „Medycyna“. Obecnie Winternitz wydał rodzaj skrótu swojego obszernego wykładu, i zdaniem naszym uczynił to bardzo dobrze, gdyż jako praca treściwsza, jest więcej dostępną dla lekarzy praktyków, a powtórne w formie obecnej więcej przedstawia jednolitości i treściwości, nie straciwszy na swojej wewnętrznej wartości.

Właściwy wykład poprzedza zarys literatury i historyja hydroterapii. Rozdział ów stosunkowo bardzo obszerny, bo aż 85 stronnic liczący, jest pióra nie Winternitz'a, lecz D-ra Plohn'a z Wiednia. Rozdziału owego brakuje w dawnym wykładzie Winternitz'a; dział ów, chociaż stosunkowo za obszerny, jest jednakże bardzo zajmująco skreślony, autor opisuje dzieje wodolecznictwa od najdawniejszych aż do dzisiejszych czasów, rozbiera jednocześnie krytycznie osobistości i prace, stanowiące epoki w tej gałęzi terapii. Obok tego na szczególną uwagę zasługuje zestawienie dokładne biblijografii, dotyczącej wodolecznictwa, poczynając od Hippokratesa, aż do roku 1881. Za tę część pracy należy się D-rowi Plohn rzeczywista wdzięczność ze strony każdego lekarza, wiadomo jak trudno jest zbierać biblijograficzne dane, szczególnie w dawniejszych czasach, w jakiegokolwiek gałęzi wiedzy naszej. Aby zaś czytelnikowi dać dowód, jaką olbrzymią literaturę posiada hydroterapija i ile czasu trzeba było poświęcić na zestawienie takiej pracy, niech posłuży ta okoliczność, że spis ów biblijograficzny pomieszczony jest drobnym drukiem aż na 23 stronicach.

W dziale pierwszym właściwej hydroterapii autor rozbiera fizjologiczne działania wody na organizm, rozbiera po kolei działanie wody na miejsce zastosowania, wpływ jej na ciepłotę organizmu, na serce, na system nerwowy wydzieliny i t. d. Wywody są oparte na doświadczeniach fizjologów, jako też na bardzo wielu własnych experimentach autora, z których na szczególniejszą uwagę zasługują prace autora sfigmograficzne oraz kolorymetryczne. Po tym pierwszym dziale, który jest niejako działem więcej teoretycznym, autor dział drugi poświęca technice hydroterapeutycznej, rozbierając z kolei różne rodzaje manipulacyj hydroterapeutycznych, a więc tak zwaną półkąpiel (Halbbad.), natryski, na-

cierania, zawijania, kąpiel prysznicowa i t. d. W każdej z tych metod. autor opisuje technikę, jej zasadę, wskazania przeciwwskazania. Dział ten jest skresłony wybornie, znać w nim na każdym kroku autora, posiadającego obok gruntownej i teoretycznej wiedzy w wysokim stopniu zmysł praktyczny i wielką rutynę kliniczną, chociaż tu i owdzie dałby się zarzucić autorowi zbyt ni entuzyjazm, szowinizm niemal dla swej ulubionej metody leczniczej. W dziale ostatnim wreszcie, który jest więcej ogólnej doniosłości, autor opisuje tak zwane skombinowane terapeutyczne metody — a więc opisuje metodę przeciwkongestynną, antypyretyczną, przeciwzapalną i t. d., zastanawia się nad podstawami leczenia hydropatycznymi w tego rodzaju zбочeńiach, oraz rozbiera krytycznie metody hydroterapeutyczne, które w danym razie stosować wypada.

Taką jest treść hydroterapii Winternitz'a. Dzielkiem owem W. oddał istotną usługę literaturze lekarskiej, przedstawił krótki, na zasadach racjonalnych oparty wykład hydroterapii, dla użytku lekarzy-praktyków. Hydroterapija bowiem dzisiaj nie powinna być własnością pewnej kasty lekarzy, jak to jeszcze do niedawna miało miejsce, lecz winna być uważaną jako jedna z bardzo ważnych metod terapii ogólnej, a tem samem znaną i w danym razie stosowaną być winna wszędzie i zawsze, gdzie tego zachodzi potrzeba, przez każdego lekarza-praktyka.

Dr. Sokołowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

52. *Pneumonie massive.* (*Archives Générales de Médecine, Février, 1881.*)

Podał Dr Alfred Sokołowski,

D-r Grancher był pierwszym, który w 1878 r. (*Gaz. méd. de Paris*) zwrócił uwagę na tego rodzaju zapalenia płuc. Spostrzeżenie, które służyło mu za podstawę opisu, było tak dalece typowe, że je tutaj podajemy w streszczeniu: V., lat 41, podczas spocenia się został obłany wiadrem wody, w skutek czego natychmiastowo doznał silnych dreszczy, a następnie ogólnego osłabienia. Czwartego dnia wstąpił do szpitala na oddział D-ra J a c c o u d, a wówczas stan jego przedstawiał się jak następuje: wychudzenie znaczne, duszność, kaszel silny spazmatyczny, obfita plwocina ciągnąca się, lepka, żółtawa. Badanie fizykalne wykazało w $\frac{3}{4}$ częściach dolnych płuca prawego, od przodu i od tyłu tępość zupełną, odgłosu opukowego, brak szmeru oddechowego i falowań głosowych. Pomimo tego dolne części klatki piersiowej po stronie prawej unosiły się przy oddechaniu tak dobrze jak i po stronie zdrowego lewego płuca.

