

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Z klin. chirurg. wydz. Uniwersytetu Warszawskiego.

I. Amputacya międzyłopatkowo-piersiowa.

(amputatio interscapulo-thoracica).

Napisał

Kazimierz Niedzielski.

(Ciąg dalszy).

A zatem amputatio interscapulo-thoracica jest wskazaną przedewszystkiem: a) *wobec wielkich guzów ramienia*, gdy sprawa chorobowa na wysokości obojczyka, górnego odcinka barku i jamy pachowej rozszerzyła się na terytoryum znacznem; dalej, b) *w przypadkach guzów barku z wciągnięciem do sprawy nowotworowej łopatki lub przyrzedających się doń mięśni*, jak również tam, gdzie c) *na przestrzeni rozległej i skóra uległa zwyrodnieniu*, słowem, nie w tych przypadkach tylko, gdzie nowotwór wyróżnia się wielkim zakresem swych wymiarów, lecz i d) *w razie istnienia guza niewielkiego, usadowionego jednak za to w najwięcej posuniętym ku górze odcinku kości ramiennej i zwyrodniającego sąsiednie części miękkie na znacznej względnie przestrzeni*. Jakkolwiek tego rodzaju zabieg doszczętny wydać się tu może zbyt rozległym, nie zwlekamy z nim w przypadkach niezadawnionych jeszcze, mając na względzie tę zasadę, że lepiej wyciąć za dużo, niż za mało. Jako demonstracyę słuszności twierdzenia powyższego, przytaczam nader

pouczający przypadek dra Nasse'go, zoperowany jeszcze w r. 1893 i dotyczący chorego z mięsakiem barku.

Osobnik ów zgłosił się do chirurga dość wcześnie: na miesiąc przed operacją w górnej części ramienia istniała nader niewielka zaledwie guzowatość. Lecz wkrótce już wymiary tejże wzrosły wybitnie i guz był już, jak piść, wielki. Nowotwór, wypadło mniemać, był tu odgraniczonym wyraźnie, a, jak przekonano się za pomocą cięcia próbnego, mięśnie nie były jeszcze zajęte. A więc w przypadku tym można było, od biedy, poprzestać na samem tylko wyłuszczeniu ze stawu. Choremu jednak wykonano amputację międzyłopatkowo-piersiową na mocy refleksyi następujących: nowotwór rośnie bardzo prędko, obfituje w naczynia i komórki, sądząc z obrazów drobnowidzowych; nadto nader jest cienką torebka guza, który prawie że już przechodził na przyczepy mięśniowe, mocno, w tym stanie rzeczy, podejrzane. Pacjentowi usunięto kończynę górną, łopatkę, oraz część obojczyka. Po upływie dwóch tygodni z olbrzymiej rany operacyjnej pozostały tylko dwa małe, pokryte ziarniną ogniska (osobnik był przedstawiony w Tow. Lek.), gdzie przedtem znajdowały się dreny (19). Zresztą, dla osobnika takiego wszystko już jedno, czy pozostawiono mu łopatkę i obojczyk, czy też nie; co się zaś tycze zniekształcenia zależnie od zapadnięcia się obręczy kończyny górnej, brakowi temu łatwo zaradzi odpowiednia proteza.

Powtarzamy raz jeszcze z naciskiem — amputację Berger'a podejmuje się nie w tych razach, gdzie niema już co robić z chorym, gdzie niema ratunku, ale i e) w *przypadkach niewielkiego nowotworu ramienia z szerzeniem się jednak sprawy po łopatce i obojczyku*. Usuwamy, nie wahając się ani przez chwilę, całą łopatkę i część obojczyka celem uniknięcia zła większego, t. j. nawrotu, mając do tego na uwadze, że znaczne wymiary rękoczynu chirurgicznego nie są, bynajmniej, powikłaniem poważnem.

Że co do zasadności poglądu tego dwóch zdań być nie

powinno, przekona każdego, następujące bodaj, spostrzeżenie Heddäus'a. Na klinikę w Heidelbergu przyjęto młodego, 23-letniego, mężczyznę z niewinnie wyglądającym z pozoru guzem na wysokości mięśnia naramiennego. W wytworzonej po operacji bliźnie powstał, jak przypuszczano, pod wpływem urazu, nawrót, który, po bezskutecznem zastosowaniu kilkakrotnej pomniejszej interwencji chirurgicznej, zniewolił, wreszcie, H. do wykonania ekzartikulacji w stawie ramieniowym. Guz usunięty był mięsakiem. Gdy sprawa nowotworowa rozwinęła się i w kikucie operacyjnym, chorego w stanie beznadziejnym prawie umieszczono znowu w szpitalu i tym razem wycięto już pas barkowy całkiem. Wbrew przypuszczeniom rana zagoiła się prędko, bez żadnych powikłań i osobnik wyzdrowiał, pozornie, przynajmniej. Pomimo tego jednak losy pacyenta rozstrzygnęły się już nieodwołalnie. Po upływie ośmiu tygodni recydywa zawitała znowu; na operację nie można było rachować wcale. Podczas oględzin pośmiertnych znaleziono przerzuty w płucach i w opłucny. Należy mniemać, że dokonana w swoim czasie, t. j. bezzwłocznie l'amputation totale d'emblée uratowałyby życie choremu na pewno, tem więcej, że i guz, i jego nawroty długi czas pozostawały miejscowymi tylko.

W szeregu wskazań przytaczamy dalej: f) *nowotwory łopatki samej*, gdzie rezekcja jedynie bywa niewystarczającą. Może zdarzyć się, iż guz zwyrodnia naczynia i nerwy pod pachą i stajemy w obec alternatywy bądź niepełnego wycięcia, bądź — wystawienia na szwank sprawności życiowej w odnośnej kończynie górnej po wyrezekowaniu częściowem nerwów i naczyń. Amputacja międzyłopatkowo-piersiowa jest zatem w takich przypadkach najzupełniej usprawiedliwioną, jak również i tam, gdzie g) *zwyrodnieniu uległy i gruczolynadobojczykowe*. W spostrzeżeniach tego rodzaju przyjmujemy pod uwagę, że byłoby rzeczą nader ryzykowną rozpocząć operację od wyłuszczenia łopatki i potem dopiero, w miarę potrzeby, przystępować do całkowitego wycięcia kończyny

górną, że, dzięki metodzie takiej, krwotok zabójczy byłby tu nieuchronnym; podwiązujemy zatem najsamprzód tętnicę i żyłę podobojczykową, a wówczas uwolnienie chorego od całej kończyny górnej jest już następstwem logicznym.

ad 2. Tu należą również rany postrzałowe, przypadki złamań powikłanych, rany szarpane, rozległe sprawy zapalne i t. p. Do drugiej tej kategorii wskazań operacyjnych zaliczyć wypada i tego rodzaju uszkodzenia części miękkich, gdzie brakuje nam skóry do pokrycia nagich, choćby i zdrowych kości, np. w przypadkach szerzących się na przestrzeni wielkiej oparzeń.

ad 3. W trzecim, wreszcie, szeregu wskazań uwzględniamy dość rzadkie tu, zresztą, przypadki łagodnych, względnie, spraw chorobowych, jak np. próchnienie lub zapalenie szpiku ossis humeri, gruźlica kości tej i t. d. Przypadki te kończyły się prawie zawsze pomyślnie po wykonaniu amputacji międzyłopatkowo-piersiowej.

Sąsiedztwo żył i naczyń chłonnych jamy piersiowej wraz z powstającą po operacji blizną tłoczy nam dostatecznie tę okoliczność, że niekiedy w płucach i w workach opłucnowych powstają nawroty; samo przez się rodzi się przypuszczenie, czy w takich razach nie istniało już przedtem rozsiąnięcie się (*disseminatio*) i czy amputacja nie była tu bodźcem do prędszego rozwoju zgubnej sprawy. Dla tego też przed rękoczynem winniśmy zawsze przekonać się, czy nie ma zбоczeń lub zaburzeń ze strony dróg oddechowych i, w razie istnienia tamże zmian poważniejszych, uważać je jako *przeciw-wskazanie* do operacji.

Na poparcie powyższego poglądu nie zawadzi przytoczyć jednej z obserwacji klinicznych Thiersch'a. Chory zmarł 5-go dnia po operacji. Przed nią osobnik ów gorączkował w ciągu całego tygodnia, narzekał na klucie w boku i wypluwał śluz z krwią. Podczas opukiwania stwierdzono po stronie lewej, z tyłu i u dołu tępienie, a drogą wysłuchiwania — rżenia oraz szmer tarcia. Jednobrzmiący przypadek

opisał też w r. 1886 Swain: operowany wyzdrowiał na razie, wkrótce jednak po wypisaniu się ze szpitala zmarł na skutek zapalenia płuc. Nie ulega wątpliwości, że wykonywanie u takich chorych będącej w mowie operacyi powiększa predyspozycyę do wytwarzania się zastoju w płucu zdrowem nawet. Platy skórne, pokrywające obnażoną mięśni piersowych powierzchnię, zrastają się z nią przez bliznę, w obec czego powstaje powłoka twarda i niepodatna, która tamuje ruchy oddechowe klatki piersiowej i sprzyja w ten sposób zastojowi w płucach.

Metody operacyjne. (21)

Sposoby wykonywania omawianej przezemnie amputacyi opracowanymi zostały już tak dokładnie, że dziś posiadamy dwie metody iście klasyczne Berger'a i v. Bergmann'a, wypróbowane wielokrotnie przez twórców i uczniów tychże. Oba te sposoby mają jedno zadanie główne na widoku: przedwstępne nałożenie podwiązki na naczynia podobojczykowe, a potem dopiero wykrawanie płatów skórnych. Szczegółowe obznajmienie się z techniką obu metod jest dla każdego operującego niezbędnem, gdyż ten tylko, kto trzyma się ściśle zawartych w nich wskazówek, ustrzeże się tego rodzaju powikłań, jak krwotok śmiertelny lub przedostanie się powietrza do żył: podobojczykowej albo pachowej, co nieraz opisywano już (przypadki Mussey'a, Jessop'a, Thiersch'a, Aniello d'Ambrosio'a, Després'a) i dokona prawidłowego aktu operacyi, bądź co bądź, bardzo trudnej. Rzecz prosta, dla amputacyi wtórnej niepodobna nakreślić stałych wzorów technicznych, jak również w przypadkach, gdzie operuje się z przyczyny zmian zapalnych lub ran w okolicy terenu operacyjnego. Te jednak przypadki mniej nas zajmują i, mówiąc poniżej o sposobach postępowania operacyjnego, mamy tylko na względzie amputationem interscapulo-thoracicam primitivam, podejmowaną głównie wobec istniejących guzów złośliwych obręczy barkowej.

a) Sposób prof. Berger'a. Po ułożeniu chorego na brzegu stołu z poduszką pod plecami w odległości dwóch palców poprzecznych od stawu mostko-obojczykowego, t. j. nieco na wewnątrz od przyczepu obojczykowego mięśnia zginacza głowy prowadzi się równoległe i wzdłuż obojczyka długie na 10 ctm. cięcie, przebiegające w kierunku poziomym. Przecinamy odrazu skórę, tkankę podskórną i okostną i kończymy cięcie na wysokości stawu obojczyko-barkowego (artic. acromio-clavicularis). Oddzieliwszy starannie skrobaczką okostną środkowej trzeciej części obojczyka, operujący przepiłowuje kość tę piłką Gigli'ego, zrazu w kierunku ku wewnątrz, potem ku zewnątrz i usuwa zupełnie ową część kości, przy czem równocześnie pomocnik odciąga ramię ku przodowi. Po wyosobnieniu na sondzie żłobowej mięśnia podobojczykowego (m. subclavius) i wyrezekowaniu jego części obnażonej, rozszczepia się pokrywającą naczynia powięź, obnaża ostrożnie i dokładnie we wszystkich kierunkach żyłę podobojczykową (venam subclavian) i podsuwa pod naczynie to na tępej igle zakrzywionej dwie podwiązki, oddalone wzajemnie na centymetr przynajmniej. Z kolei odszukać należy przebiegającą ku wewnątrz tętnicę (arteria subclavia) i podwiązać takową, również jak i żyłę między dwiema ligaturami. Punktem wytycznym do odszukania tętnicy jest koniec przyczepu m. dźwignacza klatki (m. scalenus) do pierwszego żebra. Zgodnie z metodą Ollier'a podwiązuje się teraz tętnicę poprzeczną łopatki i szyi, poczem dopływ krwi do ramienia ustaje prawie zupełnie.

Wytworzenie płatu przednio-dolnego jest drugą częścią zabiegu. Odciągnąwszy lekko ramię od tułowia, prowadzimy od środka pierwszego cięcia drugie przez skórę i tkankę tłuszczową na zewnątrz od brzozy Mohrenheim'a. Cięcie to dochodzi do większego mięśnia piersiowego, krzyżuje się z jego ścięgnem, przebiega dalej przez dół pachowy, po ramieniu ku zewnątrz, ku dolnemu brzegowi mięśni: najszerszego grzbietu (latissimus dorsi) i wałkowego większego (teres maior), kończy

się, wreszcie, na wysokości kąta łopatki. Oba mm. pectorales przecina się i podwiązuje naczynia mięśniowe. Podniósłszy wskazicielem nerwy splotu ramieniowego, operujący przecina je jednym zamachem, ramię odciąga, podwiązuje art. et ven. thoracicas i, kierując się nożem na dół i na zewnątrz, wyswobadza całkowicie kąt łopatki.

