

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POSWIECONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Ze szpitala. Przez Dra Wygrzywalskiego (z Piotrkowa). (Ciąg dalszy). Sprawozdanie (XIV) z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w czasie pory kąpielowej 1871 r. Przez Dra Dymnickiego, lekarza zdrojowego w Busku. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. Rany wielkich tętnic i t. d. Streszczenie listów chirurgicznych prof. Billroth'a. Podał Dr Kazimierz Garbowski. Statystyka lekarska. Obraz ruchu i postępu c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1871. Skreślił Dr Zieleniewski, lekarz rząd. c. k. zakładu zdroj. w Krynicy. Wiadomości bieżące. Strychnina w durzycy. Nowo kreowani lekarze medycyny. Dodatek. Balneologii ark. 5. Policyi Lekarskiej T. I ark. 27. Farmacyi T. III ark. 5. Patologii Ogólnej ark. 13. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii Heitzmann'a dołącza się ark. 37.

Ze szpitala.

Przez Dra Wygrzywalskiego (z Piotrkowa).

(Ciąg dalszy *)

Wnicowanie kiszki (*intussusceptio*),—wyzdrowienie.

A. Sz., 50-letni wyrobnik, przybył 10 maja do szpitala. Od dni sześciu nie miał on wypróżnień stolcowych, pomimo poprzednio użytych silnych środków czyszczących (naparu senesu z solą gorzką, kalomelu w pełnej dawce). W ostatnich dniach pobytu w domu powstały gwałtowne bóleści w żywocie z częstymi wymiotami. Rysy twarzy jego były zmienione, język podsycający, tętno małe ściągnięte, 100 uderzeń na minutę, oddechów 36. Brzuch gazami nadzwyczaj wzdęty, wszędzie dający ton jawny, bębniasty, przy mocniejszym nacisku bolesny, przez wzdęte ściany brzuszne nie szczególnego wyczuć nie można. Wymioty częste, wyrzucone wymiotami płyny nie mają żadnego szczególnego zapachu.

*) Patrz Nr. 25 Gaz. Lek.

Zalecono bańki ciete, kąpiel, kataplazmy i jeszcze spróbowano dać parę pełnych dawek kalomelu, gdy te nie zrobiły wypróżnień, zaczęto podawać extr. bellad. w proszku.

Dnia następnego. Stan ten sam, wymioty raz tylko, czy dwa razy się pojawiły, wzdęcie kiszek wzrasta z silnemi boleściami, napadami przechodzącemi, przyczem stawianie się kiszek w duże kłęby widzieć można. Zarządzono obok wczorajszych środków spróbować wstrzykania wielkiej ilości wody zimnej przez odbytnicę; czego gdy dopełniono, po wypróżnieniu wielkiej ilości gazów (bez stolca) ściany brzuszne stały się nieco podatniejszymi i teraz można poniżej pępka w środku. (nieco jednak ku lewej stronie wyczuć i wypukać) w głębi twardość bolesną, podługowatą, około 4—5 cali długą, przy głębokiem westchnieniu opuszczającą się, również i palcami nieco się przesuwającą. Twardość ta przedstawiała najwyraźniej kształt jelita, czemś twardem wypełnionego. Zrobiliśmy więc prawdopodobne rozpoznanie na wnicowanie jelita cienkiego, przepowiadając, iż się nam niebawem silny krwotok kiszkowy pokaże żeby naszą diagnozę potwierdzić.

Dnia 12 maja. Wymioty ustały, stolców nie ma, bolesność brzucha mała, czkawka częsta, pragnienie mocne, gorączka, tętno 108, oddech 40; kawałki lodu do lękania, kataplazmy, wewnątrz *Tinct. opii* co 2 godz. po 12 kropel.

Dnia 13 maja. Stan zupełnie jak dnia poprzedniego. Następniej nocy chory w miejsce stolca oddał 5—6 uncyi czystej czerwonej krwi bez żadnej przymieszki kału płynnego lub stałego.

Dnia 14 maja. Bolesność brzucha, czkawka, język suchy, gorączka jak pierwiej. Twardość w kiszkach wyraźnie w tém samym miejscu wyczuć się daje. Chory znów 2—3 uncyi czerwonej krwi oddał. Rozkazano pilnować wypróżnień stolcowych i je w całości do obejrzenia zachować.

Dn. 15 maja. Chory poczuwszy w nocy napieranie na stolec, uradowany tym objawem nie zażądał żadnego naczynia, lecz spiesznie poszedł do wychodka przytykającego do sali i oddał najpierw wśród bólów stołcem jeden wielki (jak powiadał) kawał a następnie nieco płynów. Koszula jego i prześcieradło były krwią czerwona (tętnicza?) mocno poplamione.

Dn. 16 maja. Było oprócz nocnego wypróżnienia stolcowego jeszcze dwa. Zawierały one wpółciekłą ląjnistą ciecz, znaczną ilość jasnej krwi, mnóstwo czarno-brunatnych strzępów i kawalków grubszych, jakby błoniasto rozplaszczonych. Gdyśmy nieco tych strzępków i błonek pod drobnowidzem położyli nie trudno było w nich poznać kawalki błony śluzowej i włókna gładkie mięśniowe kiszek. Oprócz tego mnóstwo śladów tkanek roślinnych z niestrawionych resztek pokarmów.

Dnia następnego stolec z krwią i nieco mniejszą przymieszką błoniastych płatków i podłużnych strzępów. *Tinct. opii* zostaje dalej podawana, przy zaleceniu zachowania największej spokojności i unikania wszelkich poruszeń nawet i w łóżku.

Dn. 18 maja. Stolec nawpół z krwią jeden, twardości poniżej pępka ledwie ślad wykryć można. Język czysty, ciepota ciała prawidłowa, tętno 80.

Dn. 19 maja. Jeszcze około 2 uncyi krwi częścią skrzeplęją, częścią płynną w stoleu widzieć można było.

Odtąd powrót do zdrowia był szybki i chory szpital 30 maja opuścił.

Obecnie dowiaduje się, iż ten chory, (mieszkający ztąd 3 mile) w miesiącu październiku 1871 roku miał podobny napad, w skutek którego po kilku dniach choroby życie zakończył.

Wypadek ten zaznaczam jako uwagi godny z powodu uleczenia się samodzielnego intussuscepcyi kiszki. Nie jest to wprawdzie nadzwyczajność, ale jednak pewna rzadkość. Możliwość zarzucić, iż do obrazu zupełnego brakuje tutaj niektórych przypadłości, przedewszystkiem pojawienia się wymiot łajnistych i że przy 12-dniowym zaparciu stolca przypadłości nie były nadzwyczaj gwałtowne. Dla mnie jednak twardość obok pepka naśladująca kształt jelita cienkiego, poruszalna, bolesna, następny (przepowiedziany) krwotok z kiszki, a przedewszystkiem drobnowidzowe badanie, które w ciemno brunatnych płatkach i strzępach części zgorzelą dotkniętej i oddzielonej kiszki wykazało, są dostatecznym dowodem, że rozpoznanie nasze nie było mylnem, a lichiej i niedostatecznej usłudze szpitalnej winę przypisać należy, że całego *corpus delicti*, to jest większej partyi zgorzelą dotkniętej z pierwszym stolcem oddanej kiszki do oględzin nie dostaliśmy.

P e s t k a ś l i w k i p o ł k n i ę t a w p ł u c a c h
p r z y c z y n ą ś m i e r c i.

Bina F. z O., 45 lat mająca, na 8 dni przed przybyciem do szpitala (28 sierpnia) miała wypadek, iż jedząc śliwkę połknęła pestkę, która jej w polyku utkwiała, czując w połowie (jak wskazuje) kości piersiowej silny ból i niemożność polykania udała się do miejscowego lekarza, który zwykłą na giętkim pręciku przy-mocowaną gąbką usiłował pestkę do żołądka popchnąć, przyczem chora naraz gwałtowny ból w miejscu utkwienia pestki poczuła. Dnia drugiego polykanie stało się jakby nieco łatwiejszem, lecz ból w okolicy między łopatkami się wzma-gał, następnie powstały silne wymioty nie tylko wtenczas gdy chora cośkolwiek wypila (bo stałych nie mogła polykać pokarmów), lecz nawet i same z siebie. Dalej wystąpiły dreszcze, gorączka, kaszel z płwocinami krwią zabarwionemi, ból między łopatkami stawał się coraz mocniejszym.

Gdyśmy chorą (d. 28 sierpnia) badali znaleźliśmy ciepłotę ciała podniesioną, tętno 120, język obłożony, podsycający, bezgłos zupełny, kaszel ciągły, wymio-ty gwałtowne ile razy chora coś połknąć usiłuje, czemu każdy raz silny napad kaszlu towarzyszy ze zwróceniem wypitego płynu. Badając klatkę piersiową znaleziono w prawem płucu od grzbietu łopatki do jej dolnego kąta przy pukaniu odgłos zupełnie tępy (wszędzie), gdzieindziej jawny, prawidłowy. W miejscu powyższem słyhać oddech krtaniowy z grubemi rzeżeniami. Płat więc płuca średni i część górnego były zapalone.

Dnia 29 sierpnia. Stan ten sam, lecz naciek płucny widocznie się ku górze i ku dołowi rozszerzył.

Dnia 30 sierpnia. Gorączka większa, oddechów 60 na minutę, tętno 124. Bezgłos zupełny, przy kaszlu chora wyrzuca znaczną ilość rzadkiej, krwią zmieszanej, mocno cuchnącej ropy, a z nią strzępki zgorzelą dotkniętych tkanek. Obsłuchując prawe płuco znajduje się na całej przestrzeni pierwotnego nacieku, oddech jamisty z oddźwiękiem metalicznym. Gdyśmy trzymając ucho na tém miejscu kazali chorą wypić nieco mleka oddech ten zniknął a powstawało bełkotanie jakby przy gotowaniu się plynu i gwałtowny napad kaszlu, mleko zostawało wykrztuszonem i oddech jamisty znów się napowrót pojawiał.

W celu poniekađ terapeutycznym, jakoteż dla stwierdzenia naszego rozpoznania, daliśmy parę razy połknąć słabego wodnego roztworu *T. jodii*, także i roztworu lekkiego nadmanganianu potasu. Každy raz zjawisko przejścia plynu w jamę płuca i wyrzucenie go przez napad kaszlu powtarzało się.

Dnia 31. Tętno 140, oddech 60, toż samo wyrzucanie smrodliwych zgorzelinowych plwocin, toż samo wykrztuszenie kosztem kaźdego podanego plynu. Upadek sił zupełny. Nad ranem dnia następnego chora żyć przestała.

Wyznanie zmarłej nie dozwalało nam dopełnić pośmiertnych oględzin, lecz te zdały się do wyświetlenia przyczyny choroby, jej przebiegu i zejścia zbytecznemi. Pestka połknięta utkwiała w polyku, przy usiłowaniu zepchnięcia jej do żołądka przebiła ona ścianę polyku ku przodowi utkwiała w niej lub może tkwiąc już poprzednio została dalej ku płucem pchniętą. W ośm dni później znaleźliśmy płuco prawe mianowicie jego płat średni (naokoło ciała obcego) zapalonem. Jedenastego dnia widoczną była zgorzel płuca i plynny polykane dostawały się do wnętrza ropnia płucnego. Nie dość jasno dały się nam wymioty zaraz po usiłowaniu przepchnięcia pestki powstałe wytłumaczyć. Przelyk nie był ciałem obcym zatkany, bo to powędrowało do płuc, zapalenie przelyku nie mogło być silnem aby nawet plynem drogę do żołądka tamowało. Prawdopodobnie więc zranienie i ztađ powstała obrzękłość znajdowały się w pobliżu nerwu błędnego i draźnienie go lub ucisk były powodem nieustajających wymiot (późniejsze wyrzucanie połkniętych ciecży nie było wymiotowaniem ale wykaszliwaniem). Samo przedziurawienie przelyku, choćby ono nawet i znacznem było nie przeszkadza plynem dochodzić do żołądka i nie powoduje ciągłych wymiotów, jakieśmy to w następującym wypadku widzieli, któryśmy *extra muros* szpitala mieli sposobność obserwować.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Sprawozdanie (XIV-te) z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w czasie pory kąpielowej 1871 r.

Przez Dra Dymnickiego, lekarza zdrojowego w Busku.

(Ciąg dalszy *).

Panienka 11 lat mająca, z gub. radomskiej, przybyła do Buska w r. 1870.

Zołyzy usadowiły się u niej głównie w gruczołach chłonnych szyjnych i podczerękowych, które do wielkości orzecha włoskiego, a niektóre nawet i jaja ku-

*) Patrz Nr 22, 23, 24, 25, i 26 Gaz. Lek.

rzego doszły. Ilość gruczołów obrzniętych była bardzo znaczna, tak, że biedne dziecko będąc w skutek tego niewymownie oszpecone, ruchy głową z trudnością tylko wykonywać mogło. Stan zdrowia jej ogólny był bardzo podupadły. Niedokrwistość była w wysokim stopniu, która znowu różnokształtne objawy nerwowe, połączone z mocnym i nieregularnym biciem serca wywołała. Obok tego istniała wielka skłonność do biegunek, tak, że przy najmniejszej sposobności kilka a nawet kilkanaście stołców płynnych dziennie się pojawiało.

Zboczenia te trwały już od kilku lat, a wszelkie środki lekarskie umiejętnie stosowane nie sprowadziły żadnej zmiany.

Leczenie zdrojowe ograniczało się z początku tylko do kąpieli mineralnych i okładów mułowych. O zastosowaniu wody buskiej do wewnątrz, aczkolwiek bardzo upragnionem, z przyczyny stanu kiszec ani myśleć nie było można.

W trzecim tygodniu leczenia, gdy skłonność do biegunek się pomniejszała, dodano i wodę buską w małej ilości do wewnątrz.

Polepszenie nastąpiło w czwartym tygodniu leczenia, które się na tem zasa- dzało, że jedne gruczoły pomniejszały znacznie swą objętość, drugie zaś uległszy ropieniu potworzyły ropnie, które następnie do zaniku obrznięć doprowadziły.

Przy końcu piątego tygodnia opuściła chora zakład nasz ze znacznym po- lepszem.

W roku zeszłym przybyła ona powtórnie do Buska. Z dawnych obrznięć gruczołów znalazłem ślady zaledwie; po ropniach zaś wykryłem tylko tu i owdzie nieznaczne blizny. Wygląd chorej nie pozostawiał nic do życzenia, a siły jej od- powiadały łaknieniu, które z trudnością tylko zaspokoić się dozwalało. O niedo- krwistości i mowy być nie mogło.

Obecnie poprowadzono leczenie tylko przez cztery tygodnie, w którym to czasie resztki choroby ustąpiły, a chora powróciła po tym czasie czerstwa i we- soła na łono swej rodziny (Nr prot. 190).

Przypadek do powyższego nieco podobny, ale o działalności zdroju buskiego w zółzach wyraźniej jeszcze świadczący a przeto i więcej pouczający, mieści się w protokole leczących pod Nr 242:

W roku 1870 przywieziono do Buska chłopczyka 3-letniego, z gubernii ra- domskiej.

Stan zdrowia jego przedstawił się w następujący sposób: Powłoki zewnętrz- ne były blade, jakby opuchłe, co szczególnie na twarzy się uwydatniało. Głowa, na której kilka kosmyków koltunowych (rzadki już objaw nawet w Busku w dzi- siejszych czasach) spostrzegłem, pokryta była grubym strupem, z pod którego oprócz mnogich pasożytów w podobnych przypadkach nieuchronnych, w kilku miejscach ropa się także wydobywała. Oczy były ciągle obrzniętymi powiekami przymknięte, z pomiędzy których wydobywał się płyn żrący, nadżerki na policz- kach wywołujący. Używszy stosownej chwili i odpowiedniej siły do odsłonięcia gałki ocznej, przedstawiła się białkówka czerwona, rozpułchniona, a na rogówce wystąpiły płaskie wrzodki. Cała gałka oczna była jakby we łzach zatopiona, a światłowstręt w najwyższym stopniu. Na szyi, pod szczękami i na wewnętrz- nej powierzchni ud znajdowały się gruczoły chłonne, obrznięte do wielkości

orzecha laskowego. Na muszlach usznych, klatce piersiowej i brzuchu widoczny był wyrzut skórny, ropiejący, występujący w kształcie wyprysku i niesztowie.

Dziecko to było bardzo osłabione, bez apetytu, i dotąd jeszcze ani chodzić, ani też mówić się nie nauczyło. Początek choroby datuje się od pierwszych dni po urodzeniu.

