

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE
POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi i w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następane po kop. 10; ogłoszenia zagraniczne po kop. 18 za wiersz drobnem pismem lub jego miejsce.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. Gajkiewicz Władysław. Wydawca: Dr. Kondratowicz Stanisław.

Adres Redaktora. Marszałkowska Nr. 115. Adres Wydawcy: Marszałkowska Nr. 119.

Treść: I. WŁ. MATLAKOWSKI. Aneurysma Traumaticum arteriae carotidis communis dextrae, oraz uwagi o sposobie Antylla. — II. A. SOKOŁOWSKI, Czy obrażenie ciała może być przyczyną ostrego zapalenia płuc? — Dział sprawozdawczy. 5. P. GRAWITZ. i W. de BARY. O przyczynach zapalenia i ropienia tkanki łącznej podskórnej. — 6. LUDWIK LETZERICH (z Niederradu). Pierwotne zapalenie nerek pochodzenia pasorzytniczego. — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. — Wiadomości terapeutyczne. — Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.

Pilulae ferri oxydulati. Pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico.

Liczne poszukiwania tak dawniejszych jako i współczesnych klinicystów oraz farmakologów wykazały, iż nie wszystkie przetwory żelaza zarówno są skuteczne, i że pomimo podawania jednakowych ilości tego pierwiastku zawartego w rozmaitych związkach, rezultaty lecznicze bywają jednakże różne (BLAUD, NIEMEYER, VALLET, HUSEMANN, BINZ i wielu innych). Przyczyny tego faktu szukać należy w tem, że nie wszystkie przetwory żelaza z równą łatwością są przez organizm przyswajane, oraz że gdy jedne nawet w znaczniejszych ilościach mogą być zadawane, inne drażnią przewód pokarmowy i już w niedługim czasie muszą być zaniechane. Ze wszystkich dotąd wypróbowanych przetworów najbardziej odpowiada celowi wodań tlenku żelaza, gdyż najłatwiej ulega przyswojeniu i wybornie nawet słabe żołądki go znoszą. W obec tych jego szacownych własności, przygotowanie wszelkich form farmaceutycznych z powyższego przetworu ma, jak sądzę, wszelką rację bytu i pierwszeństwo przed innymi. Mając to na uwadze, już od dawna zająłem się wyrobem pigułek zawierających już to czysty *per se* przetwór o którym mowa jako: *pilulae ferri oxydulati*, już też z dodatkiem chininy jako *pilulae ferri oxydulati cum chinino sulphurico*. Każda pigułka zawiera około pół grana bezwodnego tlenku żelaza (ściśle biorąc nieco więcej bo 0,6 grana). Ilość chininy (w pigułkach drugiego rodzaju) wynosi 1/2 grana na sztukę.

Kilkakrotne badania nad działaniem powyższych pigułek, dokonane z najlepszym skutkiem w warszawskich szpitalach, jak o tem przekonywają wydane mi przez powagi lekarskie świadectwa, pedantyczna dokładność w przygotowaniu, tak nieodbitnie potrzebna jak wiadomo, aby dany przetwór nie ulegał rozkładowi, a wreszcie, dostępność ceny: dają mi jak miemam zupełne prawo do konkurencji z podobnymi wyrobami zagranicznymi, które zawierając przetwory niezawsze wytrzymujące krytykę ze stanowiska farmakologicznego, oraz będąc w stosunku do swej rzeczywistej wartości nieproporcjonalnie drogiemi, daleko stoją niżej od swojskiego, krajowego wyrobu.

M. Mutniański.

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH,

WPROST ZE ŹRÓDEŁ SPROWADZANYCH,

pod firmą

D^R T. HEINRICH

w WARSZAWIE

przy rogu ulic Wierzbowej i Senatorskiej N. 473b istniejąca.

Jest stale zaopatrywana we wszystkie wody mineralne świeżego czerpania, jak również w lekarstwa specjalne zagraniczne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

0—1

PERŁY ŻELATYNOWE

składu: Kreosoti fagi 0,05, Bals. tołutan. 0,2, niemające zapachu i smaku —a obecnie z wielkiem powodzeniem, w chorobach piersiowych zalecane, wyrabia J. Dąbrowski, Krucza 23, w Warszawie. Są do nabycia we wszystkich aptekach.—

6—1

W osadzie Simno, Kalwaryjskim Powiecie, Suwalskiej Gubernii, wakuje posada.

LEKARZA

z stałą pensją roczną Rs. 300. Życzący sobie zająć tę posadę bliższą informacją powyżmie u miejscowego aptekarza, Rejenta lub Sędziego Gminnego przez stację pocztową w Simnie. 3—1

Levico

naturalna woda mineralna w arsen i żelazo zasobna (rozbiór prof. Ludwika Bartha Wiedeń), z silnem działaniem leczniczem w osłabieniu, niedokrwistości, nerwowości, chorobach krwi i skóry, ni prawidłowościach perjodów i t. d. Składy w aptekach i składach wód mineralnych. Woda świeżego napełnienia sprzedaje w aptekach pp. T. Heinricha, H. Kucharzewskiego, L. Ziemińskiego i K. Lilpopa w Warszawie.

10—2

Wyszła z druku rzecz p. t.

O BADANIU I ROZPOZNAWANIU CHORÓB ŻOŁĄDKA

Wskazówki praktyczne, napisał D-r Henryk Pacanowski
b. ordynator kliniki terapeutycznej.

Cena kop. 25 z przesyłką kop. 30.

Tegoż autora:

Nerwice żołądka (Neuroses Gastricae)

ICH POCHODZENIE, ROZPOZNAWANIE I LECZENIE.

Cena kop. 50, z przesyłką kop. 60. Skład główny w Księgarni W-go Wende i sp. 3—2

GAZETA LEKARSKA.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO KOBIECEGO W SZPITALU DZIECIĄTKA JEZUS.

I. ANEURYSMA TRAUMATICUM *) ARTERIAE CAROTIDIS COMMUNIS DEXTRAE, ORAZ UWAGI O SPOSOBIE ANTYLLA.

Podał

Władysław Matlakowski.

Dnia 21. IV. 1887 r., przybyła do mojego oddziału Chruścikowska Paulina, 41 lat licząca, przysłana z Wołynia przez jednego z lekarzy. Kobieta bardzo osłabiona, blada, z cierpieniem wrytem na twarzy, o początku swojej choroby opowiedziała, co następuje: około dwu lat temu zauważyła, iż prawa połowa szyi jest nieco grubsza, jak gdyby więcej naprężoną; przy macaniu w okolicy poniżej kąta żuchwy wyczuła guz, wielkości sliwki, który z wolna powiększał się i w tym roku doszedł do rozmiarów kurzego jaja, nie sprawiając żadnych zgoła dolegliwości. Guz ten nie zmieniał się co do swojej wielkości, zdawało się tylko chorej, iż zrana, lub też gdy więcej w dzień chodziła, guz jakoby się nieco powiększał. Guz nie był bardzo głęboko położony, tak, że chora mogła od przodu do pewnego stopnia obejść go palcami; przy nacisku guz krył się, prawdopodobnie wchodził głębiej w tkanki; przy tem badaniu chora pulsowania nie czuła. Ciągły wzrost guza i częste nudności skłoniły chorą do szukania pomocy lekarskiej, 4 tygodnie temu udała się do lekarza, który najprzód nakłuł guz szpryczką szklaną [prawdopodobnie PRAVAZ'owską], a następnie [być może, że igła nie dosięgła guza] zrobił nacięcie nożem, a wprowadzając w ranę też samą szpryczkę, wyciągnął z guza 15 szprycek płynu jasno-żółtawego, przezroczystego, poczem wstrzyknął do jamy jakiś żółty płyn [być może nalewkę jodową lub półtoro-chlorek żelaza], opatrzył ranę i wyprawił chorą do domu, odległego o kilka mil drogi **). Już w drodze doznawała drętwienia w karku i lekkiego szczypania w okolicy byłego guza; ból na drugi dzień się powiększył, wystąpiła gorączka, tak, że chora zmuszona była przeleżeć 4 dni w łóżku. 8-go dnia po wspomnionem przekłuciu, zmęczona całodziennem zajęciem, chora nagle poczuła straszny ból rwący w szyi oraz pulsowanie, a chcąc sobie ulżyć zdjęła opaskę, a wtedy zauważyła guz daleko większy, który nietylko zajmował miejsce byłego, lecz

*) Zobacz dodatek I na końcu niniejszej pracy.

***) Jak dowiaduję się z listu owego kolegi, płynem wstrzykniętym był *zincum muriaticum* w roztworze 10%. D-r R. stwierdza wyraźnie, że miał do czynienia z *cystis colloïdea*, a płyn wstrzyknął celem wywołania zapalenia zlepnego.

spuszczał się niżej po szyi. Wezwany inny lekarz, mniemając, że powstało zapalenie, nakłuł guz sprycą i wydobył czystą krew; uważając, że nie doszło jeszcze do ropienia, radził okłady. Gdy bóle i guz coraz bardziej się wzmagały, przyczem od czasu do czasu chorej zdawało się, że nagle jakby coś w szyi pękało, a wtedy powstawał silny ból i guz się powiększał jednocześnie i robił nierównym, na wspólnej naradzie lekarze zrobili nakłucie nożem, lecz natychmiast chlusnęła krew, tak, że czempredziej zaszyli ranę, nałożyli na nią waty hemostaticznej, pokryli guz watą i oblewając kollydium, utworzyli pancerz dobrze się trzymający skóry i powstrzymujący wzrost guza, poczem chorą wysłali do Warszawy. Guz teraz rósł już nie z dnia na dzień, lecz z godziny na godzinę; od czasu do czasu zjawiał się ból, jakby od rozrywania i pęknięcia w szyi; nadto wystąpiło wciąganie języka, klucie w prawej połowie głowy i w karku.

Dnia 22. IV. po zdjęciu skorupy watowo-kollydjalnej, znaleźliśmy: chora z trudnością zmienia położenie z siedzącego na leżące i odwrotnie, przyczem dla zapobieżenia bólowi chwyta się i podtrzymuje głowę rękami. Głowa jest skrzyżowana twarzą na lewo i zlekka nachylona ku dołowi. Całą okolicę boczną szyi prawą zajmuje guz bardzo wystający, wzdłuż *m. sterno-cleido-mast.*, rozciągający się od wyrostka sutkowego i żuchwy prawie do prawego obojczyka, do którego nie dosięga, oddzielony wolną przestrzenią szerokości palca; ku tyłowi guz sięga do linii poprowadzonej od wyrostka sutkowego do środka obojczyka, ku przodowi sięga prawie do linii pośrodkowej szyi, odpychając krtań i tchawicę na lewo. Skóra na guzie w części zaróżowiona, miejscami naskórek popodnoszony w pęcherze (*bullae*) lub nawet pozłuszczy pod wpływem kollydium lub jakiegoś środka drażniącego, nadto wyraźnie przebijają blade siniaki. Mniej więcej na wysokości *trigoni carotici* widać poprzeczną bliznę z $\frac{3}{4}$ ctm. długości, poniżej zaś widać zaszytą ranę zalepioną przyschniętą watą hemostatyczną. Przy pilnym patrzeniu widać tętnienie w guzie, które jeszcze wyraźniej wyczuwa się palcami lub uwidacznia przyłożonym stetoskopem; jest ono spólczesne z tętnem. Jeżeli objąć guz palcami, czuć delikatne rozdymanie (*expansio*) guza, synchroniczne z uderzeniami serca. Przy pilnym wysłuchiowaniu najwyraźniej słycać lekki szmer podmuchowy spólczesny z rozkurczem tętnic. Guz sam jest elastyczny i to najsprężystszy w części środkowej, najbardziej wystającej, twardszy w częściach obwodowych; granice guza są niewyraźne z powodu nacieczenia tkanek, maskującego granice części zdrowych; guz jest nieprzesuwalny; przy nacisku [co prawda z obawy zaszkodzenia chorej niezbyt silnym], guz się prawie nie zmniejsza. Badanie guza z wyjątkiem bólu w skórze obnażonej miejscami z naskórka chorej nie sprawia żadnych dolegliwości. Żyły na szyi, twarzy i skroni nie są wyraźne, nie rozszerzone. Tętno w tętnicach skroniowych po obu stronach jednoczesne i nie przedstawia różnicy co do siły. Tętno w tętnicy promieniowej znacznie słabsze niż w lewej. Chora nie doznaje żadnego stałego bólu w głowie, ani szumu w uchu. Prawa szpara powiekowa stale większa od lewej, górna powieka jakby spuszczone. Źrenice równej wielkości, lecz prawa leniwiej się rozszerza od lewej. Szczęki roztwierają się tylko na tyle, że można wprowadzić palec, lecz zbadać jamy gardzielowej nie udaje się. Połykanie swobodne. Oddech neutrudniony, głos niezmienny, kaszlu

nie ma, ani plwociny. Skóra na twarzy blado-sinawa z drobnymi żyłkami na nosie, chłodna i wilgotna na nosie i czole.