Dnia następnego objawy te same. 3-go dnia ogólne pogorszenie, duszność znaczniejsza, plwocina obfitsza, lepka, zielonawa, a mimo to gorączka spadła z 40° do 38,5° C. D-r Grancher, przypuszczając obecność w jamie opłucnej znacznej ilości wysięku, zrobił przekłucie klatki piersiowej, przy pomocy przyrządu aspiracyjnego P o t a i n'a. Operacyja jednak dała wynik zupełnie ujemny, wyciągnięto bowiem tylko kilka kropli czystej krwi. Podobnie ujemny wynik dało i drugie przekłucie. Dnia następnego, t. j. 9-go choroby, śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało: lewe płuco silnie przekrwione; prawe lekko przyrośnięte; w jamie jego opłucnej niema ani śladu wysięku, samo płuco ciężkie, zwątrobiałe, kruche, na przekroju ziarniste w dwóch trzecich częściach dolnych, szare na rozkroju. Oskrzela są wypełnione na całej przestrzeni masą włóknikową, włóknik ów jest koloru żółtawego, sprężysty i rozdzielający się na drobne włóknienka. Odchodzi on z łatwością od ścian oskrzeli. Tym sposobem cały prze-

wód powietrzny był najzupełniej zatkany masą włóknikową. Przytoczony wynik badania pośmiertnego wyjaśnił z łatwością istniejące za życia objawy fizykalne; oskrzela zatkane masą stałą nie były w stanie przeprowadzić fal głosowych i tym sposobem zapalenie płuc rozlane dawało objawy fizykalne właściwe wysiękowemu zapaleniu opłucnej.

Spostrzeżenie powyższe ma niesłychaną wartość praktyczną, słusznie też zwrócono na nie baczną uwagę. Obecnie dwaj autorowie francuzcy D-rowie Beurmann i Brissaud podają 3 nowe przypadki tego cierpienia z kliniki prof. Lassègue'a w Paryżu. Przypadki owe streszczamy pokrótce. 1) Mężczyzna lat 50 doznał raptownie po zaziębieniu się dreszczy wstrząsających, na drugi dzień wystąpiło także klucie w prawym boku i kaszel. Dopiero 8-go dnia choroby, w skutek ciągłego wzmaganania się cierpienia wstąpił do szpitala. Znalaziono wówczas stan następujący: Znaczne wyniszczenie, stan gorączkowy, stępienie znaczne w górnych częściach prawej strony klatki piersiowej od przodu i od tyłu. Wysłuchiwanie wykazuje zupełny brak oddechu w okolicy podobojczykowej i nadgrzebieniowej. Od kąta dolnego łopatki postępując ku linii pachowej słychać wyraźny oddech oskrzelowy. W lewym płucu objawy zwykłego nieżytu. Kaszel nieznaczny, plwocina nie przedstawia nic charakterystycznego. Gorączka silna. Zalecono cięte bańki, wewnątrz środki pobudzające. Tego samego dnia chory zmarł.

Badanie pośmiertne wykazało zgęszczenie zupełne zrazu górnego prawego płuca, a na przekroju takowy jest brudno-żółtawy. Inne części płuca przekrwione, również i płuco lewe. Na szczególną uwagę zasługują oskrzela zrazu górnego, takowe były od najgrubszych co do najdrobniejszych rozgałęzień zapełnione masą białawą, włóknistą. W innych częściach oskrzeli nic podobnego nie napotkano. Przypadek ów jest wielce podobny do poprzedniego; pod względem dyagnostycznym różni się tylko obecnością oddechu oskrzelowego, słyszanego na granicy nieb al zwałrobiałego płuca. Objaw, ten w połączeniu z kaszlem nieznacznym, brakiem plwociny charakterystycznej i innymi wyżej wzmiankowanymi objawami fizykalnymi, mógł spowodować istotną trudność w rozpoznaniu cierpienia.

2) 53-letni mężczyzna, po silnem zaziębieniu dostał dreszczy i klucia w prawym boku, poczem wystąpił kaszel z plwociną lekko krwią zabarwioną. 6-go dnia przy wejściu do szpitala znaleziono silną gorączkę (40,2^o C.), duszność wysokiego stopnia, sinięć (*cyanosis*). Przy opukiwaniu znaczne stępienie w górnej części prawej strony klatki piersiowej z przodu i z tyłu; tamże przy wysłuchiwaniu oddech oskrzelowy z charakterem amforycznym. W lewym płucu objawy przekrwienia. Na drugi dzień chory zmarł.

Badanie pośmiertne wykazało zwałrobienie szare (*hepatisatio grisea*) całego zrazu górnego płuca prawego. Zraz średni również zwałrobiał, lecz w nim sprawa przedstawia się jako będąca pochodzenia późniejszego. W lewym płucu objawy przekrwienia i obrzęku. Oskrzela płuca prawego, poczynając od wnęki, wypełnione masą żółto-białawą rozmaitej konsystencji. Niektóre części w zupełności zatkane masą białawą, inne znowu wypełnione nie zupełnie masą żółtawą, przypominającą plwociny, oddawane przy zapaleniu płuc.

Przypadek ten pod względem dyagnostycznym również ciekawy. Istnienie w tym razie oddechu oskrzelowego zależało od tego, iż nie mieliśmy, jak w poprzednich przypadkach, zupełnego zatkania oskrzeli, skutkiem czego fale głosowe mogły być przez zgęszczone płuca łatwo przeprowadzone. Chory zmarł dosyć wczesnie, bo 7-go dnia; może więc być, iż sprawa wysiękowa w oskrzelach nie dosięgnęła jeszcze szczytu rozwoju, jak to miało miejsce w poprzednich przypadkach.