Teraz układa się ramię chorego na tułowiu i wycina płat tylny-górny (trzeci moment operacji). Od końca incyzji pierwotnej prowadzimy cięcie wprost na dół do kąta łopatki, przyczem od grzbietu tejże (spina scapulae) i obojczyka odzielić wypadnie mięsień kapturowy (m. trapezius) oraz przeciąć mięśnie, przyczepiające się do brzegu łopatki. Po ostatecznym opanowaniu krwawienia i zaokrągleniu końca obojczyka, płaty spajamy szwem, wytwarzając skośną tegoż linię, która przebiega z góry na dół. Pożądanem jest u podstawy płatu tylnego, w miejscu najgłębszym, dokonać przeciwięcia dla umieszczenia tamże drenu.

β) Sposób von Bergmann'a. Operujący wykonywa przedewszystkiem typowe podwiązanie tętnicy podobojczykowej, na zewnątrz od m. scalenus ant. Po przepiłowaniu obojczyka ramię podnosi się do góry, nakłada ligaturę na żyłę podobojczykową i przecina splot barkowy. Dokonawszy powyższych czynności przedwstępnych, od zewnętrznego końca pierwszego cięcia prowadzimy nóż ku dołowi, rozcinając skórę oraz tkankę podskórną, dochodząc w kierunku tym do fossa axillaris i dalej jeszcze ku tyłowi i na dół, do szczytu łopatki, przyczem mięśnie piersiowe rozcinamy energicznym nożem zamachem. Skoro pomocnik odciągnie teraz ramię w tył mocno, operujący oddziela je od klatki piersiowej aż do wysokości przyczepu przedniego mięśnia zębatego (m. serratus ant.) do łopatki, poczem chwyta szybko w pincety wszystkie naczynia broczące i ranę wypełnia gazą. Z kolei rzeczy odciąga się łopatkę i prowadzi cięcie tylne, rozpoczynające się również od końca zewnętrznego incyzji pierwotnej oraz idące na dół na spotkanie z cięciem przednim. Oba cięcia stykają

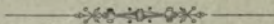
się wzajemnie powyżej kąta łopatki. Po odseparowaniu skóry od tyłu i przecięciu mięśnia kapturowego należy obnażyć górny i tylny brzeg łopatki, poczem wyseparowanie dalsze prowadzi się, jak w sposobie Berger'a.

1) Sposób prof. Kocher'a. Po przepiłowaniu obojczyka w jego wewnętrznej trzeciej części i odciągnięciu kości tej na zewnątrz, nakładamy na naczynia podobojczykowe podwiązki. W razie zajęcia gruczołów dołu pachowego, prowadzimy cięcie owalne, nie oddalając się zbyt od klatki piersiowej. Trzymając się teraz jej powierzchni zewnętrznej, po wyluszczeniu gruczołów i przecięciu mięśnia najszerszego grzbietu, dokonać trzeba nader silnej rotacyi na zewnątrz całego pasa barkowego wraz z kończyną, skutkiem czego przednia powierzchnia łopatki stanie się na całej swej przestrzeni dostępną. Dalej oddzielamy mięśnie: unoszący kąt łopatki (m. levator anguli scapulae), zębaty i skośnoczworoboczne (mm. rhomboidei), wyswobadza, drogą zwichnięcia, brzeg łopatki środkowo-tylny, przecina mięsień kapturowy i łopatkognykowy (m. omohyoideus), wreszcie, wycina się płat tylny.

Wyniki operacyi.

W obu spostrzeżeniach swoich Paul Berger otrzymał rezultat świetny po dokonaniu operacyi doszczętnej. Pierwszy operowany przezeń w r. 1882 mężczyzna 27-letni, z chrześniakiem prawego barku, wyzdrowiał z upływem trzech tygodni po amputacyi bez powikłań najmniejszych. W opublikowanej po upływie lat 16 pracy swej (20) odwołuje się B. do owego przypadku i zawiadamia, że b. ów pacjent żyje i do dziś dnia (1898 r.), wypełnia nader akuratnie swe obowiązki listonosza. Le brave facteur des postes żyje dotąd, stoimy zatem wobec faktu zupełnego, trwającego lat dwadzieścia jeden, wyzdrowienia po amputacyi międzyłopatkowo-piersiowej.

D. c. n.



II. Krwotoczność zimnicza oraz o krwotokach i krwawieniach zimniczych.

Napisał

Dr. Jan Andrzejewski (z Ufy).

(*Ciąg dalszy.*)

Wreszcie, tożsamo działanie fizyologiczne (krzepiące) arseniku na nerwy naczynioruchowe tłomaczy, szczególnie interesującą ze względu na złożoną treść swą wewnętrzną, nadzwyczajną skuteczność arseniku w »charłactwie zimniczem«. Jednakże porozumieć się należy uprzednio, co właściwie oznaczać ma ta przestarzała nazwa — przeżytek »humoralnego« kierunku, który panował ongi w patologii.

Empirycznie stosujemy zazwyczaj tę nazwę względem niezmiernie złożonego cierpienia zimniczego, którego cechy patologo-anatomiczne częściowo znane były już Griesinger'owi, jednakże dotychczas jeszcze nie są zbadane dokładnie. Polegają one na pewnych określonych zmianach w niektórych narządach i pozostają względem przewlekłego zatrucia zimniczego w takim samym stosunku patogenetycznym, w jakim zmiany anatomiczne, właściwe zatruciom: ołowianemu, rtęciowemu, wyskokowemu, makowcowemu, znajdują się w stosunku do *ogólnego zatrucia chemicznego*. Późniejsze okresy wszystkich wymienionych zatruc, jak wiadomo, również oznaczamy mianem »charłactwa«. Rozumiemy je przytem w tym samym sensie, w jakim należy rozumieć nazwę »charłactwa zimniczego«, mianowicie, jako chorobowo zmieniony skład krwi, po 1-sze, pod wpływem krążącego w niej jadu, oraz po 2-gie pod wpływem *pewnych spraw chorobowych miejscowych*, które powstały wskutek działania tegoż jadu, z temi wszystkimi następstwami dla ogólnej sprawy odżywczej ustroju, które rozwój powyższych spraw miejscowych powoduje, nawet nie-

zależnie od czynności fizyologicznej i wartości życiowej zajętych narządów.

W zatruciu zaś zimniczem pierwszorzędne znaczenie posiada również czynność fizyologiczna zajętych narządów, ponieważ w rzędzie miejscowych spraw chorobowych, powstających przy tem zatruciu w licznych narządach i tkankach, przedewszystkiem ulegają mu *śledziona, wątroba*, a wkrótce potem *nerki*, t. j. te właśnie narządy, które warunkują głównie *możliwość samoobrony ustroju w przypadkach zatruc.*

Do tego dodać należy, że powyższe sprawy zimnicze, mające poważne znaczenie już w samym początku swego rozwoju, pozostawione własnemu losowi, zwykle rozwijają się dalej według właściwego sobie typu i stwarzają grunt podatny dla powstawania ciężkich odrębnych postaci klinicznych, jak choroba Bright'a na tle zimnicy, zimnicza postać gruźlicy rozpadowej, zimnicza sprawa wrzodziejąca w kiszkiach i in., które stopniowo przyłączają się do zmian patologo-anatomicznych, właściwych charłactwu zimniczemu ¹⁾.

¹⁾ Cechy charakterystyczne powyższych spraw chorobowych zawiera już opis »charłactwa zimniczego« w klasycznej pracy Griesinger'a. Ja zaś w pracy »O bołotnych boleźniach na siewierie« i w »Malaryjno-wospalitelnych procesach« zaznaczałem duże rozpowszechnienie tych spraw zimniczych w miejscowościach nagninnie zimniczych klimatu »bardzo zimnego«. Tem dziwniejsze, że nazwy »charłactwa zimniczego« używa się na porządku dziennym *bez wymienienia szczególnie ważnych we względzie praktycznym zmian patologo-anatomicznych, które powodują w danym przypadku »charłactwo«*. Świadczy to wymownie o niedbałym zbadaniu klinicznym chorego. Jeszcze dziwniejszym wydaje się pogląd R. Kocha, który, jak wiadomo, utrzymuje, że powstanie charłactwa zimniczego może być *pożądanem* dla chorego zimniczego, ponieważ jakoby zapobiega ono napadom gorączkowym: nie zgodzi się z tem zdaniem, zapewne, żaden lekarz, praktykujący w miejscowości zimniczej.

Co się tyczy »*melanemii*« i »*oligocytemii*«, do których starają się obecnie sprowadzić całkowitą treść „charłactwa zimniczego“, to wiadomo, że: 1) obecność barwnika melanotycznego udaje się wykryć stosunkowo rzadko w przypadkach zupełnie wyraźnego „charłactwa“, co zgadza się z faktem, iż w cierpieniach zimniczych przewlekłych bardzo rzadko, znajdujemy we krwi przypuszczalnych wytwórców tego barwnika, 2) bezkrwistość zaś nazbyt jest rozpo-

Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę: 1) dopiero co powiedziane o istotnem znaczeniu t. zw. charłactwa zimniczego; po 2-gie — fakt, stwierdzony przez anatomię patologiczną, że podkład anatomiczny spraw miejscowych, spowodowanych zatruciem zimniczem, stanowią *zmiany śródmiąższowe* w narządach i tkankach, zależne genetycznie od *zaburzeń miejscowego krwiobiegu* w tych narządach *z charakterem przekrwienia biernego*, to z łatwością zrozumiemy wielką skuteczność leczniczą arszeniku w »charłactwie zimniczem«: po 1-sze, jako środka regulującego nieprawidłowości miejscowych krwiobiegów; po 2-gie, jako środka, który posiada ogólne działanie krzepiące na ustroj, ¹⁾ t. j. *wzmaga energię wszystkich wogóle funkeji organicznych*. Ta ostatnia własność arszeniku wpływa niewątpliwie na szybsze usunięcie z ustroju pierwiastka toksycznego zimnicy, co tłumaczy między innymi wspomniane

wszechniona w miejscowościach zimniczych, by można było uważać ją za cechę charakterystyczną „charłactwa zimniczego“. Przyczyny tego są bardzo różnorodne; z liczby ich wymienimy: 1) cierpienie z (zaburzeniami funkcji) narządów krwiotwórczych (śledziony, szpiku kostnego, wątroby), któremu towarzyszy w początku wzmózony rozpad czerwonych krążków krwi, a następnie — wraz z rozwojem przekrwień biernych, oraz zastoju w śledzionie i wątrobie — wyłącznie olbrzymiej ilości krwi z krwiobiegu; 2) duże rozpowszechnienie w powyższych miejscowościach zjawisk hemoragicznych (zarówno per diapedesin, jak per rhexin), wreszcie po 3-cie — jeszcze większe rozpowszechnienie różnorodnych przejawów „hypertermii zimniczej“, powodującej, jak zresztą wszelka „hypertermia“, rozpad znacznej ilości krwinek. W każdym bądź razie znane tłumaczenie częstości anemii w miejscowościach zimniczych wyłącznie wpływem pasorzytów zimniczych stanowczo nie wytrzymuje krytyki, tembardziej, że w znacznej części cierpień zimniczych (nawet ostrych, jak gorączki, nie mówiąc o przewlekłych) we krwi nie znajdujemy wcale plazmodyi. W obecnej chwili fakt ten nie ulega żadnej wątpliwości; wiemy już, że gorączki zimnicze bez plazmodyi zdarzają się bardzo często, nie tylko w klimacie zimnym i umiarkowanym, lecz również w gorącym, gdzie opisują je jako „*postacie zimnicy niepasorzytnicze*“. (M. D. O'Connel, The Lancet, 1902, IX, 6).

¹⁾ Poprawę odżywiania oraz wzmózenie zdolności do pracy pod wpływem arszeniku zaznacza między innymi Binz (l. c.).

już jego działanie *przeciwgorączkowe*, analogiczne zupełnie takim działaniu chinu ¹⁾).

Różnica dwóch wymienionych środków polega na tem, że działanie lecznicze chinu wogóle, w szczególności zaś jej działanie przeciwgorączkowe przejawia się więcej dobitnie i jest szybkie, podczas gdy arsenik działa wolno i stopniowo, co zależy od jego własności farmakologicznych, jako silnego środka trującego.

Wskutek tego stosować arsenik należy wyłącznie w cierpieniach zimniczych przewlekłych. Dlatego też między innymi arsenik, doskonały, jako środek zapobiegawczy przeciwko *krwotoczności zimniczej*, nie może być zalecany w *krwawieniach zimniczych per rhexin*, które powstają pod wpływem decydującym zaburzeń zimniczych naczyńoruchowych, t. j. cierpienia zimniczego z przebiegiem ostrym.

Na zakończenie przytoczę kilka spostrzeżeń, jako ilustrację powyżej powiedzianego o krwotokach zimniczych per

¹⁾ O sposobie działania przeciwgorączkowego chinu (w sensie zapobiegania powstaniu gorączki), jak również o sposobie najbardziej celowego stosowania chinu w gorączce przepuszczającej zimniczej pisałem krótko we wspomnianem już sprawozdaniu z pracy Laveran'a (Paludizm, r. X); bardziej szczegółowo omówię tę kwestyę w innej pracy, która jeszcze nie wyszła z druku.

W tem samym sprawozdaniu zaznaczałem szkodliwe skutki nadużywania chinu, którego powodem jest błędne zapatrywanie na istotę działania chinu, jako *środka przeciwgorączkowego, skutecznego zarówno w tych przypadkach, w których we krwi znajdują się plazmodye, jak w innych, kiedy plazmodyi we krwi niema*. Te szczególniejszą pewnością siebie i wytrwałością propaguje, jak wiadomo, to nadużycie R. Koch, którego zdaniem użycie chinu ma na celu bynajmniej nie wyleczenie chorego na gorączkę, a zniszczenie zarazka zimniczego z początku w ustroju danego chorego, a następnie w całej miejscowości, w której zdarzył się chory na gorączkę, i wreszcie na całej kuli ziemskiej.. Jak należało oczekiwać, te apriorystyczno-dogmatyczne poglądy R. Kocha, sprzeczne z praktyką chorób zimniczych, doczekały się sprawiedliwej oceny w tej samej miejscowości, w której Koch, zdaniem swoim, zupełnie skutecznie wygubił gorączki zimnicze, mianowicie w *Grosseto*, jak to uwidocznia artykuł d-ra Celli w »Arch. für Hygiene«, t. 40, r. 3.

rhexin. Krwotoki te zwykle zdarzają się w miejscowościach nagminnie zimniczych w następującym porządku co do częstości zajęcia poszczególnych narządów: a) krwotoki nosowe; b) krwotoki z oskrzeli i z płuc oraz krwawienie do tkanki płucnej (infarctus haemoptoicus); c) krwotoki maciczne; d) krwotoki żołądkowe i kiszkowe ¹⁾.

