

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z KAZUISTYKI SZPITALA NA PRADZE.

I. OMYŁKI DYAGNOSTYCZNE.

Podał

J. HORNOWSKI

lekarz miejscowy Szpitala.

PRZYPADEK IX.

Neoplasma ventriculi dextri cordis, przebiegające przy objawach osłabienia działalności serca.

Dnia 6-VIII 1905 roku przybyła na oddział chora A. B., lat 65.

Chora w nader ciężkim stanie, wskutek czego zebrać wywiadów nie można (chora na pytania nie odpowiada).

Tętno drobne, małe, niemożliwe do zliczenia, z trudnością zaledwie daje się wyczuć.

Oddech powierzchowny 36 na minutę; kończyny zimne, sine, obrzęknięte.

Skóra barwy brudno-ziemistej łuszczy się płatami. Foetor ex ore. W jamie ustnej owrzodzenia na dziąsłach. Klatka piersiowa beczkowata, rozmiar jej przednio-tylny powiększony, przestrzenie międzyżebrowe szerokie.

Odgłos opukowy na całej przestrzeni klatki piersiowej z przodu i z tyłu z podźwiękiem bębnowym.

Oddech osłabiony na całej przestrzeni.

W dolnych odcinkach klatki piersiowej z tyłu mnóstwo rzężeń drobnobańkowych.

Serce przykryte całkowicie przez płuca, tak iż tępość jego absolutna nie daje się wypukać. Ictus niewidoczny.

Tony serca czyste, lecz bardzo głuche.

Brzuch płaski, ściana brzuszna wciągnięta. Przy palpacji niema bolesności.

Wątroba i śledziona nie dają się wyczuć.

Mocz o ciężarze gatunkowym 1016, kwaśny, nie zawiera ani białka, ani cukru. W osądzie liczne złuszczenia z zewnętrznych organów płciowych.

Na drugi dzień wskutek zastrzykiwań kamfory co 2 godziny, chora czuje się nieco lepiej: Puls 120 nieregularny. Chora odpowiada na pytania. Przy próbie zebrania wywiadów chora odpowiada, iż nic nie pamięta. Skarży się na ból pod piersiami, odbijanie i częste wypróżnienia.

W sercu na mostku (na miejscu valvulae tricuspidalis) wysłuchujemy słaby szmer systoliczny.

Na trzeci dzień puls 108 inaequalis et irregularis. Obrzęki nieco zmniejszyły się. Szmer na tricuspidalis słyszalny.

Na czwarty dzień stan bez zmiany — ciągła senność, skarg niema.

Na piąty dzień znowu puls doliczyć się nie można, sinica i obrzęk kończyn zwiększyły się. Szmeru w sercu nie słyhać. Liczne rzężenia drobnobańkowe w dolnych odcinkach klatki piersiowej z tyłu.

Na szósty dzień chora zmarła.

Na zasadzie danych badania postawiłem rozpoznanie Emphysema pulmonum. Myocarditis Hypostasis pulmonum.

Szmer na valvula tricuspidalis objaśniałem sobie, jako szmer funkcjonalny wskutek prawdopodobnego rozszerzenia prawej komory serca.

Na sekcji znalazłem:

Emphysema pulmonum. Bronchitis chronica. Oedema pulmonum et hypostasis bilateralis. Induratio cyanotica lienis chronica.

Atrophia hepatis. Atrophia senilis renum et glandularum suprarenalium.

Cirrhosis pancreatis.

Atrophia uteri et cirrhosis ovariorum. Gastritis chronica mucosa. Colitis chronica. Leptomeningitis chronica et atrophia substantiae griseae loborum frontaliū. Serce zaś nieco powiększone w rozmiarach, przy zewnętrznem badaniu wykazuje znaczną twardość mięśnia prawej komory.

Po rozcięciu znajdujemy w prawej komorze pod zastawkami, oraz w całym mięśniu komory nowotwór, przerastający zupełnie ten mięsień. Części nowotworu sterczą i do jamy serca.

Ze względu na to, iż nigdzie w innych miejscach, pomimo starannego poszukiwania, nowotworu żadnego nie znalazłem, uważam nowotwór ten za pierwotny nowotwór serca.

Mikroskopowo przedstawia się on, jako twór śródbłonkowy — endothelioma. (d. n.).

II. Przewlekły zanikowy nieżyt nosa

(rhinitis chronica atrophicans resp. ozaena).

STUDYUM KLINICZNE

NAPISAŁ

D-r JAN SĘDZIAK

(Praca wyróżniona zaszczytną wzmianką na konkursie międzynarodowym Amerykańskiego Towarzystwa laryngologicznego w r. 1905).

(*Ciąg dalszy*).

Niektórzy autorowie (Luc, Hunter Mackenzie, Massei, Moure, Hape, Mendel, Baginsky, Zarniko, Hill, Wagner, Chauveau, Hamilton, Grönbeck, wreszcie G. de la Notte) spostrzegali pierwotny suchy nieżyt krtani i tchawicy—laryngo-tracheitis sicca resp. ozaena laryngo-trachealis (Luc w 2 tego rodzaju przypadkach znajdował diplo-(cocco-) bacillus Loewenberg'a w wydzielinie z krtani i tchawicy. Znamieniem dla tego rodzaju stanów chorobowych jest cuchnienie z ust—przy zupełnie zdrowych jamach nosowych.

Ja również miałem możność spostrzeżać 4 przypadki takiego pierwotnego suchego nieżyty krtani i tchawicy (z tych raz ozaena laryngo-trachealis).

Również spostrzegalem w 39 przypadkach zwykle przewlekłe zapalenie krtani, wreszcie w 4 — ostry stan zapalny strun głosowych.

Jurasz również stosunkowo często spostrzegal to powikłanie (na 170 przyp. 8 razy laryngitis sicca, 8 razy laryngitis simplex i raz tracheitis sicca).

W 87 przypadkach istniały jednocześnie objawy ze stro-

ny oskrzeli (bronchitis chr.), wreszcie porażenie strun głosowych (paresis adductorum laryngis) — notowałem 24 razy (Jurasz 3 razy).

Chrypka bez zmian w krtani była spostrzegana przez Sanae, Langrouge'a, Gouguenheim'a (przyczyna—zbyt silne napięcie strun), wreszcie Moure'a (zaburzenia w unerwieniu mięśni wydechowych).

Chauveau spostrzegał krwioplucie (haemoptoe), symulujące sprawę gruźliczą w płucach w przypadkach ozeny, co i ja również miałem możność spostrzegać w 2 przypadkach.

Wreszcie zwięźenie krtani (blenorhoea Stoerk'a) były spostrzegane w tem cierpieniu przez Sokołowskiego i Herynga.

Niezwykłe często spostrzegałem przy tem cierpieniu, t. j. zanikowym nieżycie nosa wzgl. ozenie *powikłania ze strony narządu słuchowego*—mianowicie 166 razy na 1142 przypadki, t. j. więcej niż w 14,5%.

Pierwszy Zaufal zwrócił uwagę na ten fakt.

Wyss na 60 przyp. notował to powikłanie 4 razy, to samo Williams, Noguet, Berthold, wreszcie Peck.

Jeden tylko Loewenberg jest przeciwnego zdania, tj. że zaburzenia uszne są rzadkie w tem cierpieniu.

W ropie w przypadkach ropień usznych, wikłających sprawę zanikową w nosie Meslay i Viollet znajdowali *bacillus mucosus* Loewenberg-Abel'a.

Ferreri, który się specjalnie zajmował tą kwestyą — znajdował pasorzyt ten 44 razy na 430 przypadków.

Z liczby 166 przypadków cierpień narządu słuchowego przy zanikowym nieżycie nosa, w większej części (74) były to zapalenia ropne ucha środkowego (22 przypadki), jakoteż trąbek Eustachiusza (20 przyp.), następnie ostre ropienie ucha środkowego (6 przyp.), jakoteż ostre nieżytowe zapalenie (otitis catarrhalis media acuta) — 6 razy; cholesteatoma (3 przyp.), caries processus mastoidei (6 przyp.), lues (5), gruźlica (4); stosunkowo bardzo często notowałem nagromadzenie siary

usznej (cerumen)—mianowicie 20 razy; wreszcie w 2 przypadkach notowałem głuchoniemotę.

Jurasz również stosunkowo często notował powikłania uszne (12 razy na 170 przyp. zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny).

Zaburzenia oczne są również stosunkowo częste w przypadkach zanikowego nieżyty nosa — mianowicie notowałem je 80 razy, tj. więcej niż w 7,5% (Jurasz 4 razy na 170 przyp.).

Przedewszystkiem w przypadkach moich zajęty był przewód nośolżowy—po prostu per continuitatem sprawy nieżytowej z jam nosowych—a więc dacryocystitis, połączone ze łzawieniem notowałem w swoich przypadkach 30 razy, następnie blenorrhoea sacci lacrymalis 20 razy, blepharoconjunctivitis 10 razy, conjunctivitis 8 razy, wreszcie kerato-conjunctivitis scrophulosa 2 razy.

Z rzadszych spraw chorobowych narządu wzrokowego spostrzegalem; empyema palpebrarum (1 przyp.), cataracta (2 przyp.), nystagmus (1 raz), wreszcie mouches volantes (6 razy).

Williams często spostrzegal w tem cierpieniu zajęcie kanałów łzowych, Gruber na 30 przypadków dacryocystitis 19 razy notował ozenę, a 8 razy zanikowy nieżyt nosa.