Tony serca czyste, wyraźne, uderzenia mocne, 100 na minutę. Ciepłota prawidłowa. Oddech na klatce piersiowej pęcherzykowy. Zresztą nie zauważono jakichś ważniejszych zaburzeń. Pokryto guz gazą jodoformową i opleciono szelczelnie paskami z plastru lepkiego celem jednostajnego nacisku.

Po rozważeniu anamnezy i danych osiągniętych przy badaniu, utworzyliśmy sobie następujące wnioski. Chora musiała mieć jakąś torbiel w okolicy poniżej zuchwy, torbiel niewrodzoną, prawdopodobnie w okolicy rozdziału tętnicy szyjowej leżąca; że to była torbiel, a nie tętniak, wskazuje okoliczność, iż lekarz zrobił po próbnym nakłuciu cięcie i wyciągnął 15 szprycek płynu, ranę opatrzył i chorą puścił do domu. Według wszelkiego prawdopodobieństwa, skutkiem wstrzyknięcia drażniącego płynu do jamy, znajdującej się w bezpośredniej styczności ze ścianką tętnicy, a jednocześnie pod wpływem zmniejszenia ciśnienia powstałego po opróżnieniu torbieli, ścianka tętnicy pękła, krew wylała się najprzód do jamy byłej torbieli, a ztąd przedarła się w tkanki i wytworzyła ogromną jamę, napełnioną krwią, przepływającą swobodnie ze światła tętnicy do guza, czego dowodem szmer podmuchowy. W ten sposób wytworzył się t. zw. tętniak traumatyczny (*aneurysma traumaticum*).

Dla braku wielu bardzo charakterystycznych objawów [rozszerzenia żyłkowe na żyłach podskórnych, t. z. *frémissement vibratoire* czyli *thrill*, wyczuwalne dla palca, szmer podmuchowy, ciągły ze wzmocnieniem, współczesnym z rozkurczem tętnicy (*bruit de soufflé*), tętno żyłne i t. d.] można było na pewno wykluczyć *an. arterioso-venosum*.

Nasuwał się obecnie najważniejszy punkt do rozważenia, co z chorą zrobić. Pomnąc na szybki rozrost guza, na rozpieranie i rozrywanie tkanek, na fatalnie zbliżającą się chwilę pęknięcia tętniaka — odrazu widziałem tylko jeden możliwy ratunek: zamiast wyczekiwać krwotoku — raczej zapobiedz mu, w ten mianowicie sposób: rozciąć od góry i od dołu guz szybkim a śmiałym, szerokim cięciem, natychmiast palcami nacisnąć na dziurę w tętnicy, poczem jamę oczyścić z krwi i ze skrzepów i wtedy naczynie podwiązać. Z całą przerażającą jasnością widziałem niebezpieczeństwo tej drogi, praktykowanej rzadko zresztą na małych tętnicach kończyn, ale z drugiej strony stawała mi nieodwołalna alternatywa śmierci niedołącznie, z krwotoku wobec całych postępów nowożytnej chirurgii. Plan ten postępowania przedstawiłem kolegom CIECHOMSKIEMU, BORKOWSKIEMU i GULIŃSKIEMU, oraz D-ROWI ORŁOWSKIEMU, który jak zawsze łaskawie przybył ze swego oddziału na naradę. Nie chcąc jednak zaniedbać wszelkiej rady w tak ciężkim przypadku uprosiłem prof. KOSIŃSKIEGO, oraz kolegów JAWDYŃSKIEGO i JASIŃSKIEGO na naradę, która odbyła się d. 24 Kwietnia 1887 w moim oddziale.

Stan chorej tymczasem przez dwie doby pogorszył się nadzwyczajnie; wystąpiły zaburzenia w polykaniu i oddechaniu, skutkiem nacisku na tchawicę i przełyk; krtań została zepchniętą jeszcze dalej; szczęki zbliżone tak, że nie można wprowadzić palca do gardzieli, osłabienie większe, a ból i obawa wzmoże-

nia się jego taka, że chora prosi, aby jej nie ruszać i opaski nie zdejmować. Po usunięciu tej ostatniej znaleziono co następuje:

Guz powiększył się bardzo znacznie, odległość od przyczepu płotka usznego (*lobulus*) do przyczepu mostkowego mięśnia mostko-obojezyko-sutkowego 18 ctm.. Szczególniej posunął się guz ku dołowi, gdzie dosięga do samego obojezyka, tak, że podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej, które miałem na myśli jako wstęp do wyżej wymienionej operacyi, okazuje się niemożliwym do wykonania; przy badaniu palcem jamy ustnej wyraźnie wyczuwa się podniesienie dna takowej z prawej strony, oraz widać przesunięcie prawego łuku ku płaszczyźnie pośrodkowej ciała. Skóra na tętniaku jest więcej zasiniona niż poprzednio, na dotyk wyraźnie chłodniejsza od skóry lewej połowy szyi, tak, że pęknięcie worka i zgorzel skóry staje w całej grozie. Guz jest bez porównania twardszy, skutkiem częściowego wypełnienia worka skrzepami, mimo to rytmiczny ruch rozprężania (*expansio*) współczesny ze skurczem serca, oraz szmer podmuchowy, są zupełnie wyraźne. Zaproszeni, po dokładnem zbadaniu guza i roztrząśnięciu anamnezy, przyszedli do rozpoznania również tętniaka traumatycznego, co się zaś tyczy leczenia, to pr. KOSIŃSKI i dr. JAWDYŃSKI, niezależnie od siebie i bez poprzedniego przedstawienia planu, jaki miałem od początku, zgodnie zaopiniowali, że jedynym sposobem jest, otworzywszy śmiałem cięciem worek, dojść do dna worka, ucisnąć w nim tętnicę szyjową wspólną, poczem odszukać otwór w naczyniu, który sądząc z położenia torbieli powinien znajdować się dość wysoko w okolicy rozdziału i tam uskutecznić podwiązanie. Upřednia ligatura tętnicy szyjowej wspólnej pomiędzy workiem i obojezykiem, o jakiej poprzednio myślałem, okazała się niemożliwą z powodu rozpostarcia się tętniaka do samego obojezyka.

Tegoż samego dnia o godzinie 12, przy łaskawej pomocy kol. ORŁOWSKIEGO, JAWDYŃSKIEGO, KONDRATOWICZA, JASIŃSKIEGO, OBRĘBSKIEGO, CIECHOMSKIEGO, BORKOWSKIEGO, GULIŃSKIEGO, SAWICKIEGO, BRUNNERA, BORSUKA, MIROWSKIEGO, po uspieniu chorej, oczyściwszy szyję o ile było można mydłem, eterem i roztworem sublimatu, zrobiłem szybko szerokie cięcie z góry na dół, a wygarnąwszy masę skrzepów palcami i gąbką, wprowadziłem palec do jamy, na dnie której wyczułem tętnicę szyjową wspólną, nacisnąłem na nią, lecz widząc, że tętnicza krew mimo to leje się z górnej części dna jamy, nacisnąłem tam na ślepo na punkt, z którego lała się krew, przypierając go do kręgow. Po zatamowaniu w ten sposób krwi, kol. JAWDYŃSKI zrobił dwa szerokie cięcia poprzeczne, poczem oczyściliśmy gąbkami ściany jamy na czysto, wymyliśmy roztworem sublimatu. Teraz widać było jak na preparacie, na dnie kolosalnej jamy przebiegającą *a. carotidem communem*, którą ująłem poniżej palcy naciskających w potężne kleszcze, używane do zrostów torbieli jajnikowych; skoro tylko jednak palec odjąłem, chlusnęła krew na nowo i znowu krwawiące naczynie zostało ujęte w drugie kleszcze, a nadto dwa inne tuż tryskające punkty schwycone w kleszczyki SPENCER WELLS'a. W ten sposób opanowaliśmy krwawienie, a wymywszy jamę mogli dobrze rozpatrzeć jej ściany. Obnażona i widoczna dla swej białości, wyczuwalna po tętnieniu, tętnica szyjowa wspólna przebiegała po tylnej ścianie jamy, obok niej nie widać wcale nabrzmiałej żyły szyjowej wewnętrznej; w górnej części dna jamy widać rozwidlenie tętnicy, właściwe miejsce krwotoku, po-

wstałego przez oderwanie *a. carotidis externae* od pnia *a. c. communis*, nadto krwawiły dwa punkty, być może *a. thyroidea sup.* i *a. pharyngea ascendens*, jako wychodzące najbliższej bifurkacji; dalszy bieg *a. carotidis in. et ext.* zamaskowany przez naciekle krwią tkanki, lecz również bez widocznych żył towarzyszących im. Wyżej ku górze w okolicy podżuchwowej widać czerwono-wiśniowy pęczek, w którym domyślić się można mięśnia dwubrzusznego żuchwy, oraz wiśniową wyniosłość, będącą ślinianką podżuchwową. W okolicy rozwidlenia, zwłaszcza ku wewnątrz od schwyconej w kleszcze *a. c. ext.* widać gładką, błoniastą tkankę, podobną do ściany kaszaków (*ateroma*) po wygarnięciu zawartości, lub do błony wewnętrznej tętnic, łatwo dającą się odrywać od głębszych pod nią tworów; błona ta, której kawałki wziętem do badania drobnowidzowego, stanowiła prawdopodobnie wewnętrzną warstwę torbieli, do której krew się przedarła, a następnie ją rozszalała. Zresztą wewnętrzna powierzchnia tętniaka, zwłaszcza na ścianie przedniej [przeciętej], nierówna, licznymi beleczkami podzielona, na podobieństwo wnętrza prawego serca, powierzchnia tych beleczek i podługowatych między niemi zagłębień gładka, prawie błyszcząca; tej powierzchni trzymała się gruba warstwa skrzepów, które zresztą łatwo było zetrzeć gąbką i palcami.

Odstąpiwszy na 2—3 ctm. od punktu rozerwania naczynia, podwiązałem *a. c. com.* grubym jedwabiem, podprowadzonym igłą DÉCHAMPS, poczem zdjąłem kleszcze zaciskające tętnicę szyjową wspólną. Gdy teraz zdjąłem kleszcze z *a. c. extr.* rzuciła się krew z taką siłą, jakby wcale *a. c. com.* nie była podwiązana. Dlatego też podwiązana *a. c. ext.*, oraz *c. int.* ponad rozwidleniem, oraz dwa pomniejsze tryskające naczynia.

Po najstaranniejszym wymyciu jamy roztworem 3% fenolu i 1% sublimatu, zeszyłem cięcia poprzeczne zupełnie, a pionowe od góry i od dołu na tyle, ażeby wśrodku został spory rozporek dla odpływu możliwego wysięku; nadto dla tegoż celu zrobiłem przeciwotwór w tylnym płacie na granicy mięśnia kapturowego. Opatrunek stanowiły: *silk-protective*, gaza jodoformowa, przytwierdzone paskami plastra lepkiego, nadto wata hygroskopijna, przymocowana bandażem merlowym, a na to materac z trocin otaczający kark, szyję, boczną okolicę głowy, oraz górną klatki piersiowej.

Chora tymczasem wytrzeźwiała, a przeniesiona do łóżka oznajmiła, że wszelkie dawne bóle ustały, skutkiem czego pomimo tylko co przebytej operacji, czuje się bardzo dobrze.