Spostrzeżenie I. Włościanka E. (niańka u aptekarza), lat 23, doskonałej budowy. W zimie miewała codziennie gorączkę, która ustąpiła po kilkakrotnem zażyciu 5-granowych dawek chinu. W początku marca zaczęła doznawać codziennie uczucia łamania ponad brwiami, które zjawiało się przed południem (o tej samej godzinie chora miewała poprzednio napady gorączkowe) i trwało do nocy. Łamanie to zjawiało się, to z prawej, to z lewej strony, to nad obu brwiami, przyczem stale towarzyszyło mu zatkanie odpowiedniego przewodu nosowego i częste kichanie. W końcu marca łamanie ponad brwiami z peryodycznem obrzmiewaniem błony śluzowej nosa kończyło się co noc silnym krwotokiem z nosa, tak, iż chora, budząc się z tego powodu, znajdowała poduszkę kompletnie zalaną krwią. W przeciągu tygodnia krwawienie zjawiało się tylko w nocy, następnie jednak zaczęło się powtarzać z dużą siłą również w ciągu dnia, tak, iż wreszcie wystąpiły objawy ostrej anemii: wybitna bledź powłok skórnych, małe, nikłe tętno, zawroty głowy, dochodzące do omdlenia i t. p. Poprzednio chora nie miewała nigdy żadnych krwotoków. Objawów podniesienia ciepłoty ciała ani podczas napadów łamania ponad brwiami, ani podczas krwawienia nie zauważono. Bliższe zbadanie chorej wykazało: znaczne obrzmienie śledziony, wyczuwalnej dokładnie pod łukiem żebrowym, oraz plamy zimnicze na skórze tułowia w stopniu wybitnym. W innych narządach zmian nie znaleziono.

¹⁾ Wobec konieczności możliwie dokładnego opisu moich spostrzeżeń, przytaczam tylko niektóre z nich, unikając przypadków bardziej złożonych, których szczegółowy rozbiór kliniczny zająłby zbyt wiele miejsca i czasu.

Pierwszą dawkę chinu (*Chinini hydrochlorici* gr. X. *Ergotini* Bonj. gr. 11, extr. hyosc. gr. 1) chora otrzymała o godzinie 8 wieczorem. W nocy krwotoku już nie było, lecz w ciągu dnia krwawienie zjawiało się kilkakrotnie, jakkolwiek w stopniu nieznacznym. Uczucie łamania ponad brwiami było bardzo słabe i nie towarzyszyło mu zatkanie nosa. Drugą dawkę chinu (bez ergotyiny) chora otrzymała następnego dnia o godzinie 8 rano. Krwawienie z nosa, oraz łamanie ponad brwiami ustąpiły zupełnie.

Spostrzeżenie II. W dwa tygodnie po tym przypadku (29 kwietnia) zjawił się do ambulatoryum Tow. dobroczyń. mieszkańców M., lat 52, budowy atletycznej, z powodu niezmiernie silnego krwotoku nosowego. Chory ledwo mógł się utrzymać na nogach, poczęści z obawy, że »spłynie krwią«, poczęści wskutek istotnie nadzwyczaj silnego i szybkiego krwawienia, ponieważ, jak się okazało — następnie, ilość krwi wyniosła 7 — 8 funtów, jeżeli nie więcej, w ciągu niespełna doby. Chorego posadzono przed umywalką, opatrzoną pedałem, z której na przednią powierzchnię nosa skierowano prąd zimnej wody. Krwawienie, pochodzące najwyraźniej z lewego tylko otworu nosowego, zmniejszyło się nieco, lecz nie ustąpiło zupełnie. Zastosowano do wewnątrz $\frac{1}{6}$ grana atropiny. Do lewego otworu nosowego wprowadzono zmięty kawałek waty hygroskopijnej, zwilżonej ol. martis pół na pół z wodą. Krwotok nareszcie ustał. Lecz, zaledwie chory spróbował podnieść się z krzesła, krew zaczęła znowu płynąć cienkim, przerywanym prądem, lecz już nie z lewego, a z prawego otworu nosowego.

Nowy ten krwotok trwał blisko 2 minuty i ustał, zanim zdążono przygotować tampon z waty dla prawego otworu nosowego. Chory przez ten czas osłabł na tyle i czuł się tak źle, że trzeba go było ułożyć coprędzej tuż na podłodze. Kiedy możliwem już było wypytać i zbadać chorego, okazało się, co następuje: M. zawsze cieszył się jaknajlepszym zdrowiem i nigdy nie miał żadnych krwotoków. Od zesłej

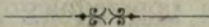
jesieni zamieszkał w miejscowości, uchodzącej za malaryczną, ale gorączki, o ile sobie przypomina, ani poprzednio, ani w ostatnim czasie nie przebywał. W zimie zaczął doznawać od czasu do czasu bólów głowy, na które, zresztą, nie zwracał większej uwagi. Dopiero w końcu marca, kiedy bóle głowy zaczęły zjawiać się codziennie, chory zauważył, że ból ten ogranicza się do jednej tylko połowy czoła, zaczyna się około godziny 8 rano (mniej więcej w 2 godziny po wstaniu z łóżka), najczęściej z lewej strony i stąd rozchodzi się na lewe oko, które przytem czerwieniało i łzawiło się, czemu stale towarzyszyło zatkanie nosa i »katar«. Rzadziej zdarzał się ból z prawej strony czoła lub też z obu stron, lecz również zawsze towarzyszyło mu silne zatkanie nosa, tak, iż chory nieraz nie mógł wcale oddychać z zamkniętymi ustami. Ku wieczorowi znikaly wszystkie powyższe objawy, nie zostawiając żadnego śladu na ogólnym stanie zdrowia. Śledziona u chorego była wyraźnie wyczuwalna. Wątroba nie była powiększona. W sercu ani w nerkach nie znaleziono żadnych nieprawidłowości. Ciepłota ciała po ustaniu krwotoku $36,3^{\circ}$ C. Po raz pierwszy krwotok zjawił się o godz. 8 rano dnia poprzedniego i wtedy już utrata krwi była bardzo znaczna — prawie pełna szklanka dużych wymiarów. Krew nie kapiała z nosa, jak zazwyczaj, a »płynęła« dużym prądem i, o ile się wydawało, tylko z lewego otworu nosowego. Przyczyny urazowej krwotoku nie było żadnej. Trwał pierwszy krwotok blisko godzinę i ustał prawie nagle tak, jak nagle się zjawił. Bólu czołowego ani zatkania nosa chory po krwotoku już nie czuł. Dnia 29 kwietnia krwotok zjawił się o tej samej godzinie, lecz był dużo obfitszy. Trwał tak samo blisko godzinę; ustał, podobnie jak dnia poprzedniego, bez interwencji lekarskiej, lecz po 2 godzinach bez widocznego powodu wznowił się z poprzednią siłą.

Chory zmuszony był zostać w lecznicy do wieczora i tu dostawał co godzinę po łyżce odwaru sporyszu z elix. ac. Halleri et extr. hyosc. Do domu dostał następnie dwa proszki po 10

granów chinini hydrochlorici z 2 gran. ergotyny i 1 gran. extr. hyosc.; zalecono wziąć oba proszki tejże nocy, jeden na noc przed zaśnięciem, drugi o brzasku (godz. 3 — 4 rano). I u tego chorego krwawienie nie powtórzyło się więcej.

Istota krwawienia w obu przytoczonych przypadkach była zupełnie jasną. Krwotoki wystąpiły tu, oczywiście, na tle miejscowej krwotoczności zimniczej, która rozwinęła się u silnie zbudowanych osobników pod wpływem przewlekłego zatrucia zimniczego, trwającego w obu przypadkach od kilku miesięcy (oczywiście od jesieni). W obu przypadkach, na wiosnę, jednocześnie z rozpowszechnieniem epidemii zimniczej, nastąpiło obostrzenie zatrucia zimniczego ustroju, którego przejawem były peryodyczne napady zaburzeń zimniczych naczyńoruchowych, części pod postacią nerwobólu napadowego, części zaś pod postacią potężnego przekrwienia zimniczego błony śluzowej nosa, które ostatecznie wywołało krwawienie. Skuteczność lecznicza chinu, która spowodowała nie tylko szybkie, lecz i trwałe zatrzymanie krwotoku, zaciemniało wprawdzie do pewnego stopnia w obu przypadkach użycie zwykłych środków hemostatycznych, od zalecenia których trudno się było powstrzymać, tembardziej, że środki te podnoszą, bodaj, działanie hemostatyczne chinu. W każdym bądź razie pewnem est to, że china i bez wszelkich dodatków posiada działanie hemostatyczne w przypadkach krwawień zimniczych. Z drugiej zaś strony równie pewnem jest to, że środki powyższe bez chinu nie są w stanie zatamować krwotoku zimniczego, czego dowodem może być następujące spostrzeżenie.

(Dok. nast.).



DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i dzieci.

53. Fichtner. **O chorobie Banti'ego.** (Münch. med. Wochenschr., Nr. 32, 1903). Banti rozdzielił przebieg swojej choroby na trzy okresy: pierwszy okres — śledziona powiększona i niedokrwistość, drugi — tak zwany okres przejściowy — zaburzenia w trawieniu, ilość moczu mniejsza, mocz zawierający dużo moczanów, urobilinę, czasami i barwniki żółciowe, trzeci okres — marskość wątroby z puchliną brzuszną, niedokrwistość się znacznie powiększa, ilość białych ciałek krwi powiększona. Pierwszy okres trwa zwykle 5 — 6 lat, czasem i 10 — 11 lat, drugi okres trwa kilka miesięcy, a trzeci 5 — 12 miesięcy. Po upływie 6 — 12 lat chory umiera, jeżeli się go nie wyleczy, wycinając śledzionę.

Senator w różnych kierunkach rozszerzył obraz choroby i ograniczył. Zauważył on, że puchlina brzuszna w niektórych przypadkach znikła prawie zupełnie na czas dłuższy. Z tego wyprowadza on wniosek, że zmiany w wątrobie nie w każdym przypadku wywołują puchlinę i że muszą być jeszcze inne tego przyczyny. Może idzie tu o zamknięcie dróg chłonnych. Autor zaś utrzymuje, że zniknięcie puchliny podczas tej choroby wskazuje albo na specjalny rodzaj marskości wątroby, albo na to, że marskość więcej się nie rozwija — umiejscowiła się, albo, że marskość nie rozwinęła się na tyle, aby nowoutworzone oboczne krążenie krwi nie mogło usunąć zastoju. Przytacza on przypadek Marchand'a, który to przypadek dowodzi, że marskość wątroby w tej chorobie jest innego rodzaju, gdyż po otworzeniu jamy brzusznej puchlina została na zawsze usunięta. Senator zwrócił uwagę na badanie krwi, przyczem okazało się, że ilość czerwonych ciałek krwi bywa zmniejszona, czasami daleko więcej zmniejszona ilość hemoglobiny, niż by to odpowiadało zmniejszonej ilości czerwonych ciałek krwi. Ilość białych ciałek krwi też znacznie zmniejszona, to bez zupełnej zmiany kształtów, to ze zmniejszeniem ciałek wielojądrowych. To samo skonstatowali: Marchand i Prizbram. Oprócz tego, w ostatnim okresie choroby Banti'ego Senator zauważył bardzo często krwotoki żóładko-

we, nosowe, nerkowe, płucne i inne. Co się zaś tyczy krwotoków z żołądka, to są one wywołane nie przez skłonność do krwotoków, lecz przez pęknięcie, zwykle w marskości wątroby rozszerzonych, żył w dolnym końcu przelyku i wpustu, jak to twierdzą: Litten, Chiari, Marchand. W niektórych przypadkach zauważono żółtaczkę, Legnani i autor zauważyli kamienie żółciowe, wszystko to wskazuje na swoistą marskość wątroby. Mocz zawiera urobilinę, rzadko bardzo białko, zwykle jest bez zmiany.

Co się zaś tyczy przyczyn choroby Banti'ego, to mniemania autorów znacznie się różnią. Banti sam utrzymuje, że najpierw zaczyna cierpieć śledziona, wątroba zaś zapada wtórnie, gdy zakażenie przechodzi do krwi. Senator w zasadzie zgadza się z tem, utrzymuje zaś, że śledziona zachorowuje przez zakażenie ze strony kiszek, gdyż często w początku choroby chorzy narzekają na rozstrój trawienia. Przeciwno tym hipotezom wystąpili: Chiari, Marchand i Wentworth, którzy utrzymują, że niekiedy objawy choroby Banti'ego odpowiadają pewnym rodzajom Iues hereditaria tarda, tak, że nim przyznamy szereg objawów za chorobę sugeneris, należy wykluczyć syfilis. Jakie inne przyczyny odgrywają rolę w rozwoju tej choroby, niewiadomo. Czasami w wywiadach spotykamy bagiennicę, ale to bardzo wątpliwe, jak też i uraz.