Oto! obraz prawdziwych zolców, którebyśmy skłonni byli przypisać upośledzonej, a mianowicie tępej wymianie pierwiastków, zrodzonej nieznaną nam dotąd nieprawidłowością odżywiania.

Ojciec dziecka tego był dosyć zdrowym, matka zaś odbywała podobno zolzy w dzieciństwie, w skutek czego nawet obecnie posiada słuch mocno przytępiony. Czyby w tym przypadku choroba przymiotna w dalszym już okresie u jednego z rodziców będąca, nie była zdolną coś podobnego spowodować? Po większej części rzeczy tak się mają, ale trudno lekarzowi zdrojowemu stanowczo w tym względzie orzec, mając tak mało sposobności do bliższego poznania i wybadania anteriorów.

W roku 1870 trwało leczenie zdrojowe sześć tygodni. Mały chory opuścił zakład buski natenczas ze znacznem polepszeniem pod każdym względem; a nawet w końcu 6 tygodnia rozpoczął on o własnej sile chodzić.

W roku zeszłym przybył on powtórnie do Buska. Cóż za zmiana! Z wyżej opisanego charłaka, zrobiło się dziecko w całym słowa tego znaczeniu—zdrowe. Czerstwość i wesołość jego przechodziły wszelkie wyobrażenia. Jego zwinność, krzepkość w bieganiu, tudzież szczebiotliwość wpadały przechodniom w oczy. Z wyż opisanych ciężkich zboczeń nie wykryłem ani śladu nigdzie.

Matka jego powiadomiła mię, że polepszenie uzyskane w Busku, stopniowo w domu wzrastało, i że w miesiącu lutym mówić także rozpoczął.

Obecne leczenie zastosowane tylko w celu zabezpieczenia się od powrotu choroby, trwało także sześć tygodni.

Z pomiędzy chorób skórnych zasługuje wyprysk szczególnie na uwagę, w którym zdroj buski osobliwszą odznacza się skutecznością.

Protokół leczących się zawiera wiele szczęśliwych uleceń z tej choroby. Piękne tego przykłady znajdują się pod Nr 1, 32 i 52.

Przypadek pierwszy dotyczy 75-letniego kupca starozakonnego, z gubernii petrokowskiej.

Chory ten przybył po pierwszy raz do buska w r. 1869. Znalazłem u niego natenczas wyprysk na całym prawie ciele. Choroba, przedstawiająca się w kształcie wyprysku wilgotnego (*eczema humidum*), dokuczało niewymownie choremu, nie tylko sprawiając pieczenie i swędzenie, ale także będąc powodem nieznośnych bólów z przyczyny przylegania i odrywania się bielizny, w skutek czego skóra z naskórka wypryskiem podniesionego, często na znacznej przestrzeni ogolona być musiała. Latwo pojąć, że wymienione tutaj przypadłości, pozabiając chorego snu i łaknienia, siły jego i tak już w skutek późnego wieku nadwątłone, wysoce podkopać nieomieszkały.

Choroba trwała od lat kilku. Przyczyny powodowej nie byłem w stanie wykryć. Być może, że zaniedbane pielęgnowanie skóry, o które chorego słusznie posądzić było można, ogólny ten wyprysk sprawiło.

Leczenie przez długi czas dosyć odpowiednio w domu prowadzone nie sprawiło choremu żadnej ulgi, a nawet kąpiele sodowe, które w podobnych przypadkach zwykle pomyślnym odznaczają się skutkiem, pozostały w tym przypadku bezwładne.

W roku 1869 trwało leczenie 7 tygodni. Chory używał wody buskiej do wewnątrz, kąpiele, okładów z zimnej wody buskiej, zastosowanych do miejsc przystępniejszych (kończyn) i dwukrotnego dziennie obmywania całego ciała zimną wodą buską, wzmocnioną jeszcze ługiem buskim.

Postępowanie to sprowadziło natenczas pomyślny skutek. Chory opuścił zakład nasz w stanie zupełnego prawie zdrowia, ale będąc przekonanym, że wyprysk dosyć często się powraca, poleciłem mu powtórzenie leczenia zdrojowego w roku następnym.

Powtórne przybycie do Buska opóźnił chory o rok cały. Nie przybył on jak to sobie polecone miał w roku 1870, ale dopiero w roku zeszłym. Powodem spóźnienia było zupełne zdrowie, którego aż do ostatniej używał chwili, w której znówu dawnym podobne pęcherzyki na kończynach dostrzegł i w skutek czego bez żadnej straty czasu w podróż do Buska się wybrał.

W roku zeszłym odbywało się leczenie zdrojowe przez sześć tygodni. Sposób postępowania zbliżał się do dawniejszego z tą tylko różnicą, że obecnie opuszczono obmywania ciała, które z przyczyny miejscowości dotkniętych więcej ograniczonych, za zbyt liczne uznano.

Przy powtórniem leczeniu znikł wyprysk także zupełnie. Prawdopodobnie będzie skutek tym razem trwalszy, gdyż barwa skóry, która dawniej po wyprysku brudno-siną pozostała, obecnie prawie do prawidłowości powróciła.

Drugi przypadek, umieszczony pod Nr 32 dotyczy 40-letniego obywatela z gubernii petrokowskiej, który w roku zeszłym do Buska po pierwszy raz przybył.

W tym przypadku usadowił się uparty wyprysk na goleniach, a opierając się w przeciągu lat kilku wszelkiemu postępowaniu lekarskiemu, chorego już nadziei uleczenia się był pozbawił. Za przyczynę powodową tak samego wyprysku, jakoteż i uporu w leczeniu z wielkiem prawdopodobieństwem poczytać było można zbytnią ilość piwa bawarskiego, jak niemniej i wódki, od lat kilku w dziennym użyciu u chorego będącej; a chociaż w czasie leczenia się w domu, chory niejaki w tym względzie radom lekarskim ustępstwa poczynił, to jednakże nie był on w stanie uzbroidć się w tak silną wolę, aby z dawnym swym zwyczajem zupełny rozbrat zrobił.

Leczenie zdrojowe pięć tygodni trwające, przeprowadzone z całą ścisłością tak pod względem zdroju jak też i diety, do której u wód mineralnych najmniej sforniejszych nawet chorych łatwo nakłonić można, odniosło zupełny skutek.

Doświadczenie wskazało mi, że nadużycie napitków wysokowych sprowadza częstokroć wyprysk, który ze szczególnem zamiłowaniem golenie na siedzibę

swą obiera. W Busku spotykam się dosyć często z podobnymi przypadkami. Jeżeli wyprysk taki trwa długo zamienia się on zwykle na wyprysk czerwony, który z przyczyny zupełnej utraty naskórka w miejscach chorobą zajętych powstaje. Często wytwarzają się także w skutek wyprysku obszerne wrzody gołeni, nie zbyt pomyślnem rokowaniem co do uleczenia zupełnego się pocieszające.

Wypryski więc wody wyskokowej (*sil venia verbo!*) kwalifikują się szczególnie do źródła buskiego; raz z przyczyny istotnej skuteczności źródła w wypryskach, a powtóre z przyczyny łatwości utrzymania chorych na bezwzględnej diecie.

Przypadek trzeci, zapisany w protokóle pod Nr 52, zbliża się bardzo do przypadku pierwszego.

Chory tutaj się odnoszący, 50-letni obywatel z gubernii lubelskiej, cierpiał od kilkunastu lat na wyprysk po całym ciele rozrzucony, który dokuczając mu to paleniem, to znowu swędzeniem, z granic cierpliwości go wyprowadzał.

Leczenie domowe sprowadzało mu chwilowe tylko ulgi. Chory korzystał ze źródła buskiego w r. 1870 i powtórnice w roku zeszłym, w którym o zupełnem jego uleczeniu się przekonać się mogłem.

W r. 1870 trwało leczenie zdrojowe sześć tygodni, w którym to czasie choroba skórna do zupełnego zaniku doprowadzoną została. Mając jednak przed oczami przypadki powrotne, zaleciłem choremu w każdym razie powtórzenie leczenia zdrojowego w roku następnym.

W zeszłym więc roku przybył chory powtórnice do źródła naszego. Z dawnej choroby nie znalazłem ani śladu. Ograniczywszy obecnie leczenie tylko do czterech tygodni, w czasie których z kąpieli i picia wody buskiej korzystał, opuścił chory zakład nasz w zupełnem zdrowiu.

Łuszcz bywa w leczeniu zwykle bardzo upartym, a jednak wydarzają się i tak rok rocznie uleczenia, które przeważnie zdrojowi buskiemu przypisać należy.

W roku zeszłym zauważyłem dwa przypadki, w których uleczenie nie ulegało najmniejszej wątpliwości. O tych chcę tutaj w krótkości wspomnieć:

Obywatelka, około 60 lat mająca, z Warszawy, przybyła do źródła naszego z łuszczem po pierwszy raz w r. 1870. Choroba zajęła u niej przeważnie część głowy włosami pokrytą, okolice stawów łokciowych i kolanowych, lecz oprócz tego wysledzić można było pojedyncze miejsca chorobą zajęte na klatce piersiowej i żywocie.

Choroba trwała już kilkanaście lat, a różne leki wewnętrzne i zewnętrzne, z których znaczną ilość w czasie trwania choroby zużyła, nie odniosły pożądanego skutku.

W r. 1870 trwało leczenie zdrojowe sześć tygodni. W dwóch pierwszych tygodniach ograniczyło się leczenie li tylko do źródła, stosując go wewnątrz i zewnątrz. Postępowanie to przyniosło w następstwie zniknięcie łusek i zmięczenie miejsc skóry, w skutek wysięku, łuszczowi właściwego, stwardniałych. Następnie obok leczenia zdrojowego dodano okłady sublimatowe (gr. 3 sublimatu na uncję wody).

Leczenie to połączone wywarło skutek pomyślny. W miejscach łuszczeni pozostały tylko ślady czerwone, lśniące się, pochodzące od świeżo wytworzonego naskórka.

W roku zeszłym przybyła chora powtórnie. Z łuszczeni nie znalazłem obecnie ani śladu. Uleczenie można więc w tym przypadku nazwać trwałem, ponieważ w ciągu całego roku choroba się nie powróciła, a powtórnie, ponieważ w miejscach dawniej łuszczeniem zajętych, tak pod względem barwy, jakoteż i sprężystości znalazłem zupełnie prawidłową (Nr prot. 61).

Na protokóle 112 zawiera drugi przypadek łuszczeni uleczonego, który jednakże z przyczyny swój uporczywości i obszerności o wiele więcej jeszcze zajęcia budzi.

W r. 1868 przybyła do Buska 30-letnia obywatelka z gubernii warszawskiej. Będąc dobrą tuszycą i kwitnącego wyglądu, nie zdradzała na pierwszy rzut oka tej ciężkiej choroby skórnej, która ją od bardzo dawnego czasu fizycznie a więcej jeszcze może moralnie trapiła.

Łuszczeni zajął u niej całe prawie ciało, z szczęśliwym wyjątkiem twarzy, rąk i odkrytej części szyi. Osobliwie nagromadził się pomiędzy włosami głowy, nie mniej w okolicy sutków, łopatek, stawów łokciowych, kolanowych i na udach.

Leczenie prowadzone w domu przez zdolnego lekarza, wyczerpującego całą metodę H e b r y, nie wyjmując i arszeniku, miało w następstwie chwilowe tylko ulgi, które wkrótce zupełnie zniknęły.

Z początku leczenia w r. 1868 stosowałem w Busku wszystkie środki zdrojowe, do których należały: picie wody, kąpiele mineralne, mułowe i parowe, okłady z wody buskiej i lugu. Za pomocą tych doprowadziłem w przeciągu trzech tygodni chorą do niejakiego polepszenia, albowiem łuski nie wytrzymały się już więcej. Zmiana ta nastąpiła nawet na głowie, gdzie z przyczyny gęstych włosów najmniej się tego spodziewałem. Skóra straciła także w tym czasie wiele ze swój pergaminowój twardości, która w łuszczeni najczęściej będąc powodem pęknięcia skóry, nie jedną dolegliwość cierpiącym sprawia.

W dalszym ciągu leczenia zdrojowego byłem zmuszonym uciec się do okładów sublimatowych, gdyż źródło buskie sam przez się okazał się niedostatecznym do wywołania zmian więcej stanowczych. Okłady te, chociaż bolesne, wywierają niezaprzeczoną wpływ na zboczenia, łuszczeniem w skórze samej sprawione. Po kilku dniach znika zwykle twardość a naskórek poczyna prawidłowo odrastać.

Oklady sublimatowe okazały się i w naszym przypadku skuteczne. Skóra nabierała coraz więcej sprężystości, którą jeszcze za pomocą tłustych namaszczeń, uskutecznianych na noc, wspieraliśmy.

W ten sposób prowadzone leczenie przez następne 3 tygodnie po upływie których, gdy chora mocno się niecierpliwiła, nie widząc do tego czasu zupełnego zdrowia, znalazłem się zmuszonym w zamiarze przyspieszenia oczekiwanego skutku, zastosować także do wewnątrz arszenik. W czasie następnych dwóch tygodni znikł łuszczeni zupełnie, dzięki tak skomplikowanemu postępowaniu.

Chora opuściła więc w r. 1868 zakład nasz prawie zupełnie zdrowa. Wiedząc jednak, że łuszczyzno nawet po zupełnym ustąpieniu z wielką łatwością powroty robi, nie ogłaszałem natenczas tego przypadku.

W roku zeszłym przybyła chora powtórnie. W przeciągu trzech lat ostatnich była ona od łuszczyzny zupełnie wolna. Nowe objawy i to zbyt skąpe, okazały się tylko około stawów łokciowych w czasie ostatniej wiosny.

Łuszczyzno ten ograniczony ustąpił szybko w skutek leczenia zdrojowego, z dodatkiem okładów sublimatowych. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Rany wielkich tętnic. Tętniaki traumatyczne. Krwotoki wtórne. Krwotoki po podwiązaniach. Wytwarzanie skrzepu i zaleczanie ran tętnic przez zakrzep. Usiłowania w celu uczynienia podwizań w ciągłości (*in continuitate*) tętnic dokonanych mniej szkodliwymi i sposoby zamykania światła tętnic, zastępujące podwiązki (*ligatura*).

Streszczenie listów chirurgicznych prof. B i l l r o t h'a z lazaretów polowych w Mannheimie (*Chirurgische Briefe aus den Feldlazarethen in Mannheim. Berlin, Hirschwald, 1872*).

Podał Dr Kazimierz Gurbski.

O bezpośrednich następstwach obrażeń wielkich naczyń krwionośnych, o obfitych krwotokach na polu bitwy mówi autor tyle co i inni chirurgowie wojenni. Dawniej fakta te objaśniano sobie tak, że podobni ranni tak szybko tracą krew, iż każda pomoc jest za późną. Przy ranach jednak kończyn i miednicy mamy często sposobność przekonania się, jak tętnice usuwają się przebiegającym kulom i jak często takowe mogą przechodzić w bliskości tętnic, nie obraziwszy naczyń; zdaje się więc prawdopodobnem, że rany wielkich tętnic we wnętrzu jam ciała nie tak często się wydarzają, jakbyśmy to *a priori* sądzić mogli. Mnożą się postrzeżenia wykazujące, że nawet takie tętnice jak aorta mogą być przeszzyte jednym z nowożytnych pocisków nie krwiąc następnie. W Karlsruhe wypadek na razie nieprawdopodobny stwierdzonym był przy otwarciu zwłok—z aorty pociskiem przebitej dopiero w kilka dni po obrażeniu powstał krwotok: chory z dziurą w aoreie wytrzymał przewiezienie bez pojawienia się krwotu z Wörth do Karlsruhe. Sam autor obserwował trzy wypadki, w których przy ranach postrzałowych t. biodrowej zewnętrznej i udowej nie było krwotoków.

Drugą kategorię wypadków stanowią te, w których po obrażeniu tętnic tworzą się tętniaki i traumatyczne, prowadzące wcześniej czy później do krwotoków. Trzy podobne wypadki tętniaków wrzekomych widział autor i operował je według metody Antyllusa.