Przebieg. Nazajutrz po operacji znaleźliśmy całkowite połowiczne porażenie lewej połowy ciała, a mianowicie: przekrzywienie nosa na prawo, przeciągnięcie kąta ust w tęż stronę, wygładzenie brzozy noso-wargowej lewej, oraz marszczek na lewej połowie brody [powieki lewego oka zamykają się dobrze, prawa szpara powiekowa węższa i powieki jakby obrzmiały], zupełne porażenie czucia i bezwład mięśni kończyn górnej i dolnej lewej, oraz lewej połowy tułowia; odruchy skórne i ścięgniste bardzo wzmacnione; kończyny te jakby z lekka nabrzmiały. Co się tyczy inteligencji chorej, to rzecz można, iż jest zachowana, lecz jakby zamglona; chora nie wie, że jest sparaliżowaną, nie tak żywo zajmuje się swem otoczeniem, osuwa się z poduszek, leży z przykniętymi oczyma, wprawdzie rozsądnie odpowiada na pytania, lecz nie zdaje sobie sprawy z tego, co

zaszło, chce siedzieć, kąpać się, woła jakiegoś Michała, który na wsi, z kądem chora pochodzi, jest służącym. Chętnie pije i z przyjemnością pali papierosa, do którego nałogowo jest przyzwyczajoną; lecz łatwo zachłystuje się i prosi, aby mogła pić na siedzący i rzeczywiście w tem położeniu napój łatwiej przechodzi do żołądka.

Wieczorem d. 25. IV. Skóra ciepła, cieplejsza niż u zdrowego, ciepłota jednak mierzona pod pachą prawidłowa; tętno bez porównania mocniejsze, 130 na minutę.

D. 26. zrana tętno 100, mocniejsze w obu tętnicach promieniowych, stan ogólny bez zmiany, trzeba było mocz wypuścić. Wieczorem tętno 98.

D. 27. z rana tętno 96, w nocy była chora spokojną, pije siedząc bardzo chętnie.

Dnia 1. V. zrana chora mocz oddała w łózko; żali się na ból w prawej połowie głowy; zresztą leży spokojnie na plecach, z głową przekreśloną na lewo. Szpary powiekowe prawie równe, [gdy dotychczas ciągle prawa była węższą od lewej]. Co do inteligencji i świadomości, to jest ona wciąż połowiczną: na pytania chora odpowiada rozumnie, lecz prawie zawsze powtarza słowa; np. „czy boli głowa?“ — boli, boli — i t. p., osoby poznaje, lecz jednocześnie bierze kogoś za księdza, lub jedną za drugą, a gdy się obie przedstawiają, nie zdaje sobie sprawy ze swej pomyłki. Chora ma zaparcie stolca. Odleżyny nie ma.

Zbyt byłoby suchem, a nawet zbyt czynnem przepisywać tu dzień po dniu stan chorej, jak był odnotowywany na karcie szpitalnej. Zaznaczę tylko najważniejsze punkty.

Przedewszystkiem od samego początku otoczyliśmy chorą możliwie najstaranniejszą opieką i troskliwością; mocz był wypuszczany cewnikiem, lub w razie gdy go chora oddała pod siebie, natychmiast ją przenoszono na suche łózko; co kilka dni dostawała wlewanie ciepłej wody do odbytnicy celem wywołania wypróżnienia; skórę na plecach i krzyżu oraz pośladkach wycierano dłonią; chorą jak najtroskliwiej żywiono, słowem zwrócono uwagę na wszystkie możliwe szkodliwości, celem zapobieżenie ich wpływowi.

Ponieważ przy picciu płyny, spływając po brodzie, zamaczały częstokroć zewnętrzną warstwę opatrunku, przeto takową zmieniano tyle razy ile razy było potrzeba, nie ruszając warstw głębszych. 7 dnia zdjęto szwy, znaleziono ranę całkowicie zagojoną, z wyjątkiem pozostawionego rozporoka, wypełnionego wiśniowego koloru skrzepem; cała część skóry, przed operacją bardzo zasiniona, tu i ówdzie obnażona z naskórka, całkowicie powróciła do siebie, tak, że tylko żółtawo zielonkawe zabarwienie świadczyło o byłym podbiegnięciu krwi. Ku końcowi drugiego tygodnia chora stała się bardzo niespokojną, wyszarpywała wate z pod bandaży, wtedy dla bezpieczeństwa rany, nałożyłem na pewien czas opatrunek gipsowy na szyję, kark, okolice żuchwy i obojczyka — celem osłonięcia oprawy rany od palcy chorej. Rana bez kropli ropy i bez wyjścia podwiązek zagoiła się całkowicie na początku piątego tygodnia.

Mniej więcej przed tym czasem zaczęło wracać czucie, a w końcu 6-go tygodnia ruch i chora z pomocą zaczęła się przechadzać po sali. Obawy nasze

o zapalenie oskrzeli i płuc, skutkiem wpadania cząstek pokarmów do dróg oddechowych (*Schluckpneumonie*) pozostały płonnemi; odleżyny nie wytworzyły się. Chora przez cały czas nie miała ani razu ciepłoty wyższej od 37,8° C.. W dniu kiedym zdawał sprawę z tego tak godnego uwagi przypadku w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem d. 7. Czerwca 1887 — t. j. 44-go dnia od operacyi stan chorej był następujący :

Twarz biała i pełna, głowa przy leżeniu skręca się zazwyczaj na lewo, i wogóle chora chętniej leży na lewym boku. Szpara powiekowa prawa szersza od lewej, na twarzy, zwłaszcza przy mówieniu i gwizdaniu, wyraźny bezwład; tak samo całkowity bezwład kończyny górnej, palce zgięte, dają się łatwo rozprostować. Chora leżąc na plecach, nogi prawej ani podnieść, ani zgiąć nie może; jeżeli chceć biernie jej zgiąć kończynę w kolanie to czuć opór (*contractura*), który łatwo pokonać; zgiętą nogę chora sama wyprostować może, przyczem ręka trzymająca za gołeń i przeszkadzająca zgięciu, czuje wyraźnie działanie mięśni wyprostowujących. Chora sama może się w łóżku przewracać, sama siedzi, a z pomocą może chodzić po pokoju; wysuwanie języka ciągle jeszcze jest utrudnione. W narządach oddechania, krążenia i trawienia zaburzeń nie ma. Chora zupełnie czuje pobudzenia do oddania moczu, i takowy odaje w nocnik, a nie pod siebie. Na szyi znajduje się głębokie zagłębienie, na dnie którego widać czerwono-siną bliznę; w dolnej części tętnicy szyjowej wspólnej prawej wyczuwa się tętnienie bardzo słabe. Chora przy zakrztuszeniu się podczas jedzenia doznaje czasami bólu w bocznej okolicy szyi, poniżej prawego kąta żuchwy i ucha. Nakoniec co do inteligencyi, to chora, z wyjątkiem pewnego nastroju smutnego, nie przedstawia widocznych zaburzeń; mówi wyraźnie, odpowiada rozumnie, wie o tem, że ma sparaliżowaną rękę, czyta listy od rodziny i interesuje się nią, wyraża racjonalne żądania co do swoich zachceń [kąpiel, pewne potrawy i t. p.].

Chora szpital opuściła 14 Lipca 1887 r. z częściowym jeszcze bezwładem kończyny górnej, lecz mogła choć z trudnością sama chodzić i wcale nieźle poruszać kończyną górną. [D. n.]

Z KAZUISTYKI SĄDOWO-LEKARSKIEJ.

II. CZY OBRAŻENIE CIAŁA MOŻE BYĆ PRZYCZYNĄ OSTREGO ZAPALENIA PŁUC?

Podał

D-r Med. A. Sokołowski

Ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Następujący przypadek, spostrzegany przezemnie w roku zeszłym, zasługuje na bliższą uwagę z punktu widzenia etyjologicznego i sądowo-lekarskiego?

Dnia 1 Listopada 1886 r. przywieziono do szpitala, w stanie zupełnie nieprzytomnym, 14-letniego chłopca K.. Według opowieści matki chorego został on przed dwoma dniami silnie pobity w głowę i piersi przez kilku doro-

słych chłopców, miał on na razie wcale przytomności nie utracić, sam powrócił do domu, skarżąc się przeważnie na mocny ból głowy, głównie w okolicy prawego ucha; w ciągu dnia tego miał również kilkakrotnie wymiotować, na drugi dzień zaniemógł silnie, podnieść się nie był w stanie, jednocześnie zaczęło występować bredzenie i utrata przytomności zupełna; w tym stanie przywieziono go do szpitala. Przy badaniu znaleziono: chłopiec średnio odżywiany, leży prawie zupełnie nieprzytomnie, od czasu do czasu bredzi głośno. Na skórze głowy i tułowia żadnych obrażeń zewnętrznych nie widać. Ciepłota 39,0° C., tętno 120, w narządach wewnętrznych zbroczeń nie znaleziono. Stan ten przyjąłem, mając na względzie wywiady, za ostre podrażnienie opon mózgowych z możliwym przejściem w stan zapalny takowych (*meningitis acuta*). Zalecono choremu pijawki i silne odciążenie na kanał pokarmowy. W ciągu całego dnia bredzenie i nieprzytomność; chory każdy podany mu posiłek, jako też i lekarstwa natychmiast wymiotował. Dnia następnego, ciepłota rano 38,0° C., tętno 120, nieprzytomność i wymioty trwają dalej, źrenice oddziałują na światło prawidłowo, wieczorem ciepłota 39,8° C..

Dnia 19. XI. t. j. dnia 3-go. Ciepłota 39,2° C., tętno 120, chory zaczyna nieco odzyskiwać przytomność, uskarża się na silny ból głowy i przedniej części klatki piersiowej. Wieczorem ciepłota 40,0° C.. W ciągu wieczora i nocy zauważono, że chory, przychodząc stopniowo do przytomności, zaczął jednocześnie dość znacznie sucho kasłać.

Dnia 20. XI. chory na w pół przytomny uskarża się na silny ból w okolicy wyrostka sutkowego prawego. Tamże przy dotykaniu występuje silna bolesność. Badanie klatki piersiowej, przedsiębrane ze względu na istniejący suchy kaszel, wykazało w okolicy nadgrzebieniowej prawej wyraźne stępienie odgłosu opukowego, wydech oskrzelowy wyraźny, *bronchophonia* i liczne, drobne wilgotne rżenia, jednym słowem wyraźne objawy ostrego zapalenia szczytu prawego płuca w okresie zwątrobienia. Chory nic nie odpluwa. W innych częściach płuc znaleziono oddech prawidłowy, wieczorem ciepłota 40,0° C..

Dnia 21. XI. Chory zupełnie przytomny, ciepłota 38,8° C.. W okolicy nadgrzebieniowej prawej fizykalne objawy podobne jak wczoraj, natomiast pod prawym obojczykiem słycać oddech prawie nieokreślony i suche rżenia, chory nic nie odpluwa, wieczorem ciepłota 38,2° C..

Dnia 22. XI. Rano ciepłota 38,2° C.. W nocy chory mocno bredził, u szczytu prawego od przodu i od tyłu słycać oddech oskrzelowy i ofite rżenia wilgotne.

Chory wyrzucił nieco lepkiej plwociny, której badanie drobnowidzowe wykazało włóknik, ciała śluzoropne. Badanie na pasorzyty, wykazało wyraźne tak zwane diplokokki pneumoniczne FRIEDLAENDER'a. Badanie to więc stwierdziło i tak zresztą nieulegające wątpliwości zapalenie włóknikowe szczytu płuca. Wieczorem dnia tego przy stanie bezgorączkowym chory bredził jeszcze nieco. Od dnia następnego gorączka ustąpiła zupełnie, chory stale pozostawał przytomnym. Objawy fizykalne zwątrobienia płuca zniknęły szybko, tak, że dnia 25, t. j. 12 dnia pobytu chorego w szpitalu objawy te ustąpiły zupełnie, a chory w stanie bardzo dobrym wypisał się ze szpitala. Do

ostatka przy znacznym ucisku okolicy wyrostka sutkowego prawego i przednio-górnej części klatki piersiowej pozostawał lekki ból.

