

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Cena w Warszawie: rocznie 5 rs., na prowincyi w Cesarstwie i za granicą: rocznie 6 rs. Cena ogłoszeń: Trzy pierwsze po kop. 15 za wiersz drobnem pismem, lub za jego miejsce, następne 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. R. JASIŃSKI. Wrodzone zwichnienie kolana *luxatio genu congenita*. — II. FR. JAWDYŃSKI. Przypadek wycięcia macicy z powodu pęknięcia tejże podczas porodu [Dokończenie]. — III. O. BUJWID. Rzadki przypadek wścieklizny u człowieka o nieznanym czasie pokasania. — *Dział sprawozdawczy*. 37. R. GEIGEL. Ciepłota skóry przy gorączce i po podaniu leków przeciwgorączkowych. — 38. ROCKWELL. Neurastenija i litemija, rozpoznanie różniczkowe i leczenie. — 39. QUINCKE. O zaniku mięśni przy cierpieniach mózgowych. — 40. A. PUŁAWSKI. Badania nad gruźlicą u ludzi i zwierząt na pierwszym kongresie w Paryżu. — *Wiadomości terapeutyczne*. — *Wiadomości bieżące*. Nadesłano do Redakcyi. — Dodatek. — Ogłoszenia.

TROCHISCI NITROGLICERINI,

Trochisci Glonoini, Tabletki Nitroglicerynowe.

W ostatnich czasach nitrogliceryna znalazła zastosowanie lecznicze jako *antineuralgicum-antispasmodicum*.

Dotychczasowe niedogodne użycie w roztworze spirytusowym tak silnego środka wstrzymało wielu lekarzy od stosowania go w praktyce; przepisywanie nitrogliceryny z wodą jest niewłaściwe, albowiem cała ilość nitrogliceryny opada na dno; podług Husemann'a najlepiej działa rozpuszczona w tłuszczach—opierając się więc na tem, wyrabiam jeszcze dogodniejszą formę w komprimowanych tabletkach czekoladowych, gdzie nitrogliceryna jest rozpuszczoną w całej zawartości masy kakaowej za pośrednictwem eteru, zawierając stale $\frac{1}{100}$ grana albo 0,00062 grm. nitrogliceryny, wszelkie zatem obawy usuwają się przez ułatwienie dozowania, w użyciu zaś powyższa forma jest przyjemną. Działanie nitrogliceryny jest nadzwyczaj szybkie, albowiem w dwie minuty po użyciu $\frac{1}{100}$ g. doznaje się silnego tętnienia tętnie szyjowych, uczucia ciepła, poczynającego się od twarzy, czasami połączonego z lekkim bólem głowy—lecz wszystkie te przypadłości ustępują stopniowo również prędko, nie pozostawiając żadnych przykrych następstw.

Podług Murella w napadach dychawicy (*asthma*) 3 razy dniem po $\frac{1}{100}$ gr. zwiększając dawkę w potrzebie od 2-eh do 3-eh tabletek 3 do 4-eh razy dziennie, poczem skutki były zadawalniające, a w wielu razach zupełne wyleczenie nastąpiło. Podobnie zalecana nitrogliceryna z pomyslnym skutkiem w napadach duszniczy bolesnej (*angina pectoris i pseudostenocardia*) wstrzymuje szybko boleści duszenia, a wzięta w dawkach jak wyżej zapobiega atakom bez zrobienia złego skutku choremu—wreszcie nitrogliceryna wstrzymuje napady epileptyczne (*aura epileptica*), jak niemniej okazała się skuteczną w formie migreny tak zwanej *hemicrania sympathico-tonica*. Zdaje się że środek ten wskazany właściwie, usuwając szybko tak przykre dla człowieka cierpienia, może znaleźć usprawiedliwioną wziętość.

Ze względu nazwy nitrogliceryny, dla wielu przerażającej, kładę nazwę na pudełkach „Trochisci Glonoini.“

Cena pudełka, w którym mieści się 25 sztuk tabletek wynosi 40 kop.

M. MUTNIAŃSKI.

Właściciel Apteki. Nowy-Świat Nr. 18.

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

47-38

W pracowni chemiczno-lekarskiej Szpitali Warszawskich w gmachu Szpitala Ś-go Ducha, Elektoralna 12, lekarz-chemik Szpitali Warszawskich, Dr. L. Nencki i chemik P. Rakowski dokonywają wszelkich rozbiórów wchodzących w zakres dyjagnostyki lekarskiej i higieny publicznej, rozbiory-chemiczno-mikroskopowe moczu, kału, nasienia, płwociny, zawartości żołądkowej, krwi, mleka kobiecego i t. p., materyjałów spożywczych i przedmiotów codziennego, użytku. oraz przedmiotów mających zastosowanie w handlu i przemyśle. 0-4

SUPPOSITORIA cum GLICERINO

Polecamy uwadze Szanownych Panów Doktorów czopki glicerynowe:

- 1) z mydłem stearynowem (bez żelatyny) 90% gliceryny
- 2) z żelatyną 80% gliceryny
- 3) z żelatyną i mydłem lekarskiem 60% gliceryny

które mają tę wyższość nad ławatywami i czopkami Boasa Sautera przygotowanymi z masłem kakaowem iż daleko mniej drażnią kışkę i nigdy nie wywołują następczych tenezmów.

Massa z mydła stearynowego lub też żelatynowa nierozpuszcza się całkowicie a tylko o tyle o ile potrzeba do podrażnienia błony śluzowej aby wywołać wypróżnienia, które następuje przy zastosowaniu powyższych czopków w 10 minut. Próbowane one były z pomyślnym skutkiem w szpitalach Warszawskich.

Czopki w mowie będące przygotowujemy wielkości 1,5, 2,0 i 2,5 i stale posiadamy gotowe, mamy zaszczyt polecić je uwadze Szan. Panów Doktorów.

BIERTÜMPFEL i GESSNER

aptekarze, Aleja Jerozolimska 27 róg Kruczej.

3-3

NARZĘDZIA CHIRURGICZNE

w metalowych oprawkach (antyseptyczne) i zwykłych najtaniej w składach J. Jodłowskiego, Bielańska № 5 i Marszałkowska № 137;—Cenniki franco. 6-3

Zakład Wodoleczniczy

o 4 wiorsty od stacyi
Kolei Nadwiślańskiej

NAŁĘCZÓW

Apteka, poczta,
telegraf na miejscu

Cały rok otwarty, w sezonie zimowym od 1 Października do 1 Maja, ceny znacznie zniżone.

Dyrektor stały lekarz zakładu

D-r Konrad Chmielewski.

GAZETA LEKARSKA.

I. WRODZONE ZWICHNIENIE KOLANA

Luxatio genu congenita.

Napisał

R. Jasiński,

chirurg Warszawskiego szpitala dla dzieci.

Zwichnienie wrodzone stawu kolanowego jest rzeczą rzadką, albowiem dotąd opisano dopiero kilkanaście przypadków tego kalectwa. Już sama ta okoliczność zmusza mnie do ogłoszenia trzech obserwacji własnych, tem bardziej, że przedsiębrane przezemnie zabioży lecznicze do zupełnego wyleczenia skutecznie się przyczyniły.

W Maju r. 1887 wezwany zostałem do niejakej p. B., która przed 2 ma tygodniami urodziła donoszonego i dość zdrowego chłopca. Akuszerka, dozorująca położnicę zauważyła, że dziecko nie może zginać nóżek w kolankach ku tyłowi [jak zwykle], lecz że przeciwnie zgina je ku przodowi, tak, że prawie kąt prosty golenie z udami tworzyć mogą i to kąt ku przodowi otwarty. Znalazłem, że dziecko jest zupełnie dobrze rozwinięte i żadnych innych potworności nie przedstawia, obie kończyny dolne wyprostowane, a nawet zgięte, jak wyżej wspomniałem, ku przodowi w stawach kolanowych (*genu recurvatum*), podniesione są ciągle ku górze. W ten sposób paluszki obu nóżek spoczywają na ramionach dziecka. Wyciągnąć te nogi do poziomu można z łatwością, kolan zgiąć jednak zwykłym sposobem niepodobna.

Dziecko, skoro tylko jest swobodne, natychmiast obie nóżki podnosi i trzyma każdą z nich jak karabin „na ramię“. Dowiedziałem się też, że dziecko urodziło się w położeniu pośladkowym, z nóżkami zadartymi ku górze, następnie ze do sprowadzenia nóżek, akuszerka musiała użyć wiele mozolnych usiłowań, gdyż przedewszystkiem wypadło jej uwolnić je z pętlicy bardzo długiej pepowiny, która je do piersi płodu przytrzymywała. Pętlicę tę, ostrożnie pociągając, zesunęła ku dołowi, przez pośladek, na grzbiet i wtedy dopiero nóżki spowadziła. Na tylnych powierzchniach obu łydek płodu widać dziś jeszcze wyraźną, choć nie głęboką, sinawą bruzdę strangulacyjną. Poród zresztą nic niezwykłego nie przedstawiał, a okres łożogowy przebiegał aseptycznie.

Blizsze badanie stawów kolanowych wykazało, że tak jedna jak i druga goleń zwichnięte są ku tyłowi, a kości udowe na 1 lub 1½ ctm. po przednich powierzchniach goleni się zesunęły. Rzepki istnieją aczkolwiek bar-

dzo małe i nieco na zewnątrz od linii środkowej podsuwane. Końce stawowe obu goleni łatwo się dają wyczuć w dołach podkolanowych. Udało mi się przez pociąganie i prostowanie uzyskać zupełne odprowadzenie końców stawowych. Nałożyłem więc natychmiast na powierzchnię wyprostowaną obu kończyn dolnych wywatowane szyny, które w tej chwili z pudełka od cygar wystrugałem. Po 3-ch czy 4-ch dniach szyny te zmieniłem, zakładając na ich miejsce szyny, zgięte pod kątem rozwartym, na powierzchnię zginającą obu nóg, akuszerkę zaś nauczyłem, w jaki sposób za pomocą ruchów biernych szlifować ma prawidłowe powierzchnie stawów kolanowych, nie dopuszczając hyperekstensyi. Wykonywała ona to polecenie sumiennie i ostrożnie, po 3 razy dziennie przez 4 tygodnie, a za każdym razem przybandażowywała nóżki do owych równi pochyłych. Po upływie tego czasu, przekonałem się, że hyperekstensja kolan jest niemożliwą, ruchy w obu stawach prawidłowe i łatwe, kończyny nie przedstawiają objawów zaniku, a hamulce stawowe rolę swą spełniają normalnie. Rezultat pozostał stałym. Dziecko obecnie chodzić zaczyna.

Przypadek ten interesować nas powinien z wielu względów:

1-o Obustronne zwichnienia wrodzone stawu kolanowego dają rokowanie najgorsze, gdyż zwykle wydarzają się u płodów wątłych, nierozwiniętych, a najczęściej u płodów, przedstawiających jednocześnie inne wady rozwojowe, czego tu nie było.

2-o Powstawanie kalectwa w przypadku tym dość jest łatwym do objaśnienia. Zaplątana pętlica pępowiny przyciskała nóżki podniesione do tułowia, rozciągała pośrednio więzy skrzyżowane, czyli główne hamulce ekstensyi w kolanach. Dowód na to nietylko w opowiadaniu akuszerki, ale a) w tem, że dziecko ciągle powracało do pozycyi, jaką w macicy zachowywało, b) w tem, że na tylnych powierzchniach łydek widziałem sam krézki poprzeczne, sinawe, z łuszczącym się naskórkiem, czyli ślady wyraźne bruzd strangulacyjnych.

3-o Że wynik leczenia był najzupełniej pomyślny.