Najważniejszy i najtrudniejszy rozdział w całej chirurgii wojennej stanowią krwotoki następujące, do rzędu których nie zaliczają się krwotoki z ziarniny jakie powstają przy opatrunku. Chodzi tutaj głównie o krwotoki tętnicze, które manifestują się sposobem ukazywania i barwą krwi, przy krwotokach z ran klatki piersiowej nie można widzieć dokładnie z jakiej krew przechodzi. Rany wielkich żył mogą dać także powód do obfitych krwotoków. Z pomiędzy 132 rannych pod Weissenburgiem obserwował autor tylko 16 razy obfite krwotoki następcze (za tem 17,7⁰/₁₀). Z tych 16 chorych, u których pojawił się krwotok o którym mowa, zmarło 13, wyzdrowiało 3. Po dorachowaniu wszystkich wypadków krwotoków następczych, które autor obserwował w Mannheimie, liczba ich wynosi 27, w 22 (81,4⁰/₁₀) zejście było śmiertelne, tylko w 5 pomysłne. Liczby te nadto dobrze wykazują groźne niebezpieczeństwo krwotoków wtórnych przy ranach postrzałowych. Owe 16 krwotoków u rannych z pod Weissenburga przywiezionych ukazały się: 2 razy z ran szyi, 2 z ran klatki piersiowej, 6 przy strzaskaniach uda, raz po odjęciu uda, raz z rany kolana, 3 razy przy złamaniach postrzałowych goleni, 1 raz przy ranie stopy

Krwotoki te pokazywały się:

Raz 4 dnia po zranieniu (rana postrzałowa klatki piersiowej), raz w 5 dniu po zranieniu (rana goleń), raz w 7 dniu (odjęcie uda), 2 razy w 10 dni po zranieniu (rana szyi), raz w 11 dni (rana goleń), raz w 12 dni po obrażeniu (rana postrzałowa klatki i stopy), raz w 13 dni (rana uda), 2 razy w 14 dni (rany szyi i goleń), raz w 15 dni (rana uda), raz w 18 dni (rana uda), raz w 19 dni (rana kolana), raz w 24 dni po zranieniu (rana uda), raz na 27 dzień po zranieniu (rana postrzałowa uda).

W 3 wypadkach użyto nacisku i tamponowania (rana postrzałowa szyi, goleń i stopy); w 2 (rany klatki) założono szew. Wszystkie 5 wypadków zakończyły się śmiercią. U 11 pozostałych rannych wykonano podwiązanie: raz podwiązano tętnicę podobojczykową (śmierć), 5 razy tętnicę udową przy m. krawieckim (2 wypadki wyzdrowienia, 3 śmierci), 5 razy podwiązano t. biodrową zewnętrzną (1 zejście pomyślne, 3 śmiertelne).

W tych 11 wypadkach 3 razy tylko było zejście śmiertelne z powodu podwiązania: 1 z powodu zgorzeli, 2 w skutku krwotoków z podwiązanej tętnicy; w pozostałych wypadkach śmierć nastąpiła wcześniej lub później po podwiązaniu z powodu ropnicy.

Na pytanie jakim sposobem powstają groźne krwotoki wtórne przy ranach postrzałowych można tylko odpowiedzieć: z otworu naczynia, w skutku obrażenia powstałego, który następnie przez pewien czas był zamknięty, lub z nowo utworzonego otworu w czasie sprawy ropienia. Pierwsza z tych dwóch przyczyn krwotoków jest wedle autora częstszą. Kula trafia tętnicę i zabiera mniej lub więcej ze sobą substancji ściany naczynia; cząstki tkanek, na powierzchni wewnętrznej kanału postrzałowego leżące, splatają się (podobnie jak przy odgniataniu) tak ze sobą, że krew nie może się wylewać na zewnątrz. Rany tętnic i żył same przez się nie prowadzą zaraz do rozległego krzepnięcia krwi. Jeżeli cząstki kanału postrzałowego, zamykające otwór, nie ulegają zgorzeli i nie wydzielają się przy ropieniu, wtedy otwór naczynia pozostaje zamkniętym i zaleca się; zachodzi teraz tylko pytanie, czy blizna jest dosyć silną, aby się oprzeć późniejszemu wytwarzaniu tętniaków, w razie jeśli później tętnica w miejscu zranionem będzie mniej lub więcej przenikliwa. Taki pomyślny wypadek szybkiego zabliznienia kanału postrzałowego *per primam* jest bardzo rzadki a nawet wątpliwy. Jeżeli w czasie, w którym otwór naczynia zaklejony jest tylko przez skrzep, ma miejsce rozdarcie rany w skutku ruchu lub mechanicznych czynników jakiegokolwiek rodzaju, wtedy koniecznie krwotok musi nastąpić. Krwotok również się pojawi, gdy skrzep podpadnie ropnemu zmięknieniu, a wzajemnie ze sobą posplatane włókienka tkanki zgorzeli. Krwotok wśród tych stosunków wtedy tylko nie miałby miejsca, gdyby naczynie przy pomocy swych włókien mięśniowych okrężnych mogło się skurczyć i w tym stanie przez pewien czas pozostawać, co nawet w mniejszych tętnicach jest możebnem, lub gdyby światło naczynia w miejscu zranionem było zamkniętym przez silny skrzep; skrzep taki bardzo łatwo mógłby się osadzić na chropowatości powstałej przy jednostronnem zranieniu ściany naczyniowej i z czasem z zakrzepu ściennego (*thrombus parietalis*) mógłby powstać zakrzep zupełnie zamykający światło naczynia (*thrombus obturatorius*). Czy taki zakrzep trwale chroni od krwotoku, to znowu zależy od jego sily i dalszego przebiegu rany, mianowicie od natężenia ropienia w okolicy naczynia, od życiowej energii zranionej tkanki. Zakrzep w większej jednak liczbie wypadków jest tylko utworem przechodnim, który znika wcześniej lub później, bądź na skutek rozpadu drobinowego, bądź też w skutek wessania. Jeżeli zakrzep zachowuje tak długo swą siłę i spoistość z wewnętrzną ścianą naczyniową, dopóki nie nastąpi zabliznienie rany od strony tętnicy, wtedy samo się przez się rozumie krwotok się nie pojawi.

Drugą przyczyną krwotoków wtórnych jest utworzenie się otworu w ścianie naczyniowej w czasie przebiegu sprawy ropienia. Otwór ten w rozmaity może powstać sposób. 1) Ściana naczyniowa jest zgnieciona przez uderzenie pocisku częściowo zmartwiała nie będąc rozdarta; strup oddziela się przy ropieniu i tym sposobem powstaje otwór. 2) Odłamek kosi lub ostry brzeg pocisku leży tuż przy tętnicy, przy tętnieniu takowej odbywa się ciągle tarcie pocisku o ścianę naczynia a w skutku tego powstaje owrzodzenie a następnie i otwór. 3) Ropienie z niewiadomych przyczyn może przybrać cechę złośliwą, nacieczona ściana naczyniowa mięknie i rozpada się. We wszystkich trzech wypadkach krwotok może nie nastąpić przy obecności zakrzepu w naczyniu.

Jak widzimy bardzo jest dużo przyczyn do powstawania krwotoków wtórnych przy ranach postrzałowych, niektóre z nich dadzą się udowodnić poszukiwaniami anatomicznemi, inne pośrednio tylko sprawdzonemi być mogą. Czas w którym te krwotoki wtórne się ukazywały nie rozciągał się na pewną liczbę tygodni; bezwątpienia jednak tydzień, drugi, trzeci

i czwarty są najniebezpieczniejszymi, chociaż i w pierwszym tygodniu krwotoków nie brakowało, jak się o tem z zestawienia powyżej podanego przekonać łatwo można. O częstości przyczyn odnośnie do czasu występowania tych późnych krwotoków nie można wedle autora wyrzec nie stanowczego.

W jakiż więc sposób można krwotoki te najpewniej i najtrwalej tamować? Jestto pytanie najważniejsze. Do tego co zalecają przy krwotokach następczych organów wewnętrznych, autor nie dodać nie może; większa część tutaj używanych środków przyczynia się bardzo słabo do wytworzenia silnego zakrzepu.

„Zwracać będziemy głównie uwagę na kończyny w tem o czem niżej będzie mowa. Dawniej najeczęściej używano środków ściągających, nacisku, nacisku głównego pnia tętniczego. W większej liczbie wypadków krwotoki połączone były ze złamaniami, najniebezpieczniejszymi na szyi; że na rany takie bezskutecznie starano się stosować środki ściągające jak półtorochlorek żelaza, o tem wiadomo. Jeżeli mamy zwyczajny otwór postrzałowy prowadzący do jamy wypełnionej jeszcze ostrymi cząstkami kości, w takim razie półtorochlorek żelaza nie może mieć nadziei powodzenia; wkraplanie rzezonego środka do jamy skrzepami kości wypełnionej na nie by się nie przedało, trzeba by wprost szarpieć nim napojone przyłożyć do krwawiącego miejsca. Że zakrzep utworzony sztucznie przy pomocy tego środka, może się kiedy zorganizować, o tem powątpiewam. Jeżeliby się rzeczywiście udało półtorochlorokiem żelaza zatamować krwotok z wielkiej tętnicy, to w każdym razie trwałość tego działania jest jeszcze wątpliwa. Miejscowego nacisku długo stosować nie można, w obec bowiem silnego kolistego nacisku musi nastąpić zaburzenie w krążeniu, zagrożające życiu kończyny. Najodpowiedniejszym postępowaniem, gdzie takowe jest możebnem, zdaje się być bezwątpienia nacisk paleowy głównego pnia tętniczego. Nacisk paleowy tętnicy podobojęzykowej i szyjowej nie długo bywa znoszonym przez chorych, dłużej tętnicy udowej i ramieniowej. W wypadkach w których ten sposób był stosowany nie przynosił trwałego rezultatu, chociaż muszę nadmienić, że nacisk trwał dotąd, dopóki po jego zaprzestaniu krwotok się nie pojawił, najdłużej więc trwał godzinę, w odstępach jednak 24 lub 48 godzinnych znówu był stosowany. Czy wpływ byłby długotrwałym, gdyby nacisk paleowy po pierwszym i drugim krwotoku przez kilka dni i noc był stosowany, tego z pewnością powiedzieć nie umiem. W ogóle praktyka wojenna nie nadaje się do długiego śledzenia wpływu długotrwałego nacisku, gdyż ręk do tego potrzebnych, których niewiele w szpitalach cywilnych, prawie nie dostaje w szpitalach polowych. Zdaje się, że w tej kampanii postrzeżenia o których mowa nie bardzo się pomnożyły; byłoby jednak bardzo ważnem, gdyby wszyscy koleżki ten sposób postępowania stosujący, postrzeżenia swe ogłosili. Nadzwyczajne prawie skutki tego sposobu, które przy tętniakach widzimy, pokazują bezwątpienia, że wśród pewnych bliżej nie dających się oznaczyć stosunków przy długo trwającym nacisku paleowym może się utworzyć trwały i twardy zakrzep. Czy w ten sposób utworzony zakrzep we wszystkich wypadkach byłby stałym stykając się z ropiejącą raną, to jest rzeczywiście pytanie! Rozumie się pytanie to nie może być na razie rozstrzygniętem, lecz tylko przy pomocy licznych postrzeżeń.

„Najpierwszą i najwłaściwszą czynnością chirurgiczną a anatomicznie racjonalną jest wyszukanie i następnie podwiązanie krwawiącego naczynia. Ten sposób postępowania stosowałem przy tętniakach traumatycznych tętnicy udowej bez złamań kości trzy razy i raz przy ranie postrzałowej grzbietu. Pewne upodobanie do operowania tętniaków wrzeczonych metodą *Antyllusa* dostało mi się w spadku po moim nauczycielu *Langenbeck'u*. W 2 wypadkach operacja się udała, w jednym zaś nie, ponieważ tętnica o ile mogła być osiągniętą tak była miękka, że ją każda podwiązka przecinała; ponieważ w tym wypadku podwiązanie tętnicy poniżej więza *Pouparta* nie dawało mi dostatecznej rękojmi, a krwotok przy ucisku tętnicy nie ustawał, zatem podwiązałem t. biodrową zewnętrzną i krwotok został zatamowany.

W wielu jednak razach wyszukanie krwawiącego naczynia jest bardzo trudnem, chirurg musi uciekać się do licznych nacięć i nim zdąży podwiązać krwawiącą tętnicę, chory bardzo dużo krwi traci, nie tylko z pierwotnie obrażonego naczynia ale i z naczyń poranionych przy wykonaniu nacięć w celu wyszukania krwawiącej tętnicy. Ztałto *Stromayer*, *Beck* i inni radzą jak najwcześniejsze podwiązanie wielkich pni naczyniowych. Wielu bardzo lekarzy nie skłania się do podwiązywania wielkich naczyń w ciągłości z dwóch względów: 1) że zwykle nie przyczynia się ono do zupełnego zatamowania krwotoku, 2) i że w miejscach podwiązania pojawiają się nowe krwotoki. Punkt pierwszy wedle postrzeżeń *Bill-*

roth'a zupełnie jest fałszywy, drugi do pewnego stopnia uzasadniony. Billroth dawniej sobie wyobrażał, że podwiązka ta później odpada, im grubsze jest naczynie, pojęcie takowe nieco ontologizmem nacechowane runęło przy dokładniejszych poszukiwaniach. Często bowiem podwiązka wywołuje modyfikację naczyń, a zakrzep nie jest dostatecznie silny, by zdołał przeszkodzić wypływowi krwi. Petiz i Morand sądzili, że zakrzep rzeczywiście może wpłynąć na zatamowanie krwotoku, Ponteau, Jones, John Bell, Stilling przyjmowali głównie zrosnięcie ściany naczyniowej. Badania histologiczne Zwick'yego, Virchow'a, Webera, Rindfleischa, Babuoff'a i Koehle'sa ukazały na nowo wielkie znaczenie zakrzepu w sprawie o której mowa, znaczenie, które w ostatnich czasach przez prace Tsch'a u s o r f f a i R o s e r'a zachwiane zostało. Billroth powiada, że sam mógł wielokrotnie przekonać się o organizacyi zakrzepu, uważa go jednak tylko za twór przechodni, gdyż on następnie niśnie, a tętnicę znajdujemy stożkowato zakończoną.

„Najważniejszem odnośnie do pytania, czy zakrzep jest jedynym i ostatecznym środkiem tamującym krwotok, zdaje się być rezultat poszukiwania w takich wypadkach, w których osobniki umierają z nieoddzieloną jeszcze podwiązką. Zwrócę tu tylko uwagę na te wypadki, które sam spostrzegalem; w wypadku podwójnego podwiązania t. szyjowej (w Zurich) w 14 dni po podwiązaniu (podwiązka w dniu śmierci odeszła bez krwotoków) znalazłem po prawej w tętnicy zakrzep przeszło 2 cale długi, silny, przytykający dokładnie do ściany naczyniowej; sięgał on ku dołowi aż do t. bezimiennej, ku górze do t. szyjowej zewnętrznej i wewnętrznej, tutaj jednak konsystencya jego była mniej silna jak w dolnej części. Po lewej stronie, gdzie podwiązanie wykonano na 48 godzin przed śmiercią po otwarciu tętnicy nie było w niej skrzepu poniżej i powyżej podwiązki, nawet błona wewnętrzna nie była rozerwaną, ściana jednak naczynia była tak silnie pofaladowaną, że było ono bezwątpienia nieprzenikliwem. Posiadałem w zbiorze chirurgicznym w Zurichu jedną t. szyjową z zakrzepem po podwiązaniu, długość jego wynosiła zaledwie trzy linie. W wypadkach podwiązania jakie teraz wykonywałem zakrzep przy podwiązaniu t. biodrowej był bardzo mały, przy podwiązaniu t. biodrowej zewnętrznej na siedm dni przed śmiercią, długość górnego i dolnego zakrzepu wynosiła od 3—4 linii. Niejednokrotnie postrzegalem, że zakrzep był krótki, miękki lub weale go nie dostawało. Odnośnie do częstosci wytwarzania się zakrzepów po podwiązaniu wielkich tętnic u zwierząt mamy znaczną liczbę postrzeżeń P o r t a'y, w 250 wypadkach, w których tętnice badane były w kilka dni po podwiązaniu nie znalazł 35 razy żadnego zakrzepu. Ponieważ P o r t a kładzie wielki nacisk na wytwarzanie się zakrzepu, zatem zdaje się przyjmować, że we wszystkich tych wypadkach w których takowy by się nie wytworzył musiałby się pojawić krwotok. Wypada więc 14⁰/₀ krwotoków następczych u zwierząt, a według tegoż samego autora 12⁰/₀ krwotoków po podwiązaniach u ludzi, liczby te bardzo blisko stoją obok siebie. Powątpiewam jednak w słusznosc obrachowań P o r t a'y; stąd nie przykładam tak wielkiej wagi do znacznego zbliżenia liczb o których wyżej była mowa. Opierając się na moich postrzeżeniach wnoszę, że r a n y n a c z y n i ń m o g ą s i ę z a l e c z a ć n a w e t b e z u t w o r z e n i a z a k r z e p u. Ze zakrzep nie zawsze, jakby to się zdawało, sięga do najbliższej gałęzi obocznej, o tem wszyscy przekonaliśmy się przy otwieraniu zwłok. Weale jednak nieprzyjemne sprawia zdziwienie ten fakt, że są wypadki, w których po jednym a nawet po kilku dniach zakrzep weale się nie wytworzył.