Przypadek powyższy jest zdaniem mojem spostrzeżeniem ciekawem pod względem 1) sądowo-lekarskim i 2) etyjologicznym.

Co się tyczy pierwszego punktu, to mogły się rodzić następujące wątpliwości:

1. Czy objawy mózgowie zależne były od pobicia, które, jak to rzeczywiście śledztwo sądowe wykazało, miało miejsce, przyczem nawet podobno chory upadł z wozu.

2. Czy przebyte zapalenie płuc było również następstwem pobicia.

3. Czy objawy mózgowie nie były li tylko zależne od ostrego zapalenia płuc, które wystąpiło przypadkowo, z innej, niż pobicie, przyczyny.

Co się tyczy pierwszej kwestyi, to śledztwo sądowe wykazało, że obok pobicia miał jakoby chłopiec jednocześnie spaść z jakiegoś wysokiego wozu, uderzwszy się przytem mocno w głowę, a prawdopodobnie i w tułów. Istniał więc wyraźny moment przyczynowy pod postacią znacznego obrażenia, tegoż samego dnia wystąpiły kilkakrotne wymioty, jako jeden z najpierwszych objawów, podczas gdy chłopiec był jeszcze zupełnie przytomny, wymioty te powtarzały się dni następnych w domu, oraz podczas pierwszych dni pobytu w szpitalu. W dalszym ciągu wystąpiła utrata przytomności, bredzenie i rodzaj stanu mocnego przygnębienia; z chwilą odzyskania przytomności, chory stale żalił się na ból głowy, a okolica prawego wyrostka sutkowego przy dotykaniu była mocno bolesną. Sądzę więc, że zbiór powyższych objawów nie może być inaczej tłómaczonym, jak wstrząśnieniem mózgu, ewentualnie nawet przekrwieniem opon mózgowych w następstwie silnego uderzenia; że w danym razie obrażeń zewnętrznych nie było, niczego to nie dowodzi, klinika bowiem poucza, że występują nieraz groźne objawy wstrząśnienia, a nawet pęknięcia kości czaszki i krwotoki wewnątrz czaszkowe po silnych uderzeniach bez najmniejszych śladów obrażenia zewnętrznego.

Co do drugiego pytania, t. j. czy i w jakim związku z pobiciem było, przebyte w szpitalu, ostre zapalenie płuc, to na takowe można udzielić następującej odpowiedzi. Objawy fizykalne, przebieg, a wreszcie badanie płwociny wykazało, że mieliśmy do czynienia z ostrem, tak zwanem, włóknikowem zapaleniem płuc, umiejscowionem u szczytu płuca. Umiejscowienie powyższe, chociaż rzadko, trafia się jednakże, w danym razie odpowiadało ono wyraźnie miejscu, w które miał być pobity chory, do ostatka nawet przy ucisku na górne części klatki piersiowej istniał dość znaczny ból. Wyraźne objawy fizykalne wystąpiły dopiero na czwarty dzień pobytu chorego w szpitalu i to pod postacią wyraźnego oddechu oskrzelowego i rzężeń wilgotnych, sprawa jednakże musiała trwać kilka dni, rozwijając się we środku płuca, jak to w zapaleniu płuc szczytowem często się zdarza, gdyż na drugi dzień po zauważeniu tych objawów nastąpiło już wyraźne przesilenie ze spadnięciem ciepłoty do 37° C..

W ciągu zaś 4-ch dni pobytu, gorączka była ciągła w granicach 39° C., 40° C., ponieważ chory dwa dni leżał już w domu, dodawszy więc to razem, będziemy mieli niemal zwykły przeciętny okres trwania gorączki towarzyszącej zapaleniu płuc, t. j. 6 do 7 dni. Tym sposobem z wszelką stanowczością wykluczyć można mo-

żliwość rozwoju, *resp.* zakażenia zapaleniem płuc w szpitalu, gorączkę bowiem istniejącą od chwili przybycia do szpitala, do tego tylko cierpienia odnieść można, objawy bowiem mózgowe, zależne od wstrząśnienia mózgu, gorączki nie wyjaśniają, możliwe zaś zapalenie opon mózgowych nie zakończyłoby się tak szybkim i krytycznym spadkiem ciepłoty, jak to tylko w zapaleniu płuc włóknikowem spostrzegamy.

Przyszedłszy raz do wniosku, że mieliśmy do czynienia z zapaleniem płuc, zależnem od uderzenia, rodzi się kwestyja, czy fakt ów zgodnym jest ze spostrzeżeniami autorów, w tej kwestyi traktujących. Już oddawna znanym jest w chirurgii fakt, że obrażenia głowy często bywają wikłane zapalnymi sprawami płuc. Sprawy te w większości przypadków są sprawami natury opadowej, lub też są to zapalenia ogniskowe (*bronchopneumonia*), zależne od tak zwanego zapalenia wskutek dostania się ciał obcych do dróg oddechowych (*Schluckepneumonie*), istnieje jednakże zanotowanych wiele takich przypadków, w których po obrażeniu głowy występowały i włóknikowe ostre zapalenia [protokoły Instytutu patologicznego w Krakowie]. Kwestyi tej, bliżej traktującej w ogóle o tego rodzaju powikłań zapaleniami płuc ciężkich obrażeń głowy, nie miejsce tutaj rozbierać, ciekawy czytelnik znajdzie ją w wybornej pracy ROCHS'a, ogłoszonej w jednym z ostatnich zeszytów *Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin* (Lipiec 1887), oraz FALK'a w zeszycie Październikowym tegoż pisma. Fakty takie podług FALK'a dają się tylko wytłumaczyć zmniejszoną odpornością ustroju wskutek silnego stłuczenia głowy.

Rodzi się jednakże pytanie, czy przypadki powyższe nie dałyby się w inny sposób wytłumaczyć, czy zamiast przyjmować zbyt daleki i hypotetyczny związek uderzenia głowy z ostrem zapaleniem płuc, nie przyjęć wprost przeciwnie, że w podobnych przypadkach obok obrażenia głowy, które wywołało szereg objawów różnorodnych, nie istniało jednocześnie, jak to w moim przypadku miało miejsce, silne stłuczenie klatki piersiowej, które było w stanie wywołać objawy zapalenia płuc. Obrażenie bowiem takie, odnośnie do głowy, szczególnie przy upadku z wysokości, jest zawsze możliwe, przytem zazwyczaj podrzędniejsze obrażenia uchodzą uwagi, gdyż takowa skupioną jest na najważniejszy narząd, t. j. głowę. Że stłuczenie bezpośrednio klatki piersiowej może wywołać ostre zapalenie płuc, o tem przekonywa wyborna praca doświadczalno-kliniczna LITTEK'a, ogłoszona w V-tym tomie *Zeitschrift für klinische Medicin*; na 320 przypadków ostrego zapalenia płuc, spostrzeganych na klinice FRERISCHS'a, było 14 przypadków ostrego zapalenia płuc, spostrzeganego po wyraźnem stłuczeniu klatki piersiowej. W niektórych przypadkach istniało, podobnie jak w moim przypadku, zapalenie górnego zrazu wskutek obrażenia górnej części klatki piersiowej. We wszystkich przypadkach objawy i przebieg ostrego zapalenia płuc były typowe. W niektórych z nich, zakończonych śmiercią, rozpoznanie potwierdziło badanie pośmiertne.

Wreszcie co się tyczy 3-go przez nas postanowionego pytania, czy w danym przypadku nie mieliśmy wprost do czynienia z ostrem zapaleniem płuc [z bliżej niewiadomego powodu: zakażenia, czy też zaziębnienia], o formie tak zwanej mózgowej, w którym od początku istnieją objawy mózgowe? to sprawy takie

występują głównie u małych dzieci, u dorosłych objawy mózgowe bywają bardzo rzadkie i występują nie na początku, lecz głównie w ciągu przebiegu, wikłanego wysoką gorączką, lub co częściej ma miejsce zajęciem zapalnym opon mózgowych. W naszym przypadku objawy mózgowe: kilkakrotne wymioty, miały miejsce odrazu natychmiast po upadku, nie mieliśmy wysokiej gorączki i żadnych danych, przemawiających za stanem zapalnym opon mózgowych, jak to przedtem wykazałem.

Wreszcie przypadek ów jest ciekawym pod względem etyjologicznym. Sprawa natury pasorzytnicznej, za jaką ją dziś powszechnie przyjmują, występuje pod wpływem miejscowego obrażenia klatki piersiowej, należy więc przypuścić, że obrażenie wytworzyło usposobienie miejscowe tkanki płuc i tą drogą dopiero umożliwiło zakażenie swoistą sprawą zapalną. Staje się to w ten sam sposób, jak i przy powstawaniu suchot płuc, znane są bowiem dokładnie przypadki, na które głównie zwrócił uwagę LEBERT, w których początek sprawy suchotniczej wystąpił po wyraźnym momencie traumatycznym. Ja sam, jeszcze podczas mojej lekarskiej działalności w Goerberdorfie, spostrzegałem kilka podobnych typowych przypadków; w jednym z nich, który wybornie pamiętam, zdrów zupełnie oficer, upadł na manewrach i został mocno w klatkę piersiową przygnieciony przez konia. Dostał on odrazu mocnego krwotoku, następnie pozostał kaszel, a w następstwie rozwinęły się zwykle przewlekłe suchoty płucne. W drugim przypadku młody zupełnie zdrów gospodarz wiejski zeskoczył z wysokiego stogu siana. Obfity krwotok wystąpił natychmiast po upadnięciu, w następstwie zaś rozwinęły się również suchoty. I w tych przypadkach zwykle obrażenie mocznic płuc było punktem wyjścia sprawy zakaźnej, innej wprawdzie natury, t. j. gruźliczej.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

5. P. Grawitz i W. De Bary. O przyczynach zapalenia i ropienia tkanki łącznej podskórnej. (*Ueber die Ursachen der subcutanen Entzündung und Eiterung*).

Doświadczenie codzienne uczy, że po wstrzykiwaniu pod skórę rozmaitych obojętnych płynów [morfiny] powstają nierzadko ropnie podskórne, częściej jednak, mimo zupełnego zaniechywania zasad antyseptyki podczas i po wstrzykiwaniu, bywa, że ropienia nie ma. Należy przeto przypuścić, że w ostatnich tych przypadkach wprowadzenie pasorzytów ropnych pod skórę [co szczególnie przy dawniejszych pojęciach o sprawie ropienia za każdym razem podczas wstrzykiwań podskórnych zdarzać się mogło] nie wywołało ropienia.

USKOFF, który wstrzykiwał pod skórę zwierzętom rozmaite ilości obojętnych płynów [mleka, wody przekroplonej, oliwy], doszedł do wniosku, że wprowadzenie pod skórę nieznacznych ilości rzeczonych płynów nie pociąga za sobą żadnych następstw, większe atoli ilości tych płynów i po kilkakrotnem wstrzykiwaniu mogą spowodować ropienie, przyczem w ropie można zawsze znaleźć bakteryje.

ORTHMANN, który sprawdzał doświadczenia USKOFF'a, utrzymuje, że wstrzykiwanie młodym psom pod skórę nawet kilkuset centymetrów sześciennych rzeczonych płynów, przy zachowaniu czystości, ropienia nie powoduje.

GRAVITZ i DE BARY zaszli pod tym względem jeszcze dalej. Wstrzykiwali oni pod skórę psom rozmaite ilości [5—300 ctm. sześciennych] $\frac{3}{4}\%$ roztworu soli kuchennej, do której dodano niewielką ilość czystej hodowli *staphylococcus pyogenes aureus* i nigdy nie otrzymywali ropni. Z tego wynika, że wprowadzanie do tkanek mikrokoków ropnych wraz z obojętnymi płynami nie powoduje wcale, jak to dotychczas utrzymywano, ropienia. Pozorna sprzeczność z wynikami badań innych autorów wpływa z czysto technicznej strony doświadczeń, a mianowicie: autorowie za każdym razem po wstrzykiwaniach zasklepiali otwór pozostały w skórze kolodyjonem jodoformowym, wybierali zawsze igłę możliwie cienką i należycie dezynfekowali skórę, zarówno jak i strzykawkę. Kanał, powstający po ukłóciu, gra tu, zdaniem autorów, rolę najniebezpieczniejszego czynnika — w nim bowiem zatrzymują się pasorzyty, tu mogą one się także rozmnożyć. Płoch wstrzykiwanego płynu ma tu również pewne znaczenie, a mianowicie znajdujące się w ranie pasorzyty, przy nieznacznej ilości wstrzykniętego płynu, tak szybko zostają wessane, że niemożliwym się staje ich rozmnożenie się, podczas gdy bardzo duże ilości płynów, rozumie się, cokolwiek opóźniają wysanie.