Przypadek drugi dotyczy chłopca sześciolatniego, którego obserwowałem przed laty pięciu [1883]. Chłopiec mały i wąty [na swój wiek] przedstawiał objawy przebytej krzywicy [*pectus carinatum*, zęby kruszące się, z poprzecznymi krézkami, brzegiem falbankowatym, rzadkie]. Chodzić, a raczej kuleć zaczął w trzecim roku życia. Kolano prawe, przy staniu, zgięte znacznie ku przodowi (*genu recurvatum*), lewe zaś ku tyłowi. Na kolanie prawem rzepka zawiązkowa, o połowę przynajmniej mniejsza niż lewa; goleń nie zwichnięta (*subluxatio*), ruchy swobodne, ale jak widzimy, pozbawione hamulca prawidłowego (*Schlottergelenk*). Matka opowiada, że chłopiec urodził się nóżką lewą, za nią szły pośladki, tak że lekarz obecny przy porodzie musiał nóżkę prawą wyciągać. Ściągnął ją wprawdzie, ale wraz z nią i podejrzenie ze strony rodziców na siebie, że nóżkę dziecku złamał.

Po porodzie zauważono, że dziecko ma nogę w kolanie ku górze zlekka zgiętą i ciągle ją bierze „na ramię“. Stosowano tedy, już bez porady lekarza, kataplazm jakiś, a potem plaster, ale rzecz dziwna bez skutku.

O leczeniu chirurgicznym mowy być nie mogło, zaordynowałem więc przyrząd ortopedyczny z hamulcem sztucznym w zawiasach kolanowych prawych,

oraz z gumką od połowy uda do połowy goleni przechodzącą na powierzchni zginaczy.

Przez 3 lata chłopiec chodził w przyrządzie i chodził dobrze. Co się z nim potem stało nie wiem.

Przypadek 3 spostrzegalem niedawno, a mianowicie w Czerwcu r. b.. Dziewczynka, mająca pięć tygodni, chuda i wątła z dużym brzuchem i ciągle trwającym rozwołnieniem, przedstawia w budowie swej jedną tylko wadę, a mianowicie kolano lewe zgięte ku przodowi. Bliższe badanie wykazuje: cała noga podniesiona do góry, z powodu znacznego zgięcia w stawie biodrowym. Kolano zgięte ku przodowi, tak, że goleń tworzy z udem kąt rozwarty, otwarty ku przodowi. Wyprostowanie w stawie biodrowym udaje się z łatwością, a w stawie kolanowym możliwym jest tylko w pewnym stopniu, gdyż goleń jak sprężyna wraca do dawnego położenia, przyczem dziecko objawia uczucie bólu. Goleń zesunięta ku tyłowi i nieco ku górze, tak, że jej powierzchnia stawowa z łatwością wyczuć się daje w dole podkolanowym. W okolicy rzepki, skóra poprzecznie pofałdowana, samej rzepki wyczuć nie mogę. Stopka w ustawieniu *pes calcaneus*, a więc paluszki dość znacznie zbliżone do przedniej powierzchni goleni.

Matka opowiada, że poród miała ciężki, że trwał on blisko półtorej doby, a wody odeszły na 6 godzin przed porodem. Dziecko podobno urodziło się główką, bez pomocy sztuki. Innych szczegółów nie wiem.

Natychmiast wykonałem repozycję, co mi się dość łatwo udało; nóżkę przybandażowałem do dwóch szyn, przedniej i tylnej, wykrojonych z grubej okładki od książki. Co się potem z dzieckiem stało nie wiem, bo go od tego czasu nie widziałem.

*

*

*

Oto przyczynek do skromnej, jak dotąd, kazuistyki wrodzonych zwichnień kolana. Owa kazuistyka kalectwa tego skrzętnie zebrana została przez KAROLA MUELLER'a w pierwszym zeszycie nowego wydawnictwa „*Arbeiten aus der Chirurgischen Universitäts poliklinik zu Leipzig 1888*“, tam więc czytelnika odsyłamy, gdyby ciekaw był cytat, streszczenia poglądów na tę sprawę i t. d..

Notatkę niniejszą podajemy jedynie tylko w celu dostarczenia choćby jednej cegiełki do nowowznoszącego się gmachu. Nie mając ani jednej sekcji takiego przypadku, nie obserwując bliżej naocznie warunków, przy których kaleka na świat przychodził, nie ośmielamy się istniejących poglądów stwierdzać, czy krytykować. Mamy nadzieję tylko, że notatka nasza dalszym badaniom przysłużyć się może, gdyż konstatuje:

- a) położenie pośladkowe płodu w 2 przypadkach [1, 2],
- b) rozciągnięcie więzów hamujących ruch wyprostny stawów kolanowych przez sznur pępkowy oplątany w jednym przypadku [1],
- c) tak zwany suchy poród, czyli wczesne odejście wód, jako przyczynę urazów wewnątrz-maciczych w jednym przypadku [3],
- d) łatwość pomocy chirurgicznej w przypadkach świeżych [1, 3],

e) konieczność protezy w razach, gdzie brak rzepki, chociaż nie śmiemy twierdzić, czy zanik ten jest wyrazem zatrzymania w rozwoju, czy zaniedbania w leczeniu.

Pozwalamy sobie twierdzić, a raczej przypuszczać, że w stawie kolanowym, długo używanym bez hamulców naturalnych, ciągle powtarzana hyperekstensyja jest w stanie wywołać zanik rzepki uciskowy. W razie wrodzonego zwichnienia kolan przy dźwiganiu ciała w postawie pionowej, utrzymanie równowagi w stawie kolanowym, zamiast rozkładać się na hamulce tylne [więzy skrzyżowane] i hamulce przednie [rzepka i więz rzepkowy], rozporządza tylko temi ostatnimi. Zwichnienie, czy nadwichnienie goleni ku tyłowi, wywołuje zbliżenie punktów przyczepu hamulca przedniego, czyni go więc niesprawnym. Dalej zaś kształt i wielkość takiego węzła ścięgnistego, jakim jest rzepka, zależy niewątpliwie od kierunku i wielkości odchylenia ruchów stawu kolanowego. Gdzie ruchy te, wskutek wewnątrzmacicznego urazu, czy ułożenia niewłaściwego, stały się nieprawidłowemi, tam rzepka prawidłową być nie może. Im dłużej płód pozostawał „nie naprawionym“, tem gorzej na tej sprawie wyjdzie rzepka.

Nie widziałem świeżych przypadków zwichnienia kolana z niedorozwojem rzepki połączonych, nie śmiem więc twierdzić, że zanik tej kości jest zawsze zjawiskiem następczem. W każdym razie sędzę, iż to przypuszczenie moje usprawiedliwionem jest dostatecznie chęcią podporządkowania dostrzeganych zjawisk teoryjom przekonującym i logicznym. Gdyby nie było ruchów, stawy by się nie tworzyły. Dziedziczny a nieraz atawistyczny typ, czy może raczej modła, rozwoju panuje nad temi zjawiskami niewątpliwie, ale w końcu ostateczny kształt części składowych stawu zależy od szlifierki nerwo-mięśniowej. Wadliwe ustawienie w macicy lub urazowy wpływ pępowiny czy sznurów innych łatwym jest do pojęcia, ale niedorozwinięcie i d y j o p a t y c z n e rzepki nie trafia mi do przekonania, bo nie widzę drogi, po której mógłbym myślać dojść do embryjologicznego objaśnienia takiego zjawiska.

W oczekiwaniu możności ogłoszenia więcej stanowczych poglądów, gorąco czytelnikom polecam zacytowaną powyżej pracę MUELLER'a, gdyż skromną jest, sumienną i wyczerpującą.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO WARSZAWSKIEGO SZPITALA NA PRADZE.

II. PRZYPADEK WYCIĘCIA MACICY Z POWODU PEKNIĘCIA TEJŻE PODCZAS PORODU.

Podał

Fr. Jawdyński,
ordynator oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 42].

Rozbiór przyczyn i mechanizmu rozdarcia macicy w naszym przypadku, z uwzględnieniem najnowszych prac w tym kierunku, przedstawiałby niewątpliwie dużo i naukowego i praktycznego interesu. Brak jednak specjalnego

przygotowania i doświadczenia w tym względzie nie pozwala mi spełnić tego zadania. Nie mogę jednak pominąć milczeniem kwestyi leczenia pęknięć macicy podczas porodu, raz, iż sprawa ta jest najważniejszą dla lekarza praktyka a powtóre, że leczenie owo pośrednio już wkracza w dziedzinę chirurgii.

Procent śmiertelności przy pęknięciach macicy jest nadzwyczaj wielki. Prawdziwie przygnębiające robi wrażenie odczytywanie spostrzeżeń 32 pęknięć, pomieszczonych w pięknej pracy BANDL'a p. t. „*Ueber Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik Wien, 1875*“. Ogromna ilość bo 27 przypadków z tej liczby 32, a zatem 85% kończy się śmiercią i z wyjątkiem 5 tylko przypadków z zejściem pomyślnem, reszta spostrzeżeń kończy się tem fatalnem zdaniem „*die Section ergab*“. Niewątpliwie, że z udoskonaleniem metod operacyjnych, a szczególnie z wprowadzeniem ścisłej aseptyki przez lekarzy podczas porodów szczególnie z tego rodzaju powikłaniem, straszna ta cyfra zmniejszać się będzie. Toż nie dalekie od nas czasy, kiedy niemal każda rana drażąca do jamy brzusznej a połączona z obrażeniem trzew, prawie że niechybnie prowadziła śmierć za sobą, a dzisiaj ileż już spostrzeżeń zaznacza wyzdrowienie przy tego rodzaju obrażeniach dzięki aseptyce i pod jej osłoną wykonywanej operacji chirurgicznej.

Trzy są dzisiaj metody leczenia, używane przy pęknięciach macicy, zależnie od specjalnych wskazań, a mianowicie: 1) ukończenie porodu drogą naturalną z drenowaniem jamy po za pęknięciem, *resp.* jamy brzusznej, lub bez drenowania, 2) laparotomija i 3) wycięcie macicy wraz z jej dodatkami. Nie wspominam tu jeszcze o jednej metodzie, zupełnie wyczekującej, beczynnej, która dzisiaj chyba przez żadnego lekarza stosowaną nie będzie, a przynajmniej stosowaną być nie powinna.

Że metoda pierwsza, szczególnie w tych przypadkach gdy nie nastąpiło rozdarcie otrzewnej a tem samem jama po za pęknięciem miejscem macicy, *resp.* jama samej macicy nie komunikuje z jamą brzuszną, gdy oprócz tego ujście wewnętrzne jest dostatecznie rozszerzone, a szyja macicy nie przedstawia żadnej trudności do wydobywania płodu, co ma miejsce szczególnie przy położeniu nóżkowem, może okazać się dość skuteczną, nie ulega żadnej wątpliwości. Jeżeli więc lekarz ma do czynienia z rozdarciem typowem, poprzecznem, zajmującym tylko okolicę dolnego, ściętego odcinka macicy, w których to przypadkach zmniejszenie światła rozdarcia, przez które płód wyszedł częściowo, nie następuje szybko i w znacznym stopniu, jeżeli dalej wydobywanie płodu nie będzie połączone z powiększeniem rozdarcia i oderwaniem otrzewnej, jeżeli wreszcie ta ostatnia nie jest wcale naruszoną, co stanowi najbardziej pomyślną okoliczność, wtedy można uważać za wskazane ukończenie porodu na drodze naturalnej i leczenie rany powstałej z rozdarcia macicy, oraz jamy krwią wypełnionej wskutek tegoż utworzonej, wedle ogólnych zasad przyjętych w chirurgii.