Również trudno postawić rozpoznanie. W typowych przypadkach łatwo wykluczyć guz śledziony i niedokrewność bagienniczą, jako też i zwykłą marskość wątroby. Daleko trudniej odróżnić tę chorobę od białaczki rzekomej i od bezkrewności śledzionowej, gdyż i tutaj przyczyny i charakter choroby są niejasne. Łatwo ją odróżnić, gdy za przykładem Marchanda nazwiemy białaczką rzekomą śledziony tylko te przypadki, gdzie obok guza śledziony i gruczoły są powiększone i gdzie znajdujemy pewne zmiany anatomiczne w śledzionie, mianowicie białe małe guzy, tak zwane gruczolaki limfatyczne.

Zostaje nam tylko omówić rozpoznanie różniczkowe między zwyczajną niedokrwistością, a chorobą Banti'ego, gdyż i w niej, wedle Chiari'ego znajdujemy czasami nieznaczną marskość wątroby. Możliwe przypuszczać, że choroba Banti'ego jest dalszym stopniem niedokrwistości, wywołany przez dotychczas niezbadane przyczyny. Może sy-

stematyczne badania krwi rozjaśnia z czasem tę kwestyę. Trudności rozpoznania zwiększają się tem, że przymiot dziedziczny, który klinicznie tylko z trudnością może być rozpoznany, w każdym przypadku musi być uwzględniany. Co się tyczy leczenia, to autor poświęca temu zaledwie słów kilka. Podług autorów włoskich, wykonano z dobrym wynikiem wycięcie śledziony. Autor zaś uważa to za zabieg zanadto ryzykowny, szczególnie, gdy jeszcze nie ustalono, czy śledziona najpierw zachorowuje. Poleca on leczenie arsenikiem, albo leczenie ostrożne przeciwprzymiotowe. *W. Biehler.*

54. **Hirtz. O rozedmie płuc.** (Archives générales de médecine, 1903 r., Nr. 41).. Rozpoznać rozedmę płuc, zdaniem Hirtz'a, nie jest rzeczą tak łatwą, jakby się to na pierwszy rzut oka wydać mogło. Często cierpienia takie, jak: wady serca, sprawy zapalne aorty, tętniaki aorty, miażdżyca tętnic, zapalenie nerek, wywołują objawy wielce podobne do objawów rozedmy płuc.

Hirtz twierdzi, że w ogromnej większości przypadków, gdzie cierpienia powyższe zostają wykluczone, mamy do czynienia z rozedmą, jako następstwem sprawy gruźliczej ukrytej. Tegoż zdania byli: de Louis, de Fauvel, de Gairdner de Gallard, de Vallaix i inni.

Gruźlica płuc, pozostająca pod osłoną rozedmy, często wydać się może narazie dychawicą oskrzelową, nie mającą jak gdyby z nią najmniejszego związku. Z poglądem tym, wypowiedzianym przez Hirtz'a już w roku 1878, zgadza się i orzeczenie prof. Landouzy, który przyczynę powstawania dychawicy upatruje w toksynach gruźliczych (nawet najczystsza dychawicę nerwową, mówi Landouzy, należy uważać, jako pewnego rodzaju alarm ze strony dotkniętego sprawą gruźliczą płuca).

Według zaś Hirtz'a, każdy astmatyk przez wzgląd na kształt klatki piersiowej, na różnicę w wymiarach jej obwodu podczas najgłębszego wdechu i wydechu, która-to różnica waha się pomiędzy 2, 3, 4 ctm. zamiast 7 ctm., jak to bywa u ludzi zdrowych, ma lub zapadnie na rozedmę. Wyniki badań za pomocą pneumografu i spirometru również są jednokowe, jak u astmatyków, tak i u osobników, obarczonych rozedmą.

Rozedma więc, zdaniem Hirtz'a, podobnie, jak i dy-

chawica oskrzelowa, według Landouzy, jest wynikiem przeciwdziałania organizmu na zarazek gruźliczy, jest jakoby samoobroną organizmu przeciw stałej duszności wdechowej lub duszności z wolnymi przestankami, która bywa w dychawicy oskrzelowej.

W każdym przypadku rozedmy płuc powinno się podejrzewać sprawę gruźliczą. Wszelkie przypadki duszności z wolnymi przestankami i bez gorączki mogą być pierwszymi zwiastunami ukrytej sprawy gruźliczej. Już Germain Sée objawy te uważał jako wstęp do gruźlicy płuc, Hirtz zaś patrzy na nie, jako na jeden z objawów gruźlicy. Radzi więc, aby w każdym przypadku rozedmy płuc nie zastanawiać się nad nią samą, lecz nad tem, co się pod nią kryje.

Otóż należy pilnie wypytać chorego, czy kiedykolwiek dawniej nie pluł krwią, czy nie miewał pod wieczór dreszczów i gorączki; należy kilkakrotnie uważnie zbadać plwocinę na laseczniki gruźlicze. Zapalny stan gruczołów oskrzelowych u takich chorych ma bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze. Hirtz przytacza kilka bardzo ciekawych przypadków rozedmy. Jeden z nich dotyczył chorej alkoholiczki z objawami zewnętrznymi typowej rozedmy płuc. Siły, wygląd i odżywienie chorej były dobre. Kaszel od kilku tygodni. Opukiwaniem wykazano powiększenie gruczołów tchawico-oskrzelowych. Rozpoznano wówczas, ku niezmiernemu zdziwieniu otoczenia, gruźlicę. W plwocinie jednak laseczników gruźliczych nie znaleziono, natomiast doświadczenia inokulacyjne potwierdziły rozpoznanie.

Drugi przypadek dotyczył chorego, który przez 20 lat skarżył się na zwykłe objawy rozedmy płuc i dopiero koło 60 roku życia objawy obostrzyły się. Rozpoznano wówczas gruźlicę. Chory wkrótce zmarł. Miał dwóch synów, z których jeden w 27 roku życia zmarł na gruźlicę przewlekłą, drugi zaś żyje jeszcze z objawami gruźliczymi w lewym płucu.

Trzeci, wreszcie, przypadek dotyczył chorego z rozedmą płuc, który przez 15 lat czuł się zupełnie dobrze i dopiero w 62 roku życia zmarł na suchoty. Żona jego zmarła na suchoty galopujące, wszystkie dzieci (było ich pięcioro) zmarły również w wieku od 15 do 22 lat na gruźlicę płuc.

W przypadkach powyższych, zdaniem Hirtz'a, miano do czynienia z gruźlicą przez dłuższy czas ukrytą, przygłuszoną, na której tle rozwinęła się rozedma. Następnie przy-

tacza Hirtz jeszcze kilka przypadków rozedmy, gdzie u chorych przed 20 przeszło laty już rozpoznawano gruźlicę płuc.

Między innymi na uwagę zasługuje przypadek, opisany przez prof. Bernheim'a z Nancy. Dotyczył on chorej 65 letniej, cierpiącej na rozedmę, którą w 35 roku życia, jako suchotnicę, wysłano do Davos.

Powołuje się Hirtz również na podobne spostrzeżenia Rueff'a, Aymard'a i Aupineta.

Co się tyczy dobroczynnego wpływu rozedmy na gruźlicę, to jest on tylko czasowy. Laseczniki gruźlicze mogą pozostawać w płucach jak gdyby w uspieniu przez dłuższy czas, w ciągu lat 20 do 40 i dłużej, lecz w końcu, czy to pod wpływem oziębienia ciała chorego, czy też ogólnego osłabienia organizmu, nanowo nabierają mocy i stopniowo lub nagle podkopują zdrowie chorego (Rueff).

U jednego z takich chorych sprawa gruźlicza niespodzianie powstaje wewnątrz ucha, u drugiego zajmuje opony mózgowce, u trzeciego przedostaje się do kiszek, u czwartego — do narządów moczopłciowych.

Na zasadzie przeszło 200 przypadków szpitalnych rozedmy płuc, powstałej na tle gruźliczem, Hirtz twierdzi, że chorzy ci żyją przeciętnie po lat 50, gdy tymczasem chorzy zamożniejsi, z praktyki prywatnej, żyją po lat 60 do 70. Różnica ta polega na tem, że chorzy zamożniejsi żyją w lepszych warunkach higienicznych, więcej o zdrowie swe dbają i wcześniej zaczynają się leczyć.

Chorzy, obarczeni rozedmą gruźliczą, posiadają pewne cechy swoiste: wyglądają wogóle dobrze, pracować mogą i niekiedy podejmują się nawet ciężkiej pracy, twarz ich do pewnego stopnia bywa wychudzoną; szyja w stosunku do swej długości nieco zacienka.

Klatka piersiowa u takich chorych zazwyczaj zbliża się do typu klatki piersiowej, opisanej przez Laënnec'a.

Dr. Rueff, uczeń prof. Bernheim'a z Nancy, wskazuje na wybitną płaskość górnej połowy klatki piersiowej w porównaniu z beczkowatym kształtem dolnej jej połowy.

Gueneau de Mussy twierdzi, że u chorych z rozedmą płuc jamy nadobojczykowe podczas kaszlu wypełniają się dzięki zwiększonej prężności szczytów płucnych, niekiedy jednak zrosty szczytowe, tak częste zjawisko u suchotników, mogą przeszkadzać wypełnianiu się jam z jednej lub z oby-

dwu stron. W dalszym ciągu pracy swej Hirtz jeszcze raz zaznacza, że rozedma u suchotników jest chorobą wtórną, wynikiem pierwotnego cierpienia w płucach gruźlicy.

Rokowanie w rozedmie gruźliczej ściśle wiąże się z wiekiem chorego, ze stanem jego serca i naczyń.

Przedewszystkiem serce jak najsumienniej powinno być zbadane. Ponieważ o wielkości jego w rozedmie płuc najczęściej na zasadzie opukiwania sądzić trudno, posilkować się więc można odgłosem tonów, które wysłuchiwać należy na rozmaitej odległości od rozszerzonej prawej połowy serca.

Żyły szyjowe naprężone i krwią nabiegłe, nie wiotczące podczas wysiłków wdechowych, duża i bolesna na ucisk wątroba, mniejszy lub większy obrzęk kończyn, mają ważne znaczenie prognostyczne. Im więcej bywa rozwinięta rozedma, im ściślej wiąże się ze zwapnieniem tętnic, tem stan chorego należy uważać za groźniejszy.

Osluchywaniem i opukiwaniem płuc chorego z rozedmą, nie jesteśmy w stanie określić stopnia ciężkości rozedmy, wyjaśniamy sobie zaledwie stan najpowierzchniwszej warstwy mięszu płucnego.

Griselle wykazał niegdyś, że wystarcza kilka milimetrów zdrowej tkanki płucnej, aby, wysłuchując miejsce to stetoskopem, powziąć mylne mniemanie, że ma się do czynienia z zapaleniem płuc.

Osluchywanie płuc ma i tę ujemną stronę, że bez względu na to, czy rozedma rozwija się tylko na powierzchni płuc, czy też sięga i w głąb płuca, zawsze daje jednakowe rezultaty.

Lermoyez (*France médicale*, Nr. 41, 1891 r.) twierdzi, że uchem możemy tylko rozpoznać rozedmę, żeby zaś określić, jak daleko jest ona posunięta należy uciec się do badania za pomocą spirometru i pneumatometru. Hirtz oprócz powyżej wspomnianych przyrządów, używa jeszcze przy badaniu chorych, dotkniętych rozedmą płuc, pneumografu i posilkuje się wymiarami klatki piersiowej podczas najgłębszego wdechu i wydechu. Na zasadzie badań pneumografem Hirtz przychodzi do następującego wniosku, że krzywa oddychania u chorych z rozedmą płuc, powstała na tle gruźlicy ukrytej, równa się krzywej, która cechuje rozedmę, zwaną konstytucyjną; krzywa zaś u chorych z rozedmą, powikłaną wybitnie rozwijającą się gruźlicą, zbliża się do krzywej u suchotników. Co się tyczy wyników badań za pomocą spirometru, to po-

jemność płuc, dotkniętych rozedmą, bez wyraźnych objawów, wskazujących na gruźlicę, u osób wzrostu i m. 65, równa się 2500 ctm sz.; pojemność zaś płuc u chorych (wzrostu i m. 60) z rozedmą i wyraźnie rozwiniętą gruźlicą równa się od 1500 do 1800 ctm. sz.

Wynikom badań za pomocą pneumatometru Hirtz nie przypisuje poważniejszego znaczenia; wyżej stawia badanie za pomocą spirometru. Mierzenie obwodu klatki piersiowej na wysokości pach, sutek i wyrostka mieczykowatego podczas najgłębszego wdechu i wydechu ma poważne znaczenie w rozpoznawaniu ciężkości rozedmy, różnica bowiem w obwodzie klatki piersiowej podczas najgłębszego wdechu i wydechu wynosi przeciętnie 7 ctm. u ludzi zdrowych, u obarczonych zaś rozedmą — od 5 do 1 ctm.

Różnica, wynosząca mniej niż 3 ctm., zdaniem Hirtz'a, wskazuje na ciężki okres rozedmy.

Co się tyczy leczenia rozedmy, to przedewszystkiem należy walczyć z gruźlicą. Niezłe rezultaty daje leczenie za pomocą zgęszczonego powietrza. Służą do tego specjalne kamery, hermetycznie zamykane.

Inna metoda leczenia rozedmy, zapoczątkowana przez Labadie-Lagrave'a około 1875 roku, a wielce zalecana przez Hancke'go, polega na wdychaniu zgęszczonego powietrza i wydechaniu powietrza w środowisko z powietrzem rozrzedzonym. Największem cieszą się uznaniem do użytku tego przeznaczone aparaty Waldenburg'a, Berkart'a, Schnitzler'a, Mauriac'a, Dupont'a.

Mechaniczna metoda leczenia rozedmy, stosowana przez Gerhardt'a, polega na prostym ucisku klatki piersiowej podczas wydechu; Férís zaleca specjalne respiratory sprężynowe.

Osobom otyłym znaczną ulgą przynosi umiejętnie i racjonalnie stosowany masaż.