Owrodzenia rogówki były spostrzegane w przypadkach zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny przez Trousseau'a, jakoteż Bock'a; neuritis optica przez Sulzer'a, wreszcie Peck spostrzegal w tem cierpieniu: dacryocystitis, conjunctivitis, ulcera corneae et neuritis optica.

Boezne jamy nosa bywają również często zajęte — zwłaszcza sprawą ropną (empyemata) w przypadkach zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny.

W mojej praktyce notowałem powikłanie to 86 razy, tj. około 8%.

Wszystkie te przypadki oprócz innych metod rozpoznawczych były stwierdzone za pomocą prześwietlania (zatoki Highmor'a i czołowe).

Z przypadków tych prawie połowa (mianowicie 40) były

to ropotoki (empyema) zatoki Highmor'a (12 razy obie, 14 razy prawa, wreszcie 16 lewa), następnie w 9 przyp. zajętemi były zatoki czołowe (w 4 obie — w 3 lewa — 2 prawa); w 6 przyp. istniało zajęcie sprawą ropną jednocześnie zatok Highmor'a, oraz czołowych.

Komórki sitowe były zajęte (caries et empyema) w moich przypadkach 20 razy, przyczem 4 razy w połączeniu z ropieniem zatoki Highmor'a; wreszcie zatoki klinowe—4 razy, oraz raz jeden kombinowane cierpienie (empyema) zatok bocznych nosa (Highmor'a, czołowej, sitowej i klinowej).

Jaki jest związek pomiędzy obu temi sprawami chorobowymi, tj. zanikowym nieżytem nosa wzgl. ozeną, a zajęciem (empyema) zatok bocznych nosa? Czy pogląd Grünwald'a, utrzymującego, że ozena jest zawsze pochodzenia zatokowego (t. zw. teoria ogniskowa) jest słuszny? Kwestya ta w sensie ujemnym była już przezemnie rozstrzygnięta powyżej — mianowicie, że jakkolwiek oba te cierpienia zdarzają się jednocześnie bardzo częstą (porównaj moją statystykę), związek przyczynowy jednakże pomiędzy niemi nie jest stwierdzony w sensie Grünwald'a, gdyż np. na moich spostrzeżeniach, opartych na 290 przypadkach zanikowego nieżyty nosa wzgl. ozeny, w których dokonaniem zostało prześwietlenie, nie byłem w stanie stwierdzić żadnych zmian w bocznych zatokach nosa.

Wspomniałem też powyżej, że większa część autorów jest zdania, że teoria Grünwald'a niema racyi bytu.

Według Luc'a empyema antri Highmori często symuluje prawdziwą ozenę. (c. d. n.).

III. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA
W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

(Ciąg dalszy).

Skrzetusz (wieś, dek. czarnkowski); szpital na pięciu ubogich wystawił Wojciech Konstanty z Goraja Breza, wojewoda poznański († 1689).

Skrzynno, Skrzyńsko (wojew. sandomierskie); w r. 1768 wystawił tu kościół murowany Karol Szydłowski, starosta uszycki. Wdowa po nim zostawiła legat na utrzymanie domu schronienia dla 6 starców i 6 niewiast.

Skwierzyna (mto, dek. pszczewski); był tu szpital jeszcze na początku XVII w.; wizyta z r. 1725 mówi już tylko: „Niegdyś był szpital na przedmieściu skwirzyńskim.“

Sławęcice (wieś, pow. kozielski); szpital na 6 ubogich powstał w r. 1686.

Sławków (pow. olkuski); szpital i kościół pod wezwaniem św. Jana Chrzciciela założył w r. 1298 Jan Muskata, biskup krakowski.

Słonim (wojew. nowogrodzkie); klasztor z kościołem dla bernardynów i szpitalem wymurował i uposażył w r. 1630 Andrzej Radwan, sekretarz królewski.

Słuck; w r. 1666 Kazimierz Kłokocki założył przy farze szpital.

Słupca (mto, wojew. kaliskie); szpital z kościołem pod wezw. Poczęcia P. Maryi i św. Leonarda miał powstać jeszcze w XIV w. Kaplica ze szpitalem św. Ducha fundowana w r. 1421 przez arcybiskupa Mikołaja Trąbę.

Słupia (wieś, dek. bukowski); wizyta Kaczkowskiego z r. 1737 zapisała: „Jest także plac pusty, na którym niegdyś stał dom przeznaczony dla ubogich. Dla tychże jest procent roczny od sumy dwóch set złotych pol.“

Słupia (wieś, dek. krobski); w r. 1529 Łukasz Górka, kasztelan poznański, zapisał szpitalowi 500 złp. W roku 1667 szpital tutejszy miał uposażenie: trzy kwarty roli, wiatrak, trzy łąki, cztery konie, pięć krów, ośm świni, stodołę, oborę, chlew.

Służewo (pow. nieszawski); szpital powstał w połowie XV w. W r. 1560 na miejscu starego kościoła parafjalnego wzniesli nowy, pod wezw. św. Jana Chrzciciela, Jan Służewski, wojewoda brzesko-kujawski, z żoną Małgorzatą i założyli przy nim szpital na 7 ubogich. Szpital miał dwie izby i sień obszerną z ołtarzem. Na utrzymanie szpitala ofiarowali fundatorowie dziesięcinę ze wsi Ośna i 3000 złp.

Śmigiel; szpital z drzewa, gliną wylepiony, o jednej wielkiej izbie ogrzewanej, fundowany w r. 1547 przez Rafała Leszczyńskiego, kasztelana przemęckiego, dziedzica miejscowego. Szpital, chylący się ku ruinie, podżwignął w roku 1640 Przeclaw Leszczyński, wojewoda dorpacki.

Smotrycz (wojew. podolskie); szpital tutejszy w początkach XVIII w. miał dwie izby dla trzech ubogich.

Sochaczew; szpital z kościołem św. Ducha powstał w XV w.—Lustratorowie z 1620 r. mówią o szpitalu żydowskim.

Sokolniki (wieś, dek. pyzderski); w XVII w. szpital miał dwie duże izby ogrzewane i pięć komór; uposażenie składało się z roli i drobnych kapitałów.

Sokółka (mto powiat.); akt erekcyjny szpitala nosi datę 1601 r.

Sokulec (wojew. podolskie); Kazimierz Lipiński złożył fundusz 2000 zł. i wyznaczył ordynaryę na 3 ubogich.

Solec Biskupi (wieś, pow. średzki); szpital istniał już w połowie XVII w., składał się z jednej wielkiej izby ogrzewanej i siedmiu izdebek, miał ogrody i łąki. Wizyta z r. 1784 szpitala tu już nie znalazła.

Sołobkowce (wojew. podolskie); szpital przy probostwie miał 4 izby na 8 osób: 4 mężczyzn i 4 kobiety. Szpital przy klasztorze zawdzięcza swe powstanie Ignacemu Humieckiemu, wojewodzicowi podolskiemu, który przeznaczył dla 6 ubogich 60 złotych rocznie, nadto płaszcz dla każdego czarny sukieny z białym baran-

kowym kołnierzem (na dwa lata), płótna zgrzebnego po 8 arszynów na osobę i dostateczną ilość legumin.

Śrem; prawdopodobnie istniał tu już dawniej szpital, nie pozostało atoli po nim śladów. Na schyłku XVI w. wzniesli tu szpital murowany pod wezw. św. Ducha bracia Barscy: Jan, archidyakon krakowski i Andrzej, kustosz i officyał warszawski. Wizyta Wolskiego z r. 1667 mówi o szpitalu: „W domu tym znajduje się izba wspólna murowana i ogrzewana ze sklepieniem; kapliczka mała, w której się odprawia nabożeństwo dla chorych mieszkających w dwóch izbach ogrzewanych, z których mszy ś. słuchać mogą. Dalej znajduje się w tym domu dwanaście komor sklepionych i łaźnia.“ Szpital miał swoją rolę, zabudowania gospodarskie, ośm koni, pięć krów i t. p. — Drugi szpital istniał tu przy kościele parochjalnym, wystawiony w połowie XVII w. przez ks. Marcina Łękowski, proboszcza miejscowego, miał dwie wielkie izby ogrzewane: jedną wspólną, drugą dla chorych.

Środa (mto, wojew. poznańskie); szpital istniał już w drugiej połowie XVI w. W r. 1639 utrzymywał 12 ubogich; w r. 1784 miał jedną wielką izbę ogrzewaną i 8 komór; utrzymywał 7 ubogich. (*Zapis. 102*).

Staniśławów (mto, ziemia warszawska); szpital fundował i uposażył ks. Stanisław Samborski, dziekan warszawski. (*Zap. 103*).

Staniśławów (ziemia halicka); szpital przy kościele parafjalnym łańskim założył w r. 1662 Jędrzej Potocki.

Starojelna (pow. nowogródzki); szpital istniał w XVIII w. i miał 30 zł. rocznej zapomogi.

Staromieście *vid.* Sędziszów.

Staw (pow. kaliski); kaplica św. Ducha ze szpitalem powstała tu w XVI w.

Stawiszyn (pow. kaliski); kościół i szpital św. Ducha fundowali mieszczanie w końcu XVI w.

Stęszew (mtko, wojew. poznańskie); szpital tutejszy w r. 1663 dawał przytułek sześciu ubogim, miał rolę własną i małe sumy pieniężne; trzymał się do końca XVIII w., kiedy ks. Kazimierz Gołęcki wystawił na jego miejscu własnym kosztem inny.