„O d c z e g o z t o w i ę c z a l e ż y, z e z a k r z e p n i e z a w s z e s i ę w y t w a r z a? Na pytanie to odpowiedzieć niezbyt trudno, lecz dotąd na niego odpowiedzieć nie będziemy w możności, dopóki nie będziemy dokładniej znali praw krzepnięcia krwi. W ogóle przyjmują, że do powstawania zakrzepów w przyrządzie naczyniowym przyczynia się zwolnienie prądu krwi, że skrzep bezpośrednio się wytwarza po wprowadzeniu ciała obcych. Ile popularnemi stały się te poglądy przez prace V i r c h o w'a, ile każdy z lekarzy używa wyrażen: zakrzep zamorowy, zatykający, ścienny, zator, etc., to jednak wszystko to nie przyczynia się do objaśnienia zjawiska krzepnięcia krwi. W klasycznej w tym przedmiocie pracy B r ö c k e'go znajdujemy dowody, że sam przez się spokój krwi w żyjącym naczyniu nie pociąga za sobą jej krzepnięcia, tem mniej więc nie może mieć wpływu w mowie będącego zwolniony krwiobieg. W zatokach żylnych, w wielu żyłkach (*varices*), w wielu tworach jamistych krew bardzo wolno się porusza, a chociaż tu i owdzie tworzą się w nich małe skrzepki bez szczególnych przyczyn, to w każdym razie do wytworzenia rozleglejszego skrzepu potrzeba zwykle zapalnego bodźca. B r ü c k e żywej ścianie naczynia przypisuje wpływ niedozwolenia krzepnięcia krwi, w końcu części

pierwszej swej pracy (*Virchow's Archiv Bd XII, pp. 100*); i zdaje mi, iż jasno wykazałem, że krew w ciele zwierząt zimnokrwistych utrzymywana jest w stanie płynnym przez wpływ ścian serec i naczyń, a skoro tylko na zewnątrz wypływa, krzepnie, będąc pozbawioną wpływu o którym mowa. „Dalej dowiódł *Brücke*, że stosunki te odnoszą się także i do zwierząt ciepłokrwistych, nie polegają one na szczególnem obojętnem zachowaniu się ścian, lecz że naczynia posiadają własność wprost przeciwdziałającą krzepnieniu. Na czem ta własność polega, tego *Brücke* nie tłumaczy. Poglądowi *Riehardsona*, jakoby krew dlatego ciągle była płynną że zawiera amoniak, wielokrotnie zaprzeczano; wspomnę tu np. pracę *Listera* (*Edinburg Med. Journal, 1858 April, 1859 December*). Ciekawe poszukiwania *Alex. Schmidta* w Dorpacie a bardzo ważne ze względu na poznanie istoty włókniaka, jednak pozbawione są dotąd praktycznego zastosowania.

„Z twierdzenia, jakoby spokój krwi sam przez się krzepnienie wywoływał, wywiązał się pogląd stosunkom anatomicznym odpowiedni, że zakrzep po podwiązaniu rozciąga się do najbliższej gałęzi obocznej; liczne postrzeżenia odmawiają temu poglądowi być prawem, a co więcej sam ten pogląd uważanym być może za niesłuszny. Prawdopodobnie warunkiem prawidłowego życia ściany naczyniowej jest przepływanie po niej bezustannie nowej krwi. Jeżeli ten warunek ustaje, wtedy traci ona własność utrzymywania krwi w stanie płynnym; spokój zatem krwi w naczyniu przyczyniałby się tylko pośrednio do jej krzepnienia, przytem zaś jest możebnem, że w obec nawet spokoju krwi naczynie wśród pewnych okoliczności może zachować krócej albo dłużej lub zupełnie swe własności życiowe, a ztąd nie przyjdzie do wytworzenia zakrzepu, jak to widzieliśmy w kilku wyżej przytoczonych wypadkach. Najważniejszym momentem przy podwiązaniu naczyń jest wpływ podwiązki na ścianę naczynia i odsłonięcie takowego. Czy podwiązka otacza tak tylko naczynie, że w nim krwobieg pozostaje zwolnionym lub zaciska go do tego stopnia, że błona wewnętrzna pęknie, to w jednym i drugim wypadku założenie podwiązki, albo modyfikuje lub też w zupełności znosi czynność życiową ściany naczynia. Zaburzenie rozciągnię się chociaż na najbliższe otoczenie, a gdybyśmy ów zakres zaburzonych czynności ściany naczynia nawet bardzo małym sobie wyobrazili, to w każdym razie zakrzep musi znowu powstać, czy zaś w wypadkach, w których go nie widzieliśmy, zupełnie go nie dostało, lub czy tylko był tak małym, że dopiero lupa lub drobnowidz mógł go wykazać, tego rozstrzygnąć nie jestem w stanie. Osobniki, u których w jeden lub w dwa dni po operacji zakrzepu nie znalazłem, byli już bardzo anemiczni, lub też cierpieli bądź na posocznicę, bądź na ropnicę, jakim jednak sposobem sprawy te mogłyby oddziaływać na wpływ ścian naczyniowych, jestto niezrozumiałem. Powiadają, że szczególnie łatwo krew krzepnie u osobników anemicznych, ropnicę przypisywano także wpływ wywoływania szybkiego krzepnienia—a jednak w obec istnienia tych warunków nie było zakrzepu. Nie umiem tego objaśnić; zdaje mi się jakbysmy jeszcze ciągle bez przerwy domagaliśmy się tych spraw z zawiązanemi oczami. Odnośnie do stosunków jaki istnieje pomiędzy żyłami i naczyniami włosowatemi do zapalenia zdaje mi się, że na zasadzie pokrycia wychodzenia komórek z takowych i wnikanie komórek do zakrzepu przez naczynia (*Babouff*) o tyle postąpiliśmy, ile z tego możemy wnosić, że sprawy te muszą być połączone z pewnym stanem zmięknienia ścian naczyniowych; w tym stanie patologicznym ściany naczyń mogą stracić zdolność utrzymywania krwi w stanie płynnym. Niestety warunki te nie mogą być zastosowane do wytwarzania zakrzepu w tętnicach, gdyż nie zauważono u nich ani wychodzenia, ani wchodzenia komórek.

„Z tego wszystkiego się pokazuje, jak małe są nasze wiadomości o tych niby pozornie już zbadanych rzeczach. Możemy jednak z tych postrzeżeń wyciągnąć rezultat praktyczny, chociaż tylko ujemny. Z d a j e s i ę m i a n o w i e c i e, że ani przez wybór miejsca podwiązania, ani przez inne okoliczności, któremi w czasie operacji rozporządzamy nie jesteśmy w stanie wywrzeć stałego wpływu na wytworzenie zakrzepu w ogóle a tém mniej na jego rozległość, gdyż wpływ wszystkich warunków bliżej rozpatrzony, dawniej za niezawodzący uważany, dzisiaj okazał się tylko przechodnio pomocnym.”

Jones a później *Kocher* (w pracy o akupressurze) wykazali już praktyczne znaczenie rozerwania błony wewnętrznej tętnic przy wytwarzaniu zakrzepu. Postrzeżenia po akupressurze jak i po podwiązaniu dowodzą, jak często wpływ ten jest nieznacznym na krzepnienie krwi i że zakrzepy widziane bądź przy pomocy lupy lub drobnowidza nie dają żadnej rękojmi, że krwotok się nie pojawi. *Jones* i *Kocher* zwracali uwagę więcej na wpływ mechaniczny, podczas gdy *Brücke* kładzie widocznie nacisk na własności

chemiczne, skoro mówi o wpływie żyjącej błony wewnętrznej na krew. Jeżeli K o e h e r jako ostateczny wynik swych poszukiwań podaje, że zamknięcie światła tętnicy odbywa się za pośrednictwem zakrzepu a nie przez bezpośrednie zrośnięcie powierzchni wewnętrznej, to pod względem histologicznym ma słuszość, nie znaczy to jednak wiele, żeby krwotok po podwiązaniu lub akupressurze miał być czasowo i ostatecznie zatamowanym.

(Dalszy ciąg nastąpi).

STATYSTYKA LEKARSKA.

Obraz ruchu i postępu c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1871.

Skreślił Dr Zieleniewski, lekarz rządowy c. k. zakładu zdroj. w Krynicy.

Wśród tylu dowodów interesowania się i współczucia dla zdrojowisk krajowych, jakie okazują: nie tylko najwyższe Władze Rządowe i autonomiczne, jakie dla nich żywią, nie tylko z powołania swego ku temu przynagleni lekarze i badacze natury, ale jakich dostarcza prasa publiczna, a nawet niemal cała nasza światlejsza publiczność, każdy literacki przyczynek o naszych zdrojowiskach, skierowany ku poznaniu ich obecnego stanu i ich rozwoju, a jeszcze więcej ku zbadaniu i zaradzeniu ich potrzebom, nie może być obojętnym dla myślących i kraj swój miłujących obywateli. Z tego to powodu i dołoczne sprawozdania z zakładów zdrojowych, przedstawiające nie tylko statystykę ruchu w zdrojowisku, ale będące obrazem jego kolejnego rozwoju, tudzież pouczające o skutkach z użycia jego wód u chorych osiągniętych, a jednocześnie świadczące o usiłowaniach zarządu zdrojowego, jak się wywiązał ze swych obowiązków: względem takowe mu powierzającego, względem umiejętności i względem publiczności całej, mają i mieć muszą wielostronną swoją ważność i znaczenie.

Takimi myślami przejęty, przystępuję do piętnastego z kolei zdania sprawy z ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy, jaki w świeżo ubiegłym roku (1871) tutaj się objawiał.

Jakim był tenże uważany jako jednoroczny okres, tudzież w porównaniu z innymi latami? a jakim był przez ten czas rozwój naszego zakładu? czyli odpowiedział rozlicznym oczekiwaniom? czyli ziszcil wielorakie nadzieje? czyli zadowolil Władze? czyli wzbogacił doświadczeniem naukę lekarską? i czyli przyniósł publiczności spodziewane korzyści pod względem: humanitarnym, medycznym i ekonomiczno-politycznym? których wszystkie zakłady zdrojowe pod karą przeniewierzenia się rzetelnemu ich przeznaczeniu, dopełnić winny, o tem bezstronny osądzi, rozważając spełnione w roku ubiegłym same czyny, a śledząc ich przyczynę i ich następstwa.

Występując z niniejszem sprawozdaniem przed sąd publicznej opinii, daję świadectwo nie tylko wielkiej opieki i szczerobliwej wspaniałomyślności, jakiej zakład zdrojowy w Krynicy ze strony Władz Rządowych doznaje, ale zarazem jawnie okazuję dowody współczucia, jakiego Krynica od publiczności doświadcza, a nakoniec obudzam przekonanie, ażali tutejszy zakład zdrojowy i w roku 1871 wywiązał się ze swego zadania: darząc zdrowiem pojedyncze osoby, szczęściem rodziny, a przyczyniając się do pomysłności ukochanego kraju naszego.

Przystępuję zatem do szczegółów.

I. W roku 1871 bawilo u źródeł mineralnych w czasie pory zdrojowej w Krynicy zameldowanych 800 rodzin, składających się z 1,740 osób. Doliczywszy do tego tak zwanych przejezdnych (*passanten*), bawiących zwykle krócej nad termin do ich zameldowania wymagany, których liczba przeszło 100 osób wynosiła, okazuje się, iż cała ilość osób 1871 roku przez lato w Krynicy przebywających 1840 przenosi.

II. Ile z powyższej liczby osób, bylo ogolem właściwych chorych t. j. mężczyzn, kobiet i dzieci obojęj płci, leczenia zdrojowego w Krynicy 1871 r. używających, nie możemy tutaj szczegółowo i leczebnie wykazać; albowiem oprócz niniejsze sprawozdanie podającego, zajmowali się praktyką lekarską podczas pory zdrojowej w Krynicy wielu innych pp. lekarzy jakoto: Dr B l a t t e i s, Dr Z d u Ń, Dr W a r m a n n, Dr Ś c i b o r o w s k i, Dr N i e s z k o w s k i i t. p. PP. Drowie B l a t t e i s i Z d u Ń wy-

łącznie dla praktyki lekarskiej w Krynicy przebywający proszeni byli przez Inspekcję zdrojową (pismem z dnia 16 lipca 1871. L. 317) o złożenie statystycznego wykazu chorych, w Krynicy podczas owej pory zdrojowej przez nich leczonych; ale p. Dr. Blatteis dotychczas nie udzielił powyższych wiadomości. Z tego przeto powodu ogólna liczba właściwych chorych, 1871 r. w Krynicy leczenia zdrojowego używających, sumarycznie podaną tu być nie może.

Jedynie tylko pp. Drowie Zdun i Seiborowski użyzyli mi spisu swych chorych, przez sprawozdawcę leczonych, okazuje się, iż w roku 1771 zasięgało rady lekarskiej u Dra Zieleniewskiego, Zdunia i Seiborowskiego razem chorych 798, t. j. mężczyzn 179, kobiet 537, dzieci obojey płci 82.

III. Z ogólnej liczby zameldowanych osób 1740 co do płci było: mężczyzn 522, kobiet 1218.

IV. Co do miejscowości z jakiej powyższe osoby pochodziły, było: a) z krajów monarchii węgro-austryackiej rodzin 503 czyli osób 1066, t. j. mężczyzn 329, kobiet 737; b) z zagranicy rodzin 297 czyli osób 674, t. j. mężczyzn 193, kobiet 481.

V. W szczególności zaś oboekrajowców było:

z Królestwa Polskiego kongresowego	244	rodzin	czyli	557	osób.
„ Litwy, Wołynia i Ukrainy	29	„	„	59	„
„ właściwego Cesarstwa Rossyjskiego	15	„	„	36	„
„ Księztwa Poznańskiego	4	„	„	12	„
„ Saxonii	2	„	„	5	„
„ Mołdowłoszczyzny	2	„	„	3	„
„ Turcyi	1	„	„	2	„

VI. Jak po inne lata tak i w roku 1871 ogłaszano drukiem co dwa tygodnie listę gości zdrojowych. Pięc tego rodzaju list stanowi historyczny materiał do statystyki tu-tejszego zakładu, a zarazem służy za autentyczny dowód, iż wszelkiego stanu osoby, nawet z bardzo odległych stron świata, szukały tamtego roku poratowania swego zdrowia w Krynicy. (Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Strychnina w durzycy. Dr Davis radzi użycie strychniny w durzycy w późniejszym jej przebiegu, gdy siła serca i mięśni zwieraczy słabnie. W obec biegunek autor łączy strychninę z makowcem. *Rp. Strychnia. 0,06, Acid. nitrici 4,0, Tinct. Opii 12,0, Aq. dest. 90,0.* Roztworu tego podaje się chorym co 4 godziny po lyżeczce od kawy, a w odstępach radzi D. podawanie emulsyi z olejku terpentynowego. (The med. record).

— Na posiedzeniu wydziału lekarskiego Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w dniu 16 (28) z. m., otrzymali naukowe stopnie lekarzy medycyny: pp. Andrzejewski Jan, Wiśniewski Karol, Wnorowski Antoni, Wnorowski Roman (*cum eximia laude*), Wysokiński Baltazar, Wojno Stanisław, Grossztern Wiktor (*cum eximia laude*), Heiman Teodor, Krasuski Kazimierz, Klink Edward, Kramsztyk Zygmunt (*cum eximia laude*), Kondratowicz Stanisław (*cum eximia laude*), Kuciński Leopold, Krotkie Józef, Ludkiewicz Feliks (*cum ex. laude*), Malicki Michał, Modrzewski Edmund, Morawiecki Adam, Narębski Józef, Nussbaum Henryk, Poznański Adolf, Perkalski Zygmunt, Piotrowski Józef (*cum eximia laude*), Przewoski Edward (*cum eximia laude*), Samborski Felicyan, Skiwniewski Józef, Stępnicki Teodor.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POSWIECONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Ze szpitala. Przez Dra Wygrzywalskiego (z Piotrkowa). (Ciąg dalszy). Sprawozdanie (XIV) z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w czasie pory kąpielowej 1871 r. Przez Dra Dymnickiego, lekarza zdrojowego w Busku. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. Rany wielkich tętnic i t. d. Streszczenie listów chirurgicznych prof. Billrotha. Podał Dr Kazimierz Garbowski. Statystyka lekarska. Obraz ruchu i postępu c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1871. Skreślił Dr Zieleniewski, lekarz rząd. c. k. zakładu zdroj. w Krynicy. Wiadomości bieżące. Strychnina w durzycy. Nowo kreowani lekarze medycyny. Dodatek. Balneologii ark. 5. Policyi Lekarskiej T. I ark. 27. Farmacyi T. III ark. 5. Patologii Ogólnej ark. 13. Dla PP. Prenumeratorów Chirurgii Heitzmann'a dołącza się ark. 37.