Pod tym ostatnim względem pouczającym jest następujący przypadek:

3) Kobieta 33-letnia wstąpiła do szpitala na drugi dzień po wystąpieniu silnych dreszczy i gorączki. Na trzeci dzień choroby znaleziono oddech oskrzelowy

w części środkowej płuca lewego; nieco rzężeń trzeszczących słychać było jednocześnie w okolicy lewej pachy. Dnia następnego wystąpiła płwocina charakterystyczna dla zapalenia płuc, jednocześnie jednakże oddech zupełnie zniknął w dolnych częściach lewego płuca, a oddech oskrzelowy stał się daleko mniej wyraźnym. Nadto wypukiwało się stępienie zupełne w $\frac{2}{3}$ częściach dolnych płuca lewego i zmniejszenie drgań głosowych. W trzy dni później, t. j. 7-go dnia choroby, przy zwiększającej się duszności chora zmarła.

Badanie pośmiertne wykazało obecność nieznacznej ilości wysięku w lewej opłucnej. Cały dolny zraz lewego płuca w stanie zapalenia. Oskrzelka tego zrazu w całości wypełnione masą włóknikową, posiadającą te same własności co i w przypadkach powyżej opisanych.

* * *

Wyżej przytoczone spostrzeżenia są wielce interesujące pod względem klinicznym i w zupełności obejść się mogą bez wszelkich bliższych objaśnień; sprawozdawca tylko ośmiela się zwrócić uwagę na niewłaściwe nazwanie tej sprawy *pneumonies massives*, nazwa bowiem owa nic bliżej nie określa; czy nie lepiej by więc było sprawę w mowie będącą nazwać *zapaleniem rozlanem krupowym płuci oskrzeli* (*Bronchopneumonia lobaris crouposa acuta*)?

53. Neuber. Sprawozdanie z wyników, osiągniętych podczas letniego półrocza 1880 r. na klinice Esmarch'a, za pomocą opatrunku trwałego przeciwnilnego.

Archiv für Chirurgie. 1881. pag. 77 — 110.

Podał **Wl. Matlakowski**, Ordynator Kliniki Chirurgicznej.

Metoda Lister'a stanowczo zmniejszyła cyfrę śmiertelności chorych operowanych, znakomicie zmniejszyła niebezpieczeństwa, grożące choremu od powikłań przyrannych, jak ropnica i pośocznica. Niektórzy jej zwolennicy postanowili, rozwijając ją dalej, wyciągnąć jeszcze inne korzyści. Wychodząc z tego kardynalnego przepisu listeryzmu, żeby ranę pod opatrunkiem trzymać zamkniętą jaknajdłużej w spokoju, Neuber próbował posunąć tę zasadę *usque ad finem*, t. j. zostawiać ranę pod pierwszym opatrunkiem aż do zupełnego zagojenia. O tych jego usiłowaniach zdawaliśmy sprawę gdzieindziej¹⁾. Teoretycznie przypuszcza się, że przy odpowiednim, z góry w tym celu wyborze sposobu operacyjnego, dobrem złożeniu płatów, zawiązaniu naczyń materiałem rozpuszczającym się, katgutem, spojeniu brzegów ran tymże katgutem, a wreszcie przy należytem utorowaniu dróg dla wypływu wydzielin rany, ta ostatnia powinna się zagoić pod pierwszym opatrunkiem. Zdaniem Neuber'a, dwa głównie powody zmuszają nas do zmiany ścisłego listerowskiego opatrunku: bardzo obfity wpływ wydzieliny surowiczej w ciągu pierwszych 24 — 36 godzin, i potrzeba wyciągnięcia drenów kauczukowych²⁾. Wprowadzając zamiast tych ostatnich sączki kościane, rozpuszczające się w tkankach podobnie jak katgut, zdaniem N., osiąga

¹⁾ Jasiński w „Kronice Lekarskiej“ i ja w „Medycynie“ roku zeszłego.

²⁾ Oczywiście nie mówi się tu o zmianie opatrunku w razie przesiąknięcia krwią, co stanowi rzecz wyjątkową, jakoteż o zmianie opatrunku z powodu zbyt wysokiej gorączki, jak powiada Hunter, co także nie należy do zwykłego typowego przebiegu gojenia się ran pod opatrunkiem przeciwnilnym. — (*Przyp. Spr.*)

się dwie naraz rzeczy, zmniejsza się znakomicie wpływ wydzieliny surowiczej i powtórnie unika się drażnienia rany przez wyciąganie drenu w tym okresie gojenia, kiedy rana najbardziej potrzebuje spokoju. Dłużej zostawiać drenów kauczukowych nie można, gdyż jak spostrzeżenia pouczają, usuwając je na 12—14 dzień, otrzymujemy w ranie kanał wysłany ziarniną, który goi się z a w s z e *per suppurationem* w ciągu dalszych 1—2 tygodni. Nadto, wyciągając w tym okresie dreny, narażamy ranę na poobrywanie granulacji wrosłych w okienka, na krwawienie i na podrażnienie młodej tkanki. Tego wszystkiego unika się przy użyciu drenów kościanych odwapnionych. Prócz tego N., z wyjątkiem rzadkich większych powierzchni rannych, usunął z opatrunku swojego, osłonkę jedwabną, i bezpośrednio na zeszytą ranę kładzie waleczek z gazy antyseptycznej, na to walek większy; opatrunek przymocowuje bandażem z muslinu nakarbolowanego, a na wszystko bandaż gummowy, łagodnie uciskający. Tak zmodyfikowany opatrunek przeciwnilny zowie N. opatrunkiem trwałym (*antiseptischer Dauerverband*).