Z kolei autorowie przechodzą do zbadania wpływu rozmaitych stężonych nieoobojętnych płynów na sprawę ropienia. Płynem nieoobojętnym nazywają autorowie taki płyn, który bez względu na jego działanie na tkanki musi przed wessaniem uleść w nich rozcieńczeniu lub rozkładowi. Otóż wstrzykiwanie pod skórę stężonych wyjałowionych¹⁾ roztworów soli kuchennej powoduje jedynie obrzęk tkanki podskórnej, lecz nigdy ropienie. Dodanie do pomienionego roztworu soli kilku grudek, wielkości ziarnka maku, z czystej hodowli *staphylococcus aureus*, w niczem nie zmienia obrazu; jeżeli zaś powstawało ropienie, to zawsze można było wykazać obecność zgorzeli skóry, wskutek żrącego działania wstrzykniętego płynu.

Z następných doświadczeń autorów nad działaniem środków żrących, lecz zabijających bakteryje, okazuje się, że sublimat nie wywołuje ropienia, jeżeli zostanie wstrzyknięty głęboko do mięśni, wstrzyknięty zaś pod skórę wywołuje często ropienie, powoduje jednak przedtem zgorzel skóry. A zotan srebra, który również, według doświadczeń autorów, zabija bakteryje, wstrzyknięty pod skórę w rozcieńczeniu 0,5:100 ulega wessaniu, w roztworze zaś 5% sam, a także po dodaniu doń czystej hodowli *staphylococcus aureus*, powoduje ropienie, którego produkty hodowane na agar-agar żadnych wyników nie dają. Ropienie więc należy w danym przypadku uważać za odczyn tkanek zwierzęcych, powstający wskutek działania pewnej substancyi chemicznej, zupełnie wolnej od bakteryj, a nawet niszczącej takowe, oraz wprowadzonej do tkanek w pewnej określonej ilości i w pewnem stężeniu.

Wyskok, mający, zarówno jak i chlorek cynku, własności antyseptyczne, nie powoduje ropienia ani sam, ani z domieszką mikrokoków ropnych.

Doświadczenia autorów nad działaniem rozpuszczalnych środków żrących, nie wywierających stanowczego wpływu z abójczego na bakteryje, dały wyniki następujące.

a) Nieznaczne ilości kwasów, dodane do żelatyny lub do agar-agaru, powstrzymują wzrost grzybków. Wstrzykiwanie mocnych, zarówno jak i słabych roztworów kwasów, z domieszką czystej hodowli *staphylococcus aureus*, *citrus* lub *albus*, albo też bez tychże, żadnych złych następstw nie wywołuje. Autorowie wstrzykiwali królikom znaczne ilości 1% kwasu solnego bez żadnych

¹⁾ Każdy płyn wyjałowiony, a mający służyć do wstrzykiwań, był nalewany co najmniej do 2 probówek z agaru-agarem, które pozostawiono następnie w termostacie, w celu przekonania, czy płyn nie zawiera żyjących bakteryj.

złych następstw, co upoważnia ich do przypuszczenia, że kwas ten, jako środek zabijający bakteryje, a zarazem obojętny dla tkanek ustroju, może się okazać pożytecznym w celach leczniczych.

b) Alkalijska żrąca w roztworze 5% nie zabijają pasorzytów ropnych w próbkach, ani też nie powodują ropienia. Jednakże dodanie do nich żółtych mikrokoków ropnych nie powoduje wcale ropienia. Przypuścić należy, że alkalijska, chociaż niszczy tkanki, nie stwarzają jednak odpowiednich warunków dla rozwoju mikrokoków ropnych.

c) Amonijak. Mikrokokki ropne mogą dość długi czas przebywać w oficylnym *liq. ammon. caust.*, nie tracąc nic na swych własnościach, nieznaczne jednak ilości amonijaku, dodane do żelatyny odżywczej lub do *agar-agaru*, stanowiąc powstrzymują wzrost pasorzytów. BRIEGER dowiódł, że *staphyloc. pyog. aur.* tworzy dużo amonijaku, *streptococcus* zaś przeważnie trójmetylaminy i przypuszcza, że substancyje te *in statu nascendi* mogą wywołać zapalenie. Rzeczywiście, 4—6 ctm. cokolwiek mocniejszego roztworu [2 części *liq. ammon.* na 8 części wody], według doświadczeń autorów nad psami, powoduje ropienie, słabe zaś roztwory szybko ulegają wessaniu. Hodowle dokonane z otrzymanej ropy dały wyniki ujemne. Dodanie do amonijaku pasorzytów ropnych w niczem nie zmienia rezultatów wstrzykiwań poprzednich, z tą tylko różnicą, że hodowle z tej ostatniej ropy dają obfite kolonie pasorzytów ropnych. Amonijak więc w stężeniu, w którym wywołuje zapalenie i ropienie, przysposabia w tkance podskórnej grunt dla mikrokoków ropnych, słabsze jednak roztwory zmiany owej w tkankach nie powodują.

Co się tyczy własności, oraz wpływu nieobojętnych płynów olejowych na tkankę łączną podskórną, to doświadczenia autorów przekonywują, że olejek terpentynowy należy zaliczyć do pierwszorzędných środków zabijających pasorzyty. Wstrzykiwanie podskórne olejku terpentynowego z domieszką lub bez mikrokoków ropnych u królików i świnek morskich nigdy nie wywołuje ropienia, lecz, co najwyżej, zapalenie, albo objawy ogólnego otrucia olejkim terpentynowym. Ropienie następuje tylko wtedy, gdy, jak to miało miejsce w doświadczeniach KLEMPERER'a, istnieje w bliskości nieznaczna choć ranka lub zgorzel skóry, albo też, gdy jak to tenże badacz czynił, pęcherzyk szklany, zawierający olejek terpentynowy, zostanie umieszczony pod skórą i następnie—po zagojeniu się tejże stłuczony, a więc gdy olejek terpentynowy działa na tkankę młodą, bliznową, w której zniszczenie spowodowane odłamkami szkła musi wywołać zapalenie.

Zupełnie inaczej działa olejek terpentynowy u psów. Wstrzyknięty pod skórę w ilości już 0,6—1,0 powoduje ropienie. Dodanie do niego *staphyloc. aur.* w niczem nie zmienia jego działania; ropa, zapachu olejku terpentynowego, nie zawiera koków, ani nie daje hodowli na *agar-agarze*. — Działanie olejku terpentynowego u ludzi bywa podobne jak i psów.

Olejek krotonowy nie wywiera wpływu hamującego na wzrost mikrokoków ropnych; wstrzyknięty podskórnie może wywołać u królików wysięk surowicy lub włóknikowy, w pewnych zaś warunkach, np. w tkance bliznowej [po podskórnem stłuczeniu pęcherzyków szklanych], może się stać przyczyną ropienia.

Przekonawszy się z poprzednich doświadczeń, że u psów i królików obfite ilości mikrokoków ropnych zawieszane w wodzie mogą zostać wessane bez szkody dla ustroju, dochodzimy do wniosku, że u tych zwierząt koki ropne w normalnej tkance podskórnej nie są w stanie wywołać ropienia, natomiast pewne substancyje chemiczne, nie zawierające mikrokoków, mogą w pewnych warunkach spowodować ropienie, a wstrzyknięte w określonej ilości i w pewnem stężeniu, oraz

u pewnych tylko zwierząt, takowe wywołać muszą. Również istnieją substancje chemiczne, które będąc wprowadzone w pewnym stężeniu w tkankę podskórną, wytwarzają w niej warunki dogodne dla rozwoju mikrokoków ropnych. Z tego wynika, że gdzie istnieją ropnie podskórne, zawierające pasorzyty ropne i pokryte nietkniętą skórą, tam poprzednio, przed wniknięciem owych pasorzytów, lub też podczas ich obecności, odbyły się sprawy, które przygotowały grunt dla koków; takimi jadami przysposabiającymi są pewne substancje chemiczne; substancje te powstają podczas hodowania mikrokoków, np. na żelatynie.

W następnym szeregu doświadczeń autorowie wstrzykiwali pod skórę psom, królikom i szczurom czystą hodowlę *microc. prodigiosus* z niewielką ilością wyjałowionej soli kuchennej; po 3—6 dniach pojawiły się ropnie, których wartość dała hodowle *micrococci prodigiosi*. Skutek był tem jaskrawszy, im więcej materiału wzięto i im roztwór był bardziej nasycony. Następnie zabijano koki przez ogrzewanie, a po dokonaniu hodowli próbnych, wstrzyknięto zabite mikrokokki jak poprzednio i otrzymano również ropnie, lecz, jak tego dowiodły przeprowadzone hodowle, bez koków. Takież wyniki otrzymywano, gdy pasorzyty zabijano za pomocą olejku terpentynowego.

Jasną jest więc rzeczą, że istnieje pewna substancja chemiczna [w danym razie „*Prodigosussaft*“], która jest w stanie wywołać ropienie. Substancja ta wcale nie tłumi wzrostu prawdziwych mikrokoków ropnych; jeżeli bowiem do niej dodamy niewielką ilość *staphyloc. aur.*, to otrzymamy zapalenie ropne — w ropie znajduje się wtedy *staphyloc. aureus*. Ztąd wynika, że bakteryje, rosnące w warunkach pomyślnych [np. na powierzchni gardzieli], mogą wytworzyć produkty rozkładowe, które, ulegając wessaniu, sprzyjają bujaniu innych bakteryj, tak, że w innych narządach mogą wtedy powstawać ogniska, nie zawierające wcale pierwotnych tworów jadowitych; tych, zresztą, może nawet w tkankach nie być.

Owe substancje chemiczne, ptomainami zwane, powstają tylko przy dostępie powietrza. Przy hodowli *micrococci prodigiosi* na płynnej surowicy krwi, a więc przy słabym przystępie powietrza, na dno probówki opada obfity biały osad, złożony z grzybków i nie mający owej charakterystycznej czerwonej barwy. Osad ten, przeniesiony na otwarty dla powietrza grunt odżywczy, daje znów czerwono zabarwione kolonie. Autorowie wstrzykiwali szczurom wyjałowioną, niezabarwioną hodowlę owego grzybka i nie otrzymywali żadnych wyników, gdy tymczasem taka sama ilość wyjałowionego soku z czerwonego grzybka w wodzie dała bardzo gwałtowne zapalenie. Widzimy więc, że skutki są rozmaite, stosownie do tego, w jakich warunkach hodują się grzybki, t. j. czy przy nich mogą powstawać swoiste dla tych grzybków produkty rozkładowe, czy też nie, oraz stosownie do tego, w jakim stężeniu ptomainy owe wstrzyknięte zostały. Rozmaite zatem wyniki, otrzymywane w poprzednich doświadczeniach, należy objaśnić słabą koncentracją ptomain, użytych do wstrzykiwań, oraz przystępem do nich powietrza z zewnątrz. — Ropienie pod wpływem samych mikrokoków może powstać tylko wtedy, gdy takowe mają podostatkiem wolnego tlenu, wtedy bowiem tylko są one w stanie wytworzyć owe stężone jady, pod wpływem których tkanki oddają swój tlen grzybkom, zostają zniszczone i tworzą ropę.

(*Virchow's Archiv*. T. 108 I. S. 67).

Stanisław Klejn.

6. Ludwik Letzerich (z Niederradu). Pierwotne zapalenie nerek pochodzenia pasorzytniczego (*Nephritis bacillosa interstitialis primaria*).

W roku 1882 autor spostrzegł 25 przypadków [przeważnie u dzieci], pierwotnego zapalenia nerek, które, według jego poszukiwań, zależało od swoistego schyzomyceta.