Ze szpitala.

Przez Dra Wygrzywalskiego (z Piotrkowa).

(Ciąg dalszy *)

Wnicowanie kiszki (*intussusceptio*),—wyzdrowienie.

A. Sz., 50-letni wyrobnik, przybył 10 maja do szpitala. Od dni sześciu nie miał on wypróżnień stolcowych, pomimo poprzednio użytych silnych środków czyszczących (naparu senesu z solą gorzką, kalomelu w pełnej dawce). W ostatnich dniach pobytu w domu powstały gwałtowne bóleści w żywocie z częstymi wymiotami. Rysy twarzy jego były zmienione, język podsycający, tętno małe ściągnięte, 100 uderzeń na minutę, oddechów 36. Brzuch gazami nadzwyczaj wzdęty, wszędzie dający ton jawny, bębniasty, przy mocniejszym nacisku bolesny, przez wzdęte ściany brzuszne nie szczególnego wyczuć nie można. Wymioty częste, wyrzucone wymiotami płyny nie mają żadnego szczególnego zapachu.

*) Patrz Nr. 25 Gaz. Lek.

Zalecono bańki ciete, kąpiel, kataplazmy i jeszcze spróbowano dać parę pełnych dawek kalomelu, gdy te nie zrobiły wypróżnień, zaczęto podawać extr. bellad. w proszku.

Dnia następnego. Stan ten sam, wymioty raz tylko, czy dwa razy się pojawiły, wzdęcie kiszki wzrasta z silnemi boleściami, napadami przechodzącemi, przyczem stawianie się kiszki w duże kłęby widzieć można. Zarządzono obok wczorajszych środków spróbować wstrzykania wielkiej ilości wody zimnej przez odbytnicę; czego gdy dopełniono, po wypróżnieniu wielkiej ilości gazów (bez stolca) ściany brzuszne stały się nieco podatniejszymi i teraz można poniżej pępka w środku. (nieco jednak ku lewej stronie wyczuć i wypukać) w głębi twardość bolesną, podługowatą, około 4—5 cali długą, przy głębokiem westchnieniu opuszczającą się, również i palcami nieco się przesuwającą. Twardość ta przedstawiała najwyraźniej kształt jelita, czemś twardem wypełnionego. Zrobiliśmy więc prawdopodobne rozpoznanie na wnicowanie jelita cienkiego, przepowiadając, iż się nam niebawem silny krwotok kiszkowy pokaże żeby naszą diagnozę potwierdzić.

Dnia 12 maja. Wymioty ustały, stolców nie ma, bolesność brzucha mała, czkawka częsta, pragnienie mocne, gorączka, tętno 108, oddech 40; kawałki lodu do lękania, kataplazmy, wewnątrz *Tinct. opii* co 2 godz. po 12 kropel.

Dnia 13 maja. Stan zupełnie jak dnia poprzedniego. Następniej nocy chory w miejsce stolca oddał 5—6 uncyi czystej czerwonej krwi bez żadnej przymieszki kału płynnego lub stałego.

Dnia 14 maja. Bolesność brzucha, czkawka, język suchy, gorączka jak pierwiej. Twardość w kiszkach wyraźnie w tém samym miejscu wyczuć się daje. Chory znów 2—3 uncyi czerwonej krwi oddał. Rozkazano pilnować wypróżnień stolcowych i je w całości do obejrzenia zachować.

Dn. 15 maja. Chory poczuwszy w nocy napieranie na stolec, uradowany tym objawem nie zażądał żadnego naczynia, lecz spiesznie poszedł do wychodka przytykającego do sali i oddał najpierw wśród bólów stołem jeden wielki (jak powiadał) kawał a następnie nieco płynów. Koszula jego i prześcieradło były krwią czerwona (tętnicza?) mocno poplamione.

Dn. 16 maja. Było oprócz nocnego wypróżnienia stolcowego jeszcze dwa. Zawierały one wpółciekłą ląjnistą ciecz, znaczną ilość jasnej krwi, mnóstwo czarno-brunatnych strzępów i kawalków grubszych, jakby błoniasto rozplaszczonych. Gdyśmy nieco tych strzępków i błonek pod drobnowidzem położyli nie trudno było w nich poznać kawalki błony śluzowej i włókna gładkie mięśniowe kiszki. Oprócz tego mnóstwo śladów tkanek roślinnych z niestrawionych resztek pokarmów.

Dnia następnego stolec z krwią i nieco mniejszą przymieszką błoniastych płatków i podługnych strzępów. *Tinct. opii* zostaje dalej podawana, przy zaleceniu zachowania największej spokojności i unikania wszelkich poruszeń nawet i w łóżku.

Dn. 18 maja. Stolec nawpół z krwią jeden, twardości poniżej pępka ledwie ślad wykryć można. Język czysty, ciepota ciała prawidłowa, tętno 80.

Dn. 19 maja. Jeszcze około 2 uncyi krwi częścią skrzeplęją, częścią płynną w stoleu widzieć można było.

Odtąd powrót do zdrowia był szybki i chory szpital 30 maja opuścił.

Obecnie dowiaduje się, iż ten chory, (mieszkający ztąd 3 mile) w miesiącu październiku 1871 roku miał podobny napad, w skutek którego po kilku dniach choroby życie zakończył.

Wypadek ten zaznaczam jako uwagi godny z powodu uleczenia się samodzielnego intussuscepcyi kiszki. Nie jest to wprawdzie nadzwyczajność, ale jednak pewna rzadkość. Możliwość zarzucić, iż do obrazu zupełnego brakuje tutaj niektórych przypadłości, przedewszystkiem pojawienia się wymiot łajnistych i że przy 12-dniowym zaparciu stolca przypadłości nie były nadzwyczaj gwałtowne. Dla mnie jednak twardość obok pepka naśladująca kształt jelita cienkiego, poruszalna, bolesna, następny (przepowiedziany) krwotok z kiszki, a przedewszystkiem drobnowidzowe badanie, które w ciemno brunatnych płatkach i strzępach części zgorzelą dotkniętej i oddzielonej kiszki wykazało, są dostatecznym dowodem, że rozpoznanie nasze nie było mylnem, a lichiej i niedostatecznej usłudze szpitalnej winę przypisać należy, że całego *corpus delicti*, to jest większej partyi zgorzelą dotkniętej z pierwszym stolcem oddanej kiszki do oględzin nie dostaliśmy.

P e s t k a ś l i w k i p o ł k n i ę t a w p ł u c a c h
p r z y c z y n ą ś m i e r c i.

Bina F. z O., 45 lat mająca, na 8 dni przed przybyciem do szpitala (28 sierpnia) miała wypadek, iż jedząc śliwkę połknęła pestkę, która jej w polyku utkwiała, czując w połowie (jak wskazuje) kości piersiowej silny ból i niemożność polykania udała się do miejscowego lekarza, który zwykłą na giętkim pręciku przy-mocowaną gąbką usiłował pestkę do żołądka popchnąć, przyczem chora naraz gwałtowny ból w miejscu utkwienia pestki poczuła. Dnia drugiego polykanie stało się jakby nieco łatwiejszem, lecz ból w okolicy między łopatkami się wzma-gał, następnie powstały silne wymioty nie tylko wtenczas gdy chora cośkolwiek wypila (bo stałych nie mogła polykać pokarmów), lecz nawet i same z siebie. Dalej wystąpiły dreszcze, gorączka, kaszel z plwocinami krwią zabarwionemi, ból między łopatkami stawał się coraz mocniejszym.

Gdyśmy chorą (d. 28 sierpnia) badali znaleźliśmy ciepłotę ciała podniesioną, tętno 120, język obłożony, podsycający, bezgłos zupełny, kaszel ciągły, wymio-ty gwałtowne ile razy chora coś połknąć usiłuje, czemu każdy raz silny napad kaszlu towarzyszy ze zwróceniem wypitego płynu. Badając klatkę piersiową znaleziono w prawem płucu od grzbietu łopatki do jej dolnego kąta przy pukaniu odgłos zupełnie tępy (wszędzie), gdzieindziej jawny, prawidłowy. W miejscu powyższem słyhać oddech krtaniowy z grubemi rzeżeniami. Płat więc płuca średni i część górnego były zapalone.

Dnia 29 sierpnia. Stan ten sam, lecz naciek płucny widocznie się ku górze i ku dołowi rozszerzył.

Dnia 30 sierpnia. Gorączka większa, oddechów 60 na minutę, tętno 124. Bezgłos zupełny, przy kaszlu chora wyrzuca znaczną ilość rzadkiej, krwią zmieszanej, mocno cuchnącej ropy, a z nią strzępki zgorzelą dotkniętych tkanek. Obsłuchując prawe płuco znajduje się na całej przestrzeni pierwotnego nacieku, oddech jamisty z oddźwiękiem metalicznym. Gdyśmy trzymając ucho na tém miejscu kazali chorą wypić nieco mleka oddech ten zniknął a powstawało bełkotanie jakby przy gotowaniu się plynu i gwałtowny napad kaszlu, mleko zostawało wykrztuszonem i oddech jamisty znów się napowrót pojawiał.

W celu poniekađ terapeutycznym, jakoteż dla stwierdzenia naszego rozpoznania, daliśmy parę razy połknąć słabego wodnego roztworu *T. jodii*, także i roztworu lekkiego nadmanganianu potasu. Każdy raz zjawisko przejścia plynu w jamę płuca i wyrzucenie go przez napad kaszlu powtarzało się.

Dnia 31. Tętno 140, oddech 60, toż samo wyrzucanie smrodliwych zgorzelinowych płwocin, toż samo wykrztuszenie kosztem każdego podanego plynu. Upadek sił zupełny. Nad ranem dnia następnego chora żyć przestała.

Wyznanie zmarłej nie dozwalało nam dopełnić pośmiertnych oględzin, lecz te zdały się do wyświetlenia przyczyny choroby, jej przebiegu i zejścia zbytecznemi. Pestka połknięta utkwiała w polyku, przy usiłowaniu zepchnięcia jej do żołądka przebiła ona ścianę polyku ku przodowi utkwiała w niej lub może tkwiąc już poprzednio została dalej ku płucem pchniętą. W ośm dni później znaleźliśmy płuco prawe mianowicie jego płat średni (naokoło ciała obcego) zapalonem. Jedenastego dnia widoczną była zgorzel płuca i plynny polykane dostawały się do wnętrza ropnia płucnego. Nie dość jasno dały się nam wymioty zaraz po usiłowaniu zepchnięcia pestki powstałe wytłumaczyć. Przelyk nie był ciałem obcym zatkany, bo to powędrowało do płuc, zapalenie przelyku nie mogło być silnem aby nawet plynem drogę do żołądka tamowało. Prawdopodobnie więc zranienie i ztąd powstała obrzękłość znajdowały się w pobliżu nerwu błędnego i drażnienie go lub ucisk były powodem nieustających wymiot (późniejsze wyrzucanie połkniętych ciecży nie było wymiotowaniem ale wykaszliwaniem). Samo przedziurawienie przelyku, choćby ono nawet i znacznem było nie przeszkadza plynem dochodzić do żołądka i nie powoduje ciągłych wymiotów, jakieśmy to w następującym wypadku widzieli, któryśmy *extra muros* szpitala mieli sposobność obserwować.

(Dalszy ciąg nastąpi).

Sprawozdanie (XIV-te) z chorób leczonych u zdrojowiska w Busku w czasie pory kąpielowej 1871 r.

Przez Dra Dymnickiego, lekarza zdrojowego w Busku.

(Ciąg dalszy *).

Panienska 11 lat mająca, z gub. radomskiej, przybyła do Buska w r. 1870.

Zołyzy usadowiły się u niej głównie w gruczołach chłonnych szyjnych i podczerękowych, które do wielkości orzecha włoskiego, a niektóre nawet i jaja ku-

*) Patrz Nr 22, 23, 24, 25, i 26 Gaz. Lek.

rzego doszły. Ilość gruczołów obrzniętych była bardzo znaczna, tak, że biedne dziecko będąc w skutek tego niewymownie oszpecone, ruchy głową z trudnością tylko wykonywać mogło. Stan zdrowia jej ogólny był bardzo podupadły. Niedokrwistość była w wysokim stopniu, która znowu różnokształtne objawy nerwowe, połączone z mocnym i nieregularnym biciem serca wywołała. Obok tego istniała wielka skłonność do biegunek, tak, że przy najmniejszej sposobności kilka a nawet kilkanaście stołców płynnych dziennie się pojawiało.

Zboczenia te trwały już od kilku lat, a wszelkie środki lekarskie umiejętnie stosowane nie sprowadziły żadnej zmiany.

Leczenie zdrojowe ograniczało się z początku tylko do kąpieli mineralnych i okładów mułowych. O zastosowaniu wody buskiej do wewnątrz, aczkolwiek bardzo upragnionem, z przyczyny stanu kiszec ani myśleć nie było można.

W trzecim tygodniu leczenia, gdy skłonność do biegunek się pomniejszała, dodano i wodę buską w małej ilości do wewnątrz.

Polepszenie nastąpiło w czwartym tygodniu leczenia, które się na tem zasa- dzało, że jedne gruczoły pomniejszały znacznie swą objętość, drugie zaś uległszy ropieniu potworzyły ropnie, które następnie do zaniku obrznięć doprowadziły.

Przy końcu piątego tygodnia opuściła chora zakład nasz ze znacznym po- lepszem.

W roku zeszłym przybyła ona powtórnie do Buska. Z dawnych obrznięć gruczołów znalazłem ślady zaledwie; po ropniach zaś wykryłem tylko tu i owdzie nieznaczne blizny. Wygląd chorej nie pozostawiał nic do życzenia, a siły jej od- powiadały łaknieniu, które z trudnością tylko zaspokoić się dozwalało. O niedo- krwistości i mowy być nie mogło.

Obecnie poprowadzono leczenie tylko przez cztery tygodnie, w którym to czasie resztki choroby ustąpiły, a chora powróciła po tym czasie czerstwa i we- soła na łono swej rodziny (Nr prot. 190).

Przypadek do powyższego nieco podobny, ale o działalności zdroju buskiego w zółzach wyraźniej jeszcze świadczący a przeto i więcej pouczający, mieści się w protokole leczących pod Nr 242:

W roku 1870 przywieziono do Buska chłopczyka 3-letniego, z gubernii ra- domskiej.

Stan zdrowia jego przedstawił się w następujący sposób: Powłoki zewnętrz- ne były blade, jakby opuchłe, co szczególnie na twarzy się uwydatniało. Głowa, na której kilka kosmyków koltunowych (rzadki już objaw nawet w Busku w dzi- siejszych czasach) spostrzegłem, pokryta była grubym strupem, z pod którego oprócz mnogich pasożytów w podobnych przypadkach nieuchronnych, w kilku miejscach ropa się także wydobywała. Oczy były ciągle obrzniętymi powiekami przymknięte, z pomiędzy których wydobywał się płyn żrący, nadżerki na policz- kach wywołujący. Używszy stosownej chwili i odpowiedniej siły do odsłonięcia galki ocznej, przedstawiła się białkówka czerwona, rozpułchniona, a na rogówce wystąpiły płaskie wrzodki. Cała galka oczna była jakby we łzach zatopiona, a światłowstret w najwyższym stopniu. Na szyi, pod szczękami i na wewnętrz- nej powierzchni ud znajdowały się gruczoły chłonne, obrznięte do wielkości

orzecha laskowego. Na muszlach usznych, klatce piersiowej i brzuchu widoczny był wyrzut skórny, ropiejący, występujący w kształcie wyprysku i niesztowie.