N. zdaje sprawę z 81 operacyj, dokonanych u 80 chorych, z których $\frac{1}{2}$ (*delirium tremens et apoplexia cerebri*). Przez całe półrocze nie było ani jednej komplikacji przyrannej; ropienie minimalne w niektórych przypadkach po odjęciu pierwszego opatrunku, z otworów, gdzie tkwiły dreny. N. sądzi, że wyniki tego rodzaju opatrunku są świetne; a chociaż taki sam ostateczny rezultat możliwy jest i przy innym opatrunku przeciwnilnym, mimo to nigdy leczenie nie będzie tak niebolesne, tak krótkie, tak niefrasobliwe dla lekarza, a tanie dla zakładu, jak jego opatrunek, zasadniczą myślą którego jest zasada, że rana do pewnego czasu winna być uważana za *noli me tangere*.

W tej liczbie 81 operacyj było:

32 wyluszczenia guzów, z których w 27 przypadkach rana zagoiła się pod jednym opatrunkiem zupełnie, lub pozostały małe ranki na miejscach, gdzie były sączki.

6 nekrotomij, leczonych bez tamponowania, tylko zaszytych i przedrenowanych; pierwszy opatrunek leżał 4 tygodnie w 4 przypadkach, zagojenie zupełne bez ropienia w jednym przypadku.

12 wyluszczeń ze stawu i odjęć (2 wyluszczenia uda!), z tego pod jednym opatrunkiem zagoiło się 6 przypadków, w 6 innych małe ropienie.

13 wypilowań (8 stawu łokciowego, 4 kolanowego, 1 stopowego). Pierwszy opatrunek leżał 4 tygodnie, rany pogoiły się z wyjątkiem małych powierzchni granulacyjnych, powstałych tam, gdzie były dreny. W ogóle na zagojenie zupełne po wypilowaniu stawu łokciowego potrzeba według N. $\frac{1}{2}$ roku, a stawu kolanowego 2—3 miesięcy. Pogląd N. na rezultaty wypilowań stawów grzybowatych (*arthritis fungosa*) jest daleko bardziej zadowolniający, niż np. Koenig'a, który dość pesymistycznie odzywał się o resekcjach stawów grzybowatych. N. przypisuje to swojemu opatrunkowi,

3 osteotomije. 2 razy wygojenie pod pierwszym opatrunkiem bez ropienia.

15 różnych innych operacyj.

Za daleko ważniejsze od tych wyników uważam uwagi N. o wskazaniach, i zadosyćczynieniu tym wskazaniom przy zabezpieczeniu odpływu wydzielin. Jest-to bardzo ciekawy ustęp jego pracy, obszerniej niż gdzieindziej wyłożony, a dla swej pierwszorzędnej wagi wart szczegółowego rozbioru. N. przekonał się, że i kościane odwapnione dreny nie zawsze odpowiadają swemu celowi. Nie wywołują one wprawdzie ropienia, jak kauczukowe, nie drażnią rany, lecz nieraz znajdował on je niezupełnie wessane, to jest, że niekiedy leżą one dłużej na ranie, niż tego wymaga ich cel w danym przypadku. Przeto N. zrobił znaczne ustępstwo tak nazwanej przez siebie kanalizacji i dziurawieniu skóry. A mianowicie, gdy płaty rany są za obszerne, aby je bezkarnie można pozostawić bez drenu, a zbyt cienkie, żeby pakować pod nie dreny, N. ucieka się do drogi pośredniej: u samej podstawy płatów wycina osobnym przyrządem (podobnym do tego

jaki służy do wybijania dziurek w rzemieniu), dziurki, i to nazywa dziurawieniem skóry (*Hautdurchlöcherung*), gdzie zaś pod skórą jest gruby pokład tłuszczu, którego gronka mogłyby zatykać otworki, wycina nożyczkami ów tłuszcz przed zeszcieniem płatów. W końcu tak formułuje wskazania:

1) Ani drenów, ani otworów w skórze, lecz zupełne zamknięcie rany, jeśli ta jest powierzchowną i gładką, np. po wyluszczeniu małych podskórnych guzów.

2) Otwory w skórze należy robić tam, gdzie rany są duże, leżą w częściach miękkich, tuż pod skórą. Np. po wyluszczeniu sutki, wycięciu większych guzów podskórnych.

3) Sączki kościane wskazane będą tam, gdzie zagojenie może nastąpić dopiero po kilku tygodniach, np. przy wypilowaniach większych stawów, po hermiotomii, po wyluszczeniu głębokich guzów.

4) Nakonec, dreny kauczukowe (a zarazem kościane i otwory w skórze w razie potrzeby) są wskazane tam, gdzie rana prawdopodobnie goić się będzie przy ropieniu, np. wyluszczenie ze stawu udowego, lub wycięcie rozpadających się, posoczałych nowotworów.

54. Przyczynek do rozpoznawania wad serca.

Zur Diagnose der Herzfehler. (Berl. kl. Woch. 1881. Nr. 10.)