Leczenie wodami mineralnymi (Eaux-Bonnes, Allevard, le Mont-Dore, la Bourboule, Royat), jako wpływające odżywczo na cały organizm, również wskazanem bywa dla osób, cierpiących na rozedmę płuc. Pobyt zimą w Cannes, Mentonie, Nizy, Beaulieu, dodatni wywiera wpływ na tego rodzaju chorych.

Ze środków lekarskich w rozedmie czystej, u astmatyków, z dobrym wynikiem stosują jod, alkalia i strychninę.

W rozedmie gruźliczej preparaty jodu są przeciwwskazane, natomiast zalecają preparaty arsenikowe, taninowe, a niekiedy strychninę i sparteinę. W przypadkach rozedmy, z wyraźnie występującymi objawami niedomogi serca, należy traktować chorych, jako chorych na serce, a więc zalecić im dyetę mleczną i naparstnicę.

St. Gębarski.

55. von Wunschheim. **O hemolizie w infekcji doświadczałnej.** (Münch. med. Wochenschr., 1903). Czy drobnoustroje zakażające, wywołują w ustroju zwierzęcym tworzenie się ciał hemolitycznych? Chcąc zbadać wspomnianą kwestyę, autor badał barwę surowicy, oddzielonej od czerwonych ciałek krwi przez centryfugowanie, przyczem sprawdzał i kontrolował wyniki doświadczeniami równoległymi. Zakażał króliki, myszy, gołębie, kury, świnki morskie i psy najrozmaitszymi zarazkami, najczęściej jednakże lasecznikami czarnej krosty. Te ostatnie drobnoustroje spowodowały zazwyczaj w chwili śmierci u królika i świnki morskiej wyraźne czerwone zabarwienie surowicy krwi (serum purpureum); jeżeli krew brana była na pewien czas przed śmiercią i badana bezpośrednio po wypuszczeniu, to wynik otrzymywano ujemny, natomiast ta sama próba krwi po 24 godzinach dawała znowu czerwone zabarwienie (Nachhämolysse). W jednakowy sposób zachowywały się laseczniki cholery kurzej u królików; natomiast u psów wspomniane laseczniki nie dawały nigdy »serum purpureum«.

Przyczynę występowania hemoglobinemii jednocześnie ze śmiercią zwierzęcia autor objaśnia w ten sposób, że utworzona lizyna wiąże się naprzód z czerwonymi ciałkami krwi; dopiero przy postępowaniu sprawy uwalniają się małe ilości hemoglobiny. Szybko następująca śmierć zwierzęcia przeszkadza ujawnianiu się hemoglobinuryi, której też nigdy nie spostrzegano. Autor mniema, że wolna lizyna we krwi nie krąży. Wykonane określenia na krwi zdrowych zwierząt wykazały, że występowanie serum purpureum nie jest zależne od zaburzeń izotonicznych.

Autor zachęca klinicystów do badania tej kwestyi przy łóżku chorego.

H. Kucharzewski.

56. Duflocq i Voisin. **Usiłowanie samobójstwa drzez spożycie hodowli laseczników Ebertha. Dur; wyzdrowienie.**

wienie. (Archives Générales de médecine. Nr. 35, 1903). Autorowie opisują przypadek duru, wywołanego spożyciem hodowli laseczników Ebertha na płynie, składającym się z wody morskiej i destylowanej.

Hodowla ta, bardzo jadowita, przeprowadzona była przez 3 buliony. Nazajutrz i dnia następnego po spożyciu całej zawartości probówki, chora miała się zupełnie dobrze; 3-go i 4-go dnia silny ból głowy nie pozwalał chorej mówić; T 37^o2. 5-go dnia ból głowy znikł zupełnie, chora ma się nieźle, wtedy też przyznaje się do spożycia hodowli, przyczem dodaje, że, widocznie, hodowla mało była warta, gdyż nic nie zaszkoziła. Tymczasem 6-go dnia — chora zmuszoną jest położyć się do łóżka — skonstatowano lekki nalot na jednym migdalku, pod wieczór chora dostaje bólu i zawrotu głowy i pada bez przytomności na ziemię.

7-go dnia T 37^o6, wieczorem 38^o6, występuje ból w brzuchu. 8-go dnia T 40^o2, petechie na brzuchu, dwa razy krwawienie z nosa. Dnia 4-go kwietnia, t. j. 9-go dnia po kroku samobójczym chora skarży się na ból głowy i brzucha, szczególnie w fossa iliaca dextra, z ledwością odpowiada na pytania, język suchy, wydzieliny rzadkie, żółte, cuchnące. Śledziona powiększona. Dodajmy, że chora jest w ciąży: macica wyczuwa się pod pępkiem. Serce i płuca w porządku. Ślady białka w moczu. Próba Widala ($\frac{1}{50}$ do $\frac{1}{15}$) daje wyniki pozytywne, przy tej ostatniej liczbie szybsza: w przeciągu 5 minut.

Leczenie: zimne kąpiele ciepłoty 18^o R. po 10 minut co 3 godziny, 2 zimne ławatywy codziennie. Wewnętrznie Salol. 10-go kwietnia temperatura spada nagle do 37^o (puls 80); po kilku nieznacznych podniesieniach powraca 23-go kwietnia do normy.

29-go następuje nawrót wskutek niezachowania diety: powtórne podniesienie temperatury, petechie — przyczem bóle są tak silne, że obawiano się poronienia. Dają chorej ławatywy z opium. Wreszcie temperatura spada do 37^o. 13-go maja następuje t. zw. crise urinaire (4 litry moczu), chora przyjmuje chininę, oraz środki wzmacniające. Chora wzięła 76 kąpielei. Po wyjściu ze szpitala urodziła zdrowe dziecko.

Ważnym jest do zanotowania fakt, że chora spożyła hodowlę bardzo jadowitą. Okres inkubacji był bardzo krótki, gdyż trwał 2 dni. Co zaś do okresu inwazyi, to ten trwał

6 dni. Pétéchie wystąpiły w 10 dni po zakażeniu, w tym samym czasie ciepłota doszła z niewielkiem wahaniem do 40°. Krótkość tych okresów tłumaczy się wielką jadowitością hodowli. Przyznać należy, że chora, mimo, iż przebieg był ciężki, wyszła z choroby zwycięsko, dzięki wyłącznie staranemu leczeniu.

Zaznaczyć wypada, że jestto jedyny przypadek, który stanowi jakoby doświadczenie laboratoryjne, dowodzi on też, że lasecznik Ebertha nie traci nic ze swych własności w płynie, o którym wspomniano wyżej.

W literaturze znaleziono jeszcze drugi przypadek, który zakończył się śmiercią. Student połknął przez pomyłkę hodowlę laseczników Ebertha — z tego wywiązał się dur, trwający 20 dni i zakończony śmiercią.

Matylda Biehler.

57. Glaessner. **Odczyn tryptofanowy i rak żołądka.** (Berliner klin. Wochenschr., Nr. 26, 1903). Tryptofan (Proteinochromogen) znajduje się między wytworami rozszczepienia białka stale przy trawieniu trypsynowym, może znajdować się i podczas trawienia pepsynowego. Ostatni fakt zniewolił autora do zbadania zawartości żołądka u zdrowych i u chorych na żołądek pod względem występowania tego odczynu (wystąpienie fioletowego ewentualnie czerwonego zabarwienia po dodaniu do zawartości żołądka wody bromowej lub chlorowej). Okazało się, że odczyn tryptofanowy nie znajduje się u zdrowych i u większej części chorych ze zmianami w błonie śluzowej żołądka. W dalszym ciągu autor przekonał się, że gdy do soku żołądkowego zdrowych ludzi wkładał kawałek tkanki rakowej, to po upływie kilku godzin wytwarzał się charakterystyczny odczyn tryptofanowy. Dla porównania wkładał autor inne tkanki nie zmienione żołądka do soku — odczyn tryptofanowy nigdy nie występował. To nasuwało autorowi myśl, czy też zawartość żołądka rakowatego, zmieszana z sokiem żołądka zdrowego, nie da podobnego odczynu? Badał w tym kierunku dużą ilość żołądków, lecz tylko w jednym przypadku otrzymał odczyn tryptofanowy; na autopsyi skonstatowano raka żołądka. Jakkolwiekby, ciekawem jest to, że tkanka rakowata pod wpływem kwasu solnego pepsynowego w krótkim czasie tak oddziaływa na trawienie białkowe, że się odszczepiają wytwory, dające odczyn tryptofanowy.

takie znaczenie to ma na rozpad białka podczas charłactwa rakowego albo na zanik kwasu solnego w żołądku rakowatym, należy jeszcze zbadać.

W. Biehler.

58. J. A. Koch. **O zwrotnikowym ropieniu wątroby i chirurgicznym leczeniu takowego.** (Weekbl. van. het. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., Nr. 7 i 5, 1903). Strach przed krajami podzwrotnikowymi w Holandyi wywołuje nietylko cholera, malarya i dyzenterya, lecz przeważnie ropień wątroby, który pociąga za sobą, bez chirurgicznego leczenia, śmiertelność 60 — 70%.

Autor w szpitalu w Surabaya operował 16 chorych, z których umarło dwoje. Ci ostatni byli już przed operacją bez nadziei utrzymania ich przy życiu, tak, że w samej rzeczy wszyscy chorzy, którzy na czas przybyli do szpitala z ropniem wątroby, wyzdrowieli.

Co się tyczy etyologii, to, wedle zdania autora, tylko dyzenterya zasługuje na uwagę, wywołuje ją amoeba dysenterica Loesch'a. Że tej amoebie nie wszyscy przypisują własności wywołania tej choroby, należy przypisać temu, że się nie zwraca uwagi na lżejsze postaci, szczególnie te, w których niema krwotoków. Wysok i zły sposób życia, wedle zdania autora, nie mają wielkiego znaczenia dla powstania tej choroby. U mężczyzn spotykamy częściej dyzenterję, niż u kobiet, dla tego też mężczyźni częściej chorują na ropień wątroby. Opisując zwykły niepowikłany przypadek, autor omawia rozpoznanie. Zawsze spotyka się gorączkę, która się zwiększa przy chodzeniu, i prędkie wychudnienie. Ból jest mniej swoisty. Bóle w plecach spotykamy w 15%, a tussis hepatica w 50%. Kaszel oznajmia, że ropień siedzi w bliskości przepony. Przy oględzinach wpada w oko blado-żółty kolor twarzy i chód: zdaje się, jakby chory nosił ze sobą pod pachą swój ropień. Bardzo ostrożnie, robiąc małe kroki, wchodzi chory do pokoju, ręce i ramiona przyciśnięte ma do okolicy wątroby. Przyczem idzie on pochylony naprzód i krzywo z wyraźnym wykrzywieniem kręgosłupa ku tyłowi i wypukło na lewo. Przed położeniem się chory siada ostrożnie, skręca potem powoli okolicę wątroby na dół, trzymając przytem górną część ciała zupełnie sztywnie. Oddycha powierzchownie i prędko. Zaburzenia w trawieniu występują, gdy ropień siedzi na dolnej powierzchni wątroby, uporczywe wymioty, gdy

ropień znajduje się na lobus Spigellii i quadratus. Co się zaś tyczy obmacywania i opukiwania, to wysoki stan przepony wskazuje na wysokie umiejscowienie ropnia, niski stan przepony wcale nie znaczy, że ropień nisko siedzi. Przy nakłuciu, które jest niezbędne, należy być ogromnie ostrożnym. Autor używa szprycy, zawierającej 10 ctm.³ i igłę długości 7 ctm. i 2mm. grubości. Jeżeli ropień leży pod żebrami, to lepiej zrobić próbną laparotomię. Autor radzi, dla zapobieżenia zakażeniu krwi, nigdy nie wkłuwać igły poniżej łuku żebrowego. Gdy się uważa, lub są pewne dane, że ropień znajduje się w jamie brzusznej, to należy też przystąpić do laparotomii próbnej. Więcej, niż trzy razy nakłuwać nie wolno, lepiej kilka dni przeczekać, gdy się nie osiągnęło wyniku zaraz. Aby zmniejszyć napięcie, należy 15,0 — 50,0 ropy wypuścić przez rurkę. Najlepiej ustawić igłę na miejscu i przystąpić natychmiast do operacji. Co się zaś tyczy samej operacji, to tak mało różni się ona od zwykle używanych sposobów, że opisanie jej może być pominięte.

W. Biehler.

59. Ernest Moro. **Uwagi biologiczne o karmieniu ssawców.** (Archives de Méd. des enfants, juillet, 1903). Omawiając kwestyę karmienia ssawców, autor twierdzi, że sztucznie mogą być wykarmione tylko te dzieci, które rodzą się zdrowe i znajdują się w dobrych warunkach higienicznych, przyczem zwracać należy uwagę, aby mleko, brane od zwierząt, możliwie doprowadzić do takiego stanu, aby składem swoim przypominało mleko kobiet.

Różnica pomiędzy sztucznem a naturalnem karmieniem polega jedynie na tem, że w drugim przypadku dziecko dostaje białko ludzkie, t. j. białko tego samego gatunku—homologiczne, gdy tymczasem w pierwszym — ssawiec karmiony jest białkiem zwierząt, czyli gatunku obcego—heterologicznem. O różnicy między białkiem mleka ludzkiego a zwierzęcego, wiemy już od r. 1899, t. j. od doświadczeń Bordet'a na królikach. Wstrzykiwał on im pod skórę w odstępach 2- lub 3 dniowych po 10 cc. mleka. Surowica tych zwierząt posiadała wtedy własność strącania mleka. Bordet nazywał to serum *lacto-serum*. Wassermann i Schalge powtórzyli doświadczenia Bordet'a, przyczem jednej partyi królików zastrzykiwali mleko kobiet, drugiej mleko krowie.