Niestety jednak w ogromnej liczbie przypadków warunki nie składają się tak pomyślnie; dolny odcinek szyi może być tak wązkim, a płód tak dalece wyszedł przez ranę w macicy, że wydobywanie tegoż drogą naturalną może znakomicie powiększyć niebezpieczeństwo, zagrażające chorej, jeżeli nawet w ogóle dałoby się skutecznie owo wydobywanie, które może napotkać nieprzewyciężone trudności, szczególnie w tych razach, gdy płód całkowicie już wysunął się z ja-

my macicy. Czyż w takich przypadkach, jak to słusznie BANDL mówi, gdzie już wylała się do jamy otrzewnej znaczna ilość krwi, wód płodowych i smołki, wydobyć płodu, chociażby nawet udało się skutecznie, może chorej zapewnić więcej szans wyzdrowienia, aniżeli laparotomija, która sama przez się niczem matce zagrażać nie może, a pozwoli na dokładną toaletę jamy otrzewnej.

Dawno już, bo prawie na cały wiek jeszcze przed wprowadzeniem do medycyny metody aseptycznej, w końcu zeszłego wieku, usiłowali lekarze na tej właśnie drodze uratować życie matki i dziecka. W r. 1768 THIBAUT DE BOIS w Mons pierwszy uratował chorą przy pęknięciu macicy za pomocą laparotomii. Wkrótce potem, bo w r. 1775 prof. LAMBRON w Orleanie dwa razy na tejże samej kobiecie wykonywał laparotomiję, raz w 18 godzin po pęknięciu, drugi raz bezpośrednio po temże; chorą wyzdrowiała i znów zaszła w ciążę. WINKEŁ dwa razy wykonywał na jednej chorej ze szczęśliwym zejściem laparotomiję przy pęknięciu blizny po cięciu cesarskiem. KILIAN wykonał u pewnej chorej przy siódmej ciąży z powodu rozmiękczenia kości, cięcie cesarskie ze szczęśliwym zejściem dla matki i dziecka. Przy 8 ciąży z powodu pęknięcia macicy wykonał laparotomiję przy martwym płodzie; przy 9-ej ciąży pęknięcie znów się powtórzyło, laparotomija i tym razem uratowała życie matce i dziecieniu. W połowie bieżącego stulecia liczba stronników laparotomii przy pęknięciach macicy coraz bardziej się zwiększa. W r. 1861 D-r JAMES TRASK wykazał, że wyniki otrzymane przez laparotomiję są lepsze, aniżeli przy wszystkich innych metodach, gdyż tylko 7 przypadków zakończyło się śmiercią na 29 ogłoszonych laparotomij. W r. 1880 HARRI zebrał 40 przypadków laparotomij przy pęknięciach macicy, wykonanych w Stanach Zjednoczonych, z 21 przypadkami pomyślnych zejść dla matki. Jeżeli wyniki te porównamy z zejściami bez laparotomij, to jakże cyfry okażą się wymownymi. Statystyka, zebrana przez JOLLY'ego wykazała następujące cyfry: przy metodzie wyczekującej [144 przypadków] 1,45% wyzdrowień, czyli 98,55% śmierci; przy rozwiązaniu *per vias naturales* [382 przypadków] 29% wyzdrowienia czyli 71% śmierci; w przypadkach traktowanych przez laparotomiję 68,4% wyzdrowień, czyli 31,6% śmierci. Ze statystyki wyżej wspomnianego TRASKA wynika, że laparotomija przy pęknięciach macicy daje 24% śmiertelności, gdy tymczasem rozwiązywanie na drodze naturalnej daje 68% a leczenie wyczekujące aż 78% śmiertelności. Samo się przez się rozumie, że od czasów JOLLY'ego i TRASKA, wskutek rozwoju metody przeciwnilnej, cyfry wyżej podane zmieniły się jeszcze więcej na korzyść laparotomii. Szczęśliwe zejście po laparotomii tem więcej będzie zapewnione, jeżeli charakter pęknięcia pozwoli na dokładne nałożenie szwu na macicę, zastosowanego po raz pierwszy w roku 1880 przez MAC CORMAC'a przy pęknięciu macicy.

Jak wiadomo 21 Maja w r. 1876 PORRO, wówczas prof. w Pawii, po raz pierwszy wykonał operację wycięcia macicy przy zwężeniu miednicy ze szczęśliwym zejściem tak dla matki, jakoteż i dla dziecka ¹⁾. Operacyja ta, opisana

¹⁾ Właściwie pierwszą operację wycięcia macicy ciężarnej na żywej kobiecie wykonał przypadkowo w r. 1868 D-r HORATIO STORER w Bostonie. Wykonawszy cięcie cesarskie z powodu wypełnienia miednicy włókniakami macicy, nie mógł powstrzymać krwotoku z rany w tej ostatniej

przez autora pod tytułem: „*Della Amputazione uteroovarica come complemento di taglio Cesareo*“ nosi odtąd imię pierwszego swego wykonawcy. W 2½ roku później 22 Listopada 1878 roku D-r PRÉVÔT w Moskwie wykonał podobną do pewnego stopnia operację z powodu pęknięcia macicy [w 10 godzin po pęknięciu] z zejściem śmiertelnem chorej 5 dnia po operacji. Odtąd operacja ta wykonywaną była z powodu tegoż samego wskazania, wliczając w to i mój przypadek przez następujących lekarzy:

- 1) Dnia 22. IX. 1878 D r OSCAR PRÉVÔT w Moskwie. Operacja w 10 godzin po pęknięciu. Śmierć 5-go dnia wskutek krwotoków z szypuły.
- 2) Dnia 12. II. 1880 D-r SAEXINGER w Tübingen. Operacja w 6 godzin po pęknięciu. Śmierć w 33½ godzin wskutek upadku sił, zgorzeli macicy i pochwy.
- 3) Dnia 3. V. 1880 Prof. HALBERTSMA w Utrechcie. Operacja zaraz po pęknięciu. Wyzdrowienie.
- 4) Dnia 14. III. 1881 Prof. PASQUALI w Rzymie. Operacja w 2 doby od początku porodu. Czas pęknięcia niewiadomy. Śmierć po 24 godzinach od socznicy.
- 5) Dnia 2. IV. 1881 D r FORNARI w Ascoli Piceno. Operacja w 12 godzin od początku porodu. Czas pęknięcia niewiadomy. Śmierć po 51 godzinach, wskutek zapalenia otrzewnej.
- 6) Dnia 21. III. 1882 D-r MARCHAND w Paryżu. Operacja w 1½ godziny po pęknięciu. Śmierć tegoż dnia wskutek zapalenia otrzewnej.
- 7) Dnia 2. XI. 1882. D-r GRIGG w Londynie. Operacja w 22 godzin po pęknięciu. Śmierć po 15 godzinach wskutek wyniszczenia.
- 8) Dnia 18. XII. 1883. D-r VIOLINI w Forli. Operacja w 12 godzin po pęknięciu. Śmierć po 48 godzinach, wskutek septycznego zapalenia otrzewnej.
- 9) Dnia 18. X. 1885. Prof. SŁAWIAŃSKI w Petersburgu. Operacja w 29 godzin po pęknięciu. Wyzdrowienie.
- 10) 1886 roku, D-r PORAK w Paryżu. Śmierć 7 dnia.
- 11) Dnia 4. V. 1886, Prof. KRASSOWSKI w Petersburgu. Operacja w 6 godzin po pęknięciu Wyzdrowienie.
- 12) Dnia 12. XII. 1887. D-r JAWDYŃSKI w Warszawie. Operacja w 12 godzin po pęknięciu. Wyzdrowienie.

W jednym tylko z 12 powyżej przytoczonych przypadków, a mianowicie w przypadku HALBERTSMY, wykonano operację PORRO w prawdziwej tej nazwy znaczeniu. Chora 20-letnia, miednica ogólnie zwięzła, płaska, rachityczna. Przy obrocie na nóżki nastąpiło pęknięcie macicy z dużym wylewem krwi w okolicę biodrową. Wykonano laparotomię, przy której przekonano się, że otrzewna nie była rozdarta, czyli, że zawartość macicy nie dostała się do jamy brzusznej. Dla wydobycia płodu i łożyska, macica została przeciętą na stronie przeciwnej pęknięciu, i dopiero następnie wyciętą, czyli że w tym przypadku wykonano typową operację PORRO. Z tego powodu D-r CLEMENT GODSON

i w ostateczności wyciął tenże narząd. Pierwszym jednak wykonawcą tej operacji na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i zgóry powziętym planem jej wykonania był ED. PORRO.

w znakomitej swej pracy o „operacji PORRO“¹⁾, pomieszczając wykonane operacje wycięcia macicy w 3 tablicach, a mianowicie: 1) prawdziwa operacja PORRO [141 przypadków], 2) *amputatio utero ovarialis* podczas ciąży, ale nim płód by zdolny do życia [5 przypadków] i 3) operacja w celu usunięcia płodu z jamy brzusznej przez laparotomię, zakończona amputacją pękniętej macicy z jajnikami [6 przypadków], tylko jeden przypadek HALBERTSMY pomieszcza w tablicy z nagłówkiem „*True Porro's operations*“, pozostałe zaś 6 przypadków wycięcia macicy z powodu pęknięcia pomieszcza w tablicy trzeciej. Pomimo to, wszyscy autorowie, którzy wykonywali wycięcie macicy przy pęknięciu, opisują operację pod nazwą operacji PORRO, jakkolwiek, powtarzam, nazwa ta w tych przypadkach wcale nie jest uzasadnioną.

We wszystkich, dotąd ogłoszonych przypadkach, płód albo całkowicie, albo też częściowo wyszedł z jamy macicy i został wydobyty przez ranę w ścianach brzusznych. W moim przypadku poród został ukończony *per vias naturales*. Chora została przeniesioną do szpitala dla wykonania operacji, nie w celu ukończenia porodu, ale dla wypełnienia innych zupełnie wskazań, a mianowicie, 1-o zatrzymania krwotoku, zagrażającego życiu chorej i 2-o uchronienia chorej od następnego połogowego zapalenia otrzewnej, którego z powodu obfitego wylewu krwi do jamy brzusznej i zakażenia tejże jamy przez dostęp powietrza można się było obawiać. Po otworzeniu jamy brzusznej rozmiary i charakter obrażenia macicy i prawego więzu szerokiego, ustanowiły wskazanie do wycięcia macicy wraz z jej dodatkami. Z chirurgicznego punktu widzenia usunięcie z jamy otrzewnej porożywanych, wypełnionych i nacieczonych krwią narządów więcej przedstawiało nadziei na szczęśliwe zejście, aniżeli pozostawienie tychże narządów na miejscu. Dalszy przebieg cierpienia, jak to z opisu choroby jasno wynika, najzupełniej potwierdził słusność naszego zapatrywania się. Widzieliśmy, jaki pomimo najtroskliwszej aseptyki nastąpił rozpad w części pochwowej i pochwie. Rozpad ten rozszerzyłby się niewątpliwie na więz szeroki a ztąd przez ranę, na którą nałożenie szwu dokładnego zupełnie było niemożliwym, i na samą otrzewną. Toż pomimo wszystkiego* wytworzył się ropień około pozostałej części macicy, który na szczęście znalazł zamkniętą drogę do rozszerzenia sprawy zapalnej na błonę brzuszna.

Za nadto małą rozporządzamy statystyką wycięć macicy przy pęknięciach podczas porodu lub ciąży, ażebyśmy mogli postawić jasne wskazania, kiedy należy ograniczyć się na laparotomii i toalecie jamy otrzewnej z pozostawieniem macicy na miejscu i z ewentualnem nałożeniem szwu na miejsce obrażone, a kiedy należy przystąpić do usunięcia tego narządu. W przypadku prof. SŁAWJAŃSKIEGO²⁾, chora w 10 miesiącu ciąży wpadła między wóz i wagon tramwajowy, po upadnięciu została przygniecioną do relsów przednią platformą wagonu. Rozpoznano *ruptura uteri gravidi traumatica*. Nie mając pojęcia, w której części macicy znajduje się pęknięcie, w jakim stanie znajdują się jego brzegi i o ile owo pęknięcie zmieniło w ciągu 29 godzin swą postać, oraz obawiając się

1) The British Med. Journal. 1884. Nr. 1204. p. 142.