Skreślił D-r **J. Pawiński.**

Wiadomo, że zastawki serca mogą się stać niedostatecznymi nie tylko w skutek zmian organicznych, ale także bez tych ostatnich, w skutek zmiany normalnych stosunków pomiędzy wielkością i naprężeniem zastawek z jednej, a wielkością otworu z drugiej strony, czyli inaczej mówiąc, zastawki serca mogą być względnie niedostatecznymi. Jakkolwiek względna taka niedostateczność dotyczyć może wszystkich zastawek serca, to jednakże pod względem klinicznym pierwsze miejsce w tym względzie zajmuje zastawka dwudzielna, i tym sposobem daje bardzo często powód do błędnego rozpoznania. Otóż autor, w wymienionym powyżej artykule, zastanawia się głównie nad przypadkami, w których względna niedostateczność zastawki dwudzielnej braną bywa za organiczną i gdzie w skutek tego stawia się rozpoznanie wady serca. Choroby samego mięśnia sercowego są, według autora, prawie wyłącznym powodem względnej niedostateczności zastawki dwudzielnej. Na pierwszym miejscu stawia tu autor przerost serca, bądź to pierwotny, bądź następczy, w skutek cierpienia nerek i innych chorób, dalej, zmiany chorobowe mięśnia sercowego, bardzo często u osób starszych spotykane. Powiększenie wymiarów serca, szmery u otworu żylnego lewego słyszalne, obrzęk kończyn dolnych, krótki oddech, objawy zastoinowe w wątrobie, śledzionie, zdają się przemawiać na korzyść wady organicznej serca i bardzo utrudniają rozpoznanie. Otóż powiększenie tępości serca głównie ku stronie lewej, uderzenie wierzchołkowe serca, po za linią sutkową spostrzegane, rozstrzyga wątpliwość, zdaniem autora, na korzyść względnej niedostateczności zastawki dwudzielnej, gdyż przy niedostateczności organicznej tępości serca powiększa się głównie ku stronie prawej, ku prawemu brzegowi mostka. Objawy wysłuchowe przy względnej niedostateczności zastawki dwudzielnej są mniej pewne, aniżeli opukowe, a mianowicie tony serca bywają wtedy albo czyste albo głuche, albo też zamiast nich słyhać szmery. W ogóle, im powiększenie objętości serca jest większe, tem szmery są wyraźniejsze.

Do drugiej grupy chorób, które wielkie okazują podobieństwo w objawach do wad organicznych zastawek, zalicza autor rozszerzenie serca (*dilatatio cordis*). Przytacza on przypadek, w którym młody człowiek, lat 21 liczący, przy-

był do szpitala z najwydatniejszymi objawami organicznej wady serca, w okresie naruszenia kompensacji. Sekcja zaś wykazała, że brzegi zastawki dwu- i trójdzielnej były zupełnie nienaruszone, a istniało tylko rozszerzenie serca, które spowodowało względną niedostateczność zastawek. Chorzy ze względną niedostatecznością zastawki dwudzielnej skarżą się zwykle na krótki oddech i bicie serca, przy silniejszych ruchach występujące. Prócz rozedmy płuc, brak zwykłego etjologicznego momentu wad organicznych zastawek, t. j. reumatyzmu, odgrywa w rozpoznawaniu względnej niedostateczności zastawki dwudzielnej bardzo ważną rolę: a) Przy badaniu fizykalnem znajdujemy zwykle znaki bardzo znacznego rozszerzenia obu komórek serca, tak, że tępość serca przechodzi nie tylko po za linię sutkową lewą, ale także przekracza prawy brzeg mostka, przytem tętno bywa małe, częste, miękkie, uderzenie wierzchołkowe zaledwie wyczuwalne, a drugi ton tętnicy płucnej nieznacznie tylko wzmocniony. Ponieważ powiększenie tępości serca ku stronie lewej i to w tak znacznym stopniu nie spotyka się przy wadzie organicznej zastawki dwudzielnej, jest więc dla rozpoznania względnej niedostateczności rzeczą niezmiernie ważną. b) Szmer bywają bardzo silne, zajmują miejsce pierwszego tonu, a słychać je najwyraźniej na mostku i przy mostku pomiędzy 4 a 6-tem żebrem, dalej — u wierzchołka serca są różnego odcienia (*timbre*), gdy tymczasem przy wadzie organicznej zastawki dwudzielnej szmer, w okolicy wierzchołka słyszalne, przenoszą się wprawdzie na mostek, ale nie zmieniają swego charakteru, są tylko słabsze, jak w okolicy wierzchołka; słowem przy rozszerzeniu serca spotykamy jednocześnie znaki względnej niedostateczności tak zastawki dwu-, jak i trójdzielnej, gdy tymczasem przy wadach organicznych zastawki dwudzielnej, jak również i przy przerostach z następczem przeistoczeniem mięśnia sercowego sama tylko zastawka dwudzielna staje się niedostateczną. c) Dalej, jako trzeci znak rozpoznawczy, przytacza autor wpływ, jaki wywiera głębokie oddechanie na natężenie szmerów, w okolicy wierzchołka serca słyszalnych, przy względnej niedostateczności zastawek, na co już poprzednio Waldenburg zwrócił słuszną uwagę.