Stężycza (wojew. sandomierskie); szpital powstał w połowie XVI w.; fundował go Walenty Strzałkowski, podstarości stężycki. (*Zapis. 104, 105*).

Stoczek (mtko, dek. garwoliński); szpital na 6 ubogich założył i uposażył w r. 1564 ks. Marcin, proboszcz miejscowy. Upo-

sażenie podniósł Paweł Wolski, biskup poznański i szpital w XVII w. miał rolę, ogród, łąkę i dziesięcinę z kilku wsi.

Strzelcze (wieś, dek. śremski); szpital założył w połowie XVI w. Marcin Orzeł, pleban miejscowy, (wizyta Happa z r. 1610 zwie go już tylko „niejakim Orzelkiem!“); miał ten szpital jedną wielką izbę ogrzewaną i sześć izdebek, tudzież ogród i stodółkę, w której ubodzy składali „uźbrane od ludzi miłosiernych zboże.“ (*Zapis. 106*).

Stwołowicze (mtko, wojew. nowogrodzkie); jeden z Radziwiłłów fundował tu w r. 1657 szpital przy kościele farnym.

Suraż (pow. białostocki); w początkach XIX w. wybudowano nowy szpital, gdyż dawniejszy był już bardzo stary i zrujnowany.

Swarzędź (wieś, pow. poznański); w r. 1638 szpital tutejszy nie miał wcale uposażenia; w 1725 składał się z jednej wielkiej izby ogrzewanej, dwóch mniejszych i jednej komory. W r. 1647 Karol Grudziński, dziedzic miejscowy, legował 200 złotych.

Świecie (wojew. pomorskie); istniały tu oddawna trzy szpitale: jeden, zwany „domkiem chorych,“ miał w r. 1686 pięciu ubogich, drugi — „wielki“ — miał w tym czasie 12 ubogich, wreszcie trzeci — „mały“ — 5 ubogich. W r. 1863 połączone w jeden.

Świerczyn (wieś, dek. śremski); wizyta z r. 1667 zaznacza, że szpital tutejszy, „wystawiony przez wielebnego niegdyś Macieja Rajsko, plebana świerczyńskiego,“ miał ogród i dwie łączki, dające dwa wozy siana. Wizyta z r. 1737 mówi o szpitalu „mocno nadrujnowanym“ o jednej wielkiej izbie ogrzewanej i 7 komorach.

(*d. c. n.*).

IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

227. D-r Hildebrandt. **Wnioski praktyczne z zakresu chirurgii wojskowej.** (Berlin. klin. Wochenschr. N-r 13, 1906).

Wyniki postrzałów czaszki nie wiele zmieniły się od zaopatrzenia wojsk nowoczesnych w pociski karabinowe kalibru

mniejszego. Statystyka śmiertelności trafionych w czaszkę żołnierzy niemieckich, za okres kampanii r. 1870—71, jak głoszą wykazy lazaretów, dochodziła do 52⁰/₀; sprawozdania amerykańskie z walk na Kubie i Filipinach podają jeszcze wyższą cyfrę, bo 53⁰/₀, z tych zaś, co w ręce chirurga nie dostali się, zmarło 97⁰/₀, nie licząc zabitych na miejscu. W potyczce pod Paardebergiem (wojna z burami) stwierdzono również wyniki nader smutne, pomimo drobnego kalibru broni; z 10 bowiem, leczonych w lazarecie żołnierzy na postrzał głowy, zmarło 8. Zachwyty z dzielnego początkowo trzymania się rannych ustąpiły niebawem miejsca rozczarowaniu na dobre, gdyż przekonano się, że wygrana z humanitarnego punktu widzenia, zależnie od małości pocisków, równoważy się zupełnie większą ich siłą rozpędową, wywołującą rany daleko głębsze, niż dawniej.

Własności urazu i rokowanie zależą przedewszystkiem od średnicy pocisku i jego szybkości. Szrapnel wyrывa nieraz z mózgu kawały wagi 20 grm.; 7,5 kula karabinowa wyrządza, oczywiście, spustoszenia mniejsze, bije za to daleko celniej i szybciej. Stwierdzoną też rzeczą jest powszechnie, że salwy piechoty zbliżka zabijają stale *), chyba, że czaszka draśniętą została z boku tylko i w ogóle przypadki, o których mowa, zakończone wyzdrowieniem, dotyczyły postrzałów z dystansów większych.

Za drugi czynnik ważny przyjąć należy rozległość, na jakiej czaszka uległa przebiciu oraz znaczenie przedziurawionej okolicy mózgu. Im kanał postrzałowy przebiega głębiej, im dłuższym jest, tem staje się groźniejszym dla życia. Urazy bezpośrednie tylnej i średniej jamy czaszki, od broni nowoczesnej, zazwyczaj kończą się śmiercią rannego; im bliżej więc draży pocisk ku podstawie czaszki, tem gorzej rokowanie układa się. Postrzały poprzeczne dają prognozę lepszą od strza-

*) Podczas rozruchów ulicznych w listopadzie r. 1904, w styczniu i w maju r. 1905 w Warszawie wojsko strzelało do tłumów z dystansów bardzo blizkich. Odsetka zabitych była też nader znaczna, a urazy miały wygląd ohydnych ran miażdżonych i szarpanych. Gdyby geneza urazu nie była znaną a priori, możnaby mniemać w przypadkach niektórych, iż poszkodowanym zadano cios obuchem siekiery lub młotem, lub że tkanki wrywano im specjalnemi kleszczami jakimiś — z uwagi na rozległy obrzęk, wylewy krwawe i najnieprawidłowsze zarzysy rany. —Przyp. Sprawozd.

łowych lub pionowych. Powstanie licznych drzazg kostnych, pęknięcie naczyń opony miękiej, rozległość rany powłok, wytwarzanie się, wreszcie, ropni mózgowych, należą do powikłań, dla zejścia ostatecznego arcyujemnych.

Rokowanie w obec urazów czaszki przez pociski armatnie jest gorszem jeszcze. W jednym ze spotkań w kampanii z r. 1894 odłamy bomby chińskiej trafiły w 34 japończyków, kładąc z nich trupem 31. Jak straszniemi są, zresztą, rany w przebiegu staczanej zblizka bitwy morskiej, pouczyły dostatecznie epizody z ostatniej wojny rosyjsko-japońskiej. Pęknięć czaszki z postrzałowymi kanałami drążącymi nie obserwuje się wcale, bo ranni giną na miejscu od skorup granatu. Pociski szrapnelowe są już nieco mniej śmiertelne; z 6 dostawionych do lazaretu rannych takich autorowi udało się wyleczyć 3, u wszystkich jednak istnieją w ciągu dalszym poważne zaburzenia następce.

Wbrew poglądom d-ra v. Bergmann'a, który zaleca, biorąc na ogół, postępowanie wyczekujące, doświadczenie na polach walk z burami przekonało, jak zgodnie twierdzą lekarze angielscy, że każdy postrzał czaszki trepanować należy bezwzględnie pierwotnie*). Nie znaczy to, by zabieg wykonywać natychmiast po stoczeniu bitwy na jakimś, zaimprovizowanym naprędce, punkcie opatrunkowym; owszem, zaczekać trzeba, aż rannego umieści się w szpitalu, bądź w lazarecie, gdzie ma się jaką taką możliwość operowania bezgnilnie; tu bez operacji pozostawia się tych rannych tylko, których stan jest już zbyt rozpaczliwym.

Na skutek akcji czynnej zmniejsza się przedewszystkiem, jeżeli nie usuwa zupełnie, prawdopodobieństwo zakażenia wtórnego, usuwa drzazgi kostne, wbite głęboko nieraz w istotę mózgową i nader liczne, zmniejsza, wreszcie, częstość ropni następczych. Ostatnie powikłanie w przypadkach nieoperowanych dochodzi do 50%, gdy tymczasem angielscy chirurdzy

*) Opierając się na szeregu spostrzeżeń własnych (w szpitalu św. Ducha), wygłosiłem był w swoim czasie pogląd identyczny. Patrz artykuł mój: „Postępowanie chirurgiczne w przypadkach złamań sklepienia czaszki.” *Kronika Lekarska*, N-r 4, 5, 6, 7, 8, 9 i 10, 1905. Pomyślny wynik szybkiej interwencji chirurgicznej obala stanowczo poglądy d-ra Bergmann'a, z istniejącym stanem rzeczy nie zgadzające się wcale.—Przyp. Sprawozd.

wojskowi mieli zaledwie 10 do 15% ropni, pomijając znakomite zmniejszenie się zejść niepomyślnych. Rozumowania powyższe stosują się najwięcej do uszkodzeń czaszki przez granat lub szrapnele; w obec drażących głęboko ran od kul karabinowych można wyczekiwać od biedy, lubo i tu, jak pouczyła praktyka, wyzdrowienie, możliwie wczesne, zależy od wczesnego trepanowania bezwzględnie. Przykłady z wojny ostatniej przekonały chyba wszystkich o racjonalności metody angielskiej i przykrych doznali też zawodów ci, co w początkowym okresie owej wojny ślepo trzymali się zachowawczego tylko sposobu leczenia.