2) Wracz Nr. 40, 1885 roku.

zakażenia otrzewnej, przystąpiono do laparotomii. Macica rozerwoną była na przedniej powierzchni od jednego brzegu do drugiego w górnej trzeciej długości i całkowicie wywróconą (*eversio uteri intraperitonealis*), tak że wewnętrzna jej powierzchnia stała się zewnętrzną. Łożysko i błony płodowe były ściśle przycięte do całej powierzchni wywróconej macicy. Jednym słowem macica przedstawiała rodzaj grzyba, pod kapeluszem którego przebiegały i przymocowywały się jajowody. W przypadku prof. KRASOWSKIEGO²⁾ obok pękniętej macicy istniał guz, przyczepiający się szeroką podstawą do *promontorium* i sterzący do małej miednicy. Otóż oprócz tych wskazań, jakie i bez pęknięcia macicy mogłyby nas skłonić do operacji PORRO, wskazaniem do wycięcia macicy przy jej pęknięciu przede wszystkim być może rodzaj uszkodzenia, jakiemu uległ ten narząd. Jeżeli rana od pęknięcia będzie nierówną, poszarpaną, jeżeli będziemy mieli w więzach szerokich guzy i nacieczenia krwawe, słowem jeżeli warunki uszkodzenia tak składać się będą, że nie będziemy mogli rachować na doraźne zagojenie rany, bez obawy zapalenia otrzewnej, tam ukończenie laparotomii wycięciem macicy zapewni daleko więcej widoków chorej do wyzdrowienia aniżeli pozostawienie tego narządu na miejscu. Tem pewniejszym będzie wskazanie do wykonania tej operacji przy krwotoku, zagrażającym życiu, oraz jeżeli przy laparotomii znajdujemy oznaki początkowego, albo już rozwiniętego zapalenia otrzewnej, co szczególnie wtedy może mieć miejsce, kiedy przy pęknięciu macicy istnieje już przerwanie błon płodowych i jama otrzewnej komunikuje wprost z jamą pochwy, a laparotomija będzie wykonywaną nie zaraz po pęknięciu.

Wprawdzie statystyka dotąd wykonywanych operacji wycięcia macicy przy jej pęknięciu nie jest bardzo zachęcająca, gdyż na 12 przypadków śmierć nastąpiła w 8, ale należy na to zwrócić uwagę, że operacyja przeważnie wykonywaną była w warunkach nader niepomysłnych ze strony chorej. W przypadku PRÉVÔT były już przy operacji oznaki zapalenia otrzewnej, w przypadku SAEXINGERA chora wyniszczona, *tympanitis uteri*, w przypadkach FURNARI'ego, MARCHAND'a, GRIGG'a i VIOLANI'ego stan chorej bardzo zły, objawy upadku sił. W jednym tylko przypadku PASQUALI'ego, oprócz przypadków zakończonych wyzdrowieniem, stan chorej przed operacją względnie był pomyslnym, ale i tutaj poród trwał już dwa dni, czas pęknięcia macicy nie był wiadomy i być może, że zakażenie istniało już przed operacją. W każdym razie przypadki SŁAWIAŃSKIEGO, KRASUSKIEGO i mój, mogą zachęcić tak akuszerów jak i chirurga do zastosowania tej operacji w tych przypadkach, gdzie życiu chorej warunki ze strony pęknięcia macicy grożą niebezpieczeństwem.

W zakończeniu niech mi wolno będzie złożyć serdeczne podziękowanie kol. GROMADZKIEMU za dostarczenie na mój oddział tak ciekawego i pouczającego przypadku.

1) Protokoły zasiedań akusz. ginekoł. obszczestwa w St. Peterb. Protok. Nr. 3. [Zurnał akusz. i żeńskich boleznij. T. I. Z. I. 1887 r.]

III. RZADKI PRZYPADEK WŚCIEKLIŻNY

u człowieka o nieznanym czasie pokąsania.

Podał

O. B u j w i d.

W połowie Maja r. b. zostałem wezwany przez kol. WATRASZEWSKIEGO, lekarza naczelnego szpitala Ś-go Łazarza, do jednej z chorych pozostających na oddziale klinicznym chorób wenerycznych, u której pojawić się miały objawy wodowstrętu.

Po przybyciu na miejsce zastałem stan następujący:

Małgorzata Szczygielska, lat 36, wyrobница dobrej budowy i odżywiania, została przyjęta w Marcu b. r. do oddziału na skutek rozpoznania *pediculosis*, *ulcera chronica cruris*, *syphilis*. W ciągu przebywania w oddziale nie zdradzała nic szczególnego, prócz poprawy w stanie ogólnym.

Dnia 3 Maja r. b. poczęła się uskarżać na mdłości, pojawiły się bóle brzucha i wymioty.

D. 4. V. Noc przeszła niespokojnie. Chora uskarża się na ból w piersiach i niemożność połykania. Tego właśnie dnia widziałem ją. Zmian żadnych w narządach wewnętrznych nie ma. Chora mówi wyraźnie i nawet z pewną precyzją, odpowiada na zapytania; ruchy w porządku. Lekki ból głowy. Gdy podano kubek z wodą, wzięła go do ręki, mówiąc, że pić nie może; na usilne nasze żądanie podniosła go do ust, wykonała głęboki wdech, wzięła nieco wody do ust, przełknęła z widocznym wysiłkiem, poczem nastąpił napad skurczów wdechowych złożony z kilku forsownych wdechów, przy jednoczesnych objawach zaduszania, sinicy twarzy i rozszerzenia źrenic. Chora przytem wyprężyła się na łóżku, odrzuciła głowę w tył przeginając ją ku dołowi, na twarzy odmalowało się przerażenie bez granic. Był to napad skurczów o tyle charakterystyczny dla wodowstrętu, że trudno się było wahać z rozpoznaniem. Takż sam zresztą kurcz wdechowy wywołać można było, acz w słabszym stopniu, przez podniesienie i opuszczenie kołdry okrywającej chorą, a nawet przez dotknięcie zniecka czoła chłodną ręką. Pokarmy stałe jak np. bułkę łyka z łatwością. Ciepłota 36,4° C., tętno bez zmiany 84, oddechów 20 na minutę.

Najtroskliwsze wywiady nie wykazały przyczynowego momentu. Chora odrzucała stanowczo możność ukąszenia przez psa lub jakiegokolwiek inne zwierzę. Na zapytanie czy się upijała i spała przy tem na otwartem powietrzu, odrzekła: „bardzo często“.

Mieliśmy więc teraz prawdopodobieństwo przypuszczenia, że pokąsanie, które musiało nastąpić kilka miesięcy temu, odbyło się podczas nieprzytomności wynikłej z upicia się.

Dalszy przebieg stwierdził jeszcze bardziej nasze rozpoznanie. W ciągu dni pięciu obserwowaliśmy chorą przy współudziale prof. TRAUTFETTER'a, kol. WATRASZEWSKIEGO, WOJCIECHOWSKIEGO, KURELLI, TRZCIŃSKIEGO, MIKUŁSKIEGO,

GIEDROJCIA i innych. Lewatywy z 4—8 grm. chlorału sprowadzały sen i kilkogodzinne uspokojenie, podczas którego chora piła z nieco większą łatwością. Stopniowo zwiększał się upadek sił, ruchy zaczęły tracić koordynację, następowała chwilowa nieprzytomność, bredzenie gwałtowne, przyczem rzucała się po pokoiku i gdyby nie została osłoniętą ze wszystkich stron siennikami, mogłaby się mocno poranić, poczem następowało wyczerpanie i bredzenie spokojne. Na dobę przed śmiercią oddechy stały się tak rzadkie, że zdawało się, iż lada chwila nastąpi uduszenie — wystąpiła sinica, ciepłota, która kilka razy podniosła się do 38° C., spadła *in recto* do 34,2° C.. Po kilku godzinach nastąpiła pewna poprawa, ciepłota podniosła się do 34,8° C.. Od tej chwili upadek sił stały i 9 Maja nastąpiła śmierć przy powolnem znikaniu oddechu.

Sekcya wykonana na drugi dzień przez pros. PRZEWOSKIEGO, prócz zmian właściwych chorobie zasadniczej t. j. przymiotowi, np. zarośnięcia tylnych otworów nosowych i miękkiego podniebienia, nie wykazała nic szczególnego. Drobnowidzowo nie można było również nic znaleźć w śliniankach. Trzustka tylko była na oko nieco powiększoną.

Cząstkę rdzenia przedłużonego, a na wniosek pr. TRAUTFETTER'a i cząstkę trzustki wzięliśmy do zaszczepienia próbnego 3 królikom za pomocą trepanacyi i w obecności kolegów wyżej wymienionych, wykonaliśmy zaszczepienie pod oponę twardą. 13 dnia zachorował jeden z królików szczepionych rdzeniem. 14 dnia drugi, po 16 dniach oba padły na wściekliznę paralityczną. Królik zaszczepiony cząstką trzustki pozostał zdrowym.

Szczepienie próbne wykazało tedy, że mieliśmy do czynienia z wścieklizną uliczną, wynikłą z pokąsania prawdopodobnie przez psa wściekłego. W dawnych czasach przed PASTEUR'em przypadek ten uważalibyśmy niewątpliwie za t. zw. *Rabies spontanea*. Od czasu wprowadzenia badania wścieklizny przez zaszczepienie próbne, przypuszczenie takie upaść musi wobec niezbitych dowodów. O ile mi wiadomo, jest to pierwszy przypadek tego rodzaju stwierdzony w sposób podobny.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

37. D-r Richard Geigel. Ciepłota skóry przy gorączce i po podaniu leków przeciwgorączkowych.

Przyczyna podniesienia ciepłoty ciała przy gorączce nie została dotychczas, pomimo licznych i wybornych prac znakomitych badaczy, dostatecznie i ostatecznie rozstrzygniętą. Czy nią jest zmniejszona utrata ciepła jak to twierdził TRAUBE, czy też zwiększone wytwarzanie ciepła jak pokazują prace IMMERMANN'a, LIEBERMEISTR'a, FINKLER'a innych, nie wiadomo dotąd.

W najnowszych czasach kwestyję tę starano się rozstrzygnąć zupełnie inną aniżeli dawniej drogą. Robiono poszukiwania nad wpływem leków przeciwgorączkowych na przemianę materyi chorych gorączkujących, lecz cenne te poszukiwania nie dostarczyły zadawalniających wyników. Poszukiwania RIESS'a na chorych na tyfus, MARTIN'a na królikach i EICHHORST'a na ludziach dały sprzeczne wyniki. EICHHORST z poszukiwań swych wyprowadził wniosek, że

po zadaniu leków przeciwgorączkowych następuje zwiększona utrata ciepła. Autor przeprowadził doświadczenia w innym zupełnie kierunku, starał się on zbadać, jak się zachowuje ciepłota skóry przy gorączce, a specjalnie po zadaniu leków przeciwgorączkowych. Kwestyja ta nie została dotychczas dostatecznie opracowaną. Autor sądzi, że z poszukiwań w tym kierunku podjętych dadzą się z mniejszą lub większą pewnością wyprowadzić ważne wskazówki dotyczące się patologii gorączki.

Po szczegóły odnoszące się do metody, jakiej autor trzymał się przy mierzeniu ciepłoty skóry u chorych gorączkujących, odsyłamy interesującego się czytelnika do oryginału, tu postaramy się podać szczegółowo wyniki, jakie autor otrzymał z pojedynczych doświadczeń.