Choroba sama w 1882 r., panowała endemicznie, później autor spotykał sporadyczne przypadki; rozpoczynała się niedomaganiem ogólnem, ospałością, poczem następowały wymioty, bolesność w okolicach nerek, zmniejszenie dobowej ilości moczu, obrzęki całego ciała, a czasem objawy mocznicy. Ciepłota ciała rzadko przewyższała 39° C.. Przypadków śmiertelnych było 4, w pozostałych chorzy po kilku tygodniach powracali do zupełnego zdrowia. Mocz oddziaływał słabo-kwaśno, był lekko zmętniały i zawierał niewiele białka. W osadzie świeżo oddanego moczu znajdowano wiele ciałek ropnych, trochę czerwonych krążków krwi i moczanów, bardzo mało nabłonka nerkowego, ale za to ogromne mnóstwo charakterystycznych laseczników; w 3 tylko przypadkach znaleziono nieznaczną ilość walczkowych szkliszek.

Uderzony obecnością pasorzytów w świeżo oddanym moczu, autor zwrócił na nie szczególniejszą uwagę. W osadzie moczu otrzymanego przy zachowaniu należytych ostrożności [czysty kateter, obmycie narządów moczowych przed wypuszczeniem moczu, czysta szklanka], po zabarwieniu takowego błękitem metylowym otrzymywano zawsze ogromną ilość laseczników nieco krótszych od gruzliczych ale znacznie grubszych; niektóre zawierały w sobie okrągłe zarodniki; spotykano także nici z zarodnikami i bez nich. Zarodniki barwiły się wyraźniej niż same nici (?przyp. spraw).

H o d o w l e na płytce przy 14° R., po 36—48 godzinach, przedstawiały się w postaci białych twardych błonek, pływających w zupełnie rozrzedzonej żelatynie.

W próbkach z żelatyną po 24 godzinach zjawiały się małe nieregularne kłaczki szybko rosnące i rozrzedzające żelatynę.

W cząstkach hodowli pod mikroskopem znajdowano zawsze wyżej opisane laseczniki, układające się w nici dłuższe lub krótsze, ze sporami i bez nich.

S z c z e p i e ń na zwierzętach [świnki morskie] autor dokonał 12. Na miejscu szczepienia nie było nigdy żadnego odczynu. Po 3—8 dniach, ciepłota podnosiła się do 39° C.. Po 12—14 dniach u niektórych zwierząt powiększała się objętość brzucha. Jedno zwierzę zdechło po 14 dniach, przyczem znaleziono *ascites, hydropericardium, hyperaemiam renum, lienis, hepatis et pulmonum*. Mniej więcej to samo tylko w mniejszym stopniu znajdowano u reszty zwierząt, które zabijano pojedynczo codziennie. D r o b n o w i d z o w e b a d a n i e n a r z ą d ó w wykazało obecność charakterystycznych laseczników, które w nerkach układały się w gniazda, na granicy pomiędzy istotą korową i rdzenną. Tem mniej było gniazd, im zwierzę później zabito. W wątrobie i płynach z jam ciała znajdowano tylko zarodniki.

Taki sam wynik dało badanie pośmiertne narządów dwojga zmarłych dzieci. W nerkach [podobnie jak i u zwierząt] główna masa gniazd pasorzytnicznych i nitek znajdowała się zawsze wśród istoty korowej i na granicach tej ostatniej z istotą rdzenną; tylko niewielkie gniazda i pojedyncze laseczniki leżały wśród istoty rdzennej [ztaąd autor uważa uważa opisane przez siebie przypadki za zapalenie śródmiąższowe]. Za roznościcielkę i grunt odzwyczy zarazka tej niezaprzeczonej nowej i nieznannej choroby zakaźnej autor przypuszczałnie uważa [przynajmniej w mieście, w którym tę chorobę obserwował] wodę mydlaną wypływającą z wielkich pralni i gnijącą po rynsztokach. W takiej wodzie autor znajdował zawsze wielkie ilości opisanych przez siebie pasorzytów. Ponieważ jednak nigdy z takiej wody czystych hodowli pasorzyta utrzymać nie zdołał, przestaje tylko na zaznaczeniu faktu.

Rozpoznanie choroby autor opiera na wyżej opisanych objawach, a przede wszystkim na starannem drobnowidzowym badaniu moczu.

Rokowanie względnie jest dobrem, zwłaszcza przy stosowaniu odpowiedniego leczenia. Za takie autor uważa niestosowanie środków przeciw-pasorzytnicznych, tylko podniesienie sprawności skóry, *resp.* ciepłe kąpiele i wzmacniającą

dyjetę [wino, wodę z białkiem, jaja, mleko i mięso]. Z środków moczopędnych zachwała morską cebulę w połączeniu z będzwinianem sodu [Rp. *Inf. Bulb. scillae* 1,0—100,0, *Natr. benzoic. pur.* 5,0, *Syr. cort. aur.* 7,5. MDS. co 2 godziny łyżkę]. Salicylan sodu zwiększał i tak uporeczywe wymioty. Z środków opróżniających kiszki zaleca olej rycynowy i lawatywy. Kalomel wywoływał objawy zapaści.

(*Zeitsch. für klin. Med.* XIII. B i H).

A. Puławski.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dodatkowym d. 31. I. 1888 r. kol. SZUMLAŃSKI przedstawił chorego z *lipomata multiplicia* w bardzo znacznej ilości. Niektóre z nich posiadają twardość chrząstki, a liczba nowotworów dochodzi do setki. Przy tej okazji prezes BRODOWSKI zauważył, że tłuszczaki ulegają niekiedy skostnieniu.

Kol. SOKOŁOWSKI opisał przypadek niezwyklego rozszerzenia żołądka wraz z podaniem wyników badania pośmiertnego i demonstracją preparatu [dokonaną przez prezesa BRODOWSKIEGO]. W przypadku tym zasługiwały na uwagę pewne trudności w rozpoznaniu i niezwykła przyczyna rozszerzenia żołądka. Do oddziału kol. S. przybył chory 75-letni starzec, bardzo wycieńczony, z objawami niestrawności i wymiotami, przypominającymi fusy kawowe. Niestrawność trwała od lat 3-eh, wymioty kawowe od kilku dni. Badanie brzucha nie wykryło żadnego guza: znaleziono rozszerzenie żołądka i *ascites*; wątroba zdawała się być zmniejszoną. Chory wymiotował ciągle masami kawowymi i zmarł po kilku dniach. Wobec ciężkiego stanu chorego, badanie było trudnem, a tem samem i rozpoznanie. Niektóre dane [przesiek w jamie brzusznej, zmniejszenie wątroby, alkoholizm] przemawiały za marskością wątroby.

Przy badaniu pośmiertnem, zamiast spodziewanego przesieku, znaleziono niezwykle rozszerzony żołądek, wypełniony płynem i zajmujący $\frac{1}{3}$ jamy brzusznej. Wątroba była zmniejszoną i pokrytą przez kiszki. Błona śluzowa żołądka szara i pomarszczona, w okolicy odźwiernika układa się w fałdy podłużne. Światło odźwiernika zwężone. Tuż u przejścia do dwunastnicy znajdują się 2 otwory, wielkości soczewicy, prowadzące do pęcherzyka żółciowego, zawierającego kamień, wielkości jajka gołębiego, pod temi otworami błona śluzowa odźwiernika tworzy fałdę poprzeczną w postaci grzebienia kurzego. Istnieją luźne zrosty pomiędzy pęcherzykiem i odźwiernikiem.

Prezes BRODOWSKI, demonstrując powyższy preparat, zauważył, że w danym przypadku kamienie, zatykające przewód wątrobowy, przez ucisk wywołały zgorzel ścian pęcherzyka [kamienie rzadko prowadzą do spraw owarzających, raczej do raka] i przylegającego doń odźwiernika; następstwem tego były przetoki, zwężenie światła odźwiernika i rozszerzenie żołądka. Wątroba zmniejszyła się wskutek ucisku. Masy kawowe w masach wymiotnych zależały od wylewów z rozszerzonych naczyń błony śluzowej żołądka [nadżarć nie było].

W dyskusyi nad spostrzeżeniem kol. SOKOŁOWSKIEGO, kol. REICHMANN robi uwagę, że tam gdzie rozpoznano rozszerzenie żołądka, trzeba być ostrożnym z rozpoznawaniem przesieków do jamy otrzewnej, gdyż takowe są rzadkością przy rozszerzeniu żołądka [zapewne wskutek zgęszczenia krwi].

Kol. MATLAKOWSKI dodaje, że rozpoznanie *ascites* niesłychanie jest utrudnionem, jeżeli do płynu w jamie otrzewnej dostaną się gazy, jak to miało miejsce w widzianym przez niego przypadku: przy *perimtritis septica* po porodzie

przedwczesnym, przy *uterus bipartitus*, koło jednej z macic w bliskości kiszki ślepej utworzył się ropień, zawierający posokę z gazami; trudno było określić, czy w danem miejscu był płyn w *coecum*, czy płyn i gazy w jamie otrzewnej.

W dalszym ciągu kol. BUJWID mówił o warunkach ułatwiających ropienie, z demonstracją zwierząt. Obserwując przed 2-ma laty chorą na moczówkę cukrową, kol. B. zauważył, że tworzące się w tej chorobie ropnie zależą od pasożyta *staphylococcus aureus* [gronkowca złocistego, jak go kol. B. nazywa]. Gdy cukier został usunięty z ustroju wpływa porażająco na części tkanek chłonące bakteryje [fagocyty], skutkiem czego te ostatnie mogą się rozmnażać bez przeszkody [tworzenie się ropnia]. Ilość bakteryj nie pozostaje bez wpływu, po wstrzyknięciu 50 milionów bakteryj [liczenia dokonywano za pomocą 10 rozrzedzeń żelatyny na płytkach], kol. B. otrzymywał na skórze nieznaczne stwardnienie, czego nie było po wstrzyknięciu 8 mil. Jeżeli jednak choćby kilka milionów bakteryj wstrzyknąć z cukrem gronowym, otrzymuje się wyraźny ropień. Na fagocyty również porażająco wpływają inne czynniki chemiczne, nie w takim jednak stopniu, jak cukier. Jeżeli zwierzęciu wstrzyknąć pod skórę 1 ctm. sześć. 1% roztworu sublimatu, lub 2⁰⁰/₀₀ fenolu, a w kilka minut potem hodowlę stafilokoka w ilości nieznacznej, również tworzy się ropień. W tym kierunku prowadzone są w pracowni kol. B. dalsze doświadczenia.

Komunikat kol. BUJWIDA wywołał ożywioną dyskusyję. Kol. MATLAKOWSKI wyraża zdanie, że przedmiot poruszony przez kol. B. mógłby dostarczyć materjału do długich roztrząsań. Dotychczasowe badania nad etyologiją ropienia wykazują, że sprawa ta, narówni z innymi sprawami biologicznymi, jest nader skomplikowaną i należyte jej zrozumienie wymaga wiele krytycyzmu. Co do moczówki cukrowej, to już oddawna, a w nowszych czasach VERNEUIL zwrócił uwagę na to, że przy niej jak i przy innych t. z. „dyskrazyjach“ przebieg operacyjny jest cięższy. U dyjabetyków trudniej udaje się *prima intentio*. W jaki sposób cukier w ustroju może usposabiać do ropienia, nie jest rzeczą wiadomą. Na komórkach roślinnych widzimy, że cukier pochłaniając wodę, działa deprymująco na protoplazmę. Nie trzeba jednak zapominać z drugiej strony, że stosują opatrunki z cukru i to z dobrym skutkiem. Trzebaby dobrze zbadać, czy sam stafilokok nie wytwarza cukru, bo są przecie grzyby, które cukier wytwarzają (*mycoderma vini*).

Vice prezes PRZEWOŚKI uważa pracę kol. B. za dalszy ciąg doświadczeń GRAVITZ'a i DEBARRY'ego; kol. SZTEYNER przypomina o 2 przypadkach KOENIG'a, gdzie wyleczono ciężką zgorzel przez stosowanie leczenia przeciw dyjabetycznego. Tym sposobem doświadczenia kol. B. potwierdzają fakty, znane klinicystom.