W potyczkach pod Winberg i Heilbron (kampania angloburska) stwierdzono szereg cały drażących pęknięć czaszki, przyczem d-r Makins trepanował natychmiast, w polu szczerem, częściowo nawet pod ogniem nieprzyjaciela. Pomimo okoliczności tak nieprzyjaznych, operowani, z wyjątkiem jednego, wyzdrowieli wszyscy bez powikłań cięższych. W jednym tylko przypadku niepomyślnym (śmierć po upływie dni 14 po operacji) stwierdzono, prócz rozległego braku skóry, zniszczenie zupełne odpowiadającej brakowi okolicy ruchowej; to też, pomimo osiągniętej poprawy na razie, niepodobieństwem było zapobiedz zejściu niepomyślnemu.

Po ogoleniu, wymyciu i odkażeniu głowy u wejścia i wyjścia kuli wykonywa się cięcie na krzyż lub w półkole, przyczem brak lokować się winien w ośrodku wykrajanego w ten sposób płatu; istniejące otwory rozszerzyć należy dłutem, młotkiem i kleszczami aż do zupełnego obnażenia dna rany, uciśkające kawałki kości usuwa się, w obec postrzałów żłobowych, tak daleko, dokąd sięgają brzoźdy. Operujący nader oględnie pomaga sobie palcem, by nie przeoczyć wciśniętych najgłębiej odłamów, wygarnia skrzepy oraz zmiażdżone części mózgu, wreszcie, nakłada szew częściowy w razie braku objawów zapalnych. Jeśli postrzały drażą głęboko, wystarczy obnażyć tylko dziurę wejściową, otwór wylotu—wtedy tylko, gdy zbyt jest wielkim. O uwięźniętą gdzieś kulę niema się co martwić zanadto, pozostawienie tejże nie pociąga za sobą następstw cięższych; oczywiście, pocisk do wygarnięcia dostępny, wyjąć trzeba.

Leczenie następcze sprowadza się głównie do zabezpieczenia ранnego przed niedogodnościami transportu, do uregulowania diety i opieki. W obec objawów podrażnienia, drga-

wek, padaczki korowej lub ropnia mózgowego, czaszkę otwiera się znowu i szuka winowajców najczęstszych, t. j. odszczepów kostnych, które zostały się w ranie. Drzazgi takie dają się w ogóle odnaleźć łatwo, sterczą bowiem najczęściej w początkowym kanale odcinka mózgowego. Nieraz powstaje równocześnie niewielkie wypadanie mózgowia, przemijające po otwarciu ropnia. W każdym razie nie należy nigdy skrawać sterczącej na zewnątrz części mózgowia.

I po zupełnym zablźnieniu się rany wypadnie czasem wykonać zabieg dodatkowy z racyi pozostawionego w tejże pocisku. Decyzya, czy ten ostatni usunąć trzeba koniecznie, należy do najtrudniejszych spraw w chirurgii, wtedy, zwłaszcza, gdy kula spoczywa na podstawie czaszki. Utorowanie bowiem drogi kosztem niszczenia nerwów i drażnienia istoty mózgowej wyrządzić może straty, nie równoważące się bynajmniej korzyścią z wyjęcia pocisku; nadto pamiętać należy, że i odszukanie tegoż nie zawsze jest możliwem, pomimo ulepszeń w metodzie Roentgen'a.

K. Niedzielski.

228. J. B. Zeldowicz. **Przyczynek do techniki operacyjnej ropni wątroby.** (Russkij Wracz. N-r 15, 1906).

Zabiegi chirurgiczne w przypadkach, o których mowa, odznaczają się dotąd jeszcze niezwykłą zachowawczością. Zazwyczaj tam, gdzie niema zrostów między wątrobą i ścianą brzucha, narząd przyszywa się do tej ostatniej, poczem — zakłada gazę w pośrodku i czeka, aż powstaną zrosty. Wówczas dopiero ropień otwiera się i jest to operowanie w 2 tempa. Metoda wykonywania rękoczynu na jednym posiedzeniu polega na przymocowaniu wątroby do powłok brzusznych i przecinaniu ogniska ropiejącego natychmiast albo też — na wypuszczeniu uprzedniem ropy, drogą przekłucia, pod osłoną tamponów.

Niekiedy jednak zdarzają się przypadki, w których z uwagi na stan ogólny chorego, opróżnić należy ropień bezzwłocznie, choć przyszycie wątroby jest niemożliwem. Jakże postąpić wówczas? Oczywiście, zastosować wypadnie jedyny, racjonalny tu, sposób Körte'go — wytamponowanie zabezpieczające i opróżnienie ropnia. O metodzie tej, biorąc na ogół, w najnowszych podręcznikach nawet nie mówi się nic zgoła i, że postępowanie to nie wywalczyło sobie dotąd jeszcze przynależnych mu praw obywatelstwa, przekonywają o tem najlepiej ostatnie prace

Loison'a i Perutz'a. Widzimy tam, jak chirurdzy stopniowo, drogą doświadczenia smutnego, dochodzili do wniosków słusznych na temat konieczności omawianej przez autora metody wyosabniającej.

Spostrzeżenie d-ra Z. dotyczy chorego urzędnika w Telinie (Mandżurya), rodem greka, który przebywał w Chinach od 2-ch lat i tamże nabawił się, wycieńczającej go mocno, biegunki krwawej. Podczas badania pacyenta stwierdzono, iż całą niemal prawą połowę brzucha, od łuku żeberkowego ku dołowi, na 3 palce poniżej pępka, zajmuje sprężysty guz chęlboczący, który dawał się przesunąć bez trudu podczas wykonywania ruchów oddechowych. Guzowatość, bolesna na dotyk, dawała odgłos wypukowy tępy zupełnie.

Wśród warunków, nie sprzyjających ku wykonywaniu zabiegu lege artis, w chińskiej fanzie, przemienionej na szpital kolejowy, zadecydowano wykonanie rękoczynu bezzwłocznie. Po uspieniu chorego chloroformem poprowadzono cięcie wzdłuż brzegu zewnętrznego prostego mięśnia brzucha, od łuku do pępka, po stronie prawej i z kolei otworzono otrzewną. Błyszcząca, centkowana i gładka, szaro-zielonej barwy, wątroba zajmowała całe pole operacyjne. Na obwodzie rany, między wątrobą i odciągniętymi ku górze brzegami powłok założono pierścieniem przylegające ściśle, złożone we czworo szerokie paski gazy, jeden przy drugim, przyczem paski te drażyły do jamy otrzewnowej głęboko, co było koniecznem, z uwagi na możliwe rozluźnienie się tamponów po usunięciu ropy z omawianego narządu. Po próbnej punkcji wątroby można było przekonać się łatwo, że tkanki jej właściwe stanowią warstwę, niesłychanie ciężką i luźną do tego stopnia, że już podczas przekłuwania próbnego tkanki te rozlażyły się, a ropa spływała na zewnątrz, obok igły. Okoliczność tę należy mieć na względzie, gdy wykonywa się punkcję wątroby przez powłoki brzuszne, na ślepo. W tym stanie rzeczy nie można było myśleć nawet o przyszywaniu wątroby. Ognisko rozcięto i zawartość ropnia wylała się zeń obficie pod ciśnieniem znacznym. Ranę wątroby wypełniono gazą bardzo szczelnie i nałożono opatrunek uciskający.

Podczas zmiany takowego w dniu następnym autor, badając ranę palcem, przekonał się, że cały niemal zraz prawy stanowi jamę olbrzymią, a tkanki narządu są tak zniszczone, iż przedni brzeg ostry składa się z dwóch płatków tylko,

po między które palec wchodzi bez trudu. Rozszerzono cięcie wątroby i wprowadzono doń dren oraz gazę świeżą. Stan operowanego ogólny zadowalniający, gorączki niema. Tampony zabezpieczające usunięto po upływie tygodnia i założono nowe na ich miejsce, lecz mniej głęboko; od tegoż czasu jamę w wątrobie zaczęto przemywać ciepłym roztworem soli. Po upływie dni 15 tampony usunięto zupełnie, na obwodzie stwierdzono zrosty mocne. Z upływem tygodni ośmiu otrzymano zagojenie doszczętne.

Autor oświadcza się stanowczo za operacyą na jednym posiedzeniu i wykonywaniem za pomocą gazy wyosobnienia wątroby zamiast przyszycia.

K. Niedzielski.

II. Choroby skóry.

229. Iozeph Severino. **Łatwy sposób rozpoznania złośliwego zapalenia jamy ustnej, nieznoszenia lub nasycenia rtęcią organizmu.** (La Sem. méd. N-r 16, 1906).

Zmieniony smak w ustach, uczucie oskomy, utrudnienie żucia, oddech nieprzyjemny, obnażenie drugich zębów trzonowych, a czasem i siekaczy górnych, bolesność zębów na ucisk i zaczerwienienie dziąseł, należą do zwykłych objawów zapalenia błony śluzowej jamy ust, zwanych przez Fournier'a zatrważającymi (stomatite d'alarme). Jeżeli w tym stanie jamy ustnej leczenie nie będzie przerwane, mogą rozwinąć się objawy groźniejsze, zmuszające do przerwania leczenia na czas dłuższy, co znów staje się niebezpiecznym, ze względu na zajęcie przymiotem ważnych narządów ustroju.

W przypadkach podobnego rodzaju należy przekonać się, czy objawy powyższe zależą od nasycenia organizmu rtęcią, czy istnieje tylko wrażliwość szczególna, lub też czy chory zachowuje odpowiednie przepisy higieniczne. Stosownie do tego lekarz musi albo zawiesić leczenie na czas jakiś, lub też zastosować tylko energiczniej działające środki, odkażające jamę ustną.