W końcu opisuje autor przypadek względnej niedostateczności zastawek półksiężycowych aorty u starej kobiety, lat 74 liczącej, w którym niedomykalność zastawek powstała w skutek rozszerzenia aorty wstępującej, dotkniętej sprawą ateromatyczną. Sekcja potwierdziła rozpoznanie: zastawki półksiężycowe były nietknięte, a pomimo tego istniał przerost lewej komórki z powiększeniem jamy tejszej, a dowodzący także, że zastawki aorty nie zamykały szczelnie otworu, przez który krew z aorty podczas rozkurczu powracała do lewej komórki.

55. S. J. Afanassjew. O leczeniu chorych tyfusowych przy pomocy długotrwałych ciepłych kąpeli. Autora zachęciły wyniki, otrzymane w podobnychże warunkach przez Riessa (*Centralblatt f. d. med. Wissensch.* 1880. pag. 545), który chorych swych zaraz po przybyciu do szpitala zanurzał na 24 godzin do kąpeli o temperaturze około 31° C. (25° R.). Na drugi dzień wprowadzano termometr do odbytnicy i jeżeli tylko ciepłota przewyższała 38,6° C., w takim razie znowu pogrążano chorego do wanny, w której przebywał tak długo, dopóki ciepłota nie obniżyła się do 37,6° C. Wtedy wyjmowano go z wanny i oczekiwano na nowe wzmoczenie się gorączki. W ten sposób udawało się Riessowi utrzymywać ciepłotę podczas całego przebiegu tyfusu brzuszkiego mniej więcej około normy. Afanassjew nie mógł, dla przyczyny czysto miejscowych, pozostawiać chorych tak długo w wodzie, poprzestawał więc na kąpielach trzy-godzinnych, czasem nieco dłuższych, czasem krótszych. Chorych (7) pomieszczał na prześcieradle przymocowanem do ramy, opasującej wannę. Pod głowę dawał im wycieczną, okrągłą, poduszkę gumową. Ciepłota wody wynosiła zwykle 31° C. (25° R.), czasami jednakże, ze względu na subiektywne czucie chorego, równała się 33° C., a nawet 35° C. Wszystkiego zrobił 114 kąpeli. Wszysey chorzy przez cały czas choroby (dwa wypadki były bardzo uporeczywe, tak pod względem długotrwałości, jakoteż i natężenia gorączki) byli najzu-

pełniej przytomni. Przy dobrym śnie, prawie zupełnym braku bólu głowy, zachowywali ciągle apetyt. Ciężota ciała zmniejszała się o 1 5⁰—3,2⁰ C.; łatwiej opadała ona w późniejszych okresach choroby i wieczorem, niż rano. Typ gorączki ciągłej (*febris continua*), właściwy tyfusowi u szczytu jego rozwoju, zmieniał się na zwałniający (*remittens*), lub też przepuszczający (*intermittens*). Wraz z ciepłotą i tętno przybierało właściwości i jakościowo i ilościowo pomysłniejsze dla chorych. Oddechanie zwykle stawało się mniej częstym, bywały jednakże wypadki, iż po wyjściu z wanny chorey poczynął tak powierzchownie i niejednakowo oddechać, iż prawie nie można było sądzić o częstotliwości ruchów oddechowych. Autor radzi, aby chorym dawać o ile możności wygodne położenie, unikając zbytecznego napięcia mięśni. Poleca posiłkować się materacem gumowym napełnionym wodą tejże ciepłoty co kąpiel. Często należy chorych przewracać z boku na bok, aby uniknąć wielce dla nich nieprzyjemnych zastoin.

St.-Petersburger Med. Woch. 1881. Nr. 7.

L. A. Anders.

56. Preyer. O przyczynie pierwszego ruchu oddechowego. (*Ueber die Ursache des ersten Athembewegung*). Jeżeli po otworzeniu brzucha świnki morskiej, będącej w ostatnim peryjodzie ciąży, rozciąć ściankę macicy przed pyszczkiem płodu i ustawić go tak, żeby nozdrza płodu znajdowały się w otworze ściany brzusznej w zetknięciu z powietrzem, to prędzej niż po upływie pół minuty płód zaczyna oddechać. Na otworach nosowych widać wyraźnie ruchy odpowiednie inspiracji i ekspiracji. Oddechanie to jest nieregularne: częste lub powolne, rzadko głębokie, najwyżej bardzo powierzchowne. Mechaniczne drażnienie nozdrzy wywołuje mocną inspirację, a nawet u silniejszych płodów i krzyk ekspiracyjny. Jeżeli po 5 minutach takiego doświadczenia otworzyć płód i zbadać jego płuca to te są rozdęte powietrzem i pływają po wodzie.

W czasie doświadczenia łożyskowe oddechanie i krążenie płodu, jak to widać po stanie naczyń krwionośnych w pępowinie, w niczem się nie zmieniają. Zbyteczne oddechanie płucami (*Luxus-Respiration*) przed porodem im nie szkodzi.

Doświadczenie powyższe dowodzi:

a) że ruchy oddechowe nie są skutkiem braku tlenu we krwi płodu, że dalej nie wywołuje ich ani nagromadzenie się we krwi produktów przemiany, łatwo utleniających się ciał z powodu uszkodzenia krążenia łożyskowego, ani też (nie dowiedzione jeszcze) nagromadzenie się we krwi kwasu węglanego. Te powody teoretyczne upadają, gdyż w wymienionych okolicznościach skutkiem trwania krążenia i oddechania łożyskowego, żadna z wyliszonych przyczyn nie działa.

b) Druga hipoteza, że pierwsza inspiracja następuje tylko z powodu ochłodzenia powierzchni ciała bezpośrednio po porodzie, również upada. Płód pozostając w macicy bez takiego ostudzenia zaczyna oddechać.

c) Upada i twierdzenie, że dla pierwszego oddechu potrzeba wpływu powietrza na drogi oddechowe, albowiem, jeżeli przed otworzeniem macicy wstrzyknąć, za pomocą szprycy, do wód płodowych jakiegokolwiek płynu zabarwionego i przez uderzanie drażnić płód dojrzały, to tenże zaczyna mocno i trwale oddechać. Przy badaniu takiego płodu spotyka się całe płuca zabarwione. To dowodzi, że ruchy oddechowe mogą zacząć się w jaju płodowym bez dostępu powietrza.