Autor w doświadczeniach swych zajął się mierzaniem ciepłoty skóry i ciepłoty wewnętrznej u 20 chorych gorączkujących podczas różnych okresów gorączki i po zadaniu leków przeciwgorączkowych. Ze środków przeciwgorączkowych wybrał tylko antyfebrinę i antipirynę, po tych bowiem środkach najszybciej następuje spadek ciepłoty. W trzech dołączonych na końcu pracy tablicach skreślone są krzywizny otrzymane z mierzenia ciepłoty. Dla lepszego zrozumienia istoty poszukiwań, pierwsze z 20 doświadczeń w streszczeniu podajemy. U chorego suchotnika, leczonego za pomocą antyfebryny, ciepłota wewnętrzna wynosiła dnia 9. V. 1887 r. o godz. 4 po południu $39,9^{\circ}$ C.. W chwili podania pół grana antyfebryny [godz. 4 minut 20] ciepłota wynosiła na głowie $34,3^{\circ}$ C., na piersi $36,1^{\circ}$ C., na ramieniu $34,3^{\circ}$ C., na nodze $34,3^{\circ}$ C., gdy wewnętrzna ciepłota o 5° C. była wyższą. W następnych 15 minutach ciepłota na głowie i na nodze szybko się podniosła, gdy na piersi i na ramieniu pozostała na tej samej wysokości. W następnych 15 minutach to samo zachowanie się ciepłoty, tylko stopniowo spadała ciepłota na głowie. O godzinie 5 minut 15, a zatem w 35 minut po zadaniu antyfebryny, ciepłota wewnętrzna wynosiła tyle co z początku t. j. $39,9^{\circ}$ C., ciepłota na nodze podniosła się o 2° C., ciepłota na głowie spadła [o 1° C.], od tej chwili rozpoczęło się opadanie ciepłoty skóry na wszystkich punktach. Po upływie $\frac{1}{2}$ godz. spadek wynosił we wszystkich punktach 1° C., lecz przedtem pojawił się pot na wszystkich niepokrytych częściach skóry. Ciepłota wewnętrzna zniżyła się o $1,5^{\circ}$ C.. W końcu doświadczenia ciepłota skóry była niższą od ciepłoty wewnętrznej średnia około $4\frac{1}{2}^{\circ}$ C..

Wyniki prawie jednakowe w 20 przeprowadzonych przez autora doświadczeniach nie są pod niektórymi względami pozbawione znaczenia. Najsamprzód doświadczenia te pouczają nas o wysokości ciepłoty skóry przy gorączce, co dotychczas nie zostało dobrze poznanem. Dalej czasowe wahania ciepłoty skóry w różnych okresach gorączki, podczas dreszczów, na wysokości gorączki (*fastigiun*) i podczas krytycznego spadku ciepłoty, spostrzegane przez autora, rzucają pewne światło na samą sprawę gorączki, t. j. na przyjście do skutku podniesienia ciepłoty wewnętrznej przy gorączce. Nakoniec doświadczenia te dają nam punkt oparcia do zrozumienia sposobu działania dwóch nowych leków przeciwgorączkowych.

Wnioski, jakie osiągnąć się dają z doświadczeń autora, są mniej więcej następujące:

Ciepłota skóry podczas dreszczów nie jest, jak to dawniej przypuszczano, podniesioną lecz przeciwnie znacznie zniżoną [dośw. 15]. Skóra jest chłodniejszą i dlatego oddaje ciepłota mniej aniżeli wprzód, jest ona bledszą i uboższą w krew, w ten sposób ochrania części wewnętrzne ustroju, jako zły przewodnik ciepła, od ochłodzenia.

Jeżeli zatem dla wywołania gorączki koniecznym jest zwiększone wytwarzanie ciepła, to z drugiej strony podtrzymywana ona jest niewątpliwie przez współcześnie zmniejszoną utratę ciepła przez skórę.

Na wysokości gorączki (*fastigium*) stosunki muszą być zmienione, w przeciwnym bowiem razie musiałyby ciepłota wewnętrzna coraz się zwiększać. Albo więc produkcja ciepła musi się zmniejszyć, albo utrata ciepła się zwiększyć, albo też obie wielkości w pewnym stosunku się zmienić. Pod tym względem doświadczenia autora pokazały, że w końcu dreszczów ciepłota skóry we wszystkich punktach szybko się podnosi i podniesienie to trwa przez cały czas trwania gorączki; to też skóra gorączkujących jest cieplejszą niżeli zdrowych, lecz jest też i suchszą. Samo się przez się rozumie, że skutkiem podniesienia ciepłoty skóry następuje zwiększona utrata ciepła. Lecz główne źródło utraty ciepła przez skórę, a tem samem zmniejszenia ciepłoty wewnętrznej, stanowi pot. W jaki więc sposób objaśnić sobie zwiększoną utratę ciepła przez skórę, gdy ta na wysokości gorączki jest suchą? Autor dla objaśnienia tego zjawiska zwraca uwagę na to, że suchość skóry nie jest przy gorączce bezwzględna, twierdzi on że tworzący się na wysokości gorączki pot szybko się ulatnia i dlatego skóra jest suchą; ta okoliczność, że wszyscy gorączkujący mają silne pragnienie i wydzielają skąpo zgęszczony mocz, przemawia na korzyść tego poglądu. Autor zatem na mocy swych doświadczeń czuje się w prawie twierdzić, że na wysokości gorączki wytwarzanie ciepła, a zatem zużycie materji jest zwiększonym, a zwiększenie to produkcji równoważy zwiększoną utratę ciepła i utrzymuje ciepłotę wewnętrzną na jednakowej wysokości.

Co się tyczy trzeciego okresu gorączki, to jest krytycznego spadku ciepłoty wewnętrznej, to następuje on po podniesieniu ciepłoty skóry, która to ciepłota pod wpływem i po wystąpieniu potów szybko i znacznie spada. We wszystkich prawie doświadczeniach autor zauważył ten sam mniej więcej typ w zachowaniu się ciepłoty skóry i ciepłoty wewnętrznej, tak samo pod wpływem dawki antyfebryny i antypiryny następowało najprzód podniesienie ciepłoty skóry, następnie poty i spadek ciepłoty skóry, współcześnie i ciepłota wewnętrzna opadała.

Autor przy doświadczeniach swych zauważył, że podniesienie ciepłoty skóry po antyfebrynie i antypirynie trwa tak długo, dopóki nie wystąpił pot, z czego wynika, że spadek ciepłoty skóry w trzecim okresie gorączki jest szczególnie zależnym od wystąpienia potów. Że niżenie ciepłoty skóry następuje już w 10 do 20 minut przed pojawieniem się potów, jak to widać w doświadczeniach, autor tłumaczy tem, że w początku, gdy ilość potu jest nieznaczna, cała ilość płynu się ulatnia, a już wtedy pod wpływem nieznacznych potów ciepłota skóry się zmniejsza.

Podniesienie ciepłoty skóry, zwiększony do niej przyływ krwi i obfite poty towarzyszące trzeciemu okresowi gorączki i spostrzegane po podaniu antyfebryny i antypiryny są potężnym źródłem zwiększonej utraty ciepła przez skórę, a utrata ta jest główną przyczyną krytycznego spadku ciepłoty przy gorączce.

Co się tyczy działania obu nowych środków przeciwgorączkowych, to różnią się one między sobą tylko tem, że przy antypirynie następują mniej obfite i później poty niżeli przy antyfebrynie, oba zaś w jednakowy sposób wpływają na niżenie ciepłoty przez zwiększoną utratę ciepła przez skórę.

Punktu oparcia dla przypuszczenia, że antyfebryna i antypiryna zmniejszają też wytwarzanie ciepła, doświadczenia autora nie dostarczają i zdaje się, że zmniejszenie to nie ma miejsca.

38. Prof. Rockwell. New-York. Neurastenija i litemija, rozpoznanie różniczkowe i leczenie.

Nazwa neurastenija stała się obecnie podobnie jak nazwa *malaria* wygodną ucieczką przy rozpoznawaniu chorób w przypadkach, w których lekarzowi trudno powiązać z sobą różne objawy chorobowe. Z tego powodu zdarza się często, że wielu tak zwanych neurasteników wcale nie są nimi ani pod względem fizycznym ani umysłowym. Większość ich jest mało inteligentna, ociężała i mało wrażliwa. Podoba im się bardziej rola cierpiącego na nerwy, aniżeli na żołądek, kiszki lub wątrobę. Zamiast spokoju i ochraniań się, potrzebują oni raczej fizycznej i umysłowej czynności, raczej zmniejszonego aniżeli powiększonego odżywiania, wychudzenia, aniżeli utycia. Tacy chorzy są właściwie litemikami, a nie neurastenikami. Ich układ nerwowy jest dosyć silny i nie okazywałby żadnych zaburzeń, gdyby nie był zatruty przez nieprawidłowe, zbyt liczne produkty rozkładu, które ze krwią do wszystkich tkanek się dostają.

Protestując przeciwko zanadto powierzchownemu rozpoznaniu neurastenii, nie chciały jednak ROCKWELL dać powodu do nieporozumienia i zaprzeczać istnienia tej choroby tak klasycznie opisanej przez D-ra BEARD'a. Przeciwnie stara się on objawy neurastenii ściśle określić i dane, na których się opiera rozpoznanie różniczkowe, objaśnić. Dane te stanowią różnicę pomiędzy neurasteniją i owem zaburzeniem czynności wątroby, które nazywamy litemiją.

W celu praktycznego objaśnienia choroby, ROCKWELL przedstawił dwa typowe przypadki, jeden neurastenii, a drugi litemii, które wymagają dokładnego rozpoznania, a to dla przeprowadzenia skutecznej i prawdziwej metody leczenia. W końcu zaś autor podaje następujące różniczkowe punkty rozpoznawcze:

1. Głównym punktem przy rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy litemiją i neurasteniją jest charakter zjawisk umysłowych. W obu przypadkach chorobowych istnieje pogńębienie umysłowe i rostrój duchowy, lecz gdy neurastenik cierpi na najgłębszą zadumę i gdy sądzi, że wszystko złe na niego się zważyło, to pomimo to nie jest on tak drażliwy i skłonny do wybuchów gwałtownych gniewu, jak litemik, którego mózg jest podrażniony wskutek jadu. Drażliwość neurastenika jest więcej bierną aniżeli czynną, wybuch gniewu u niego prędko mija i zwykle odznacza się on spokojnym zachowaniem się. Złość litemika trwa przeciwieństwo zwykle całe dni i tygodnie. Stan rozdrażnienia jego często, jeżeli nie zwykle, łączy się z upartym zaparciem stolca i ustaje przy zastosowaniu środków odprowadzających żółć (*kathartica*).

2. Neurastenicy rzadko żalą się na zimne ręce i nogi, podczas gdy przy zaburzeniach kiszki i wątroby ten objaw występuje bardzo wyraźnie wskutek tego, że produkty niedostatecznego rozkładu materij azotowych, krążące we krwi, wywołują toniczny skurcz małych i najmniejszych tętnic.

3. Ważnym rozpoznawczym znakiem są właściwości języka. U neurastenika takowy tylko rzadko i mało, a u litemika najczęściej mocno jest obłożony [brązowo].

4. Tętno przyspieszone (*celer*) przy neurastenii, a przy litemii częściej opóźnione (*tardus*).

5. Litemicy wydzielają często i w wielkich ilościach sole kwasu szczawowego, u neurasteników zaś nie ma ich.

6. Objawy chorobowe neurastenii są niezwykle liczne i zmienne, u litemici względnie nieliczne i ograniczone.

Leczenie obydwóch tych chorób jest tak samo różnem jak i przyczyny ich powstawania. Neurastenija jest następstwem nadmiernego myślenia, zmęczenia i nerwowego wyczerpania, litemija zaś polega na nadmiernem żywieniu i braku ruchu. Pierwsza wymaga ochraniań i spokoju, diety wzmacniającej obok leczenia objawowego, druga zaś zmniejszonego niedrażniającego pożywienia, zabraniań napojów wysokowych, odpowiedniego ruchu ciała i zajęcia umysłowego.

obok środków pędzących żółć, a także używania pewnych wód mineralnych Karlsbad, Rubinat, źródeł wód litynowych i t. d.