Ażeby przekonać się o tem, autor dotyka się lekko powierzchni przednich siekaczy małym wacikiem, napojonym nalewką jodową, poczem zaraz każe choremu dobrze naślinić miejsca dotknięte tym odczynnikiem. Po upływie pół minuty,

jeżeli odczyn jest dodatni, zęby przyjmują kolor różowy, mniej lub więcej silnie wyrażony, dwujodku rtęci.

Zabarwienie różowe zębów pod działaniem jodu nie występuje nigdy u osób, które w czasie leczenia rtęcią starannie utrzymują usta i których narządy wydzielnicze spełniają sprawnie swą czynność; odczyn dodatni wskazuje stanowczo na nasycenie rtęcią organizmu, lub też nieznoszenie jej.

Odczyn powyższy występuje zawsze, bez względu na związek chemiczny rtęci i drogi, którymi został wprowadzony do ustroju.

W przypadkach ostrego zatrucia rtęcią, przedewszystkiem, gdy chory nie ma zamiaru przyznać się do używania trucizny, próba ta również dać może cenne wskazówki.

Okoliczność tę, że odczyn opisany występuje tylko u osób, którym grozi ciężkie zapalenie jamy ustnej, wrażliwość szczególna lub zatrucie rtęcią, objaśnia się tem, że rtęć w dawkach leczniczych wydziela się prawie zupełnie z kałem, a przedewszystkiem z moczem, w ślinie zaś znajdują się jej tylko ślady, trudno dające się wykryć. Gdy jednak organizm zaczyna nasycać się rtęcią, lub też gdy z innych przyczyn usposabiających filtr nerkowy, nie spełnia swej czynności prawidłowo, wydziela się wtedy ze śliną znaczna ilość rtęci, którą można już wykryć prostym sposobem, jeszcze przed wystąpieniem głębszych zmian błony śluzowej ust i dziąseł, zmian—sprzyjających równocześnie przenikaniu łaseczników miejscowych, pod wpływem których rozwijają się zapalenia złośliwe.

J. Wojciechowski.

230. J. R. Dill i Musgrave. **Zakażenie amebami pęcherza bez obecności przetoki odbytnico-pęcherzowej.** (La Sem. méd. N-r 9, 1906).

Obecność w moczu ameb była spostrzegana u osób posiadających przetoki odbytnico-pęcherzowe lub też zmiany kanału pokarmowego; przypadki znajduwania tych pasorzytów w drogach moczowych, niezależnie od wspomnianych przyczyn, należą do nadzwyczajnie rzadkich.

Spostrzeżenie autorów odnosi się do mężczyzny 28 lat, który, czując się zawsze dobrze, zaczął naraz doświadczać bólu w prawej okolicy lędźwiowej. Bóle, stopniowo wzmagające się, zmusiły chorego do zapisania się do szpitala.

Badanie moczu nie wykryło nic nienormalnego; choremu

zastosowano przemywania pęcherza z roztworu kwasu bornego. Po ośmiu dniach zbadano pęcherz, przypuszczając istnienie kamienia, po trzech zaś dniach chory zaczął oddawać mocz krwisty z trudem i wydymaniami. Cierpienie wzmagало się; badany tym razem mocz zawierał liczne ameby.

Wezwany na naradę d-r Musgrave stwierdził istnienie ruchomej prawej nerki, która była przyczyną bólu w prawej okolicy lędźwiowej. Ponieważ w wypróżnieniach ameb nie wykryto, zastosowano przeto tylko przepłukiwania pęcherza roztworem siarczanu chininy, zaczynając od 0,20 do 1%. Pod wpływem takiego leczenia ameby znikły zupełnie w ciągu dwóch tygodni.

Z opowiadania chorego dowiedziano się, że w szpitalu, w którym był poprzednio, znajdowało się dużo osób cierpiących na krwawiączkę, leczonych przemywaniami kiszek. Otóż, niejednokrotnie służba szpitalna, zaraz po załatwieniu się z chorymi powyższymi, przystępowała do przemywania jemu pęcherza, bez zachowania odpowiednich ostrożności, a przedewszystkiem dokładnego wymycia rąk. Z powodu teje samej przyczyny ameby mogły być wprowadzone do pęcherza cewnikiem, podczas poszukiwania kamieni.

J. Wojciechowski.

231. P. Niewiadomski. **O znaczeniu mikroorganizmów w ospie.** (Wrac. 1905, 9 lipca).

Wiadomo, że wtórne podnoszenie się ciepłoty w przebiegu ospy następuje współcześnie z przekształcaniem się surowiczey zawartości pęcherzyków w ropną. Ponieważ poglądy na wpływ mikroorganizmów, mających być przyczyną zmian powyższych, są bardzo podzielone, autor przeto postanowił dokładnie zbadać florę szczepionek i wykwitów ospy, jak również określić stosunek ich kliniczny do siebie.

Badania szczepionek limfy wykazały zawartość w nich mikroorganizmów ropotwórczych i pasorzytów trupich t. zw. saprofitów (*Staphylococcus albus et aureus*, *Bacillus subtilis*, *penicillum glaucum* i t. p.), ilość ich jednak stopniowo zmniejszała się, odpowiednio do czasu przechowywanej szczepionki. Otóż, szczepienia, robione taką limfą, dłuższy czas przechowywaną i pozbawioną mikrobów ropotwórczych, dawały jednak wyniki dodatnie.

Tak więc, drogą samoodkażenia limfy, mikroby ropo-

twórcze utraciły swe życie, a przejście pęcherzyków w krostki (pustulae) odbywać się może bez ich udziału.

Z drugiej strony, Niewiadomski zbadał bakteryologiczną zawartość krostek ospowych w 6-iu przypadkach ospianki (variolois), 20 ospy z przebiegiem normalnym, 5 ospy zlewającej się, 4 ospy wybroczynowej i 2-ch z wysypką rozsianą, lecz szybkim rozwojem krostek i zejściem śmiertelnym na 6 lub 8-my dzień po utworzeniu się ospic.

Wynik tych badań był następujący:

W ospie o przebiegu prawidłowym autor nie znalazł mikrobów ropotwórczych, w 1 przypadku ospy zlewającej się znaleziono staphyl. aureus, 4 zaś pozostałe były jałowe; w przypadkach ospy krwotocznej, w ospicach wszystkich chorych zauważył obecność streptokoków; nakoniec w 2-ch ostatnich przypadkach z zejściem śmiertelnym wykrył staphyl. aureus.

Z powyższych badań wynika, że w ospie z przebiegiem prawidłowym przemiana surowicznej zawartości pęcherzyków na ropną i powstawanie t. z. gorączki ropnej, towarzyszącej tym zmianom, odbywa się bez udziału mikrobów ropotwórczych. Występowanie zatem tych ostatnich należy uważać za zakażenie wtórne, dodatkowe, zmieniające normalny przebieg choroby i będące przyczyną ich postaci złośliwych.

Autor twierdzi, że przyczyna ta jest w ścisłym związku z rozwojem pierwiastków upostaciowanych w zawartości pęcherzyka i ich produktach, gorączka zaś, towarzysząca temu okresowi, nie zależy wcale od tworzenia się ropy, lecz od przenikania do organizmu toksyn, znajdujących się w ospicach.

J. Wojciechowski.

232. D. W. Feldberg. **Zmiany anatomo-patologiczne skóry u dzieci w ospie i płonicy.** (Rozprawa na stop. d-ra med. Pet. 1905).

Jakkolwiek odra i płonica, jako cierpienia ogólne, dziś z niektórych podręczników chorób skórnych zostały usunięte, niemniej jednak, chociażby ze względów czysto praktycznych, każdy dermatolog znać je dokładnie powinien.

W obszernej literaturze, załączonej przez autora, dotyczącej badań nad zmianami skóry w chorobach wspomnianych, nie znajdujemy krytycznej i samodzielnej oceny, to też nowem opracowaniem omawianego przedmiotu autor starał się brak ten uzupełnić.

Wyniki tych badań, poparte licznymi tablicami preparatów drobnowidzowych i protokołami kilkudziesięciu oględzin pośmiertnych dzieci, zmarłych na odrę i płonicę, są następujące:

1) Zarazek płonicy, dostawszy się do naczyń, zaopatrujących dolne warstwy skóry, wywołuje silne ich rozszerzenie, zkąd szybko po nich wstępuje do góry, aż do samego nabłonka.

2) Jednocześnie z powyższym objawem występuje przesiek płynu do otaczających tkanek, lecz sprawa ta idzie wolniej, widocznie z powodu obfitej ilości upostaciowanych pierwiastków wysięku, który jednak nie jest w stanie przeszkodzić rozszerzeniu naczyń, jak to napotyka się w odrze, jakkolwiek częściej i tu wpływ obrzęku na rozszerzenie naczyń ma miejsce, albowiem ogniska pierwotnego rozszerzenia występują w postaci ciemno-czerwonych kropek pośród mniej silnie zabarwionej okolicy, t. j. naczyń w nich są rozszerzone najsilniej.