Wszystko zaś razem wskazuje, że dla wywołania pierwszych ruchów oddechowych potrzeba pobudzenia nerwów skóry i że te ruchy są reflekssem. Nadto, podług autora zmienianie się krwi tętnicznej w żylną, samo przez się, nie może wywołać u płodu ruchów oddechowych. Ośrodki oddechowe, do których dopływa krew zmieniona w żylną, dają się pobudzić już przez takie bodźce, które w warunkach prawidłowych podnieciły by ich nie były w stanie. *D-r E. Przewoski.*

Jenaische Zeitschrift f. Naturwissenschaft. Bd. IV. 1881. Supplement-Heft I. pag. 17.

57. Dr. Tacke. Atropina jako środek pewniejszy od Extr. Secalis cornuti przy krwotokach płucnych i macicznych. Autor, na podstawie kilku spostrzeżeń, zaleca w odnośnych przypadkach podskórne użycie siarczanu atropiny po 1/200 gr. 2 razy dziennie. Przepisuje w ten sposób:

Rp. Atropini sulf. 0,01 (1/6 gr.)

Aq. destil. 10,0 (2 1/2 dr.)

M. D. S. 0,3 (5 kropel) dwa do trzech razy dziennie wstrzykiwać.

(*Berl. Klin. Woch. 1881. Nr. 6.*)

L. A.

58. Lucas Championnière podaje następujący przepis do przeciwnie postępowania w praktyce akuszerijnej:

1) Najsurowiej zabrania się badać kobietę temu ze słuchaczy, który poprzednio nie umył czysto rąk w słabym ($2\frac{1}{2}\%$) roztworu kwasu karbolowego i nie nasmarował palców oliwą karbolową.

2) Kobięcie rodzącej obmywają części rodne mocnym roztworem kwasu karbolowego, a często, jeśli poród trwa długo, na miejsca te kładą kompres, zmoczony w słabszym roztworze kwasu karbolowego.

3) Położnicy, po porodzie, obmywają części rodne mocniejszym roztworem, a na srom kładą gruby okład płócienny, maczany w roztworze słabszym i zmieniają go 5 razy dziennie. Żadnych wstrzykiwań do pochwy robić nie wolno.

4) Przy porodach z pomocą sztuczną, gdzie pomimo wszelkich ostrożności, ręce i narzędzia mogą się stać roznośicielami zarodków gnilnych, zaleca L. Ch. jednorażowe przestrzyknięcie pochwy 5% roztworem kwasu karbolowego i następnie już tylko okłady, maczane w słabszym roztworze (*Gaz. des Hôpitaux. 12 Février 1881.*)

Wyniki takiego postępowania są świetne, tem chętniej więc podajemy niniejsze przepisy, szczerze pragnąc aby takowe jaknajprędzej znalazły zastosowanie w praktyce prywatnej i szpitalnej. Zdaje się, że dziś już nikomu nie potrzeba tłumaczyć ważności postępowania przeciwnie, gdyż wyniki chirurgii dni ostatnich zbyt jasny tego dowód stanowią; o ile akuszerija u nas pamięta o tym dzisiejszym katechizmie chirurgicznym, nie wiemy, spotykamy się jednak z faktami, które mocne zwątpienie pod tym względem wzbudzić mogą.

R. J.

Zjazd III lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Jakkolwiek dotychczasowe zgłoszenia się i doświadczenia z dwóch poprzednich Zjazdów ezerpane, nie pozwalają ani na chwilę wątpić, że liczba wykładów i przedstawionych prac na Zjeździe będzie aż nadto wystarczająca, aby zapełnić czas, przeznaczony na posiedzenia sekcyjne, jednakże Wydział gospodarczy postanowił też ze swej strony zapewnić się co do pewnych kwestyj, które w danym razie mogłyby się stać przedmiotem dyskusyj w Sekeyjach Zjazdu, zwłaszcza, że na niektórych Zjazdach lekarskich i przyrodniczych za granicą rzecz ta praktykowała się z powodzeniem w ostatnich czasach.

Tu nadmienić mi przedewszystkiem wypada, że Wydział gospodarczy, uznając naturalny podział Zjazdu na dwa główne grona, t. j. lekarzy i badaczy natury, zastanawiał się nad Sekcyjami, jakie prawdopodobnie utworzą się na tym samym Zjeździe.

Co do przyrodników zasiadających w Wydziale gospodarczym, ci uznali w zasadzie, że mogłyby się utworzyć następujące Sekcje z zakresu nauk przyrodniczych:

- 1) Sekcja chemiczno-farmaceutyczna.
- 2) Sekcja fizyczna (obejmująca też meteorologję i astronomię).
- 3) Sekcja zoologiczna.
- 4) Sekcja botaniczna.
- 5) Sekcja mineralogiczno-geologiczna; wreszcie (jeśli się znajdą odpowiedni chętni uczestnicy)
- 6) Sekcja geograficzno-etnologiczna.