Prezes BRODOWSKI zachęca kol. B. do sprawdzenia doświadczeń GRAVITZ'a, które grzeszą czasami brakiem ścisłości.

Kol. JAKOWSKI, potwierdzając zdanie prezesa BRODOWSKIEGO, zaznacza, że ROSENBACH wstrzykując do stawu hodowlę *staph. aur.* bez uprzedniego wywołania traumy, otrzymywał ropienie, z drugiej zaś strony RUIJS po wstrzyknięciu oleju krotonowego do przedniej komory oka, nie wywoływał ropienia.

Kol. BUJWID oświadcza, że swoje doświadczenia robił niezależnie od GRAVITZ'a, bo w tymże samym czasie, i zajmuje się tymczasem wpływem cukru na ropienie. Co do środków dezynfekcyjnych uważa, że takowe na równi substancjami

żrącami w jego doświadczeniach uspasabiały tkanki do ropienia po wstrzyknięciu pod skórę hodowli gronkowca.

Nakoniec prof. HOYER zapatruje się na doświadczenia kol. BUJWIDA, jako na badania przedwstępne do wykrycia roli, jaką gra cukier w sprawach ropienia. W dalszym ciągu trzeba koniecznie oznaczyć, jakie mianowicie roztwory cukru są szkodliwe dla rozwoju pasorzytów. Być może, że roztwory słabsze od tych, które brał kol. B. będą działały inaczej. Cukier sprzyja rozwojowi niektórych innych pasorzytów, jak również niektóre tkanki organizmu potrzebują pewnych oznaczonych ilości cukru dla sprawności swoich funkcyj.

W końcu posiedzenia kol. SOKOŁOWSKI wygłosił rzecz o leczeniu chirurgicznym polipów kraniowych z demonstracją preparatów i narzędzi. Odczyt ten będzie drukowanym w naszym piśmie.

Wiadomości terapeutyczne.

15. Eserinum sulphuricum. Zachęcony przez wyniki doświadczeń na zwierzętach, które wykazały, że ezeryna zwiększa pobudliwość mięśni gładkich, kiszek i żołądka, od lat kilku stosuję ten alkaloid przeciwko zwioteczeniu błony mięśniowej (*atonia*) przewodowi kiszkiowemu. Już SUBBOTIN [1869] z dobrym skutkiem przeciwko zwioteczeniu kiszek stosował *extr. sem. Physostig. venenosi*, a GERMAIN SÉE [1881] zachwalał w tym celu poprostu *pulv. sem. Physostig. ven.* Przepisuję zwykle *eserinum sulphuricum* w pigułkach po $\frac{1}{30}$ grana, 3 razy dziennie [Rp. *Eserini sulphurici granum unum, spir. vini q. s. Extr. et pulv. Gentianae q. s. ut f. pill.* Nr. 30. S.]. Niektórzy chorzy znoszą dawki większe, mianowicie po $\frac{1}{25}$ grana, 3 razy dziennie, ale ta dawka u wielu osób wywołuje już silne rozwolnienie i wymioty. Nie spostrzegalem zaś ani razu, żeby $\frac{1}{30}$ część grana wywołała objawy otrucia. Ezeryna przyjmowana po $\frac{1}{30}$ grana bynajmniej rozwolnienia nie sprowadza, lecz zwiększając pobudliwość przyządu ruchowego kiszek, sprawia to, iż prawidłowa zawartość kiszkiowa staje się dostatecznym bodźcem do wywołania energicznych ruchów w przewodzie kiszkiowym. U chorych leczonych ezeryną wypróżnienia stają się częstszymi, lecz nie płynnymi. Nie uważam bynajmniej ezeryny za środek radykalny przeciwko zwioteczeniu muskulatury kiszek, będącemu przyczyną tak zw. nawykowego zaparcia stolca, lecz jest ona ważnym w leczeniu środkiem pomocniczym. Wiadomo, jakie zgubne następstwa wywołują środki czyszczące, często i w dużych dawkach przyjmowane. Kto chce radykalnie chorego dotkniętego zwiotezeniem kiszek wyleczyć, powinien przedewszystkiem mu zakazać brać na przeczyszczenie ¹⁾, a jednocześnie przepisać odpowiednią dyjetę, zastosować leczenie wzmacniające, elektryzację, gimnastykę, mięsienie, hydroterapię i t. p. kierując się warunkami osobniczymi i chorobowymi danego przypadku. Ponieważ zaś skutek okazuje się dopiero po kilkumiesięcznym stosowaniu tego rodzaju leczenia, przeto w celu ulżenia chorym, doznającym najrozmaitszych przypadłości wskutek zaparcia stolca, jakoteż w celu uniknięcia groźnych zaburzeń i dolegliwości, któreby nie pozwalały na dobre odżywianie chorego, uciekamy się do ezeryny. Bez tego środka u wielu chorych niemożliwym by było zastosowanie radykalnego leczenia. Przy tak saś skombinowanym leczeniu otrzymuję w mej praktyce bardzo dobre wyniki. *M. Rejchman.*

16. Hydrargyrum cyanatum. Kolega DRZEWIECKI donosi nam, że, stosując do wewnątrz cyjanek rtęci u dzieci przy k o k l u s z u, już po upływie mniej więcej pięciu dni spostrzegał znaczną poprawę w stanie choroby, a mianowicie napady traciły swój charakter, tak, iż kaszel stawał się bardziej zbliżonym do zwyczajnego kaszlu nieżytowego. Kol. D. przepisuje cyjanek rtęci w sposób na-

¹⁾ Zakaz ten powinien się stosować do ławatyw, szczególnie silnie drażniących np. glicerynowych, które wywołują nieżyt kiszki, kurczowe zwiężenie odbytu i t. a..

stępujący: *Hydrargyri cyanati* 0,05 [gr. j], *Aquae destill.* 100,0 [3ijjβ]. *Glycerini puri* 20,0 [3vj]. *M. D. in vitro nigro.* S. Co godzina po łyżeczce od kawy [4,0 = 3j], aż do wyżycia 1/3 części, potem co dwie godziny po łyżeczce.

My ze swej strony przypominamy, że cyjanek rtęci w małych dawkach działa zupełnie jak sublimat, w dawkach zaś większych przeważa działanie kwasu pruskiego. W każdym razie większość farmakologów i niektórzy syfilidologowie zgadzają się na to, że cyjanek rtęci, użyty wewnętrznie, mniej drażni przewód pokarmowy, niż sublimat, a przy podskórnem stosowaniu bolesność i podrażnienie miejscowe również mają być o wiele mniejsze, niż przy podobnem użyciu sublimatu. Prócz tego cyjanek rtęci podobno nie wywołuje ślinienia. A ponieważ przetwór ten jest przytem niezmiernie łatwo rozpuszczalnym, przeto wielu syfilidologów stosowało go do podskórnych wstrzykiwań przy przymiocie.

Co się tyczy innych chorób, to dotąd niektórzy lekarze chwalili jego skuteczność przy błonicy stosując go w postaci następującej: *Hydrargyri cyanati* 0,01 [gr. 1/6], *Aqu. destill.* 10,0 [3ijj], *Syr. simpl.* 90,0 [3ijj]. D. S. Trzy razy dziennie po łyżeczce od kawy.

W każdym razie wartoby, szczególnie w okolicy, w której panuje epidemija koklusz, poczynić odpowiednie spostrzeżenia nad działaniem wzmiankowanego środka leczniczego; pamiętać wszakże należy, na co zwraca uwagę i kol. DRZEWIECKI, o stanie przewodu pokarmowego, gdyż często środek ten wywołuje rozwolnienie.

17. Cytisinum nitricum. Jest to alkaloid, otrzymany z rośliny, należącej do rodziny strąkowych i hodowanej w naszych ogrodach jako krzew ozdobny pod nazwą deszczu złotego [*Cytisus laburnum* — Szeczodrzeniec groniasty]. Już od dawna wiedziano, że prawie wszystkie gatunki szeczodrzeńca posiadają własności trujące. PREVOST i BINET przekonali się na zwierzętach, że ze wszystkich przetworów tej rośliny najsilniej działa wyciąg wodny z nasion. Małe dawki wywołują silne wymioty bez podrażnienia kiszki. Szczególniej szybko działa ten środek, użyty podskórnie: 0,05 — 0,08 [mniej więcej gr. j] wyciągu wodnego, wstrzykniętego pod skórę, już po 6 minutach wywołuje wymioty bardzo obfite. Większe dawki wywołują porażenie nerwów ruchowych, na podobieństwo kurary, przyczem nieraz występuje śmierć zwierzęcia przy objawach uduszenia, zależnej od porażenia mięśni oddechowych.

Czysty alkaloid, cytizynę w postaci krystalicznej, otrzymali już w r. 1869 HUSEMANN i MARMÉ. Ale dopiero w ostatnich czasach prof. KOBERT z Dorpatu zajął się obszerniejszem badaniem działania azotanu cytizyny, a między innemi doszedł do wniosku, że alkaloid ten podnosi ciśnienie w tętnicach daleko bardziej, aniżeli odpowiednie największe dawki naparstnicy i że owo zwiększenie ciśnienia zależy nie od zmiany w czynności serea, na które cytizyna nie działa, ale od skurczu samych naczyń; przyczyna zaś tego ma leżeć w ośrodkach nerwowych. Niedawno temu prof. KRAEPELIN, korzystając ze wskazówek KOBERT'a, zastosował podskórne wstrzykiwania azotanu cytizyny przy migrenie paralitycznej i otrzymał świetne wyniki: za każdym razem w ciągu pół godziny znikaly wszystkie objawy migreny niezmiernie dotkliwej i dotąd niezmiernie uporczywej. Przy migrenie spastycznej środek ten, zamiast poprawy, wywoływał pogorszenie. Dawka wstrzykniętego azotanu cytizyny wynosiła 0,003 — 0,004 — 0,005 [gr. 1/20 — gr. 1/15 — gr. 1/12].

18. Antipyryna przeciw krwawieniu. Kilka lat temu [1884] Dr. HÉNOQUE, a po nim ARDUIN [1885] zwrócili uwagę, że antipyryna, miejscowo stosowana, wstrzymuje krwawienia. Istotnie własność ta została stwierdzoną przez niektórych lekarzy. W roku zeszłym miałem sposobność dwa razy się przekonać o tej własności antipyryny. W jednym przypadku u dziewczynki 14-letniej, zresztą zdrowej, krwawienie z nosa trwało około godziny i pomimo stosowania przez rodziców rozmaitych środków domowych nie ustępowało. Ponieważ w tymże domu miałem pod ręką antipyrynę w proszkach po 15 gran, więc rozpuściłem cztery proszki w szklance wody i sam kilka razy przestrzyknąłem nos owej panienci strzykawką gumową w kształcie balonika. Po czwartem przestrzyknięciu krwawienie ustąpiło. Drugi przypadek dotyczy dorosłego mężczyzny z wadą serca, z silnem i uporczywym krwawieniem z nosa. W tym przypadku chory podobny roztwór antipyryny nalewał sobie na dłoń i wciągał do jamy nosowej; i tu również krwawienie szybko ustąpiło. Zkądinąd wiem również, że jeden z naszych kolegów wielokrotnie przy krwawieniach stosował antipyrynę z dobrym skutkiem.

Na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa biologicznego paryskiego, a następnie na posiedzeniu Towarzystwa terapeutycznego HÉROCQUE znou podniósł tę kwestyję. Z doświadczenia tego autora wynika, że pod wpływem antypyryny, tak w proszku, jako też w roztworze, naczyń się zwężają, tkanki się kureją, a krew krzepnie. Przy krwawieniach można stosować antypyrynę miejscowo w postaci proszku, roztworu, maści, albo waty napojonej antypyryną. W postaci proszku wprost posypuje się ranę antypyryną i nakłada opatrunek. Przy krwawieniach z nosa można antypyrynę wdychać w nos. Według zapewnień MOUTARD-MARTIN'a, szczególniejsze usługi oddawała mu antypyryna w proszku lub roztworze przy krwawieniach nosowych w przebiegu tyfusu. Przy krwawieniach macicznych można stosować na szyjkę maciczną, albo nawet do jamy macicznej wate antypyrynową. Przy powierzchownych ranach krwawiących wystarcza roztwór 1:20. Przy silniejszym krwawieniu z głębokich jam, np. z jam nosa, HÉROCQUE radzi używać roztworów mocniejszych 1:5. Wewnętrzne użycie antypyryny przy krwawieniach z płuc, lub innych narządów dało dotąd wyniki ujemne, albo wątpliwe.