3) Wysięk w tkance łącznej w płonicy jest większy, aniżeli w odrze, jest on prawdopodobnie i więcej jadowity. Włókna tkanki łącznej szybko pęcznieją, rozciągają się, przyjmując na wysokości sprawy jednorodny wygląd, a w ciężkich przypadkach ulegają szklistemu zwyrodnieniu, to samo dzieje się i z komórkami tkanki łącznej; w przypadkach bardzo ciężkich, gdzie obrzęk jest silny, przenika on i do mieszków włosowych, a rozprzestrzeniając się do warstwy rogowej, daje początek tworzeniu się jamek pomiędzy wewnętrzną i zewnętrzną pochwą. Włókna elastyczne prawie są niezmienione; w przypadkach jednak niezwyklego obrzęku spostrzega się pewne ich rozciągnięcie i naderwania.

4) Emigracja komórek wędrujących niezwykle obficie występuje na wysokości rozwoju choroby w okresie pokwitania; w przypadkach ciężkich przyłącza się do niej przenikanie czerwonych krwinek przez naczynia (diapedesis), nadewszystko w okolicy brodawek; w płonicy krwotocznej sprawa dochodzi do rozrywu naczyń. Komórki wędrujące gromadzą się w kierunku rozgałęzień naczyń, gruczołów potowych, torebek włosowych i w warstwie brodawkowej.

Z chwilą zaczynającego się zdrowienia, t. j. w końcu 4-go tygodnia część tych komórek usuwa się, część zaś ginie, tym sposobem ilość ich bywa znacznie mniejsza; pewna ich ilość ulega dalszym zmianom, albowiem spotyka się wtedy komórki wędrujące dużych wymiarów (poliblasty) i komórki tuczne

Ehrlich'a, ilość których w okresie pokwitania stopniowo zmniejsza się, na koniec nikną zupełnie.

5) W gruczołach potowych spostrzega się tylko nieznaczne napęcznienie komórek w okolicy ich przewodów.

6) Gdy komórki wędrujące wraz z obrzękiem osiągną górnej granicy naskórka, to i w tej warstwie skóry zaczynają się zmiany, charakteryzujące się obrzękiem okołojądrowym, zmianą postaci komórek ich jąder, jak również zanikiem tych ostatnich; pomiędzy komórkami gdzieś tworzą się szczeliny. W końcu tego okresu występują zmiany i w sieci Malpigi'go, która miejscami zanika.

7) Jednocześnie i pokład rogowy zaczyna ulegać zmianom. Naskórek traci swe uwarstwienie i zamienia się na jednorodną masę, przyczem w dolnych jej warstwach spotyka się odłamki jąder nad niezmienionym pokładem ziarnistym, w innych zaś razach ten ulega zanikowi, a wtedy widzieć się daje bezpośrednio przejście komórek kolczastych do słabo zrogowaciałych, odpadających łuseczek.

8) Z nastąpieniem okresu łuszczenia się, zmieniony w jednorodną rogową warstwę, naskórek zaczyna odpadać w postaci dużych blaszek, w płonicy nawet na miejscach z bardzo grubą warstwą rogową, czego w odrze nie spotyka się.

9) Odbudowa warstwy rogowej uzupełnia się w takim porządku: w miarę ustępowania objawów zapalnych w skórze i warstwie Malpigi'ego, odradza się najpierw warstwa ziarnista, z której wytwarza się prawidłowo zrogowaciała warstwa naskórka. Czynność powyższa dokonywa się jednak bardzo wolno, gdyż w warstwie Malpigi'ego dzielenie się jąder w okresie łuszczenia jest nie wiele większe od czynności tej w okresie poprzednim.

10) Obecności mikroorganizmów w żadnym okresie choroby nie udało się wykryć w skórze.

Porównywając zmiany skóry w odrze i płonicy, należy przyjść do wniosku, że w pierwszym cierpieniu ma przewagę silny obrzęk skóry i także rozszerzenie naczyń krwionośnych w niższych jej warstwach, w płonicy zaś bywa naodwrot, bardzo wybitne rozszerzenie naczyń znajdujemy we wszystkich warstwach wraz ze znacznym komórkowym naciekiem.

Zmiany warstwy Malpigi'ego w odrze ograniczają się do okołojądrowego obrzęku; w szkarlatynie zaś występują głębsze

zmiany w tej warstwie, dochodzące niekiedy do zwyrodnienia komórek.

Warstwa rogowa w odrze, prawdopodobnie z powodu krócej trwającej sprawy i mniejszej jadowitości toksyn, bywa również mniej zmieniona, niż w szkarlatynie, gdzie następuje oddzielanie się stosunkowo dużych rogowych blaszek, gdy tymczasem w odrze odpadają małe, otrębowate luseczki i przede wszystkim w tych miejscach, gdzie warstwa rogowa jest cienka.

J. Wojciechowski.

233. Adolfo de Castro y Lopez. **Leczenie rzeźączki przewlekłej.** (Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie. N-r 2, 1906).

Wydzielina ropna, napotykana stale w przebiegu rzeźączki przewlekłej, badana pod drobnowidzem, odpowiednio do przebiegu choroby, może składać się: 1-o z komórek nabłonkowych, zawierających gonokoki lub nie; 2-o może nie posiadać gonokoków, lecz za to inne mikroorganizmy; 3-o nie zawiera ani gonokoków, ani mikroorganizmów, lecz komórki nabłonkowe rozmaitej postaci, które wskazują na zaszłe zmiany w błonie śluzowej.

Autor opisuje szczegółowo znane sposoby badania i leczenia tych rozmaitych postaci rzeźączki, sam zaś zaleca przemywania głębokie za pomocą szprycy, pojemności 10,0 do 100,0, zamiast bardzo obfitych, wykonywanych natryskiwaczem (irrygatorem).

Niezależnie od miejscowego leczenia, radzi bardzo stosować do wewnątrz jodek potasu, pod wpływem którego otrzymywał w licznych przypadkach znakomite wyniki. Zarówno jak gardzieli i krtani, błona śluzowa kanału moczowego wydziela jodek potasu, działający na nią odkażająco. Jodek potasu, rozszerzając naczynia, powiększa przestrzeń zetknięcia się błony śluzowej z samym lekiem, jednocześnie sprowadza w niej dogodniejsze warunki odżywiania i powiększa odporność.

Spostrzeżenia kliniczne jasno przekonywają, że wyłączone stosowanie jednego sposobu leczenia do wszystkich chorych i we wszystkich okresach cierpienia nie sprowadza wyleczenia. Według jego rady, ażeby zastosować leczenie, odpowiednio do danego przypadku i okresu choroby, należy często uciekać się do mikroskopu i uretroskopu, a to w celu poznania, o ile moż-

ności dokładnego, źródła, umiejscowienia i obszerności zmian, wywołanych rzeżączką.

Ogólne prawidła leczenia rzeżączki są następujące:

W tych przypadkach, gdzie istnieją mikroorganizmy, należy stosować obfite przemywania za pomocą szprycy ze słabych roztworów przeciwnilnych.

Jeżeli mikroorganizmów już niema, a ropienie jest słabe, ważne usługi może oddać uretroskop; odpowiednio do znalezionych wtedy zmian, stosujemy wkraplania, stopniowe rozszerzanie kanału, usunięcie zmienionych gruczołów lub narostów brodawkowych i t. p. Nieprawidłowy stan kanału pokarmowego jest przeciwwskazaniem do stosowania jodu.

J. Wojciechowski.

234. Guhr. **Leczenie łuszczycy promieniami słońca.**
(La Sem. méd. N-r 18, 1906).

Widząc zupełne zniknięcie łuszczycy (psoriasis) w ciągu 15 dni u pewnego młodego człowieka, który miał zwyczaj osuszać się po kąpielach morskich, wystawiając swą skórę na działanie słońca, autor z bardzo dobrym skutkiem zaczął stosować tego rodzaju helioterapię w przypadkach wspomnianego cierpienia.

W celu odpowiedniego działania promieni słonecznych, rozebranego chorego kładziono na materac w czasie największego upału, oceniając przytem głowę. Chory zmieniał często swe położenie, w celu stopniowego naświetlania wszystkich okolic ciała, co trwało zwykle 20 do 50 minut.

Działanie promieni słonecznych zaznaczało się najpierw przyjemnem uczuciem ciepła; skóra zaczynała zaczerwieniać się, następnie występowały krople potu na twarzy, pod pachami i pomiędzy fałdami pośladków. Stopniowo wydzielanie się potu stawało się ogólnem, występując na całej powierzchni skóry. Ażeby wzmocnić wydzielanie się potu, zawijano niekiedy chorych w koldrę wełnianą na 10 do 20 minut. We wszystkich przypadkach czynność kończono kilkoma szybkimi oblaniami chłodną wodą, następnie półgodzinną przechadzką.

W pierwszych dniach zauważyć było można w kilka godzin po naświetlaniu objawy podniecenia ogólnego i miejscowe podrażnienie skóry, które jednak znikaly w ciągu dni kilku. W tymże czasie, pod wpływem obficie wydzielanego potu, łuski ulegały rozmiękczeniu, odsłaniały się tym sposobem miejsca

zmienione, na które już bezpośrednio mogły działać promienie słońca.

Ponieważ w porze zimowej trudno wywołać pocenie się, dla osiągnięcia więc tego celu autor zastosował rodzaj skrzyni oszklonej, którą nakrywano całego chorego, ułożonego na materacu, z wyjątkiem głowy.

Pod wpływem tego rodzaju leczenia nacieki łuszczycowe znikają szybko, odżywianie tkanek, a zarazem i stan ogólny, powracają do normy.