Wszystko to oczywiście nie przesądza rezultatu na samym Zjeździe, gdzie w miarę liczby członków zgłaszających się z pracami, sekcje powyższe będą mogły się ugrupować.

Kolledzy przyrodniczy dotychczas nie przedstawili Wydziałowi gospodarczemu zadań, które, ich zdaniem, nadawałyby się do dyskusyj w Sekeyjach.

Co się tyczy lekarzy, należących do Wydziału gospodarczego, ci uznali, jak na teraz, że wystarczy przewidywać trzy Sekcje, mianowicie:

- 1) Sekcję medycyny teoretycznej.
- 2) Sekcję medycyny praktycznej — i
- 3) Sekcję medycyny publicznej, — lubo i tutaj wszystko zależy będzie od liczby zgłaszających się członków z wykładami i pracami, w miarę czego może nastąpić pewna zmiana powyższych działów.

Pod względem szeregółowych zdań do dyskusyi, mamy już przedstawione w Wydziale gospodarczym niektóre zdania z zakresu medycyny publicznej i dziedziny medycyny praktycznej. Pierwszych jeszcze nie wymieniamy w tej chwili, ponieważ jeszcze są przedmiotem porozumienia się z kolegami D-rami Cassiną (w Przemyślu), R. Riegerem (we Lwowie), B. Serkowskim (w Stryju), stanowiącymi wraz z kol. D-rzem K. Grabowskim (w Krakowie) i z niżej podpisanym, komisyję, której Sekeyja medycyny publicznej II-go Zjazdu (odbytego w r. 1875 we Lwowie), poleciła obmyśleń odpowiednich zdań do dyskusyi z zakresu higieny publicznej na Zjazd III.

Z dziedziny medycyny praktycznej proponowano dotychczas Wydziałowi gospodarczemu następujące zdania do dyskusyi.

I. Z zakresu patologii i terapii szeregółowej (zdania proponowane przez prof. Korezyńskiego).

- 1) Zapalenie płuc czy jest chorobą miejscową zapalną, czy ogólną zakaźną?
- 2) Jakie są wskazania lecznicze do użycia naparstnicy w chorobach serca i czy doświadczenie kliniczne pod tym względem odpowiada zasadom farmakologii doświadczalnej?
- 3) Czy niedokrewność złośliwa postępuje jest chorobą *sui generis*. jak często pojawia się w naszym kraju i czy ma związek z niedostatkami w klasach pracujących?
- 4) Jaka jest wartość lecznicza sztucznych pożywek (peptonów, mięsa strawionego i t. p.) i jak należy się zapatrywać ze stanowiska praktycznego na żywienie lewatywami?
- 5) Jak leczyć należy moczówkę cukrową?
- 6) Czy uwiąd rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*) jest chorobą bezwarunkowo nie dającą się uleczyć, — i które lecenie daje w tym względzie najlepsze wyniki?

II. Z zakresu neuropatologii (zdanie proponowane przez prof. Domańskiego): Jaki jest wpływ narodowości i klasy społecznej na powstawanie różnych chorób układu nerwowego w naszym kraju.

III. Z zakresu syfilidologii (zdanie proponowane przez prof. Rosnera): Jaki jest wpływ kiły na powstawanie suchot płucnych?

IV. Z zakresu chirurgii (zdania proponowane przez D-rą Obalińskiego):

- 1) Jakie postępowanie jest najlepsze w razie, jeżeli nabraliśmy przekonania, że jelito uwięgnięte w przepuklinie uległo zgorzeli?
- 2) Jakie jest najracjonalniejsze postępowanie w zatrzymaniu moczu częściowem, pochodzącym z przerostu gruczołu krokowego?
- 3) Czy operacja radykalna puchliny pochwy jądrowej (*hydrocele*), wykonana antyseptycznym sposobem Volkmanna, chroni od recydywy?
- 4) Czy mgła antyseptyczna (*spray*) jest niezbędną częścią opatrunku przeciwnilnego?
- 5) Czy naciąganie nerwów samo przez się nie pociąga za sobą żadnych następstw szkodliwych?

Podobnie, jak się to dzieje w takich razach na Zjazdach zagranicznych, Wydział gospodarczy ma zamiar do każdej z kwestyj wymienionych uprosić referenta (a o ile możności także drugiego współreferenta), który w danym razie zagał rzecz na posiedzeniu Sekeyi Zjazdu, treściwie przedstawiając stan obecny odpowiedniej kwestyi. Zarazem wydział gospodarczy uprzejmie uprasza tych Szanownych Kolegów, którzyby na Zjeździe zechcieli podjąć się referatu co do jednej z tych kwestyj, ażeby raczyli o tem donieść niżej podpisanemu najdalej do końca Kwietnia r. b.

Prof. D-r Janikowski, przewodniczący Wydz. gosp. III-go Zjazdu.

Sprostowania. W N-rze 14 na str. 295, w wierszu 15-tym od góry, zamiast: „i jamy powstałym na zębach ciastem,“ — powinno być: „i jamy powstałe na zębach, ciastem“.

Na str. 296, pod artykułem noszącym tytuł: „Parazytne mikotyczne cierpienia oczu“, winien być podpis D-ra J. Talki.

Na str. 259, w wierszu 10-tym od dołu, zamiast: „pochodzenia pierwotnego“, winno być: „pochodzenia pośmiertnego“.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 26 Марта 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.