Wate antypyrynową można przygotować w sposób następujący: najprzód chemicznie czystą wate trzeba wyjalwić [za pomocą wysokiej ciepłoty], następnie napoić nasyconym roztworem wodnym antypyryny, a potem suszyć.

W końcu należy zwrócić uwagę, że, według spostrzeżeń HÉROCQUE'a, antypyryna ma i własności antyseptyczne, tak, że autor od pewnego czasu używa jej do opatrunków przy ranach cuchnących, jak przy owrzodzeniach rakowatych, i zawsze jest zadowolony z wyglądu owrzodzenia i ze zniknięcia swoistego odoru. Do podobnego opatrunku używa antypyryny w sposób następujący: jedną część antypyryny i trzy części wazeliny uciera razem za pomocą szpadla z wata pokrajaną na cieniutkie skrawki [około kilku milimetrów]. Otrzymuje w ten sposób rodzaj ciasta, które kładzie na dane owrzodzenie. Na to nakłada grubą warstwę waty i opasuje opaską. Opatrunek odnawia dwa razy na tydzień, a dla tego, aby przy odejmowaniu opatrunku nie wywołać krwawienia, oblewa go najprzód obficie 1% roztworem antypyryny, aż do zupełnego nasiąknięcia.

W. Grostern.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Z powodu sprawy doktora DREIPELCHER'a, oskarżonego o nieprzyjęcie do szpitala chorej, zmarłej następnie na ulicy, uznanego przez sąd przysięgłych winnym i skazanego na pozbawienie wszelkich praw stanu, na zesłanie na 3 lata do gubernii archangielskiej, z przedstawieniem do łaski Monarszej „Wraez“ w N-rze 2 z r. b. pisze:

„W swoim czasie donosiliśmy o sprawie doktora E. E. DREIPELCHERA. W tych dniach sprawa ta stanęła przed sądem przysięgłych w Petersburgu i D. został uznany za „winnego nieuczynia odpowiedniej władzy, co pociągnęło za sobą ważne następstwa, za zasługującego jednak na uwzględnienie“. Na zasadzie takiego orzeczenia przysięgłych, sąd skazał Doktora D. na pozbawienie wszystkich praw stanu i nabytych, oraz przywilejów i na zesłanie do gubernii Archangielskiej z zabronieniem wydalenia się z miejsca przeznaczonego na zamieszkanie w ciągu lat trzech. Zarazem jednak sąd postanowił wyjednać zamiarę zasądzonej kary na areszt na odwachu wojennym w ciągu jednego miesiąca. Wkrótce znów powrócimy do tej sprawy, a tymczasem zauważymy tylko, że zdaje się nam ona pod ów j n i e k r z y c z ą c ą: najprzód dla tego, że w stolicy możliwemi są tak wstrętne fakty, jak wzięcie po mrozie starszki umierającej bez dachu, przyczem główni i jedyni sprawcy podobnych porządków, a przedstawiciele miasta, do których winny należyć i należą sprawy szpitalne, pozostają na uboczu bez wszelkiej odpowiedzialności, a powtórnie dla tego, że pokutującym za nieporządki gospodarki szpitalnej zostaje lekarz, który w danych warunkach nie mógł nic więcej zrobić nad to, co zrobił i który tym sposobem stał się tylko ofiarą cudzej winy! Pomimo wszelkiego szacunku z naszej strony dla sądu przedstawicieli sumienia społecznego, musimy wyznać, że w danym przypadku istotna prawda nie leży po stronie tegoż sądu“.

W tejże samej sprawie „Ruskaja medicina“ w N-r 2 z r. b. w ten sposób głos zabiera:

„Tylko co ukończona sprawa sądowa doktora DREIPELCHERA i trzech felcerów, obwinionych o nieuczynie odpowiedniej władzy, o niepodanie pomocy i t. d. wskutek czego nastąpiło przyspieszenie

śmierci chorej starszki, cierpiącej na suchoty, pomimo woli pobudza nas do rozmyślań. Przysięgli wynieśli werdykt obwiniający, wskutek czego lekarz i jeden felezer zostali skazani na ciężką karę. Prasa nasza sympatycznie przyjęła wspomniany wyrok i przy danej okazji hurtem obwiniła wszystkich wogóle lekarzy o brak serea, obojętność na cierpienia bliźnich, lekceważenie swych obowiązków, ciesząc się, że jeden przynajmniej lekarz poniesie ciężką karę. Żeby sprawa tyczyła się jednego tylko z lekarzy, któryby okazał w rzeczywistości brak serea i t. d. i my również przyłączylibyśmy się do zdania ogólnego. Ale ze wszystkich stron sypią się na głowy lekarzy oskarżenia za to, że nie przyjmują chorych do szpitali, że źle prowadzą te ostatnie i t. d. Dlatego też uważamy za swój obowiązek zabrać głos jedynie dla wyjaśnienia takich okoliczności i wogóle porządków szpitalnych, które pozostają zupełnie nieznanymi tak prasie jak i społeczeństwu, a to dla tej prostej przyczyny, że u nas bardzo często przy rzucających się w oczy bezprawia w jakiegokolwiek sprawie społecznej idzie tylko o to, aby znaleźć takiego, na kogo by można zwalić winę i dosyć. Nie przyjęto do przytułku kobiety rodzącej i ta porodziła na ulicy — winni są lekarze zakładu, nie przyjęto chorej do szpitala, znów oni winni..

I prasa i społeczeństwo są tego przekonania, że w szpitalach nawet nie może być innych naczelników i gospodarzy, jak tylko lekarze i z tego punktu widzenia za wszelkie bezprawia oskarżają tych ostatnich. Tymczasem w rzeczywistości rzecz się ma zupełnie inaczej. Sami lekarze od dawna już domagają się, ażeby stać się rzeczywistymi i odpowiedzialnymi gospodarzami szpitala. Dotychczas jednak do nich należy w szpitalach li tylko leczenie, a wszystkie inne rzeczy, wydawanie przepisów, gospodarze i inne rozporządzenia, zupełnie od nich nie zależą. Lekarze szpitalni są w zupełnej zależności od administracji szpitalnej, która całkowicie nie należy do ciała lekarskiego. Lekarze nie mają najmniejszego prawa uchylić się od posłuszeństwa i sami rozporządzić się choćby jednym groszem, nawet mieszanie się do gospodarki, w interesie samychże chorych, uważanem jest przez zwierzchność szpitalną nietylko za niepożądane, ale nawet za występne nadużycie władzy, lub też za niedozwolone porwanie się na takową. Taki stan anormalny, którego nie może przypuścić ani społeczeństwo, ani prasa, ani sami chorzy i który od tylu lat już starają się rozjaśnić sami lekarze, istnieje wszelako tak w Petersburgu, jak i w całym Cesarstwie. Czyż z takiego faktycznego punktu widzenia wypływa możliwość nawet dyskusji o nadużyciu i nienżyciu władzy, kiedy *de facto* ciż ludzie nie mają najmniejszej władzy, najmniejszego prawa, do takich lub owakich postanowień. Prasa i społeczeństwo myślą, że w szpitalach wszystko zależy od lekarzy, gdy tymczasem pozostawiono im tylko prawo leczenia chorych. Czy zależy od nich przyjęcie chorych, gdy miejsca nie ma. Weale nie. Czy mają oni prawo, w pewnych przypadkach coś postanowić bez wiadomości administracji szpitalnej? Weale nie. Czy mogą oni wogóle działać w szpitalu jako gospodarze? Weale nie. Jest to niezrozumiałem dla publiczności, ale faktycznie tak rzeczy stoją. I dlatego to zadziwia nas nie wyrok społeczeństwa, wygłoszony nad lekarzami, ale to, że padł on nie tam, gdzieby należało, że nie dotknął on istotnie winnych, to jest administracji szpitalnej, którą u nas — w Petersburgu — przedstawia duma miasta albo jej zarząd.

Nie będziemy rozbierali szczegółów sprawy, rozstrzygniętej przez przysięgłych, nie mając pod ręką wszystkich szczegółów tejże, wyjaśnionych przed sądem, ale sądzimy i na zasadzie rzeczywistości mamy prawo sądzić, że czas już aby pogrzebane zostały te anormalne zjawiska, w jakich znajdują się sprawy szpitalne, a szczególnie lekarze szpitalni, mający odpowiadać nawet za to, do czego im nie pozostawiono nawet najmniejszego prawa. Czas już, aby społeczeństwo i prasa przestały się bawić w ślepą babkę, a za to żeby lepiej obznajmiły się z kwestyją szpitalną i rzeczywiście wówczas znaleźliby się i istotni sprawcy winy i lekarze nie byłiby zmuszeni być przedmiotem niesłusznych wyrzekań. Nie boją się oni odpowiedzialności, ale tylko za te rzeczy, w których mają i prawa i obowiązki. Przy innym ustroju, a mianowicie takim, jaki według zdania publiczności jakoby i teraz istnieje, nie możebnym byłby nawet podobny stosunek społeczeństwa do lekarzy i ci ostatni odpowiedzialiby tylko za swoje sprawy...“

STARANIEM I NAKŁADEM
Wydawnictwa Dzieł Lekarskich polskich
w KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

- 1) D-ra Antoniego JURASZA, Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija**, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.
- 2) D-ra Oskara WIDMANNNA, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic**. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 złr. 85 c.
- 3) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie, **Psychopathologia Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i Galicyi. Dzieło oryginalne, Kraków 1879. Cena 2 złr. 25 c.
- 4) D-ra H. JORDANA, Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy**. Dział 1-szy fizylogija i dwetyka ciąży, porodu i pogoju. Dzieło oryginalne, ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 złr. 50 c.
- 5) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. rady sanitarnego we Lwowie **Syfilidologija**. Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Złr. wa.
- 6) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. **Hydroterapija** Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Złr. 85 kr.
- 7) D-ra A. OBALIŃSKIEGO, profesora Wydz. lek. Krak. **Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich**. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 80 kr.
- 8) D-ra T. ŻULIŃSKIEGO. **Hygijena szkolna**, wydanie pośmiertne dokonane przez Doc. D-ra Grabowskiego. Kraków 1886. Cena 1 Złr. 60 kr.
- 9) D-ra P. PIENIAŻKA. **Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. Choroby krtani i tchawicy**. Kraków 1887. Cena 50 kr. (Cena niższa dzieła pierwotnego p. t. Choroby krtani i tchawicy wynosi Złr. 4.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w **Redakcyi Medycyny** oraz w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milkowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie. 0—2

W pracowni O. Bujwida od 20 Lutego do 10 Marca, będą miały miejsca zajęcia praktyczne z bakterjologii klinicznej dla Lekarzy. Brakuje 3 do kompletu.

Wilcza Nr. 12.

Zgłaszać się od 11—1 i od 5--7.

ROK XXVII.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ Towarzystw lekarskich Krakowskiego
i Galicyjskiego.

Pismo poświęcone wszystkim gałęziom nauki lekarskiej wychodzi w Krakowie w r. 1888 a 27 od założenia swego według dotychczasowego programu w objętości średniej 1½, arkusza in 4-to co Sobota.

Warunki przedpłaty: W Krakowie rocznie 8 złr. półrocznie 4 złr. Kwartalnie 2 złr. 20 ct. w Cesarstwie austryjackiem z przesyłką pocztową rocznie 8 złr. 80 ct. półrocznie 4 złr. 40 ct.; w Cesarstwie rosyjskiem i Królestwie polskiem z przesyłką pocztową rocznie 6 rs. półrocznie 3 rs.

Przedpłatę przyjmuje: Administracyja (Kraków ul. Sławkowska 8) oraz w Warszawie Księgarnia Gebethnera i Wolffa. 6—5

Доволено Цензурою. Варшава, 29 Января 1888 г. Druk K. Kowalewskiego. Królewska. Nr. 29.