J. Wojciechowski.

Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

235. **Leczenie drgawek porodowych kalomelem** zaleca Wilson z Filadelfii, wychodząc z zasady, że kalomel ma potrójne działanie: jako środek moczopędny, wodopędny i przeciwfermentacyjny. Autor daje kalomel w czasie napadu po 0,75 do 1,25, przyczem, chcąc uniknąć ślinotoku i biegunki, dodaje trochę morfiny. W wielu przypadkach otrzymał wyniki zachęcające.

M. B.

(Sem. méd. N-r 19, 1906).

236. **Radioterapia zimnicy.**

Maragliano wystawiał na działanie promieni Röntgen'a śledzionę chorego, który od dwóch dni miewał codziennie ataki (promienie filtrowane na diachyłu). Zaraz po pierwszym posiedzeniu napad opóźniony był o 2 godziny; ciepłota maksymalna była niższa niż dni poprzednich. Nazajutrz, po drugim posiedzeniu—opóźniono napad o 5 godz.; największa ciepłota nie przekraczała 38°.

Ponieważ gorączka się więcej nie zjawiała — przypuszczać należy, że chory powrócił do zdrowia dzięki promieniom X. Autor nie wypowiada tego z absolutną pewnością, czekając potwierdzenia swojego przypuszczenia w większej ilości przypadków.

(Sem. méd. N-r 19, 1906).

M. B.

237. **Cukier przesiąknięty octem przeciw czkawce.**

Napady czkawki często bardzo trudno dają się powstrzymać (np. u histeryków), nie pomaga nawet faradyzacja n. phrenici. Otóż

Argeiller (z Billom) w najporczywszych przypadkach powstrzymuje czkawkę, dając choremu do gryzienia kawałek cukru umoczonego w occie.

M. B.

(Sem. méd. N-r 19, 1906).

238. Hagen. **O działaniu Atropiny-Eumidryny w zachorowaniach przewodu pokarmowego.** (Deutsches Archiv für klin. Medicin. Tom 86, 4—6 zeszyt).

Według mniemania autora za mało zwracano uwagi na działanie tak różnostronne atropiny. Jest tu mowa tylko o małych dawkach, które regulują ruchy kiszek i podrażniają z jednej strony, z drugiej zaś strony usuwają pewne stany skurczowe jelit. Wynik zależy tylko od ścisłego dawkowania i od miejscowego stosowania środka. Najlepszym i najpewniejszym co do działania okazała się eumidryna, to jest saletrzanokwaśna metylatropina. Stosuje się ją wewnątrznie, lub też jako zastrzyknięcie podskórne w ilości $\frac{1}{2}$ —1 miligrama. Autor otrzymał zadowolniające wyniki, stosując eumidrynę w wymiotach z powodu rozszerzenia żołądka, owrzodzeń, ciąży, paraliżu jelit, kamieni żółciowych, porażnej niedrożności jelit, jakoteż w wymiotach z powodu zapalenia кишки ślepej i wyrostka robaczkowego, stosując przytem ciepłe okłady.

W. B.

239. Ziegler. **Drobnowidzowy zastój zawartości żołądka, jako objaw raka żołądka w okolicy małej krzywizny.** (Deutsche Zeitschrift. f. klin. Medic. Tom 58, zeszyt 5—6).

Drobnowidzowe resztki zawartości żołądka w pewnych warunkach znajdują się w żołądku po zupełnem wypłukaniu resztek zawartości żołądka, widocznych gołym okiem, aż do następnego spożycia pokarmów. Objaw ten trwa miesiącami i świadczy o tem, że część ścianki żołądka przy małej krzywiznie lub w jej okolicy stała się nieruchomą przez nacieczenie i straciła swe ruchy robaczkowe, zupełnie jak w raku ścianki żołądka. Zawartość zastoinowa składa się z kawałeczków śluzowych przy końcu zgłębnika po przemywaniu, zawiera on kropelki tłuszczowe, ziarenka króchmalne, włókienka mięśniowe i stale Oppler'oskie prątki, układające się w nitki. Objaw ten ma wielkie znaczenie, jeżeli go się pomimo szczegółowego przepłukania znajduje.

W. B.

240. Katzenelson-Lurie. **O Glutannolu lub Turycynie.** (Dyssertacya w Zurychu).

Glutannol lub Turycyna jest to chemiczne połączenie taniny

z białkiem roślinnym, specjalnie z klejem roślinnym. Połączenie to zawiera 70% białka roślinnego i 30% taniny. (W innych preparatach taniny z białkiem, wzięto połączenie taniny z białkiem zwierzęcem). Jest to proszek brązowy, bez zapachu i smaku, bardzo odporny na działanie soków żołądka; jest on nieszkodliwy i jakoby i w wielkich dawkach wcale nie podrażnia błony śluzowej żołądka. Daje go się w dawkach po 0,5—1,0 dla dorosłych, dla dzieci po 0,25—0,5—1,0. Działa ten środek dobrze w zapaleniu żołądka i kiszek u dzieci. W Zurychu wypróbowano go w szpitalu dziecięcym w 25 przypadkach, otrzymano wyniki zadowolniające, tak że można środek ten szerszemu ogółowi polecać.

W. B.

241. Klieneberger. **Wcieranie preparatów rtęciowych i ich oddziaływanie na narządy moczowe.** (Zeitschrift. f. klin. Medicin. Tom 58, zeszyt 5—6).

Liczne badania autora pokazały, że znacznej różnicy w działaniu szarej maści u syfilityków i niesyfilityków niema. Prawie że w 75% przypadków po wcieraniu następuje zwyrodnienie szkliste wałeczków moczowych zwykle po upływie drugiego tygodnia lub na początku trzeciego. Trwa ono od 10 dni do 10 tygodni. Powiększenie ilości komórek nabłonkowych i białych ciałek krwi znajduje się bardzo rzadko; w ciężkich chorobach nerwowych znajduje się dosyć często pojedyncze czerwone ciała krwi. Szkliste zwyrodnienie wałeczków moczowych nie zależy wcale od innych objawów zatrucia rtęcią, nie zależy też zupełnie od białkomoczu, wywołanego przez stosowanie rtęci. Wytworzenie się szklistych wałeczków moczowych należy przypisywać komórkom nabłonkowym wydzielniczym.

W. B.

242. Artarit. **Neuronal w chorobach umysłowych.** (Dyссерtacja w Paryżu).

Autor podaje wyniki, które otrzymywał, stosując Neuronal u chorych umysłowo w 53 przypadkach. Neuronal jest to chemicznie Bromdiäthylacetamid. W dawkach od 1,0—2,0 okazał się Neuronal jako dobry środek nasenny. Nigdy nie zauważono przykrych ubocznych objawów lub też działania zbiorowego. Niebezpieczeństwo przyzwyczajania się do neuronalu jest nieznaczne. W konwulsjach epileptyków środek ten nie działał. Dawki trujące wywołują paraliż mięśni. Przykry smak neuronalu należy pokrywać innymi środkami.

W. B.

243. **Podawanie surowicy przeciwpaciorkowcowej przez odbytnicę w zapaleniu wsierdza, zakażeniu pochodzenia gonokokowego i plamicy krwotocznej** (purpura haemorrhagica),

5 lat temu stosował surowicę per rectum Mc. Donnel (p. Sem. méd. 1901, str. 56). Obecnie stosują podobne podawanie surowicy lekarze angielscy: Raw i Road. W 25 przypadkach zakażeń septycznych otrzymali tak zachęcające wyniki, że odrzucili drogę podskórną. Technika d-ra Raw polega na uprzednim oczyszczeniu kiszek za pomocą lawatywy i środka przeczyszczającego, a także przemyciu odbytnicy ciepłym roztworem fizyologicznym soli—poczem wprowadza się do odbytnicy 20 cc. surowicy przeciwpaciorkowcowej, do której dodano 40 cc. roztworu fizyologicznego soli T 38°. Podobne iniekcje do odbytnicy robią się rano i wieczór, niekiedy nawet częściej. Chory zatrzymuje z łatwością niewielką ilość płynu. Płyn ten wsysa się doskonale i to bardzo szybko.

Raw stosował powyższe iniekcje w 3 przypadkach endocarditis maligna—z tych w jednym przypadku chory zmarł tak szybko, że surowica nie mogła mieć nawet żadnego wpływu. W drugim przypadku chory otrzymał 560 cc. surowicy. Zaraz po pierwszych iniekcjach nastąpiło polepszenie, tak stanu ogólnego, jak i miejscowego. Chory znajdował się w okresie zdrowienia — umarł jednak nagle w 6 tygodni po spadku temperatury wskutek zatoru.

W trzecim przypadku cierpienia serca — ostre zapalenie przyłączyło się do starych uszkodzeń wsierdza (chora cierpiała kiedyś na reumatyzm) — tutaj surowica dała doskonale wyniki — chora po 3-ch tygodniach opuściła szpital.

W tymże samym czasie Fenwick i Parkinson z Londynu stosowali iniekcje surowicy do odbytnicy w 2 przypadkach posocznicy gonokokowej i w 2 przypadkach zapalenia stawów tegoż pochodzenia — chorzy, którym wszelkie inne środki nie pomagały, znakomicie się poprawili; wpływ ropny zginął, bóle także ustąpiły —niemniej i objawy ogólne.

Podobne zachęcające wyniki otrzymali autorowie w 2 przypadkach plamicy krwotocznej.