Dziecko to było bardzo osłabione, bez apetytu, i dotąd jeszcze ani chodzić, ani też mówić się nie nauczyło. Początek choroby datuje się od pierwszych dni po urodzeniu.

Oto! obraz prawdziwych zolców, którebyśmy skłonni byli przypisać upośledzonej, a mianowicie tępej wymianie pierwiastków, zrodzonej nieznaną nam dotąd nieprawidłowością odżywiania.

Ojciec dziecka tego był dosyć zdrowym, matka zaś odbywała podobno zolzy w dzieciństwie, w skutek czego nawet obecnie posiada słuch mocno przytępiony. Czyby w tym przypadku choroba przymiotna w dalszym już okresie u jednego z rodziców będąca, nie była zdolną coś podobnego spowodować? Po większej części rzeczy tak się mają, ale trudno lekarzowi zdrojowemu stanowczo w tym względzie orzec, mając tak mało sposobności do bliższego poznania i wybadania anteriorów.

W roku 1870 trwało leczenie zdrojowe sześć tygodni. Mały chory opuścił zakład buski natenczas ze znacznem polepszeniem pod każdym względem; a nawet w końcu 6 tygodnia rozpoczął on o własnej sile chodzić.

W roku zeszłym przybył on powtórnie do Buska. Cóż za zmiana! Z wyżej opisanego charłaka, zrobiło się dziecko w całym słowa tego znaczeniu—zdrowe. Czerstwość i wesołość jego przechodziły wszelkie wyobrażenia. Jego zwinność, krzepkość w bieganiu, tudzież szczebiotliwość wpadały przechodniom w oczy. Z wyż opisanych ciężkich zbożeń nie wykryłem ani śladu nigdzie.

Matka jego powiadomiła mię, że polepszenie uzyskane w Busku, stopniowo w domu wzrastało, i że w miesiącu lutym mówić także rozpoczął.

Obecne leczenie zastosowane tylko w celu zabezpieczenia się od powrotu choroby, trwało także sześć tygodni.

Z pomiędzy chorób skórnych zasługuje wyprysk szczególnie na uwagę, w którym zdroj buski osobliwszą odznacza się skutecznością.

Protokół leczących się zawiera wiele szczęśliwych uleceń z tej choroby. Piękne tego przykłady znajdują się pod Nr 1, 32 i 52.

Przypadek pierwszy dotyczy 75-letniego kupca starozakonnego, z gubernii petrokowskiej.

Chory ten przybył po pierwszy raz do buska w r. 1869. Znalazłem u niego natenczas wyprysk na całym prawie ciele. Choroba, przedstawiająca się w kształcie wyprysku wilgotnego (*eczema humidum*), dokuczało niewymownie choremu, nie tylko sprawiając pieczenie i swędzenie, ale także będąc powodem nieznośnych bólów z przyczyny przylegania i odrywania się bielizny, w skutek czego skóra z naskórka wypryskiem podniesionego, często na znacznej przestrzeni ogolona być musiała. Latwo pojąć, że wymienione tutaj przypadłości, pozabiając chorego snu i łaknienia, siły jego i tak już w skutek późnego wieku nadwątłone, wysoce podkopać nieomieszkały.

Choroba trwała od lat kilku. Przyczyny powodowej nie byłem w stanie wykryć. Być może, że zaniedbane pielęgnowanie skóry, o które chorego słusznie posadzić było można, ogólny ten wyprysk sprawiło.

Leczenie przez długi czas dosyć odpowiednio w domu prowadzone nie sprawiło choremu żadnej ulgi, a nawet kąpiele sodowe, które w podobnych przypadkach zwykle pomyślnym odznaczają się skutkiem, pozostały w tym przypadku bezwładne.

W roku 1869 trwało leczenie 7 tygodni. Chory używał wody buskiej do wewnątrz, kąpiele, okładów z zimnej wody buskiej, zastosowanych do miejsc przystępniejszych (kończyn) i dwukrotnego dziennie obmywania całego ciała zimną wodą buską, wzmocnioną jeszcze ługiem buskim.

Postępowanie to sprowadziło natenczas pomyślny skutek. Chory opuścił zakład nasz w stanie zupełnego prawie zdrowia, ale będąc przekonanym, że wyprysk dosyć często się powraca, poleciłem mu powtórzenie leczenia zdrojowego w roku następnym.

Powtórne przybycie do Buska opóźnił chory o rok cały. Nie przybył on jak to sobie polecone miał w roku 1870, ale dopiero w roku zeszłym. Powodem spóźnienia było zupełne zdrowie, którego aż do ostatniej używał chwili, w której znówu dawnym podobne pęcherzyki na kończynach dostrzegł i w skutek czego bez żadnej straty czasu w podróż do Buska się wybrał.

W roku zeszłym odbywało się leczenie zdrojowe przez sześć tygodni. Sposób postępowania zbliżał się do dawniejszego z tą tylko różnicą, że obecnie opuszczono obmywania ciała, które z przyczyny miejscowości dotkniętych więcej ograniczonych, za zbyt uczynne uznano.

Przy powtórniem leczeniu znikł wyprysk także zupełnie. Prawdopodobnie będzie skutek tym razem trwalszy, gdyż barwa skóry, która dawniej po wyprysku brudno-siną pozostała, obecnie prawie do prawidłowości powróciła.

Drugi przypadek, umieszczony pod Nr 32 dotyczy 40-letniego obywatela z gubernii petrokowskiej, który w roku zeszłym do Buska po pierwszy raz przybył.

W tym przypadku usadowił się uparty wyprysk na goleniach, a opierając się w przeciągu lat kilku wszelkiemu postępowaniu lekarskiemu, chorego już nadziei uleczenia się był pozbawił. Za przyczynę powodową tak samego wyprysku, jakoteż i uporu w leczeniu z wielkiem prawdopodobieństwem poczytać było można zbytnią ilość piwa bawarskiego, jak niemniej i wódki, od lat kilku w dziennym użyciu u chorego będącej; a chociaż w czasie leczenia się w domu, chory niejaki w tym względzie radom lekarskim ustępstwa poczynił, to jednakże nie był on w stanie uzbroidć się w tak silną wolę, aby z dawnym swym zwyczajem zupełny rozbrat zrobił.

Leczenie zdrojowe pięć tygodni trwające, przeprowadzone z całą ścisłością tak pod względem zdroju jak też i diety, do której u wód mineralnych najmniej sforniejszych nawet chorych łatwo nakłonić można, odniosło zupełny skutek.

Doświadczenie wskazało mi, że nadużycie napitków wysokowych sprowadza częstokroć wyprysk, który ze szczególnem zamiłowaniem golenie na siedzibę

swą obiera. W Busku spotykam się dosyć często z podobnymi przypadkami. Jeżeli wyprysk taki trwa długo zamienia się on zwykle na wyprysk czerwony, który z przyczyny zupełnej utraty naskórka w miejscach chorobą zajętych powstaje. Często wytwarzają się także w skutek wyprysku obszerne wrzody gołeni, nie zbyt pomyślnem rokowaniem co do uleczenia zupełnego się pocieszające.

Wypryski więc wody wyskokowej (*sil venia verbo!*) kwalifikują się szczególnie do źródła buskiego; raz z przyczyny istotnej skuteczności źródła w wypryskach, a powtóre z przyczyny łatwości utrzymania chorych na bezwzględnej diecie.

Przypadek trzeci, zapisany w protokóle pod Nr 52, zbliża się bardzo do przypadku pierwszego.

Chory tutaj się odnoszący, 50-letni obywatel z gubernii lubelskiej, cierpiał od kilkunastu lat na wyprysk po całym ciele rozrzucony, który dokuczając mu to paleniem, to znowu swędzeniem, z granic cierpliwości go wyprowadzał.

Leczenie domowe sprowadzało mu chwilowe tylko ulgi. Chory korzystał ze źródła buskiego w r. 1870 i powtórnice w roku zeszłym, w którym o zupełnem jego uleczeniu się przekonać się mogłem.

W r. 1870 trwało leczenie zdrojowe sześć tygodni, w którym to czasie choroba skórna do zupełnego zaniku doprowadzoną została. Mając jednak przed oczami przypadki powrotne, zaleciłem choremu w każdym razie powtórzenie leczenia zdrojowego w roku następnym.

W zeszłym więc roku przybył chory powtórnice do źródła naszego. Z dawnej choroby nie znalazłem ani śladu. Ograniczywszy obecnie leczenie tylko do czterech tygodni, w czasie których z kąpieli i picia wody buskiej korzystał, opuścił chory zakład nasz w zupełnem zdrowiu.

Łuszcz bywa w leczeniu zwykle bardzo upartym, a jednak wydarzają się i tak rok rocznie uleczenia, które przeważnie zdrojowi buskiemu przypisać należy.

W roku zeszłym zauważyłem dwa przypadki, w których uleczenie nie ulegało najmniejszej wątpliwości. O tych chcę tutaj w krótkości wspomnieć:

Obywatelka, około 60 lat mająca, z Warszawy, przybyła do źródła naszego z łuszczem po pierwszy raz w r. 1870. Choroba zajęła u niej przeważnie część głowy włosami pokrytą, okolice stawów łokciowych i kolanowych, lecz oprócz tego wysledzić można było pojedyncze miejsca chorobą zajęte na klatce piersiowej i żywocie.

Choroba trwała już kilkanaście lat, a różne leki wewnętrzne i zewnętrzne, z których znaczną ilość w czasie trwania choroby zużyła, nie odniosły pożądanego skutku.

W r. 1870 trwało leczenie zdrojowe sześć tygodni. W dwóch pierwszych tygodniach ograniczyło się leczenie li tylko do źródła, stosując go wewnętrznie i zewnętrznie. Postępowanie to przyniosło w następstwie zniknięcie łusek i zmięczenie miejsc skóry, w skutek wysięku, łuszczowi właściwego, stwardniałych. Następnie obok leczenia zdrojowego dodano okłady sublimatowe (gr. 3 sublimatu na uncję wody).

Leczenie to połączone wywarło skutek pomyślny. W miejscach łuszczeni pozostały tylko ślady czerwone, lśniące się, pochodzące od świeżo wytworzonego naskórka.

W roku zeszłym przybyła chora powtórnie. Z łuszczeni nie znalazłem obecnie ani śladu. Uleczenie można więc w tym przypadku nazwać trwałem, ponieważ w ciągu całego roku choroba się nie powróciła, a powtórnie, ponieważ w miejscach dawniej łuszczeniem zajętych, tak pod względem barwy, jakoteż i sprężystości znalazłem zupełnie prawidłową (Nr prot. 61).

Na protokóle 112 zawiera drugi przypadek łuszczeni uleczonego, który jednakże z przyczyny swój uporczywości i obszerności o wiele więcej jeszcze zajęcia budzi.

W r. 1868 przybyła do Buska 30-letnia obywatelka z gubernii warszawskiej. Będąc dobrą tuszycą i kwitnącego wyglądu, nie zdradzała na pierwszy rzut oka tej ciężkiej choroby skórnej, która ją od bardzo dawnego czasu fizycznie a więcej jeszcze może moralnie trapiła.

Łuszczeni zajął u niej całe prawie ciało, z szczęśliwym wyjątkiem twarzy, rąk i odkrytej części szyi. Osobliwie nagromadził się pomiędzy włosami głowy, nie mniej w okolicy sutków, łopatek, stawów łokciowych, kolanowych i na udach.

Leczenie prowadzone w domu przez zdolnego lekarza, wyczerpującego całą metodę H e b r y, nie wyjmując i arszeniku, miało w następstwie chwilowe tylko ulgi, które wkrótce zupełnie zniknęły.

Z początku leczenia w r. 1868 stosowałem w Busku wszystkie środki zdrojowe, do których należały: picie wody, kąpiele mineralne, mułowe i parowe, okłady z wody buskiej i lugu. Za pomocą tych doprowadziłem w przeciągu trzech tygodni chorą do niejakiego polepszenia, albowiem łuski nie wytrzymały się już więcej. Zmiana ta nastąpiła nawet na głowie, gdzie z przyczyny gęstych włosów najmniej się tego spodziewałem. Skóra straciła także w tym czasie wiele ze swój pergaminowój twardości, która w łuszczeni najczęściej będąc powodem pęknięcia skóry, nie jedną dolegliwość cierpiącym sprawia.

W dalszym ciągu leczenia zdrojowego byłem zmuszonym uciec się do okładów sublimatowych, gdyż źródło buskie sam przez się okazał się niedostatecznym do wywołania zmian więcej stanowczych. Okłady te, chociaż bolesne, wywierają niezaprzeczoną wpływ na zboczenia, łuszczeniem w skórze samej sprawione. Po kilku dniach znika zwykle twardość a naskórek poczyna prawidłowo odrastać.

Oklady sublimatowe okazały się i w naszym przypadku skuteczne. Skóra nabierała coraz więcej sprężystości, którą jeszcze za pomocą tłustych namaszczeń, uskutecznianych na noc, wspieraliśmy.

W ten sposób prowadzone leczenie przez następne 3 tygodnie po upływie których, gdy chora mocno się niecierpliwiła, nie widząc do tego czasu zupełnego zdrowia, znalazłem się zmuszonym w zamiarze przyspieszenia oczekiwanego skutku, zastosować także do wewnątrz arszenik. W czasie następnych dwóch tygodni znikł łuszczeni zupełnie, dzięki tak skomplikowanemu postępowaniu.

Chora opuściła więc w r. 1868 zakład nasz prawie zupełnie zdrowa. Wiedząc jednak, że łuszczyzno nawet po zupełnym ustąpieniu z wielką łatwością powroty robi, nie ogłaszałem natenczas tego przypadku.

W roku zeszłym przybyła chora powtórnie. W przeciągu trzech lat ostatnich była ona od łuszczyzny zupełnie wolna. Nowe objawy i to zbyt skąpe, okazały się tylko około stawów łokciowych w czasie ostatniej wiosny.

Łuszczyzno ten ograniczony ustąpił szybko w skutek leczenia zdrojowego, z dodatkiem okładów sublimatowych. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

Rany wielkich tętnic. Tętniaki traumatyczne. Krwotoki wtórne. Krwotoki po podwiązaniach. Wytwarzanie skrzepu i zaleczanie ran tętnic przez zakrzep. Usiłowania w celu uczynienia podwizań w ciągłości (*in continuitate*) tętnic dokonanych mniej szkodliwymi i sposoby zamykania światła tętnic, zastępujące podwiązki (*ligatura*).

Streszczenie listów chirurgicznych prof. B i l l r o t h'a z lazaretów polowych w Mannheimie (*Chirurgische Briefe aus den Feldlazarethen in Mannheim. Berlin, Hirschwald, 1872*).

Podał Dr Kazimierz Gurbski.

O bezpośrednich następstwach obrażeń wielkich naczyń krwionośnych, o obfitych krwotokach na polu bitwy mówi autor tyle co i inni chirurgowie wojenni. Dawniej fakta te objaśniano sobie tak, że podobni ranni tak szybko tracą krew, iż każda pomoc jest za późną. Przy ranach jednak kończyn i miednicy mamy często sposobność przekonania się, jak tętnice usuwają się przebiegającym kulom i jak często takowe mogą przechodzić w bliskości tętnic, nie obraziwszy naczyń; zdaje się więc prawdopodobnem, że rany wielkich tętnic we wnętrzu jam ciała nie tak często się wydarzają, jakbyśmy to *a priori* sądzić mogli. Mnożą się postrzeżenia wykazujące, że nawet takie tętnice jak aorta mogą być przeszzyte jednym z nowożytnych pocisków nie krwiąc następnie. W Karlsruhe wypadek na razie nieprawdopodobny stwierdzonym był przy otwarciu zwłok—z aorty pociskiem przebitej dopiero w kilka dni po obrażeniu powstał krwotok: chory z dziurą w aoreie wytrzymał przewiezienie bez pojawienia się krwotu z Wörth do Karlsruhe. Sam autor obserwował trzy wypadki, w których przy ranach postrzałowych t. biodrowej zewnętrznej i udowej nie było krwotoków.

Drugą kategorię wypadków stanowią te, w których po obrażeniu tętnic tworzą się tętniaki i traumatyczne, prowadzące wcześniej czy później do krwotoków. Trzy podobne wypadki tętniaków wrzekomych widział autor i operował je według metody Antyllusa.