(*Internationale klinische Rundschau* Nr. 16. 1888). Br. Chrostowski.

39. Quinke. O zaniku mięśni przy cierpieniach mózgowych.

Zaniki mięśni na kończynach, porażonych wskutek cierpień mózgowych, zdarzają się bardzo rzadko i tylko przy długo trwającym bezwładzie. Jeżeli porażona kończyna jest luźną, tłómaczymy sobie wtedy zanik mięśni bezczynnością kończyny; w razie przykurceń, idąc śladem CHARCOT'a, który kontraktury przy bezwładach połowicznych zwyrodnieniem zstępującem dróg piramidalnych tłómaczy, przypuszczamy, że przyłączył się do zwyrodnienia pęczków bocznych piramidalnych zanik komórek zwojowych przednich rogów rdzenia kręgowego.

Trzy przypadki, obserwowane przez QUINCKE'go, nie odpowiadają jednak żadnemu z powyższych sposobów objaśnienia zaników mięśni przy cierpieniach mózgu i z tego względu bardzo są ciekawe i ważne.

Były to przypadki nowotworów, [2 przypadki, oba stwierdzone sekcją] i przymiotu mózgu [1 przypadek, wyleczenie], z umiejscowieniem w *zona motorica* jednej półkuli. Objawy za życia polegały na 1) podrażnieniu ośrodków ruchowych — *epilepsia partialis* i 2) mniej lub więcej posuniętem porażeniu odpowiednich kończyn.

We wszystkich tych przypadkach uderzały zaniki mięśni jednej tylko lub obu kończyn strony przeciwnej ognisku chorobowemu w mózgu. Zaniki te we wszystkich trzech przypadkach były objawem bardzo wczesnym, występowały bowiem już w kilka, 3—4 tygodni po początku porażenia. Badanie elektrycznością w żadnym z tych przypadków nie dało odczynu zwyrodnienia. W 1 przypadku z wyleczeniem [przymiot mózgu] wraz z poprawą w ruchach dowolnych nastąpiła i poprawa w odżywianiu mięśni.

Jeżeli przyjąć pod uwagę, że 1) w jednym przypadku istniał tylko niedowład kończyny, 2) że w dwu przypadkach kończyny porażone były zupełnie luźne, w 3-im zaś było wprawdzie ciągle przykurczenie, lecz z powodu wczesności jej wystąpienia [trzy tygodnie po porażeniu] oczywiście zależne nie od zwyrodnienia zstępnego, lecz bezpośrednio od ogniska chorobowego w korze i 3) że zaniki mięśni we wszystkich tych przypadkach istniały prawie od samego początku choroby, to przychodzi się do przekonania, że zaników tych ani bezczynnością kończyn ani zwyrodnieniem zstępnem, a tem mniej zanikiem komórek przednich rogów wytłómaczyć nie można.

Zresztą w obu przypadkach z sekcją, dokładne badanie rdzenia przedłużonego i kręgowego stanowczo wykluczyło obie te sprawy zanikowe.

Autor przypuszcza, że w korze mózgowej istnieją ośrodki, których komórki zwojowe wywierają wpływ odżywczy na drogi ruchowe rdzenia kręgowego, a zatem pośrednio na nerwy i mięśnie, i że zaburzenia w tych troficznych ośrodkach mogą spowodować zaniki mięśni już wtedy, kiedy w drogach ruchowych rdzenia jeszcze żadnych anatomicznych zmian wykryć się nie daje; ośrodki te, jeżeli istnieją, jak również i włókna od nich idące, muszą być oddzielone od ośrodków i włókien ruchowych, skoro istnieją [jak w jednym z tych trzech przypadków, gdzie był tylko niedowład] zaniki prawie bez porażenia i odwrotnie, bezwładzie bez najmniejszych zaburzeń w odżywianiu mięśni.

Autor dołącza do swoich 3 przypadków jeszcze dwa z literatury dawniejszej [BURRESI 1877 i GLIKY, 1875 r.], bardzo podobne do powyższych.

Mieczysław Goldbaum,

(*Deutsches Archiv f. klin. Medicin.* 1888 r. T. 42. Z. 5).

40. Badania nad gruźlicą u ludzi i zwierząt na pierwszym kongresie w Paryżu.

Laury KOCH'a spać nie dają francuzom. I nie dziw; kto, jak oni, miał już prawie w rękę tajemnicę takiej sprawy jak gruźlica, kto wydał LAENNEC'a, ANDRAL'a, VILLEMEN'a, z czyjego gniazda wyszedł ojciec bakterjologii PASTEUR, ten może z pewną goryczą patrzeć na to, jak szczęśliwszy od nich współzawodnik doszedł do upragnionego celu, jak łatwo zapomniano o tych, którzy do tego celu drogę utorowali. Przyciszony przez czas jakiś głos w sprawach nauki lekarskiej, francuzi na nowo podnoszą, do czego dają im prawo badania, podjęte w duchu czasu, w którym żyjemy. Niedawno [Nr. 31] zdaliśmy sprawę z „Badania klinicznych i doświadczalnych nad gruźlicą“ dwutomowego dzieła, zawierającego dużo ciekawego, nieraz nader cennego naukowego materiału. Obecnie pospieszamy zanotować fakt, że w końcu ubiegłego miesiąca w Paryżu odbył się kongres naukowy, poświęcony wyłącznie badaniom nad gruźlicą u ludzi i zwierząt. Pierwsze to na taką skalę w dziejach medycyny posiedzenie, zajmujące się wyłącznie jedną kwestyją, ale usprawiedliwione jej ważnością naukową i społeczną.

Zjazd możnaby było nazwać międzynarodowym, gdyby nie świecili na nim swoją nieobecnością Niemcy, z których żaden nie przysłał nawet swojej pracy. Precydowali: CHAUVEAU, VILLEMEN i VERNEUIL, sekretarzem był PETIT. Chcąc uniknąć chaosu, jaki się na zjazdach naukowych zdarza, prezydijum zaproponowało kilka tematów, czy pytań, nad rozwiązaniem których miano obradować.

Pierwsze z nich było: o niebezpieczeństwach wynikających z użycia mięsa i mleka zwierząt gruźliczych i o sposobach zapobiegania tym niebezpieczeństwom.

Co do mleka, zgodzono się powszechnie, że ono wtedy zawiera zarazek gruźliczy, kiedy zwierzę dotknięte jest gruźlicą sutki, chociaż zdarzają się przypadki, że przy istnieniu ogólnej gruźlicy bez gruźlicy sutek, mleko posiada własności zakaźne [na 21 gruźliczych krów, mleko dwóch z nich wstrzyknięte do jamy otrzewnej, wywołało gruźlicę — BANG z Kopenhagi]. Chociaż pewna część sutki zajęta jest przez sprawę gruźliczą, mleko ma wygląd prawidłowy, tylko przy wyższym stopniu choroby, mleko staje się wodnisto-żółtem i przedstawia włókniste strzępki [BANG]. Wobec tych faktów należy bezwarunkowo zabronić sprzedaży mleka z krów podejrzanych o gruźlicę, a o ile niewiadomem jest dokładne źródło, z kąd mleko pochodzi [np. w miastach], należy je przed użyciem poddać gotowaniu, przez co, jeżeli się nie niszczy zupełnie zarazka, to przynajmniej niszczy jego działanie. Należałoby rozpowszechnić użycie mleka koziego, ponieważ kozy nie podlegają nigdy gruźlicy.

Co do szkodliwości mięsa zwierząt gruźliczych, zdania były podzielone. NOCARD szczepił sok mięsny, pochodzący od gruźliczych krów, do jamy otrzewnej królików, świnek morskich: na 40 sztuk jedna uległa gruźlicy; tenże NOCARD karmił 10 kotów mięsem krów gruźliczych: jeden z nich dostał gruźlicy. ARLOING, zestawiając doświadczenia NOCARD'a i GALTIER'a podaje, że na 34 przypadki gruźlica przyjęła się 7 razy przez użycie mięsa zwierząt gruźliczych, czyli że tą drogą na 20 sztuk takich zwierząt, 4 może udzielić gruźlicę. Dalej ARLOING oblicza, że jeden wół może narazić na zarażenie 1400 osób. AURREGIO z Wersalu notuje zarażenie gruźlicą przez użycie mięsa; fakt ten miał miejsce w wojsku francuzkiem. VEYSSIÈRE z Rouen zaraził gruźlicą dwa króliki przez zaszczepienie im mięsa człowieka zmarłego na gruźlicę. MOULÉ donosi o gruźlicy ptactwa domowego, gdzie lasecznik obiera sobie siedlisko głównie w narządach brzusznych [np. wątrobie]. Tak mówili ci, którzy robili doświadczenia. Inni [np. BAILLET, CARRIÈRES], opierając się na długoletniej osobistej praktyce, zaprzeczali możności zarażenia się gruźlicą przez kanał pokarmowy.

Ale tym możnaby znów przeciwstawić doświadczenia CORNIL'a, który karmiąc królika czystą hodowlą lasecznika gruźliczego, znajdował 15-go już dnia na błonie śluzowej kiszek obrzmienia blaszek PEYER'a, a pod nabłonkiem małe komórki lymfoidalne, gruzelki *en harbe*. W 4 dni potem ¹⁾ zajęte były gruczoły mesenteryjalne, następnie sprawa postępowała szybko dalej. Tenże autor otrzymywał gruźlicę przez wstrzykiwanie do pochwy hodowli lasecznika: 15 dnia zjawiały się gruzelki, przyczem nabłonek pozostał nietkniętym: lasecznik ma się według CORNIL'a przeciskać pomiędzy komórkami [?]. Jeśliby zaś kto myślał, że sok żołądkowy zabija lasecznika, to go rozczarują doświadczenia STRAUSS'a i WURTZ'a: potrzeba 24 godzin na to, ażeby hodowla lasecznika trzymana w soku żołądkowym straciła jadowne swe działanie; jeżeli sok otrzymany z psiego żołądka, działał przez 1—6 godzin, króliki którym ten sok wstrzykiwano, zdychały na gruźlicę. Gotowanie lub pieczenie mięsa musi być bardzo dokładne, aby zniszczyć zarazek gruźliczy: jeżeli sok z mięsa gruźliczego poddany działaniu ciepłoty 75° C., przez pół godziny, nie niszczy laseczników [ARLOING].

Koniec końców zgodzono się na to, że i mięso zwierząt gruźliczych, lubo rzadko, może być roznośicielem zarazy gruźliczej.

Częstość gruźlicy a krów podawano bardzo różną: 0,4% [GUIROUD], 0,5% [THOMASSEN z Utrechtu], 4% [VON HERTZEN z Amsterdamu], aż do 40% [SPILLMANN z Nancy], co jest rzeczą naturalną ze względu na różność miejscowych warunków. O sposobach rozpoznawania gruźlicy u bydła pomówimy niżej.

Jeżeli za tem gruźlica może się udzielać za pomocą mleka i mięsa bydła rogatego, stanowiącego pokarm obywateli, państwo powinno myśleć o ich zabezpieczeniu, a więc przedewszystkiem uznać gruźlicę krów za chorobę zaraźliwą. To właśnie zjazd uzyskał na mocy dekretu prezydenta rzeczypospolitej.

Drugie pytanie, które zgrupowało pewną ilość prac i obserwacji było: rasy ludzkie i gatunki zwierzęce ze względu na ich usposobienie do gruźlicy. Notujemy ważniejsze fakty. DE BRUN z Bajrutu [Syryja] zaznacza, że mylą się ci, którzy wysyłają suchotników do Syrii i na wschodnie wybrzeże morza Śródziemnego na tej zasadzie, że tam nie panuje gruźlica. Rzeczywiście mniej jest suchotników jak we Francji, ale dlatego że suchoty mają przebieg bardzo ostry. Tenże autor zwraca uwagę na antagonizm, który według jego spostrzeżeń istnieje między gruźlicą i zimnicą (*malaria*). Podczas kiedy biedna ludność, żyjąca w nędzy, umiera z charactwa zimniczego, bogaci uniknąwszy zimnicy umierają na gruźlicę,

Podobne spostrzeżenie komunikuje PIOT z Kairu. O częstości suchot płucnych w Azji mniejszej mówi ROBINSON z Konstantynopola.