Co się tyczy dawki, to Fenwick i Parkinson dawali 20 cc. pierwszego dnia i 10 cc. w ciągu następnych 3—4 dni. Tylko w ciężkich przypadkach można robić iniekcje dwa razy dziennie.

(Sem. méd. N-r 19, 1906).

M. B.

244. **Sposób podawania oleju rycynowego.**

Znany jest już sposób dodawania do ol. rycynowego trzech części cukru w celu zamaskowania przykrego smaku. Obecnie Ritter z Chicago radzi następującą mieszaninę:

Saccharini 0,12.

Ol. menth. pip. gtts. V.

Spirit vini q. s. ad. dissolv.

Adde ol. ricini 240,0.

Mieszanika ta, nader przyjemna w smaku, zawiera 99, 98% oleju rycynowego—podawana jest w tych samych dawkach, co i czysty olej rycynowy. Autor stosuje sacharynę, gdyż ta jest 250 razy słodsza niż cukier, mniejsza więc ilość wystarcza. W celu pokrycia nieprzyjemnego smaku już *Obrazcow* (p. Sem. méd. 1902, str. 312) radził dodawać do oleju mentolu.

M. B.

(Sem. méd. N-r 18, 1906).

Kronika bieżąca.

(Kn) W referacie d-ra A. F. Palmow'a („Protokoły i trudności obszczenia wrażeń Jenisiejskiej gubernii 1904“) znajdujemy następujący obraz medycyny na Syberji: Wchodzimy do szpitalika wiejskiego na 6—10 łóżek. Jest to zwykła chata włościańska z wszelakimi teźże dodatkami: miliardem robactwa wszelakiego gatunku, sufitem niskim, podłogą trzęsącą się pod nogami i okienkami bez lufcików. O kloziecie, o wannie napomykać może naiwny tylko. Na całkowite utrzymanie szpitala: chorych i służby asygnuje się 900—1300 rb., z tych część większą pochłania wydatek na opał. Pozycye, dotyczące bielizny, sprzętów, nowych naczyń, nie figurują w bilansie zupełnie; jeżeli jednak, wbrew przewidywaniu, po upływie roku zostanie remanent, jakieś 20 rb. np., kwota ta wędruje z powrotem do kasy rządowej, bez względu na to, czy chorzy szpitalni mają w czem jeść i chodzić. Szpitalik taki o łóżkach kilku musi odpowiedzieć potrzebom 30 lub 40,000 głów ludności.

Obowiązki lekarza wiejskiego na Syberji redukują się do spraw następujących: 1) lekarz zarządza szpitalikiem, 2) załatwia ambulans, 3) objeżdża teren działalności swej, w promieniu 100 do 400 wiorst, gdzie mieszka ludzi 25 do 30,000, gdzie jest 50 do 70 wsi, setka pomniejszych zakładów przemysłowych, rzeźnie, tuzin szkół, gdzie jednak dróg niema wcale; 4) czuwa nad porządkami sanitarnymi

swego olbrzymiego udziału. 5) walczy z powodzią chorób nagminnych, które nie wygasają nigdy, 6) dokonywa oględzin pośmiertnych i staje jako ekspert na każde zawezwanie ze strony władz sądowych. Jak ściśle z tyłu spraw różnorodnych człowiek jeden może wywiązać się, każdy zrozumie łatwo. Nie mniej skomplikowana czynność lekarzy szpitali miejskich zorganizowaną jest, zdaniem autora, w duchu biurokracji bezwzględnej. Lekarz zarządza jedynie częścią lekarską; część gospodarczą trzyma w rękę niezależny oden intendent. Bilans reguluje na cały rok naprzód, z dokładnością zegarka, wszystkie pozycje wydatków oblicza zgóry, ile może wyjść kaszy, mąki, mięsa, jaj, masła i t. p., przyczem zabrania się, nie zużytkowanych pieniędzy na drzewo wydawać na mięso, w razie, gdy na to ostatnie monety zbraknie. Deficyt pokrywa się z pensyi lekarza, a rachunki roczne intendenta muszą zgadzać się do kopiejki z asygnacją. Na lekarzu spoczywa nadto tak wiele odpowiedzialności różnej, że „częściej widzieć go można z piórem w rękę, niż ze skalpelem lub słuchawką.“

Co czeka klienta w szpitalu takim? Lekarz, upadający pod brzemieniem czynności biurowej, na staranne prowadzenie kuracyi nie ma czasu. Felczer, otrzymujący pensyi 8 lub 10 rb. miesięcznie, najczęściej dawny wojskowy, w medycynie nie mocny, biega za zarobkami groszowymi, byle nie umrzeć z głodu. O pielęgnacyi odpowiedniej nie może być mowy: służba wynagradzana mniej, niż nędznie, rekrutuje się z szumowin miasta. Bielizna, jadło, oświetlenie — gorzej, niż dla żebraka, zadowolnić może chyba jakiegoś kryminalistę-włóczęgę. A jednak za pobyt w szpitalu pacjent płacić musi 9 rb. 35 kop. miesięcznie.

Do oddziału dla chorych na umyśle w szpitalach syberyjskich strach zajrzeć, powiada d-r P. Ten, w kim nie wygasły jeszcze uczucia ludzkości, ucieknie ztamtąd, nie oglądając się. Oddział taki w szpitalu Krasnojarskim np. jest zabłoconą wstrętnie ciasną ciemnicą: w oknach kraty żelazne, mebli niema, na podłodze tapczany cuchnące, gdzie warlają się nagie, pozbawione dozoru istoty jakieś, które robactwo zjada żywcem; w istotach tych człowieka nie poznałbyś zupełnie, a zimno, głód, panujący stale zmrok piwniczny i woń zabójcza, tworzą tło, na którem warunki życia stają się potworne. To też szyld z wymalowanemi nań głoskami: „Oddział dla chorób umysłowych“ powinien być zerwany czempredzej, a powieszony inny z napisem „Piekło ziemskie,“ jako więcej odpowiadający rzeczywistości i zgodny z prawdą. Wysyłanie komisji sanitarnej do szpitali takich jest rzeczą bezowocną, bo głos zabrać tu winien prokurator odrazu.

Lecz, pyta autor z kolei, kto winien grozić sytuacji, kto odpowiadać ma za ohydę stosunków? Lekarz, nadzorca? Niewątpliwie, i oni winni są, winni o tyle, iż zgodzili się być stróżami więziennych szpitalnych i nerwy swe stępiłi na tyle, że mogą patrzeć spokojnie na codzienne katusze bliźnich, gdy sami jedzą, śpią w spokoju, załatwiają interesa życia powszedniego. Wina główna spada jednak najcięższem brzemieniem swem na wydziały lekarskie, in-

spektorów, administracyę, wreszcie, całą, cały ustrój bezdusznych zarządzeń, co urągają wymaganiom kultury ludzkości.

—jw— Od 2-ch tygodni wystąpiło w Warszawie nagminne zapalenie opon mózgowych i rdzenia (Meningitis cerebro-spinalis epidemica). Odra szerzy się coraz to więcej; również liczne są przypadki koklusu i błonicy.

— Na wniosek rady miejskiego, prof. d-ra S. Domańskiego, wyznaczyła komisya sanitarna krakowska osobną podkomisję, która ma obmyślić sposoby skutecznej walki z gruźlicą w Krakowie.

— D-r Adam Wrzosek został prywatnym docentem patologii ogólnej i doświadczałnej na Uniwersytecie Jagiellońskim.

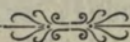
Zmarli. D-r Jakób Neufeld (z Sosnowca) dnia 30 maja r. b. w Langen-Schwalbach.

D-r Beniamin Tarnowski, profesor chorób skórnych i wenerycznych, dnia 18 maja r. b. w Paryżu, w wieku lat 67.

D-r Iwan Spiridonow, ordynator Warszawskiego Szpitala Ujazdowskiego, dnia 7 maja r. b. w Petersburgu, w wieku lat 35, skończywszy samobójstwem.

D-r Feliks Rymowicz, okulista (z Warszawy), w czerwcu r. b. w Kazaniu, gdzie pełnił służbę wojskową, powołany do niej podczas wojny japońskiej.

D-r Jan Gwiazdomorski, krakowianin i wychowawiec Uniwersytetu Jagiellońskiego, założyciel i właściciel pierwszego domu zdrowia w Krakowie, lekarz, cieszący się słusznie zaufaniem kolegów, a poważaniem i szacunkiem u publiczności, zmarł w Krakowie w dniu 11 czerwca r. b. po długiej i ciężkiej chorobie, przeżywszy lat 52.



BUSKO. Dr. Majkowski

praktykować będzie przez
cały sezon
(20 maj — 20 wrzes.)

Tegoż do nabycia monografia „Busko wody siarczano-słone”
kop. 60.

Pensjonat hydropatyczny
Dr. J. Kołaczkowskiego w Szczawnicy

cały rok otwarty. Nowo założony park
dla pensyonarzy wyłącznie przeznaczony. Kuchnia wy-
kwintna i higieniczna. Ceny przystępne. Zarząd.

Fabryka Narzędzi Chirurgicznych



Bandaży oraz Brzytew oryginalnych
Angielskich, Scyzoryków i Nożyczek

F. BALUKIEWICZA

w WARSZAWIE, Bielańska 9, Hotel Paryski.

Wielki wybór

wszelkich Narzędzi Chirurgicznych, Bandaży,
przytem przyjmuje się reperację w zakres fabryki wchodzące
po cenach najtańszych.