Otóż surowica królików, którym wstrzykiwano mleko kro-

wie—strącała tylko krowie mleko, zaś surowica królików, którym wstrzykiwano mleko kobiet — strącała tylko mleko kobiet. Metoda ta, zwana metodą biologiczną, pozwala nam dokładnie odróżnić białka mleka różnych gatunków zwierząt. Dowiedzonym więc faktem jest, że białko mleka krów i kobiet różni się od siebie nie tylko chemicznie, ale i biologicznie. Substancje, które zdolne są strącać mleko, nazywają się *precypityny*. Ztąd wniosek, że dla ssawca nie jest rzeczą obojętną, czy mu się daje dla odnawiania substancji jego organizmu — białko jemu właściwe, czy też białko właściwe np. dla cieląt!

Pierwszym, który zwrócił uwagę na różnicę białka mleka, był Hamburger, który widzi w białku zwierząt »truciznę« w pojęciu biologicznem dla komórek nabłonkowych kiszek. Wassermann zwraca uwagę na to, że dziecko karmione sztucznie, wystawione jest na większą pracę, aniżeli takie, które się karmi mlekiem matki, to ostatnie bowiem nie przerabia obcego mu białka na takie, które odpowiada jego organizmowi.

Szereg doświadczeń Heubner'a i Cannerer'a wykazuje większą siłę rozrostu i silniejsze powiększenie na wadze u dzieci karmionych drogą naturalną, niż u dzieci karmionych sztucznie; tego samego zdania jest też i Escherich. Dowiedzonym też jest, że dzieci karmione sztucznie wymagają więcej pokarmu.

Szereg doświadczeń Wassermann'a wykazał też, że trawienie i przerobienie białka tego samego gatunku wymaga zużycia mniej aleksynów czyli dopełniaczy (aleksyny są to substancje ochronne surowicy normalnej, które teź nadają właściwości bakteryolityczne, hemolityczne i globulicydne), aniżeli trawienie obcego białka, np. mleka krowiego.

Autor artykułu dowiódł też całym szeregiem doświadczeń, że surowica dzieci karmionych piersią ma własności bakteryobójcze daleko silniejsze i posiada więcej aleksynów, aniżeli surowica dzieci karmionych sztucznie.

Moro zrobił też następujące doświadczenia, które rzucają światło na kwestyę karmienia dzieci. Oto starał się on przekonać, jak się zachowują leukocyty we krwi ssawca podczas trawienia. Otóż u ssawców karmionych, piersią matki, liczba leukocytów nie zwiększała się wcale — przeciwnie, zamiast t. zw. leukocytozy trawiennej, zauważono stopniowe zmniejsza-

nie się białych ciałek. Zmniejszanie się dochodziło do minimum, poczem ilość leukocytów wracała do normy, krew zatem ssawca wykazywała podczas trawienia mleka kobiety hypoleukocytozę, lub, mówiąc lepiej, leukopenię; (toż samo znalazł Gregor).

Takie dziecko otrzymywało następnie bez wszelkiej przerwy posiłek z mleka krowiego czystego. Zauważono wtedy, że liczba białych ciałek zwiększyła się natychmiast i doszła do cyfry ogromnej 19800 leukocytów; toż samo stwierdzono u dzieci, którym dawano mleko krowie z domieszką wody. Autor przypuszcza, że obce białko, w jakiegokolwiek bądź ilości, drażni delikatne kiszki ssawca, co wywołuje nadmierny napływ białych ciałek krwi, jako samoobrona organizmu.

Warunki powyższe zmieniają się o tyle, o ile dziecko uprzednio nie karmione było sztucznie. Wahania ilości białych ciałek małe mają znaczenie, wypływa to zapewne z przyzwyczajenia dziecka do pożywienia białkiem innego gatunku — proces ten bardzo przypomina t. zw. auto-immunizację w szerokim znaczeniu tego wyrazu. Przemawia za tem przypuszczeniem ogromna ilość dzieci karmionych piersią, które energicznie reagują na odstawienie (utrata apetytu, podniesienie temperatury, utrata na wadze i t. p.).

Na zakończenie autor zwraca uwagę na różnicę, jaka zachodzi pomiędzy doświadczeniami, w których wstrzykuje się białko pod skórę, a wprowadzaniem tego ostatniego drogą naturalną, t. j. przez przewód pokarmowy, gdzie białko pozostaje jako takie po za obrębem organizmu, wtedy bowiem tylko produkty jego przemiany łatwo rozpuszczalne są wessane. Prócz tego nie wszystkie doświadczenia robione są na dzieciach, z łatwo zrozumiałych przyczyn — i dlatego, może, nie są tak dokładne, jak tego by życzyć należało.

Matylda Bichler.

II. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

60. **Papier odczynnikowy d-ra Henryka Zellner'a.** Papier ten odczynnikowy odznacza się niesłychaną czułością, wykrywa on zasadę w rozcieńczeniu 1 : 3,000,000, amoniak 1 : 5,500,000. Nadzwyczajaj-

na czułość papieru Zellnera poleg'a na grze kolorów, jaką otrzymujemy przy działaniu (zasad) na fluorescyne.

Badanie odbywa się w sposób następujący: pałeczką szklaną bierze się odrobinę badanego płynu i zwilża się tym papierek odczynnikowy. Obecność alkali manifestuje się przez powstanie na papierze wyraźnego, zielonego, świecącego zabarwienia, które znika pod wpływem minimalnej ilości kwasu nieorganicznego lub organicznego. Gdy chcemy wykryć obecność amoniaku w ogrzewanym płynie, wtedy moczymy koniec papierka wodą przekroploną; drugi zaś jego koniec za pomocą pinicety trzymany nad ulatniającą się parą; najmniejsza ilość amoniaku da nam wyraźne jasno-zielone zabarwienie. Metoda ta nadaje się szczególnie w tych przypadkach, gdy nam chodzi o wykrycie minimalnych śladów amoniaku, na przykład w wodach studziennych.

Szklane naczynie, w którym się ów papier odczynnikowy przechowywa, powinno być zawsze szczelnie zamknięte, papier od czasu do czasu powinien być kontrolowany na swoją sprawność odczynnikową; na czystość używanej do badań wody ważny nacisk kłaść trzeba.

H. K.

61. B. Heymann. **O szkodliwości atramentu** (Zeit. f. Schulgesundheitsptl., 1903). Autor wykazuje, że ogólnie używane gałtunki atramentu, czy to w stanie zupełnie świeżym, czy też po dłuższym użyciu nie zawierają w sobie pasorzytów chorobotwórczych, mają poniekąd nawet działanie przeciwpasorzytnicze. Jeżeli wskutek zakłucia piórem powstają niekiedy ciężkie zakażenia septyczne, to przyczyny ich szukać należy w zawleczeniu czynników chorobotwórczych bądź z powierzchni skóry, bądź też z jamy ustnej przy wysysaniu ranki, bądź też przez dotyk nieczystą chustką lub palcami. Również i szkodliwe działanie na przewód pokarmowy wskutek zlizywania plam atramentowych jest nieznanne.

H. Kucharzewski.

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

62. **Dżuma**. Kwas karbolowy daje doskonałe wyniki w leczeniu dżumy. Atkinson dawał po 0.75 co 3 godziny dziennie, po trzech dniach zmniejsza dawkę do 0.40. W razie zabarwienia moczu radzi dawki jeszcze bardziej zmniejszać. (Sem. méd. Nr. 38, 1903).

(W. B.)

63. Th. Escherich. **Wyniki leczenia płonicy surowicą na klinice chorób dziecięcych w Wiedniu** (Wien. kl. Wochenschrift, 1903). Autor ogłasza wyniki leczenia 142 przypadków płonicy surowicą Moser'a. Surowica Moser'a jest, jak wiadomo, poliwalentną i otrzymuje się, w przeciwieństwie do surowic Marmjorka i Aronson'a z hodowli, które nie zostały przez przejście przez ustrój zwierzęcy doprowadzone do wysokiej jadowitości. Surowicę tę dostarczają konie, po 7—8 miesięcznych zabiegach. Surowicę Moser'a zastrzykuje się w dużych dawkach (normalna dawka wynosi 100—200 ccm) podskórnie, najczęściej w ścianę brzuszna. W 75% przypadków po zastrzykiwaniu surowicy spostrzegano wysypki, obrzęk i mniej lub więcej długotrwałą gorączkę, przypadłości te jednakże szybko znikwały i, prawdopodobnie, z wydoskonaleniem metody otrzymywania surowicy powtarzać się nie będą. Zastrzyknięcie surowicy wywołuje po 4—12 godzinach spadek ciepłoty, tętna i częstości oddechu, oraz ciśnienia krwi, wysypka blednie, ogólny stan chorego znacznemu podlega polepszeniu. Maximum działania surowicy przypada na czas pomiędzy 18—30 godzinami po zastrzyknięciu. Przeciwno rozwiniętym już w całej pełni powikłaniom surowica Mosera okazuje się bezsilną.

Podług badań Moser'a i Pirquet'a surowica szkarlatynowa aglutynuje nietylko hodowle, przeznaczone do uodporniania koni, lecz i inne paciorkowce, wyhodowane ze krwi serca chorych, zmarłych na płonice, natomiast paciorkowce, otrzymane z kądziąd, surowica ta nie aglutynuje, lub też w znakomicie mniejszym stopniu, zjawisko to ma pewne znaczenie dla charakterystyki jadu szkarlatynowego

H. Kucharzewski.

64. Ogle Cyril. **O leczeniu złośliwego zapalenia wsierdzia surowicą przeciwpaciorkowcową** (The Lancet, 1903). Z pomiędzy 100 przypadków zapalenia wsierdzia leczonego surowicą, autor wspomina o 70, gdzie wyniki przemawiały na korzyść surowicy. Z pomiędzy 19 przypadków złośliwego zapalenia wsierdzia, które były badane bakteryologicznie i leczone surowicą, 6 wyzdrowiało zupełnie. Autor wzywa, aby w podejrzanych przypadkach przystępowano wcześniej do badania bakteryologicznego i do zastrzykiwań surowicy przeciwpaciorkowcowej dwa razy na dzień w ilości od 10—12 ccm. Ze względu na zakażenie mieszane gronkowcami w zapaleniu wsierdzia uważa autor za odpowiednie stosowanie jednocześnie i surowicy przeciwgronkowcowej. Nawet, gdy badanie bakteryologiczne krwi da wynik ujemny, autor radzi stosować surowicę przeciwpaciorkowcową i przeciwgronkowcową. (*H. K.*)

65. J. Wernitz. **Przyczynę do leczenia chorób zakaźnych** (Therap. Monatshefte, 1903). Autor stosuje lawatywy z letniej wody z dodatkiem 1% soli kuchennej i dostarcza w ten sposób ustrojowi płynów w obfitości. Sprzyja to wzmożonemu wydzielaniu się materii toksycznych (jak bakterii, toksyn) oraz usuwa się tą drogą objawy, towarzyszące ostrej chorobie zakaźnej: gorączkę, pragnienie, suchość błony śluzowej i t. d. Płyn powinien bardzo powoli do kiszek przenikać (litr w przeciągu godziny); ilość takich lawatyw zależną jest od ciężkości przypadku. Pomiędzy każdą lawatywą rądzi autor zrobić 1 — 2 godzinną przerwę. *H. Kucharzewski.*

66. K ö b i s c h: **Rheumasanum** (Deutsch. med. Wochensh, Nr 38, 1903). Reumazan przedstawia się jako maść przetłuszczona, zawierająca 10% swobodnego kwasu salicylowego, ma przyjemny zapach, czysty w użyciu, łatwo się wsysa i długo się nie psuje. Stosował ją autor u chorych z przewlekłymi reumatycznymi cierpieniami: jakto: Polyarthrit, lumbago, ischias, omarthrit z nerwobólami i bez nich, oprócz tego w trzech przypadkach wiądu z ciągłymi i wędrującymi bólami, w dwóch przypadkach napadu artrytyzmu, w jednym przypadku nerwobólu traumatycznego i w jednym przypadku zapalenia nerwów, wywołanego nadużyciem wysokości. Chore części ciała myje się ściśle, dobrze się osusza i wtedy naciera się około 10,0 Rheumasanu, w ten sposób, że się ten środek wysmarowuje w cienkiej warstwie po jak największej przestrzeni, gdyż, jak wiadomo, tym sposobem najwięcej się wsysa. Potem pokrywa się tę przestrzeń cienką warstwą waty. Ten opatrunek zostawia się na mniej więcej 12 godzin, potem zmywa się maść ciepłą wodą. Po wysuszeniu ściślem znowu się naciera. Autor nacierał, stosownie do wrażliwości skóry, raz lub dwa razy dziennie, gdyż z początku kilkakrotnie zauważył podrażnienie skóry przy częstszym użyciu środka. W ten sposób postępuje autor przez dwa dni. Trzeciego i czwartego dnia nic nie robi i zaczyna na nowo, ewentualnie już czwartego dnia. Tym sposobem leczył wyżej wymienione choroby z dobrym wynikiem bez najmniejszych ubocznych objawów, tak często spotykanych przy leczeniu kwasem salicylowym. Dalej autor opisuje kilka przypadków przeważnie przewlekłych. Leczył on mniej więcej 30 przypadków, tylko w czterech przypadkach reumazan wcale nie działał. Wsysanie kwasu salicylowego następowało po upływie kilku godzin, przyczem wsysanie i wydzielanie kwasu salicylowego prędko się odbywa, gdyż po upływie około czterech

godzin po pierwszym wystąpieniu w moczu kwasu salicylowego już go tam więcej nie było. (Eisen-chlorid-aetherprobe).

W. Biehler.

67. **Rachitis.** Amistuni przypuszcza, że krzywicę można wyleczyć szpikiem z kości. W siedmiu przypadkach, w których przepisywał wyciąg glicerynowy szpiku kostnego w ilości 15,0—20,0 dziennie, zauważył powiększenie ilości barwnika krwi, oraz powiększenie wagi ciała, ząbkowanie odbywało się łatwiej, dzieci pręcej zaczynały chodzić. Autor radzi stosować szpik kostny we wszystkich przypadkach krzywicy, gdyż oprócz ogólnego polepszenia zmniejsza się i ból w okolicy przyrostka. (Sem. méd. n-r 38, 1903).