Najważniejszy i najtrudniejszy rozdział w całej chirurgii wojennej stanowią krwotoki następujące, do rzędu których nie zaliczają się krwotoki z ziarniny jakie powstają przy opatrunku. Chodzi tutaj głównie o krwotoki tętnicze, które manifestują się sposobem ukazywania i barwą krwi, przy krwotokach z ran klatki piersiowej nie można widzieć dokładnie skąd krew przechodzi. Rany wielkich żył mogą dać także powód do obfitych krwotoków. Z pomiędzy 132 rannych pod Weissenburgiem obserwował autor tylko 16 razy obfite krwotoki następcze (za tem 17,7⁰/₁₀). Z tych 16 chorych, u których pojawił się krwotok o którym mowa, zmarło 13, wyzdrowiało 3. Po dorachowaniu wszystkich wypadków krwotoków następczych, które autor obserwował w Mannheimie, liczba ich wynosi 27, w 22 (81,4⁰/₁₀) zejście było śmiertelne, tylko w 5 pomyslnie. Liczby te nadto dobrze wykazują groźne niebezpieczeństwo krwotoków wtórnych przy ranach postrzałowych. Owe 16 krwotoków u rannych z pod Weissenburga przywiezionych ukazały się: 2 razy z ran szyi, 2 z ran klatki piersiowej, 6 przy strzaskaniach uda, raz po odjęciu uda, raz z rany kolana, 3 razy przy złamaniach postrzałowych goleni, 1 raz przy ranie stopy

Krwotoki te pokazywały się:

Raz 4 dnia po zranieniu (rana postrzałowa klatki piersiowej), raz w 5 dniu po zranieniu (rana goleń), raz w 7 dniu (odjęcie uda), 2 razy w 10 dni po zranieniu (rana szyi), raz w 11 dni (rana goleń), raz w 12 dni po obrażeniu (rana postrzałowa klatki i stopy), raz w 13 dni (rana uda), 2 razy w 14 dni (rany szyi i goleń), raz w 15 dni (rana uda), raz w 18 dni (rana uda), raz w 19 dni (rana kolana), raz w 24 dni po zranieniu (rana uda), raz na 27 dzień po zranieniu (rana postrzałowa uda).

W 3 wypadkach użyto nacisku i tamponowania (rana postrzałowa szyi, goleń i stopy); w 2 (rany klatki) założono szew. Wszystkie 5 wypadków zakończyły się śmiercią. U 11 pozostałych rannych wykonano podwiązanie: raz podwiązano tętnicę podobojczykową (śmierć), 5 razy tętnicę udową przy m. krawieckim (2 wypadki wyzdrowienia, 3 śmierci), 5 razy podwiązano t. biodrową zewnętrzną (1 zejście pomyślne, 3 śmiertelne).

W tych 11 wypadkach 3 razy tylko było zejście śmiertelne z powodu podwiązania: 1 z powodu zgorzeli, 2 w skutku krwotoków z podwiązanej tętnicy; w pozostałych wypadkach śmierć nastąpiła wcześniej lub później po podwiązaniu z powodu ropnicy.

Na pytanie jakim sposobem powstają groźne krwotoki wtórne przy ranach postrzałowych można tylko odpowiedzieć: z otworu naczynia, w skutku obrażenia powstałego, który następnie przez pewien czas był zamknięty, lub z nowo utworzonego otworu w czasie sprawy ropienia. Pierwsza z tych dwóch przyczyn krwotoków jest wedle autora częstszą. Kula trafia tętnicę i zabiera mniej lub więcej ze sobą substancji ściany naczynia; cząstki tkanek, na powierzchni wewnętrznej kanału postrzałowego leżące, splatają się (podobnie jak przy odgniataniu) tak ze sobą, że krew nie może się wylewać na zewnątrz. Rany tętnic i żył same przez się nie prowadzą zaraz do rozległego krzepnięcia krwi. Jeżeli cząstki kanału postrzałowego, zamykające otwór, nie ulegają zgorzeli i nie wydzielają się przy ropieniu, wtedy otwór naczynia pozostaje zamkniętym i zaleca się; zachodzi teraz tylko pytanie, czy blizna jest dosyć silną, aby się oprzeć późniejszemu wytwarzaniu tętniaków, w razie jeśli później tętnica w miejscu zranionem będzie mniej lub więcej przenikliwa. Taki pomyślny wypadek szybkiego zabliznienia kanału postrzałowego *per primam* jest bardzo rzadki a nawet wątpliwy. Jeżeli w czasie, w którym otwór naczynia zaklejony jest tylko przez skrzep, ma miejsce rozdarcie rany w skutku ruchu lub mechanicznych czynników jakiegokolwiek rodzaju, wtedy koniecznie krwotok musi nastąpić. Krwotok również się pojawi, gdy skrzep podpadnie ropnemu zmięknieniu, a wzajemnie ze sobą posplatane włókienka tkanki zgorzeli. Krwotok wśród tych stosunków wtedy tylko nie miałby miejsca, gdyby naczynie przy pomocy swych włókien mięśniowych okrężnych mogło się skurczyć i w tym stanie przez pewien czas pozostawać, co nawet w mniejszych tętnicach jest możebnem, lub gdyby światło naczynia w miejscu zranionem było zamkniętem przez silny skrzep; skrzep taki bardzo łatwo mógłby się osadzić na chropowatości powstałej przy jednostronnem zranieniu ściany naczyniowej i z czasem z zakrzepu ściennego (*thrombus parietalis*) mógłby powstać zakrzep zupełnie zamykający światło naczynia (*thrombus obturatorius*). Czy taki zakrzep trwale chroni od krwotoku, to znowu zależy od jego sily i dalszego przebiegu rany, mianowicie od natężenia ropienia w okolicy naczynia, od życiowej energii zranionej tkanki. Zakrzep w większej jednak liczbie wypadków jest tylko utworem przechodnim, który znika wcześniej lub później, bądź na skutek rozpadu drobinowego, bądź też w skutek wessania. Jeżeli zakrzep zachowuje tak długo swą siłę i spoistość z wewnętrzną ścianą naczyniową, dopóki nie nastąpi zabliznienie rany od strony tętnicy, wtedy samo się przez się rozumie krwotok się nie pojawi.

Drugą przyczyną krwotoków wtórnych jest utworzenie się otworu w ścianie naczyniowej w czasie przebiegu sprawy ropienia. Otwór ten w rozmaity może powstać sposób. 1) Ściana naczyniowa jest zgnieciona przez uderzenie pocisku częściowo zmartwiała nie będąc rozdarta; strup oddziela się przy ropieniu i tym sposobem powstaje otwór. 2) Odłamek koci lub ostry brzeg pocisku leży tuż przy tętnicy, przy tętnieniu takowej odbywa się ciągle tarcie pocisku o ścianę naczynia a w skutku tego powstaje owrzodzenie a następnie i otwór. 3) Ropienie z niewiadomych przyczyn może przybrać cechę złośliwą, nacieczona ściana naczyniowa mięknie i rozpada się. We wszystkich trzech wypadkach krwotok może nie nastąpić przy obecności zakrzepu w naczyniu.

Jak widzimy bardzo jest dużo przyczyn do powstawania krwotoków wtórnych przy ranach postrzałowych, niektóre z nich dadzą się udowodnić poszukiwaniami anatomicznemi, inne pośrednio tylko sprawdzonemi być mogą. Czas w którym te krwotoki wtórne się ukazywały nie rozciągał się na pewną liczbę tygodni; bezwątpienia jednak tydzień, drugi, trzeci

i czwarty są najniebezpieczniejszymi, chociaż i w pierwszym tygodniu krwotoków nie brakowało, jak się o tem z zestawienia powyżej podanego przekonać łatwo można. O częstości przyczyn odnośnie do czasu występowania tych późnych krwotoków nie można wedle autora wyrzec nie stanowczego.

W jakiż więc sposób można krwotoki te najpewniej i najtrwalej tamować? Jestto pytanie najważniejsze. Do tego co zalecają przy krwotokach następczych organów wewnętrznych, autor nie dodać nie może; większa część tutaj używanych środków przyczynia się bardzo słabo do wytworzenia silnego zakrzepu.

„Zwracać będziemy głównie uwagę na kończyny w tem o czem niżej będzie mowa. Dawniej najeczęściej używano środków ściągających, nacisku, nacisku głównego pnia tętniczego. W większej liczbie wypadków krwotoki połączone były ze złamaniami, najniebezpieczniejszymi na szyi; że na rany takie bezskutecznie starano się stosować środki ściągające jak półtorochlorek żelaza, o tem wiadomo. Jeżeli mamy zwyczajny otwór postrzałowy prowadzący do jamy wypełnionej jeszcze ostrymi cząstkami kości, w takim razie półtorochlorek żelaza nie może mieć nadziei powodzenia; wkraplanie rzeczonego środka do jamy skrzepami kości wypełnionej na nie by się nie przedało, trzeba by wprost szarpieć nim napojone przyłożyć do krwawiącego miejsca. Że zakrzep utworzony sztucznie przy pomocy tego środka, może się kiedy zorganizować, o tem powątpiewam. Jeżeliby się rzeczywiście udało półtorochlorokiem żelaza zatamować krwotok z wielkiej tętnicy, to w każdym razie trwałość tego działania jest jeszcze wątpliwa. Miejscowego nacisku długo stosować nie można, w obec bowiem silnego kolistego nacisku musi nastąpić zaburzenie w krążeniu, zagrożające życiu kończyny. Najodpowiedniejszym postępowaniem, gdzie takowe jest możebnem, zdaje się być bezwątpienia nacisk paleowy głównego pnia tętniczego. Nacisk paleowy tętnicy podobojęzykowej i szyjowej nie długo bywa znoszonym przez chorych, dłużej tętnicy udowej i ramieniowej. W wypadkach w których ten sposób był stosowany nie przynosił trwałego rezultatu, chociaż muszę nadmienić, że nacisk trwał dotąd, dopóki po jego zaprzestaniu krwotok się nie pojawił, najdłużej więc trwał godzinę, w odstępach jednak 24 lub 48 godzinnych znówu był stosowany. Czy wpływ byłby długotrwałym, gdyby nacisk paleowy po pierwszym i drugim krwotoku przez kilka dni i noc był stosowany, tego z pewnością powiedzieć nie umiem. W ogóle praktyka wojenna nie nadaje się do długiego śledzenia wpływu długotrwałego nacisku, gdyż ręk do tego potrzebnych, których niewiele w szpitalach cywilnych, prawie nie dostaje w szpitalach polowych. Zdaje się, że w tej kampanii postrzeżenia o których mowa nie bardzo się pomnożyły; byłoby jednak bardzo ważnem, gdyby wszyscy koleżki ten sposób postępowania stosujący, postrzeżenia swe ogłosili. Nadzwyczajne prawie skutki tego sposobu, które przy tętniakach widzimy, pokazują bezwątpienia, że wśród pewnych bliżej nie dających się oznaczyć stosunków przy długo trwającym nacisku paleowym może się utworzyć trwały i twardy zakrzep. Czy w ten sposób utworzony zakrzep we wszystkich wypadkach byłby stałym stykając się z ropiejącą raną, to jest rzeczywiście pytanie! Rozumie się pytanie to nie może być na razie rozstrzygniętem, lecz tylko przy pomocy licznych postrzeżeń.

„Najpierwszą i najwłaściwszą czynnością chirurgiczną a anatomicznie racjonalną jest wyszukanie i następnie podwiązanie krwawiącego naczynia. Ten sposób postępowania stosowałem przy tętniakach traumatycznych tętnicy udowej bez złamań kości trzy razy i raz przy ranie postrzałowej grzbietu. Pewne upodobanie do operowania tętniaków wrzeczonych metodą *Antyllusa* dostało mi się w spadku po moim nauczycielu *Langenbeck'u*. W 2 wypadkach operacya się udała, w jednym zaś nie, ponieważ tętnica o ile mogła być osiągniętą tak była miękka, że ją każda podwiązka przecinała; ponieważ w tym wypadku podwiązanie tętnicy poniżej więza *Pouparta* nie dawało mi dostatecznej rękojmi, a krwotok przy ucisku tętnicy nie ustawał, zatem podwiązałem t. biodrową zewnętrzną i krwotok został zatamowany.

W wielu jednak razach wyszukanie krwawiącego naczynia jest bardzo trudnem, chirurg musi uciekać się do licznych nacięć i nim zdąży podwiązać krwawiącą tętnicę, chory bardzo dużo krwi traci, nie tylko z pierwotnie obrazonego naczynia ale i z naczyń poranionych przy wykonaniu nacięć w celu wyszukania krwawiącej tętnicy. Ztałto *Stromayer*, *Beck* i inni radzą jak najwcześniejsze podwiązanie wielkich pni naczyniowych. Wielu bardzo lekarzy nie skłania się do podwiązywania wielkich naczyń w ciągłości z dwóch względów: 1) że zwykle nie przyczynia się ono do zupełnego zatamowania krwotoku, 2) i że w miejscach podwiązania pojawiają się nowe krwotoki. Punkt pierwszy wedle postrzeżeń *Bill-*

r o t h a zupełnie jest fałszywy, drugi do pewnego stopnia uzasadniony. Billroth dawniej sobie wyobrażał, że podwiązka ta później odpada, im grubsze jest naczynie, pojęcie takowe nieco ontologizmem nacechowane runęło przy dokładniejszych poszukiwaniach. Często bowiem podwiązka wywołuje modyfikację naczynia, a zakrzep nie jest dostatecznie silny, by zdołał przeszkodzić wypływowi krwi. Petiz i Morand sądzili, że zakrzep rzeczywiście może wpłynąć na zatamowanie krwotoku, Ponteau, Jones, John Bell, Stilling przyjmowali głównie zrosnięcie ściany naczyniowej. Badania histologiczne Zwick'yego, Virchow'a, Webera, Rindfleischa, Babouffa i Koehle'a ukazały na nowo wielkie znaczenie zakrzepu w sprawie o której mowa, znaczenie, które w ostatnich czasach przez prace Tschausorffa i Roser'a zachwiane zostało. Billroth powiada, że sam mógł wielokrotnie przekonać się o organizacyi zakrzepu, uważa go jednak tylko za utwór przechodni, gdyż on następnie niśnie, a tętnicę znajdujemy stożkowato zakończoną.

„Najważniejszem odnośnie do pytania, czy zakrzep jest jedynym i ostatecznym środkiem tamującym krwotok, zdaje się być rezultat poszukiwania w takich wypadkach, w których osobniki umierają z nieoddzieloną jeszcze podwiązką. Zwróć tu tylko uwagę na te wypadki, które sam spostrzegałem; w wypadku podwójnego podwiązania t. szyjowej (w Zurich) w 14 dni po podwiązaniu (podwiązka w dniu śmierci odeszła bez krwotoków) znalazłem po prawej w tętnicy zakrzep przeszło 2 cale długi, silny, przytykający dokładnie do ściany naczyniowej; sięgał on ku dołowi aż do t. bezimiennnej, ku górze do t. szyjowej zewnętrznej i wewnętrznej, tutaj jednak konsystencya jego była mniej silna jak w dolnej części. Po lewej stronie, gdzie podwiązanie wykonano na 48 godzin przed śmiercią po otwarciu tętnicy nie było w niej skrzepu poniżej i powyżej podwiązki, nawet błona wewnętrzna nie była rozerwana, ściana jednak naczynia była tak silnie pofaladowana, że było ono bezwątpienia nieprzenikliwe. Posiadałem w zbiorze chirurgicznym w Zurichu jedną t. szyjową z zakrzepem po podwiązaniu, długość jego wynosiła zaledwie trzy linie. W wypadkach podwiązania jakie teraz wykonywałem zakrzep przy podwiązaniu t. biodrowej był bardzo mały, przy podwiązaniu t. biodrowej zewnętrznej na siedm dni przed śmiercią, długość górnego i dolnego zakrzepu wynosiła od 3—4 linii. Niejednokrotnie postrzegałem, że zakrzep był krótki, miękki lub weale go nie dostawało. Odnośnie do częstosci wytwarzania się zakrzepów po podwiązaniu wielkich tętnic u zwierząt mamy znaczną liczbę postrzeżeń Porta'y, w 250 wypadkach, w których tętnice badane były w kilka dni po podwiązaniu nie znalazł 35 razy żadnego zakrzepu. Ponieważ Porta kładzie wielki nacisk na wytwarzanie się zakrzepu, zatem zdaje się przyjmować, że we wszystkich tych wypadkach w których takowy by się nie wytworzył musiałby się pojawić krwotok. Wypada więc 14% krwotoków następczych u zwierząt, a według tegoż samego autora 12% krwotoków po podwiązaniach u ludzi, liczby te bardzo blisko stoją obok siebie. Powątpiewam jednak w słuszność obrachowań Porta'y; stąd nie przykładam tak wielkiej wagi do znacznego zbliżenia liczb o których wyżej była mowa. Opierając się na moich postrzeżeniach wnoszę, że rany naczyń mogą się zaleczyć nawet bez utworzenia zakrzepu. Że zakrzep nie zawsze, jakby to się zdawało, sięga do najbliższej gałęzi obocznej, o tem wszyscy przekonaliśmy się przy otwieraniu zwłok. Weale jednak nieprzyjemne sprawia zdziwienie ten fakt, że są wypadki, w których po jednym a nawet po kilku dniach zakrzep weale się nie wytworzył.