AGUIRRE z Chili podaje, że w jego ojczyźnie na suchoty płucne umiera 33% z ogólnej liczby śmiertelności. Z drugiej zaś strony CALMETTE oznajmia, że na Belle-Ile-En-Mer suchoty znane są dopiero od lat 20 i że gruźlica ma tam przebieg niesłychanie powolny.

ARLOING mówił o różnicy w przebiegu gruźlicy doświadczalnej u świnki morskiej i u królika: pierwsza jest wrażliwszą na zarazek gruźliczy od królika, gruźlica ma u niej przebieg regularny idąc od miejsca gdzie była zaszczipioną w głąb, nie przeskakując, nie omijając żadnego etapu w drogach limfatycznych. Tymczasem króliki, wbrew powszechnej opinii, są mniej wrażliwe, po zaszczipieniu nie ma często żadnych objawów lokalnych, najczęściej zdarzają się skoki zarazka z pominięciem dróg pośrednich. Tym sposobem świnka morska więcej się nadaje do doświadczeń. To potwierdzają i inni. VERNEUIL w celach dygnostycznych robi zaszczipienia mass podejrzanych do jamy brzusznej świnki

¹⁾ Zapewne CORNIL robił laparotomię i rezekcję kiszek?

(Przyp. spraw.)

morskiej. Dziesięć dni wystarcza do otrzymania pożądanego wyniku, tymczasem gruźlica zaszczipiona np. do przedniej komory oka króliczego, jak utrzymuje VALUDE, dopiero po 2 miesiącach daje kilka guziczków w wątrobie.

GALTIER podaje kilka przypadków odziedziczania gruźlicy doświadczalnej.

Trzecie pytanie odniosło się do sposobów [dróg] przenikania zarazka i jego rozwoju w organizmie. TOMA podaje czas i sposób przenikania lasecznika przez rogówkę: szczepienie zrobiono igłą, po 24 godzinach lasecznik dostał się do warstwy elastycznej, pomiędzy 15—20 dniem owróżdzenie wystąpiło w całej pełni, naczynia limfatyczne przepelnione pasorzytami, między 35—40 dniem, ogólne zakażenie.

CADÉAC i MALLET robili poszukiwania laseczników KOCH'a w powietrzu wziętem z mieszkania suchotników, laseczników nie było. Następnie umieścili kilka królików w klatkach, w których znajdowały się wysuszone wnętrzości suchotników, króliki poprzednio zdrowe nie dostały gruźlicy, te zaś, którym przedtem wywołano sztuczny nieżyt oskrzeli [za pomocą inhalacyj jodu lub bromu] zapadły na gruźlicę [2 na 46]. Ztąd wniosek, że drogi oddechowe wtedy są dobrym gruntem dla laseczników, jeżeli nabłonek ich jest uszkodzony, lub jeśli ilość pasorzyta jest bardzo wielka.

TORKOMIAN ze Skutari, VERNEUIL i CHAUVEAU opisują pojawienie się gruźelka anatomicznego u nich samych po zakłuciu na sekcji osób, zmarłych na ogólną gruźlicę. Żaden z nich nie dostał gruźlicy ogólnej.

JEANNEL cytuje dwa fakty zarażenia się gruźlicą: matka, która pielęgnowała syna suchotnika, miała skaleczony palec, obecnie dostała gruźlicy; kobiecie ukąszonej w ramię zrobił się w tem miejscu ropień. Tenże JEANNEL powtórzył opis swoich doświadczeń nad szybkością przenikania lasecznika do ustroju [umieszczone w pracy zbiorowej o gruźlicy] i dodał nowe w tymże kierunku. Zaszczepiwszy gruźlicę królikowi, wytaczał z niego krew (*saignée à blanc*) i szczypl ją innym zwierzętom. Począwszy od 16-ej godziny aż do 8-go dnia po pierwotnem zaszczepieniu otrzymywał wyniki dodatnie t. j., że krew królika, któremu zaszczepiono gruźlicę, bardzo prędko staje się jadowitą. ARLOING na to robi uwagę, dlaczego wobec tego faktu, nie tworzą się wszędzie ogniska gruźlicze. Widać lasecznik wytwarza jakąś materję jadowitą, która przyspasabia grunt dla innych pasorzytów. Że w sprawie gruźliczej biorą udział inne jeszcze drobne ustroje, poucza nas nader interesujący odczyt BBBÉS'a. Na 52 robionych przez niego sekcjach daleko posuniętej sprawy gruźliczej, laseczniki KOCH'a same znajdowały się tylko w 10 przypadkach, w pozostałych 42 obok lasecznika KOCH'a znajdowały się inne chorobotwórcze pasorzyty, najczęściej *streptococcus pyogenes*, w ropniach zimnych obok lasecznika rozwijał się *staphylococcus aureus* i *albus*, często w towarzystwie *strept. pyogenes*¹⁾. To samo zdarza się przy *pleuritis tuberculosa*, *peritonitis*, *meningitis*. Te dodatkowe pasorzyty są najczęściej te właśnie, które same przez się wstanie daną chorobę wywołać. Przy gruźlicy miejscowej kości i stawów zdarzają się nieraz powikłania, zależne od *streptococcus pyogenes*, który się wtedy znajduje zwykle rozproszonym po całym ustroju. We wszystkich prawie przypadkach śmiertelnych odry i szkarlatyny [wszystkie spostrzeżenia swoje BABES robił na sekcjach dzieci], znajdował B. gruźlicę gruczołów śródpiersia, szyi lub oskrzeli. Te ganglia bywały najczęściej punktem wyjścia dla wtórnego zakażenia, zależnego od streptokoka. Można powiedzieć, wnioskując BABES, że gruźlica, u dzieci przynajmniej, rzadko bez powikłań prowadzi do zejścia śmiertelnego. Najczęściej gruźlica otwiera wrota innym bakteryjom, które przez swoje wtargnięcie pogarszają stan chorego, powodują objawy septyczne lub pyemiczne.

¹⁾ Podobne spostrzeżenie zrobił prosektor szpitala Ujazdowskiego D-r WIEGAND [Medicin. Sbornik Ujazd. Wojen. Hosp. God. I, wypusk 1].

Wszystkie te fakty przemawiają zatem, że owa skryta, otorbiona gruźlica, tak częsta u dzieci, staje się nieraz jawną, czynną, dopiero pod wpływem nowych czynników parazytarnych.

Odpowiedzi na czwarte pytanie, postawione uczestnikom zjazdu: rozpoznanie gruźlicy u ludzi i zwierząt, wypełniło resztę posiedzeń. ESPINA y CAPO z Madrytu wypowiedział kilka trafnych uwag o wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy. Przedewszystkiem zwraca uwagę, że t. zw. anemije esencyjalne, czy blednice ustrojowe są niczem innym tylko początkową gruźlicą. Dalej, zadawalnianie się staroświeckim *habitus phthisicus* uważa za niedostateczne; potrzeba klatkę piersiową mierzyć, a jeżeli znajdziemy, że u człowieka młodego [18—24 lat] obwód klatki piersiowej [przez brodawki] o wiele jest mniejszym od połowy wzrostu, jeżeli wzajemna odległość brodawek sutkowych nie dosięga 17—19 ctm., wtedy możemy podejrzewać gruźlicę. Duszność przy żywym ruchu, chwilowe bezgłosy, wydłużenie wydechu przy osłuchiwanu wierzchołków poprzedzają zwykle zjawienie się lasecznika w płwocinie. Co do krwiopłucia, autor jest zdania, że u ludzi młodych 9 razy na 10 jest ono znakiem początnącej się gruźlicy.

VERNEUIL kładzie nacisk na to, aby częściej uciekać się do szczepień podejrzanych produktów chorobowych zwierzętom. W wielu razach drobnowidz nie wykazuje lasecznika tam, gdzie jest niewątpliwą gruźlica. Do podobnych doświadczeń w celach rozpoznawczych przedstawia świnkę morską, u której gruźlica rozwija się już po 10—12 dniach. Uzupełniając uwagę poprzednika, CLADO radzi do szczepień używać szprycki PASTEUR'a i wstrzykiwania robić do jamy brzusznej, a także pod skórę.

Co do wczesnego rozpoznawania gruźlicy u zwierząt, a mianowicie u bydła rogatego, weterynarze utrzymują, że gruźlica występuje tu zwykle w postaci przewlekłej, jednym z najwcześniejszych objawów jest obrzmienie gruczołów pozaszczekowych, dalej nierówność oddechu, krótki kaszel. Gruczoły należy badać za pomocą szprycki PRAVAZ'a, ulepszonej przez PASTEUR'a. Co do badania wydzielin płucnych, trzeba te ostatnie wydobywać za pomocą gąbki zapuszczonej do gardzieli bydłęcia. Podejrzone mleko trzeba badać za pomocą doświadczeń na królikach lub świnkach morskich, wstrzykując za każdym razem wielkie ilości, bo lasecznika w mleku może być bardzo mało. Nie trzeba się lękać dobrym wyglądem bydłęcia. Jeden z obecnych opisuje fakt, że pewnej damie, która przychodziła do szlachtuza, aby wypijać szklanekę krwi świeżej, raz podano krew z wołu pozornie doskonale wyglądającego. Po zabiciu okazało się, że wół miał gruźlicę. Losy tej damy nie są wiadome [GUINARD z Dijon ¹⁾].

Wśród całej dyskusji na zjeździe spotykaliśmy tu i owdzie uwagi terapeutyczne. Niestety, nie wiele z nich mamy do zanotowania. LAUDOUBY radzi, ażeby osoby podejrzewane o skłonność do gruźlicy unikały zetknięcia z suchotnikami. Do takich wrażliwych na zarazek gruźliczy zalicza przedewszystkiem ludzi, którzy przechodzili ospę. Podług jego spostrzeżeń, z 300 ospowych, 11-stu tylko było wolnych w przyszłości od gruźlicy. Również do mniej odpornych zalicza ludzi rudych z delikatną białą skórą — *type vénitien* (?). REIMONDI z Paryża zachwala wziewania z fluowodoru: na 49 chorych — 15 wyzdrowiało zupełnie [laseczniki znikły] w przeciągu 60—80 dni. Cóż, kiedy BRÉMONT, także z Paryża, takie same wyniki otrzymywał z wziewań terpentyny, a LEGROUX z pulweryzacyi 2% kreozotu! JORRISSEMENT i CHAINOIN podają 13 spostrzeżeń dobrego działania jodoformu przeciwko krwiopłuciu [w dawce 0,05 trzy razy dziennie]. LUTON z Reims nie ma słów na pochwałę soli miedzi i t. d.. Najbardziej intere-

¹⁾ Sprawozdawca jednego z naszych pism codziennych dodał... od siebie, że dama ta w kilka tygodni sama niegła tej chorobie i zmarła, przyczem autorem tej wiadomości robi weterynarza BUTEL'a.

sującą w tym kierunku była wiadomość podana przez LEONA PETIT, że nieznanymi ofiarodawcami złożony znaczny sumę pieniędzy na założenie zakładu dla dzieci biednych pochodzących z rodziny suchotniczej. Będą się one wychowywały pod opieką lekarzy w Ormeson koło Paryża i w Valescure, miejscowości położonej nad morzem Śródziemnym, a zakład będzie nosił nazwę: *l'oeuvre des Candidats à la tuberculose*.