W. B.

68. **Vomitus gravidarum.** Na wymioty podczas ciąży doskonale działają lawatywy z roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Najpierw opróżnia się odbytnicę; w godzinę potem robi się lawatywę z jednego litra roztworu soli kuchennej 28°—30°, pod średnim ciśnieniem. Wlewania te powinny być robione powoli, w ilości 4—6 litrów dziennie. Behm, który otrzymał doskonale wyniki, zastanawia się nad tem, czy wymioty uporczywe nie występują wskutek tego samego zakażenia co i drgawki, często bowiem widywał je u tych samych kobiet, które cierpiały na uporczywe wymioty; te ostatnie też osiągały swego maximum podczas formowania się łożyska. (Archiv. f. Gynäkol. LXIX. 2.)

W. B.

IV. BIBLIOGRAFIA.

Dyagnostyka Anatomo-Patologiczna. Cz. I *Klatka piersiowa*, napisał Dr. med. Zdzisław Dmochowski, prosektor Uniwersytetu Warsz. Warszawa, 1903. Druk P. Laskauera i S-ki.

Ukazanie się nowego dzieła oryginalnego w naszej literaturze lekarskiej jest dotąd zawsze zjawiskiem tak rzadkiem, że piszącemu sprawozdanie o niem nasuwają się jeszcze i uwagi ogólniejszego charakteru, refleksye o tonach mniej lub więcej minorowych, dotyczące całości naszego piśmiennictwa naukowego, a szczególnie książkowego.

Czy-bo może być inaczej, jeżeli przypomnimy sobie, że wykaz

dział, mających za przedmiot systematyczny wykład anatomii patologicznej aż do daty wyjścia wymienionej w nagłówku książki — zawiera tylko dwa tytuły! Są to mianowicie dzieła Bętkowskiego (Anatomia patologiczna cz. ogólna, 1852, cz. szczególna, 1853) i Brodowskiego (Rys Anatomii patologicznej, cz. I, 1869); ostatnia niedoprowadzona nawet do połowy!

Tak więc książka Dmochowskiego jest zaledwie trzecią w rzędzie podręczników polskich, wykładających tak podstawową część wiedzy lekarskiej.

Nie można zatem odnośnie jej użyć stereotypowego wyrażenia, tak często spotykanego w naszych notatkach bibliograficznych, że wypełni »lukę« w tej dziedzinie naszego piśmiennictwa. O lukach mówi się w stosunku do całości, trudno zaś twierdzić o ciągłości a więc i całości tam, — gdzie składowe części znajdują się w takiej odległości od siebie, jak w danym przypadku. Wolimy przeto raczej uważać książkę Dmochowskiego jako zapoczątkowanie nowej całości, szeregu podręczników anatomo-patologicznych, zwłaszcza, że ze względu na swój specjalny charakter — jako dyagnostyki anatomo-patologicznej — jest wogóle pierwszą u nas w swoim rodzaju, i bodaj by była, jako taka, naturalnym doń wstępem.

Dyagnostyka Anatomo-patologiczna będzie przyjęta z zadowoleniem i wdzięcznością przez wszystkich lekarzy, zmuszonych wykonywać badania zwłok, bądź to w szpitalach, bądź przy czynnościach sądowo lekarskich, niemających przytem żadnego poradnika, oprócz wspomnień z kursów, albo dorywczych ucieczek do wykładów teoretycznych — w językach obcych.

W książce Dmochowskiego znajdują oni wszelkie wskazówki zarówno techniczne co do samego wykonawstwa sekcji, poczynając od sposobu trzymania noża, jak i wytyczne do zbierania tych najbardziej charakterystycznych rysów, względnie objawów patologicznych, których zestawienie doprowadzi ich do właściwego rozpoznania znalezionych zmian chorobowych.

Wykład, prowadzony według porządku naturalnego rzeczy, t. j. tak, jak się z kolei dane objawy rzucają w oczy wykonywującemu sekcję, jest krótki i zwięzły, jasny i zrozumiały.

Autor stawia na pierwszym planie objawy, najbardziej cechujące dla danej sprawy (np. powiększenie, zmniejszenie narządu, zmiany spistości, barwy i t. d.), dopełnia je objawami drugorzędnymi, a w razie potrzeby dodaje rozpoznawanie różniczkowe.

Obecny tom „Dyagnostyki“, nazwany przez autora częścią pierwszą, obejmuje na 407 stronicach zmiany, spotykane na klatce piersiowej i w narządach w niej zawartych.

Rozdział pierwszy zajmuje się zniekształceniem klatki piersiowej i międzyżebry. Byłoby pożądanem a i zgodnym z przyjętym przez autora zasadniczym porządkiem przedstawienia rzeczy według tego, jak się rzucają w oczy badającemu zwłoki, — aby wykład rozpoczynał się od ogólnego obejrzenia całego ciała i zmian na skórze (bez szczegółowej jej anatomii patologicznej). Ze względu np. na potrzeby lekarzy, wykonywujących badanie sądowo-lekarskie — było by dobrze, gdyby Szanowny autor uwzględnił tę okoliczność na początku przyszłego tomu. Rozdział drugi mówi o technice badania [sekcyjnego klatki piersiowej. Po przedstawieniu w rozdziale trzecim zmian w sutkach, następuje w rozdziale czwartym technika roztwierania klatki piersiowej, poczem z kolei mamy podany opis zmian w poszczególnych narządach, a więc: śródpiersie (r. 6), grasica (r. 7), osierdzie (r. 8), serce (r. 9), płuca (r. 10), oskrzela (r. 11), naczynia płucne (r. 12), opłucna (r. 13), aorta piersiowa (r. 15), przełyk (r. 16), tchawica (r. 17), gruczoły limfatyczne okołooskrzelowe (r. 18), przewód piersiowy (r. 19). Dzieło kończy szczegółowy alfabetyczny spis zmian anatomicznych, o których była mowa w tekście (str. 409 do 421).

Na początku każdego rozdziału znajdujemy opis techniki sekcyjnej danego narządu, oraz uwagi ogólne o spotykanych w nim zmianach, poczem następuje badanie szczegółowe. W niektórych miejscach dodał autor wskazówki, jak należy postępować, aby z danego okazu należycie przygotować preparaty do przyszłego badania drobnowidzowego.

Do łatwiejszego zrozumienia opisów przyczyniają się liczne i znakomicie wykonane rysunki makro i mikroskopowe, w liczbie 163, z których znaczna większość, bo 130 autor sporządził ze swych własnych preparatów lub z dotychczas nie przedstawionych jeszcze preparatów muzeum patologicznego tutejszego Uniwersytetu i innych.

Idąc za prośbą autora, wyrażoną w przedmowie, ośmielamy się zwrócić jego uwagę na kilka usterek, które uważamy za lapsus calami, mogącemi być poprawionemi w spisie zauważonych omyłek. Tak np. na str. 9-ej nie jest powiedziane wyraźnie, że wykonywujący sekcję, stoi po prawej stronie zwłok. Następnie na str. 39 czytamy: najwyższy punkt przepony u ludzi zdrowych, znajduje się na prawej stronie w 4-ej przestrzeni międzyżebrowej etc.; oczywiście mowa tu o położeniu na trupie a nie za życia.

Ustępy o hydraemia, plethora serosa o haemorsydera (p. 181) są może trochę a pobieżne i stąd mniej jasne.

Ustęp (str. 208) o krwawieniach w płucach »wyrównawczych« bez uszkodzeń całości naczyń, które zdarzają się jakoby wskutek zaburzeń w miesiączkowaniu, u mężczyzn zaś po nagłym ustąpieniu krwawień nawykowych, np. hemoroidalnych, wydał się nam, przynajmniej, niespodzianką w anatomii patologicznej. Pogląd taki, dawniej przyjmowany — i rozpowszechniony dziś jeszcze wśród publiczności — nie znajduje poważnego uznania wśród klinicyków obecnej doby. Nie możemy z odnośnego miejsca wyrozumieć, czy owe niejasnego pochodzenia przypadki obecności krwi w pęcherzykach bez uszkodzenia tkanek płucnych — objaśniane dawniej niekreślonym bliżej pojęciem »Vulneroailitatis« naczyń płucnych, a także tak zwaną dawniej apoplexia Laennec'i — znalazły obecnie takie wyjaśnienie — na podstawie zestawień z odnośnymi objawami przyżyciowymi. Rzecz to w każdym razie pod względem klinicznym niezmiernie ważna i żałujemy przeto, że autor uwzględnił ją tylko mimochodem.

Zewnętrzna strona wydawnictwa przedstawia się bardzo pokaznie. Druk duży i wyraźny. Piękny papier kredowy pozwala na uwydatnienie zalet wybornie odtworzonych rysunków. Cena rubli 4 za tak wspaniałe wydawnictwo, jest niezwykle niską w porównaniu z cenami wydawnictw zagranicznych. Autor zresztą uprzystępniał możliwość nabycia dzieła jeszcze bardziej, wypuszczając pewną liczbę egzemplarzy na papierze zwyczajnym, po cenie tylko trzech rubli.

O. Hewelke.

V. Z TOWARZYSTWA LEKARZY GUBERNII LUBELSKIEJ.

Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 4-go Maja 1903 roku.

1. Prezes poświęcił słów kilka pamięci zmarłego członka Towarzystwa Naftalego Flindra — zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

2. Majewski przedstawił 2 chorych, u których z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika dokonał **gastroenteroanastomozы tylnej** sposobem Hartmann'a.

I. Wojciech Z., z Bystrzycy, lat 42. Chory od lat 4-ch; choroba zaczęła się od bólów bezpośrednio po jedzeniu; po półrocznym trwaniu choroby przyłączyły się wymioty — późne, nocne (w 7 — 8 godzin po jedzeniu); wymioty te z początku bywały rzadko; sto-

pniowo coraz częściej; w ostatnim roku—stale codzien. Krwawych wymiotów ani krwawych stolców chory nie miewał. Stolce — rzadko nieobfite. Odbijanie często gorzkie. Znaczne wychudzenie. Waga — 133½ funta.

Po mięsnej kolacyi wieczorem, na drugi dzień rano przy przemyciu żołądka otrzymano obfitą treść żołądkową z zawartością w niej mięsa i innych, mało zmienionych, potraw.

Po wieczornem przemyciu—na drugi dzień rano, po próbnem śniadaniu, treść żołądka zawierała kwasów—70, czyli solnego kwasu 2,41 pro mille. Krzywizna duża widoczna ponad samym pępkiem; potwierdziło to rozdęcie żołądka. Przy dwuręcznem badaniu żołądka — charakterystyczne pluskanie. Ciepłota normalna.

Wobec tych danych — M. rozpoznał rozszerzenie żołądka z zastojem jego treści z powodu bliznowatego po wrzodzie zwężenia odźwiernika.

Gastroenteroanastomoza tylna sposobem Hartmann'a pod chloroformem; na przedniej i górnej powierzchni odźwiernika białe twarde podłużne blizny; odźwiernik nie wpuszcza końca palca. Przebieg pooperacyjny normalny. Zagojenie przez rychłozrost. W 8 tygodni po operacyi chory czuje się doskonale; waży 168 f., przybyło mu więc 34,5 funta wagi.

II. Andrzej B., lat 26, z Niedrzwicy. Od lat 4-ch miewa ciągle tępe bóle w dołku, zwiększające się przy leżeniu nawznak — i brak łaknienia. Od roku pluskanie w żołądku i wymioty; wymioty wieczorne (w 5 — 6 godzin po jedzeniu), z początku rzadko, w ostatnich czasach prawie codzien. Odbijania częste z przykrym cuchnącym zapachem. Krwawych wymiotów ani krwawych wypróżnień nie było.

Przy przemyciu żołądka bardzo obfita treść, zawierająca mało zmienione produkty (mięso, kartofle, kapustę, marchew) z wielu poprzednich dni.

Ogólna kwaśność po próbnem śniadaniu — 30, waga 113 f. Granice żołądka przy oględzinach niewidoczne; przy rozdęciu żołądka krzywizna większa na 3 poprzeczne palce ponad pępkiem.

Rozpoznanie — zastój treści żołądka, od zwężenia odźwiernika zależny.

Laparotomia pod chloroformem. Na przedniej powierzchni odźwiernika dwa podłużne bliznowate twarde sznurki; tylna powierzchnia żołądka na całej przestrzeni silnie zrosnięta z mesocolon; odźwiernik nie przepuszcza palca; po oddarciu częściowem mesocolon — gastroenteroanastomoza tylna sposobem Hartman'a;

w przebiegu gojenia wydzieliło się kilka głębokich szwów z *crin de Florence*. W 9 tygodni po zabiegu — przybytek wagi 21 fun. (134 f.). Wymiotów nie było. Łaknienie dobre.

3. *Zajdenman* przedstawił chorego chłopca w wieku lat 5, który 2 tygodnie temu przybył do oddziału ocznego szpitala św. Józefa z olbrzymim guzem w okolicy oka lewego. Guz był twardy, mało ruchomy, zajmował lewą okolicę czołową prawie do sutura coronaria, okolicę skroniową, dolną powiekę, okolicę górnej szczęki do *processus zygomaticus*. Powieka górna była silnie obrzękła, dolna zaś znacznie powiększona, twarda, widocznie przez guz zajęta. Gałki ocznej zupełnie nie było widać i wszelkie próby przekonania się, w jakim znajduje się stanie, okazały się bezowocnymi, wobec znacznego obrzęku powiek i twardości powiek, zwłaszcza dolnej. Stan bezgorączkowy, skóra ponad guzem silnie naprężona, ale z wyjątkiem górnej powieki nie zaczerwieniona. Z wywiadów okazuje się, że chłopiec 2 miesiące temu otrzymał silne uderzenie kamieniem w okolicę oka lewego. Wszystko zdawało się przemawiać za złośliwym nowotworem, które się stosunkowo nie rzadko w okolicy oczu u dzieci widuje.