„Odczegoż to więc zależy, że zakrzep nie zawsze się wytworza? Na pytanie to odpowiedzieć niezbyt trudno, lecz dotąd na niego odpowiedzieć nie będziemy w możności, dopóki nie będziemy dokładniej znali praw krzepnięcia krwi. W ogóle przyjmują, że do powstawania zakrzepów w przyrządzie naczyniowym przyczynia się zwolnienie prądu krwi, że skrzep bezpośrednio się wytwarza po wprowadzeniu ciała obcych. Ile popularnemi stały się te poglądy przez prace Virchow'a, ile każdy z lekarzy używa wyrażen: zakrzep zamorowy, zatykający, ścienny, zator, etc., to jednak wszystko to nie przyczynia się do objaśnienia zjawiska krzepnięcia krwi. W klasycznej w tym przedmiocie pracy Bröcke'go znajdujemy dowody, że sam przez się spokój krwi w żyjącym naczyniu nie pociąga za sobą jej krzepnięcia, tem mniej więc nie może mieć wpływu w mowie będącego zwolniony krwiobieg. W zatokach żylnych, w wielu żyłkach (*varices*), w wielu tworach jamistych krew bardzo wolno się porusza, a chociaż tu i owdzie tworzą się w nich małe skrzepki bez szczególnych przyczyn, to w każdym razie do wytworzenia rozleglejszego skrzepu potrzeba zwykle zapalnego bodźca. Bröcke żywej ścianie naczynia przypisuje wpływ niedozwolenia krzepnięcia krwi, w końcu części

pierwszej swej pracy (*Virchow's Archiv Bd XII, pp. 100*); i zdaje mi, iż jasno wykazałem, że krew w ciele zwierząt zimnokrwistych utrzymywana jest w stanie płynnym przez wpływ ścian serec i naczyń, a skoro tylko na zewnątrz wypływa, krzepnie, będąc pozbawioną wpływu o którym mowa. „Dalej dowiódł *Brücke*, że stosunki te odnoszą się także i do zwierząt ciepłokrwistych, nie polegają one na szczególnem obojętnem zachowaniu się ścian, lecz że naczynia posiadają własność wprost przeciwdziałającą krzepnieniu. Na czem ta własność polega, tego *Brücke* nie tłumaczy. Poglądowi *Riehardsona*, jakoby krew dlatego ciągle była płynną że zawiera amoniak, wielokrotnie zaprzeczano; wspomnę tu np. pracę *Listera* (*Edinburg Med. Journal, 1858 April, 1859 December*). Ciekawe poszukiwania *Alex. Schmidta* w Dorpacie a bardzo ważne ze względu na poznanie istoty włókniaka, jednak pozbawione są dotąd praktycznego zastosowania.

„Z twierdzenia, jakoby spokój krwi sam przez się krzepnienie wywoływał, wywiązał się pogląd stosunkom anatomicznym odpowiedni, że zakrzep po podwiązaniu rozciąga się do najbliższej gałęzi obocznej; liczne postrzeżenia odmawiają temu poglądowi być prawem, a co więcej sam ten pogląd uważanym być może za niesłuszny. Prawdopodobnie warunkiem prawidłowego życia ściany naczyniowej jest przepływanie po niej bezustannie nowej krwi. Jeżeli ten warunek ustaje, wtedy traci ona własność utrzymywania krwi w stanie płynnym; spokój zatem krwi w naczyniu przyczyniałby się tylko pośrednio do jej krzepnienia, przytem zaś jest możebnem, że w obec nawet spokoju krwi naczynie wśród pewnych okoliczności może zachować krócej albo dłużej lub zupełnie swe własności życiowe, a ztąd nie przyjdzie do wytworzenia zakrzepu, jak to widzieliśmy w kilku wyżej przytoczonych wypadkach. Najważniejszym momentem przy podwiązaniu naczyń jest wpływ podwiązki na ścianę naczynia i odsłonięcie takowego. Czy podwiązka otacza tak tylko naczynie, że w nim krwobieg pozostaje zwolnionym lub zaciska go do tego stopnia, że błona wewnętrzna pęknie, to w jednym i drugim wypadku założenie podwiązki, albo modyfikuje lub też w zupełności znosi czynność życiową ściany naczynia. Zaburzenie rozciągnię się chociaż na najbliższe otoczenie, a gdybyśmy ów zakres zaburzonych czynności ściany naczynia nawet bardzo małym sobie wyobrazili, to w każdym razie zakrzep musi znowu powstać, czy zaś w wypadkach, w których go nie widzieliśmy, zupełnie go nie dostało, lub czy tylko był tak małym, że dopiero lupa lub drobnowidz mógł go wykazać, tego rozstrzygnąć nie jestem w stanie. Osobniki, u których w jeden lub w dwa dni po operacji zakrzepu nie znalazłem, byli już bardzo anemiczni, lub też cierpieli bądź na posocznicę, bądź ropnicę, jakim jednak sposobem sprawy te mogłyby oddziaływać na wpływ ścian naczyniowych, jestto niezrozumiałem. Powiadają, że szczególnie łatwo krew krzepnie u osobników anemicznych, ropnicę przypisywano także wpływ wywoływania szybkiego krzepnienia—a jednak w obec istnienia tych warunków nie było zakrzepu. Nie umiem tego objaśnić; zdaje mi się jakbysmy jeszcze ciągle bez przerwy domagaliśmy się tych spraw z zawiązanemi oczami. Odnośnie do stosunków jaki istnieje pomiędzy żyłami i naczyniami włosowatemi do zapalenia zdaje mi się, że na zasadzie pokrycia wychodzenia komórek z takowych i wnikanie komórek do zakrzepu przez naczynia (*Babouff*) o tyle postąpiliśmy, ile z tego możemy wnosić, że sprawy te muszą być połączone z pewnym stanem zmięknienia ścian naczyniowych; w tym stanie patologicznym ściany naczyń mogą stracić zdolność utrzymywania krwi w stanie płynnym. Niestety warunki te nie mogą być zastosowane do wytwarzania zakrzepu w tętnicach, gdyż nie zauważono u nich ani wychodzenia, ani wchodzenia komórek.

„Z tego wszystkiego się pokazuje, jak małe są nasze wiadomości o tych niby pozornie już zbadanych rzeczach. Możemy jednak z tych postrzeżeń wyciągnąć rezultat praktyczny, chociaż tylko ujemny. Z d a j e s i ę m i a n o w i e c i e, że ani przez wybór miejsca podwiązania, ani przez inne okoliczności, któremi w czasie operacji rozporządzamy nie jesteśmy w stanie wywrzeć stałego wpływu na wytworzenie zakrzepu w ogóle a tém mniej na jego rozległość, gdyż wpływ wszystkich warunków bliżej rozpatrzony, dawniej za niezawodzący uważany, dzisiaj okazał się tylko przechodnio pomocnym.”

Jones a później *Kocher* (w pracy o akupressurze) wykazali już praktyczne znaczenie rozerwania błony wewnętrznej tętnic przy wytwarzaniu zakrzepu. Postrzeżenia po akupressurze jak i po podwiązaniu dowodzą, jak często wpływ ten jest nieznacznym na krzepnienie krwi i że zakrzepy widziane bądź przy pomocy lupy lub drobnowidza nie dają żadnej rękojmi, że krwotok się nie pojawi. *Jones* i *Kocher* zwracali uwagę więcej na wpływ mechaniczny, podczas gdy *Brücke* kładzie widocznie nacisk na własności

chemiczne, skoro mówi o wpływie żyjącej błony wewnętrznej na krew. Jeżeli K o e h e r jako ostateczny wynik swych poszukiwań podaje, że zamknięcie światła tętnicy odbywa się za pośrednictwem zakrzepu a nie przez bezpośrednie zrośnięcie powierzchni wewnętrznej, to pod względem histologicznym ma słuszość, nie znaczy to jednak wiele, żeby krwotok po podwiązaniu lub akupressurze miał być czasowo i ostatecznie zatamowanym.

(Dalszy ciąg nastąpi).

STATYSTYKA LEKARSKA.

Obraz ruchu i postępu c. k. zakładu zdrojowego w Krynicy w r. 1871.

Skreślił Dr Zieleniewski, lekarz rządowy c. k. zakładu zdroj. w Krynicy.

Wśród tylu dowodów interesowania się i współczucia dla zdrojowisk krajowych, jakie okazują: nie tylko najwyższe Władze Rządowe i autonomiczne, jakie dla nich żywią, nie tylko z powołania swego ku temu przynagleni lekarze i badacze natury, ale jakich dostarcza prasa publiczna, a nawet niemal cała nasza światlejsza publiczność, każdy literacki przyczynek o naszych zdrojowiskach, skierowany ku poznaniu ich obecnego stanu i ich rozwoju, a jeszcze więcej ku zbadaniu i zaradzeniu ich potrzebom, nie może być obojętnym dla myślących i kraj swój miłujących obywateli. Z tego to powodu i dołoczne sprawozdania z zakładów zdrojowych, przedstawiające nie tylko statystykę ruchu w zdrojowisku, ale będące obrazem jego kolejnego rozwoju, tudzież pouczające o skutkach z użycia jego wód u chorych osiągniętych, a jednocześnie świadczące o usiłowaniach zarządu zdrojowego, jak się wywiązał ze swych obowiązków: względem takowe mu powierzającego, względem umiejętności i względem publiczności całej, mają i mieć muszą wielostronną swoją ważność i znaczenie.

Takimi myślami przejęty, przystępuję do piętnastego z kolei zdania sprawy z ruchu i postępu zakładu zdrojowego w Krynicy, jaki w świeżo ubiegłym roku (1871) tutaj się objawiał.

Jakim był tenże uważany jako jednoroczny okres, tudzież w porównaniu z innymi latami? a jakim był przez ten czas rozwój naszego zakładu? czyli odpowiedział rozlicznym oczekiwaniom? czyli ziszcil wielorakie nadzieje? czyli zadowolil Władze? czyli wzbogacił doświadczeniem naukę lekarską? i czyli przyniósł publiczności spodziewane korzyści pod względem: humanitarnym, medycznym i ekonomiczno-politycznym? których wszystkie zakłady zdrojowe pod karą przeniewierzenia się rzetelnemu ich przeznaczeniu, dopełnić winny, o tem bezstronny osądzi, rozważając spełnione w roku ubiegłym same czyny, a śledząc ich przyczynę i ich następstwa.

Występując z niniejszem sprawozdaniem przed sąd publicznej opinii, daję świadectwo nie tylko wielkiej opieki i szczerobliwej wspaniałomyślności, jakiej zakład zdrojowy w Krynicy ze strony Władz Rządowych doznaje, ale zarazem jawnie okazuję dowody współczucia, jakiego Krynicia od publiczności doświadcza, a nakoniec obudzam przekonanie, ażali tutejszy zakład zdrojowy i w roku 1871 wywiązał się ze swego zadania: darząc zdrowiem pojedyncze osoby, szczęściem rodziny, a przyczyniając się do pomysłności ukochanego kraju naszego.

Przystępuję zatem do szczegółów.

I. W roku 1871 bawilo u źródeł mineralnych w czasie pory zdrojowej w Krynicy zameldowanych 800 rodzin, składających się z 1,740 osób. Doliczywszy do tego tak zwanych przejezdnych (*passanten*), bawiących zwykle krócej nad termin do ich zameldowania wymagany, których liczba przeszło 100 osób wynosiła, okazuje się, iż cała ilość osób 1871 roku przez lato w Krynicy przebywających 1840 przenosi.

II. Ile z powyższej liczby osób, bylo ogolem właściwych chorych t. j. mężczyzn, kobiet i dzieci obojęj płci, leczenia zdrojowego w Krynicy 1871 r. używających, nie możemy tutaj szczegółowo i leczebnie wykazać; albowiem oprócz niniejsze sprawozdanie podającego, zajmowali się praktyką lekarską podczas pory zdrojowej w Krynicy wielu innych pp. lekarzy jakoto: Dr B l a t t e i s, Dr Z d u Ń, Dr W a r m a n n, Dr Ś c i b o r o w s k i, Dr N i e s z k o w s k i i t. p. PP. Drowie B l a t t e i s i Z d u Ń wy-

łącznie dla praktyki lekarskiej w Krynicy przebywający proszeni byli przez Inspekcję zdrojową (pismem z dnia 16 lipca 1871. L. 317) o złożenie statystycznego wykazu chorych, w Krynicy podczas owej pory zdrojowej przez nich leczonych; ale p. Dr. Blatteis dotychczas nie udzielił powyższych wiadomości. Z tego przeto powodu ogólna liczba właściwych chorych, 1871 r. w Krynicy leczenia zdrojowego używających, sumarycznie podaną tu być nie może.

Jedynie tylko pp. Drowie Zdun i Seiborowski użyzyli mi spisu swych chorych, przez sprawozdawcę leczonych, okazuje się, iż w roku 1771 zasięgało rady lekarskiej u Dra Zieleniewskiego, Zdunia i Seiborowskiego razem chorych 798, t. j. mężczyzn 179, kobiet 537, dzieci obojej płci 82.

III. Z ogólnej liczby zameldowanych osób 1740 co do płci było: mężczyzn 522, kobiet 1218.

IV. Co do miejscowości z jakiej powyższe osoby pochodziły, było: a) z krajów monarchii węgro-austryackiej rodzin 503 czyli osób 1066, t. j. mężczyzn 329, kobiet 737; b) z zagranicy rodzin 297 czyli osób 674, t. j. mężczyzn 193, kobiet 481.

V. W szczególności zaś obce krajowców było:

z Królestwa Polskiego kongresowego	244	rodzin	czyli	557	osób.
„ Litwy, Wołynia i Ukrainy	29	„	„	59	„
„ właściwego Cesarstwa Rossyjskiego	15	„	„	36	„
„ Księstwa Poznańskiego	4	„	„	12	„
„ Saxonii	2	„	„	5	„
„ Mołdowłoszczyzny	2	„	„	3	„
„ Turcyi	1	„	„	2	„

VI. Jak po inne lata tak i w roku 1871 ogłaszano drukiem co dwa tygodnie listę gości zdrojowych. Pięc tego rodzaju list stanowi historyczny materiał do statystyki tu-tejszego zakładu, a zarazem służy za autentyczny dowód, iż wszelkiego stanu osoby, nawet z bardzo odległych stron świata, szukały tamtego roku poratowania swego zdrowia w Krynicy. (Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Strychnina w durzycy. Dr Davis radzi użycie strychniny w durzycy w późniejszym jej przebiegu, gdy siła serca i mięśni zwieraczy słabnie. W obec biegunek autor łączy strychninę z makowcem. *Rp. Strychnia. 0,06, Acid. nitrici 4,0, Tinct. Opii 12,0, Aq. dest. 90,0.* Roztworu tego podaje się chorym co 4 godziny po lyżeczce od kawy, a w odstępach radzi D. podawanie emulsyi z olejku terpentynowego. (The med. record).

— Na posiedzeniu wydziału lekarskiego Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego w dniu 16 (28) z. m., otrzymali naukowe stopnie lekarzy medycyny: pp. Andrzejewski Jan, Wiśniowski Karol, Wnorowski Antoni, Wnorowski Roman (*cum eximia laude*), Wysokiński Baltazar, Wojno Stanisław, Grossztern Wiktor (*cum eximia laude*), Heiman Teodor, Krasuski Kazimierz, Klink Edward, Kramsztyk Zygmunt (*cum eximia laude*), Kondratowicz Stanisław (*cum eximia laude*), Kuciński Leopold, Krotkie Józef, Ludkiewicz Feliks (*cum ex. laude*), Malicki Michał, Modrzewski Edmund, Morawiecki Adam, Narębski Józef, Nussbaum Henryk, Poznański Adolf, Perkalski Zygmunt, Piotrowski Józef (*cum eximia laude*), Przewoski Edward (*cum eximia laude*), Samborski Felicyan, Skiwniewski Józef, Stępnicki Teodor.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.