Przyszły zjazd naznaczono na rok 1890, a krzesło prezydyjalne jednomyślnie ofiarowano VILLEMIN'owi, którego, zresztą słusznie, nazywają Francuzi: *le père de l'infection tuberculeuse*.

A. Puławski

Wiadomości terapeutyczne.

49. Tinctura Simulo—przeciw padaczce. Owoc rośliny „*Capparis coriacea*“ nosi nazwę **Simulo**, a z nasion tego owocu przygotowuje się nalewkę, która obecnie, szczególnie w Anglii, uchodzi za środek skuteczny przeciw padaczce. Jeszcze w r. 1885 D-r LARREA w *Brit. med. Journ.* ogłosił wzmiankę o tym środku leczniczym, zapewniając, że sam za pomocą wzmiankowanego środka wyleczył się z padaczki. Skuteczność tego leku w padaczce stwierdza również i D-r HUTCHISON. Na początku roku bieżącego D-r WHITE w piśmie *Lancet* pomieścił spostrzeżenia nad działaniem wzmiankowanego leku w siedmiu przypadkach padaczki. Chorzy przyjmowali tę nalewkę w ilości 1—2 drachm dziennie. W sześciu przypadkach napady stawały się coraz rzadszymi i słabszymi, aż nareszcie zupełnie ustąpiły. Wskutek tego nalewka *Simulo* w Anglii zyskała rozgłos jako środek skuteczny nie tylko przeciw padaczce, ale i przeciw histeryi i histero-epilepsyi.

Ostatniemi czasy zajął się zbadaniem tej kwestyi prof. EULENBURG w Berlinie: przedmiotem spostrzeżeń było czterech epileptyków i trzy histeryczki. Chorym z początku zwykle podawano dwa lub trzy razy dziennie — pół łyżeczki tej nalewki; następnie stopniowo dawkę zwiększano — do dwóch łyżeczek *pro dosi*. Nawet przy bardzo długim używaniu owej nalewki nigdy nie spostrzegano szkodliwych następstw. Co się tyczy skuteczności, to środek ten u histeryczek okazał się zupełnie obojętnym. Z czterech zaś epileptyków jeden rzeczywiście doznał znacznej poprawy pod tym względem, że napady pod wpływem tego leku stawały się rzadszymi i słabszymi. Jednakże w zupełności napady nie ustąpiły. Zaznaczyć należy, że przypadek, który prof. EULENBURG opisuje, należał do bardzo ciężkich, w którym przetwory bromowe pozostawały bez skutku. Z tego widać, że dotychczasowe spostrzeżenia prof. EULENBURG'a wcale nie stwierdzają owej „cudownej“ skuteczności, jaką przypisują temu lekowi lekarze angielscy. To tylko przynależą, że z kilku przypadków spostrzeganych niepodobna wyciągać wniosku ostatecznego i stanowczego, tak, iż w każdym razie środek ten zasługuje na dalsze badanie.

50. Kalomel przy leczeniu gruźlicy płuc. Już od dawna poważni klinicyści zalecali przetwory rtęciowe, a szczególnie *kalomel* przeciw gruźlicy płuc; dość wspomnieć np. DESAULT'a, CLARK'a, TROUSSEAU, ANDRAL'a. Od czasu zaś, gdy wyświetlono istotę gruźlicy, powrócono znowu do stosowania przetworów rtęciowych, wychodząc z tej zasady, że przetwory te stoją na czele środków anty-parazytarych. Pomimo jednak zachwalania niektórych badaczy, wspomniana metoda lecznicza nie znalazła dotąd szerszego uznania. Wszelako ostatniemi czasy dwaj lekarze z dwóch różnych stron, zupełnie niezależnie od siebie, ogłosili nowe w tym kierunku poszukiwania, które starają się dowieść, że leczenie gruźlicy wogóle, a płuc w szczególności za pomocą kalomelu daje dobre wyniki.

D-r MARTELL z Wrocławia od trzech lat czyni spostrzeżenia nad działaniem kalomelu przy sprawach gruźliczych i z wyników tego leczenia jest bardzo zadowolony. Przy owrzodzeniach gruźliczych stosuje kalomel w postaci proszku do zasypywania, a przy gruźlicy płuc przepisuje kalomel do wewnątrz — w postaci wzięwań.

D-r DOCHMANN z Kazania również stosował kalomel przy suchotach płucnych — z dobrym wynikiem. Leczenie za pomocą kalomelu trwa dwa miesiące, a nawet i dłużej. Chorzy przytem mają znacznie się poprawiać: łaknienie wraca, a kaszel, gorączka i poty nocne ustępują. Nie dość na tem, ze spostrzeżeń DOCHMANN'a wnosić należy, że i w stanie miejscowym płuc, zajętych sprawą

chorobowa, następuje ogromna poprawa. DOCHMANN na mocy swych spostrzeżeń sądzi, że kalomel najlepiej działa w pierwszym i w drugim okresie gruźlicy płuc. Zresztą i w trzecim okresie gruźlicy płuc kalomel okazuje się nieraz pożytecznym środkiem leczniczym — chociaż rzadziej.

Należy kalomel podawać w małych dawkach zawsze w połączeniu z makowcem — w postaci pigułek, do zarobienia których autor radzi używać magnezji palonej, a szczególnie pepsyny. Stosownie do wskazania, można do takich pigułek dodać: ergotynę, *extractum Hyosciami* i t. d.

Pierwszego dnia chory przyjmuje co dwie godziny po dwie pigułki, a zatem przez cały dzień sześć razy, czyli dwanaście pigułek. Drugiego dnia chory przyjmuje pięć razy po dwie pigułki, trzeciego dnia — cztery razy po dwie, a od czwartego dnia — tylko trzy razy dziennie po dwie pigułki przez cały następny czas leczenia kalomelem. Wszelako po każdym sześciu dniach leczenia kalomelem trzeba zrobić przerwę na dwa lub trzy dni. W tym czasie przerw nieraz DOCHMANN z pożytkiem stosuje jodek potasu.

Wogóle liczniejsze dawki kalomelu okazują się skutecznymi przy znacznym stanie gorączkowym chorego; dla tego też nawet wśród leczenia, gdy gorączka na nowo się pojawia, lub wzmagą, trzeba podać choremu 12—14 pigułek przez dzień.

Rozumie się samo przez się, że obok tego leczenia niesłychanie ważną rolę jak zawsze, muszą u suchotników odgrywać odpowiednie warunki higieniczne i dyjetetyczne.

Sposoby przepisywania:

1) Rp. *Calomelanos via humida parat.* 0,72 [gr XII], *Pepsini germanici* 3,75 [5j], *Trae opii simplicis* gtt. xxx. *M. f. pulv. dein adde: Extract Phellandr. aquat. q. s. ut. f. pil.* Nr. 60. D. S.

2) *Calomelanos via hum. parat.* 0,72, *Pepsini* 3,75, *Ergotini Bonjeani* 0,0⁹ [gr. jβ], *Extr Liquirit.* q. s. ut. f. pil. 60. D. S.

3) *Calomelanos* 0,72, *Pepsini* 3,75, *Extr. Hyosciami* 0,36—gr. 0,6 [gr. vj=×], *Extr. Phelland. aquat. q. s. ut f. pil.* 60. D. S.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Redaktorem „Pamiętnika Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ na dalsze lat 3 wybranym został ponownie dotychczasowy jego redaktor D-r FRANCISZEK JAWDYŃSKI.

Poznań. Z dniem 1 Stycznia 1889 r. zacznie wychodzić z inicjatywy i kosztem wydziału lekarskiego tutejszego Towarzystwa Przyjaciół Nauk miesięcznik „Nowiny lekarskie“, który będzie organem tegoż Towarzystwa. Pierwszy numer wyjdzie 15 Grudnia r. b. Komitet redakcyjny stanowią: D-r CHEŁPOWSKI, D-r KĄCZOROWSKI, D-r KOEHLER, D-r ŚWIĘCICKI, D-r SZUMAN [z Torunia, D-r WICHERKIEWICZ, D-r ZIELEWICZ. Będzie to pierwsze czasopismo lekarskie polskie w księstwie Poznańskim wychodzące. Życzymy mu najświetniejszego powodzenia merytorycznego, a zwłaszcza aby zdołał wyrobić nowych pracowników z pośród grona lekarzy Polaków Księstwo zamieszkujących, dotychczas w drzemce pogrążonych.

Petersburg. W początkach b. m. obchodzono tu jubileusz 25-letniej działalności lekarskiej D-ra JANA MIERZEJEWSKIEGO, profesora psychiatrii w tutejszej Akademii wojskowo-lekarskiej [od roku 1876]. Pismo nasze o obchodzie tym nie było powiadomionem, nie mogło więc w nim wziąć żadnego udziału.

Nadesłano do Redakcyi.

WAGNER. Ob izmienienu wnutri-briusznago dawlenja pri razlicznych usłowjach. Odbitka z „Wracza“ Nr. 14.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Nowe środki lekarskie, przetwory i barwniki do badań drobnowidzowych.

Wydawca D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 14 Октября 1888 г. Друк K. Kowalewskiego, Królewska Nr. 20.



APTEKA

Magistra Farmacyi

W. KARPIŃSKIEGO

w WARSZAWIE

ulica Elektoralna Nr. 39.

- Poleca następujące wina lecznicze, wyrabiane na maladze wyborowej:
- Wino Rabarbarowe czyste, pół butelki 2 rs.
 - „ „ z korą chinu królewskiej, pół butelki 2 rs. 25 kop.
 - „ Chinowe czyste, pół butelki 1 rs. 20 kop.
 - „ „ z żelazem, pół butelki 1 rs. 50 kop.
 - „ z Chiną i z Kakao (vin de Bugeand) pół butelki 1 rs. 20 kop.

N a d t o :

- Proszek Rabarbarowy chiński, w pudełkach z odpowiednią łyżeczką. pudełko po 60 kop. — 100 kop. i po 120 kop.
- Wino pepsynowe, na winie francuzkiem, białem (z pepsyną wypróbowanej dobroci), jedna część pepsyny na 50 części wina. Pół butelki 2 rs.
- Tamar-Indien, cukierki rozwalniające, mego wyrobu z kwaśnymi daktylami. Jeden cukierek użyty na noc, a najwyżej dwa, sprawiają rano obfite wypróżnienie bez boleści. — pudełko (12 sztuk cukierków) 75 kop.
- Tran lekarski oczyszczony } Cena względna do cen handlowych.
- „ „ zwyczajny }
- „ z żelazem, z jodkiem żelaza, z bendzwinianem żelaza, butelka po rs. 1.
- Oleum ricini koussinatum comp. Środek wypróbowanej dobroci przeciwko soliterowi, zawiera w składzie swoim pierwiastki: paproci, koussou i korzenia granatu, cena dozy rs. 2.

Uważam za pożyteczne nadmienić, że wyborne działanie Win Rabarbarowych mego wyrobu, przy zatkanii trzew brąznych, w cierpieniach hemoroidalnych, w chorobach serca, kongestjach do głowy u osób nerwowych, osłabionych, blednicą i niedokrwistością dotkniętych, jako też u dzieci do rozwolnienia skłonnych, a na chorobę angielską (rachityczną) cierpiących, wielokrotnie stwierdzone zostało.

10—10

W. Karpiński.

U L I C A M I R O W S K A N R. 3.

ZAKŁAD KEFIRU LECZNICZEGO K. SIGALINY z Kaukazu.

Oprócz wielu medali otrzymanych w Warszawie i Charkowie obecnie nagrodzony został medalem brązowym na Wystawie Hygieniczno-Lekarskiej i Dydaktyczno-Przyrodniczej we Lwowie mieści się przy ulicy Królewskiej № 31 nowy, wprost parkanu ogrodu Saskiego między ul. Marszałkowską a skwerem kościoła ewangelickiego.

Zakład zaopatrzony stale codziennie w świeży kefir i zdrowe grzybki kefirowe.

6—3