Nałożono opaskę wilgotną i w myśli układano plan trudnej operacji, szczególnie ze względu na to, że nie miano najmniejszego pojęcia, co się dzieje z gałką oczną. Na drugi dzień stan bez zmiany, T^0 normalna; opaskę zmieniono. Na trzeci dzień po zdjęciu opaski, okazuje się, że guz na całej przestrzeni okolicy czołowej wyraźnie chęłbocze, skóra nie zaczerwieniona. Przystąpiono natychmiast do operacji. Po uśpieniu dziecka, zrobił *Z.* głębokie cięcie tuż ponad łukiem brwiowym; opróżniła się znaczna ilość ropy; jama zbadana palcem, okazała się niezmiernie rozległą, z licznymi zatokami, tak, że zaszła konieczność zrobienia kontrapertury na policzku tuż pod *processus zygomat.* Kość czołowa, brzegi oczodołu, część górnej szczęki, okazały się obnażonymi, a miejscami wyczuwały się ostre, chropowate nierówności, sekwestru nie było. Nałożono opatrunkę. Pierwsze dwa dni po operacji gorączka dochodziła do 39^0 , trzeciego dnia T^0 normalna. Wbrew wszelkim przewidywaniom gojenie miało przebieg nad wyraz pomyślny. Obecnie pacjent jest prawie na wyzdrowieniu, niewielka bowiem rana, sądząc z dotychczasowego przebiegu, powinna się szybko zabiżnić.

4. *Rudzki Stefan* przedstawił preparat połowicznego stłuszczenia serca. 60-letnia chora wstąpiła do szpitala św. Wincentego w Lublinie, uskarżając się na duszność i obrzęki. Przy badaniu rzuciła

się w oczy niezwykła sinica nie tylko warg, które miały barwę czarno-siną, ale również nosa, policzków i kończyn; obrzęki zajmowały przeważnie dolne kończyny, choć były i na twarzy i tułowiu. Budowa i odżywienie chorej dobre. Serce rozszerzone umiarkowanie, dźwięki czyste, lecz głuche, rzut łatwo wyczuwalny na miejscu, tętno słabego napełnienia, przyspieszone (około 100 na 1'), prawidłowe. W płucach zastoinowe rżenia. Wątroba powiększona, czuła. Trochę płynu w jamie brzusznej. W moczu ślady białka przy wysokim ciężarze gatunkowym i braku składników nerkowych. Rozpoznano: *cor lassum e degeneratione musculari*.

Po podaniu środków sercowych i moczopędnych chora czasowo poprawiła się nieco, obrzęki zeszły, lecz sinica pozostała prawie bez zmiany.

Wkrótce potem stan ogólny znów pogorszył się — kaszel powiększył się; plwocina, odchodząca po krztuszeniu się i wymiotach, była bardzo cuchnąca; w płucach mnóstwo rżeń wilgotnych; sinica jeszcze większa; bredzenie, zrywanie się z łóżka; niepoznanie obecnych; w tym stanie chora zmarła po 3-ch tygodniach pobytu w szpitalu.

Ogłędziny pośmiertne wykazały: serce rozszerzone, wiotkie; przy nieznacznych na oko zmianach w mięśniu lewej komory, prawa przedstawia się pokrytą warstwą tłuszczu, który przerasta w sam miłośń komory, nadając mu barwę żółtawą. Z innych narządów — w żołądku ostry niezbyt śluzowo-ropny.

4. Dokończono dyskusję nad projektem Regulaminu dla Towarzystwa i z małemi zmianami przyjęto takowy w całości*).

6. Rudzki przedstawił zebranyemu ułożoną przez się tablicę porównawczą wód polskich z obcokrajowemi; postanowiono takową wydrukować i wraz z odnośną uchwałą Towarzystwa rozesać wszystkim lekarzom gubernii Lubelskiej, oraz innym Towarzystwom Lekarskim.

Sekretarz *Czesław Czerwiński*.

VI. Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO PŁOCKIEGO.

Obecnych na posiedzeniu 4-go stycznia r. b. 12 członków i 1 gość.

Kol. Maciesza odczytał opracowany przez siebie program *działu higieny ludowej na najbliższej wystawie powiatowej w Rypiu*

*) Regulamin wydrukujemy w zeszycie następnym (*Przyp. red.*).

nie (gubernia Płocka), którą ma urządzić płockie Towarzystwo rolnicze.

„Wystawy higieniczne, racjonalnie urządzone, są najpotężniejszym środkiem krzewienia zasad zdrowotności wśród szerokich warstw społeczeństwa.

Wskazanie braków i przytem najtańszych i najłatwiejszych sposobów usunięcia złego na wystawie, staje się bodźcem do postępów w dziedzinie uzdrowotnienia danej okolicy i przyczynia się do podniesienia sprawności fizycznej ludu wiejskiego“.

Program obejmuje następujące działy:

I. Statyka i dynamika ludności (statystyka urodzeń, zejść, zachorowalności, budowa fizyczna)

tablice graficzne ruchu ludności, tablica zachorowalności w danym powiecie, wzrostu i objętości klatki piersiowej.

II. Hygiena społeczna: zaopatrzenie w dobrą wodę — mapa powiatu z wykazem miejscowości ze złą wodą do picia, przyrządy do elementarnych badań wody do picia, rysunki zarazków szkodliwej wody (tyfus, cholera i t. d.), najprostsze sposoby oczyszczania wody. Studnia wzorowa — modele i rysunki, czerpaki i pompy. Tablica z przepisami zachowywania w czystości źródeł wody do picia.

Usuwanie nieczystości i ścieków i t. d.

III. Hygiena budowlana — wzorowa chata włościańska i t. d., oświetlenie. Szkoły — modele i plany praktycznych i tanich szkół, umywalnia, ławki. Szpital wiejski. Rzeźnia.

IV. Hygiena indywidualna: przytulki położnicze wiejskie z urządzeniem, przepisami aseptycznego postępowania w położnictwie. Ochronki, żłobki, salki zajęć i t. d.

V. Żywienie ludu (zwrócić uwagę na groch!), napoje (wódka i t. d.).

VI. Odzież ludu (ubiór, pościel, pranie i t. d.).

VII. O czystości (stopień cz. na tablicach, łaźnie i t. d.).

VIII. Jak zbudowane ciało i pierwsza pomoc.

Choroby zakaźne. Chowanie umarłych.

Zgadając się w zupełności na ten program, ten i ów z obecnych powątpiewa tylko, czy inteligencja prowincjonalna, której aspiracje są dobrze znane, zechce wziąć na swoje barki tyle trudu i czy podoła zadaniu. Byłoby pożądanem, aby Wystawa objęła pełen całokształt, czy się uda — wystawa pokaże.

Projektowane są też pogadanki popularne. Następnie pan Gościcki, aptekarz, poruszył bardzo ważną sprawę zawodową (na

provincy aptekarze należą do Tow. Lek., przeto i ich sprawy zawodowe muszą też być objęte programem działalności Towarz.); *stosunek aptekarzy do właścicieli składów aptecznych*. Tym ostatnim p. G. zarzuca, że przekraczają obowiązującą ich ustawę, pomiędzy innymi przygotowują i sprzedają lekarstwa za receptami lekarzy. Aptekarze, zniewoleni bronić interesów swoich, narażeni są na szykany i arcyprzykre epitety, gdy uciekają się do opieki władz. Słusznie więc skarży się p. G., że aptekarz, włożywszy tyle pieniędzy na kupno aptek, naraża się wprost na bankructwo, gdy mu pod nosem składnik, mało zaangażowany materyalnie, odbiera chleb. Na to ostatecznie Tow. Lek. radzić nie może. I my, lekarze, mamy znachorów i innych sztukmistrzów, którzy robią, co im się podoba.

Następnie omówiono sprawę posiedzenia 30 stycznia, sprawozdania rocznego, odczytu d-ra Zaleskiego o seroterapii, odczytano odezwę sekcji okulistycznej we Lwowie, program Zjazdu i t. d.

Na zapytanie w sprawie felczerek-akuserek, zdecydowano odpowiedzieć, że felczyrzy wogóle stają się balastem i niepotrzebnym sprzętem społecznym, bo, albo ma być pomoc racjonalna lekarska dla wszystkich bez różnicy, wyjątków zaś robić nie wolno. W lutym w teatrze odczyt d-ra Themersona: „Mózg i myśl“.

Dr. Mieczysław Themerson.

Kronika bieżąca.

Grypa. W jednej z rodzin warszawskich spostrzegaliśmy grypę o przebiegu, podobnym do opisywanej w r. z. epidemii w Krakowie. Choroba rozpoczyna się silnem obrzmieniem powiek, bólami w m. szyi i karku, ogólnem niedomaganiem, poczem występuje silny dreszcz i gorączka, trwająca dni kilka. Choroba w danym przypadku dotyczyła 4-ga dzieci, matki i nauczycielki i zakończyła się pomyślnie.

Już po napisaniu notatki niniejszej dowiadujemy się z „Gaz. Lekarskiej“, że i inni koledzy spostrzegli przypadki podobne.

Kursa dla lekarzy we Lwowie odbywać się będą w r. b. między 10—30 marca r. b. Zapisywać się można u d-ra Szymonowicza (Pańska 4, Lwów).

Z prasy. „Nowiny lekarskie“ z powodu 16-lecia wydały numer podwójny 1 i 2 i zamierzają dodawać karty z portretami wybi-

nych lekarzy polaków. Do z. ostatniego dołączono portret Strusia przy łożu Solimana II-go. — *Czasopismo lekarskie* przeszło na własność księgarzy pp. Rychlińskiego i Wegnera. Jest to pierwszy fakt wydawania pisma lekarskiego przez księgarzy, do tej pory *wszystkie* pisma lekarskie są wydawane jedynie przez lekarzy lub odnośne gremia i towarzystwa, wyłącznie w celu utrzymania piśmiennictwa na odpowiednim poziomie.

Zakład dla umysłowo chorych w Drewnicy rozwija się prawnie, jak widać jednak ze sprawozdań, rozszerzyć się dla braku środków nie może. Zdawałoby się, że konieczność takiego zakładu nie ulega wątpliwości i że społeczeństwo winno podtrzymać dobre chęci założycieli. Dzieje się inaczej u nas, a dzieje się dla tego, że pisma nasze, zamiast uświadamiać ogół o potrzebach istotnych, przepelniają szpalty polityką lub bezwartościowymi feljetonami.

Zmarli. Dr. Emil Janiszewski, lekarz dr. żel. Warsz.-Wied., dnia 14-go Stycznia r. b. w Zabkowicach, w wieku lat 35. Padł ofiarą tyfusu brzuszego.



Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 16 Января 1904 г.

Zakład-chirurgiczno-ortopedyczny,

pracownia przyrządów-ortopedycznych

D-ra REICHSTEINA

Warszawa,

Twarda 10.

Kąpiele borowinowe w każdej porze roku.

Jedyny
Naturalny produkt
DO
KĄPIELI
borowinowych
lecniczych.



SÓL BOROWINOWA

(suchy wyciąg)

w paczkach po 1 kilo

MATTONIEGO

w paczkach po 1 kilo

MATTONIEGO

LUG BOROWINOWY

(płynny wyciąg)

w butelkach po 2 kilo



HEINRICH MATTONI, Francensbad, Karlsbad, Wiedeń, Giesshübl, Sauerbrun, Budapest.

Thiocol „Roche“

Najlepszy preparat Guajakolu, rozpuszczalny w wodzie, bezwonny, nietrujący. Doskonale środek przeciw gruźlicy i przy rozwoleńniu.

Sirolin „Roche“

Przyjemnego zapachu i smaku. Syrop, idealna forma leczenia Kreozotem.

Sulfosotsyrup „Roche“

Kreozot w postaci Syropu, specjalnie zalecany w praktyce u biednych.

Protylin „Roche“

trwały i zupełnie nie trujący Preparat Białkanu fosforu [zawierający 2,6% fosforu].

Protylin

z najlepszym wynikiem wypróbowany na klinice Chirurgicznej w Bernie przez Dyr. Prof. D-ra T. Kocher'a, jak również i na Uniwersyteckiej Klinice Berlińskiej przez tajnego radcę D-ra

Prof. von Leyden'a.

Jego lecznicze i wzmacniające skutki były stwierdzone przy Krzywicy, Żółtach, Prócnieniu kości, Nerwicach, Hysterii, Anemii Kacheksyi, i chorobie Basedowa.

w ogóle Protylin dla ludzkiego organizmu ma to znaczenie, co superfosfaty dla roślin.

Prócz czystego Protylinu używa się jeszcze czasami związek:

Protylinu z żelazem (zawierający żelaza 2,3%)

Protylinu z bromem (zawierający bromu 4%)

Protylinu i związku jego z żelazem prosimy żądać nie w postaci oddzielnych proszków, lecz oryginalnych paczek po 25, 50, 100 lub 250 gram. zawierających.

Próby i broszury na żądanie P. P. lekarzy gratis dostarczamy.

Jedyni Fabrykanci:

F. Hoffmann-La Roche et Comp., Fabryka chem. farmac. produktów
Basel (Szwajcarya) Grenzach (Baden).

Airol „Roche“

najlepszy bezwonny preparat zastępujący jodoform.

Asterol „Roche“

rozpuszczalny w wodzie preparat Hg. nie zcinający białka, nie niszczący narządzi.

Thigenol „Roche“

Syntetyczny związek siarki z 10% org. związ. siarki. Bezwonny preparat zastępujący Ichtyol.